

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
42. Sitzung

Berlin, den 25.05.2011, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zum

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt, Volker Kauder, Pascal Kober, Johannes Singhammer, Dr. h.c. Wolfgang Thierse, Kathrin Vogler und weitere Abgeordnete

Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik
BT-Drucksache 17/5450

- b) Gesetzentwurf der Abgeordneten Ulrike Flach, Peter Hintze, Dr. Carola Reimann, Dr. Petra Sitte, Jerzy Montag, Heinz Lanfermann und weiterer Abgeordneter

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik
(Präimplantationsdiagnostikgesetz -PräimpG)
BT-Drucksache 17/5451

- c) Gesetzentwurf der Abgeordneten René Röspel, Priska Hinz (Herborn), Patrick Meinhardt, Dr. Norbert Lammert, Kerstin Andreae und weitere Abgeordnete

Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik
(Präimplantationsdiagnostikgesetz - PräimpG)
BT-Drucksache 17/5452

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Sprechregister

| | |
|--|----------------------------------|
| Abg. Ansgar Heveling (CDU/CSU) | 45 |
| Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) | 31, 48 |
| Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) | 29, 50 |
| Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD) | 24, 48 |
| Abg. Dr. Petra Sitte (DIE LINKE.) | 24, 47 |
| Abg. Jerzy Montag (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) | 26 |
| Abg. Johannes Singhammer (CDU/CSU) | 27 |
| Abg. Jörn Wunderlich (DIE LINKE.) | 35 |
| Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.) | 30, 48 |
| Abg. Krista Sager (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) | 40 |
| Abg. Maria Michalk (CDU/CSU) | 46 |
| Abg. Mechthild Rawert (SPD) | 38 |
| Abg. Norbert Geis (CDU/CSU) | 42 |
| Abg. Pascal Kober (FDP) | 28 |
| Abg. Peter Hintze (CDU/CSU) | 21, 49 |
| Abg. René Röspel (SPD) | 34, 36, 48 |
| Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU) | 39, 49 |
| Abg. Ulla Schmidt (SPD) | 32 |
| Abg. Ulrike Flach (FDP) | 20 |
| Die Vorsitzende | 5, 6, 20, 27, 33, 37, 45, 47, 56 |
| Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD) | 5 |
| SV Bischof Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber | 11, 29, 42, 50 |
| SV Bischof Prof. Dr. Dr. Wolfgang Huber | 42, 50 |
| SV Dr. Peter Radtke | 14, 33 |
| SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde | 15, 27, 28, 43, 45, 55 |
| SV Prof. Dr. Klaus Diedrich | 8, 24, 25, 38, 41, 47, 53 |
| SV Prof. Dr. Matthias Herdegen | 5, 20, 26, 38, 43, 45 |
| SV Prof. Dr. Richard Schröder | 6, 22, 52, 53, 54 |
| SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann | 17, 31, 34, 36, 37 |
| SVe Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert | 9, 23, 25, 41, 52 |
| SVe Prof. Dr. Hille Haker | 18, 34, 35, 36, 37, 40 |
| SVe Prof. Dr. Regine Kollek | 13, 30, 31, 32, 33, 39, 46, 54 |

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Die **Vorsitzende**, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Sie alle ganz herzlich begrüßen, namentlich die Vertreter der Bundesregierung, die geladenen Sachverständigen, die Vertreter der Medien, die Kolleginnen und Kollegen sowie alle interessierten Zuhörerinnen und Zuhörer. Vorab möchte ich Ihnen das Verfahren erläutern, das wir für die heutige Sitzung gewählt haben. Wir befinden uns in einer Sonder-situation, weil uns als Beratungsgegenstände Gruppenanträge vorliegen, die jeweils von Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fraktionen getragen werden. Es soll sowohl allen Unterzeichnern der Gruppenanträge als auch den Abgeordneten, die sich bislang nicht für einen der Anträge haben entscheiden können, Gelegenheit gegeben werden, Fragen an die Sachverständigen zu stellen. Zunächst sollen aber alle Sachverständigen die Möglichkeit haben, ein Eingangsstatement abzugeben. Dieses Statement sollte die Dauer von fünf Minuten nicht überschreiten. Im Anschluss folgt eine erste Fragerunde mit einer Dauer von 75 Minuten, die auf die drei Gruppen gemäß der ungefähren Zahl der Unterzeichner im Verhältnis 30:30:15 Minuten aufgeteilt wird. Wir beginnen mit der Gruppe der Unterzeichner des Gesetzesentwurfs auf der Drucksache 17/5451 und fahren dann mit den Gruppen der Unterzeichner der Gesetzesentwürfe auf den Drucksachen 17/5450 und 17/5452 fort. Im dritten Teil der Anhörung werden dann alle anwesenden Abgeordneten Gelegenheit haben, Fragen zu stellen. Dieser Teil ist zeitlich unbefristet. Ich werde die Abgeordneten in der Reihenfolge der Wortmeldungen aufrufen. Für den Fall, dass ich eine Wortmeldung übersehe, bitte ich Sie, sich an das Sekretariat zu wenden. Wir haben ferner vereinbart, dass ich dann, wenn die Anwesenheit der Kolleginnen und Kollegen unter eine bestimmte Grenze absinkt, im Einvernehmen mit den Obleuten über eine Beendigung der Sitzung entscheiden werde. Alle Abgeordneten werden gebeten, höchstens zwei Fragen an höchstens zwei Sachverständige zu richten. Ferner möchte ich für alle Teilnehmer, die zum ersten Mal an einer Anhörung teilnehmen,

noch zwei Erläuterungen anfügen. Ich möchte Sie bitten, die Mikrofone zu benutzen und Ihren Namen zu nennen, damit Ihr Wortbeitrag auf dem Bandmitschnitt identifiziert werden kann. Außerdem ich bitte alle Anwesenden, ihre Mobilfunktelefone möglichst auszuschalten oder zumindest leise zu stellen, um einen störungsfreien Ablauf der Sitzung zu gewährleisten. Ich erteile nun Herrn Prof. Herdegen als erstem das Wort für ein Statement.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Jede Unkenntnis im Hinblick auf genetische Dispositionen vor der Implantation greift in die Grundrechte der potenziellen Eltern ein, in das Elterngrundrecht, das Selbstbestimmungsrecht der Frau sowie in das allgemeine Persönlichkeitsrecht von Mann und Frau. Jedes Paar ist aus verfassungsrechtlicher Sicht im Hinblick auf die Verwirklichung eines Kinderwunsches und im Hinblick auf die Bedingungen einer Schwangerschaft grundsätzlich frei. Dazu gehört auch das Recht, diese Entscheidung als eine wissende zu treffen. Die Frage, die sich zunächst stellt, ergibt sich aus der Achtung der Menschenwürde. Es geht darum, eine tragfähige Rechtfertigung für ein weitreichendes oder völliges Verbot des Rechts zu finden, die Schwangerschaftsentscheidung als eine wissende zu treffen. Ab wann menschliches Leben den Schutz der Menschenwürde genießt, ab der Geburt, ab der Einnistung oder schon ab der Befruchtung, ist in der Staatsrechtslehre völlig umstritten. Nach der von mir vertretenen Ansicht beginnt dieser Schutz zum frühestmöglichen Zeitpunkt, nämlich mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Ich wiederhole aber noch einmal, dass dies eine außerordentlich umstrittene Position ist. Denn selbst nach dieser weitgehenden Auffassung bildet die Implantation als Schwelle zum ungehinderten Heranreifen des Embryos eine qualitative Zäsur, weil nämlich eine Pflicht der Frau zur Implantation des Embryos in vitro nicht besteht. Deswegen überzeugt auch die gewissermaßen lebensbejahende Einordnung der PID durch den Bundesge-

richtshof als Schritt hin zur Schwangerschaft. Eine auf schwere Erbkrankheiten und das Risiko einer Totgeburt beschränkte Diagnostik hat nichts verächtlich Machendes, sie hat nichts sonst Entwürdigendes, was den personalen Achtungsanspruch in Frage stellen würde. Dies ist herrschende Meinung in der deutschen Staatsrechtslehre. Die Durchführung der PID muss wiederum in den Gesamtzusammenhang der Erfüllung des Kinderwunsches gestellt werden. Der Ausschluss schwerer Erbkrankheiten schafft erst die Grundlage für die Entscheidung zugunsten der Implantation und für das Heranreifen des Embryos im Mutterleib und steht damit im Dienste der gewünschten Schwangerschaft. Auch dies ist die Perspektive des Bundesgerichtshofs. Wie das Bundesverfassungsgericht deutlich gemacht hat, verlangt dabei die Menschenwürde nichts Unzumutbares. Die Rücksicht auf schwerwiegende Erkrankungen des Kindes setzt unter eben diesem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit auch einer Pflicht zum Austragen des Kindes Grenzen. Der Gesetzgeber hat sich ebenfalls wiederholt und klar gegen eine Deutung der Menschenwürde gestellt, die einen strikten Zwang zur Unwissenheit begründen würde. Ich erinnere nur an die Möglichkeit der Geschlechtswahl nach § 3 des Embryonenschutzgesetzes sowie an die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik, insbesondere im § 15 Absatz 2 des Gendiagnostikgesetzes. Diese gesetzliche Wertung ist für die gebotene Systemgerechtigkeit unserer Rechtsordnung und damit die Ausgestaltung des PID-Regimes von zentraler Bedeutung. Denn nur bei Vorliegen einer Systemgerechtigkeit im Verhältnis zur Pränataldiagnostik und zum Abtreibungsrecht entspricht eine Beschränkung der PID den Geboten der Verhältnismäßigkeit und einer sachlich tragfähigen Differenzierung. Vor allem die Zulässigkeit der Abtreibung aus Gründen der Unzumutbarkeit bei schwerwiegenden Erkrankungen des Nasciturus unter dem Gesichtspunkt einer Gefährdung der Gesundheit der Mutter zwingt im Interesse der Folgerichtigkeit und der gebotenen Systemgerechtigkeit zur Freigabe der PID

bei schwerwiegenden Erbkrankheiten. Bei einer Beschränkung der PID in dieser Hinsicht käme es zu einem Wertungswiderspruch, der sich nicht auflösen lässt. Auch die Rücksicht auf die besondere Konfliktlage der schwangeren Mutter bringt hier keine tragfähige Differenzierung, denn gerade das Verbot der Diagnose schwerer Erbkrankheiten vor der Implantation führt die Frau in diese Konfliktlage hinein. Ich komme zum Schluss. Die wenigen Staatsrechtslehrer, die für ein völliges Verbot der PID plädieren, argumentieren durchaus konsequent damit, dass man zur Herstellung des Wertungsgleichklanges auch das Abtreibungsrecht erheblich verschärfen müsste. Aber diesen Weg versperrt die Verfassung mit der gebotenen Rücksichtnahme auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Daher kommen wir zu dem Ergebnis, dass ein völliges Verbot der PID mit dem Grundgesetz nicht zu vereinbaren wäre. Die Verfassungsordnung hindert ein Verbot der PID im Hinblick auf schwere Erbkrankheiten. Dies ist das Ergebnis, dass wir im Übrigen auch aus der Europäischen Menschenrechtskonvention gewinnen würden.

Die **Vorsitzende:** Ich möchte darauf hinweisen, dass hierzu auch eine schriftliche Stellungnahme von Prof. Herdegen vorliegt.

SV **Prof. Dr. Richard Schröder:** Ich will zunächst auf eine Frage eingehen, die hier im Raum wahrscheinlich niemand stellt, die ich aber in den Zeitungen gelesen habe. Warum soll PID grundsätzlich verboten sein und nicht überhaupt frei? Dazu ein Fallbeispiel. Ein Paar erblich Gehörloser verlangt den Einsatz von PID, damit ihnen ein erblich gehörloses Kind garantiert wird, dass zu ihnen passt. Dem darf selbstverständlich nicht stattgegeben werden, weil Eltern nicht das Recht haben, ihr Kind eines Sinnesorgans zu berauben. Das wollte ich in diese Richtung gesagt haben. Selbstbestimmung heißt nicht, dass wir überhaupt nichts zu verbieten brauchen. Im Gegenteil, wir müssen verbieten.

Ob PID ausnahmslos verboten oder in Ausnahmefällen erlaubt sein soll, entscheidet sich nach meiner Ansicht in zwei Fragenkomplexen, erstens bei der Frage nach dem Status des frühen Embryos vor Beginn der Schwangerschaft und zweitens an der Beurteilung von Dammbbruchargumenten. Auf beides bin ich in meiner schriftlichen Stellungnahme ausführlicher eingegangen, als ich es jetzt tun werde. Zum Ersten: Menschen kommen in drei Schritten auf die Welt: durch die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, durch die Einnistung des Embryos im Uterus und durch die Geburt. Die Unterscheidung zwischen dem ersten und dem zweiten Schritt ist noch nicht sehr alt. Früher hat man beides zugleich unter dem Ausdruck Empfängnis verstanden. Einnistung und Geburt sind nicht nur ein Ortswechsel. Mit ihnen ändert sich auch die Verfassung dieser Lebewesen und ihr Status. Durch den Gebrauch des Wortes Embryo für das menschliche Wesen sowohl vor Beginn der Schwangerschaft als auch danach werden wichtige Unterschiede verwischt. Während ein Fötus im dritten Monat mit einer nahe bei 100 Prozent liegenden Wahrscheinlichkeit bis zur Geburt gelangt, wenn nicht eingegriffen wird, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eine befruchtete Eizelle zu einer Schwangerschaft führt, nur bei circa 30 Prozent. Ungefähr 70 Prozent der Eizellen gehen auf natürlichem Wege verloren, sogar ohne dass die Frau es merkt. In der Petrischale kann sich die befruchtete Eizelle in einer geeigneten Nährlösung nur bis zur Plastozyte entwickeln, weiter nicht. Ich sage dies deshalb, weil ich bei verschiedenen Vorträgen erlebt habe, dass viele Menschen dem Satz zustimmen: „Jeder Embryo kann geboren werden, wenn wir nicht eingreifen.“ Dies ist aber ein Satz, der nur für die stabile Schwangerschaft gilt und nicht für den Embryo vor Schwangerschaftsbeginn. Auch Definitionen sind Handlungen, deren Folgen wir zu bedenken haben. Wer menschliche Embryonen, zumal vor Beginn der Schwangerschaft, in embryonale Menschen umdefiniert, also bereits die befruchtete Eizelle einem geborenen Men-

schen gleichstellt, ist zu dem Satz gezwungen: „Die meisten Menschen werden nicht geboren.“ So haben wir das Wort Mensch bisher nicht verstanden. Was ich noch wichtiger finde: Er gewöhnt uns daran, dass es überzählige Menschen gibt. Eben dies wollte Artikel 1 des Grundgesetzes ausschließen, denn auch bei der künstlichen Befruchtung und nicht erst bei der PID entstehen überzählige Embryonen. Wenn Lebensschutz verlangt wird, wo Leben gar nicht geschützt werden kann, nämlich bei den überzähligen Embryonen, auch wenn erbkranken Eltern statt der PID der Verzicht auf ein Kind empfohlen wird, ist der Ausdruck Lebensschutz irreführend, denn es ist ein Votum für Nichtentstehen gemeint. Neben dem Schutz der Träger der Menschenwürde ist es auch unsere Aufgabe, den Sinn des Wortes Menschenwürde zu schützen. Zum zweiten Punkt: Dammbbruchargumente sind Prognosen über unser, unserer Mitmenschen und Nachkommen zukünftiges Urteilsverhalten, und zwar zumeist pessimistische. „Wenn der Staat nicht jetzt mittels Strafgesetzen einen Riegel vorschiebt, dann gehen die humanen Maßstäbe in unserer Gesellschaft verloren“. So lautet der Tenor vieler Dammbbruchargumente. Wenn die humanen Maßstäbe aber wirklich nur auf Strafgesetzen beruhen würden, stünde es schon jetzt schlecht um sie. Hüten wir uns vor einer latenten Verachtung der nächsten Generation beim leichtfertigen Umgang mit Dammbbruchargumenten. Ein Dammbbruch ist zu befürchten, wenn es plausibel erscheint, dass das, was für A gilt, auch für B gelten soll. „Wenn überzählige Embryonen vernichtet werden dürfen, dann dürfen irgendwann auch geborene Menschen vernichtet werden“, lautet eine Horrorprognose. Der Analogieschluss von A auf B ist nicht zu befürchten, wenn der Unterschied zwischen A und B auch intuitiv evident ist. Das ist zweifellos der Fall in Bezug auf die Unterscheidung zwischen der Blastozyste und der menschengestaltigen Leibesfrucht, die wir durch Ultraschall heute sehen können, von geborenen Menschen ganz zu schweigen. Viele Dammbbruchargumente

kreisen um das Thema Behinderung. Ich habe in meiner schriftlichen Fassung zu verschiedenen Aspekten Stellung genommen, und nehme hier nur zu einer Stellung, nämlich zu der Behauptung, durch PID werde die gesellschaftliche Akzeptanz Behinderter sinken. Man bekommt zunächst einen Schreck, wenn man sich vorstellt, dass dies passieren könnte; man übersieht dabei aber, dass dies ein wirklich schlimmes Argument ist, weil es Behinderte für den Erhalt einer gesellschaftlichen Norm instrumentalisiert. Wenn wir die Querschnittslähmung heilen könnten, würde die Zahl der Rollstuhlfahrer zurückgehen. Aber deshalb darf doch die Therapie, wenn sie denn möglich ist, nicht verboten werden. Im Übrigen ist es widerlegbar, dass die Sensibilität für Behinderte sinkt, wenn deren Anteil sinkt. Die entsprechenden Belege finden Sie in den Ausarbeitungen des Nationalen Ethikrates zu PND und PID.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Ich möchte mich kurz vorstellen. Ich bin Direktor der Universitätsfrauenklinik in Lübeck und beschäftige mich seit vielen Jahren, teilweise frustriert, wie Sie wissen, mit der Präimplantationsdiagnostik. Zu uns in die frauenärztliche Klinik oder Praxis kommen oft Paare, die durch die Geburt eines behinderten Kindes oder durch das Vorkommen einer genetischen Erkrankung in der Familie vorbelastet sind. Sie kommen zu uns mit der Frage: „Was können wir jetzt tun? Wir haben einen Kinderwunsch.“ Es gibt verschiedene Möglichkeiten, über die schon vielfach gesprochen worden ist. Man kann auf ein Kind verzichten – dies ist der konsequente Weg zur Vermeidung einer genetischen Erbkrankheit – oder man kann versuchen, ein Kind zu adoptieren. Sie wissen, wie schwer das in Deutschland ist. Es stehen hier kaum Kinder zur Verfügung, und ins Ausland geht man für eine Adoption auch nicht so gern. Man kann auch bewusst das Risiko einer genetischen Erkrankung des Kindes eingehen. Dieses Risiko liegt je nach Erbkrankheit bei etwa 25 bis 50 Prozent. Bei der Muskeldystrophie beträgt es zum

Beispiel, wenn das Kind ein Junge wird, 50 Prozent. Das muss man sich klar machen. Natürlich wollen Eltern, bei denen der Risikofall bereits einmal eingetreten ist und die ein Kind mit dieser genetischen Erkrankung haben, ein solches Risiko nicht noch einmal eingehen. Ferner kann man auch die pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen, die Fruchtwasseruntersuchung und/oder die Choreonbiopsie. Solche Untersuchungen haben jedoch den Nachteil, dass man im Falle eines ungünstigen Ergebnisses, also beim Nachweis der genetischen Erkrankung, über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken muss. Dies ist in einer Situation, in der ein Kinderwunsch besteht, eine sehr schwere Entscheidung, wie wir wissen. Alternativ steht uns die Präimplantationsdiagnostik zur Verfügung, die die Möglichkeit bietet, schon vor einer Schwangerschaft den Embryo im Reagenzglas auf die genetische Erkrankung hin zu untersuchen und nur darauf. Um es vorweg zu sagen: Das Designerkind wird, kann und soll es nicht geben. Wir können nur den Embryo durch Entnahme von zwei Einzelzellen auf die genetische Erkrankung untersuchen, die in der Familie vorkommt – nichts anderes. Worin besteht die Indikation für die Präimplantationsdiagnostik? Ich bin folgender Ansicht, die auch von der Bundesärztekammer und der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) – die ein Papier zur Präimplantationsdiagnostik erarbeitet hat, in dem dies klar umrissen ist –, geteilt wird: Die Indikation sehe ich als Arzt nur dann als gegeben an, wenn es darum geht, eine genetische Erkrankung, mit der eine Familie bereits belastet ist, durch Präimplantationsdiagnostik auszuschließen. Es geht nicht um die Geschlechtsbestimmung oder um andere Dinge. Hiergegen sprechen wir uns klar aus. Wer soll entscheiden, ob eine PID durchgeführt wird? Hierfür muss es Richtlinien geben, zuallererst natürlich den gesetzlichen Rahmen und dann die Richtlinien der Bundesärztekammer, die wir schon erarbeitet haben, die aber sozusagen auf Eis liegen, wenngleich sie nach wie vor aktuell sind. Sie können jederzeit aus dem

Schreibtisch geholt werden. In diesen Richtlinien wird klar definiert, unter welchen Bedingungen die PID durchgeführt werden soll, wer dies tun dürfen und welche Art der Beratung stattfinden soll. Dies ist ein ganz wichtiger Aspekt in diesem Papier: Ein Paar, das einen Kinderwunsch hat, muss wissen, worauf es sich einlässt, und vor allem auch, welchen Belastungen es bei der mühsamen In-vitro-Fertilisation ausgesetzt ist, um zu dem Ergebnis durch Präimplantationsdiagnostik zu gelangen. Es muss auch über die Risiken der Behandlung informiert werden. Wie ist im Hinblick auf die PID der Stand in Europa? Wir leben hier zusammen mit Österreich sozusagen auf einer einsamen ethischen Insel. Das heißt, um uns herum ist die PID erlaubt, wenn auch mit unterschiedlich strenger Indikationsstellung. Ich persönlich bin für eine strenge Indikationsstellung. Wir hoffen, dass das Urteil des Bundesgerichtshofs einen Anstoß gegeben hat, der den Bundestag veranlasst, zu einer positiven Entscheidung zu kommen und ein Gesetz zu verabschieden. Wie ist der Stand der Präimplantationsdiagnostik in Europa? Es gibt hier das sogenannte Konsortium der Präimplantationsdiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, kurz ESHRE genannt, das jedes Jahr die Daten sammelt, die weltweit im Rahmen der PID anfallen, und das einen entsprechenden Bericht herausgibt. Es hat in den letzten zehn Jahren etwa 27.000 Fälle gegeben, und es sind ungefähr 5.000 Kinder geboren worden. Die Indikationen sind eindeutig festgelegt. Es sind meist chromosomale Erkrankungen oder monogenetische Erbkrankheiten, wegen derer eine PID durchgeführt wurde. Ferner möchte ich auf das sogenannte Aneuploidie-Screening hinweisen. Dabei handelt es sich um die Untersuchung des Embryos bei älteren Patientinnen durch PID, um die Embryonen zu erkennen, die eine chromosomale Störung haben. Man hat eine Weile geglaubt, dass dies der Schlüssel zum Erfolg bei älteren Patientinnen wäre. Hier ist jedoch mittlerweile eine Ernüchterung eingetreten. Wir wissen heute, dass dies nicht möglich ist. Man

könnte daher die Untersuchung des Embryos auf chromosomale Störungen bei Patientinnen, die älter als 37 Jahre sind, unterlassen. Zumindest ist dies die offizielle Empfehlung der Europäischen Gesellschaft. Somit entfällt diese Indikation, die in dem letzten Register immerhin 61 Prozent der Fälle ausgemacht hat. Wichtig ist schließlich die Frage, wie es den Kindern geht. Auch dies lässt sich dem Register entnehmen. Die Fehlbildungs- und die Abortrate sind genauso niedrig wie in den übrigen Fällen von In-vitro-Fertilisation, sodass von daher keine Bedenken bestehen. Die Ergebnisse sind auch wissenschaftlich korrekt. Es sind nur wenige Fehlbestimmungen bekannt.

Sve Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich spreche heute zu Ihnen als Sachverständige auf dem Gebiet der Medizinethik. Ich habe den Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Münster inne. Wir alle wissen, dass es in Fragen des ethisch Richtigen und Falschen nur eine Art oberflächlicher Expertise gibt, erwachsen aus einer intensiven Beschäftigung mit diesen Fragen, die aber letztlich keine normative Autorität verleiht. Insofern argumentiere ich hier auf der Basis meines persönlichen moralischen Urteilsvermögens. Mein Urteil fällt dezidiert zugunsten des Gesetzesentwurfs, der eine begrenzte Zulassung der PID vorsieht, aus. Ich möchte dies mit einer Reihe von Argumenten begründen. Ob die Aussicht, ein Kind mit einer schweren Behinderung oder Erkrankung zu bekommen, eher als eine Herausforderung bzw. Aufgabe oder als Bedrohung empfunden wird, hängt gewiss von höchstpersönlichen Gegebenheiten ab. Jedenfalls kommt die Nachfrage nach PID nicht von Eltern mit Designerphantasien, sondern von Paaren, die sich und ihrer Familie auf diese Weise ein subjektiv als groß empfundenes Leid oder massive Belastungen ersparen wollen, die wissen, dass sie Träger einer schweren Erberkrankung sind, und denen die PID den Verzicht

auf ein genetisch eigenes Kind ersparen würde oder auf eine Schwangerschaft voller Angst, auf eine gegebenenfalls einer Fruchtwasseruntersuchung nachfolgende Abtreibung im vierten Schwangerschaftsmonat oder aber die Geburt eines schon tödlich erkrankten oder tot zur Welt kommenden oder dann später sterbenden schwersterkrankten Kindes. Es wäre aus meiner Sicht zynisch, wenn man diesen Umstand einer schweren subjektiven Belastung, eines antizipierten schweren Leides trivialisieren würde. Es scheint mir angesichts der damit einhergehenden subjektiven Belastungen der betroffenen Eltern auch nicht angemessen, bei der PID eine Begrenzung auf solche Krankheiten vorzunehmen, die in aller Regel mit Tod und Fehlgeburt des Embryos verbunden sind. Für diese Paare, das dürfen wir nicht vergessen, ist die PID nicht wie für viele andere ein Fluch, etwas, das man nur zähneknirschend hinnehmen kann und das strengen ethischen und rechtlichen Regeln unterworfen werden muss, sondern umgekehrt ein Segen. Diese segensreiche Technik dürfte man in einer liberalen Gesellschaft nur dann verbieten, wenn es dafür stichhaltige rechtsethische Argumente gäbe. Diese sehe ich jedoch nicht. Wie wir alle wissen und auch gerade noch einmal gehört haben, stellt bei der PID die Frage des Embryonenschutzes das Nadelöhr dar. Wer hier eine radikale Schutzposition vertritt – vollständiger Status, Lebensschutz ab der Befruchtung der Eizelle –, der muss die PID für ethisch unzulässig halten. Eine solche radikale Schutzposition wird jedoch von immer weniger Menschen, Christen wie Nichtchristen, unterstützt. Dies lässt sich an dem gesellschaftlichen Umgang mit Nidationshemmern und Abtreibungen ablesen. Die befruchtete Eizelle als vollfertigen Menschen anzusehen und zu schützen, ist eine Haltung, die jenseits bestimmter religiöser Auffassungen in immer geringerem Maße als plausibel angesehen wird, und zwar unabhängig davon, dass dank der Erkenntnisse der modernen Medizin mittlerweile bekannt

ist, dass das embryonale Potential in jeder einzelnen Körperzelle schlummert und sich prinzipiell durch einen kleinen biochemischen Cocktail mobilisieren lässt (Stichwort: Reprogrammierung). Das Embryonalpotential ist zwar gewissermaßen anstellbar, es ist aber zugleich passiv, denn es muss fortwährend vom mütterlichen Organismus getriggert werden, damit es sich weiterentwickelt. Wenn man nun bei der PID erneut ein Exempel für den radikalen Embryonenschutz statuieren würde, obwohl wir in unserer Lebenspraxis längst toleranter urteilen und handeln, dann wäre dies mit Blick auf die konkreten Leiden konkreter Eltern nicht zu vertreten. Klar ist aber auch Folgendes: Wer verhindert, dass Embryonen mit schwerer Erbkrankheit gezeugt oder transferiert werden oder sich weiterentwickeln, der betreibt Selektion – Selektion gegen die besagte Krankheit. So heißt dies in der internationalen Debatte, und auch wenn der Begriff in Deutschland erheblich vorbelastet ist, sollte man lieber diesen Begriff verwenden, als mit begrifflichen Alternativen zu jonglieren. Die als solche risikolose PID erfolgt immer in potentiell selektiver Absicht, denn sie wird von Paaren erbeten, die nur Embryonen ohne einen bestimmten Defekt auf den Weg der Schwangerschaft bringen wollen. Strittig ist also nicht, ob die PID den selektiven Blick hat, sondern ob dies ethisch verwerflich ist. Ein entscheidendes Argument, das Prof. Schröder in einer bestimmten Variante bereits genannt hat, bezieht sich auf die Bedeutung dieser Selektion für die Menschen, die mit derjenigen Behinderung leben, gegenüber der die PID oder eine Abtreibung selektiv wirkt, bzw. auf die Auswirkungen solcher Praktiken auf die Rechte und das Wohlergehen behinderter Mitmenschen im Allgemeinen. Wer heute mit einer schweren erblichen Krankheit lebt, so wird eingewandt, könnte sich sagen: „Ich wäre vielleicht nicht am Leben, wenn meine Eltern seinerzeit eine PID oder eine Fruchtwasseruntersuchung hätten durchführen lassen können und wollen.“ Derselben

Logik gehorcht aber auch die irritierende Einsicht eines Menschen mit schwerer erblicher Krankheit, der sich fragt, ob seine Eltern seine Entstehung durch Enthaltensamkeit verhindert hätten, wenn sie, mit neuen genetischen Techniken ausgestattet, von dem Risiko einer erblichen Krankheit gewusst hätten. Aus dieser Überlegung kann man keinesfalls die ethische Unzulässigkeit einer so motivierten Enthaltensamkeit herleiten. Schwerer wiegt der Einwand, die PID könnte die Bestrebungen zur Integration Behinderter unterminieren. Wenn es so käme, wäre dies schlimm. Es ist aber nicht wahrscheinlich, wenn man bedenkt, dass Deutschland in Fragen der finanziellen und vor allem der sozialen Eingliederung Behinderter in den letzten 20 Jahren deutliche, wenn nicht gar hinreichende Fortschritte gemacht hat, also genau in dem Zeitraum, in dem die Fruchtwasser-PND zu einer Art Standardpraxis geworden ist. Zum letzten Punkt: Es gibt 3.000 selektive Abtreibungen pro Jahr. Muss man hier nicht durch die Zulassung der PID Dammbrüche befürchten? Ich bin aus vielen verschiedenen Gründen optimistisch. Insbesondere aber zeigt sich im internationalen Zusammenhang, dass sich die PID in unterschiedlich strikten Grenzen halten lässt. Außerdem könnte man die Geltung des Gesetzes befristen, um es dann im Falle von positiven Erfahrungen, wie dies im Flach-Entwurf vernünftigerweise vorgesehen ist, zu verlängern.

