

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Katrin Göring-Eckardt, Volker Kauder, Pascal Kober, Johannes Singhammer, Dr. h. c. Wolfgang Thierse, Kathrin Vogler, Dorothee Bär, Birgitt Bender, Steffen Bilger, Elke Ferner, Ingrid Fischbach, Dr. Maria Flachsbarth, Rudolf Henke, Ansgar Heveling, Dr. Günter Krings, Markus Kurth, Andrea Nahles, Wolfgang Nešković, Dr. Stefan Ruppert, Ulla Schmidt (Aachen), Dr. Patrick Sensburg, Dr. Harald Terpe, Andrea Voßhoff, Peter Weiß, Ilse Aigner, Jan van Aken, Peter Aumer, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, Thomas Bareiß, Ernst-Reinhard Beck, Volker Beck, Cornelia Behm, Veronika Bellmann, Dr. Christoph Bergner, Peter Bleser, Dr. Maria Böhmer, Alexander Bonde, Wolfgang Bosbach, Klaus Brähmig, Michael Brand, Dr. Reinhard Brandl, Heike Brehmer, Ralph Brinkhaus, Bernhard Brinkmann (Hildesheim), Eva Bulling-Schröter, Gitta Connemann, Heidrun Dittrich, Thomas Dörflinger, Marie-Luise Dött, Werner Dreibus, Klaus Ernst, Hans-Josef Fell, Klaus-Peter Flosbach, Dr. Hans-Peter Friedrich, Erich G. Fritz, Hans-Joachim Fuchtel, Dr. Thomas Gambke, Norbert Geis, Alois Gerig, Josef Göppel, Peter Götz, Dr. Wolfgang Götzer, Ute Granold, Hermann Gröhe, Michael Grosse-Brömer, Annette Groth, Markus Grübel, Monika Grütters, Manfred Grund, Heike Hänsel, Florian Hahn, Dr. Stephan Harbarth, Gerda Hasselfeldt, Britta Haßelmann, Dr. Matthias Heider, Mechthild Heil, Frank Heinrich, Winfried Hermann, Jürgen Herrmann, Gabriele Hiller-Ohm, Ernst Hinsken, Christian Hirte, Inge Höger, Karl Holmeier, Franz-Josef Holzenkamp, Thilo Hoppe, Anette Hübinger, Christel Humme, Dieter Jasper, Ulla Jelpke, Dr. Lukrezia Jochimsen, Andreas Jung (Konstanz), Dr. Franz-Josef Jung, Josip Juratovic, Bartholomäus Kalb, Hans-Werner Kammer, Steffen Kampeter, Bernhard Kaster, Ulrich Kelber, Roderich Kiesewetter, Memet Kilic, Sven-Christian Kindler, Volkmar Klein, Maria Klein-Schmeink, Julia Klöckner, Axel Knoerig, Hartmut Koschyk, Sylvia Kotting-Uhl, Oliver Krischer, Rüdiger Kruse, Bettina Kudla, Dr. Hermann Kues, Undine Kurth (Quedlinburg), Katharina Landgraf, Dr. Max Lehmer, Michael Link (Heidelberg), Dr. Carsten Linnemann, Patricia Lips, Hans-Georg von der MarwitzStephan Mayer (Altötting), Dr. Michael Meister, Dorothee Menzner, Dr. Angela Merkel, Maria Michalk, Dr. h. c. Hans Michelbach, Philipp Mißfelder, Marlene Mortler, Dr. Gerd Müller, Stefan Müller (Erlangen), Beate Müller-Gemmeke, Dietmar Nietan, Michaela Noll, Dr. Konstantin v. Notz, Dr. Georg Nüßlein, Friedrich Ostendorff, Eduard Oswald, Johannes Pflug, Beatrix Philipp, Eckhard Pols, Eckhardt Rehberg, Lothar Riebsamen, Josef Rief, Klaus Riegert, Dr. Heinz Riesenhuber, Johannes Röring, Claudia Roth (Augsburg), Michael Roth (Heringen), Dr. Christian Ruck, Marlene Rupperecht, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Annette Schavan, Christine Scheel, Dr. Gerhard Schick, Marianne Schieder, Karl Schiewerling, Georg Schirmbeck, Christian Schmidt (Fürth), Dr. Frithjof Schmidt, Silvia Schmidt (Eisleben), Patrick Schnieder, Dr. Andreas Schockenhoff, Nadine Schön, Bernhard Schulte-Drüggelte, Uwe Schummer, Armin Schuster (Weil am Rhein), Dr. Ilja Seifert, Johannes Selle, Reinhold Sendker, Raju Sharma, Thomas Silberhorn, Jens Spahn, Torsten Staffeldt, Stephan Stracke, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Thomas Strobl (Heilbronn), Alexander Süßmair, Dr. Peter Tauber, Antje Tillmann, Stefanie Vogelsang, Johanna Voß, Dr. Johann David Wadehul, Marco Wanderwitz, Marcus Weinberg (Hamburg), Sabine Weiss, Katrin Werner, Peter Wichtel, Heidemarie Wieczorek-Zeul, Klaus-Peter Willsch, Elisabeth Winkelmeier-Becker, Josef Philip Winkler, Uta Zapf, Dr. Matthias Zimmer, Wolfgang Zöllner, Willi Zylajew

Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

A. Problem

Bis zum Urteil des 5. Strafsenats des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 6. Juli 2010 (5 StR 386/09) gingen die medizinische und juristische Wissenschaft und Praxis überwiegend davon aus, dass die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) nach dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) strafbar sei. Dies entsprach auch der Intention des Gesetzgebers. Der BGH hat dagegen entschieden, dass die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) an einem Embryo mittels Blastozystenbiopsie (am 5. bis 6. Tag nach der Befruchtung) im konkreten Fall nicht nach dem ESchG strafbar ist. Auch nach der Entscheidung weiterhin nach dem ESchG strafbar ist die international gängige PID mittels Blastomerenbiopsie (am 3. bis 4. Tag nach der Befruchtung).

Der BGH hat allgemein die PID nur bei schwerwiegenden genetischen Schäden für zulässig erklärt. Die konkrete Bestimmung dieses Begriffs hat er aber nicht vorgenommen. Diese unklare Umgrenzung hat zu erheblicher Rechtsunsicherheit geführt, so dass in jedem Fall auch insoweit eine gesetzliche Neuregelung erforderlich ist.

