

Unkorrigierte Fassung des Protokolles der öffentlichen Anhörung zu PID

Vorsitzende, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren. Liebe Kolleginnen und Kollegen. Liebe Gäste. Ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen. Ich begrüße die Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich, vor allen Dingen unsere Sachverständigen, die trotz Ascheregen und anderer Verkehrshindernisse hier sehr pünktlich alle anwesend sind. Wir begrüßen die Vertreter der Medien und natürlich alle interessierten Zuschauerinnen und Zuschauer und freuen uns über die Resonanz. Vorab möchte ich das Verfahren erläutern, weil wir uns in einer Sondersituation befinden. Wir haben Gruppenanträge, die von Kollegen aller Fraktionen getragen werden, verläuft die Anhörung ein bisschen anders, als Sie die vielleicht sonst erleben. Die heute stattfindende Anhörung hat deswegen einen besonderen Verfahrensablauf. Er soll allen Unterzeichnern der Gruppenanträge Gelegenheit geben, Fragen zu stellen und Antworten zu hören, aber auch denen, die sich bislang nicht für einen der Anträge haben entscheiden können. Deshalb soll es zunächst die Möglichkeit geben, für alle Sachverständigen, ein Eingangsstatement zu geben. Ich bitte aber alle Sachverständigen inständig, die Dauer von fünf Minuten nicht zu überschreiten und es folgt dann eine erste Fragerunde mit einer Dauer von 75 Minuten, die sich aufteilt auf die Gruppen im Verhältnis, das heißt 30 Minuten für die größeren Gruppen und 15 Minuten auf die kleinere Gruppe und wir beginnen mit der Gruppe der Unterzeichner des Gesetzesentwurfes auf der Drucksache 17/5451 der Abgeordneten Flach, Hinze, Reimann und fahren dann mit den Gruppen der Unterzeichner und der Gesetzentwürfe auf den Gruppendrucksachen 17/5450 fort und 17/5452 fort. Der dritte Teil der Anhörung wird dann ein freier Teil sein, wo alle anwesenden Abgeordneten Gelegenheit haben, Fragen zu stellen. Diese ist zeitlich unbefristet und ich rufe dann die Abgeordneten nach der Reihenfolge der Wortmeldungen auf und ich bitte Sie, sollte ich eine Wortmeldung übersehen haben, dass Sie sich dann an das Sekretariat wenden. Wir haben vereinbart, dass die Anwesenheit der Kollegin, sollte die Anwesenheit der Kolleginnen und Kollegen unter eine bestimmte Grenze absinken, werde ich im Einvernehmen mit den Obleuten über eine Beendigung der Sitzung entscheiden, aber bis dahin ist es frei und unbefristet. Alle Abgeordneten Kollegen möchte ich bitten, höchstens zwei Fragen an höchstens zwei Sachverständige zu richten. Das ist eigentlich geübte Praxis, will ich aber noch einmal drauf hinweisen. Für alle die, die das erste Mal bei einer Anhörung sind, da will ich noch zwei Erläuterungen machen. Ich möchte Sie bitten, die Mikrofone zu benutzen und nochmal einmal Ihren Namen zu sagen, um sich vorzustellen, damit wir das auf dem Band gut dokumentiert haben und ich bitte

alle, wenn es irgendwie geht, die Mobilfunktelefone sogar auszuschalten, also mindestens leise, aber auch auszuschalten, um uns kollektive Tinnitus-Erlebnisse durch wechselwirkende Mobilfunkgeräte zu ersparen. Da wäre ich sehr dankbar. Dann kann es beginnen mit der Runde der Sachverständigen und ich würde Prof. Herdegen bitten, zu beginnen.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Jeder Zwang zum Nichtwissen im Hinblick auf genetische Dispositionen vor der Implantation greift in die Grundrechte der potenziellen Eltern ein. Das Elterngrundrecht, das Selbstbestimmungsrecht der Frau, 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 grundrechtlich frei. Dazu gehört das Recht, diese Entscheidung als eine wissende zu treffen. Die Frage, die sich zunächst stellt, ergibt sich aus der Achtung der Menschenwürde, eine tragfähige Rechtfertigung für ein weitreichendes oder völliges Verbot dieses Rechts, die Schwangerschaftsentscheidung als eine wissende zu treffen. Ab wann menschliches Leben den Schutz der Menschenwürde genießt, ab Geburt, ab Einnistung oder schon ab Befruchtung, ist in der Staatsrechtslehre völlig umstritten. Nach der von mir vertretenen Ansicht beginnt dieser Schutz schon zum frühestmöglichen Zeitpunkt, nämlich mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle. Ich wiederhole aber nochmal, dass dies eine außerordentlich umstrittene Position ist. Aber auch 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 und deswegen überzeugt die gewissermaßen lebensbejahende Einordnung der PID durch den Bundesgerichtshof als Schritt hin zur Schwangerschaft. Eine auf schwere Erbkrankheiten, das Risiko einer Totgeburt, beschränkte Diagnostik hat nichts verächtlich machendes. Sie hat nichts sonst entwürdigendes, was den personalen Achtungsanspruch in Frage stellen würde und dies ist herrschende Meinung in der deutschen Staatsrechtslehre. Die Durchführung der PID muss dabei wiederum in den Gesamtzusammenhang der Erfüllung des Kinderwunsches gestellt werden. Der Ausschluss schwerer Erbkrankheiten schafft überhaupt die Grundlage für die Entscheidung, zugunsten der Implantation und für das Heranreifen des Embryos im Mutterleib und steht damit im Dienst 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 parlamentarische 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. Ich erinnere 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 Abtreibungsrecht entspricht eine Beschränkung der PID dem Gebot der Verhältnismäßigkeit und dem Gebot 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 Implantation führt die Frau gerade 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 dann eben auch das Abtreibungsrecht erheblich verschärfen müsse. Aber diesen Weg versperrt die Verfassung mit der gebotenen Rücksichtnahme auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau, sodass wir zum Ergebnis kommen, ein völliges Verbot der PID wäre mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Die Verfassungsordnung hindert ein Verbot der PID im Hinblick auf schwere Erbkrankheiten und dies ist das Ergebnis, dass wir im Übrigen aus der Europäischen Menschenrechtskonvention gewinnen würden.