SV Bischof Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Auch mein Zugang zu diesem Thema erfolgt aus einer ethischen Perspektive. Ich habe schon vor meiner Zeit als Bischof Ethik unterrichtet und dabei das besondere Privileg gehabt, sowohl die erste als auch jetzt die zweite Debatte über PID im Deutschen Ethikrat miterleben. Ich bin gemeinsam mit einer zahlenmäßig starken Gruppe im Deutschen Ethikrat zu einem Ergebnis gekommen, das von dem Ergebnis, über das Frau Schöne-Seifert gerade berichtet

hat, abweicht. Dabei unterstreiche ich zunächst, dass sich an die PID, wie an jede neue medizinische Entwicklung, große Hoffnungen knüpfen. Es gibt kaum eine Entwicklung dieser Art, bei der nicht zunächst gesagt wird: Dies kann ein Segen sein, es wird ein Segen sein, wir wollen es als Segen haben. Gleichwohl haben wir die ethische Verpflichtung – insbesondere bei medizinischen Eingriffen, bei denen es um die Entstehung des menschlichen Lebens geht –, auch die andere Seite zu sehen, die technologischen Entwicklungen nach ethischen Gesichtspunkten zu prüfen und ihnen, wenn es nötig erscheint, Grenzen zu setzen. Bei dieser Prüfung komme ich zu dem Ergebnis, dass eine Zulassung der PID ethisch nicht zu vertreten ist. Mit ihr würde der Schutz von in vitro hergestellten Embryonen als einer um ihrer selbst willen zu achtenden Gestalt menschlichen Lebens in Frage gestellt. Die reproduktionsmedizinische Erzeugung von Embryos in vitro unterliegt einer besonderen Verantwortung. An ihr sind Ärzte und potentielle Eltern in gleicher Weise beteiligt. Der Unterschied zu dem in utero entstehenden Embryo besteht darin, dass der in vitro erzeugte Embryo gegenständlich wird für diejenigen, die ihn haben wollen, die ihn erzeugen und die den Umgang mit ihm verantworten müssen. Diese Verantwortung ist neuartig, weil bei der natürlichen Empfängnis in den ersten Tagen der embryonalen Entwicklung keine vergleichbaren Eingriffsmöglichkeiten bestehen. Es ist mit dieser Verantwortung nicht vereinbar, einen Embryo zu erzeugen, um ihn im Falle unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Mit der PID, das wurde gerade betont, verbindet sich ein selektiver Blick, der darauf abzielt, unter den in vitro hergestellten Embryonen die einen auszuwählen und die anderen zu verwerfen. Das unterscheidet die PID grundlegend vom Schwangerschaftskonflikt. Deshalb lässt sich die PID nicht durch einen Vergleich mit der Pränataldiagnostik rechtfertigen. Bei den meisten derartigen Vergleichen wird

übrigens die Pränataldiagnostik – wohlgernekt im Gegensatz zu den geltenden gesetzlichen Bestimmungen – als Mittel zu einer Schwangerschaft auf Probe interpretiert. Frau Schöne-Seifert hat die PND gerade als Standardpraxis definiert. Man folgt keineswegs der Logik von Dambruchargumenten, wenn man aus den bisherigen Erfahrungen Konsequenzen zieht und fragt, ob die PID, wenn sie jetzt als Standardpraxis eingeführt würde, nicht die gleiche Entwicklung nehmen würde wie die PND. Aus dem Vergleich der PID mit der PND ergibt sich jedoch unabhängig davon die Folgerung, dass mit der PID eine embryopathische Indikation wieder eingeführt würde, also die Erlaubnis, menschliches Leben aufgrund unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Die embryopathische Indikation wurde aber bei der Regelung des Schwangerschaftskonflikts im Jahre 1995 ausdrücklich ausgeschlossen. Eine solche Indikation ist ausschließlich bei einer Gefährdung der Gesundheit der Mutter, nicht aber bei genetischen Defekten des Embryos zulässig. Eine Zulassung der PID würde gravierende Folgen für den Embryonenschutz nach sich ziehen. Wer jetzt die Zulassung beschließt, der muss die Frage, welche Konsequenzen dies gegebenenfalls für ein künftig zu verabschiedendes Fortpflanzungsmedizingesetz haben wird, explizit thematisieren. Die sogenannte Dreierregel würde sich nicht halten lassen. Denn deren Sinn besteht darin festzulegen, dass menschliche Embryonen nur zum Zweck der menschlichen Fortpflanzung hergestellt werden. Die Entstehung überzähliger Embryonen soll nach Möglichkeit vermieden werden. Deswegen kann man, so finde ich, über den Umgang mit so genannten überzähligen Embryonen nicht mit einer solchen Selbstverständlichkeit reden, wie es in der Debatte inzwischen geschieht. Gibt es eine verlässliche Definition der schwerwiegenden Erkrankungen, im Hinblick auf die die PID zugelassen werden soll? Ein Katalog von Krankheiten wird von allen Beteiligten ausgeschlossen und findet sich auch

nicht in dem Gesetzentwurf. Stattdessen soll ein eigenes Verfahren diese enge Begrenzung sicherstellen. Diejenigen, die mit der Durchführung eines solchen Verfahrens beauftragt sind, werden sich, wenn sie keine Kriterien vorgegeben bekommen, an der gesellschaftlichen Entwicklung orientieren und dann statt einer Definition der Kriterien für schwerwiegende Erkrankungen den sich entwickelnden gesellschaftlichen Konsens zugrunde legen. Darin sehe ich das Hauptproblem dieser Debatte. Im Übrigen gehöre ich zu denjenigen, die mit der Frage ringen, ob nicht in denjenigen Fälle eine Ausnahme gemacht werden kann, in denen es bei Paaren, die durch Tod und Fehlgeburten belastet sind, darum geht, überhaupt lebensfähige Embryonen zu identifizieren. Doch der Einwand, dass ein solcher Schritt eine Ausweitungstendenz in sich trägt und zu einer Aufweichung des Embryonenschutzes beiträgt, ist nicht von der Hand zu weisen. Zum Schluss: Neue Diagnostiktechniken werden zu einem breiteren Einsatz der PID führen. Chipgestützte Diagnosen werden das Indikationspektrum bei potentiellen Eltern kontinuierlich erweitern. Bei den untersuchten Embryonen werden sie Resultate erbringen, nach denen gar nicht gefragt wurde. Solche Überschussinformationen werden eine Auswahl von Embryonen auch aus anderen als den eng begrenzten Gründen zur Folge haben. Damit würde sich der Druck auf genetisch belastete Eltern erhöhen, sich einer PID zu unterziehen. Menschen mit genetisch bedingten Behinderungen würden sich durch eine solche Entwicklung grundlegend in Frage gestellt sehen. Diese Frage nach der Beeinträchtigung der Selbstachtung von Menschen mit Behinderungen halte ich für mindestens so wichtig wie die Frage, ob man nachweisen kann, dass die gesellschaftliche Einstellung zu Behinderten sich ändert. Den Bemühungen um Integration und Inklusion liefern solche Entwicklungen zuwider.

SVe Prof. Dr. Regine Kollek: Ich beschäftige mich mit der Präimplantationsdiagnostik seit 1998, als ich das erste Gutachten zu diesem Thema für die Hamburgische Gesundheitsbehörde angefertigt habe, vor allem aus dem Blickwinkel der Technikfolgenabschätzung und -bewertung, das heißt aus einer Perspektive, die nicht nur ethische, sondern auch gesellschaftliche oder medizinische Aspekte berücksichtigt und die darauf abzielt, all diese Aspekte in einer Gesamtschau zusammenzuführen. Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, folgende Fragen zu stellen: Was sind die mittel- und langfristigen Konsequenzen der Einführung einer neuen Technologie und welche Konsequenzen haben Änderungen von Gesetzen wiederum auf das Verfahren und seine Entwicklungsdynamik? Ich gehöre zu der Gruppe im damaligen Nationalen Ethikrat und heutigen Deutschen Ethikrat, die sich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik ausspricht, und dies aus einer Kombination von Gründen, die man in den verschiedenen Dimensionen geltend machen kann. Die entscheidenden ethischen und rechtlichen Bedenken bei der Zulassung der PID resultieren aus der dafür erforderlichen Bereitschaft zur Auswahl unter den künstlich hergestellten Embryonen. Anders als beispielsweise bei der Pränataldiagnostik, die den Eltern auch noch nach Erhalt des Ergebnisses die Entscheidung überlässt, ob sie die Schwangerschaft weiterführen wollen, und die ihnen auch die Option bietet, die weitere Entwicklung nach der Geburt des Kindes in ihre Überlegungen mit einzubeziehen, erfordert die Präimplantationsdiagnostik schon bei der Zeugung der Embryonen die Bereitschaft zur Aussonderung von genetisch geschädigten Embryos. Bereits bei der Erzeugung ist der Gedanke der – in Anführungszeichen – „Qualitätskontrolle“ handlungsleitend. Dies ist eines der entscheidenden Merkmale der Präimplantationsdiagnostik, auch wenn dies nicht unbedingt oder auch ganz sicher nicht in der Absicht des betref-

fenden Paares liegt, das – wie Frau Prof. Schöne-Seifert zu Recht ausgeführt hat – sicherlich ganz persönliche Gründe und einen speziellen Leidensdruck hat. Der Vorwurf der Selektion ist ganz sicher nicht dem individuellen Paar zu machen. Es verhält sich jedoch anders, wenn der Gesetzgeber die Etablierung einer Technologie erlaubt, die genau diesen selektiven Blick in die Praxis der in-vitro-Fertilisation einführt. Die Absicht, einen geschädigten Embryo zu verwerfen, ist bei der Präimplantationsdiagnostik von Anfang an handlungsleitend, und dieser selektive Blick unterscheidet sie von dem nach einer Pränataldiagnostik vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch. Bei einer existierenden Schwangerschaft geht es um das Lebensrecht des Embryos und das der Frau. Wenn man diesen Konflikt ausschließlich zugunsten des Embryos lösen würde, käme das der Etablierung eines Gebärzwangs für die Frauen gleich. Es kann jedoch nicht im Interesse der Gesellschaft und auch nicht in dem des Gesetzgebers liegen, den Konflikt so einseitig zu Lasten einer Seite aufzulösen. Die Konfliktsituation in der Schwangerschaft ist jedoch nicht mit der im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik zu vergleichen. Bei der Präimplantationsdiagnostik kann man diese Konfliktsituation vermeiden, indem man die Embryonen gar nicht erst herstellt. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einen weiteren Punkt anführen. Oftmals wird das Argument vorgebracht, dass bei der Anwendung sogenannter Nidationshemmer das Absterben oder die Abtötung von Embryonen willentlich in Kauf genommen wird. Wenn man sich allerdings die neuesten Übersichtsarbeiten und Untersuchungen hierzu ansieht – und dies wird selten gemacht, weil das Argument schon so lange in der Debatte ist, dass jeder es übernimmt, ohne es zu überprüfen –, dann stellt man fest, dass die Wirkung der Nidationshemmer überwiegend in einer Fertilisationshemmung bestehen. In der Regel entsteht hier gar kein lebensfähiger oder überhaupt kein Emb-

ryo. Das heißt, das Argument ist im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik gar nicht stichhaltig. Lassen Sie mich zum Schluss noch einige Worte zu den vorliegenden Gesetzesentwürfen sagen. Natürlich würde ich von meiner eigenen Grundposition her eher dem Verbotsantrag zustimmen. Für ethisch vertretbar halte ich aber auch den Antrag, der von dem Abg. Röspel und anderen unterstützt wird, weil es hier nicht um die Selektion von Embryos geht. Bei diesem Antrag darf die Präimplantationsdiagnostik nur zur Identifikation von lebensfähigen Embryonen eingesetzt werden. Hier geht es um die Ingangsetzung einer Schwangerschaft und nicht um die Verwerfung von Embryonen aufgrund nachteilig beurteilter genetischer Eigenschaften. Daher liegt hier ein ethisch vertretbarer Fall vor. Dabei muss man natürlich berücksichtigen, welche Konsequenzen die Etablierung der Möglichkeit hat, ein solches Verfahren durchzuführen. Aber der Antrag benennt klar die Voraussetzungen und die Grenzen. Es muss eine elterliche Veranlagung vorliegen, und es wird zum Beispiel nur ein Zentrum legitimiert. Damit werden der PID enge Grenzen gesetzt, und zwar in ganz anderer Weise, als in dem weitergehenden Antrag der Abg. Flach, der nicht klar definiert, was eine schwerwiegende Erbkrankheit ist und ob hierzu beispielsweise auch behandelbare Krankheiten gehören, also etwa Stoffwechselkrankheiten wie die Phenylketonurie. Weiterhin müssen wir bedenken, welche Konsequenzen die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik generell und welche Rückwirkungen sie speziell auf das Embryonenschutzgesetz und die Dreierregel hätte. Diese Regel könnte bei einer Zulassung der Präimplantationsdiagnostik nicht mehr aufrecht erhalten werden, weil dafür mindestens sechs oder sieben Embryonen hergestellt werden müssten, damit am Ende einer oder zwei für den Transfer übrig bleiben.

SV Dr. Peter Radtke: Ich nehme an, ich bin deshalb eingeladen worden, weil ich behindert bzw. weil ich schwerbehindert bin. Ich muss gestehen, dass ich mich selten in der Gesellschaft so sehr ausgegrenzt gefühlt habe, wie dies bei der Diskussion über die PID der Fall ist. Wir sprechen einerseits von Inklusion, das heißt von einem System, das alle umfassen soll. Ich stelle aber andererseits fest, dass ich einer von rund zehn Prozent Behinderten in der Bevölkerung bin, über die gesprochen wird, die aber in die Debatte eigentlich nicht einbezogen werden. Dabei möchte ich betonen, dass ich nicht der Sprecher der Behinderten bin. Die Behinderten gibt es nicht. Es gibt auch unter behinderten Menschen solche, die sich für die PID aussprechen, ich weiß aber, dass die meisten Schicksalsgefährten dieser Untersuchungsmethode skeptisch bis ablehnend gegenüber stehen. Ich werde mich in meinem Statement daher ausschließlich auf die Aspekte beziehen, die Menschen mit Behinderung betreffen. In den verschiedenen Stellungnahmen zur PID – darunter auch die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates und der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz – wird eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung durch die PID bezweifelt oder geleugnet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass unter den drei eingebrachten Gesetzentwürfen nur derjenige, der sich für ein Verbot der PID ausspricht, die Frage der Diskriminierung aufwirft. In den beiden anderen Entwürfen habe ich nichts Vergleichbares gefunden. Es mutet jedoch geradezu anachronistisch an, dass in einer Zeit, in der die Bundesrepublik die UN-Konvention zum Schutz der Rechte von Behinderten unterzeichnet hat, die Diskriminierung durch die PID offensichtlich keine Rolle spielt. Es geht sogar soweit, dass die Frage erhoben wird: Ist das überhaupt Diskriminierung? Daher lautet meine Frage an Sie: Wer soll denn Diskriminierung definieren, diejenigen, die diskriminieren, oder diejenigen, die sich diskriminiert fühlen? Ich muss ge-

stehen, ich fühle mich diskriminiert, wenn ich mir vor Augen halte, dass wahrscheinlich nur die Tatsache, dass es zur Zeit meiner Geburt keine PID gab, der Grund ist, dass ich heute zu Ihnen sprechen darf. Denn die Glasknochenkrankheit, Osteogenesis imperfecta, die ich habe, würde ganz sicher zu den Behinderungsarten zählen, die für die PID in Frage kommen. Diskriminiert fühlen sich aber nicht nur die direkt Betroffenen, sondern auch die Eltern von behinderten Kindern. Ich habe im Zusammenhang mit den Diskussionen der letzten Monate Zuschriften bekommen, in denen mir dafür gedankt wird, dass ich gegen die PID Stellung beziehe. Darin finden sich Äußerungen wie die: „Wir haben nicht mehr die Kraft zu kämpfen. Es sind nicht die Behinderungen unserer Kinder, sondern die Reaktionen der Umwelt, die uns das Leben schwer machen.“ Ich empfinde es als stigmatisierend, wenn ich höre – und solche Stimmen werden immer lauter: „So etwas muss es doch heute angesichts der Fortschritte in Wissenschaft und Forschung nicht mehr geben.“ Abschließend möchte ich noch ein paar Worte zu einem Argument sagen, das immer wieder auftaucht und das auch hier schon verwendet worden ist. Es heißt, Deutschland und Österreich bildeten in Europa eine isolierte Gruppe. Das stimmt zwar, aber diese beiden Länder haben auch eine andere Vergangenheit als die anderen Länder. Hier hat es eine Zeit gegeben, in der auf schreckliche Art und Weise zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben unterschieden wurde. Deshalb gibt es in unserem Land für solche Fragen glücklicherweise eine höhere Sensibilität als in anderen Ländern. Es wundert mich, wenn einerseits auf die Praxis der PID im Ausland verwiesen wird, andererseits aber hierzulande strikte Grenzen gezogen werden sollen. Ich rate dazu, einmal genau hinzuschauen, was in den USA im Rahmen der PID möglich ist, nämlich die Wahl des Geschlechts, oder in Großbritannien, wo man die erblich bedingte Alzheimer-Krankheit durch

PID ausschließen kann. Und in Schweden und Frankreich ist mittlerweile die Selektion von Chorea Huntington möglich, obwohl dies anfangs nicht erlaubt war. Ich könnte noch eine ganze Reihe von Beispielen für eine Tendenz zur Aufweichung einschränkender Regelungen nennen.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Artikel 1 des Grundgesetzes garantiert: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Ist die gesetzliche Zulassung der PID mit dieser Garantie vereinbar und wenn ja, in welchem Umfang oder steht sie zu ihr in einem Widerspruch? Aus rechtlicher wie ethischer Sicht sind nach meiner Auffassung vor allem drei Fragen von Bedeutung. Erstens: Hat der Embryo, um den es bei der PID geht, Teil an der Menschenwürde und an der staatlichen Achtungs- und Schutzpflicht? Zweitens: Stellt die PID, wenn das zu bejahen ist, eine Verletzung der Menschenwürde dar? Drittens: Besteht bei einem strikten Verbot der PID ein Wertungswiderspruch zur normativen Regelung und praktischen Handhabung des Schwangerschaftsabbruchs nach § 218a Absatz 2 des Strafgesetzbuches? Zur ersten Frage. Es ist unbestritten, dass die menschliche Würde jedem einzelnen lebenden Menschen zukommt. Die daran anschließende Frage, wie weit sich die Anerkennung der menschlichen Würde in den Lebensprozess jedes einzelnen Menschen hinein erstrecken muss, damit sie auch wahr bleibt, wird kontrovers diskutiert. Ist es etwa angängig, dass sie erst an einer bestimmten Stelle im Lebensprozess des Menschen einsetzt, dieser in den Stadien davor aber verfügbar bleibt? Oder muss sie vom Ursprung an, das heißt vom ersten Beginn dieses konkreten menschlichen Lebens an bestehen? Ich meine, dass nur das letztere der Fall sein darf, wenn das, was die menschliche Würde ausmacht, nämlich Zweck an sich selbst zu sein oder – wie das Bun-

desverfassungsgericht sagt – das Dasein um seiner selbst willen, Bestand haben und nicht zu einer leeren Deklamation werden soll. Weshalb? Die Würde, die ein fertiges Wesen auszeichnet, lässt sich nicht von seinem Lebensprozess abspalten. Sie muss diesen vielmehr mit umfassen. Nimmt man nämlich eine bestimmte Phase dieses Lebensprozesses von der Anerkennung aus oder sucht sie auch nur prozesshaft abzustufen – weil der Embryo erst ein Acht- oder Sechszehnzeller sei oder weil es zur ohnehin ungewissen Nidation noch nicht gekommen sei –, dann tut sich einen Lück in der Entwicklung des einzelnen Menschen auf. Soll aber die Achtung der Würde jedem Menschen als solchem gelten, dann muss sie ihm vom Beginn seines Lebens an zuerkannt werden. Dieser erste Beginn des Lebens liegt in der Verschmelzung von Samenzelle und Ei, dem Abschluss der Befruchtung. Denn durch sie bildet sich gegenüber Samen- und Eizellen, die Formen menschlichen Lebens sind, ein neues und eigenständiges menschliches Lebewesen. Dies ist heute gesicherte naturwissenschaftliche Erkenntnis. Auch in der Stellungnahme der Leopoldina wird davon ausgegangen, dass mit der Bildung des neuen Zellkerns das vollständige individuelle menschliche Genom entstanden ist. Das genetische Programm der Entwicklung ist nämlich fertig vorhanden. Es bedarf keiner Vervollständigung mehr oder eines qualitativen Sprungs. Es entfaltet sich vielmehr von innen her nach Maßgabe eigener Organisation. Die Nidation stellt zwar insofern eine Notwendigkeit für die Entfaltung des Embryos dar, als er sich nur so weiterentwickeln und leben kann, sie beinhaltet aber keinen qualitativen Sprung. Denn auch bis zur Geburt und auch nach der Geburt bedarf der Embryo bzw. geborene Mensch noch der Unterstützung, weil er von selbst noch nicht leben kann. Die Nidation ist immer mit einem Risiko behaftet. Ob sie zustande kommt, weiß man nicht. Aber sie bringt nichts qualitativ Neues in der genetischen Anlage des Menschen, der

sich weiterentwickelt. Deshalb muss nicht erst bei der Nidation oder später, sondern schon beim Abschluss der Befruchtung die Anerkennung der Würde des Menschen einsetzen und die Verpflichtung der Rechts- und Verfassungsordnung sich schützend davor stellen. Was folgt daraus für die PID? Bei der PID werden in vitro gezeugte Embryonen gezielt einer Untersuchung auf bestimmte genetische Anlagen und Defekte unterworfen. Liegen solche Defekte vor, wird der Embryo der Frau nicht implantiert, sondern verworfen. Das Ziel der PID ist mithin eine Aussonderung, der selektive Blick, wie Frau Prof. Schöne-Seifert es ausgedrückt hat. Ausgesondert werden aber nicht defekte Samen- oder Eizellen, sondern defekte Embryonen, das heißt menschliche Lebewesen im frühesten Stadium ihrer Existenz. Die PID wird somit als Selektionsinstrument verwendet. Es kann daher keinen Zweifel geben, dass eine so eingesetzte PID die Achtung der Menschenwürde des Embryos verletzt. Die PID wird nicht angewandt, um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Dafür genügt die In-vitro-Fertilisation als solche. Sie wird angewandt, um den Wunsch nach einem nicht mit bestimmten genetischen Defekten behafteten, insoweit gesunden Kind zu erfüllen. Der in vitro gezeugte Embryo wird nicht als solcher, als Subjekt und Zweck an sich selbst, anerkannt und gewollt, sondern nur in Abhängigkeit von bestimmten Anlagen oder Merkmalen, die er hat oder nicht hat. Nur unter dieser Voraussetzung wird ihm die Chance zum Weiterleben und zu einer Entwicklung als Mensch eingeräumt. Deutlicher kann nicht zum Ausdruck kommen, dass der Embryo keinen Anteil an der menschlichen Würde, am Dasein um seiner selbst willen hat. Die Frage ist, ob – so wird oft argumentiert – sich nicht hiergegen Einwände aus dem Selbstbestimmungsrecht und der Menschenwürde der Eltern und insbesondere der Frau ergeben. Dies ist, wie mir scheint, nicht der Fall. Weder werden die Eltern oder die Frau durch ein Verbot von PID

zum Objekt gemacht und instrumentaliert, noch werden sie in ihrem Recht auf Selbstbestimmung verletzt. Ihre Entscheidung, ob, weshalb und wie sie sich einen Kinderwunsch erfüllen wollen, ist frei und selbstbestimmt. Wenn sie den gewiss nicht einfachen Weg über die IVF gehen, wollen sie unbedingt ein Kind. Sie werden dann nur daran festhalten, wenn sie ein Kind wollen, es als Subjekt und Zweck an sich selbst wollen und nicht nur als ein Kind mit bestimmten Merkmalen und Eigenschaften. Auf die offen gebliebene Frage nach dem Wertungswiderspruch kann ich im Rahmen der Diskussion eingehen.