Die Anwendung der PID gefährdet die Akzeptanz gesellschaftlicher Vielfalt und erhöht den sozialen Druck auf Eltern, ein gesundes Kind haben zu müssen. Dem liegt der Anspruch zugrunde, zwischen lebenswertem und -unwertem Leben unterscheiden zu können. Die Werteordnung des Grundgesetzes bestimmt ausdrücklich, dass jeder Mensch den gleichen Anspruch auf Würde und die gleichen und unveräußerlichen Rechte auf Teilhabe besitzt. Dieses Wertegefüge würde durch die Zulassung der PID nachhaltig beschädigt werden. Aus ethischen und gesellschaftspolitischen Gründen ist die PID daher abzulehnen.

B. Lösung

Um diese Ziele zu erreichen, wird im Wesentlichen folgende Änderung vorgeschlagen:

Im Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) wird ein Verbot der Durchführung der PID verankert. Die Durchführung der PID wird unter Strafe gestellt.

C. Alternativen

Alle Regelungen mit dem Ziel einer beschränkten Zulassung der PID entgehen nicht dem Grundproblem der Entscheidung, welches Leben gelebt werden darf und welches nicht. Darüber hinaus ist eine Beschränkung auf einzelne Fälle faktisch unmöglich: Zum einen zeigen internationale Erfahrungen die ständige Ausweitung der Indikationen. Zum anderen ist der Umgang mit den bei der Untersuchung von Chromosomenanomalien zu erwartenden Nebenbefunden unregelt. Bereits wegen etwaiger Haftungsrisiken des Arztes wird es die Tendenz geben, alle vorhandenen Informationen zu nutzen.

Auch der Versuch, die Anwendung der PID auf Fälle erwarteter Totgeburten oder früher Kindersterblichkeit zu begrenzen, wird aus diesem Grund kaum gelingen. Jede Abgrenzung des „Lebenswertes“ aufgrund einer prognostizierten Lebenserwartung wäre willkürlich und daher ethisch nicht tragbar.

Ein Verzicht auf eine gesetzliche Regelung der PID ist ebenfalls keine Alternative.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Keine.

E. Sonstige Kosten

Keine.

Entwurf eines Gesetzes zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG)

Das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672) wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 15 folgende Angabe eingefügt:
„§ 15a Verbot der Präimplantationsdiagnostik“
2. In § 2 werden die Wörter „während der Schwangerschaft“ gestrichen.
3. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
„2a. ist Embryo bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag,“.
 - b) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Risikoabklärung“ die Wörter „während der Schwangerschaft“ eingefügt.
4. § 15 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird das Wort „vorgeburtlich“ durch die Wörter „während der Schwangerschaft“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 wird das Wort „vorgeburtlich“ gestrichen und nach dem Wort Untersuchung werden die Wörter „während der Schwangerschaft“ angefügt.
5. Nach § 15 wird folgender § 15a eingefügt:

„§ 15a
Verbot der Präimplantationsdiagnostik
Eine vorgeburtliche Untersuchung an einem durch künstliche Befruchtung extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo, die darauf abzielt, bestimmte genetische Eigenschaften oder das Geschlecht vor der Implantation zu erkennen (Präimplantationsdiagnostik) darf nicht vorgenommen werden.“
6. In § 25 wird folgender Absatz 4 angefügt:
„(4) Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer entgegen dem Verbot gemäß § 15a eine genetische Untersuchung vornimmt. Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer eine in Satz 1 bezeichnete Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht begeht, sich oder einen Anderen zu bereichern oder einen Anderen zu schädigen. Nicht bestraft werden die Personen, von denen die Keimzellen stammen, mit denen der Embryo erzeugt wurde.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 11. April 2011

Katrin Göring-Eckardt
Volker Kauder
Pascal Kober
Johannes Singhammer
Dr. h. c. Wolfgang Thierse
Kathrin Vogler
Dorothee Bär
Birgitt Bender
Steffen Bilger
Elke Ferner
Ingrid Fischbach
Dr. Maria Flachsbarth
Rudolf Henke
Ansgar Heveling
Dr. Günter Krings
Markus Kurth
Andrea Nahles
Wolfgang Nešković
Dr. Stefan Ruppert
Ulla Schmidt (Aachen)
Dr. Patrick Sensburg
Dr. Harald Terpe
Andrea Voßhoff
Peter Weiß
Ilse Aigner
Jan van Aken
Peter Aumer
Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Thomas Bareiß
Ernst-Reinhard Beck
Volker Beck
Cornelia Behm
Veronika Bellmann
Dr. Christoph Bergner
Peter Bleser
Dr. Maria Böhmer
Alexander Bonde
Wolfgang Bosbach
Klaus Brähmig
Michael Brand
Dr. Reinhard Brandl
Heike Brehmer
Ralph Brinkhaus
Bernhard Brinkmann (Hildesheim)
Eva Bulling-Schröter
Gitta Connemann
Heidrun Dittrich

Thomas Dörflinger
Marie-Luise Dött
Werner Dreibus
Klaus Ernst
Hans-Josef Fell
Klaus-Peter Flosbach
Dr. Hans-Peter Friedrich
Erich G. Fritz
Hans-Joachim Fuchtel
Dr. Thomas Gambke
Norbert Geis
Alois Gerig
Josef Göppel
Peter Götz
Dr. Wolfgang Götzer
Ute Granold
Hermann Gröhe
Michael Grosse-Brömer
Annette Groth
Markus Grübel
Monika Grütters
Manfred Grund
Heike Hänsel
Florian Hahn
Dr. Stephan Harbarth
Gerda Hasselfeldt
Britta Haßelmann
Dr. Matthias Heider
Mechthild Heil
Frank Heinrich
Winfried Hermann
Jürgen Herrmann
Gabriele Hiller-Ohm
Ernst Hinsken
Christian Hirte
Inge Höger
Karl Holmeier
Franz-Josef Holzenkamp
Thilo Hoppe
Anette Hübinger
Christel Humme
Dieter Jasper
Ulla Jelpke
Dr. Lukrezia Jochimsen
Andreas Jung (Konstanz)
Dr. Franz-Josef Jung
Bartholomäus Kalb