Vorsitzende: Vielen Dank Prof. Herdegen. Ich möchte darauf hinweisen, dass es auch eine schriftliche Stellungnahme von Prof. Herdegen dazu gibt und als nächster hat das Wort für ein Statement Prof. Schröder.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Meine Damen und Herren. Ich will zunächst auf eine Frage eingehen, die hier im Raum wahrscheinlich keiner stellt, aber die ich 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, wir brauchen überhaupt nichts zu verbieten. Nein, wir müssen verbieten. Ob PID ausnahmslos verboten oder in Ausnahmefällen erlaubt sein soll, entscheidet sich nach meiner Ansicht in zwei Fragenkomplexen. Erstens an der Frage nach dem Status des frühen Embryos vor Beginn der Schwangerschaft und zweitens an der Beurteilung von Damnbruchargumenten. Auf beides bin ich in meiner schriftlichen Fassung etwas ausführlicher eingegangen, als ich es tun werde. Zum ersten. Menschen kommen in drei Schritten auf die Welt. Die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle, die Einnistung des Embryos im Uterus und drittens die Geburt. Die Unterscheidung zwischen eins und zwei ist noch nicht sehr alt. Früher hatte man beides gleichzeitig unter dem Ausdruck Empfängnis verstanden. Einnistung und Geburt sind nicht etwa nur Ortswechsel. Mit ihnen ändert sich die Verfassung dieser Lebewesen und ihr Status. Durch den Gebrauch des Wortes Embryo für das menschliche Wesen so vor Beginn der Schwangerschaft als auch danach werden gewichtige Unterschiede leicht verwischt. Während ein Fötus im dritten Monat mit einer nahe bei 100 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. Ca. 70 gehen auf natürlichem Weg verloren, ohne dass die Frau es merkt sogar. In der Petrischale kann sich die befruchtete Eizelle in einer geeigneten Nährlösung nur bis zur Plastozyte entwickeln, weiter nicht. Ich sage das deshalb, weil ich bei verschiedenen Vorträgen erlebt habe, dass viele Leute dem Satz zustimmen: Jeder Embryo kann geboren werden, wenn wir nicht eingreifen. Das ist ein Satz, der für die stabile Schwangerschaft gilt und jedenfalls nicht für den Embryo vor Schwangerschaftsbeginn. Auch Definitionen sind Handlungen, deren Folge wir zu bedenken haben. Wer menschliche Embryonen und zumal vor Beginn der Schwangerschaft in embryonale Menschen umdefiniert, also bereits die befruchtete Eizelle einem geborenen Menschen gleichstellt, ist zu dem Satz gezwungen: Die meisten Menschen werden nicht geboren. So haben wir das Wort Mensch bisher nicht verstanden. Was ich noch gewichtiger 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 PID entstehen überzählige Embryonen. Das ist eine Irreführung. Wenn hier Lebensschutz verlangt wird, nämlich bezogen auf die überzähligen Embryonen, wo Leben gar nicht geschützt werden kann, auch wenn erbkranken Kindern statt 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 unsere Aufgabe, den Sinn des Wortes Menschenwürde zu schützen. Zum zweiten Bruch Dammbrechargumente. Dammbrechargumente sind Prognosen, über unser, unserer Mitmenschen und Nachkommen zukünftiges Urteilsverhalten und zwar zumeist pessimistischer. Wenn der Staat nicht jetzt mittels Strafgesetzen ein Riegel vorschiebt, gehen die humanen Maßstäbe in unserer Gesellschaft verloren, ist der Tenor vieler Dammbrechargumente. Wenn die aber wirklich, nämlich die humanen Maßstäbe, nur auf Strafgesetzen beruhen, stünde es schon jetzt schlecht um sie. Hüten wir uns vor einer latenten Verachtung der nächsten Generation, dem leichtfertigen Umgang mit Dammbrechargumenten. Ein Dammbrech ist zu befürchten, wenn es plausibel erscheint, dass was für A gilt auch für B gelten soll. Wenn überzählige Embryonen vernichtet werden dürfen, dürfen dann irgendwann geborene Menschen vernichtet werden, ist so eine Horrorprognose. Der Analogieschluss von A auf B ist nicht zu befürchten, wenn der Unterschied zwischen A und B intuitiv evident ist. Das ist nun zweifellos bereits der Fall beim Unterschied zwischen der Plastozyte und der menschlichen gestaltlichen Leibesfrucht, die wir durch Ultraschall heute sehen können, von geborenen Menschen ganz zu schweigen. Viele Dammbrechargumente kreisen um das Thema Behinderung. Ich habe in meiner schriftlichen Fassung zu einigen Stellung genommen und nehme hier nur zu einem Stellung. Durch PID werde die gesellschaftliche Akzeptanz Behinderter sinken. Man kriegt einen Schreck, dass das passieren könnte und übersieht dann leicht, dass dies ein wirklich schlimmes Argument ist, weil es Behinderte instrumentalisiert für den Erhalt einer gesellschaftlichen Norm. 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.