Sve Dr. Dr. Sigrid Graumann: Ich werde aus einer dezidiert ethischen Position, genauer gesagt aus einer sozialetischen Position zu den vorliegenden Gesetzentwürfen Stellung nehmen. Ich werde die Position vertreten, dass die Präimplantationsdiagnostik, sofern sie darauf abzielt, die Geburt eines behinderten Kindes zu verhindern, verboten werden sollte. In den Fällen, in denen das Ziel der PID darin besteht, eine aussichtslose Schwangerschaft mit einem nicht lebens- bzw. entwicklungsfähigen Embryo bei einem Paar mit einer bekannten genetischen Veranlagung zu vermeiden, halte ich jedoch eine Ausnahme von dem Verbot für vertretbar. Das heißt, ähnlich wie Frau Prof. Kollek und Herr Prof. Huber halte ich im Grunde beide Verbotsanträge für vertretbar. Gleichwohl möchte ich jetzt zugunsten des Antrags der Abg. René Röspel, Priska Hinz und anderer argumentieren. Grundsätzlich haben wir es bei der Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik mit zwei Grenzziehungen zu tun, zu denen auch alle Sachverständigen Stellung genommen haben. Dabei geht es zum einen um die Frage, ab wann menschliches Leben schützenswert ist, und zum anderen darum, welche menschlichen Lebewesen schützenswert sind. Ich vertrete die Position, dass keine der beiden Grenzziehungen mit guten Argumenten vorgenommen werden kann. Ich werde aus Zeitgründen nur auf den

zweiten Aspekt eingehen, also auf die Frage, welches menschliche Leben schützenswert ist. Meine Argumentation ist dann schlüssig, wenn man akzeptiert, dass die Präimplantationsdiagnostik – im Unterschied zu der Position, die Frau Prof. Schöne-Seifert vertreten hat – keine nichtlegitime Freiheitsbeschränkung ist. Jede Freiheitseinschränkung ist sowohl aus rechtlicher als auch aus ethischer Sicht legitimationspflichtig. Ich bin der Ansicht, dass der Wunsch nach einem eigenen gesunden Kind und die Nöte, in denen die betroffenen Paare sind, nicht bagatellisiert werden müssen, wenn man die Präimplantationsdiagnostik verbieten oder sehr stark einschränken will, sondern dass sie im Gegenteil sehr ernst genommen werden können. Zwischen einem Wunsch, dem eine hohe Priorität beizumessen ist, und einem Recht, das gegen andere wichtige Interessen und Anliegen durchgesetzt werden muss, besteht aber meiner Ansicht nach ein deutlicher Unterschied. Der wesentliche Unterschied zwischen den verschiedenen Argumentationsweisen besteht in dem Umgang mit dem so genannten Bewertungswiderspruch. Meine Aussagen zu diesem Bewertungswiderspruch werden sich nur auf die zweite Grenzziehung, nämlich auf die Frage beziehen, welche menschlichen Lebewesen schützenswert sind. Im Hinblick auf den Bewertungswiderspruch besteht meiner Ansicht nach ein ganz wesentlicher Unterschied zwischen der Präimplantationsdiagnostik und der Pränataldiagnostik. Letztere kommt zur Anwendung, wenn die Frau bereits schwanger ist. Das heißt, durch den bei der Pränataldiagnostik erhobenen Befund entsteht möglicherweise ein Schwangerschaftskonflikt. Die Entscheidung, ob die Schwangerschaft abgebrochen werden soll oder nicht – das weiß ich aus meinen eigenen Studien – wird keineswegs leichtfertig getroffen. Vielmehr handelt es sich hier um eine traumatisierende Entscheidung, mit der die Paare nur schwer leben können. Diese Entscheidung muss meiner Ansicht nach den Frauen überlassen bleiben. Was bei der Pränataldiagnostik geregelt werden sollte und was offenbar bis heute nicht gelingt,

ist das Angebot der Diagnostik selbst. Wir sind heute – und das müssen wir, wenn wir den Vergleich ziehen wollen, berücksichtigen – in der Situation, dass wir über das Screening im Grunde alle Frauen auf Chromosomenstörungen, insbesondere auf das Down-Syndrom, untersuchen. Prof. Vetter hat vor kurzem gesagt, dass schätzungsweise 85 Prozent der Schwangeren dieses Angebot annehmen. Wir haben es also mit einem Verfahren zu tun, das ursprünglich einmal mit denselben Argumenten eingeführt worden ist, die wir heute im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik verwenden. Diese Argumente beziehen sich vor allem auf Behinderungen. Diejenigen, die Erfahrungen im Umgang mit behinderten Menschen haben, können oft nicht nachvollziehen, inwiefern mit solchen Behinderungen „unsagbares Leid“ für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden sein soll. Das aus meiner Sicht wichtigste Argument für das Verbot einer Präimplantationsdiagnostik sind meiner Ansicht nach deren diskriminierende Implikationen. Diese diskriminierenden Implikationen haben auch in der Debatte über die Pränataldiagnostik eine wichtige Rolle gespielt. Ich plädiere für eine starke Einschränkung der Pränataldiagnostik, sehe aber selbst nach der Diskussion über das Gendiagnostikgesetz keine Möglichkeit, eine solche Einschränkung politisch durchzusetzen. Dies heißt aber nicht, dass man ein ähnliches Verfahren, wie die PID es darstellt, zulassen muss, nur weil ein anderes, ebenfalls problematisches Verfahren stark ausgeweitet worden ist. Der Unterschied zwischen Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik besteht darin, dass es sich bei der Präimplantationsdiagnostik um eine bewusste Selektionsentscheidung handelt. Wenn ich hier von Diskriminierung und Selektion rede, meine ich damit nicht die individuelle Entscheidung eines Paares zur Inanspruchnahme der Präimplantationsdiagnostik. Anders als diejenigen, die im Rahmen der ethischen Debatte so argumentiert haben, bin ich nicht der Ansicht, dass ein individuelles Paar mit seiner Entscheidung für die Präimplan-

tationsdiagnostik die Gesamtheit der Menschen mit Behinderungen diskriminiert. Wenn aber der Gesetzgeber ein Verfahren zulässt, das explizit die Selektion von behinderten Menschen zum Ziel hat, dann können wir sehr wohl von einer Diskriminierung sprechen. Die Einwände, die ich hier angeführt habe, sind jedoch dann nicht stichhaltig, wenn die Diagnostik nur auf die Auswahl von nicht lebens- und entwicklungsfähigen Embryonen abzielt. Ich bin allerdings der Meinung – und das ist eine kleine Einschränkung gegenüber dem vorliegenden Gesetzentwurf –, dass die Formulierung „... oder zum Tod des Kindes im ersten Lebensjahr führen kann“, missverständlich ist, weil damit ein größeres Spektrum an Beeinträchtigungen erfasst wird. Ich halte die Formulierung jedoch für verzichtbar, weil das Kriterium der hohen Wahrscheinlichkeit einer Fehl- oder Totgeburt meiner Ansicht nach ausreicht. Ganz sicher können solche Prognosen ohnehin niemals sein.

Sve Prof. Dr. Hille Haker: Ich bin theologische Ethikerin und beschäftige mich seit vielen Jahren mit der Präimplantationsdiagnostik, unter anderem aus sozialetischer Perspektive. Ich möchte vier Punkte ansprechen. Erstens: Die Präimplantationsdiagnostik ist eine wesentlich willentliche normative Unterscheidung zwischen Embryonen mit dem Ziel der Verhinderung der Geburt kranker oder behinderter Embryonen. Schon diese Beschreibung ist nicht unproblematisch, weil sie eine Zwecksetzung beinhaltet. Wenn die Beschreibung des Zwecks aber zutrifft, darf sie der Staat nach dem Grundgesetz weder vornehmen noch vornehmen wollen. Insofern gibt es meines Erachtens keine Alternative zu einem Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Der Staat kann die normative Unterscheidung zwischen Embryonen im gleichen Entwicklungsstadium aber auch nicht an die betroffenen Paare delegieren, um das hohe Gut der Freiheit der Reproduktion zu schützen, um das es in der Debatte ebenfalls geht. Denn an wen würde er die Entscheidung delegieren? Er

würde sie vielleicht in geteilter Verantwortung an die Paare und die reproduktionsmedizinischen Kliniken, vielleicht aber auch an die Paare und die Hersteller von DNA-Chips bzw. Gentests oder an die Paare und Ethikkommissionen delegieren. Wie auch immer der Staat sich entscheiden würde, in keinem Fall stünden sich Staat und Individuum gegenüber, sondern es ginge immer um eine Konstellation aus geteilter Entscheidung und Verantwortung. Der Staat würde sich in jedem Fall seiner vom Grundgesetz gebotenen Fürsorgepflicht begeben. Zweitens: Die Regelungen zur Pränataldiagnostik haben eine wissentlich willentliche normative Unterscheidung zwischen verschiedenen Embryonen oder Föten definitiv ausgeschlossen. Gleichwohl ist die Pränataldiagnostik zugelassen worden, weil sie auch andere Ziele verfolgt, unter anderem die Erhaltung der Gesundheit der Frauen und der Kinder sowie nicht zuletzt Therapien oder Präventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Geburten. Die Schwachstelle im Verhältnis zwischen der hohen Norm, die in verschiedenen Gesetzen verankert worden ist, und der Praxis besteht in der mangelnden Befähigung von Eltern, die Würde ihrer Kinder zu wahren und für sie zu sorgen. Insofern ist die Diskrepanz zwischen Norm und Praxis schon im Rahmen der Pränataldiagnostik ein sozialetisches und rechtliches Problem. Denn die Fürsorgepflicht des Staates muss sich auch auf Unterstützungsleistungen für Paare und Familien mit besonderem Versorgungsbedarf beziehen. Drittens: Die assistierte Fortpflanzung ist in Deutschland nur zu einem einzigen Zweck erlaubt worden, nämlich zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. In anderen Ländern ist dies nicht der Fall. In einigen Ländern ist die assistierte Fortpflanzung mit dem Ziel eingeführt worden, kranke oder behinderte Kinder – wie immer man dies definiert – zu verhindern. Insofern hat Deutschland mit der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes bzw. mit der Zwecksetzung der assistierten Fortpflanzung einen besonderen Weg eingeschlagen. Die PID wäre im Kontext der assistierten Fortpflanzung allenfalls

dann zulässig, wenn sie zu einer Verbesserung der Behandlung führen würde. Jedenfalls hat die Diskussion so angefangen. Wie wir von Herrn Prof. Diedrich erfahren haben, lässt sich aus den bisher durchgeführten Studien nicht der Schluss ziehen, dass es zu einer Behandlungsverbesserung im Sinne der Verhinderung von Fehlgeburten gekommen wäre. Ferner könnte man die Ansicht vertreten, die Zielsetzung der PID liege darin, den Frauen Gesundheitsrisiken zu ersparen. Auch dies kann ich nicht erkennen. Es gibt im Kontext der Präimplantationsdiagnostik sicherlich auch eine Fürsorgepflicht, die man ins Feld führen kann. Genau hier, bei der Fürsorgepflicht gegenüber den Paaren, greift meines Erachtens das Kriterium der Entwicklungsfähigkeit. Denn diejenigen Paare, die durch assistierte Fortpflanzung versuchen, Kinder zu bekommen, können nicht wissentlich dem Risiko von Fehl- oder Totgeburten ausgesetzt werden. Normalerweise wird das entsprechende Risiko durch morphologische Untersuchungen geprüft. Es gibt aber eine kleine Gruppe, bei der das Risiko einer Fehl- oder Totgeburt bekannt ist. Man kann nun konsistent mit dem Gesetz und mit der Praxis der assistierten Fortpflanzung in Deutschland argumentieren, dass der Staat in den Fällen, in denen die objektiven biologischen Voraussetzungen für eine Schwangerschaft nicht gegeben sind, der Kinderwunsch also nicht erfüllt werden kann, eine Fürsorgepflicht hat und die Präimplantationsdiagnostik erlauben muss. Damit wird argumentativ kein Wechsel hin zum Selektionsparadigma vollzogen. Vielmehr entspricht diese Folgerung der eingeschlagenen Argumentationslinie. Der Zweck der assistierten Fortpflanzung unter Zuhilfenahme der PID besteht hier in der Herbeiführung der Schwangerschaft. Viertens: Die Präimplantationsdiagnostik ist nicht nur für die Paare mit einem bislang unerfüllt gebliebenen Kinderwunsch von Bedeutung, sondern auch für die sehr kleine Gruppe von Paaren, die Kinder bekommen können, die aber aufgrund bekannter genetischer Risiken von der assistierten Fortpflanzung Gebrauch ma-

chen. Dies ist meines Erachtens nur unter der Prämisse der Verhinderung von Fehl- und Todgeburten eine ethisch vertretbare Option. Im Übrigen geht es aus ethischer Sicht nicht nur um eine politisch-rechtliche Regelung, sondern auch um das Konzept der Elternverantwortung. Wir stehen vor der Entscheidung, ob wir verantwortliche Elternschaft als die Kontrolle der Gesundheit vor der Annahme einerseits oder aber als Befähigung zur Übernahme der Fürsorgepflicht unter den Bedingungen der Annahme andererseits vorantreiben wollen. Wenn Elternschaft heute Kontrolle des Kindes bedeuten soll, dann wird darunter das für die Bedeutung von Elternschaft konstitutive Paradigma der bedingungslosen Annahme eines Kindes leiden.

Die **Vorsitzende**: Ich danke allen Sachverständigen für ihre Eingangsstatements. Wir beginnen nun mit der ersten Frageunde. Es beginnen die Unterzeichner des Gruppenantrags auf der Drucksache 17/5451.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Bei der PID handelt es sich um eine so schwerwiegende und diese Republik bewegende Frage, dass es gut ist, dass wir hier die Gelegenheit haben, alle Aspekte noch einmal in Ruhe zu bewerten. Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Herdegen. Unser Antrag bezieht sich auf Familien, die schweres Leid zu ertragen haben und denen wir den Weg zu einem Leben mit einem gesunden Kind ebnen wollen. Sie haben interessanterweise die Auffassung vertreten, dass ein Verbot der PID nicht verfassungsgemäß wäre. Deswegen habe ich folgende Frage: Was würde denn im Falle eines Verbotes geschehen? Hätten diejenigen, die derzeit die PID praktizieren, nicht implizit sofort die Möglichkeit einer Verfassungsklage? Und wie ist die Rechtslage auf europäischer Ebene?

SV **Prof. Dr. Matthias Herdegen**: Wenn man die Auffassung, die ich zu skizzieren

versucht habe, zu Grunde legt, dann wäre eine gesetzliche Verbotsregelung oder eine zu weit gehende gesetzliche Beschränkung als verfassungswidrig anzusehen. Wir würden dann auch auf den jetzt bestehenden Regelungszustand zurückfallen, wie er nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs und seiner Deutung des Embryonenschutzgesetzes besteht. Dies würde eine völlige Freigabe der PID bedeuten. Denn in unserer Grundrechtsordnung gilt auf der Grundlage des Elternrechts, des Selbstbestimmungsrechts der Frau und des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, dass nur der Gesetzgeber Schranken setzen kann. Das heißt, aus Sicht derjenigen, denen es um eine Einschränkung der diagnostischen Möglichkeiten geht, hat man dann den denkbar schlechtesten Zustand. Wie stellt sich die Situation nach der Europäischen Menschenrechtskonvention dar? Nach Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention unterliegt schon der bloße Wunsch nach Verwirklichung einer Schwangerschaft dem Schutzbereich des Familienrechts. Der Straßburger Gerichtshof für Menschenrechte gibt den einzelnen Mitgliedsstaaten insbesondere bei stark umstrittenen Fragenkomplexen einen großen Gestaltungsspielraum. Dazu zählen auch Fragen der Reproduktionsmedizin bzw. der In-vitro-Fertilisation. Möglicherweise sind die Mitgliedsstaaten nach der EMRK frei, die In-vitro-Fertilisation ganz zu verbieten. Auf jeden Fall mahnt der Gerichtshof jedoch immer wieder an, dass die Mitgliedsstaaten, wie immer sie sich entscheiden, stets in sich schlüssig verfahren und an einmal getroffenen Wertungen festhalten müssen. Wenn man einmal eine Differenzierung für zulässig erklärt hat und eine Untersuchung auf genetische Dispositionen, nach Krankheitsanlagen oder phänotypisch ausgeprägten Anlagen im Mutterleib gestattet, dann kann man sich nicht mehr auf das Argument zurückziehen, dass Selektion in jedem Fall unzulässig sei. Selektion wäre dann unbedingt ein Verstoß gegen die Menschenwürde, wie wir das gerade gehört haben. Denn darin läge der Wertungswi-

derspruch. Konsequenz wäre es zu sagen: „Ich lehne jede Diagnose und jede Selektion ab“. Ob dies dann auch verhältnismäßig wäre, ist eine spannende verfassungsrechtliche Frage. Diese Haltung wäre aber sicherlich mit der Rechtsprechung zum Schwangerschaftsabbruch unter dem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit nicht vereinbar. Worauf es jedoch immer ankommt, auch im Lichte der EMRK, das sind die innere Logik und der Wertungsgleichklang. Es gibt Kollegen im Bereich des Staatsrechts, die sich dafür aussprechen, diesen Wertungsgleichklang herzustellen. Sie gehen davon aus, dass die Frau, bei der die In-vitro-Fertilisation vorgenommen wird, eine Pflicht zur Implantation hat. Dies ist die Auffassung der wenigen Staatsrechtler in Deutschland, die zu dem Schluss gelangen, man müsse zu einem verfassungsrechtlichen Verbot der PID kommen. Nach ihrer Auffassung weist der Embryo in vitro eine sehr stark Ähnlichkeit mit dem Nasciturus im Mutterleib auf. Er hat daher ein uneingeschränktes Lebensrecht und eine Würde, die es der Frau gebieten, die Implantation vornehmen zu lassen. In logischer Konsequenz müsste man dann auch im Bereich der Pränataldiagnostik einen massiven Rückschritt vollziehen. Aber dann müsste man auch das Regime des § 218a StGB radikal umgestalten, zumindest wenn man der Ansicht ist, dass jede Selektion vermieden werden muss. Aber dies verbietet wiederum die EMRK mit ihrem Zwang zum Wertungsgleichklang, zur Kohärenz und zur Systemgerechtigkeit.

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU): In allen Stellungnahmen ist deutlich geworden, dass es hier um eine ethische Fragestellung geht, also um die Frage, was nach unserem Gewissen gut und was nicht gut ist. Ich habe deshalb eine Frage an die beiden Ethiker, Prof. Schröder und Prof. Schöne-Seifert. An Herrn Prof. Schröder: Die Unterzeichner des Antrags Flach/Hintze/Sitte/Reimann/Montag beschäftigt die Frage, wie wir dem Leid von Frauen begegnen können, die die Erfahrung einer Totgeburt gemacht haben oder

die um eine verhängnisvolle erbliche Belastung wissen, die sie in einen schwerwiegenden Schwangerschaftskonflikt hineintreiben würde. Meine Frage in Bezug auf die ethische Beurteilung lautet wie folgt: Müssen wir das Problem von den betroffenen Menschen her betrachten oder vom Status einer befruchteten Eizelle in der Glasschale, also von einer absoluten Norm her? Wie verhält es sich hier mit dem Verhältnis von Norm und Situation? Dann noch eine Frage aus der christlichen Perspektive: Für mich folgt die Zulassung der PID für Menschen in einer solchen Notlage aus dem Gebot der Nächstenliebe. Dagegen wird gern ein Psalmwort aus dem alten Testament vorgebracht, in dem ein Beter zu Gott die Worte spricht: „Du hast mich erkannt, bevor ich gewoben war im Mutterleib“. Kann man dies als einen ethischen bzw. theologischen Einwand gelten lassen oder gilt hier nicht vielmehr das Gebot der Nächstenliebe, dem zufolge die Frauen in ihrer Notlage bzw. zur Auflösung des Schwangerschaftskonflikts nicht auf eine Abtreibung oder eine Spätabtreibung verwiesen werden dürfen, sondern die Möglichkeit haben müssen, sich für die PID zu entscheiden. An Frau Prof. Schöne-Seifert habe ich folgende Frage: Einer der Sachverständigen hat gesagt, die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik, der Untersuchung eines heranwachsenden Kindes im Mutterleib, trügen dazu bei, von der PID Abstand zu nehmen. Halten Sie diesen Schluss für zulässig? Wie sind die Erfahrungen, die man mit PID und PND gemacht hat, in den Ländern, in denen beide Verfahren angewandt werden? Können wir feststellen, dass es etwa in Skandinavien einen weniger freundlichen, weniger empathischen, weniger gesellschaftlich aufgeschlossenen Umgang mit Behinderter gibt? Dies ist hier behauptet worden. Wir haben schon zwei Jahrzehnte lang Erfahrungen mit der PID gemacht. Kann man sagen, dass die zahlenmäßige Entwicklung, die wir bei der Pränataldiagnostik erlebt haben, auch bei der PID zu beobachten ist?

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Ich würde keinen Gegensatz konstruieren zwischen dem Leid von Eltern, die ein genetisch schwerbehindertes Kind haben und sich ein von dieser Krankheit freies Kind wünschen und dem Status des Embryos vor Beginn der Schwangerschaft. Man kann hier keinen Gegensatz konstruieren, sondern muss sich klar machen: Wer behauptet, der Embryo vor Beginn der Schwangerschaft sei ein vollwertiger Träger der Menschenwürde, der kann anschließend nicht erklären: „Man darf ihn erzeugen und dann verwerfen.“ So geht es nicht. Es gibt eben bestimmte Aussagen über den Status des Embryos, die die Antwort auf die Frage, was mit ihm geschehen darf, präjudizieren. Ich folgere daraus – das habe ich bereits deutlich gesagt –, dass auch Definitionen Handlungen sind. Wenn man sagt – oder auch dekretiert, denn dies kann man nicht einfach aus den Tatsachen ableiten –, dass eine befruchtete Eizelle einem geborenen Menschen, was die Schutzwürdigkeit betrifft, gleichzustellen ist – ich weiß, das ist eine stark vereinfachte Position – dann kann man nicht mehr schlüssig mit dem Leid der Eltern argumentieren. Deshalb plädiere ich dafür, die Unterschiede im Hinblick auf den Status von Blastozysten vor Beginn der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Geburt nicht einzuebnen. Ich habe oft das Argument gehört, und auch hier ist es angekommen, dass die befruchtete Eizelle das gesamte Potential in sich berge, das nach dem aristotelischen Potentialitätsverständnis aus sich heraus zur Verwirklichung gelangen könne. Ich halte diese Behauptung in Bezug auf den Status der befruchteten Eizelle für falsch. Kein Mensch wird geboren ohne seine Mutter. Der Uterus ist kein Behälter. Ein Hühnerei enthält alles, um ein Küken hervorzubringen, es fehlt nur Wärme. Dafür ist es aber auch 50 Mio. Mal größer als eine menschliche Eizelle. Was hier fehlt, muss die Mutter liefern. Deshalb würde die Argumentation, die ich manchmal höre, wonach die befruchtete Eizelle dem Samenkorn einer Pflanze ähnele, dem nur noch Wasser fehle, sicher von keinem

Biologen bestätigt. Bis zu der Behauptung der Autarkie der Eizelle hat es noch niemand getrieben, aber manche Aussage zur Potentialität der Eizelle kommt dem nahe. Jetzt argumentiere ich als Theologe: „Du hast mich erkannt, bevor ich geboren war im Mutterleibe“. Ich stelle fest, dass dies noch niemand im Mutterleib gesagt hat. All diese Bekenntnisse sind Bekenntnisse geborener Menschen. Sie werden auch in der Bibel vergeblich eine Stelle suchen, an der ein nicht geborenes Wesen Mensch genannt wird. Deswegen hat aus meiner Sicht eine Definition, aufgrund derer letztlich der Satz nicht vermieden werden kann: „Die meisten Menschen werden nicht geboren“, vom biblischen Menschenverständnis her etwas Gespenstisches. Auch die Argumentation mit der Nicht-Existenz – „Wenn es PID vor meiner Geburt gegeben hätte, würde es mich nicht geben“ – beeindruckt mich nicht. Diese Art von Sätzen – „...würde es mich nicht geben...“ – bildet jeder von uns im Dutzend. Wenn ein anderes Spermium das Wettrennen zur mütterlichen Eizelle geschafft hätte, würde es mich nicht geben. Wenn meine Eltern sich nicht kennengelernt hätten, würde es mich nicht geben. Ich sage dazu – obwohl ich befürchten muss, dass es dann heißt, ich würde mit den Empfindungen anderer Menschen hart umgehen –, das Wesen, welches sagen kann „es gibt mich nicht“, gibt es nie. Wir können alle Situationen konstruieren, in denen es uns nicht geben würde. Daraus können wir aber keine Handlungsoptionen für Dritte ableiten, und ich frage mich, ob es den einen Fall gibt, in dem man das kann.