Hans-Werner Kammer
Steffen Kampeter
Bernhard Kaster
Ulrich Kelber
Roderich Kiesewetter
Memet Kilic
Sven-Christian Kindler
Volkmar Klein
Maria Klein-Schmeink
Julia Klöckner
Axel Knoerig
Hartmut Koschyk
Sylvia Kotting-Uhl
Oliver Krischer
Rüdiger Kruse
Bettina Kudla
Dr. Hermann Kues
Undine Kurth (Quedlinburg)
Katharina Landgraf
Dr. Max Lehmer
Michael Link (Heidelberg)
Dr. Carsten Linnemann
Patricia Lips
Hans-Georg von der Marwitz
Stephan Mayer (Altötting)
Dr. Michael Meister
Dorothee Menzner
Dr. Angela Merkel
Maria Michalk
Dr. h. c. Hans Michelbach
Philipp Mißfelder
Marlene Mortler
Dr. Gerd Müller
Stefan Müller (Erlangen)
Beate Müller-Gemmeke
Dietmar Nietan
Michaela Noll
Dr. Konstantin v. Notz
Dr. Georg Nüßlein
Friedrich Ostendorff
Eduard Oswald
Johannes Pflug
Beatrix Philipp
Eckhard Pols
Eckhardt Rehberg
Lothar Riebsamen
Josef Rief
Klaus Riegert
Dr. Heinz Riesenhuber
Johannes Röring
Claudia Roth (Augsburg)
Michael Roth (Heringen)
Dr. Christian Ruck
Marlene Rupprecht
Elisabeth Scharfenberg
Dr. Annette Schavan
Christine Scheel

Dr. Gerhard Schick
Marianne Schieder
Karl Schiewerling
Georg Schirmbeck
Christian Schmidt (Fürth)
Dr. Frithjof Schmidt
Silvia Schmidt (Eisleben)
Patrick Schnieder
Dr. Andreas Schockenhoff
Nadine Schön
Bernhard Schulte-Drüggelte
Uwe Schummer
Armin Schuster (Weil am Rhein)
Dr. Ilja Seifert
Johannes Selle
Reinhold Sendker
Raju Sharma
Thomas Silberhorn
Jens Spahn
Torsten Staffeldt
Stephan Stracke
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn
Thomas Strobl (Heilbronn)
Alexander Süßmair
Dr. Peter Tauber
Antje Tillmann
Stefanie Vogelsang
Johanna Voß
Dr. Johann David Wadephul
Marco Wanderwitz
Marcus Weinberg (Hamburg)
Sabine Weiss
Katrin Werner
Peter Wichtel
Heidemarie Wieczorek-Zeul
Klaus-Peter Willsch
Elisabeth Winkelmeier-Becker
Josef Philip Winkler
Uta Zapf
Dr. Matthias Zimmer
Wolfgang Zöllner
Willi Zylajew

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I.

1. Problem und Ausgangslage:

a) Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 6. Juli 2010

Bis zum Urteil des BGH vom 6. Juli 2010 (5 StR 386/09) wurde allgemein (Laufs in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Aufl., 2009, VIII Rn. 37 ff.; Günther in: Günther, Taupitz, Kaiser, ESchG, Kommentar, 2008, S. 222 f.) davon ausgegangen, dass die PID in Deutschland nicht zulässig sei, weil sie gegen § 1 Abs. 1 Nr. 2 des ESchG verstoße. Danach ist jede künstliche Befruchtung strafbar, die zu einem anderen Zweck als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durchgeführt wird. Darunter fiel nach herrschender Meinung auch das Verwerfen eines Embryos nach einer PID. Auch die PID selbst wurde als eine strafbare „Verwendung“ des Embryos zu einem nicht seiner Erhaltung dienendem Zweck im Sinne des § 2 Abs. 1 ESchG angesehen.

Der BGH interpretierte das ESchG anders als vom Gesetzgeber intendiert. Nach seiner Ansicht verstößt eine PID durch Blastozystenbiopsie, also eine genetische Untersuchung zu einem Zeitpunkt, an dem die embryonalen Zellen nicht mehr totipotent sind, nicht gegen das ESchG, solange das Verfahren insgesamt von der Absicht des Arztes getragen ist, eine Schwangerschaft herbeizuführen (BGH a.a.O., Rn. 19). Dabei sei es unschädlich, „in einem Zwischenschritt“ einzelne Embryonen zu verwerfen. Allerdings sei die PID nur bei „schwerwiegenden genetischen Schäden“ (BGH a.a.O., Rn. 29) zulässig. Eine PID mittels Blastomerenbiopsie zu einem früheren Zeitpunkt, wie sie international üblich ist, bleibt auch nach Ansicht des BGH weiterhin verboten.

Durch das Urteil des BGH ist eine in der Sache falsche Öffnung zur PID erfolgt. Es ist aber auch eine erhebliche Rechtsunsicherheit entstanden, da der BGH insbesondere nicht erläuterte, was unter „schwerwiegenden genetischen Schäden“ zu verstehen sei. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung zur PID ist deshalb dringend geboten.

b) Medizinische Grundlagen

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) handelt es sich um eine genetische Untersuchung von Embryonen aus künstlicher Befruchtung (In-vitro-Fertilisation - IVF) vor Übertragung in die Gebärmutter. Im Falle einer Feststellung von genetisch bedingten Erbkrankheiten, Anomalien oder anderen von den Eltern nicht erwünschten Eigenschaften werden die betreffenden Embryonen nicht weiter kultiviert und sterben ab.

aa) Anwendungsbereich der PID

Durch die PID sind grundsätzlich zwei Gruppen genetischer Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten nachweisbar:

- Die „klassische“ PID dient zur Diagnose von vererbten genetischen Erkrankungen und bestimmten erblichen Chromosomenstörungen. Dabei kann die Anlage für die Erkrankung nur von einem Elternteil oder von beiden Elternteilen weitervererbt werden. Manche dieser Erkrankungen sind kaum (Wiskott-Aldrich-Syndrom, unbalancierte Translokationen), andere mittlerweile in Grenzen behandelbar (Mukoviszidose, Hämophilie oder Osteogenesis Imperfecta). Zum Teil treten diese Erkrankungen auch erst im Erwachsenenalter auf (Chorea Huntington, bestimmte Muskeldystrophien, Retinitis pigmentosa).