Vorsitzende: Vielen Dank. Prof. Schröder. Sie haben schon selbst darauf hingewiesen, dass Sie auch eine schriftliche Ausarbeitung vorliegen haben. Den nächsten, den ich um sein Statement bitten möchte, ist Prof. Diedrich.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Ich möchte mich kurz vorstellen. Mein Name ist Diedrich, bin Direktor der Universitätsfrauenklinik in Lübeck und beschäftige mich schon seit vielen

Jahren teilweise frustriert, wie Sie wissen, mit der Präimplantationsdiagnostik. Ich möchte Ihnen kurz mein Statement geben. Zu uns kommen die Paare in die Frauenärztliche Klinik oder Praxis und sind belastet oft mit der Geburt eines behinderten Kindes durch eine genetische Erkrankung oder in der Familie ist dieses vorgekommen. Sie kommen mit uns zu der Frage: Was können wir jetzt tun? Wir haben Kinderwunsch. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die wir diskutieren sollten, über die wir auch schon oft gesprochen haben. Man kann verzichten auf ein Kind. Das ist der konsequente Weg der Vermeidung einer genetischen Erbkrankheit oder man kann versuchen, ein Kind zu adoptieren. Sie wissen, wie schwer das ist in Deutschland. Es stehen kaum Kinder zur Verfügung und ins Ausland geht man damit auch nicht so gern. Man kann bewusst das Risiko eingehen der genetischen Erkrankung. Dies ist je nach Erbkrankheit etwa 25 bis 50 Prozent, bei der Muskeldystrophie z. B., wenn es ein Junge wird, ist dieses Risiko 50 Prozent. Das muss man sich klar machen. Natürlich wollen die Eltern, die dieses Risiko bereits eingegangen sind und ein Kind mit dieser genetischen Erkrankung haben, dieses nicht eingehen. Man kann die pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen, die Fruchtwasseruntersuchung, die Choro Biopsie, natürlich dann mit dem Nachteil, wenn sie ein ungünstiges Ergebnis bekommen, sprich Nachweis der genetischen Erkrankung, sie dann über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken müssen. In einer Situation des Kinderwunsches eine sehr schwere Entscheidung, wie wir wissen. Oder es steht die Präimplantationsdiagnostik zur Verfügung, die uns die Möglichkeit gibt, wie Sie wissen, schon vor einer Schwangerschaft am Embryo im Reagenzglas auf die genetische Erkrankung zu untersuchen und nur darauf. Um gleich zu sagen, das Designerkind wird es nicht geben, kann es nicht geben 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 und nichts anderes. Wie ist die Indikation für die Präimplantationsdiagnostik? Ich sehe sie so und auch von Seiten der Bundesärztekammer wurde, und auch von Seiten der Leopoldiner Akademie der Wissenschaft wurde ein Papier erarbeitet zur Präimplantationsdiagnostik, wo das klar umrissen ist. Die Indikation sehe ich als Arzt dort, wo es darum geht, eine genetische Erkrankung, mit der die Familie schon belastet war, auszuschließen durch eine Präimplantationsdiagnostik und nichts anderes. Es geht nicht um die Geschlechtsbestimmung oder sonstige Dinge. Hier sind wir klar dagegen. Wer soll das entscheiden, ob eine PID durchgeführt wird? Nun, hier muss es Richtlinien geben, zunächst natürlich den gesetzlichen Rahmen und dann Richtlinien der Bundesärztekammer, die wir schon erarbeitet haben, aber die sozusagen auf Eis liegen, aber durchaus nach wie vor aktuell sind. Sie liegen im Schreibtisch und können vorgeholt werden. Hier wird klar definiert, wer diese PID machen soll, unter welchen Bedingungen sie gemacht werden soll,

welche Beratung stattfinden soll. Dies ist ein ganz wichtiger Aspekt in diesem Papier. Das Paar, das Kinderwunsch hat, muss wissen, auf was es sich einlässt, dass es sich belastet mit der mühsamen In-vitro-Fertilisation, um zu dem Ergebnis durch Präimplantationsdiagnostik zu kommen. Es muss eben über diese Risiken der Behandlung informiert werden. Wie ist der Stand in Europa? Wir leben hier zusammen mit Österreich auf einer einsamen ethischen Insel, sage ich mal. Das heißt, um uns herum ist die PID erlaubt, in unterschiedlicher strenger Indikationsstellung. Ich bin für eine strenge Indikationsstellung und wir hoffen natürlich durch den Anschub des Urteils des Bundesgerichtshofes, dass wir hier dann im Bundestag zu einer positiven Entscheidung kommen und dieses Gesetz dann verabschiedet wird. Wie ist der Stand der Präimplantationsdiagnostik in Europa? In Europa, es gibt das sogenannte Konsortium der Präimplantationsdiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, kurz ESHRE genannt, die jedes Jahr die Daten sammeln, die weltweit gemacht werden im Rahmen der PID und dann auch ein entsprechenden Bericht herausgeben. Es sind in den letzten zehn Jahren etwa 10.000, ich habe die Zahlen genau, Fälle gemacht worden, Entschuldigung, 27.000 Fälle. Es sind 5.000 Kinder geboren. Es sind hier die Indikationen klar festgelegt. Es sind meist chromosomale Erkrankungen oder monogenetische Erbkrankheiten, bei denen es gemacht wurde. Auch möchte ich kurz erwähnen das so genannte Aneuploidie-Screening, das heißt, die Untersuchung des Embryos durch PID bei älteren Patientinnen, um sozusagen die Embryonen zu erkennen, die eine chromosomale Störung haben. Man hat gedacht, dies wäre der Schlüssel zum Erfolg bei älteren Patientinnen. Hier muss man klar sagen, ist eine Ernüchterung eingetreten. Wir wissen heute, dass dieses nicht möglich ist und man kann deshalb eigentlich die Untersuchung des Embryos bei einer Patientin, die älter als 37 Jahre ist, auf chromosomale Störungen unterlassen. Das sind offizielle Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft, sodass diese Indikation entfällt und das waren immerhin 61 Prozent in dem letzten Register.

Vorsitzende: Prof. Diedrich. Ich muss Sie bitten, auf die Zeit und Kürze ...

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Ich bin schon so gut wie am Ende. Wichtig ist es, wie geht es den Kindern. Auch dies ist aus dem Register erkennbar. Die Fehlbildungsrate ist genauso niedrig, wie sonst nach In-vitro-Fertilisation und auch die Abortrate, sodass hier keine Befürchtungen bestehen. Auch die Ergebnisse sind durchaus korrekt. Es sind nur wenige Fehlbestimmungen bekannt.