SVe Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich bin nach der Vergleichbarkeit von PID und PND sowie nach den sozialen Folgen, die wir bei PID und PND in anderen Ländern registrieren, gefragt worden. Ich würde meine Antwort zum Vergleich von PID und PND gern an einem Beispiel erläutern, weil hiervon auch die Frage des Wertungswiderspruchs berührt ist. Stellen Sie sich ein Paar mit einer bekannten Veranlagung beider Eltern zu einer schweren

Stoffwechselerkrankung vor. Da beide Eltern das Gen nur einmal haben, sind sie selbst nicht betroffen. Der Zufall hat es gewollt, dass sich nun zwei Träger dieses Gens treffen, die mit einer Wahrscheinlichkeit von 25 Prozent ein Kind mit zwei betroffenen Genen bekommen, das heißt mit einer schwersten Stoffwechselerkrankung, die bereits in den ersten Lebensjahren zum Tode führt. In einem Land wie Deutschland, in dem die PND erlaubt ist, könnten Sie nun eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen, und sie würden natürlich hoffen, dass die Diagnose einen negativen Befund ergibt. Um den Fall vielleicht noch lebensnäher zu machen, nehme ich an, dass das Paar bereits zwei Kinder mit dieser Krankheit zur Welt gebracht und verloren hat. Jetzt entscheidet es sich trotz früherer Bedenken, eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen zu lassen und erhält einen positiven, also krankhaften Befund. Daraufhin beschließt das Paar, die Schwangerschaft abubrechen. Schon zur Zeit des Tests ist der Embryo etwa 10 Zentimeter groß. Die Fruchtwasseruntersuchung wurde – so nehme ich in meiner Fallschilderung an – von Anfang an in potentiell selektiver Absicht getätigt, nämlich mit der Absicht, eine weitere, dritte Schwangerschaft mit einem von der Krankheit betroffenen Embryo nicht fortzuführen. Es ist jedenfalls wenig überzeugend, die Untersuchung als nicht potentiell selektiv zu bezeichnen. Um den Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig durchführen lassen zu können, muss nun gemeinsam mit dem behandelnden Arzt erklärt werden, dass es für die Schwangere wegen einer bereits eingetretenen oder zu erwartenden Beeinträchtigung ihrer geistigen oder körperlichen Gesundheit unzumutbar wäre, dieses Kind auszutragen. In Wirklichkeit geht es hier aber nicht um eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit im engeren Sinne. Vielmehr möchte sie es sich nicht noch einmal zumuten, ein solches krankes Kind bis zu seinem Tode zu pflegen und das damit verbundene Leiden auszuhalten. Sowohl die Schwangere als auch der Arzt werden in diesem Fall eine medizinisch-soziale Indikation geltend machen, wie es inzwi-

schen heißt. Wie jeder weiß, der es wirklich wissen will, betreffen von den 3.000 medizinisch indizierten Abtreibungen, die in Deutschland pro Jahr durchgeführt werden, nur ganz wenige im engeren Sinne die Gesundheit der Mutter. Dies muss man ehrlicherweise zur Kenntnis nehmen. Fast alle diese Abtreibungen sind embryopathisch motiviert, wenn auch unter einer Tarnkappe. Die Eltern wären heilfroh, wenn das werdende Kind nicht betroffen wäre. Wenn nun dieselbe Frau die Möglichkeit hätte, in Italien oder in einem anderen Land eine PID durchführen zu lassen, würde sie den gleichen Test wie bei der PND an Embryonen durchführen lassen, die erst 0,2 Millimeter groß wären, und sie würde sich die nicht von der Krankheit betroffenen Embryos einpflanzen lassen und wäre froh zu sehen, dass es auch nicht betroffene Embryonen gibt. Aus ethischen Gründen würde das von der genetischen Disposition betroffene Paar eine PID als viel weniger gravierend als eine PND empfinden, weil es der Überzeugung ist, dass der Lebensschutz eines 16 Wochen alten Embryos im Vergleich wesentlich stärker zu gewichten ist. Insofern bin ich der Ansicht, dass es einen Wertungswiderspruch gravierender Art bedeuten würde, wenn man die PND mit verdeckter embryopathischer Indikation weiterhin zuließe, die PID aber verbieten würde. Ich ziehe daraus aber anders als etwa Frau Prof. Graumann nicht die Konsequenz, dass man auch die PND verbieten sollte, sondern würde umgekehrt behaupten: Es hat sich im Ausland wie im Inland gezeigt, dass es entgegen der Befürchtung, es würde zu einer inflationären Ausweitung kommen, eine stabile Rate der Inanspruchnahme von PND gibt. Von den über 110.000 Abtreibungen, die es in Deutschland pro Jahr gibt, erfolgen 3.000 auf Basis einer medizinischen und die meisten davon in Wirklichkeit auf Basis einer embryopathischen Indikation. Diese Zahl ist stabil. Es scheint nicht so zu sein, dass Frauen davon mehr und mehr Gebrauch machen wollen. Es gibt auch etliche Frauen, die die PND nicht in Anspruch nehmen wollen. Die entsprechenden Informationsnetzwerke sind gut ausgebaut,

und man kann sich leicht über die Ansichten von Kritikern und Befürwortern informieren. Dass es in Einzelfällen unaufgeklärte Entscheidungen gibt, wie überall, das will ich nicht bestreiten, aber wir haben keinen Anlass anzunehmen, dass dies in diesen Fällen besonders gravierend und nicht zu ändern wäre. Im Ausland gibt es meines Wissens – ich bin allerdings keine Sozialwissenschaftlerin – keine beunruhigenden Befunde, die die Befürchtung nähren würden, dass in den Ländern, die der PID aufgeschlossen gegenüberstehen oder sie zulassen, die Behindertenfeindlichkeit messbar zunimmt.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Herr Prof. Diedrich, ich würde gern wissen, ob Ihnen aus Ihrer praktischen Erfahrung als Gynäkologin und Geburtshelferin typische Konstellationen von Paaren bekannt sind, die um Hilfe bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches bitten und die die PID in Deutschland in Anspruch nehmen würden, sofern es sie gäbe. Halten Sie es für wahrscheinlich, dass daraus eine Standardpraxis werden würde?

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Wir schätzen, auch aufgrund von Erfahrungen in anderen Ländern, dass es etwa 200 PID-Fälle pro Jahr in Deutschland geben würde. In Großbritannien gibt es bei einer etwas geringeren Bevölkerungszahl eine ähnliche Größenordnung. Die PID ist mit der In-vitro-Fertilisation verbunden, die sehr aufwendig und – wie ich vorhin bereits ausgeführt habe – auch sehr belastend für die Paare ist, weil zu dem Verfahren der künstlichen Befruchtung noch die Auseinandersetzung mit der Frage hinzukommt, ob der Embryo mit der genetischen Erkrankung belastet ist oder nicht. Die PID wird deshalb nie zu einem Standardverfahren werden, und der Dambruch, von dem so oft geredet wird, hat nicht stattgefunden. Nach den Daten der europäischen Gesellschaft aus den letzten zehn Jahren sind es hauptsächlich monogenetische Erkrankungen, wie zum Beispiel Morbus Duchenne, Muskelschwunderkrankungen

und verschiedene Formen der Mukoviszidose, bei denen PID indiziert sein kann. Hinzu kommen die chromosomalen Störungen, wobei ich betonen möchte, dass der Ausschluss der Trisomie 21 nicht zu den Indikationen gehören soll. Das halte ich für sehr wichtig, und das hat auch die seinerzeitige Richtlinie der Bundesärztekammer so vorgesehen. Es gibt aber chromosomale Störungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind oder schwerste Behinderungen für die Kinder bedeuten, wie zum Beispiel die Robertsonsche Translokation, um nur eine dieser Krankheiten zu nennen. Dies sind die wesentlichen Indikationen. Ein Dambruch hat jedenfalls nicht stattgefunden. Dafür ist die Methode viel zu aufwändig.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen. Meine erste Frage, die sich an Frau Prof. Schöne-Seifert richtet, bezieht sich auf persönlichkeitsbezogene Verfassungsrechte, zum einen auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau und zum anderen auf das Recht von Paaren zur Fortpflanzung. Wie schätzen Sie die vorliegenden Gesetzentwürfe im Hinblick auf diese beiden Gesichtspunkte ein? Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Diedrich. Einer der Sachverständigen hat vorhin ausgeführt, dass durch die Nidation der befruchteten Eizelle für deren Weiterentwicklung keine neue Qualität bzw. Zäsur entstände. Ich teile diese Auffassung ausdrücklich nicht, möchte hierzu aber von Ihnen eine Einschätzung aus medizinischer Sicht erhalten.

SVe Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich möchte zunächst zu der Frage des Selbstbestimmungsrechts der Frauen und der Paare Stellung nehmen. Wir alle wissen, dass es immer dann, wenn von Paaren gesprochen wird, in Wirklichkeit um die Selbstbestimmung von Frauen geht. Es sollte auch von Anfang an klar sein, dass man rechtlich und ethisch zwischen verschiedenen Selbstbestimmungsaspekten differenzieren muss. Es gibt zum einen Selbstbestimmungsaspekte, die Abwehr-

Charakter haben und die in der Medizin sehr weitreichend sind. Niemand darf eine Frau oder einen Patienten in medizinischer Hinsicht zu etwas drängen, was sie oder er nicht möchte. Zum anderen gibt es die Anspruchsrechte. Daraus resultiert die Frage, ob eine Frau kraft ihres prinzipiell anerkannten Rechts auf Selbstbestimmung auch einen Anspruch auf PID oder etwas Vergleichbares geltend machen kann. Diese Frage ist natürlich sehr viel schwieriger zu beantworten. Jedenfalls folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht nicht, dass positive Anspruchsrechte auf irgendetwas bestehen. Ich denke, das ist die gemeinsame Grundposition von uns allen, die wir hier als Sachverständige geladen sind. In diesem Zusammenhang spielt der Begriff der reproduktiven Freiheit eine Rolle – ein Begriff, der in Deutschland kaum auf Gegenliebe stößt, sondern als Kampfbegriff aufgefasst wird, der aber in der internationalen Debatte fest etabliert ist. Die reproduktive Freiheit von Paaren endet natürlich dort, wo die Grundrechte Anderer oder grundlegende ethische Normen betroffen sind. Deswegen sprechen wir im Zusammenhang mit dem Nadelöhrargument über den Rechtsstatus des Embryos. Die Mütter haben aufgrund ihres Selbstbestimmungsrechts natürlich keine Befugnis, darüber zu entscheiden, ob ihre geborenen Kinder weiterleben dürfen oder nicht. Soweit es sich um punktförmige Embryonen in einem sehr frühen Stadium handelt, haben wir es jedoch mit einem Sonderfall zu tun. Ich bin der Ansicht, dass der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen und Paaren in Fragen der Vermeidung von schwersten Erkrankungen bei ihren Kindern keine hinreichend gravierenden ethischen Argumente entgegenstehen und dass man, wenn man dies so sieht, den Gesetzentwurf, der eine kontrollierte, eng definierte Zulassung der PID vorsieht, als einzigen unterstützen kann. Auch hier sind die Restriktionen im Vergleich zur Fruchtwasseruntersuchung mit möglicherweise nachfolgender Abtreibung groß, weil ausschließlich Paare mit schon bekannten genetischen Erkrankungen die PID durchführen lassen dürfen. Dieser

relative Widerspruch zur PND ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die PID sich von der PND unterscheidet und in der Bevölkerung große Befürchtungen hervorruft. Diesen Befürchtungen wird durch den Gesetzentwurf Rechnung getragen.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Für mich steht ebenfalls fest, dass menschliches Leben mit der Befruchtung beginnt. Die Eizelle muss sich in den auf die Befruchtung folgenden sechs Tagen weiterentwickeln, um das einpflanzungsfähige Stadium zu erreichen. Erst dann hat sie das Potenzial, sich zu einem Menschen zu entwickeln. Gleichwohl sehe ich die Eizelle schon vorher als ein menschliches Wesen an. Zu der Frage, ob dieses menschliche Wesen, sprich die befruchtete Eizelle, bereits Würde hat, hat Herr Herdegen deutlich Stellung genommen. Seine Aussage kann ich nur unterstreichen. Die Entwicklung des Embryos nach der Nidation ist ein abgestufter Prozess, der bis zur Geburt dauert. Dies kann man meiner Meinung nach auch an dem § 218 ablesen, der den Schwangerschaftsabbruch ohne Indikation aus sozialen Gründen bis zur zwölften Woche nach der Konzeption zulässt, sofern vorher eine entsprechende Beratung stattgefunden hat. Nach diesem Zeitraum ist ein Abbruch nur dann zulässig, wenn eine strenge medizinische Indikation vorliegt. In dieser Frage gebe ich Frau Prof. Schöne-Seifert Recht, die die Auffassung vertreten hat, dass hier sehr oft eine Mogelpackung vorliegt. Offiziell gibt es die embryopathische Indikation zwar nicht mehr, bei den meisten medizinischen Indikationen handelt es sich jedoch faktisch um embryopathische Indikationen, aus denen dann eine mütterliche medizinische Indikation gemacht wird, weil es physische oder psychische Belastungsfaktoren gibt, aufgrund derer der Frau eine Fortführung der Schwangerschaft nicht zugemutet werden kann.

Abg. Jerzy Montag (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Herdegen, ich habe zwei Fragen an Sie. Erstens: Wir stehen

vor der Entscheidung, ob wir mit der Zulassung der PID einen Raum betreten wollen oder sollen, zu dem es nur über einen anderen Raum, die In-vitro-Fertilisation, einen Zugang gibt. Bei der In-vitro-Fertilisation haben wir es, medizinisch bedingt, mit zwei voneinander unabhängigen Rechtsträgern zu tun. Bei der Vereinigung dieser beiden Rechtsträger kommt es tendenziell zu einem Widerspruch. Denn die betroffene Frau kann die Einbringung des Embryos ohne Begründung ablehnen. Es gibt keine Rechtspflicht, zumindest keine durchsetzbare Rechtspflicht der Rechtsordnung, sie dazu zu zwingen. Wenn diese Frau nun erklärt, dass sie den Embryo nicht um jeden Preis sterben lassen, sondern eine informierte Entscheidung für das Leben treffen will, stellt sich die Frage, ob die Realisierung des Anspruchs dieser Frau, eine informierte Entscheidung zu treffen, nicht einen minder schweren Eingriff in Rechtsgüter darstellt als derjenige, der durch die Entscheidung der Frau erfolgt, die Einpflanzung ohne Begründung abzulehnen, und ob die Tatsache, dass die Entscheidung der Frau einen sowohl negativen als auch positiven Selektionscharakter *uno acto* hat – denn sie entscheidet sich sowohl für als auch gegen etwas – den Charakter des sanften Ausgleichs konterkarieren kann. Ich stelle diese Frage, weil ich als Abgeordneter vor der Aufgabe stehe, einen Ausgleich zwischen Grundrechtspositionen durchführen zu müssen. Meine zweite Frage bezieht sich auf den Missbrauch. Wenn es richtig ist, dass wir einen Bereich haben, in dem Rechtssubjekte einen Anspruch auf Grundrechts- und auf Handlungsgewährung haben und wenn die Gewährung der Handlungsfähigkeit, der Hang der Entscheidungsfähigkeit, gefahrgeneigt ist, dürfen wir den Missbrauch dann dadurch ausschließen, dass wir die Grundrechtsgewährung ausschließen oder sind wir als Gesetzgeber verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der Missbrauch nicht eintritt?

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Ich beginne mit der letzten Frage. Wenn wir

Grundrechtsbeschränkungen mit einem möglichen Missbrauch rechtfertigen, dann kommen wir verfassungsrechtlich auf eine schiefe Ebene, weil wir dann gewissermaßen ohne Grundlage in der Empirie den Missbrauch als die entscheidungs- und erkenntnisleitende Typik betrachten. Dies wäre aus meiner Sicht unverhältnismäßig und hätte auch vor dem allgemeinen Gleichheitssatz keinen Bestand. Vielmehr zwingt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und des Minimaleingriffs den Gesetzgeber und alle Organe des Staates dazu, seine Intervention im Interesse der Maximierung der grundrechtlich geschützten Freiheit so stark wie möglich zu beschränken und sich auf die Bekämpfung des Missbrauchs zu konzentrieren. Die anderen beiden Fragen möchte ich ein wenig zusammenfassen, weil sie sich im Kern noch einmal auf den Status des Embryos *in vitro* beziehen. Der Embryo *in vitro* ist die früheste Form des menschlichen Lebens, und ich habe mich zu einer Auffassung bekannt, die den Würdeschutz sehr früh beginnen lässt, nämlich zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Damit befinde ich mich im Widerspruch zu einer weit verbreiteten Meinung in der deutschen Staatsrechtslehre. Insofern ist die deutsche Staatsrechtslehre bei dieser Anhörung nicht repräsentativ vertreten. Aber als Vertreter dieser Minderheit im deutschen Staatsrecht unterscheide ich mich auch von einigen Fundamentalisten, die schon der Ei- und der Samenzelle einen Würdeschutz zukommen lassen wollen. Doch das Leitbild vom Menschen, wie es im Grunde allen Religionen und auch unserem grundgesetzlichen Menschenbild zugrunde liegt, wird ganz wesentlich von der Verbindung des Embryos mit dem Mutterleib – da stimme ich mit Herrn Prof. Schröder überein – mitbestimmt. In unserem konkreten Fall bedeutet dies, dass es zwar auch ohne diese Verbindung einen Würdeschutz geben kann, dass aber die Frage, ob es bereits zu dieser Verbindung gekommen ist oder nicht, die Art und Weise des personalen Achtungsanspruches wesentlich mitbestimmt. Ganz anders verhält es sich nach der Implantation, nach der Nidation, weil hier eine auch

grundrechtlich gesicherte Perspektive des Heranreifens besteht. Nach der herrschenden Meinung der deutschen Staatsrechtslehre beginnt der Schutz des Lebens nach Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes erst mit der Implantation, weshalb es keine Pflicht der Frau zur Implantation geben kann. Ich halte im Übrigen bereits die Annahme einer derartigen Implantationspflicht für einen Verstoß gegen die Menschenwürde. Vor diesem Hintergrund würde der Verweis auf die Pränataldiagnostik im Falle einer In-vitro-Fertilisation bei bekannten Erb- anlagen und einer Disposition für bestimmte Krankheiten gewissermaßen den Zwang zu einem schwerwiegenderen Eingriff beinhalten. Dies ist eine Art von Verstoß gegen die Schutzpflicht, die in besonderem Maße – und nach herrschender Meinung unter dem Gesichtspunkt des Lebensgrundrechts – nur gegenüber dem Nasciturus im Mutterleib besteht, dem sozusagen ein Untermaßverbot zur Seite steht. Es wäre ein übermäßiger Eingriff in die Grundrechte der Eltern, insbesondere der Mutter, wenn man sie diesem anhaltenden Zwang zum Nichtwissen aussetzen würde. Denn man verschafft ihnen den Zugang zum Wissen erst während der Schwangerschaft. Insoweit liegt hier aus der Sicht des werdenden menschlichen Lebens ein Verstoß sowohl gegen das Übermaßverbot als auch gegen das Untermaßverbot vor, indem man nämlich den Maximaleingriff erst während der Schwangerschaft erlaubt, wenn bereits die physische Verbindung mit der Mutter stattgefunden hat. Auch dies ist ein Beitrag zum Thema Wertungswiderspruch.

Die **Vorsitzende:** Nun beginnt die Fragezeit der Gruppe der Unterzeichner des Gesetzentwurfs auf der Drucksache 17/5450 (Abg. Kathrin Göhring-Eckart, Volker Kauder und Pascal Kober).

Abg. **Johannes Singhammer** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Prof. Böckenförde. In unserem Gesetzentwurf sprechen wir uns gegen eine Bewertung

und Auswahl menschlichen Lebens in Form eines Embryos nach Kriterien wie gesund oder krank, behindert oder nicht behindert aus. Wir haben heute schon mehrfach vernommen, dass bei der Reform des § 218a die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer Behinderung eines Kindes abgeschafft worden ist. Welche Wirkungen hätte es, wenn nun mit der Zulassung der Auswahl von Embryos bzw. mit der gesetzlichen Verankerung einer Auswahlmethode für menschliches Leben eine ganz neue Rechtswirklichkeit, aber auch eine ganz merkwürdige Asymmetrie unserer Rechtsordnung geschaffen würde?

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: In der Tat würde auf diesem Wege eine Asymmetrie geschaffen, denn nach meiner Auffassung hat menschliches Leben von dem Abschluss der Befruchtung an Anteil an der Menschenwürde und auch am Lebensrecht, das auf der Menschenwürde basiert. Demzufolge wäre es unzulässig, einen Unterschied zwischen verschiedenen Embryos zu machen und zu sagen, dass das Recht auf Leben aufhört, sofern der Embryo bestimmte Krankheiten oder genetische Defekte aufweist und dass dieser Embryo in vitro ohne Probleme ausgesondert werden kann. Dies wäre eine gravierende Asymmetrie und würde das Recht auf Leben als Folge der Anerkennung der Menschenwürde im Grunde teilweise außer Kraft setzen. Denn dies würde bedeuten, dass ein Recht auf Leben nur noch dann besteht, wenn bestimmte genetische Defekte oder eine Veranlagung für bestimmte Krankheiten nicht vorhanden sind. Etliche Staatsrechtler vertreten die Auffassung, dass das Recht auf Leben, das auf der Menschenwürde basiert, auch bei einem Embryo vor der Nidation besteht und nicht erst nach der Nidation oder in einem späteren Stadium. Wenn man die letztere Auffassung vertreten würde, dann würde Zusammengehöriges quasi auseinandergerissen. Und es wäre auch nicht mit der Prämisse vereinbar, dass

menschliches Leben im Status des Embryos ein Lebensrecht hat, wenn man darüber wegen bestimmter Fehleigenschaften oder fehlender Eigenschaften einfach disponieren könnte.

Abg. **Pascal Kober** (FDP): Meine Frage richtet sich an die Professoren Böckenförde und Huber. Es geht um die kollidierenden Grundrechte von Mutter einerseits und Embryo andererseits. Erfolgt die Abwägung dieser kollidierenden Grundrechte im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs auf die gleiche Weise wie bei der Präimplantationsdiagnostik?

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Nein, die beiden Sachverhalte sind meines Erachtens unterschiedlich zu bewerten. Ich kann den in der Diskussion oft hervorgehobenen Wertungswiderspruch nicht erkennen. Denn beim Schwangerschaftskonflikt handelt es sich um einen konkreten Konflikt zwischen dem werdenden Kind in der Mutter und der Mutter selbst, die miteinander in einer Einheit in Zweifelt verbunden sind. Dieser Konflikt entsteht oft dadurch, dass eine ungewollte Schwangerschaft vorliegt und sich dann die Frage stellt, wie die beiden Dinge gegeneinander abzuwägen sind und wie weit die Einstandspflicht der Mutter reicht bzw. wo die Opfergrenze für die Mutter liegt. Diese Abwägung versucht die Regelung in § 218a Abs. 2 vorzunehmen; wobei ich Frau Prof. Schöne-Seifert darin zustimme, dass es sich in der Praxis bei mindestens drei Viertel der Indikationen, wenn nicht sogar bei noch mehr, um verdeckte embryopathische Indikationen handelt und dass der Gesetzgeber hier Abwägungen zu treffen hat. Eine weitere Frage lautet, ob die praktische Handhabung immer dem entspricht, was im Gesetz normiert ist. Der Ausgangspunkt für die Präimplantationsdiagnostik ist ein starker Kinderwunsch, andernfalls würde man sich der Prozedur, mit der dieses Verfahren verbunden ist, nicht aussetzen. Man möchte zwar unbedingt ein Kind, aber letztlich nur dann, wenn es keine

genetischen Defekte oder die Veranlagung für bestimmte Krankheiten hat. Der konkrete Konflikt ist also nicht von vornherein vorhanden, sondern wird erst durch die PID hervorgerufen bzw. antizipiert. Es geht bei ihr eben nicht um eine konkrete Konfliktlösung, sondern um eine abstrakte Selektion. Da sich PND und PID vom Sachverhalt her unterscheiden, ist es auch gerechtfertigt, unterschiedliche rechtliche Regelungen zu treffen und etwa die PID für unzulässig zu erklären, um die damit verbundene Art der Aussonderung zu verhindern. Ich kann auch nicht erkennen, dass dem zum Beispiel ein Recht der Eltern auf Wissen entgegenstehen würde, denn dieses Recht auf Wissen leitet sich aus Art. 6 Grundgesetz, dem Recht auf Elternschaft, sowie aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht her. Diese Rechte sind nicht absolut, sondern finden ihre Grenze und können auch gesetzlich eingeschränkt werden. Art. 2 Grundgesetz bestimmt ausdrücklich, dass das Persönlichkeitsrecht eingeschränkt werden kann, sofern es dafür vernünftige Gründe gibt. In unserem Fall ergeben sich die Gründe aus dem Lebensrecht und dem Interesse des Embryos. Wenn die Eltern unbedingt ein Wissen über die Anlagen des Embryos haben und deshalb die PID durchführen wollen, dann liegt dem zunächst einmal ihr eigenes Interesse zugrunde. Dieses kann jedoch eingeschränkt werden, sofern es das Lebensrecht des Embryos nicht nur abstrakt, sondern konkret gefährdet. Insofern besteht ein legitimer Grund für die Einschränkung der Informationsfreiheit der Eltern. Denn diese Einschränkung geschieht nicht willkürlich, sondern dient dem Zweck, das Lebensrecht und die Würde des Embryos zu schützen.

SV Bischof Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Ich möchte zwei ethische Gesichtspunkte ergänzen. Erstens: In dem Augenblick, in dem ein Paar, das bisher unter Kinderlosigkeit leidet, sich dazu entschließt, den Weg der IVF zu gehen, tut es dies in der Absicht, dass die auf diese Weise hergestellten Embryonen auch implantiert werden. Es tut es nicht unter dem

Gesichtspunkt, erst nach der Herstellung der Embryonen darüber zu entscheiden, ob sie implantiert werden sollen. Den zweiten Weg zu beschreiten hieße nämlich, ethisch betrachtet, den reproduktionsmedizinisch hergestellten Embryo zur bloßen Sache zu erklären. Unabhängig davon, wie wir die Differenzen in der Sache beurteilen, nämlich welches Gewicht wir den verschiedenen Stufen beimessen, in denen menschliches Leben sich bis zu dem Punkt entwickelt, an dem es nicht mehr nur ein Nasciturus ist, sondern geboren wird, besteht offensichtlich Einigkeit darüber, dass der menschliche Embryo auch auf seiner allerfrühesten Entwicklungsstufe keine bloße Sache ist. Dies bedeutet, dass auch die Eltern, insbesondere die Mutter, in dem Augenblick, in dem sie in die Prozedur der IVF einwilligen, in ein ethisches Verantwortungsverhältnis gegenüber den auf diesem Wege entstandenen Embryonen treten. Dasselbe gilt für die beteiligten Ärzte. Alle Beteiligten stellen nicht nur eine Sache her, mit der nach Belieben verfahren werden kann, beispielsweise auch dadurch, dass man sie implantiert. Dies muss der ethische Ausgangspunkt sein, denn andernfalls kommt es zu einer Instrumentalisierung und Verdinglichung dieser frühesten Stufe menschlichen Lebens, die ihrerseits weitreichende Auswirkungen hat. Zweitens: Mit Blick auf den § 218a Abs. 2 stellt sich die Frage, wie man den offensichtlichen Wertungswiderspruch, der in der gegenwärtigen Praxis der PND liegt, auflöst. Ich entnehme aus manchen Voten an diesem Tisch den Vorwurf an den Gesetzgeber, er habe eine Mogelpackung produziert. Denn dem Gesetzgeber wird die Intention unterstellt, er habe die embryopathische Indikation unter der medizinischen Indikation verstecken wollen. Ich habe, das gebe ich zu, die Neuregelung im Jahre 1995 nicht ohne Sorge mitverfolgt. Ich habe gefragt, welche Auswirkungen diese Regelungen haben wird. Ich kann nun nicht akzeptieren, dass eine Praxis, die im Widerspruch zum Wortlaut des § 218a Abs. 2 steht, mit einem normativen Anspruch im Hinblick auf die gesetzliche Regelung der

PID ausgestattet wird. Denn darin erkenne ich einen Wertungswiderspruch.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zwei kurze Vorbemerkungen: Wir sind uns alle darüber im Klaren, dass es sich hier um eine Abwägungsentcheidung handelt, der rechtliche, ethische und medizinische Argumente zugrunde zu legen sind. Zudem möchte ich darauf hinweisen, dass von Erbkrankheiten betroffene Paare in der Regel Schwangerschaften auf natürlichem Wege erzeugen. Damit ist festzuhalten, dass wir mit der IVF einen Sonderweg beschreiten, der mit erheblichen Eingriffen in die Körperlichkeit der Frauen verbunden ist. Darin schließt sich meine erste medizinische Frage an Frau Prof. Kollek an: Wie hoch ist der Anteil der Frauen, die nach der Durchführung einer PID ein Kind bekommen? Ist es für die betroffenen Frauen wahrscheinlicher, ein gesundes Kind zu bekommen, wenn dies auf natürlichem Wege gezeugt wird? Daran knüpft sich eine weitere Frage: Welche gesundheitlichen Risiken – zum Beispiel Missbildungen, Mehrlingsschwangerschaften und Komplikationen neonataler Art – resultieren aus diesem Verfahren für weitere Kinder? Gibt es Untersuchungen zu den körperlichen und psychischen Langzeitfolgen des Verfahrens?