- Das Präimplantationsscreening (PGS) ist nicht auf eine Erkrankung fixiert und dient dem Auffinden von allen spontan auftretenden Chromosomenstörungen (sog. Aneuploidien). Darunter fallen beispielsweise Trisomien, von denen einige zu einer frühen Fehlgeburt, andere lediglich zu einer vergleichsweise leichten Behinderung führen können. Das PGS wird auch bei genetisch nicht vorbelasteten Paaren angewandt, um Fehlgeburten zu vermeiden und die Erfolgsraten der IVF zu stei-

gern. Im Ausland ist das PGS im Vergleich zur „klassischen“ PID der Regelfall (über 60 % der Fälle, s. Harper et al.(2010): ESHRE PGD consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008, in: Human Reproduction, 25 (11), S. 2685 ff.). Wissenschaftlich ist erwiesen, dass ein PGS weder die Schwangerschaftsrate erhöhen, noch die Fehlgeburtenrate senken kann (vgl. Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2011): Präimplantationsdiagnostik (PID) – Auswirkungen einer begrenzten Zulassung in Deutschland, S. 23)

In den meisten Staaten, die eine Anwendung der PID zulassen, ist eine Ausweitung der PID auch auf andere erbliche Veranlagungen zu beobachten, beispielsweise auf das sog. Brustkrebsgen BRCA. In Belgien und den USA wurde bereits eine Ausweitung auf erblich bedingte Adipositas diskutiert. Bei vielen dieser Veranlagungen ist unklar, ob und in welcher Intensität die Erkrankung im Laufe des Lebens überhaupt ausbrechen wird. Ein weiterer Anwendungsbereich ist die Zeugung von sog. Rettungsgeschwistern, die gezielt ausgewählt werden, um später ihren älteren Geschwistern als Gewebespender zu dienen. In einigen Staaten außerhalb Europas gibt es zudem die Möglichkeit des „social sexing“, d.h. der Auswahl eines Embryos nach dem Geschlecht.

Bei monogenetischen Erbkrankheiten, die mittels PID diagnostiziert werden können, handelt es sich bis auf wenige Ausnahmen um solche, die nicht mit einem Tod des Kindes kurz nach der Geburt oder in den ersten Lebensjahren enden. Für viele der Erkrankungen stehen in westeuropäischen Ländern mittlerweile gute Therapie- und Hilfsangebote zur Verfügung, so dass viele der Betroffenen zumindest das Erwachsenenalter erreichen. Bei einigen Erkrankungen unterscheidet sich die Lebenserwartung nicht mehr von der gesunder Menschen. Auch unter den unbalancierten strukturellen Chromosomenstörungen, die nicht auf einer Spontanmutation beruhen, gibt es einige, bei denen eine nahezu normal hohe Lebenserwartung besteht. Durch das Fortschreiten der medizinischen Forschung sind hier auch in den nächsten Jahrzehnten kontinuierliche Verbesserungen zu erwarten.

Bei einigen der mittels PID diagnostizierten Erkrankungen (Chorea Huntington, Retinitis Pigmentosa) handelt es sich zudem um sog. spätmanifestierende Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter ausbrechen. Im Rahmen der Pränataldiagnostik (PND) ist eine Untersuchung auf diese Erkrankungen gemäß § 15 Abs. 2 des Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GenDG) verboten.

Strukturelle Chromosomenstörungen, die auf einer balancierten Translokation eines Elternteils beruhen, führen in einigen Fällen zwar zur erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt. Diese Dispositionen gehören in anderen Staaten, in denen die PID erlaubt ist, allerdings nicht zu den Hauptanwendungsfällen der PID (Harper et al. (2010), a.a.O.). Für Deutschland gibt es keine Studien, wie viele Personen von einer solche Disposition betroffen sind und ob diesen durch PID wirklich geholfen werden kann. Randomisierte kontrollierte Studien, die belegen, dass durch PID die Zahl der Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche insgesamt signifikant gesenkt werden kann, fehlen bislang.

bb) Medizinisches Verfahren

Die PID wird am 3. bis 6. Tag nach der Befruchtung der Eizelle vorgenommen. Werden die Zellen dem Embryo am 3. oder 4. Tag mittels Blastomerenbiopsie entnommen, so sind sie mitunter noch totipotent, d.h. aus jeder der Zellen kann sich ein gesamter Organismus entwickeln. Dieses Verfahren ist international üblich, in Deutschland allerdings weiterhin durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Erlaubt ist nach Ansicht des BGH in Deutschland die Blastozystenbiopsie an fünf oder sechs Tagen alten Embryonen. Dabei werden ein bis zwei Zellen aus dem Teil der Blastozyste entnommen, der später nicht das Kind, sondern den embryonalen Teil der Plazenta bildet.

Die medizinischen Chancen, nach einer PID ein gesundes Kind zu bekommen, sind gering. Nur 14,9 Prozent der Befruchtungszyklen und 11,5 Prozent der nach PID implantierten Embryonen führen zur Geburt eines Kindes (Harper et al. (2010), a.a.O.).

Andererseits birgt das medizinische Verfahren der PID erhebliche Risiken für Mutter und Kind. Im Rahmen einer PID müssen sich auch solche Paare einer In-Vitro-Fertilisation unterziehen, die auf natürlichem Wege zeugungsfähig wären. Durch dieses Verfahren sind die betroffenen Frauen ei-

ner erheblichen körperlichen und seelischen Belastung ausgesetzt. Der bei PID erhöhte Bedarf befruchtungsfähiger Eizellen hat eine Hormonstimulation zur Folge, die wie die anschließende Eizellpunktion auch erhebliche medizinische Risiken birgt (vgl. Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, S. 17 f.). Auch die Schwangerschaft nach einer künstlichen Befruchtung weist generell ein höheres Komplikationsrisiko auf als normale Schwangerschaften (Katalinic, A., Risiken der künstlichen Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) aus epidemiologischer Sicht, Lübeck 2005).

Insbesondere beim Screening auf numerische Chromosomenstörungen gibt es zudem ein nicht unerhebliches Risiko von Fehldiagnosen, indem die in der sehr frühen Phase der Embryonalentwicklung vorkommende Mosaikbildung als Auftreten einer dauerhaften numerischen Chromosomenstörung fehlgedeutet wird (vgl. Stellungnahme der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2011), S.18). Das Verwerfen auch gesunder und später lebensfähiger Embryonen wäre die Folge.