Sve Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Meine Damen und Herren. Ich muss mein Mikrofon erst ranholen. Ich spreche heute zu Ihnen als Sachverständige auf dem Gebiet der Medizinethik. Ich arbeite auf dem Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Münster. Wir alle aber wissen, dass es in Fragen des ethisch richtigen und falschen nur eine Art oberflächlicher Expertise gibt, erwachsen aus intensiver Beschäftigung mit diesen Fragen, die aber nicht eigentlich normative Autorität verleiht. Insofern argumentiere ich hier auf der Basis meines persönlichen moralischen Urteilsvermögens und mein Urteil fällt dezidiert zugunsten des begrenzten Zulassungsentwurfs aus. Lassen Sie mich dies mit einigen Argumenten begründen. Ob die Aussicht auf ein Kind mit schwerer Behinderung oder Erkrankung eher als eine Herausforderung oder Aufgabe oder als bedrohliche Einschränkung empfunden wird, hängt ganz gewiss von höchstpersönlichen Umständen ab. Jedenfalls aber kommt die Nachfrage nach PID nicht von Eltern mit Designerphantasien, sondern von Paaren, die sich und ihrer Familie auf diese Weise subjektiv großes Leid und subjektiv massive Belastung ersparen wollen. Paare, die wissen, dass sie Träger einer schweren Erberkrankung sind und denen PID den Verzicht auf ein genetisch eigenes Kind ersparen würde oder auf eine Schwangerschaft voller Angst oder auf eine gegebenenfalls einer Fruchtwasseruntersuchung nachfolgenden Abtreibung im vierten Schwangerschaftsmonat oder aber die Geburt eines schon tödlich erkrankten oder tot zur Welt kommenden oder dann später sterbenden schwersterkrankten Kindes. Diese Tatsache der schweren subjektiven Belastung, des massiven antizipierten Leides zu trivialisieren, wäre aus meiner Sicht zynisch. Hier eine Begrenzung auf solche Krankheiten vorzunehmen, die in aller Regel mit Tod und Fehlgeburten einhergehen, scheint mir den subjektiven Belastungen der betroffenen Eltern nicht angemessen. Für diese Paare, das dürfen wir nicht vergessen, ist PID nicht wie für viele andere ein Fluch, etwas, das man zähneknirschend ethisch und rechtlich regeln müsste, sondern umgekehrt, aus der Perspektive dieser Eltern ist PID ein Segen. Das darf man nicht vergessen. Um das zu verbieten, diese segensreiche Technik, müsste es in einer liberalen Gesellschaft massive rechtsethische Argumente geben. Die aber sehe ich nicht. Wir alle wissen und haben nochmal gehört, das Nadelöhr bei der PID ist die Frage des Embryonenschutzes. Wer hier ein radikale Schutzposition vertritt, voller Status, Lebensschutz ab Befruchtung der Eizelle, der muss PID ethisch unzulässig finden. Aber eine solche radikale Schutzposition findet bei zunehmend vielen Menschen, Christen wie Nichtchristen, in Wahrheit wenig Unterstützung und

Zustimmung. Das lässt sich an unserem gesellschaftlichen Umgang mit Nidationshemmern und Abtreibungen ablesen. Die befruchtete Eizelle als vollfertigen Menschen sehen und schützen, das wird außerhalb religiös bestimmter Auffassungen immer weniger plausibel, auch wenn man bedenkt, dass dank der modernen Medizin wir jetzt wissen, dass das embryonale Potential in jeder einzelnen Körperzelle schlummert und sich prinzipiell mit einem kleinen biochemischen Cocktail wecken lassen kann. Stichwort Reprogrammierung. Das Embryonalpotential ist also gewissermaßen anstellbar und es ist eminent passiv, denn es muss immerzu vom mütterlichen Organismus getriggert werden, damit es überhaupt zu einer Weiterentwicklung kommt. Wenn man nun bei der PID ein erneutes Exempel für radikalen Embryonenschutz statuieren würde, obwohl wir in unserer gesellschaftlichen Lebenspraxis längst toleranter urteilen und anders handeln, wäre das mit Blick auf die konkreten Leiden konkreter Eltern nicht zu vertreten. Drittens. Wer absichtlich verhindert, dass Embryonen mit schwerer Erbkrankheit gezeugt oder transferiert werden oder verhindert, dass sie sich weiterentwickeln, betreibt Selektion. Selektion gegen die besagte Krankheit. So heißt das in der internationalen Debatte und auch wenn der Begriff in Deutschland erheblich vorbelastet ist, sollte man ihn lieber 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 befürchteten Defekt auf den Schwangerschaftsweg bringen wollen. Strittig ist also nicht etwa, ob PID den selektiven Blick hat oder ob dies ethisch verwerflich ist. Ein entscheidendes Argument, Prof. Schröder hat es schon genannt, ist, in einer Variante, besteht in deren Bedeutung für Menschen, die mit den selben Behinderungen leben, gegen die PID oder Abtreibung selektieren würde und in der Auswirkung 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 müssen: Ich wäre vielleicht nicht am Leben, wenn meine Eltern damals PID oder Fruchtwasseruntersuchungen hätten durchführen lassen können und wollen. Derselben Logik, meine Damen und Herren, gehorcht aber die irritierende Einsicht eines Menschen mit schwerer erblicher Krankheit, der sich fragen könnte, ob seine Eltern seine Entstehung durch Enthaltensamkeit verhindert hätten, wenn sie, mit neuen genetischen Techniken ausgestattet, von ihrem Risiko einer erblichen Krankheit gewusst hätten. Die ethische Unzulässigkeit so motivierter Enthaltensamkeit lässt sich daraus aber gewiss nicht herleiten. Schwerer wiegen die Bedenken, PID könnte die Bemühung um die Integration Behinderter unterminieren. Das wäre schlimm. Aber es

ist 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 hinreichende Fortschritte gemacht hat, also genau in den Jahren, in denen Fruchtwasser-PND zu einer Art Standardpraxis geworden ist. 3.000 selektive Abtreibungen pro Jahr. Letzter Punkt. Muss man nicht aber PID Dambrüche befürchten? Ich bin hier optimistisch aus ganz vielen verschiedenen Gründen, insbesondere aber zeigt sich im internationalen Bereich, dass sich PID in unterschiedlich strikten Grenzen halten lassen kann. Außerdem könnte man eine befristete Geltung des Gesetzes befürworten, die im Fall eines positiven Erfahrungsberichts, wie ihn der Flach-Entwurf vernünftigerweise vorsieht, jeweils zu verlängern wäre.