SVe **Prof. Dr. Regine Kollek**: Der Anteil der Frauen, die nach einer PID ein Kind bekommen, liegt ungefähr in der gleichen Größenordnung wie der entsprechende Anteil nach einer In-vitro-Fertilisation. Der Wert liegt in Abhängigkeit vom Alter der Frau zwischen 20 und 25, teilweise aber auch bei 30 Prozent. Nach der Statistik des In-vitro-Fertilisationsregisters in Deutschland – die ich für sehr zuverlässig halte – ist dies ein ähnlich hoher Prozentsatz wie in vielen anderen europäischen Ländern, wobei er in einzelnen Ländern höher liegt. Die zweite Frage bezog sich auf den Anteil der Frauen, die fruchtbar sind. Paare, die ein Risiko für Erbkrankheiten haben, sind in der Regel nicht unfruchtbar. Sie würden im Rahmen

einer PID das Verfahren der In-vitro-Fertilisation aber dennoch in Anspruch nehmen müssen, um ein Kind zu bekommen. Ich kann dazu, wie die Praxis in Deutschland aussehen würde, natürlich nichts sagen. Aber nach den Statistiken der Europäischen Gesellschaft für Human Reproduction and Embryology, von der wir die Zahlen haben, ist ungefähr ein Drittel der Paare, die wegen einer Erbkrankheit eine Präimplantationsdiagnostik durchführen, auf Grund einer genetischen Disposition zugleich unfruchtbar. Zwei Drittel aller Paare, die eine Präimplantationsdiagnostik durchführen lassen, wenden das Verfahren aber nicht wegen einer Erbkrankheit an, sondern weil sie auf natürlichem Wege oder auch im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation nicht schwanger geworden sind und um damit die Effektivität der In-vitro-Fertilisation zu erhöhen. Von den knapp 6.000 Paaren pro Jahr, die dem Europäischen Register zufolge die PID anwenden, tun dies knapp 4.000 aus diesem Grund. In diesen Fällen findet das sogenannte Aneuploidie-Screening statt, von dem allerdings immer noch nicht bekannt ist, ob es die Effektivität der In-vitro-Fertilisation tatsächlich erhöht. Wenn ich Ihre letzte Frage richtig verstanden habe, dann geht es Ihnen darum zu erfahren, ob Paare mit Chromosomenstörungen auch auf natürlichem Wege schwanger werden können. Ja, das ist so, wenn auch sehr selten. Paare mit Chromosomentranslokationen erzeugen meistens nur wenige entwicklungsfähige Embryonen. Nach den Untersuchungen, die es zurzeit gibt, werden die betreffenden Frauen auf natürlichem Wege sogar häufiger schwanger als die Frauen, die in solchen Fällen auf die PID zurückgreifen. Zudem gibt es bei ihnen seltener spontane Schwangerschaftsabbrüche, also Fälle, in denen der Embryo abstirbt, als bei Frauen, die die PID anwenden. Es gibt Überichtsarbeiten zu diesen Fragestellungen, deren Ergebnisse man aber genau daraufhin untersuchen muss, um welche Gruppen es sich im Einzelnen handelt.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Kollek. Wir müssen bei unseren Erwägungen in Rechnung stellen, dass es ein Recht auf Wissen in allen Fragen gibt, die sich auf den eigenen Körper und die eigene Gesundheit beziehen. Bei allen Versuchen, die Präimplantationsdiagnostik in irgendeiner Art und Weise einzugrenzen, geht es auch um die Frage, inwiefern solche Begrenzungen technisch oder medizinisch möglich sind. Deshalb möchte ich erfahren, ob nach den derzeit üblichen und den in der Entwicklung befindlichen PID-Verfahren Nebenbefunde überhaupt vermeidbar sind und was es für die Medizinerinnen und Mediziner bedeutet, solche Nebenbefunde zu erheben, sie den betreffenden Frauen aber möglicherweise nicht mitteilen zu dürfen. Was würde dies zum Beispiel für die Rechtsprechung beim Arzthaftungsrecht bedeuten? Und welche Auswirkungen hätten solche Nebenbefunde für die Möglichkeiten zur Eingrenzung des Anwendungsbereichs der Präimplantationsdiagnostik in der Praxis?

Sve **Prof. Dr. Regine Kollek**: Die Möglichkeiten zur Begrenzung der PID in Bezug auf die diagnostischen Methoden, die derzeit angewendet werden, hängen in hohem Maße davon ab, wonach man sucht. Wenn man etwa nach der Veränderung in einem Gen, also nach einer klassischen Erbkrankheit wie zum Beispiel der Mukoviszidose sucht, dann wird man auch nur den entsprechenden Befund finden, und dabei würden auch nicht unbedingt Nebeninformationen anfallen. Teilweise werden aber auch bei solchen Untersuchungen Daten erzeugt, die etwa darüber Auskunft geben, wer der Vater des Embryos ist. Da durch solche Informationen möglicherweise ganze Familienkonstellationen in Frage gestellt werden, müssen normalerweise die Frau oder das Paar im Voraus informiert werden, dass solche Nebeninformationen anfallen können. Grundsätzlich hängt der Umfang der Nebeninformationen jedoch stark davon ab, welche diagnostischen Verfahren angewandt werden. Zurzeit werden sogenannte

Microchips erprobt und geprüft, bislang aber noch nicht routinemäßig in der klinischen Praxis eingesetzt. Dadurch lassen sich viele genetische Veränderungen in unterschiedlichen Genen gleichzeitig erfassen. Zugleich kann der Chromosomenstatus festgestellt, also eine Information darüber erhalten werden, ob ein normales Chromosomenbild vorliegt oder nicht. Wenn solche Untersuchungsmethoden einmal zum Einsatz kommen, was ich für wahrscheinlich halte, dann wird man mit einer einzigen Untersuchung automatisch viele Nebeninformationen generieren, die man der Frau oder dem Paar kaum vorhalten könnte. Dies würde dann gegebenenfalls die Entscheidung, welcher Embryo implantiert werden soll, weiter erschweren. Aber wie gesagt, diese Verfahren werden derzeit in der Praxis noch nicht angewandt. Wenn dies zukünftig geschieht, hätte dies sicherlich Konsequenzen für das Arzt-Haftungsrecht. Schon heute muss eine umfassende Aufklärung erfolgen, auch wenn diese möglicherweise desillusionierend wirkt. Es wäre somit künftig kaum möglich, Befunde zurückzuhalten, wenn sie erst einmal erhoben sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Graumann und eine an Frau Prof. Kollek. Frau Dr. Graumann, die PID setzt die künstliche Befruchtung voraus. Man braucht dafür aber mehr Eizellen als bei einer gewöhnlichen IVF. Welche Belastungen entstehen hier für die betroffenen Frauen zum einen durch die Befruchtung und zum anderen durch die Schwangerschaft?

Sve **Dr. Dr. Sigrid Graumann**: Die Frage nach den Belastungen könnte auch Herr Prof. Diedrich beantworten. Es ist in der Debatte zum Teil behauptet worden, man benötige für die PID nicht mehr Eizellen. Ich kann Ihnen zwar die genaue Zahl im Moment nicht nennen, wenn man sich aber die Zahlen, mit denen normalerweise operiert wird, anschaut, dann erkennt

man, dass hier erheblich mehr Eizellen erforderlich sind als bei einer normalen In-vitro-Fertilisation. Das Problem besteht darin, dass die Frauen eine Hormonstimulation über sich ergehen lassen müssen, damit mehrere Eizellen gleichzeitig reifen. Es ist jedoch nicht genau kalkulierbar, wie viele Eizellen dabei entstehen. Die Zahl hängt nämlich auch davon ab, wie alt diese Frauen sind. Bei jüngeren Frauen entstehen im Regelfall mehr Eizellen als bei älteren Frauen. Nach meinen Informationen – dies kann ich aber nur mit großem Vorbehalt sagen – erfolgt bei der PID ein höheres Maß an Stimulierung. Diese Aussage basiert auf einer mündlichen Information. Im Übrigen sind Schwangerschaften nach einer In-vitro-Fertilisation – darüber besteht Einigkeit – generell als Risikoschwangerschaften zu betrachten. Dies gilt insbesondere dann, wenn es zu Mehrlingsschwangerschaften kommt. Dies ist aber ein Problem, das generell mit der In-vitro-Fertilisation verbunden ist. Der Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik besteht nur darin, dass die Frau diese Risiken eigens für die Diagnostik eingehen muss, und dies nicht nur für sich selbst, sondern, insbesondere bei Mehrlingsschwangerschaften oder Schwangerschaftskomplikationen, auch für ihre Kinder.

Sve **Prof. Dr. Regine Kollek**: Dem ist wenig hinzuzufügen, vielleicht nur ein Aspekt, der die Risiken der PID für die möglichen Embryonen oder Kinder betrifft. Die Präimplantationsdiagnostik wird überwiegend an ungefähr achtzelligen Embryonen vorgenommen und nicht wie in dem Fall, der hier angesprochen worden ist, in dem so genannten Blastozystenstadium, das eine Kultivierung von fünf Tagen voraussetzt, nach der der Embryo ungefähr 80 Zellen hat. Man ist lange Zeit davon ausgegangen, dass die Entnahme von ein oder zwei Zellen im Acht-Zellen-Stadium den Embryo nicht wesentlich schädigt, sondern nur zur Verlangsamung seiner Entwicklung führt, die dann im Nachhinein wieder ausgeglichen werden kann. Hier ist man mitt-

lerweile anderer Meinung. Tatsächlich scheinen die frühen Embryonen durch den Eingriff häufiger abzusterben oder sich nicht weiterzuentwickeln, woraus zu schließen wäre, dass die Entnahme von Zellen im Blastozystenstadium möglicherweise schonender ist. Dies wirft wiederum das Problem auf, dass dann das Zeitfenster, das für die Diagnose und Untersuchung zur Verfügung steht, sehr eng wird, weil man den Embryo am fünften Tag einsetzen muss, damit er nicht seine Entwicklungsfähigkeit verliert. Die Präimplantationsdiagnostik gibt es zwar schon seit 20 Jahren – die ersten Verfahren sind ziemlich genau im Jahre 1992 durchgeführt worden –, es hat aber in der Anfangszeit nur sehr wenige Fälle gegeben. Die langfristigen Folgen einer PID sind demzufolge auch heute noch schwer abzuschätzen. Bisher wurden aber bei den Kindern keine nachteiligen Entwicklungsfolgen festgestellt, jedenfalls nicht bei den Kindern, die geboren worden sind, bzw. wenn man davon absieht, dass – worauf Frau Dr. Graumann bereits hingewiesen hat – das Mehrlingsrisiko, wie generell nach einer In-vitro-Fertilisation, steigt. Dieses Risiko tragen auch die an sich fruchtbaren Paare, die wegen einer genetischen Veränderung eine In-vitro-Fertilisation auf sich nehmen. Daher tritt nach einer In-vitro-Fertilisation und einer PID insgesamt eine etwas höhere Rate an Fehlbildungen auf als bei normalen Schwangerschaften. Dieser Befund ergibt sich aus einer Untersuchung, die Herr Prof. Diedrich durchgeführt hat.

Abg. **Ulla Schmidt** (SPD): Zunächst möchte ich mich bei Herrn Prof. Huber dafür bedanken, dass er im Hinblick auf die seinerzeit geführte Debatte über eine Neuregelung des § 218 und über die Abschaffung der embryopathischen Indikation eine wichtige Klarstellung vorgenommen hat. Wie er richtig dargestellt hat, entsprach es der Intention des Gesetzgebers, dass die Abschaffung der embryopathischen Indikation auch eine Ausstrahlungswirkung auf das Nichtdiskriminierungsgebot gegenüber behinderten

Menschen haben sollte. Dies zeigt sich auch deutlich in der Änderung des Artikels 3 Absatz 2 Grundgesetz sowie in der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention. Vor diesem Hintergrund habe ich eine Frage an Dr. Radtke. Inwieweit würde eine Zulassung der PID, die ja die Diskriminierung oder – man muss es so deutlich ausdrücken – das Verwerfen unerwünschter Formen von Leben vorsieht, einen Wertungswiderspruch beinhalten oder auch gegen die UN-Behindertenrechtskonvention verstoßen? Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Kollek. Der Gesetzentwurf der Abg. Ulrike Flach und anderer sieht vor, dass die PID bei schwerwiegenden Erkrankungen erlaubt sein soll, ohne zu definieren, was eine schwerwiegende Erkrankung ist und ohne klarzustellen, inwieweit ein solch unbestimmter Rechtsbegriff überhaupt eine Eingrenzung ermöglicht. Besteht bei einer solchen Regelung nicht die Gefahr einer – wie Prof. Schöne-Seifert dies ausgedrückt hat – inflationären Ausweitung von Selektionen am Beginn des menschlichen Lebens?

SV **Dr. Peter Radtke**: Die wenigsten Menschen in der Bundesrepublik wissen, was die UN-Rechtskonvention für Behinderte ist. Hingegen ist die Diskussion über die PID durch die Medien sehr publik gemacht worden, jedenfalls wesentlich stärker, als dies für die UN-Behindertenkonvention gilt. Von dieser Diskussion geht eine Signalwirkung auf die Bevölkerung aus, das heißt, die Bevölkerung wird sich dadurch bewusst, dass bestimmte behinderte Menschen offenbar weniger wert sind als andere behinderte Menschen. Ich möchte dies an einem kleinen Beispiel deutlich machen. Als ich unserer Zugehfrau von den Befürchtungen berichtete, die ich im Zusammenhang mit dieser ganzen Entwicklung habe, sagte sie zu mir: „Aber Herr Doktor, Sie brauchen doch keine Angst zu haben. Sie können ja denken.“ Das heißt, die Unterscheidung zwischen verschiedenen Behindertengruppen, die schon vorhanden ist, wird dadurch gestärkt, dass durch die PID bestimmte

Gruppen ausgesondert werden. Ich würde gerne noch auf einen Begriff eingehen, nach dem Sie nicht gefragt haben, der mir in diesem Zusammenhang aber wichtig erscheint. Es wird oft vom Selbstbestimmungsrecht der Mutter oder des Paares gesprochen. Die Selbstbestimmung ist auch ein Schlagwort der Behindertenbewegung gewesen, sie hat sich aber immer auf die Behinderten selbst bezogen. Im Zusammenhang mit der PID geht es aber um Lebewesen, die erst später ein selbstständiges Leben führen werden. Die Frage, die sich hier stellt, lautet, wie man mit Behinderungen umgeht, die, wie etwa die Alzheimer-Krankheit, erst in späteren Lebensphasen auftreten. Ich frage mich, inwieweit eine Mutter oder ein Elternpaar befugt ist zu bestimmen, wie das Leben eines anderen Menschen aussehen soll. Hierauf hätte ich gern eine Antwort.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: In der Tat ist es sehr schwer zu definieren, was eine schwerwiegende erbliche Erkrankung ist. Daraus resultiert auch das Problem, die PID einzugrenzen, wenn dies das entscheidende Kriterium sein soll. Dies kann man auch an der Entwicklung in Europa, die eher eine qualitative als eine quantitative Ausweitung darstellt, erkennen. Insbesondere in Frankreich wird bis heute sehr kontrovers über dieses Verfahren diskutiert. Dort ist mittlerweile jedoch sogar die Erzeugung von sogenannten Helferbabys genehmigt worden, die möglicherweise als Gewebe- oder Stammzellspender für erkrankte Kinder derselben Eltern dienen sollen. In England und anderen Ländern wird mittlerweile zum Beispiel eine genetische Krebsdisposition, auch wenn die Krankheit bei einem Drittel der Träger einer solchen Veranlagung gar nicht auftritt, als Indikation für die Präimplantationsdiagnostik anerkannt. Die für eine Indikation in Betracht kommenden Erkrankungen lassen sich somit schwer begrenzen. Wenn man denjenigen, die über die PID entscheiden sollen, also den zuständigen Ethikkommissionen, keine Kriterien dafür an die Hand gibt, was eine schwerwiegende Krankheit ist, dann

halte ich dieses Eingrenzungskriterium für nicht brauchbar. Ich bin davon überzeugt, dass sich nicht definieren lässt, was eine schwerwiegende Erbkrankheit ist, weil dies stark vom subjektiven Empfinden abhängt und weil diese Krankheiten im Einzelfall sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Die Vorsitzende: Es beginnt jetzt die Fragezeit der Gruppe der Unterzeichner der Drucksache 17/5452 (Abg. René Röspel, Priska Hinz, Patrick Meinhardt und andere).

Abg. René Röspel (SPD): In der Begründung zu dem Antrag der Kollegen Flach und andere wird ausgeführt, dass es sich bei Erbkrankheiten um monogen bedingte Erkrankungen, also um Chromosomenstörungen handelt. Bei einem Blick in ein einschlägiges Wörterbuch (Pschyrembel) zeigt sich jedoch, dass auch polygene, multifaktorielle Krankheiten als Erbkrankheiten verstanden werden. Deswegen richte ich an Frau Prof. Haker und Frau Dr. Graumann die Frage, welche Erbkrankheiten derzeit in Deutschland als schwerwiegende Erbkrankheiten eingestuft werden. Fallen darunter beispielsweise das Down-Syndrom, Chorea Huntington und Brustkrebs? Werden solche Krankheiten bereits jetzt durch Pränataldiagnostik erfasst und gibt es Beispiele dafür, dass es im Falle des Vorliegens entsprechender Befunde zu Abtreibungen gekommen ist?

Sve Prof. Dr. Hille Haker: Wir befinden uns hier in einem Stadium der Diskussion, in dem klar geworden ist, dass eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Krankheiten und schwerwiegenden Krankheiten unmöglich oder letztlich nur um den Preis der Willkür möglich ist. Irritierend ist dabei, dass wir in Deutschland ausschließlich die Präimplantationsdiagnostik thematisieren, während man in Europa und darüber hinaus über PID und PGS, also über das Screening – und damit

sind all die von Ihnen aufgezählten Krankheiten angesprochen –, im Zusammenhang diskutiert. Genau diese Abgrenzung ist für uns interessant. Folgt man den Ergebnissen ländervergleichender empirischer Studien zur Präimplantationsdiagnostik, dann lässt sich feststellen, dass es hier überwiegend um Screenings und nicht um genau identifizierbare Krankheiten geht. Teilweise geht es überhaupt nicht um Krankheitsbefunde, sondern um sogenannte Retterkinder, also um eine für die Behandlung von Geschwisterkindern durchgeführte Präimplantationsdiagnostik, sowie – zu einem relativ großen Anteil – um Geschlechtsselektionen. In der deutschen Diskussion besteht somit das Problem, dass wir einerseits beanspruchen, Anschluss an die Präimplantationsdiagnostik in Europa oder auch international zu finden, andererseits aber eine ganz klare Regelung treffen wollen, was die Definition schwerwiegender Krankheiten anbelangt.

Sve Dr. Dr. Sigrid Graumann: Es gibt keine klare Definition dessen, was schwerwiegende Krankheiten auszeichnet. Als wir vor zehn Jahren über die PID diskutiert haben, gab es bereits eine heftige Debatte darüber, ob schwerwiegend bedeutet, dass der Tod bereits in der Kindheit oder dass eine schwere Pflegebedürftigkeit eintritt. Ich war seinerzeit Mitglied der Enquete-Kommission, und dort waren wir uns über alle sonstigen Unterschiede hinweg einig, dass es im Grunde nicht möglich ist, solche Kriterien im Konsens festzulegen. Was eine schwerwiegende Krankheit ist, zeigt sich erst in der Praxis. Dafür will ich zwei Beispiele anführen. Das eine Beispiel stammt aus meiner eigenen Forschungspraxis. Ich führe gerade eine Studie zu dem Entscheidungsverhalten von Eltern nach einem positivem Befund bei der Pränataldiagnostik durch. Nach dem ersten Jahr der Datenerhebung lässt sich aus den Interviews entnehmen, dass es für Eltern immer um schwerwiegende Krankheiten geht, ganz gleich, ob sie es mit dem Down-Syndrom zu tun haben, ob das Kind nicht lebensfähig ist

oder ob es einen schweren Herzfehler hat, der mit ungewissem Ausgang operiert werden kann. Für die Eltern handelt es sich in diesen Situationen immer um schwerwiegende Krankheiten. Das zweite Beispiel, das ich anführen will, um ein wenig mehr Licht in den Sachverhalt zu bringen, ist die Auseinandersetzung, die es vor vielen Jahren zwischen den von Mukoviszidose Betroffenen und den Eltern mit betroffenen Kindern gegeben hat. Der entsprechende Verband hat sich seinerzeit wegen der Auseinandersetzung um die Pränataldiagnostik gespalten, weil für die Betroffenen die zystische Fibrose eine Krankheit ist, mit der man leben kann. Nach ihrer Erfahrung ist dieses Leben zwar – wie im Übrigen jedes Leben – mit gewissen Einschränkungen verbunden, die Betroffenen würden ihr Leben deshalb aber nicht als nicht lebenswert bezeichnen. Hingegen betrachten die Eltern der von Mukoviszidose betroffenen Kinder deren Krankheit aus der Perspektive derjenigen, die für diese Kinder sorgen müssen. Ich wüsste nicht, wie man diesen Konflikt objektivieren und die beiden unterschiedlichen Perspektiven in einen Katalog von Krankheiten einordnen sollte. Noch eine Bemerkung zur Pränataldiagnostik. Der überwiegende Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach einer Pränataldiagnostik – das ist die Besonderheit bei der Pränataldiagnostik – betrifft eben gerade nicht die Krankheiten und Behinderungen, die wir hier als die besonders schweren bezeichnet haben. Das muss man klar sagen.

Abg. Jörn Wunderlich (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Prof. Haker und Frau Dr. Graumann, die anknüpft an die Ausführungen zur Pränataldiagnostik und die sich daran anschließenden medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche. Ist aus Ihrer Sicht eine Zulassung der PID zum Ausschluss nicht entwicklungsfähiger Embryonen, die solche medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche sowie den Tod des Embryos oder Fehlgeburten vermeiden helfen soll, ethisch anders zu bewerten als die Zulas-

sung der PID zur Feststellung von schweren Erbkrankheiten, wie schwer diese auch sein mögen?

SVe Prof. Dr. Hille Haker: Normativ ist diese Frage auf jeden Fall zu bejahen, weil es hier um zwei ganz unterschiedliche Paradigmen geht. Das eine Paradigma stammt aus der Pränataldiagnostik und ist – wenn man das hier so sagen darf – selektiv. Das andere Paradigma stammt aus der assistierten Fortpflanzung, deren Zweck in der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht. Die PID liegt genau im Schnittpunkt der beiden Praktiken. Man kann nun das Paradigma der Pränataldiagnostik heranziehen und den selektiven Zweck sozusagen an die erste Stelle stellen. Dann wird man vielleicht zu dem Schluss kommen, die PID mit starken Einschränkungen zuzulassen oder sie zu verbieten, wengleich mit Ausnahmen. Wir tun uns jedoch sicherlich alle miteinander schwer, hier trennscharfe Unterscheidungen zu treffen. Ich bin jedenfalls zu dem Schluss gekommen, dass man, solange man sich innerhalb dieses Paradigmas bewegt, immer wieder in große Schwierigkeiten und in normative Asymmetrien innerhalb des Rechtsgefüges gerät. Wenn man aber von dem anderen Paradigma ausgeht, von der assistierten Fortpflanzung mit dem Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft, dann sind Situationen denkbar, in denen dieser Zweck objektiv nicht erfüllt werden kann, nämlich im Falle der Entwicklungsunfähigkeit eines Embryos. Dabei stellt sich die wichtige Frage – auch an die Wissenschaftler –, ob man dies vorher wissen kann. Erst an dieser Stelle geraten meines Erachtens die wenigen – schätzungsweise 200 – Fälle ins Blickfeld. Es gibt Lebensgeschichten, in denen es immer wieder zu Totgeburten oder Fehlgeburten kommt, deren Ursache eine bestimmte feststellbare Krankheit ist. Das ist jedoch etwas völlig anderes als Screening oder Ähnliches. Denn hier verkehrt sich unsere Intention, assistierte Fortpflanzung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft einzusetzen, in ihr Gegenteil. Ich bin

dankbar, dass ich das ein wenig weiter ausführen konnte, denn ich bin der Ansicht, dass wir nur dann, wenn wir streng im Rahmen dieses Paradigmas verbleiben, konsistent auf die Entwicklungsfähigkeit abheben, ohne in das Selektionsparadigma abzugleiten. Der Gesetzentwurf enthält allerdings auch die Formulierung „oder bis zum ersten Lebensjahr“. Damit habe ich große Schwierigkeiten, weil ich meine, dass sie zu Abgrenzungsproblemen führt. Ich habe in meiner Stellungnahme ausgeführt, dass ich für die Einführung einer Appellinstanz plädiere, an die sich Paare wenden können. Damit hätten wir eine verfahrenstechnische Lösung, die sich streng an dem Kriterium der Entwicklungsfähigkeit orientiert.

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Ich habe den Eindruck, dass es ein vom Großteil der Anwesenden geteiltes Anliegen ist, keine Technologie oder kein medizinisches Verfahren explizit zu zuzulassen, das die Selektion von Menschen mit Behinderung zum Ziel hat und somit darauf abzielt, die Existenz bestimmter Menschen zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund kann man argumentieren, dass es bei der Ausnahmeregelung für nicht entwicklungsfähige Embryonen um etwas anderes geht. Deshalb halte ich eine Regelung, wie sie Frau Prof. Haker gerade vorgeschlagen hat, für gut begründbar und plausibel. Das Problem besteht eher in der Vermittelbarkeit. Das ist eine Erfahrung, die ich in der Debatte gemacht habe. Das Problem, den Unterschied zu vermitteln, besteht aus meiner Sicht vor allem bei der Ein-Jahres-Regelung. Ich will in diesem Zusammenhang noch einmal eine Brücke zu der UN-Behindertenrechtskonvention, die vorhin bereits angesprochen worden ist, schlagen, weil ich davon überzeugt bin, dass dies nicht trivial ist. Nach meiner Auffassung lässt die UN-Behindertenrechtskonvention die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik zumindest fragwürdig erscheinen. Allerdings nicht deshalb, weil ungeborenes Leben vom Völkerrecht geschützt wäre; das ist nämlich nicht der Fall. Die UN-Behinderten-

rechtskonvention schützt Kinder erst ab der Geburt. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet den Staat jedoch dazu – und sie ist auch von Deutschland ratifiziert worden –, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich nicht diskriminierende Einstellungen gegenüber behinderten Menschen kulturell durchsetzen können und dass solche Praktiken zurückgedrängt werden, die Ausdruck der Diskriminierung von behinderten Menschen sind oder diese verstärken können. Es ist ein völlig neuer Ansatz im Völkerrecht, das Diskriminierungsverbot in diese Richtung weiterzuentwickeln und daraus eine positive Orientierung zu machen. Ich bin der Ansicht, die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik würde hier vorzeitig Türen verschließen, die nicht verschlossen werden sollten.

SVe Prof. Dr. Hille Haker: Ich würde gern noch einen Satz ergänzen. Für mich stellt die Zulassung von PID nach dem Kriterium der Entwicklungsfähigkeit keine Ausnahmeregelung dar, sondern eine Überprüfung von Entwicklungsfähigkeit im Kontext der assistierten Fortpflanzung. In diesem Zusammenhang würde ich gern Herrn Prof. Diedrich fragen: Wie wird denn derzeit bei anderen Techniken verfahren? Es wird immer gesagt, dass ein Embryo sich unter Umständen nicht entwickelt. In solchen Fällen erfolgt selbstverständlich auch keine Implantierung. Ich will auf die Diskussion über Behinderungen gar nicht eingehen, weil ich mir nicht vorstellen kann, wie sie begrenzt werden soll. Aber eine Anwendung der Präimplantationsdiagnostik als Voraussetzung für die Herbeiführung einer Schwangerschaft ist etwas ganz anderes.

Abg. René Röspel (SPD): Ich habe zunächst eine Frage an Frau Dr. Graumann. Erlaubt der § 3a Abs. 2 Satz 2 des Gesetzesentwurfs der Abg. Flach und anderer das sogenannte Aneuploidie-Screening? Demnach wäre es nicht rechtswidrig, einen Embryo auf eine mögliche Schädigung, die zu einer Tod- oder Fehlgeburt führen

würde, zu untersuchen, und zwar unabhängig von Vorbedingungen wie einer humangenetisch festgestellten Schädigung der Eltern. Ist damit die Möglichkeit eröffnet, künftig bei allen künstlichen Befruchtungen die Embryonen auf die Gefahr einer Tod- und Fehlgeburt zu untersuchen, ohne dass bei den Eltern eine entsprechende Vorgeschichte existiert? Die zweite Frage stelle ich an Frau Prof. Haker. Ist die PID ein wirksames diagnostisches Verfahren, um Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden?