Kinder, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung gezeugt werden, haben „statistisch“ ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko (vgl. Katalinic, A., a.a.O.; Reefhuis et al., Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States, Human Reproduction, Vol.24 (2009), Nr. 2, S.360 ff; Wisborg et al., IVF and stillbirth: a prospective follow-up study, Human Reproduction, Vol.25 (2010), Nr. 5, S.1312 ff; Hansen et al., The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization, New England Journal of Medicine, Vol. 346 (2002), Nr. 10; S.725 ff). Dies gilt auch für Kinder, die nach PID geboren werden.

Der Anteil der Mehrlingsschwangerschaften nach PID ist zudem stark erhöht. 37 Prozent der nach PID geborenen Kinder sind Mehrlingskinder (Harper et al. (2010), a.a.O.), was sowohl für die Mütter wie auch die Kinder selbst zu erheblichen Risiken führt. Viele Kinder kommen unreif oder mit einem geringen Geburtsgewicht auf die Welt. Die Zahl der neonatalen Komplikationen bei diesen Kindern ist erhöht (vgl. Katalinic, A., a.a.O.; Stellungnahme des Nationalen Ethikrates, a.a.O.). Im Zusammenhang mit der PID liegt diese Gefahr derzeit bei rund 7,7 Prozent (Harper et al. (2010), a.a.O.).

Für die erfolgreiche Durchführung einer PID bedarf es in der Regel 8-9 Embryonen pro Befruchtungszyklus. Daher würde eine Zulassung dieses Verfahrens in Deutschland zwangsläufig eine Änderung des § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG nach sich ziehen, um die Herstellung von mehr als drei Embryonen pro Zyklus zu ermöglichen. Da von den Embryonen nur rund 12 Prozent letztendlich in die Gebärmutter übertragen werden, entsteht eine erhebliche Zahl „überschüssiger“ Embryonen (Harper et al. (2010), a.a.O.). Der weitere Umgang mit diesen so überzähligen Embryonen ist in Deutschland weiterhin nicht geklärt. Der Wunsch, diese Embryonen für andere Zwecke als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, also etwa in der Forschung oder der kosmetischen und pharmazeutischen Industrie zu verwenden, könnte weiter steigen.

2. Rechtliche Erwägungen für ein Verbot der PID

a) Verfassungsrechtliche Erwägungen

Der Staat ist nicht nur verpflichtet, die im Grundgesetz festgelegten Grundrechte zu achten, sondern sie ggf. auch gegen Übergriffe Dritter zu schützen. Aus dieser Schutzfunktion heraus ist ein umfassendes Verbot der PID geboten und angemessen.

Das Nichtdiskriminierungsgebot von Menschen mit Behinderungen (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG) verbietet jede Benachteiligung von behinderten Menschen. Zwar ist umstritten, ob die Vorschrift auch schon vorgeburtliches Leben direkt erfasst (einerseits Scholz in: Maunz/Dürig, Grundgesetz, 59. Ergänzungslieferung Juli 2010, Art. 3 Abs. 3 Rn. 177; andererseits Heun in: in: Dreier, Grundgesetz, 2. Aufl., 2004, Bd. 1, Art. 3 Rn. 136); sie hat jedoch unzweifelhaft Ausstrahlungswirkung auch auf die Anwendung der Rechtsordnung insgesamt.

Unabhängig davon, ob das Recht auf Leben durch die PID verletzt wird, berührt die gezielte Auswahl von Embryonen mit dem Ziel der Herbeiführung einer Schwangerschaft die Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG). Dieses Grundrecht soll jeden einzelnen davor bewahren, durch den Staat oder andere Bürger zum bloßen Objekt gemacht zu werden, das unter der vollständigen

Verfügung anderer Menschen steht (sog. „Objektformel“ des BVerfG, BVerfGE 109, 279, 311 f.). Dabei kommt es nicht darauf an, ob sich der Träger dieser Würde bewusst ist und sie selbst zu wahren weiß.

Der Zweck einer PID ist die gezielte Auswahl von Embryonen für die Herbeiführung einer Schwangerschaft mit einem bestimmten Embryo. Durch eine PID werden zunächst Embryonen gezielt hergestellt, um dann eine Entscheidung vorzunehmen, welches Leben sich mit dieser Schwangerschaft überhaupt entwickeln darf. Die Entscheidung, einen gezielt nach bestimmten Kriterien ausgewählten Embryo einzupflanzen, berührt die Würde des Menschen. Sie impliziert damit gleichzeitig, dass zuvor nach eben diesen Kriterien auch eine bewusste Entscheidung gegen die Einpflanzung eines oder auch mehrerer Embryonen gefallen ist.

Auch ein etwaiges Recht auf Leben der verworfenen Embryonen nach Art. 2 Abs. 2 GG würde durch die PID verletzt. Die überwiegende Auffassung im verfassungsrechtlichen Schrifttum (Murswiek in: Sachs, Grundgesetz, 5. Aufl. 2009, Art. 2 Rn. 143, 145; Lang in: Epping/Hillgruber, BeckOK GG, Edition 8, Art. 2 Rn. 59; Höfling, Reprogenetik und Verfassungsrecht, 2001, S. 17; in diese Richtung auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts BVerfGE 88, 201, 251; a.A. Di Fabio in: Maunz/Dürig, Grundgesetz, 59. Ergänzungslieferung Juli 2010, Art. 2 Abs. 2 Rn. 24 f.) und die geltende gesetzliche Regelung (§ 8 Abs. 1 ESchG) gehen davon aus, dass menschliches Leben mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt. Der Gesetzgeber ist unter dieser Prämisse aus verfassungsrechtlichen Gründen aufgerufen, sich schützend vor dieses werdende Leben zu stellen (BVerfGE 39, 1, 42).

Demgegenüber steht kein höherrangiges Recht, das eine solche Verletzung rechtfertigen könnte. Das Recht von Paaren sich fortzupflanzen (Art. 6 Abs. 1, 2 Abs. 1 GG) umfasst nicht auch das Recht auf eine genetische Auswahl eines (gesunden) Kindes. Es verleiht auch keinen Anspruch gegenüber dem Staat, dass dieser bestimmte medizinisch-technische Möglichkeiten zur Verfügung stellt, die die Auswahl eines gesunden Kindes ermöglichen.

b) Kohärenz der Rechtslage in Deutschland

Durch die Zulassung der PID würde eine Auswahl menschlichen Lebens allein aufgrund einer Behinderung wieder in die deutsche Rechtsordnung eingeführt. Durch die Reform des § 218a StGB im Jahre 1995 wurde die sog. embryopathische Indikation, die einen Schwangerschaftsabbruch allein aufgrund einer Behinderung erlaubte, abgeschafft, um eine solche Diskriminierung zu verhindern (BT-Drs. 13/1850, S. 25 f.). Die Einführung der PID würde diesen Selektionsgedanken wieder in die Rechtsordnung einführen, und sie würde eine eugenische Auswahl wieder zu einem Teil des ärztlichen Behandlungsauftrags machen.