SV Bischof Prof. Dr. Dr. Wolfgang Huber: Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch mein Zugang zu diesem Thema ist ein ethischer Zugang. Ich habe schon vor meiner Zeit als Bischof Ethik unterrichtet und habe das besondere Privileg gehabt, sowohl die erste Debatte im Nationalen Ethikrat als auch jetzt die zweite Debatte im Deutschen Ethikrat zu erleben zu diesem Thema. Ich persönlich, zusammen mit einer erheblichen Gruppe im Deutschen Ethikrat, komme zu einem Ergebnis, das abweichend von dem Ergebnis, das Frau Schöne-Seifert gerade vorgetragen hat. Dabei unterstreiche ich zunächst, wie an jede neue medizinische Entwicklung knüpfen sich auch an die PID große Hoffnungen. Es gibt überhaupt keine Entwicklung dieser Art, bei der die Menschen nicht zunächst sagen, dies kann ein Segen sein, es wird ein Segen sein, wir wollen es als Segen haben. Nur die ethische Verpflichtung besteht darin, gerade bei medizinischen Eingriffen, die es mit dem Entstehen des menschlichen Lebens zu tun haben, die andere Seite zu sehen, technologische Entwicklungen ethisch zu prüfen und ihnen wenn nötig 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 in-vitro-hergestellter Embryonen als einer um ihrer Selbstwillen zu achtenden Gestalt menschlichen Lebens in Frage gestellt. Dabei ist insbesondere zu beachten, der reproduktionsmedizinisch erzeugte Embryo in vitro unterliegt einer besonderen Verantwortung. An ihr sind Ärzte und potentielle Eltern in gleicher Weise beteiligt. Der Vergleich mit dem in-utero entstehenden Embryo besteht gerade darin, dass dieser in vitro 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 natürlicher Empfängnis vergleichbare Eingreifmöglichkeiten in den

ersten Tagen der embryonalen Entwicklung gar nicht entstehen. Mit dieser Verantwortung verträgt es sich nicht einen Embryo zu erzeugen, um ihm im Falle unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Mit der PID, das wurde gerade betont, verbindet sich ein selektiver Blick, der darauf zielt, 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, wohlgermerkt im Gegensatz zu den geltenden gesetzlichen Bestimmungen, als Mittel zu einer Schwangerschaft auf Probe interpretiert. Frau Schöne-Seifert hat die PND gerade eben als Standardpraxis definiert. Man folgt keiner Logik des Dammbbruchs, wenn man in diesem Fall aus einer Erfahrung Konsequenzen zieht und deswegen fragt, wer will eigentlich verbürgen, dass die PID, wenn sie jetzt nicht als Standardpraxis eingeführt wird, nicht denselben Weg gehen wird, wie die PND. Aus dem Vergleich mit der PND ergibt sich jedoch, dass mit der PID eine embryopathische Indikation wieder eingeführt wurde, also die Erlaubnis, menschliches Leben aufgrund unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Diese embryopathische Indikation wurde aber bei der Schwangerschaftskonfliktregelung von 1995 ausdrücklich ausgeschlossen. Nicht um der genetischen Defekte des Embryos willen, sondern ausschließlich bei einer Gefährdung der Gesundheit der Mutter ist eine solche Indikation überhaupt zulässig. Eine Zulassung der PID würde gravierende Folgen für den Embryonenschutz nach sich ziehen und wer jetzt diese Zulassung beschließt, muss deswegen die Frage, welche Konsequenzen wird das gegebenenfalls für ein zukünftiges Fortpflanzungsmedizingesetz haben, explizit thematisieren. Die Dreierregel würde sich nicht halten lassen. Deren Sinn besteht darin, zu sagen, menschliche Embryonen werden nur zum Zweck der menschlichen Fortpflanzung hergestellt. 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 bereits passiert. Gibt es, meine Damen und Herren, eine verlässliche Definition der schwerwiegenden Erkrankungen im Blick auf welche die PID zugelassen werden soll? Ein Katalog wird von allen Beteiligten ausgeschlossen, findet sich in dem Gesetzentwurf nicht. Stattdessen soll ein Verfahren diese enge Begrenzung sicherstellen. Diejenigen, die mit dem Verfahren beauftragt werden, ohne Kriterien zu bekommen, werden das Verfahren im Gange der gesellschaftlichen Entwicklung anwenden und interpretieren und werden eine Definition der Kriterien für

schwerwiegend durch den sich entwickelnden gesellschaftlichen Konsens ersetzen. Darin sehe ich eine ganz große Problematik dieser Debatte. Ich selbst gehöre zu denjenigen, die sehr mit sich ringen, ob nicht eine Ausnahme für diejenigen Fälle gemacht werden kann, in denen es bei Paaren, die durch Tod und Fehlgeburten belastet sind, allein darum geht, überhaupt lebensfähige Embryonen zu identifizieren. Doch der Einwand, dass ein solcher Schritt Ausweitungstendenzen in sich trägt und zu einer Aufweichung des Embryonenschutzes insgesamt beiträgt, ist nicht von der Hand zu weisen. Zum Schluss. Es werden neue Diagnosetechniken zu einem breiteren Einsatz der PID führen. Chipgestützte Diagnosen werden das Indikationsspektrum bei potentiellen Eltern kontinuierlich erweitern. Bei den untersuchten Embryonen werden sie Resultate erbringen, nach denen gar nicht gefragt wurde. Diese Überschussinformationen werden einer Auswahl von Embryonen auch aus anderen als eng begrenzten Gründen zur Folge haben. Mit solchen Entwicklungen 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 tief in Frage gestellt sehen. Dieses Thema der Beeinträchtigung der Selbstachtung von Menschen mit Behinderungen finde ich mindestens so wichtig, wie die Frage, ob man nachweisen kann, dass die gesellschaftliche Einstellung zu Behinderten sich ändert. Denn den Bemühungen um Integration und Inklusion liefen solche Entwicklungen zuwider.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Frau Vorsitzende. Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete. Ich beschäftige mich mit der Präimplantationsdiagnostik seit 1998, als ich das glaube ich erste Gutachten zu diesem Thema für die Hamburgische Gesundheitsbehörde angefertigt habe, vor allen Dingen aus dem Blick der Technikfolgenabschätzung und -bewertung. Das heißt einer Perspektive, die nicht nur ethische oder gesellschaftliche oder medizinische Aspekte mit versucht zu berücksichtigen und zu einer Gesamtzusammenschau zusammenzuführen. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass wir immer danach fragen: Was sind die Mittel oder langfristigen Konsequenzen der Einführung einer neuen Technologie. Worauf haben sie weiterhin Rückwirkung und welche Konsequenzen haben Änderungen von Gesetzen dann wieder auf das Verfahren und seine Entwicklungsdynamik? Ich gehöre weiterhin zu der Gruppe im früher Nationalen und heute Deutschen Ethikrat, die sich für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik ausspricht, eben aus, sagen wir mal, der Zusammenführung dieser Gründe, die man geltend machen kann in den verschiedenen