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Der Gesetzentwurf enthält eine Formulierung, die nach meiner Einschätzung das Aneuploidie-Screening mit erfasst. Es würde daher zugelassen, wenn auch unbeabsichtigt. Die Formulierung lautet: „Nicht rechtswidrig handelt auch, wer eine Präimplantationsdiagnostik zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos vornimmt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tod- oder Fehlgeburt führen wird.“ Wenn man ausschließen will, dass das Aneuploidiescreening mit umfasst wird, müsste man eine weitere Einschränkung vornehmen.

SVe Prof. Dr. Hille Haker: Ich bin gefragt worden, ob die PID ein Instrument zur Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen ist. Auch wenn die Antwort empirisch gesehen wahrscheinlich ja lautet, muss sie normativ betrachtet trotzdem nein lauten, und dies unter der Prämisse, dass ich es für eine Errungenschaft halte, was in den letzten 20 bis 30 Jahren in Deutschland an normativen Veränderungen vorgenommen worden ist. Ich meine damit die Entscheidung, aus dem, was ich ohne jede Wertung das Selektionsparadigma, Verhinderungs- oder Präventionsparadigma nenne, auszusteigen und im Falle von Schwangerschaftskonflikten nur noch streng gesundheitsbezogen zu argumentieren. Es besteht jedoch Konsens, dass dieses normative Paradigma in der Praxis bisher nicht wirklich durchge-

schlagen hat. Unter der Prämisse, dass es hier eine Diskrepanz zwischen Norm und Praxis gibt, halte ich es für möglich, dass Schwangerschaftsabbrüche durch die PID vermieden werden. Dies ist jedoch nicht akzeptabel. Darin schließe ich mich Herrn Prof. Huber an. Ich halte es für unzulässig, eine Norm, die mit guten Gründen aufgestellt worden ist, um diesem Paradigma zu entkommen, nun wieder geopfert wird, weil die Praxis der Norm nicht standgehalten hat. Ganz im Gegenteil. Potentielle Eltern haben große Angst davor, Kinder mit Behinderungen zu bekommen, nicht nur wegen der Behinderung als solcher, sondern wegen ihrer Familienverhältnisse und wegen der vielen Probleme, die mit einer solchen Behinderung einhergehen. Dies ist ein sozialetisches Problem. Es ist rechtlich und politisch geboten, Eltern zu befähigen, Kinder mit Behinderungen nicht nur zu bekommen, sondern sie auch zu erziehen und zu betreuen. Diese Verpflichtung wiegt dann noch schwerer, wenn man das Paradigma der Würde und der Nichtdiskriminierung stärker betont als andere Länder. Wenn der Staat jedoch nur bereit ist, bis zur Geburt alles dafür zu tun, um das Paradigma der Nichtdiskriminierung und der Würde hochzuhalten, er die Eltern nach der Geburt aber in vielerlei Hinsicht allein lässt, dann verhält er sich heuchlerisch. Mein Anliegen wäre, konsequenter zu sein und den schweren Schwangerschaftskonflikten, die es zweifellos gibt, stärker Rechnung zu tragen. Vielleicht verschwinden dann die Probleme der Präimplantationsdiagnostik ganz von allein, wenn ich nämlich den Eltern bei der Beratung sagen muss, dass 75 bis 80 Prozent der Frauen überhaupt nicht schwanger werden bzw. keine Kinder bekommen, dass mit der PID große Gesundheitsrisiken verbunden sind, wenn vielleicht auch nicht diejenigen, die ich durch die PID auszuschließen versucht habe. Ich halte es jedenfalls für problematisch, in diese Richtung zu marschieren und dies am Ende vielleicht nur noch mit der Begründung, dass dadurch einige Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden sind.

Die **Vorsitzende**: Wir kommen nun zu der freien Fragerunde. Da einige Kolleginnen und Kollegen, die zu den drei Gruppen gehören, noch nicht zum Zuge gekommen sind, möchte diesen zunächst die Gelegenheit zu einer Frage geben. Im Übrigen legen wir alle großen Wert darauf, dass auch die Kolleginnen und Kollegen, die sich bislang noch nicht für einen der Gruppenanträge entschieden haben, zu Wort kommen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte ein Thema aufgreifen, das hier bereits in den verschiedensten Zusammenhängen angesprochen worden ist, nämlich die berechnete Forderung „Nichts über uns ohne uns!“ der UN-Behindertenrechtskonvention. Wir arbeiten mit Nachdruck an der praktischen Umsetzung dieses Rechtsanspruchs, um ihn mit Leben zu erfüllen. Nun ist vorhin gesagt worden, zwischen dem Rechtsanspruch nach der UN-Behindertenrechtskonvention und der PID bestehe ein Widerspruch. Das ist eine harte Aussage, auch im Hinblick auf die praktischen Probleme. Daher bitte ich Herrn Prof. Herdegen, hier ein wenig für Aufklärung zu sorgen. Wir arbeiten sowohl im parlamentarischen Raum als auch in unserem praktischen Leben darauf hin, diese Wertfrage nicht stellen zu müssen. Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Prof. Diedrich. Welche Verantwortung tragen Medizinerinnen und Mediziner bzw. allgemein die Beschäftigten im Gesundheitswesen bei der Lösung dieses Konflikts? Ich würde mir ungern sagen lassen – auch als zur Zeit noch nicht Behinderte, man weiß nie, was kommen wird –, dass diejenigen, die sich für den ersten Gesetzentwurf einsetzen, der Diskriminierung von Behinderten Vorschub leisten.

SV **Prof. Dr. Matthias Herdegen**: Ich bin dankbar für diese Frage, weil die Stärkung der Rechtsposition von Menschen mit Behinderung auch aus staats- und völkerrechtlicher Sicht immer ein wichtiges Anliegen gewesen ist. Ich erinnere hier

nur an die Auseinandersetzung um Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes. Ich denke, es gibt nur wenige Staatsrechtslehrer, die dies in höherem Maße als ich für sich in Anspruch nehmen dürfen. Aus den verschiedenen Erwägungen, die ich angestellt habe, ergibt sich, dass die UN-Behindertenkonvention unsere Problematik gar nicht betrifft. Der Wortlaut nimmt darauf jedenfalls keinen Bezug. Die Behindertenkonvention ist das Produkt einer gerade auch in diesen Fragen völlig heterogenen Staatenwelt. Wir haben gesehen, dass es schon in Europa, wo eine relative Werthomogenität in Grundsatzfragen besteht, einen Flickenteppich an Regelungen zur PID gibt. Es ist deshalb nicht zu vermuten, dass die Behindertenkonvention etwas anderes will, als sie vom Wortlaut her aussagt, nämlich die Stärkung von Menschen mit Behinderung in der Rechtswirklichkeit und die daran geknüpften positiven Verpflichtungen des Staates. Die Frage der Schutzpflicht gegenüber dem Ungeborenen oder gar dem Embryo in vitro liegt außerhalb ihres Regelungsbereichs. Der Konvention hat eine Fülle von Staaten zugestimmt, die wesentlich liberalere Regelungen zur PID haben, als wir sie hier diskutieren. Ferner gilt der völkerrechtliche Auslegungsgrundsatz, dass ein völkerrechtliches Abkommen nicht nur nach Sinn und Zweck – das habe ich gerade versucht aufzuzeigen – und nicht nur nach seinem Wortlaut – der ebenfalls eindeutig ist –, sondern auch nach der nachfolgenden Konkretisierung zu beurteilen ist. Und wenn die nachfolgende Konkretisierung in der Rechtspraxis der Staaten eindeutig zeigt, dass sie nicht als Einschränkung oder als Vorgabe in dieser umstrittenen Materie, der PID, verstanden werden soll, können wir ohne Bedenken daraus schließen, dass dies nicht ihr Regelungsgegenstand ist.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Ich bin gefragt worden, ob sich die PID gegen die Behinderten richtet. Nach meiner Meinung ist dies eindeutig nicht der Fall. Wir haben bei der Pränataldiagnostik über viele Jahre hinweg Erfahrungen sammeln

können. Hier hat sich gezeigt, dass sie nicht gegen die Behinderten gerichtet ist. Dies ist zumindest in der Diskussion noch nie thematisiert worden. Grundsätzlich besteht sicherlich Einvernehmen, dass für die Behinderten gar nicht genug getan werden kann. Ich bin auch der Ansicht, dass hier in den letzten 30 bis 40 Jahren schon viel getan worden ist. Dennoch gibt es Situationen, in denen darüber nachgedacht werden muss, ob man die PID in Anspruch nimmt, um eine schwere genetische Erkrankung auszuschließen. Die Entscheidung darüber sollte von den Eltern nach einer ausführlichen Beratung getroffen werden. Ich meine, dass man damit zurecht kommen kann.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage, die am ehesten Frau Prof. Kollek beantworten könnte. Üblicherweise werden für die Durchführung einer PID sechs bis sieben oder – nach einer anderen Auffassung – acht bis neun Embryonen pro Befruchtungszyklus benötigt. Nach derzeitigem Recht dürfen in Deutschland pro Zyklus jedoch nur drei Embryonen hergestellt werden. Daher stellt sich die Frage, ob eine PID nach dem Gesetzentwurf der Abg. Flach und anderer ohne eine Änderung dieser sogenannten Dreier-Regel überhaupt Sinn hätte bzw. möglich wäre, denn die Dreier-Regel wird in dem Gesetzentwurf nicht aufgehoben. Soweit ich weiß, ist über eine Aufhebung dieser Regel noch nicht diskutiert worden. Manche nehmen an, auf die Aufhebung werde deshalb verzichtet, um die PID faktisch auszuhebeln. Dies halte ich jedoch für eine abwegige Unterstellung. Was wäre die medizinische Folge? Wenn man unterstellt, dass es in der Logik des Gesetzentwurfs liegt, irgendwann die Dreier-Regel aufzuheben – dies ist im Röspele-Entwurf der Fall –, was folgt dann daraus für den Verbleib der so erzeugten Embryonen? Meine zweite Frage richtet sich an Frau Prof. Haker, die dafür plädiert, die enge Grenze der Lebensfähigkeit zu akzeptieren. Der Röspele-Entwurf enthält hierzu die Bestimmung, dass eine Schädigung vorliegen muss, die nach dem

Stand der medizinischen Wissenschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt oder zum Tod im ersten Lebensjahr führt. Der Begründung zu dieser Bestimmung ist zu entnehmen, dass unter einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Wahrscheinlichkeit von 25 bis 50 Prozent verstanden wird, was umgekehrt bedeutet, dass die angenommene Entwicklung mit 75-prozentiger Wahrscheinlichkeit nicht eintritt. Damit sind die auch Grundrechte derer betroffen, die gewissermaßen nicht betroffen wären. Wie bewerten Sie die Regelung angesichts dieser Zusammenhänge?

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Alle Experten, die seinerzeit vom Ethikrat befragt worden sind, haben es für praktisch ausgeschlossen gehalten, eine Präimplantationsdiagnostik mit nur drei Embryonen durchzuführen. Dies belegen auch die ländervergleichenden Daten der ESHRE, wonach durchschnittlich sechs bis acht Embryonen pro Zyklus erzeugt werden müssen, damit am Ende des Verfahrens, also nach der genetischen Diagnostik und der Embryokultivierung, noch zwei oder drei zur Verfügung stehen, die man transferieren kann. In dem Fall, der vor dem BGH verhandelt worden ist, hat dieses Thema keine Rolle gespielt. Implizit ist man jedoch wohl davon ausgegangen, dass nicht mehr als drei Embryonen erzeugt wurden. Wenn man die Präimplantationsdiagnostik an Blastozysten vornehmen will, dann wäre es notwendig, mehr Embryonen zu erzeugen, weil während der Kultivierung bis zum fünften Tag, also bis zum Blastozystenstadium, durchschnittlich 50 bis 60 Prozent der Embryonen absterben. Dieser Punkt wird in dem Gesetzentwurf der Abg. Flach und anderer nicht thematisiert. Aus meiner Sicht ergibt sich ein Widerspruch zu den restlichen Artikeln des Gesetzes, wenn der Vorschlag so umgesetzt würde. Denn das Embryonenschutzgesetz schreibt explizit vor, dass nicht mehr Embryonen erzeugt werden dürfen, als für die Herstellung einer Schwangerschaft notwendig sind, und dies dürfen nicht mehr als drei

sein. Bei dem Gesetz handelt es sich um ein Strafgesetz, in dem dies wörtlich so bestimmt ist. Mir ist unklar, wie man mit drei Embryonen eine Präimplantationsdiagnostik durchführen will. Die Chance auf einen Erfolg wäre dabei sehr gering. Dies kann nicht im Interesse der Frauen liegen. Ferner enthält der Entwurf keine Aussage dazu, in welchem Embryonalstadium die Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden soll oder kann. Nach heutiger Kenntnis sind die embryonalen Zellen bis etwa zum Acht-Zell-Stadium totipotent; dem Embryonenschutzgesetz zufolge gilt in diesem Stadium jede einzelne Zelle als Embryo. Wenn man eine Präimplantationsdiagnostik im Acht-Zell-Stadium vornehmen würde, wäre dies ein Verstoß gegen § 6 des Embryonenschutzgesetzes. Wenn der Gesetzentwurf in unveränderter Form verabschiedet würde, dann stünde er an diesen beiden Stellen im Widerspruch zu dem existierenden Embryonenschutzgesetz. Dies hielte ich für problematisch. Jedenfalls erschließt sich mir nicht, wie das im geltenden Rechtsrahmen funktionieren soll.

Sve Prof. Dr. Hille Haker: Ich füge noch einen Halbsatz als Kommentar hinzu. Die Frage ist schwierig zu beurteilen, weil es weder in Europa noch international die Dreierregel gibt und die meisten Länder somit nicht verpflichtet sind, eine solche Grenze einzuhalten. Deshalb plädiere ich dafür, einen Versuch mit der Berichtspflicht für die Entwicklungsfähigkeit zu machen. Die Frage, die Sie mir gestellt haben, lautete aber, was es mit der Klausel zu der hohen Wahrscheinlichkeit und der Ein-Jahres-Regel auf sich hat. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme dazu etwas ausgeführt. Ich lese Ihnen dies kurz vor: „Das Recht kann niemals für individuelle Grenzsituationen eine gerechte, womöglich auch verhältnismäßige Lösung finden. Deshalb erscheint es sinnvoll, eine Ethikkommission zu etablieren, an die sich Paare wenden können, um ihre spezifische Situation darzustellen. Solche Einzelfälle sind zum Beispiel diejenigen

Fälle, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass zwar eine Entwicklungsfähigkeit des Embryos und des Fötus bis zur Geburt gegeben ist, aber mit dem Tod kurz nach der Geburt zu rechnen ist. Eine genaue Frist, etwa die Lebensfähigkeit bis zum Ende des ersten Lebensjahres, ist für diese Fälle nicht notwendig, da die Ethikkommission gehalten sein muss, das Kriterium der Lebens- und Entwicklungsfähigkeit eines Kindes auf den Einzelfall anzuwenden. Die Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen birgt den Vorteil, dass diese auf medizinische Fortschritte der Therapie unmittelbar reagieren können.“ Damit wäre zumindest ein Teil der Frage beantwortet. Über die Frage, wo eine hohe Wahrscheinlichkeit anfängt, sollte meiner Ansicht nach eher im Einzelfall entschieden werden, weil dies passgenauer und sensibler wäre, als wenn man eine entsprechende Regelung im Gesetzestext festschreiben würde. Daher plädiere ich dafür, sich streng an die Linie der Entwicklungsfähigkeit zu halten und die Einzelfallentscheidung, die für die Paare bindend wäre, verfahrenstechnisch einer Ethikkommission zu überlassen.

Abg. **Krista Sager** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Prof. Diedrich. Hier ist immer wieder gesagt worden, eine Zulassung der PID hätte zur Folge, dass letztlich ein Screening durchgeführt würde. Dieses Argument einer Entgrenzung oder eines Dammbrochs bestimmt die deutsche Debatte in hohem Maße. Dazu würde ich gern Ihre Auffassung hören. Ferner habe ich eine Frage an Frau Prof. Schöne-Seifert. Es wurde hier die Frage gestellt, was der Unterschied zwischen einem Schwangerschaftsabbruch und der Situation sei, in der jemand die Belastung einer In-vitro-Fertilisation auf sich nimmt und eine Ethikkommission um die Zulassung einer PID bittet. Es wurde dann behauptet, dass in dem einen Fall ein Konflikt vorliege, in dem anderen aber nicht. Ich würde gern ihre Auffassung zu dieser Frage kennenlernen.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Wir müssen zwischen der Präimplantationsdiagnostik, der PGD, und dem Aneuploidie-Screening, der PGS, unterscheiden. Wir haben ursprünglich angenommen, dass wir bei Frauen jenseits des Alters von 37 Jahren durch das sogenannte Aneuploidie-Screening, das heißt durch die Untersuchung von fünf oder sechs Chromosomen in dem Embryo, die Schwangerschaftsrate erhöhen und die Abortrate senken könnten. Mittlerweile wurde jedoch durch insgesamt fünf prospektiv randomisierte Studien klar belegt, dass dieses Screening keinen Nutzen hat, auch wenn es über lange Zeit den größten Anteil an der Präimplantationsdiagnostik hatte. In dem Bericht, der bis 2007 reicht, waren es immerhin 61 Prozent. In den aktuellen Stellungnahmen der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (ESHRE) und der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin wird eindeutig empfohlen, dieses Verfahren nicht mehr anzuwenden, weil der Nutzen, den man sich davon versprochen hat, nicht eingetreten ist. Insofern muss man klar sagen, dass diese Screeningverfahren heute nicht mehr durchgeführt werden sollten.

Sve Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich bin dankbar für die Frage, weil mir dies die Gelegenheit gibt, auf die Ausführungen derjenigen Kollegen einzugehen, die kategorisch unterscheiden zwischen dem antizipierten Konflikt eines Paares, das einen als genetisch erkrankt diagnostizierten Embryo in der Petrischale vor sich hat, und dem Konflikt eines Paares, das bei demselben – wenn wir uns das im Gedankenexperiment vorstellen – Embryo 14 Wochen später, nach der Implantierung, eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lässt und dabei die Diagnose mit derselben Erkrankung bekommt. Die Kollegen sind der Auffassung, dass die beiden Konflikte völlig asymmetrisch sind bzw. dass in dem einen Fall ein Konflikt vorliegt, in dem anderen Fall jedoch nicht. Man kann natürlich eine Differenzierung vornehmen zwischen einem abstrakten

Konflikt bei der PID auf der einen Seite und einem auf der Einheit in der Zweierheit basierenden Konflikt bei der PND auf der anderen Seite. Dies sind sozusagen die Floskeln, in die die beiden Konflikte gekleidet werden. Aber wenn man die konkreten Fälle betrachtet, dann handelt es sich letztlich um exakt den denselben Konflikt. Der einzige Unterschied besteht darin, dass wir es im einen Fall mit dem fortgeschrittenen Reifestand eines schon entwickelten Embryos in utero und im anderen Fall mit einem sehr frühen Stadium zu tun haben. Diese Differenz ist für diejenigen, die eine gradualistische Position vertreten, eben auch ethisch bedeutsam. Außerdem hat im ersten Fall eine Frau die Schwangerschaft schon zehn, zwölf oder vierzehn Wochen lang erlebt und dabei vielleicht eine entsprechend große psychische Hemmschwelle aufgebaut. Wir wissen aber aus empirischen Erhebungen, dass die Bereitschaft dieser verzweifelten Familien, eine Schwangerschaft abubrechen, selbst dann hoch bleibt, wenn die Schwangerschaft schon weit fortgeschritten ist und dass sie es als psychisch sehr belastend empfinden, eine Schwangerschaft auf Probe – der Begriff stammt von den Betroffenen selbst – erdulden zu müssen. Ich würde bei dieser Gelegenheit gern noch ein paar Sätze zu einem anderen Punkt sagen, zu dem ich mich noch nicht äußern konnte. Es ist hier von mehreren Sachverständigen behauptet worden, die Befürworter des ersten Gesetzentwurfs, zu denen ich gehöre, würden in Bezug auf den Lebensschutz zwei exkludierende Grenzen setzen. Zum einen würden sie eine zeitliche Exklusionsgrenze setzen, aufgrund derer frühes vorgeburtliches Leben anders zu behandeln sei als geborenes Leben. Dies trifft zu, denn es ist die Voraussetzung dafür, die PID zu befürworten. Zum anderen wird unterstellt, dass die Befürworter in Fragen des Lebensschutzes einen Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Behinderung machten. Es wäre jedoch infam, wenn dies eine Implikation der Befürwortung der PID wäre, und es ist in Wirklichkeit auch keine. Wer der Auffassung ist, dass ein Achtzeller nicht unter das

volle Lebensschutzgebot fällt, der macht keinen Unterschied zwischen einem Achtzeller mit und ohne genetischen Defekt. Ein Embryo mit genetischem Defekt ist nicht weniger schützenswert als ein Embryo ohne einen solchen Defekt. Vielmehr sind beide gleich schützenswert, und die Eltern sollen entscheiden, was mit ihnen zu geschehen hat. Es gibt keine objektiven Grund für einen verminderten Lebensschutz eines genetisch defekten Achtzellers.

Abg. **Norbert Geis** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Huber und eine Frage an die beiden Verfassungsrechtler Prof. Böckenförde und Prof. Herdegen. Die erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Huber. Bei der Erarbeitung des Embryonenschutzgesetzes, an der ich mitgewirkt habe, wurde die Dreierregel festgelegt, und zwar mit folgender Begründung: Wir haben gesagt, es dürfen nicht mehr als drei Embryonen sein, weil andernfalls überzählige Embryonen entstehen würden, deren weitere Verwendung ungewiss ist. Wörtlich lautet die entsprechende Formulierung im Gesetz: „Wer es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollten, also mehr als drei ...“ Ich möchte erfahren, wie Sie diese Regelung beurteilen. Denn wenn man die PID zulassen würde, müsste man auch mehr Befruchtungen zulassen, also das Embryonenschutzgesetz ändern. Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Böckenförde und Prof. Herdegen. Herr Prof. Böckenförde, Sie haben klar zum Ausdruck gebracht, wann das Leben beginnt, nämlich mit der Befruchtung von Ei- und Samenzelle. Herr Prof. Herdegen hat hingegen in Anlehnung auch an Prof. Schröder erklärt, dass für ihn die Mutter von entscheidender Bedeutung sei. Sie haben damit wohl gemeint, dass die Eizelle implantiert werden und dass eine Einnistung erfolgen muss. Wie beurteilen Sie die Frage, ob dies dann auch für Leihmütter möglich sein müsste. Die Leihmutter käme hier gewissermaßen als Dritte, als ein weiteres konstituierendes Element hinzu. Leihmütter-

schaft ist aber aus ethischen Gründen ausdrücklich verboten, und zwar auch im Embryonenschutzgesetz. Daher richte ich an Sie beide noch einmal die Frage, die ich für die entscheidende halte: Wann beginnt das menschliche Leben und wann werden die Artikel 1 und Artikel 2 – Recht auf Leben und Schutzpflicht des Staates – des Grundgesetzes wirksam?

SV Bischof Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Meiner Ansicht nach ist die Dreierregelung, die seinerzeit intensiv diskutiert worden ist, der Dreh- und Angelpunkt für die Anwendung der IVF. Denn sie bringt das Ziel zum Ausdruck, dass menschliche Embryonen nur zum Zweck der menschlichen Fortpflanzung hergestellt werden sollen. Angesichts der Möglichkeit der PID wird nun behauptet, bei der Anwendung der Dreierregel vermindere sich die Baby-Take-Home-Rate so dramatisch, dass die mit der IVF verbundenen Belastungen nicht mehr zumutbar seien. Es sei davon auszugehen, dass von den hergestellten Embryonen ein möglicherweise erheblicher Teil – nämlich 25, 50 oder 75 Prozent, je nachdem, um welche Anomalie es sich handelt – gar nicht für eine Implantation in Frage komme. Die zu erwartende niedrige Erfolgsrate erklärt, weshalb die Zahl der Embryonen erhöht werden soll. Nun wird von einigen rechtlich argumentiert – und darüber haben wir im Deutschen Ethikrat diskutiert –, der entscheidende Passus in der von Ihnen zitierten Bestimmung des Embryonenschutzgesetzes bestünde darin, dass die notwendige Zahl entwicklungsfähiger Embryonen hergestellt werden solle. Dabei habe die Zahl 3 lediglich erläuternden Charakter, weil man seinerzeit noch davon ausgegangen sei, dass drei Embryonen ausreichen. Sobald deutlich werde, dass drei Embryonen nicht ausreichen, könne man implizit davon ausgehen, dass auch mehr als drei Embryonen hergestellt werden dürften. Diese Argumentation halte ich für rechtsethisch problematisch: Nur dann, wenn man in Kauf nehmen will, dass die rechtlichen Bestimmungen, die das sensible Feld der menschlichen Re-

produktion regeln, zum Gegenstand von „Mogelpackungen“ werden, kann man diese Art von extensiven Auslegungen für zulässig halten. Da ich im Bereich der Rechtsethik lange tätig war, traue ich mir zu, hierzu dezidiert Stellung zu nehmen. Ich halte es für hoch problematisch, mit der PID in dem klaren Bewusstsein zu beginnen, dass die Zahl der Embryonen auf acht oder neun in einem Zyklus erhöht werden muss, ohne dass es dafür eine rechtliche Grundlage gibt. Denn dies würde die Glaubwürdigkeit des Gesetzgebers gefährden. Im Kern offenbart diese Angelegenheit ein Problem, das sich generell im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt wie auch mit dem Fortschritt in anderen Bereichen stellt. Jedes Mal verbinden sich mit solchen Fortschritten nicht nur große Hoffnungen, sondern es tauchen auch große Fragen auf, die man vorher nicht überschaut hat. Dass unser Wissen begrenzt ist, ist wahr. Aber manchmal stellen sich Fragen, die wir doch beantworten können. Und die Unhaltbarkeit der Dreierregel im Falle einer Zulassung der PID ist eben eine Konsequenz, die wir im Voraus absehen können. Dieser Tatsache sollten wir dann auch Rechnung tragen.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Ich habe schon in meinem Statement die Auffassung zu begründen versucht, dass die Erkenntnisse der naturwissenschaftlich-biologischen Forschung den Schluss zwingend nahe legen, dass mit dem Abschluss der Befruchtung, der Vereinigung von Samenzelle und Ei, ein eigenes menschliches Lebewesen entsteht. Dies ist etwas anderes als die Annahme, dass schon die Gameten menschliches Leben sind. Durch die Vereinigung kommt vielmehr ein eigenständiges Lebewesen zustande, das in sich genetisch bestimmt ist und sich als solches weiter entfalten kann. Es muss allerdings verschiedene – sagen wir mal – Gefährdungspunkte überwinden. Es ist angewiesen auf Hilfe, auf Unterstützung und Fürsorge, vor allem durch die Mutter usw. Aber es ist dieses menschliche Lebewesen, das dann zum