Auch im Stammzellengesetz hat der Gesetzgeber untersagt, embryonale Stammzellen einzuführen und zu verwenden, wenn Anhaltspunkte für eine genetische Auswahl bestehen, aufgrund derer die Embryonen nicht mehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet werden.

Im Rahmen der PND ist eine Untersuchung auf spätmanifestierende Erkrankungen (etwa Chorea Huntington, Retinitis Pigmentosa), die erst im Erwachsenenalter ausbrechen, diese Erkrankungen gemäß § 15 Abs. 2 GenDG verboten. Die Zulassung einer Aussonderung dieser Embryonen im Rahmen der PID würde somit zu einem Wertungswiderspruch führen. Der vorliegende Entwurf greift somit die Wertung der bestehenden Gesetze auf und stellt diese Wertung auch für die PID wieder her.

Zwischen der Zulässigkeit der Abtreibung oder der Verwendung von Nidationshemmern und einem Verbot der PID besteht kein Wertungswiderspruch. Schwangerschaftsabbrüche in den ersten 12 Wochen stellen ebenso wie die Verwendung dieser Nidationshemmer nicht gezielt auf eine Behinderung des Kindes ab. Sie haben damit keinen selektiven Charakter.

Auch bei Spätabbrüchen aufgrund einer medizinischen Indikation ist eine solche Aussortierung allein aufgrund einer Behinderung ausdrücklich nicht mehr zulässig (BT-Drs. 13/1850). Vielmehr muss eine akute Konfliktlage vorliegen. Voraussetzung ist eine Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit der werdenden Mutter. Einige der mittels PID diagnostizierten Erkrankungen könnten aufgrund ihrer vergleichsweise geringen Folgen eine solche Gefahr von sich aus schon nicht begründen. Bei der PID besteht eine vergleichbare akute Notlage, also ein aktueller Grund-

rechtskonflikt zwischen Mutter und Kind gerade nicht. Kinderlosigkeit bzw. die mögliche Behinderung eines späteren Kindes reichen dafür allein nicht aus. Auch in der verfassungsrechtlichen Literatur wird im Hinblick auf Art. 3 Abs. 1 GG danach unterschieden, ob die Frau schon (ungewollt) schwanger sei oder noch vor einer (freiwilligen) Schwangerschaft stehe. Ohne eine direkte körperliche Verbundenheit zwischen Frau und Embryo könne ein Konflikt zwischen Lebensrecht des Embryos und sozialen Nöten der Frau gar nicht entstehen, da die Frau bei einer künstlichen Befruchtung aus ihrem Kinderwunsch heraus handle (Duttge, GA 2002, 241, 254; Giwer, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2001, S.109 f.; Herzog, ZRP 2001, 393, 394 f.; Kloepfer JZ 2002, 417, 425; Mildenerger, MedR 2002, 293, 297; Schwarz, KritV 2001, 182, 198).

3. Gesellschaftliche Folgen einer (begrenzten Zulassung) der PID in Deutschland

a) Folgen für das Leben von Menschen mit Behinderungen

Menschen mit Behinderungen nicht zu diskriminieren, sondern anzunehmen und ihnen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen, ist Anspruch des Grundgesetzes und der europäischen Grundrechtecharta im Vertrag von Lissabon. Die Bundesrepublik Deutschland hat sich zudem mit dem Inkrafttreten des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) im Mai 2009 dazu verpflichtet, Menschen mit Behinderungen die selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen und einen aktiven Beitrag für die Anerkennung von Menschen mit Behinderung zu leisten. Mit den dort formulierten Befähigungsansprüchen für Menschen mit Behinderungen wurden zum ersten Mal Menschenrechte in der völkerrechtlichen Rechtsetzung nicht ausschließlich als Abwehrrechte gegen den Staat begriffen. Eine Zulassung der PID würde einer solchen Entwicklung entgegen laufen.

Der UN-Behindertenrechtskonvention liegt ein Begriff von Behinderung zugrunde, der körperliche und intellektuelle Beeinträchtigungen nicht automatisch mit Leid verbindet, sondern als selbstverständlichen Ausdruck menschlicher Vielfalt anerkennt. Erst die Versagung von Barrierefreiheit, Antidiskriminierung und angemessener Vorkehrungen behindert eine selbstbestimmte Teilhabe an der Gesellschaft.

Eine durch Legalisierung der PID gesetzlich legitimierte Auswahl vor Beginn der Schwangerschaft würde einen Paradigmenwechsel darstellen.

Die Akzeptanz dieses Verfahrens, auf Probe erzeugte Embryonen mit einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung aussortieren zu können, stellt damit – ob gewollt oder ungewollt – einen Angriff auf die Würde eines jeden Menschen mit diesen Erkrankungen oder Behinderungen dar. Sie läuft auch dem Wunsch nach Teilhabe, Vielfalt und Inklusion behinderten Lebens zuwider, indem sie die Bemühungen des Staates um eine größere Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen unglaubwürdig macht.

Wenn der Gesetzgeber sich für die Zulässigkeit der PID bei „schweren genetischen Schäden“ aussprechen würde, hätte dies zur Folge, dass zukünftig Krankheiten und Behinderungen in lebenswerte und lebensunwerte Kategorien eingeteilt werden. Eine derartige Entscheidung ist mit der grundgesetzlich verankerten Unantastbarkeit menschlicher Würde nicht vereinbar, egal ob sie vom Gesetzgeber selbst oder durch eine Einzelfallentscheidung der Eltern und ihrer beratenden Ärzte getroffen und durch eine Ethikkommission gebilligt wird. Eine ausschließlich in das Ermessen Dritter gestellte Entscheidung, was unter einer „schwerwiegenden Erkrankung oder Schädigung des Embryos“ zu verstehen ist, kann zudem in der Konsequenz nicht weniger als die Totalfreigabe der PID bedeuten. Der staatliche Schutzauftrag gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen wäre damit faktisch aufgehoben.