Dimensionen, die hier zu berücksichtigen und zu bewerten sind. Der entscheidende Grund für mich dabei ist, und das entscheidende ethische und rechtliche Bedenken bei der Zulassung der PID liegt in der erforderlichen Bereitschaft zur Auswahl unter den künstlich hergestellten Embryonen. Anders als beispielsweise bei der Pränataldiagnostik, die auch den Eltern noch nach Erhalt des Ergebnisses die Entscheidung offen lässt, ob sie die Schwangerschaft weiterführen wollen oder nicht, und ihnen noch die Option lässt, weitere Entwicklungsperspektiven nach Geburt des Kindes mit hinzuzuziehen, erfordert die Präimplantationsdiagnostik schon bei der Zeugung der Embryonen die Bereitschaft zur Aussonderung des genetisch geschädigten Embryos. Bereits bei der Erzeugung ist der Gedanke der, ich sage das mal in Anführungszeichen, „Qualitätskontrolle“ handlungsleitend. Das ist eines der ganz entscheidenden Kriterien oder Merkmale der Präimplantationsdiagnostik, auch wenn das nicht unbedingt in der Absicht des, oder ganz sicher nicht würde ich sagen, betreffenden Paares liegt, die, da gebe ich Frau Schöne-Seifert Recht, ganz sicherlich ihre eigenen Gründe und ihren eigenen Leidensdruck hat. Der Vorwurf der Selektion ist ganz sicher nicht auf der Ebene des individuellen Paares zu machen, aber es verhält sich ganz anders, wenn die Gesetzgebung eine solche, die Etablierung einer solchen Technologie, die genau diesen selektiven Blick hat, rechtlich positiv sanktioniert. Die Absicht, einen geschädigten Embryo zu verwerfen, ist bei der Präimplantationsdiagnostik von Anfang an handlungsleitend und dieser selektive Blick unterscheidet sie von einem nach Pränataldiagnostik vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch, wie Herr Huber schon ausgeführt hat. Bei einer Schwangerschaft existiert ein Konflikt zwischen der schwangeren Frau und dem Lebensrecht des Embryos, der gelöst werden kann und muss und der Gesetzgeber hat hier Möglichkeiten geschaffen, aber hier muss ein Kompromiss gefunden werden zwischen dem Lebensrecht des Embryos einerseits und andererseits, wenn man nur das Lebensrecht berücksichtigen würde, dann würde das quasi zur Etablierung eines Gebärzwangs für Frauen führen und das kann nicht die Absicht und der Wunsch der Gesellschaft sein, hier die beiden Rechte so einseitig gegeneinander abzuwägen. Aber das sind einmalige oder sagen wir mal unvergleichbare Konfliktsituationen. Bei der Präimplantationsdiagnostik kann man diese Konfliktsituation vermeiden, indem man die Embryonen auf diesem Wege gar nicht erst herstellt. Vielleicht ein weiterer Punkt in diesem Zusammenhang. Oftmals wird vorgebracht, dass man bei der Anwendung so genannter Nidationshemmer das Absterben oder die Abtötung von Embryonen willentlich in Kauf nimmt. Wenn man sich allerdings mal die neuesten Übersichtsarbeiten und Untersuchungen hierzu ansieht, und das macht selten einer,

weil dieses Argument schon so lange in der Debatte ist, dass jeder es glaubt, ohne es genauer nachzuprüfen, dann stellt man eben fest, dass diese Wirkung der angeblichen Nidationshemmer überwiegend in einer Fertilisationshemmung bestehen. Es entsteht in der Regel gar kein lebensfähiger oder überhaupt gar kein Embryo. Das heißt, dieses Argument kann eigentlich nicht wirklich vorgebracht werden als Argument gegen oder für eine Präimplantationsdiagnostik in diesem Zusammenhang. Vielleicht lassen Sie mich zum Schluss noch einige Worte sagen zu den vorliegenden Gesetzesentwürfen, weil mir scheinen hier einige wichtige Punkte anzumerken zu sein. Natürlich würde ich von meiner eigenen Position und Einschätzung her eher dem Verbotsantrag zustimmen. Für ethisch vertretbar halte ich aber den Antrag, der von dem Abgeordneten Röspel und anderen unterstützt wird, weil es hier nicht um die Selektion eines Embryos geht. Das ist ein Antrag, bei dem die Präimplantationsdiagnostik nur eingesetzt werden darf zur Identifikation von lebensfähigen Embryonen. Hier geht es um die Etablierung einer Schwangerschaft und nicht um die Verwerfung von Embryonen aufgrund nachteilig beurteilter genetischer Eigenschaften. Von daher ist das ein Fall, der ethisch vertretbar ist. Hier 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 z. B. nur ein Zentrum legitimiert. Das ist natürlich etwas, was ganz klar enge Grenzen setzt und zwar in ganz anderer Weise als der weitergehende Antrag von Frau Flach, wo eben nicht klar zu definieren ist, was ist eigentlich eine schwerwiegende Erbkrankheit. Gehören da beispielsweise behandelbare Krankheiten dazu, sowas wie eine Stoffwechselkrankheit,... **ich komme zum Schluss. (14:50:14, gleichzeitig spricht die Vorsitzende: Frau Prof. Kollak. Sie müssen jetzt zum Schluss kommen.)** Das heißt, wir müssen überlegen, welche Konsequenzen wir eingehen, wenn wir die Präimplantationsdiagnostik zulassen, u. a. Rückwirkung auf das Embryonenschutzgesetz und die Dreierregel, die bei einer Zulassung der Präimplantationsdiagnostik nicht mehr gehalten werden kann, weil für eine Präimplantationsdiagnostik mindestens sechs oder sieben Embryonen hergestellt werden müssen, damit zum Schluss noch einer oder zwei für den Transfer übrigbleiben.