Fötus, das geboren und schließlich ein alter Mensch wird. Man kann nun nicht aus irgendwelchen Zweckmäßigkeitserwägungen heraus von dieser Erkenntnis absehen und die Auffassung vertreten: Da mir die Konsequenzen einer Anerkennung des Embryos als menschliches Lebewesen – der Schutz, den er genießt, und das Anrecht auf die Anerkennung seiner Würde – nicht gefallen oder ich sie ablehne, schiebe ich den Zeitpunkt der Menschwerdung einfach hinaus. Dies ist auch deshalb unzulässig, weil dabei ständig von neuen Annahmen ausgegangen wird. Der Beginn menschlichen Lebens fällt dann für manche mit dem Beginn der Hirnentwicklung zusammen, für andere mit der Nidation oder mit der Geburt. Für wiederum andere – denken Sie etwa an Prof. Singer – sind es Kriterien wie ein eigenes Empfinden usw. Diese Grenzen sind so dezisionistisch, so willkürlich gesetzt, dass kein sachlicher Grund erkennbar wird, weshalb gerade sie und nicht eine anderes Kriterium den Beginn des menschlichen Lebens markieren sollen. Vor diesem Hintergrund bildet das Ende der Befruchtung das am wenigsten willkürliche Kriterium, um den Beginn menschlichen Lebens und das daraus folgende Recht auf Leben sowie den Achtungsanspruch zu bestimmen. Dafür gibt es nicht nur pragmatische oder dezisionistische, sondern auch naturwissenschaftlich-biologische Gründe.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: In der Tat ist die Frage, welche Rolle die Verbindung zur Mutter für den Status des Embryos in vitro spielt, von zentraler Bedeutung für die Abgrenzung zum Ungeborenen im Mutterleib. Die Rolle der Mutter erschöpft sich nicht darin, gewissermaßen Geberin der Eizelle zu sein, sondern setzt sich fort in der bewussten und grundrechtlich freien Entscheidung, ob es zur Implantation kommen soll oder nicht. Natürlich hat der Mensch in den frühen Phasen seines Heranreifens viele Gefährdungslinien zu überwinden. Dennoch ist die Entscheidung für oder gegen die Implantation etwas anderes als die großen und kleinen Gefährdungslinien im Mutterleib. Hier

liegt eine qualitative Zäsur vor. Daher legt der freiheitliche Staat des Grundgesetzes die Überwindung dieser Klippe in die grundrechtlich geschützte Verantwortung der Eltern. Er betrachtet die Eltern als verantwortliche Wesen und verzichtet darauf, diese Verantwortung zu lenken und der Frau eine Pflicht zur Implantation aufzuerlegen. Das wäre dann eine Pflicht zur Implantation aller Embryos in vitro. Da dies aber nicht so ist, gibt es auch kein Grundrecht des Embryos in vitro, implantiert zu werden. Das ist der zentrale Unterschied zum Ungeborenen im Mutterleib, das eine grundrechtlich gesicherte Perspektive zum Heranreifen hat, weil alles, was diesen Prozess stört – sei es von Seiten der Mutter, eines Arztes oder Dritter – in diese Grundrechtsposition eingreift. Ich vertrete immer wieder mit Verve die Auffassung, dass der Würdeanspruch zum frühestmöglichen Zeitpunkt ansetzt. Daher können wir über die Vorgaben, die aus unserem verfassungsrechtlichen Leitbild der Person erwachsen, nicht hinweggehen. Das verfassungsrechtliche Leitbild des Menschen als Person abstrahiert jedoch nicht davon, dass es beim Heranwachsen des Menschen eine Mutter und ein Heranwachsen im Mutterleib gibt. Im Übrigen möchte ich noch etwas zur Frage des Wertungswiderspruchs bei der Handhabung der Schutzpflicht gegenüber dem Leben sagen. Man kann den Wertungswiderspruch nicht einfach dadurch korrigieren, dass man dem Strafrecht, konkret dem § 218a StGB, eine Bedeutung gibt, die er bislang nicht hat. Ich habe mir die Mühe gemacht, noch einmal die führenden Strafrechtskommentare daraufhin zu überprüfen. Selbstverständlich wird im § 218a Absatz 2, der sich auf den rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch bezieht, durchgehend auf schwerwiegende, genetisch oder nicht genetisch bedingte Krankheiten hingewiesen. Dies ist die herrschende Auslegung, die auch auf der vom Bundesverfassungsgericht in seiner zweiten Abtreibungsentscheidung vertretenen Auffassung basiert, wonach es eine Begrenzung der Pflicht zum Austragen einer Schwangerschaft bei einer schwerwiegenden Erkrankung des Fötus gibt. Das

heißt, der Gesetzgeber ist nicht völlig frei im Hinblick auf die Bestimmung der Grenzen einer Pflicht zum Austragen einer Schwangerschaft, und er hat entsprechend reagiert. Ich darf noch ein Letztes sagen. Wir wissen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass die herrschende Praxis maßgeblich für die Frage ist, ob es Wertungswidersprüche gibt. Daran hat uns das Gericht in den letzten Jahren im Zusammenhang mit dem Steuerrecht wiederholt erinnert. Der Staat hat eine Schutzpflicht. Daher kann er sich nicht auf den Standpunkt stellen, dass der Wertungswiderspruch ex post durch eine Verschärfung der Auslegung des Abtreibungsrechts, die der herrschenden Auslegung und Abtreibungspraxis widerspricht, zu beheben sei. Nicht zu vertreten ist auch die Haltung, das Abtreibungsrecht sage in Anbetracht der durch die PID neu eröffneten Möglichkeiten etwas anderes aus, als das, was man bisher damit verbunden habe. Dies ist nicht der richtige Weg, um den Wertungswiderspruch zu beseitigen. Was die Frage der Leihmütter angeht, stimme ich weitgehend mit Ihnen überein. Es gibt keinen grundrechtlichen Anspruch auf Leihmutterschaft. Der Staat hat das Recht, die Leihmutterschaft, so wie er dies nach geltendem Recht tut, zu verbieten. Nach der Rechtsprechung des Straßburger Gerichtshofs entspricht dies auch der Europäischen Menschenrechtskonvention. Ganz anders liegt der Fall, wenn es gesetzwidrig zu einer Leihmutterschaft käme. Wir hätten hier denselben Fall, als wenn wir gegen die Verfassung und gegen das Gesetz einen Menschen klonen würden. Dieser Mensch wäre zwar auf rechtswidrigem Wege entstanden, wäre dann aber, wenn es ihn nun einmal gäbe, mit allen Grundrechten und aller Würde ausgestattet. Da wir uns diesem Zwang, der nicht befriedigend aufzulösen ist, nicht stellen wollen, haben wir verfassungskonform dafür optiert, diese Möglichkeit gar nicht erst zu schaffen. Die **Vorsitzende**: Ich möchte darauf hinweisen, dass Leihmutterschaft nicht Gegenstand der Anträge ist. Ich habe die Frage dennoch zugelassen. Herr Kollege Geis, Prof. Böckenförde hat den Wunsch

nach Erwidierung geäußert. Wenn Sie diese zulassen, erteile ich Herrn Prof. Böckenförde das Wort.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Ich möchte meinem Kollegen Prof. Herdegen in einem Punkt widersprechen. Eine Pflicht der Mutter zur Implantation gibt es nicht. Es steht ausdrücklich im Gesetz, dass eine Implantation nicht gegen den Willen der Mutter vorgenommen werden darf. Diese Regelung berührt jedoch nicht die Frage der Zulassung der PID. Auch wenn die PID nicht zugelassen ist, kann eine Frau die Implantation ablehnen. Insofern sehe ich das Problem nicht, das Herr Prof. Herdegen dargestellt hat. Die Bestimmung, auf die er hingewiesen hat, ist geltendes Recht.

Abg. **Ansgar Heveling** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an Prof. Herdegen. Erstens: Sie haben in Ihrem Beitrag und in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die Auffassung vertreten, dass ein Zwang zur Ungewissheit und ein Zwang zum Nichtwissen mit den Grundrechten nicht vereinbar ist und im Hinblick auf die Schwangerschaft nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und dem Elterngrundrecht im Einklang steht. Wenn es demzufolge quasi ein Recht auf Gewissheit bezüglich der genetischen Disposition gibt, stellt sich mir die Frage, ob aus dieser Logik nicht die Verpflichtung folgt, die PID gänzlich freizugeben. Denn zur genetischen Disposition gehört zum Beispiel auch das Geschlecht. Ich würde die Verpflichtung zur vollständigen Freigabe mit allen daraus resultierenden Folgen für eine fragwürdige Konsequenz dieser Logik halten, bitte Sie aber gleichwohl darum, dazu Stellung zu nehmen. Meine zweite Frage betrifft das schon mehrfach angesprochene und in Ihrer schriftlichen Stellungnahme auf Seite 5 ff. aufgeführte Argument, dass die Zulässigkeit der Abtreibung – ich zitiere jetzt – „aus Gründen der Unzumutbarkeit bei schwerwiegender Erkrankung des Nasciturus, (erhebliche Gefährdung der körperlichen oder seeli-

schen Gesundheit der Mutter nach § 218a Absatz 2 StGB) zwingend im Interesse der Folgerichtigkeit und Systemgerechtigkeit zur Freigabe der PID bei schwerwiegenden Erbkrankheiten“ führen muss. Nun hat Prof. Huber dankenswerterweise noch einmal deutlich auf die seinerzeitige Intention des Gesetzgebers hingewiesen. An dieser Intention ändert sich auch dann nichts, wenn daraus in der Folgezeit praktisch eine Mogelpackung geworden ist, wie Prof. Diedrich dies genannt hat, oder wenn die Auslegung sich anders entwickelt hat. Wenn aber die gesetzgeberische Intention eindeutig ist, stellt sich mir die Frage, ob daraus nicht folgt, dass es diesen systemischen Widerspruch nicht gibt und das Argument sozusagen seine Tragfähigkeit verliert. Ich möchte Sie, auch wenn Sie sich dazu bereits geäußert haben, noch einmal um Ihre Einschätzung bitten.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Ich möchte zunächst auf die zweite Frage, die Frage nach dem Wertungswiderspruch, eingehen. Das ist ein ganz zentraler Gesichtspunkt. Ich möchte dazu drei Aspekte ansprechen. Erstens wollte der Gesetzgeber in die Regelung auch den Fall einer nicht rechtswidrigen Abtreibung nach Absatz 2 des § 218a StGB einbeziehen, in dem die Bedrohung für die seelische oder körperliche Gesundheit der Frau aus einer schweren Erkrankung des Embryos erwächst. Dies ergibt sich aus den Materialien. Zweitens: Aus den Materialien ergibt auch, dass er dies tun musste, weil eine Pflicht zum Austragen ohne Rücksicht auf eine derartige Situation ihrerseits verfassungswidrig wäre, weil die Rücksichtnahme auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau unter dem Aspekt der Unzumutbarkeit auch das Lebensrecht des Embryos begrenzt. Es steht ausdrücklich im Band 88 auf den Seiten 256 und 257, dass hier die Pflicht zum Austragen ihre Grenze findet. Diesen Hinweis nimmt der Gesetzgeber in der Regelung des Absatzes 2 verfassungskonform auf. Drittens: Die Auslegung, wie ich sie hier vorgetragen habe, ist nicht meine Auslegung als Ver-

fassungsrechtler. Da ich kein Strafrechtler bin, habe ich mir die einschlägige strafrechtliche Literatur noch einmal vorlegen lassen. Danach spiegelt die Praxis den recht weich gewebten Wortlaut des Gesetzes wider, unabhängig von der Möglichkeit, unter der Bedingung der Rechtswidrigkeit, aber Strafflosigkeit ohne jede Rechtfertigung eine Abtreibung unter bestimmten Bedingungen vorzunehmen. Schließlich möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass die Frage eines Wertungswiderspruchs, eines Systembruchs, nicht nur vom Wortlaut einer Regelung bestimmt ist, sondern auch von der Praxis, wie sie durchgängig geübt wird. Auch darin liegt ein Verstoß gegen Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes. Ich erinnere hier noch einmal an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Steuerrecht. Ihre andere Frage bezog sich auf das Grundrecht auf Zugang zu diagnostischen Möglichkeiten. Ich habe nicht behauptet, dass die Grundrechtsordnung ein absolutes und unbeschränktes Recht auf diagnostische Möglichkeiten einräumen würde. Ich habe vielmehr ausgeführt, dass die Grundrechtsordnung die Ausschöpfung diagnostischer Möglichkeiten schützt. Jeder Zwang zum Nichtwissen ist ein Grundrechtseingriff. Das scheint mir auch heute Nachmittag völlig unbestritten zu sein. Daher bedarf ein derartiger Grundrechtseingriff der Rechtfertigung. Aus der Menschenwürde lässt sich diese Rechtfertigung nicht ableiten, weil sie – abhängig vom jeweiligen Status – Differenzierungen erlaubt. Wir dürfen im Stadium der Schwangerschaft Untersuchungen durchführen und daraus Folgerungen ableiten, die wir beim geborenen Menschen niemals ernsthaft erwägen würden. Daraus folgt, dass die Ausprägung des grundrechtlichen Status im Hinblick auf Menschenwürde und Grundrechte immer an den Entwicklungsstand des menschlichen Wesens oder der menschlichen Person geknüpft ist. Schließlich ist die Frage zu beantworten, was sich ergänzend aus den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit und der Systemgerechtigkeit ergibt. Hier komme ich zu dem Ergebnis, dass ein Verbot der PID, das auch die Aufklärung

über schwere Erbkrankheiten und die Anlage hierzu einschließen würde, verfassungswidrig wäre.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine eher gesellschaftspolitische Frage an Frau Prof. Kollek und Herrn Prof. Diedrich. In der öffentlichen Diskussion wird das Argument vorgebracht, dass die betroffenen Paare für den Fall, dass die PID in Deutschland nicht bald zugelassen wird, ins Ausland abgedrängt werden. Wie stichhaltig ist das Argument der angeblichen sozialen Benachteiligung von Paaren, die sich die Behandlung im Ausland nicht leisten können? Würde eine Zulassung der PID in Deutschland diese Unterscheidung aufheben? Müsste man die PID, wenn sie zugelassen würde, nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufnehmen?

SVe **Prof. Dr. Regine Kollek**: Es gibt so etwas wie einen reproduktionsmedizinischen Tourismus in Europa. Dieser betrifft aber keineswegs nur deutsche Paare und auch nur zu einem geringen Teil die Präimplantationsdiagnostik. Es gibt mittlerweile zwei oder drei gute Untersuchungen, die dieses Phänomen empirisch untersucht haben. Darin wird festgestellt, dass Paare aus verschiedenen Ländern und aus unterschiedlichen Gründen in wiederum verschiedene Länder reisen, um dort reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die in ihrem eigenem Land nicht erlaubt sind. So reisen, wenn ich mich richtig erinnere, Schweden nach Dänemark, weil in Schweden homosexuelle Paare, die PID in Anspruch nehmen wollen, verheiratet sein müssen, in Dänemark aber nicht. Franzosen reisen nach Holland oder Belgien, um eine intrazytoplasmatische Spermajektion zu bekommen. Wiederum andere reisen nach Tschechien, weil dort alle Leistungen billiger sind usw. Es gibt somit ganz unterschiedliche Gründe, weshalb Paare reproduktionsmedizinische Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen. Nach Aussagen des wichtigsten belgischen

Zentrums, in dem Präimplantationsdiagnostik angeboten wird, reisen jährlich ungefähr 50 deutsche Paare zum Zweck der Präimplantationsdiagnostik nach Belgien. Es kommen aber auch Paare aus anderen Ländern nach Belgien, weil sie glauben, dass man dort besser behandelt wird. Die einzige Möglichkeit, diese Art von reproduktionsmedizinischem Tourismus zu vermeiden, bestünde darin, im eigenen Land alles zu erlauben. Aber das will offensichtlich niemand hier am Tisch, jedenfalls niemand, der für Grenzen bei der Präimplantationsdiagnostik plädiert. Sofern solche Grenzen in irgendeiner Form existieren, wird es immer Paare geben, die ins Ausland reisen, um weitergehende Eingriffe vornehmen zu lassen.

SV **Prof. Dr. Klaus Diedrich**: Es gibt Paare, die für die PID ins Ausland fahren, weil es hierzulande nach wie vor nur schwer möglich ist. Es gibt eine interessante Untersuchung, die an der Universität in Marburg durchgeführt worden ist, bei der 162 Paare befragt worden sind, bei denen eine Indikation für eine PID bestanden hat. 90 Prozent dieser Paare haben versichert, dass sie eine PID durchführen lassen würden, wenn dies in Deutschland möglich wäre. Von diesen Paaren haben sich 25 Prozent anschließend im Ausland behandeln lassen. So etwas kann sicherlich nicht die Lösung des Problems sein. Wir müssen möglichst zu einer positiven Entscheidung gelangen, die bewirkt, dass dieser Tourismus, der eigentlich schrecklich ist, aufhört. Früher ist man zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland oder Belgien gefahren und heute wegen der PID. Diese Zeiten sollten eigentlich vorüber sein. Die Frage, ob die PID eine Versicherungsleistung sein sollte, ist zu bejahen, sofern der gesetzliche Rahmen dafür gegeben ist. Denn dann ist sie versicherungstechnisch ähnlich zu behandeln wie die Pränataldiagnostik, die auch von den Krankenkassen übernommen wird.

Die **Vorsitzende**: Ich werde nun die Rednerliste schließen und die Kolleginnen

und Kollegen der Reihe nach aufrufen, bevor sich dann eine letzte Antwortrunde anschließt.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (DIE LINKE.): Bei der Gruppe, um die es hier geht, handelt es sich um Paare, die zu zwei Dritteln schon Kinder mit Erbkrankheiten oder mit schweren Behinderungen haben. Sie lieben diese Kinder und tun alles, damit sie sich entwickeln und ein möglichst unbeschwertes Leben führen können. Wir haben alle mit solchen Eltern gesprochen. Nun haben diese Eltern den meiner Ansicht nach berechtigten Wunsch, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, und dieser Wunsch hat oft eine lange Vorgeschichte. Jetzt steht hier in der Diskussion, aber auch in der gesellschaftlichen Debatte bisweilen der Vorwurf im Raum, dass man durch die befristete Zulassung der PID der Diskriminierung Vorschub leisten würde. Ich kann diesen Vorwurf weder gegenüber den Eltern, den Betroffenen, noch gegenüber denjenigen, die eine begrenzte Zulassung der PID unterstützen, akzeptieren. Deshalb möchte ich von Prof. Schröder erfahren, inwieweit er sich bei seinen Gesprächen mit Betroffenen mit diesen Fragen auseinandergesetzt hat und wie seine Einschätzung zu dieser Frage ist.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Diedrich und Herrn Prof. Schröder. Trifft es zu, dass bei der derzeit praktizierten Pränataldiagnostik Untersuchungen auf Risiken vorgenommen werden, die in den vorliegenden Gesetzentwürfen zur PID nicht vorgesehen sind, z. B. eine Untersuchung auf das Down-Syndrom? Geht die Pränataldiagnostik damit nicht erheblich über das hinaus, was bei der PID vorgesehen ist, und gibt es bei der Pränataldiagnostik einen Katalog von Krankheiten, auf die routinemäßig untersucht wird? Bei der PID wird ein solcher Katalog immer wieder eingefordert, bis jetzt gibt es ihn aber nicht. Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Schröder. Ich knüpfe dabei an eine

Frage des Abg. Montag an. Er hat die Frage aber aus einer juristischen Perspektive gestellt, während ich ihr einen anderen Akzent gebe. Die Frage betrifft die Gefahr eines Dammbrochs. Kann die Möglichkeit des Missbrauchs einer Regelung eine Rechtfertigung dafür bieten, wesentliche Sachverhalte – hier also im Zusammenhang mit der PID – nicht zu regeln? Hat der Gesetzgeber die Verpflichtung, Regelungen zu treffen, die Missbrauch so weit wie möglich ausschließen? Bedarf eine Regelung, die Missbrauch nach sich zieht, nicht generell einer Nachbesserung? Ist dies nicht die Aufgabe des Gesetzgebers?

Abg. **René Röspel** (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Huber: Halten Sie es für ethisch vertretbar, einer Frau eine Tot- oder Fehlgeburt zuzumuten, wenn sie bekanntermaßen ein hohes Risiko – sei es eins zu drei, eins zu zwei oder noch in einem anderen Verhältnis – in sich trägt, einen Embryo austragen zu müssen, der nicht entwicklungsfähig ist?

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Prof. Böckenförde. Nach dem Gesetzentwurf auf der Drucksache 17/5451 ist die PID in den Fällen zulässig, in denen es um die Vererbung einer sogenannten spätmanifestierenden Erkrankung geht, wie zum Beispiel Chorea Huntington oder ähnliche Erkrankungen. Im Rahmen der Pränataldiagnostik ist eine Untersuchung auf solche Erkrankungen jedoch ausdrücklich ausgeschlossen und strafbar. Wie bewerten Sie die Kohärenz der Rechtslage in Deutschland, wenn wir im Rahmen der PID die Indikation für solche Untersuchungen entsprechend ausweiten würden? Ferner habe ich eine eher ethische oder gesellschaftspolitische Frage an Prof. Huber. Welche ethischen Probleme ergeben sich, wenn wir aus einer externen Sicht beurteilen wollen, ob Behinderungen oder Erkrankungen als schwerwiegend einzustufen sind? Treffen wir dann nicht zwangsläufig eine Lebenswertentscheidung, bei der wir von außen bewerten, ob

ein Leben lebenswert ist oder nicht? Welche Auswirkungen hätte eine solche Entscheidung auf die Menschen, die von einer solchen Erkrankung oder Behinderung betroffen sind?

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Huber. Herr Prof. Huber, Sie sind Mitglied des Ethikrates. Der Deutsche Ethikrat sowie die Vertreter der Deutschen Wissenschaftsakademien haben sich mit knapper Mehrheit für eine Zulassung der PID in engen Grenzen ausgesprochen. Sehen Sie den Gesetzentwurf der Abg. Flach und anderer als kompatibel mit dieser Empfehlung an oder geht der darüber hinaus? Und sofern dies der Fall ist, in welchen Punkten? Ferner habe ich eine Frage an Frau Prof. Kollek. Zurzeit erhalten Paare, die eine IVF in Anspruch nehmen, weil sie unfruchtbar sind, eine Teilfinanzierung durch die gesetzliche Krankenkasse. Bei einer Zulassung der PID wären die Voraussetzungen für eine Finanzierung, wie sie im SGB V normiert sind, nicht gegeben. Da keine medizinische Indikation vorliegt, müssten IVF und PID wohl von den Betroffenen selbst finanziert werden. Wie beurteilen Sie diesen Sachverhalt und erwarten Sie, dass dies eine Diskussion auslösen wird?

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU): Ich habe einen Hinweis für Frau Prof. Kollek. Unserem Gesetzentwurf ist in § 3a Absatz 1 zu entnehmen, dass die von Ihnen geäußerte Vermutung falsch ist. Der Bundesgerichtshof hat in Übereinstimmung mit dem Embryonenschutzgesetz festgestellt, dass jede totipotente Zelle ein Embryo ist. Die von uns vorgesehene Vorschrift bezieht sich auf Zellen eines Embryos, folgt also dem Bundesgerichtshof und dem Embryonenschutzgesetz insofern, als hier nur eine Untersuchung der Blastozyste bzw. des Trophoblasten, also einer pluripotenten Zelle und nicht mehr einer totipotenten Zelle, vorgesehen ist. Der von Ihnen vermutete Widerspruch tritt also in unserem Gesetzentwurf nicht auf. Wäh-

rend die totipotente Zelle nach der Definition des Embryonenschutzgesetzes immer ein Embryo ist, geht es hier um die Zellen eines Embryos. Deswegen darf man den Embryo nicht zerstören, um die anderen sieben Embryonen einzupflanzen. Das ist in unserem Gesetzentwurf geregelt. Darauf möchte ich im Interesse der weiteren öffentlichen Debatte hinweisen. Ferner habe ich eine Frage an Frau Prof. Schöne-Seifert und Herrn Prof. Schröder. Für mich ist sehr wichtig, dass Anhörungen Erkenntnisfortschritte bringen. Ich habe heute einen solchen Fortschritt für mich identifiziert und möchte Sie um eine ethische Bewertung bitten. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir von der Dreierregelung wegkommen müssen. Die Dreierregelung hat die Frauen immer sehr stark belastet, und zwar unabhängig von der PID, weil es aufgrund der geringen Erfolgswahrscheinlichkeit von lediglich ungefähr 25 Prozent bei vielen letztlich nicht zur Geburt kam. Dies gilt jedoch nicht nur für die Implantation. Auch die Natur verwirft ungefähr 75 Prozent der befruchteten Embryonen, also der Embryonen, die im natürlichen Miteinander entstehen. Wenn die Frauen dann bei der IVF mehrere Zyklen hatten, war dies für sie mit starken psychischen und physischen Belastungen verbunden. Deswegen möchte ich erfahren, wie es ethisch zu bewerten ist, wenn man statt der Dreierregelung eine Sechser- oder Siebenerregelung einführen würde.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich möchte zunächst eine Frage an Herrn Prof. Huber stellen. Wir haben von Herrn Prof. Herdegen, der jetzt nicht mehr hier sein kann, gelernt, dass die Würde des Menschen mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt. Prof. Herdegen hat allerdings darauf hingewiesen, dass er mit dieser Auffassung nicht die gesamte deutsche Staatsrechtslehre repräsentiert. Meine Frage lautet nun: Bedeutet Würde, dass man auch Träger von Rechten ist? Und gibt es für den Embryo als Rechtsträger irgendeine Chance mitzuentcheiden, ob er sich untersuchen lassen muss.

Wenn ich als Embryo hören würde, dass meine Mutter nicht gezwungen werden kann, mich implantieren zu lassen, dann könnte ich auf die Idee kommen, dass ich im Gegenzug nicht dulden muss, dass man mir einen Teil meines Korpus entnimmt, um mich genetisch zu qualifizieren. Halten Sie diesen Gedankengang für nachvollziehbar oder ist er völlig absurd? Wenn ich Prof. Herdegen folge und Würde ab dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle zuerkenne, dann muss das irgendeine materielle Folge haben, und die geringste materielle Folge, die das haben muss, ist doch, dass der Embryo nicht ungefragt zur Verfügungsmasse fremder Entscheidungen werden darf. Es muss einen Rest an Subjektivität geben. Wie kann man dies auflösen? Ich habe eine weitere Frage, die ich gern an Herrn Prof. Böckenförde und Frau Prof. Kollek stellen würde. Ich möchte wissen, ob ein unbestimmter Rechtsbegriff wie der der schwerwiegenden Erkrankung rechtlich eine klare Eingrenzung der Anwendungsfälle auf wenige Paare zulässt. Denn was schwerwiegende Erkrankung bedeutet – das hat auch diese Anhörung gezeigt –, unterliegt in hohem Maße dem subjektiven Urteil. Was ist wirklich schwerwiegend? Prof. Diedrich und ich sind uns völlig einig darin, dass eine Trisomie 21 nicht so schwerwiegend ist, dass sie eine PID rechtfertigen würde. Die Frage lautet aber, wie man unter Bezugnahme auf den allgemeinen Rechtsbegriff der schwerwiegenden Krankheit eine Regel aufstellen kann, die die Ethikkommission, die Beratern, die Durchführenden und die Eltern irgendwie bindet?

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte noch eine Bemerkung zu dem Beispiel Trisomie 21 machen. In der Begründung zu dem Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass eine Krankheit dann schwerwiegend ist, wenn sie schwierig zu behandeln ist. Dies spricht für das Argument, dass man in der konkreten Situation die Trisomie 21 dann doch nicht eindeutig ausschließen kann. Ich habe zunächst eine Frage an Herrn

Prof. Huber, die sich auf das Argument bezieht, Patienten oder Paare seien dazu gezwungen, die PID im Ausland vornehmen zu lassen. Folgt aus diesem Argument nicht letztlich, dass man jegliche Begrenzung der PID aufgeben oder sich an der liberalsten Lösung orientieren müsste? Was wären die Folgen eines solchen Ethikdumpings, so würde ich das mal bezeichnen? Ferner habe ich eine Frage an Herrn Prof. Huber und Herrn Prof. Böckenförde. Wir haben hier immer wieder des Argument des Dammbrochs gehört. Aus meiner Sicht ist ein Dammbroch nicht erreicht, wenn die Zahl der Missbrauchsfälle steigt, sondern wenn wir eine Änderung der ethischen Grundsätze vornehmen. Herr Prof. Herdegen hat hier die Auffassung vertreten, dass ein möglicher Missbrauch in der Zukunft kein Argument dafür sein kann, auf die Einführung der PID zu verzichten. Frau Prof. Schöne-Seifert hat hingegen argumentiert, der Missbrauch des § 218 könne deswegen als Argument für die Einführung der PID dienen, weil man dann die am wenigsten ethisch verwerfliche Methode anwenden würde. Wenn wir so argumentieren, würde dies jedoch bedeuten, dass wir im Nachhinein den Missbrauch legitimieren, weil wir mit der Einführung der PID eine neue ethische Grundlage schaffen, nämlich für die Selektion. Damit hätten wir aber den Missbrauch nachträglich sanktioniert.