Ein immer weiter um sich greifender medizinischer Optimierungsgedanke verletzt und stigmatisiert alle Menschen, die nicht den erwünschten Normen entsprechen. Die PID verstärkt Tendenzen, die den Menschen ganz und gar Leistungs- und Nützlichkeitsanforderungen unterwerfen. Die Fähigkeit und Bereitschaft, Krankheiten und körperliche, psychische oder intellektuelle Beeinträchtigungen als Bestandteil des Lebens anzunehmen, laufen bei einer Zulassung der PID hohe Gefahr, unter ethischen, sozialen und möglicherweise ökonomischen Rechtfertigungsdruck zu geraten. Die Möglichkeiten, Kinder mit einer bestimmten Erkrankung zu verhindern, kann gegenüber poten-

tiellen Eltern sozialen Druck dahingehend auslösen, das medizinisch-technisch Machbare dann auch in Anspruch nehmen oder sich gesellschaftlich rechtfertigen zu müssen. Bereits heute berichten Eltern behinderter Kinder vor der Hintergrund zunehmender PND von steigender Angst vor Diskriminierung.

Das gesellschaftliche Bild vom Menschen mit Erkrankungen und Behinderungen ist oft unausgewogen. Menschen mit körperlichen und intellektuellen Beeinträchtigungen dürfen nicht ausschließlich mit Leid verbunden oder gar darauf reduziert werden. Vielmehr sind sie selbstverständlicher Ausdruck menschlicher Vielfalt.

Statt den Ausweg in einer Auswahl nach genetischen Qualitätsmerkmalen zu suchen, muss es vielmehr Ziel sein, Menschen mit schweren Krankheiten und Behinderungen und ihren Angehörigen ein weitestgehend normales und gleichberechtigtes Leben zu ermöglichen. Hierfür bedarf es umfassender gesellschaftlicher Bemühungen im Bereich der Antidiskriminierung, Barrierefreiheit und angemessener Maßnahmen zur individuellen Unterstützung. Diese Bemühungen dürfen nicht dadurch konterkariert werden, dass der Staat die vorgeburtliche Verhinderung bestimmter Erkrankungen und Behinderung ermöglicht und damit zur gesellschaftlich akzeptablen Handlungsweise erklärt.

b) Begrenzung der PID auf Ausnahmefälle nicht möglich

Nach internationalen Erfahrungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass selbst eine strenge Begrenzung der PID auf bestimmte medizinische Ausnahmefälle auf Dauer aufrecht erhalten bliebe. Nicht zuletzt die Erfahrungen mit der PND zeigen, dass aus einer anfänglichen Ausnahme für bestimmte Risikopaare inzwischen eine fast selbstverständliche Untersuchungsabfolge geworden ist. Ein Grund dafür ist auch das Arzthaftungsrecht, also die Haftung des Arztes für Unterhaltskosten hinsichtlich eines ungewollten Kindes bei fehlerhafter genetischer Beratung („Kind-als-Schaden“-Problematik, hierzu BGH NJW 1997, 1635, 1638; Wagner in: Münchener Kommentar zum BGB, 5. Aufl. 2009, § 823 Rn. 86 ff.; Picker AcP 195 (1995), 483, 501 ff.). Dies hat zur Folge, dass Schwangerschaften in der Praxis oft schon beim nur eventuellen Vorliegen vergleichsweise weniger schwer wiegender Behinderungen wie Trisomie 21 (Down-Syndrom) beendet werden.

Auch die reproduktionsmedizinischen Zentren hätten im Falle einer Zulassung der PID aus wirtschaftlichen Überlegungen sowie Gesichtspunkten der Forschung und Qualitätssicherung ein Eigeninteresse an einer Ausweitung der Indikationen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Argumente, die eine Kostenersparnis ins Feld führen, auch den Diskurs in Deutschland beeinflussen könnten. Wie real solche Überlegungen sind, zeigen Erwägungen der Stadtverwaltungen von Kopenhagen und Frederiksberg (Dänemark) aus dem Jahr 2003: Über freiwillige und flächendeckende vorgeburtliche Untersuchungen sollte erreicht werden, dass von den durchschnittlichen zwölf Babies mit Down-Syndrom nur noch zwei im Jahr geboren werden. Die Stadtpolitiker erhofften sich dadurch Einsparungen von rund 300.000 Euro im Jahr (Wolf-Stiegemeyer in: Lebenshilfe-Zeitung 2/2003 vom 15.06.2003; Kristeligt Dagblad vom 28.03.2003). In den USA wurden Berechnungen angestellt, wie man 45 Millionen Dollar pro Jahr an Behandlungskosten für 1.000 Menschen mit Mukoviszidose auf lange Sicht einsparen könnte, indem Eltern, die diese Krankheit vererben könnten, ihre Kinder nur noch nach künstlicher Befruchtung inklusive PID bekommen sollten. In Israel wurde PID z.B. bei Morbus Gaucher zugelassen, um die sonst sehr teure medikamentöse aber erfolgsversprechende Behandlung zu vermeiden. Auch das Aussortieren von Veranlagungen, die nicht zwangsläufig zu einer Erkrankung führen müssen, wird in einigen Ländern in Erwägung gezogen oder bereits praktiziert. In Großbritannien wurde PID bereits dazu verwendet, weibliche Embryonen mit dem sog. Brustkrebsgen BRCA auszuschließen. In Belgien und den USA wurde zudem eine Ausweitung auf erblich bedingte Adipositas diskutiert.

II.

Durch den vorliegenden Gesetzesentwurf soll der vor der Entscheidung des BGH vom 6. Juli 2010 nach der vorherrschenden Meinung in Rechtswissenschaft und Praxis geltende Rechtszustand wiederhergestellt und damit insbesondere die für die medizinische Wissenschaft und Praxis erforderliche Rechtsklarheit geschaffen werden.

Im Einzelnen werden folgende Änderungen des GenDG vorgeschlagen:

1. In § 2 Abs. 2 wird der Anwendungsbereich des GenDG auf die vor Beginn der Schwangerschaft durchgeführte PID erweitert.
2. In § 3 wird der Begriff des Embryos entsprechend der Definition in § 8 Abs. 1 ESchG für das GenDG definiert. Zudem wird klargestellt, dass die vorgeburtliche Risikoabklärung i.S.d. § 3 Nr. 3 sich auf vorgeburtliche Untersuchungen an Embryonen während der Schwangerschaft bezieht.
3. In § 15 wird klargestellt, dass sich die dort erwähnten genetischen Untersuchungen ausschließlich auf Embryonen und Föten während der Schwangerschaft beziehen.
4. In § 15a wird ein Verbot der PID verankert.
5. Dieses Verbot wird in § 25 Abs. 4 strafbewehrt. Für die betroffenen Paare wird eine Strafbarkeit ausgeschlossen.