SV Dr. Peter Radtke: Sehr geehrte Damen und Herren. Ich bin eingeladen worden und ich nehme an, vor allen Dingen, weil ich behindert bin, schwerbehindert. Ich muss gestehen, dass ich mich selten in der Gesellschaft so außen vor gesehen habe, wie bei

der Diskussion über die PID. Das heißt, wir sprechen von der Inklusion, von einem System, das alle umfassen soll und ich merke, dass ich einer dieser zehn Prozent Behinderten in der Bevölkerung bin, über die gesprochen wird und die eigentlich gar nicht einbezogen sind. Ich möchte allerdings betonen, dass ich nicht Sprecher der Behinderten bin. Es gibt nicht die Behinderten. Es gibt unter behinderten Menschen genauso Vertreter, die für die PID sind, aber ich weiß, dass die meisten Schicksalsgefährten eher ablehnend und skeptisch dieser Untersuchungsmethode gegenüber stehen. Ich werde mich also ausschließlich in diesem Statement auf die Aspekte beziehen, die Menschen mit Behinderung betreffen. In den verschiedenen Stellungnahmen zur PID, darunter auch der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates oder der BO Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz wird eine Diskriminierung von Menschen mit einer Behinderung durch die PID in Frage gestellt bzw. geleugnet. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bei den drei eingebrachten Entwürfen nur der Entwurf für ein Verbot der PID überhaupt die Frage der Diskriminierung aufwirft. Die beiden anderen Entwürfe, da habe ich nichts dergleichen gefunden. Es mutet geradezu anachronistisch an, dass in einer Zeit, in der die Bundesrepublik die UN-Konvention zum Schutz der Rechte Behinderte unterzeichnet hat, die Diskriminierung offensichtlich keine Rolle spielt. Nein, es geht sogar soweit, dass die Frage erhoben wird: Ist das überhaupt Diskriminierung? Meine Frage an Sie ist nun: Wer soll denn Diskriminierung definieren? Diejenigen, die diskriminieren oder diejenigen, die sich diskriminiert fühlen? Ich muss gestehen, ja, ich fühle mich diskriminiert, wenn ich mir vor Augen halte, dass eigentlich nur die Tatsache, dass es zur Zeit meiner Geburt keine PID gab, höchstwahrscheinlich der Grund ist, dass ich heute zu Ihnen reden darf. Denn die Glasknochenkrankheit, Osteogenesis imperfecta, die ich habe, die würde ganz sicher zu den Behinderungsarten zählen, die für PID in Frage kommen. Es gibt aber nicht nur die direkt betroffenen, die sich diskriminiert fühlen, sondern Eltern von behinderten Kindern, die ja sagen zu ihren behinderten Kindern. Auch die gibt es. Ich habe aufgrund der letzten Monate Zuschriften von ihnen bekommen, die mir sagen, danke dass Sie gegen die PID auftreten. Wir haben nicht die Kraft mehr, zu kämpfen. Es sind nicht die Behinderungen unserer Kinder, sondern es ist das Verhalten, die Reaktion der Umwelt, die uns das Leben so schwer macht. Es ist eine Stigmatisierung, wenn ich höre, und dieser Vorwurf wird immer lauter erhoben, das muss es doch heute bei den Fortschritten der Wissenschaft und der Forschung nicht mehr geben. Zuletzt möchte ich noch ein Wort sagen über ein Argument, das immer wieder auftaucht. Es ist auch hier aufgetaucht. Man hat gesagt, Deutschland und Österreich, das ist so eine isolierte Gruppe. Natürlich, das stimmt. Aber Österreich und