SV Bischof Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Herr Prof. Böckenförde hat angeboten, mir die Frage, was eine schwerwiegende Krankheit ist, abzunehmen. Ich lasse diese Frage daher aus. Ist es ethisch vertretbar, einer Frau eine Totgeburt zuzumuten? Die Antwort lautet: Nein. Die Frage ist nur, welche Maßnahmen man ergreifen darf, um herauszufinden, ob eine Totgeburt zu befürchten ist, und welche Nebenwirkungen es hat, wenn man dies tut. Das Problem liegt ähnlich wie bei der Frage der Behinderung. Natürlich gibt es niemanden hier im Raum, der die Intention hat, Behinderte zu diskriminieren. Man muss aber die Frage stellen, ob eine

bestimmte Handlungsweise, die man mit noch so wohl erwogenen Begründungen vollzieht, ausgehend von der Lehre vom duplex effectus gleichzeitig einen Effekt in einem anderen Bereich hat, den man mit bedenken muss, wenn man eine solche Handlungsweise verantwortungsethisch beurteilen will. Die Vermeidung von Totgeburten, erst recht von wiederholten Totgeburten, ist ein hohes Ziel, es legitimiert aber nicht jedes Mittel. Vielmehr muss man sich fragen, welche Folgen es hat, wenn man dieses Mittel einsetzt. Eine weitere Frage bezog sich auf das Votum des Ethikrates für die Zulassung der PID und das entsprechende Votum der Leopoldina. Dafür bin ich der falsche Ansprechpartner. Denn wenn man genau hinschaut, dann stellt man fest, dass im Deutschen Ethikrat die Positionen pro und contra PID nahezu gleich stark vertreten sind. Das Verhältnis ist so ausgewogen, wie es bei einem Gremium mit 26 Mitgliedern, von denen eines sich der Stimme enthalten hat, nur sein kann. Wie Sie wissen, gehöre ich nicht zu denjenigen, die für die Zulassung der PID votiert haben. Mir fällt auf, dass in dem Pro-Votum des Deutschen Ethikrates zwei Elemente enthalten sind, die über das hinaus gehen, was jetzt in der Diskussion ist. Erstens ist dieses Votum klarer in der Frage der Dreierregelung, indem es unumwunden zugibt, dass die PID mit der Dreierregelung nicht vereinbar ist, und fordert, einen Kompromiss zwischen den Erfolgsaussichten der Behandlung und dem Ziel der Vermeidung überzähliger Embryonen zu finden. Zweitens wird darauf hingewiesen, dass nicht in jedem Fall, in dem es zu einer Totgeburt oder auch zu wiederholten Totgeburten kommt, genetische Faktoren maßgebend sind, die durch eine PID ermittelt werden könnten. Daher soll die PID mit Blick auf Totgeburten nur im Rahmen klinischer Studien durchgeführt werden. Dabei soll geprüft werden, welchen Effekt der Einsatz von PID in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit von Totgeburten bei Paaren, die entsprechend gefährdet sind, hat. Die Leopoldina geht in ihrem Votum in meinen Augen weiter als alles, was bis jetzt diskutiert worden ist. Dabei bleibt

unklar, welche Implikationen die Einschränkung auf schwerwiegende Krankheiten hat. Nach meiner Einschätzung bewegen wir uns hier in einem Bereich, in dem auch spätmanifestierende Krankheiten letztlich zu schwerwiegenden Erkrankungen erklärt werden. Ferner ist eine Frage nach der Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle als Beginn der Zuerkennung der Menschenwürde gestellt worden. Ich halte es für ein wichtiges Ergebnis dieser Anhörung zu erkennen, wie breit im Kreise der hier anwesenden Sachverständigen die Unterstützung für den Grundsatz ist, der dem Embryonenschutzgesetz zugrunde liegt. Wir haben allerdings aus dem von Herrn Prof. Herdegen angeführten Beispiel entnehmen können, dass es zwei Arten von Gradualismus gibt. Die eine Art von Gradualismus hebt auf den Zeitpunkt ab, ab dem überhaupt Würde zuerkannt wird, und die andere Art fragt danach, ab wann welches Maß an Würde zuerkannt wird. Das sind die beiden Arten des Gradualismus, mit denen wir es gegenwärtig zu tun haben. Klar ist, dass unter rechtlichen Gesichtspunkten die Geburt eine ganz herausragende Bedeutung hat. Volker Gerhardt sagt immer wieder und das zu Recht, in seinem Personalausweis stehe das Datum seiner Geburt und nicht das Datum der Befruchtung von Ei- und Samenzelle. Somit bleibt im Blick auf die Rechtsperson die Geburt wichtig. Außerdem ändert sich auch nach der Geburt, wie wir wissen, was etwa die Befähigung zu Rechtsgeschäften angeht, noch so einiges. Wir können den Gradualismus hier also fortsetzen. Daher ist es wichtig anzuerkennen, dass es Phasen in der Entwicklung des Menschen gibt, in denen der Schutz seiner Würde in der Verantwortung anderer liegt. In dieser Phase ist diese Verantwortung unverzichtbar, weil sie sich auf einen Menschen bezieht, der nicht für sich selbst sprechen und nicht einmal für sich selbst schreien kann. Deshalb missfällt es mir in dieser Debatte auch besonders, dass im Falle der In-vitro-Fertilisation so getan wird, als gäbe es keine Beziehung zwischen der Mutter und dem Embryo, solange dieser Embryo noch nicht implantiert ist, und als

entstehe diese Beziehung erst in dem Augenblick, in dem eine Implantationsentscheidung getroffen wird. Dies halte ich für ethisch nicht haltbar, weil ich fest davon überzeugt bin, dass die Entscheidung der Mutter schon dann getroffen ist, wenn sie sich auf den Weg der In-vitro-Fertilisation begibt. Dies trifft – Frau Prof. Kollek bestätigt es gerade – auch empirisch zu und muss sich daher im Recht auch irgendwie widerspiegeln. Die Frage nach dem sogenannten Ethikdumping möchte ich einmal von der positiven Seite her beantworten. Die Tatsache, dass wir in Europa eine gewisse Variationsbreite an rechtlichen Regelungen zu den Fragen haben, die den Anfang und auch das Ende des Lebens betreffen, veranlasst mich zu der Empfehlung, in einen Wettbewerb um die tragfähigsten Lösungen und nicht mit dem Tourismusargument in einen Wettbewerb um den geringsten Grad an Regulierung einzutreten. Dies würde ohnehin nicht zum Ziel führen, weil dafür die Motive, die Behandlung in einem anderen Land vornehmen zu lassen, zu vielfältig sind. Das hat auch Frau Prof. Kollek aufgezeigt. Das Dammbrechargument habe ich nicht verwendet, sehr wohl aber das Argument, dass man diejenigen Folgen von Regelungen, die man antizipieren kann, auch ernstnehmen sollte. Es geht mir also um die Analyse voraussehbarer Folgen und nicht um eine generelle Dammbrechthese. Diese habe ich meiner Erinnerung nach an keiner Stelle vorgebracht, und ich halte sie auch für eines der Alles-oder-Nichts-Argumente, die nicht wirklich weiterhelfen.

SVe Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Herr Abg. Hintze, ich bin in der Tat der Meinung, dass dann, wenn man wie ich für eine eng begrenzte Zulassung der PID plädiert, folgerichtig auch für eine Reformierung der Dreierregel eintreten muss, damit das Verfahren ehrlich, klar und transparent geregelt ist. Aus Gründen des Normenschutzes, der Glaubwürdigkeit und der Rechtssicherheit sollte man dies zusammen mit der Zulassung der PID regeln und nicht im Nachhinein in das Ver-

fahren hineinmogeln. Ferner bin ich gefragt worden, ob die Stellungnahme der Leopoldina, für die ich in der entsprechenden Arbeitsgruppe mitverantwortlich zeichne, mit dem Gesetzentwurf der Abg. Flach und anderer kompatibel ist. Dies ist eindeutig zu bejahen. Ich wurde auch gebeten, den Wertungswiderspruch, der zwischen einem Verbot der PID und dem, was als Missbrauch der PND bezeichnet wurde, besteht, zu korrigieren. Das Ergebnis ist zwar richtig, ich würde aber anders als der Fragesteller die PND, wie sie sich bis heute entwickelt hat und wie sie sich nach der Gesetzesreform absehbar entwickeln musste, nicht als Missbrauch bezeichnen, sondern als etwas, das die Menschen, die sie in Anspruch nehmen, sich in aller Regel selbstbestimmt und mit guten ethischen Argumenten wünschen.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Die erste an mich gerichtete Frage bezieht sich auf das Problem möglicher diskriminierender Konsequenzen aus der PID. Diese Frage hat zwei Seiten. Die eine Seite betrifft die Frage, ob Behinderte sich durch die PID diskriminiert fühlen. Dazu kann ich wenig sagen, und natürlich kann ich auch nicht sagen, sie sollten sich nicht diskriminiert fühlen. Die Rücksichtnahme auf die Betroffenen verlangt, dass ich dazu keine Prognosen abgebe. Aber ich äußere mich gern noch einmal zu der anderen Frage: Ist zu erwarten, dass die Diskriminierung Behinderter zunehmen wird? Werden in Zukunft Behinderte, weil es die PID gibt, zu hören bekommen: „So jemanden wie dich sollte es gar nicht geben!“ Ich sage dazu Folgendes: Dazu brauchen wir leider nicht die PID. Ich kenne solche Sprüche aus meiner Kindheit, als man überhaupt nichts dergleichen hatte und dennoch Menschen so über andere Menschen redeten. Diesen Menschen muss man mit aller Energie entgegentreten und ihnen nicht noch eine halbe Entschuldigung liefern, indem man sagt: „Da es jetzt die PID gibt, verstehen wir, dass du so redest.“ Ich verstehe es überhaupt nicht und bitte darum, dass wir das alle so sehen. Die Entstehungsbedingungen eines geborenen

Menschen, ganz gleich, ob es sich um einen Menschen handelt, der aus einer Vergewaltigung hervorgegangen ist, der geboren wurde, weil er nicht abgetrieben wurde usw., diese Entstehungsbedingungen haben nach unserem Verständnis keinerlei Einfluss auf die ihm gebührende Anerkennung. Diesen Grundsatz muss man durchhalten und nicht plötzlich Verständnis für diejenigen entwickeln, die ihn in Frage stellen wollen. Ferner wurde die Frage gestellt, ob die PND nicht einen weitergehenden Anwendungsbereich hat als PID. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht nicht vor, die PID wegen des Down-Syndroms anzuwenden. Insofern trifft die Aussage zu. Zur Frage eines möglichen Dammbrochs: Der Missbrauch einer Regel ist grundsätzlich nie auszuschließen, stellt als solcher aber noch keinen Dammbroch dar. Man muss sich daher einmal genauer anschauen, was mit Missbrauch gemeint ist. Soll Missbrauch etwa bedeuten, dass man unter Verstoß gegen ein Gesetz etwas tut, was durch dieses Gesetzes erst möglich geworden ist? Da kann ich nur sagen, für Rechtsbrüche ist die Justiz zuständig. Wahrscheinlich ist mit Dammbroch aber meistens etwas anderes gemeint, nämlich der Umstand, dass man sich an etwas, das lange Zeit als anstößig galt, nach und nach gewöhnt und es dann nicht mehr für anstößig hält oder dass nach und nach eine Sanktion nicht mehr angewendet wird und eine Handlung dann, weil die Sanktion nicht mehr erfolgt, als erlaubt gilt. Solche Entwicklungen sind denkbar, müssen aber nicht notwendigerweise eintreten. Nach meiner Beobachtung trifft es in ähnlichen Fällen nicht zu, dass etwas, das durch Gesetz verboten ist, dennoch massenhaft praktiziert und dann irgendwann nicht mehr als verboten angesehen wird. Wenn eine neue medizinisch-diagnostische Methode zugelassen worden ist, wird sie entweder von Kurpfuschern – das wäre dann ein Fall für die Juristen – oder von Ärzten angewandt. Wenn ein Arzt eine solche Methode gesetzeswidrig anwenden würde, ginge er ein sehr hohes Risiko ein. Daher ist schon aus utilitaristischen Gründen nicht zu erwarten, dass es einen von Ärz-

ten massenhaft praktizierten Missbrauch geben wird. Im Übrigen besteht die Möglichkeit dazu schon heute. Meines Wissens verfügen die Ärzte, die die PND anwenden, über die Information, welches Geschlecht der Embryo besitzt. Wenn sie diese Information weitergeben würden, könnten die Patientinnen bzw. die Frauen unter Vortäuschung eines anderen Grundes eine Abtreibung nach dem Kriterium des Geschlechts vornehmen lassen. Ich lasse mich gern berichtigen, aber soweit ich weiß, sind die Ärzte gehalten, diese Information nicht weiterzugeben, solange die Option für eine Abtreibung besteht. Man kann zwar nicht ausschließen, dass dies dennoch geschieht. Manche sind der Ansicht, dass die Menschen doch immer alles tun, was möglich ist. Die PND ist aber meines Erachtens ein Beispiel dafür, dass Menschen sich regelkonform verhalten. Wenn man also nicht annimmt, dass bei den Ärzten die Unmoral ausbricht – und das erscheint mir als eine allzu pessimistische Sichtweise –, dann ist auch nicht damit zu rechnen, dass man nun den massenhaften Missbrauch als eine Folge der PID – wie Herr Prof. Huber gerade richtig gesagt hat – einkalkulieren müsste.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Das Geschlecht kann man im Ultraschall erst nach der 14. Woche feststellen. Dann ist ein Zeitpunkt erreicht, zu dem es um die medizinische Indikation geht, die in diesem Falle jedoch nicht erkennbar ist. Es gibt Richtlinien für die sogenannte Korionbiopsie, die man auch schon früher, etwa in der achten bis neunten Woche, durchführen kann. Dabei erhält man unter anderem auch die Information über das Geschlecht. Diese Information dürfen wir Ärzte aber nicht weitergeben.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Die Mehrzahl der Ärzte scheint sich an diese Vorschrift zu halten.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: In der Tat verhalten sich die Ärzte in aller Regel gesetzeskonform. Betrachten wir einmal

das Embryonenschutzgesetz, das seit 20 Jahren existiert. Es gibt zwei Verstöße dagegen, die zu einer Gerichtsverhandlung und einem Urteil geführt haben. Da ist zum Einen der Fall eines Transfers von fünf Embryonen, der zu einer Mehrlingschwangerschaft geführt und die betroffene Frau zu einer Klage veranlasst hat, und da ist zum Anderen der durch Selbstanzeige ausgelöste PID-Fall, über den der Bundesgerichtshof entschieden hat und der mit Freispruch endete. Vielleicht noch kurz eine Bemerkung zum Vergleich zwischen Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik. Mit den beiden Verfahren werden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt. Mit Hilfe der pränatalen Diagnostik soll der Mutter gezeigt werden, dass mit ihrem Kind alles in Ordnung ist. Wenn der Befund jedoch von der Norm abweicht, muss man mit ihr ausführlich darüber sprechen. Für die PID gibt es eine ganz enge Zulassungsbedingung. Zum Beispiel wird bei der Pränataldiagnostik quasi täglich auf Trisomie 21 hin untersucht, während dies bei der Präimplantationsdiagnostik natürlich keine Zielsetzung ist.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Was die sogenannte Dreier-Regelung anbelangt, bin ich kein Fachmann, sondern habe mich in der Zeit, als ich Mitglied im Nationalen Ethikrat war, umfassend belehren lassen. Mir ist dort gesagt worden, dass die Dreier-Regelung gewissermaßen umgangen wird, indem man mehr als drei Eizellen befruchtet, diese aber im Stadium des Pränuclus hält, sodass man sich eine zweite Stimulation und Entnahme von Eizellen ersparen kann, selbst wenn die Implantation nach dem ersten Zyklus nicht funktioniert. Wir haben es hier also mit einem Verfahren zu tun, das einerseits gesetzeskonform ist und andererseits die in der Natur des Vorgangs liegenden Probleme für die Frau minimieren soll. Dies hat zur Konsequenz, dass der Gesetzgeber dieses Verfahren rationalisieren könnte, wenn er nicht ein Glaubensbekenntnis daraus machen will. Bischof Huber hat ausgeführt, dass es unzulässig

sei, die Nidation als den Beginn der Verbindung von Mutter und Kind zu bewerten, weil auch der Blick in die Petrischale schon eine Verbindung darstelle. Das ist sicher richtig, der Blick der Mutter in die Petrischale ist aber nur dann nichtselektiv, wenn sie sich Drillinge wünscht. Auch dieses Problem wird gern überspielt. Die meisten Eltern wünschen sich, soweit ich weiß, nur ein Kind. Sie wünschen sich somit auch, dass zwei der Embryonen verloren gehen.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Herr Prof. Schröder, man befruchtet heute nur zwei Eizellen bei den Frauen, die eine gute Prognose haben, und setzt auch nur maximal zwei befruchtete Eizellen ein, weil die Erfolgchancen hier mehr als doppelt so hoch sind, als wenn man nur eine transferieren würde. Die Sache ist also nicht ganz so einfach, wie Sie sie dargestellt haben. Ferner würde ich gerne noch etwas zur Pränataldiagnostik sagen. Frau Prof. Schöne-Seifert hat ausgeführt, dass die Menschen die PND so wollten, wie sie derzeit praktiziert wird. Deshalb sei sie auch so weit verbreitet. Dem möchte ich deutlich widersprechen, denn gerade im Bereich der Pränataldiagnostik gibt es einen massiven Angebotsdruck. Die Frauen werden noch nicht einmal hinreichend darüber aufgeklärt, auf welche Untersuchung sie sich einlassen. Und wenn dann ein positiver Befund vorliegt, kommt es häufig zu panischen Reaktionen. Deshalb haben wir auch das Gendiagnostikgesetz verabschieden müssen. Es war notwendig, damit in diesem Bereich endlich einmal eine vernünftige Beratung und Aufklärung etabliert wird, damit die Frauen wissen, worauf sie sich einlassen, was in der Regel nicht der Fall ist. Es ist auch nach der Verabschiedung des Gendiagnostikgesetzes nicht einfach, diese Beratung in der Praxis zu etablieren. Es entspricht somit nicht der Realität zu sagen, die Menschen wollten die PND so haben, wie sie praktiziert wird. Für problematisch halte ich auch die Aussage, die PID solle nicht zur Selektion des Down-Syndroms angewandt werden. Das Down-Syndrom ist keine Erbkrankheit, es

entsteht überwiegend spontan und ist daher mit der PID nur im Rahmen eines Screenings zu erfassen. Daher verzichtet man hier nicht aus ethischen Gründen auf eine bestimmte Diagnostik, sondern deshalb, weil es im Rahmen dieser Methode ohnehin nicht zu haben ist. Nur mit einem Screening wäre das Down-Syndrom erfassbar. Weiterhin ist die Frage der Finanzierung der Präimplantationsdiagnostik angesprochen worden. Die IVF wird teilfinanziert, wenn Unfruchtbarkeit vorliegt. Dafür gibt es bestimmte Definitionen. Wenn man die Präimplantationsdiagnostik über die Krankenkassen finanzieren wollte, dann müsste man die Indikationen für die In-vitro-Fertilisation entsprechend ändern und das Verfahren in den Leistungskatalog der GKV aufnehmen. Zu der Frage des reproduktionsmedizinischen Tourismus und zu dem Stichwort Ethikdumping hat Herr Prof. Huber meines Erachtens alles gesagt. Ich denke, jedes Land hat seine besonderen Regelungen, Frankreich genauso wie Großbritannien. Daher ist nicht einzusehen, weshalb Deutschland in dieser Frage nicht auch das tun sollte, was seiner ethischen und rechtlichen Tradition entspricht. Dies wäre nicht mehr und nicht weniger ein Sonderweg, als die Wege, die die anderen Länder in Europa gehen. Zum Schluss möchte ich noch auf den Punkt eingehen, auf den mich der Abg. Hintze dankenswerter Weise hingewiesen hat. Es ist nicht ohne Weiteres zu erkennen, dass nach dem vorliegenden Gesetzentwurf die Präimplantationsdiagnostik nur an Blastozysten durchgeführt werden soll. Ich denke, wenn dies so gewollt ist, sollte man es auch sagen. Denn dies würde bedeuten, dass der Entwurf sich für eine Methode entscheidet, die laut ESHRE in den Jahren 2007 und 2008 nur in 20 von 5.887 Fällen angewandt worden ist, die somit keine medizinische Standardmethode ist, sondern sich noch in der Erprobung befindet. Sie wird wohl mittlerweile etwas häufiger angewandt, es ist aber noch nicht sicher, für welche Fälle sie sich eignet und ob sie sich auch in der Breite bewähren wird. Es handelt sich eben noch um eine experimentelle Methode, die gerade einmal von zwei oder

drei Gruppen auf der Welt beherrscht und routinemäßig angewandt wird. Für die 5.867 anderen Fällen stellt nach wie vor die Entnahme von totipotenten Zellen aus dem achtzelligen Embryo den Goldstandard dar.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Die erste Frage bezog sich auf den Unterschied zwischen PID und PND, was die Begrenzung der Untersuchung auf bestimmte Krankheiten anbelangt. Es geht dabei darum, welche Folgen es hat, dass die PID auch für die Diagnose von spätmanifestierenden Erkrankungen eingesetzt werden kann. Es ist nicht kohärent, dass bei der PND bestimmte Einschränkungen bestehen, während die PID nicht nur für unmittelbar auftretende, sondern auch für solche Erkrankungen zugelassen wird, die erst in der nachfolgenden Generation oder spät im Laufe des Lebens auftreten. Diese Inkohärenz wird dazu führen, dass sich auch der Anwendungsbereich für die PND ausdehnen wird, und zwar mit dem Argument, es stelle einen Wertungswiderspruch dar, wenn bestimmte Untersuchungen vor der Implantation möglich, in der Schwangerschaft aber ausgeschlossen seien. Man wird dann argumentieren, dies sei widersprüchlich oder nicht verhältnismäßig, weil es sich in den beiden Fällen um vergleichbare Situationen handle. In der Tendenz wird die PND dann auch auf die Fälle ausgedehnt werden, die bei der PID mit eingeschlossen sind. Ferner wurde die Frage nach der Definition einer schwerwiegenden Erkrankung gestellt. Hier handelt es sich in der Tat, wie wir Juristen sagen, um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Dieser ist dadurch charakterisiert, dass es für ihn kaum sichere Kriterien gibt. Man hat bewusst auf einen Katalog verzichtet und stattdessen Zuflucht zu dem Terminus der schwerwiegenden Erkrankung oder der schwerwiegenden Erbkrankheit gesucht. Dabei stellt sich natürlich die Interpretationsfrage. Wenn keine Kriterien angegeben werden und man die Beantwortung der Definitionsfrage an eine Ethikkommission delegiert, dann hängt die Definition von den Vorstellungen der Mitglieder dieser

Kommission ab. Dies führt zu einer – und dies ist nicht abschätzig gemeint – Subjektivierung der Definitionsfrage. Wenn die Kommission eine Definition vorgeschlagen hat, beginnt die Arbeit der Juristen, die dann sagen werden: „Wenn dies anerkannt wird, dann muss das andere auch anerkannt werden, weil es vergleichbar ist“ oder „Die Definition ist so weit gefasst, dass noch weitere Dinge einbezogen werden müssen, um die Verhältnismäßigkeit zu wahren.“ Da der Begriff der schwerwiegenden Erkrankung sehr offen ist, muss er konkretisiert werden, und dies geschieht dann, ohne dass es verbindliche Kriterien dafür gäbe. Dies führt notwendiger Weise zu einer Subjektivierung, obwohl die einzelnen Beteiligten jeweils nach ihrer Überzeugung entscheiden. Damit erhebe ich nicht den Vorwurf der Willkür. Da wir es hier mit einem unbestimmten Rechtsbegriff zu tun haben, wird unter Juristen diskutiert, ob er auch in vollem Umfang gerichtlich überprüfbar ist. Nach einer lange Zeit vorherrschenden Auffassung, die auch von den Verwaltungsgerichten vertreten worden ist, gibt es bei einem unbestimmten Rechtsbegriff nur eine richtige Lösung, für deren Auffindung die Gerichte zuständig sind. Inzwischen gibt es eine veränderte Auffassung, die auch ich für richtig halte. Wenn ein Begriff unbestimmt ist, dann ist seine rechtliche Bindungswirkung ebenfalls unbestimmt. Seine Anwendung kann dann nur auf eine Vertretbarkeit hin geprüft werden. Eine Auffassung wird so lange für vertretbar gehalten, wie sie nicht außerhalb eines bestimmten Rahmens liegt. Die dritte Frage bezog sich auf das Dambruchargument. Dambruch ist ein großes Wort, das leicht zum Totschlagsargument werden kann. Daran ist aber so viel richtig, dass man die absehbare Folgewirkung einer Entscheidung immer in die Überlegungen, die dieser Entscheidung vorausgehen, einbeziehen muss. Unter Juristen heißt es gelegentlich: Man soll immer auch die Folgen bedenken und nicht nur rein begriffsjuristisch argumentieren. Dies kann man am Beispiel der PND gut veranschaulichen. Die PND wurde als Ausnahme für Fälle von später Schwangerschaft und wegen des damit

verbundenen vergleichsweise hohen Risikos eingeführt. Aufgrund dessen erklärt sich auch die Beschränkung auf bestimmte Krankheiten. In der praktischen Handhabung ist die PND dann aber ausgeweitet worden, insbesondere im Zusammenhang mit der gerechtfertigten Abtreibung nach § 218a Abs. 2 und mit dem ärztlichen Haftungsrecht. Ein Problem, das zum Teil auch gerichtliche Prozesse ausgelöst hat, entsteht vor allem dann, wenn der Arzt nicht über alle Risiken, die sich aus der PND ergeben, aufklärt. Denn dann wird er gegebenenfalls für die Folgen haftbar gemacht. Dies hat mit dazu beigetragen, dass die Ausnahme zur Regel geworden ist. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu erfahren, wie hoch der Anteil der Schwangerschaften ist, bei denen eine PND durchgeführt wird. Die Ärzte haben aus Gründen des Haftungsrechts ein Interesse daran, dass ihnen nicht vorgehalten werden kann, sie hätten etwas übersehen oder eine Patientin nicht umfassend informiert. Das sind die möglichen Folgewirkungen, die sich aus einer Zulassung der PID ergeben und die man bedenken muss, wenn man über die Zulassung entscheidet. Dabei geht es auch um die Frage, was dies im Bewusstsein der Menschen bewirkt und es ob es noch eine Zone der Unverfügbarkeit gibt oder nicht.

Die **Vorsitzende**: Ich möchte allen Sachverständigen für Ihre Antworten und für Ihre große Ausdauer danken. Ich kann mir vorstellen, dass die Anregungen, die Sie gegeben haben, uns noch zu der einen oder anderen zu Veränderung an den Gesetzentwürfen veranlassen werden. Ich wünsche Ihnen einen schönen Abend.

Die **Vorsitzende** schließt die Sitzung um 18.40 Uhr