Weitere Vorschriften des GenDG, die sich auf genetische Untersuchungen an Embryonen beziehen (Aufklärung bei vorgeburtlicher Untersuchungen nach § 9 Abs.2 Nr.2 GenDG, Genetische Beratung nach § 10 GenDG) betreffen schon aufgrund des Regelungszusammenhangs und ihrer systematischen Stellung ausschließlich Untersuchungen an Embryonen während der Schwangerschaft. Der weitere Anwendungsbereich des GenDG bleibt daher unverändert.

B. Besonderer Teil

I. Zu Artikel 1 (Änderung des GenDG)

Das GenDG stellt eine für ein Verbot der PID geeigneten Regulationsstandort dar. Es verfolgt primär den Zweck, die staatliche Verpflichtung zur Achtung und zum Schutz der Würde des Menschen zu wahren (§ 1) sowie die Wahrung des Gleichheitssatzes durch die Verhinderung genetischer Benachteiligungen sicherzustellen (BT-Drs. 16/10532, S. 19). Dazu dient auch der Ausschluss bestimmter genetischer Untersuchungen. Nach § 15 Abs. 1 sollen genetische Untersuchungen, mit denen das Vorliegen genetischer Eigenschaften des Embryos oder Fötus, die ohne Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos sind, ausgeschlossen werden (BT-Drs. 16/10532, S. 32). Das Verbot vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen auf spätmanifestierende Erkrankungen nach § 15 Abs. 2 dient auch der Verhinderung von Schwangerschaftsabbrüchen (BT-Drs. 16/12713, S. 40).

Der vorliegende Gesetzesentwurf knüpft an diese Systematik an, indem er primär das Verbot einer genetischen Untersuchungsmethode regelt. Sein Ziel ist es die Gewinnung bestimmter genetischer Erkenntnisse auszuschließen und damit diskriminierende Auswahlentscheidungen auf dieser Grundlage zu verhindern. Das GenDG bietet damit nach seinem Gesetzeszweck die für ein Verbot der PID als genetischer Untersuchungsmethode geeignete Regelungsmaterie.

1. Erweiterung des Anwendungsbereiches des GenDG in § 2 Abs. 2

Der Anwendungsbereich des GenDG ist nach der bisherigen Regelung in § 2 Abs. 1 auf Untersuchungen „während der Schwangerschaft“ beschränkt. Da im Falle einer in-vitro-Fertilisation der Beginn der Schwangerschaft erst mit dem Einsetzen des Embryos gesehen werden kann (EuGH, Urteil vom 26. 2. 2008 - C-506/06 (Sabine Mayr/ Bäckerei und Konditorei Gerhard Flöckner OHG), Rn. 41 f.), ist der Anwendungsbereich des GenDG auf die vor Beginn der Schwangerschaft durchgeführte PID zu erweitern. Die gebotene Erweiterung wird durch die Aufhebung der Begrenzung auf Untersuchungen während der Schwangerschaft erreicht.

2. Definition des Embryos

Die vorgeschlagene Definition des Embryos entspricht der bestehenden gesetzlichen Definition in § 8 Abs. 1 ESchG. Damit wird die für die Praxis erforderliche Rechtsklarheit erreicht. Durch die Ergänzung des § 3 Nr. 3 wird klargestellt, dass sich die dort definierte vorgeburtliche Risikoabklärung ausschließlich auf Embryonen während der Schwangerschaft bezieht.

3. Präzisierung der Reichweite vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen in § 15 GenDG

In § 15 Abs. 1 und Abs. 2 wird klargestellt, dass sich die dort erwähnten genetischen Untersuchungen ausschließlich auf Embryonen und Föten während der Schwangerschaft beziehen. Untersuchungen im Rahmen der PID werden somit von § 15 nicht erfasst.

4. Verbot der Durchführung der PID

Durch den neugeschaffenen § 15a wird systemkonform ein Verbot der PID eingefügt. Die gesetzliche Definition der PID orientiert sich an der in der medizinischen Wissenschaft und Praxis vorherrschenden Begriffsbestimmung (etwa Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. 2010: "Entnahme und Untersuchung einer Zelle eines durch In-vitro-Fertilisation entstandenen Embryos vor der Übertragung in die Gebärmutter; Ziel ist der Transfer von Embryonen ohne ererbte Gendefekte.").

5. Strafbewehrung

In § 25 wird in Absatz 1 ein neuer Abs. 4 angefügt, der eine Zuwiderhandlung gegen das Verbot der PID nach § 15 Abs. 2 S. 2 unter Strafe stellt. Die Strafandrohung entspricht damit dem bereits festgelegten Strafrahmen für verbotene Untersuchungsmethoden nach § 25 Abs. 1, mit der Möglichkeit der Strafschärfung nach Abs. 2. Dies entspricht der bisherigen gesetzlichen Systematik, da primär die Vornahme einer verbotenen Untersuchungsmethode strafbewehrt wird. Der Strafausschließungsgrund für die beteiligten Paare orientiert sich an der Regelung des § 1 Abs. 3 ESchG (BT-Drs. 11/5460, S. 11). Wie dort besteht aus Sicht des Gesetzgebers kein Bedürfnis, insbesondere Teilnahmehandlungen der betroffenen Paare strafrechtlich zu erfassen. Diese befinden sich regelmäßig in einer schwierigen persönlichen Lage. Die gebotene staatliche Unterstützung für die Betroffenen würde durch eine Strafandrohung konterkariert. Im Interesse des Rechtsgüterschutzes genügt es, diejenigen strafrechtlich zur Verantwortung zu ziehen, die als Ärzte, Biologen oder als Angehörige der Heilberufe diese Untersuchungsmethode anwenden und die Folgen in ihrer vollen Tragweite zu erkennen vermögen.

Durch die systematische Stellung wird klargestellt, dass ein Antragserfordernis gemäß § 25 Abs. 3 nicht besteht.

II. Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Wegen der durch die Entscheidung des BGH entstandenen Rechtsunsicherheit ist eine unverzügliche Geltung der neugeschaffenen Regelung erforderlich.