Deutschland hat eine andere Vergangenheit. Wir haben eine Zeit gehabt, in der lebenswertes und lebensunwertes Leben tatsächlich eine Differenzierung in schrecklicher Weise hervorgebracht hat. Deshalb ist die Sensibilisierung in unserem Land glücklicherweise vielleicht fortgeschritten, als in anderen Ländern. Es wundert mich, wenn auf das Ausland und auf die PID im Ausland verwiesen wird, wenn man gleichzeitig hier sehr strikte Grenzen ziehen will und dann soll man einmal schauen, was in Amerika mit der PID möglich ist. Nämlich die Geschlechterwahl. Was ist in Großbritannien möglich? Erbbedingte Alzheimerkrankheit mit PID. Was ist in Schweden und Frankreich eingeführt worden, obwohl es anfangs nicht war? Chorea Huntington. Ich könnte eine ganze Reihe von Auflösungserscheinungen zitieren, aber ich denke, wir werden nachher noch genügend Zeit zur Diskussion haben.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Frau Vorsitzende. Verehrte Damen und Herren Abgeordneten. Artikel 1 des Grundgesetzes garantiert, die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Vorsitzende: Prof. Böckenförde. Gehen Sie ein bisschen näher an Ihr Mikro bitte.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Ist die gesetzliche Zulassung der PID mit dieser Garantie vereinbar, in welchem Umfang oder steht sie mir ihr in Widerspruch? Aus rechtlicher wie auch ethischer Sicht sind nach meiner Auffassung vor allem drei Fragen von Bedeutung. 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 § 218 a Absatz 2 des Strafgesetzbuches? Zur ersten Frage. Es ist unbestritten, dass die menschliche Würde jedem einzelnen Leben dem Menschen zukommt. Die sich daran anschließende Frage wird kontrovers diskutiert, wie weit sich diese Anerkennung der menschlichen Würde in dem Lebensprozess jedes einzelnen Menschen hinein erstrecken muss, damit sie wahr bleibt. 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, den ersten Beginn dieses konkreten menschlichen Lebens bestehen? Ich meine, nur das letztere kann der Fall sein. Wenn das, was nämlich die menschliche Würde ausmacht, Zweck an sich selbst zu sein oder wie das Bundesverfassungsgericht sagt, das Dasein um seiner Selbstwillen, wenn das Bestand haben soll und nicht zu einer leeren Deklamation werden soll. Warum? Die Würde, die ein fertiges Wesen auszeichnet, lässt sich nicht von seinem Lebensprozess abspalten. Sie muss diesen viel mehr mit umfassen. Nimmt man nämlich eine bestimmte Phase dieses Lebensprozesses von der Anerkennung aus, oder sucht sie nur prozesshaft abzustufen, weil er doch erst ein acht- oder 16-Zeller sei oder zur ohnehin ungewissen Nidation noch nicht gekommen ist, dann reißt man ein Loch in die Entwicklung des einzelnen individuellen Menschen. Soll aber die Achtung der Würde jedem Menschen als solchen gelten, dann muss sie ihm von Anfang an den Beginn seines Lebens zuerkannt werden. Dieser erste Beginn des eigenen Lebens liegt nun aber 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 eigenes und..., ein neues und eigenständiges menschliches Lebewesen. Das ist heute gesicherte naturwissenschaftliche Erkenntnis. Auch die Stellungnahme der Leopoldiner geht davon aus, 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 Sprunges. Es entfaltet sich vielmehr von innen her nach Maßgabe eigener Organisation. Auch die Nidation bedeutet, ist eine Notwendigkeit für die Entfaltung des Embryos, dass er sich weiter entwickeln und leben kann, aber sie bringt keinen qualitativen Sprung. Das ist genauso, wie der bis zum, geboren werden immer und auch nach der Geburt das Embryo oder der geborene Mensch der Unterstützung, der Hilfe bedarf, von selbst noch nicht leben kann. So ist es auch. Die Nidation ist mit einem Risiko behaftet. Ob sie zustande kommt, weiß man nicht. Aber sie bringt nichts qualitative neues in der genetischen Anlage des Menschen, der sich weiter entwickelt. Deshalb muss nicht erst bei der Nidation oder später, sondern eben beim Abschluss der Befruchtung die Anerkennung der Würde des Menschen einsetzen und die Verpflichtung der Rechts- und Verfassungsordnung sich schützend davor zu stellen. Wenn das aber nun so ist, was folgt dann daraus für die PID? Bei der PID werden in vitro gezeugte Embryonen gezielt einer Untersuchung auf bestimmte genetische Anlagen und Defekte unterworfen, um sie bei deren Vorliegen der Frau nicht zu implantieren, sondern zu verwerfen. Das Ziel der PID ist mithin eine Aussonderung, der selektive Blick, wie Frau Schöne-Seifert es gesagt hat, aber nicht

der Aussonderung von defekten Samen- oder Eizellen, sondern von defekten Embryonen, das heißt von menschlichen Lebewesen im frühesten Stadium ihrer Existenz. Sie ist und wird als Selektionsinstrument und meines Erachtens kann es wenig Zweifel ergeben, dass eine so eingesetzte PID die Achtung der Menschenwürde des Embryos verletzt. Die PID wird nicht in Gang gesetzt, um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Dafür genügt die In-vitro-Fertilisation als solche. Sie wird in Gang gesetzt, 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 abhängig 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 er keinen Anteil an menschlicher Würde, am Dasein um seiner Selbstwillen hat.

Vorsitzende: Prof. Böckenförde. Ich muss Sie bitten, zum Schluss zu kommen.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Die Frage ist, ob, das wird oft eingewandt, sich nicht hiergegen Einwände ergeben aus dem Selbstbestimmungsrecht und Menschenwürde der Eltern und insbesondere der Frau. Dies ist, wie mir scheint, nicht der Fall. Weder werden die Eltern oder die Frau durch ein Verbot von PID zum Objekt gemacht und instrumentalisiert, noch werden sie in ihrem Recht auf Selbstbestimmung verletzt. Ihre Entscheidung, ob, warum und wie sie einen Kinderwunsch erfüllen wollen, ist frei und selbstbestimmt. Wenn sie den gewiss nicht einfachen Weg über die IVF gehen, wollen sie gerade unbedingt ein Kind. Sie werden dann nur daran festgehalten, wenn sie ein Kind wollen, es als solches, als Subjekt und Zweck an sich selbst zu wollen und nicht nur als ein Kind mit bestimmten Merkmalen und Eigenschaften. Auf den weiteren Gesichtspunkt mit dem Wertungswiderspruch können wir dann in der Diskussion noch eingehen.

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Sehr geehrte Vorsitzende, sehr geehrte Abgeordnete. Ich werde aus dezidiert ethischer Position und zwar genauer gesagt aus sozialetischer Position zu den vorliegenden Gesetzesvorschlägen Stellung nehmen. Ich werde die Position vertreten oder dafür argumentieren, dass die Präimplantationsdiagnostik, sofern sie darauf

abzielt, die Geburt eines behinderten Kindes zu verhindern, verboten werden sollte. Wenn das Ziel aber ist, eine aussichtslose Schwangerschaft mit einem nicht lebens- bzw. entwicklungsfähigen Embryo bei einem Paar mit einer bekannten genetischen Veranlagung zu vermeiden, halte ich eine Ausnahme von dem Verbot für vertretbar. Das heißt, ähnlich wie Frau Kollek und Herr Huber geht es mir so, dass ich im Grunde beide Verbotsanträge für vertretbar halte, jetzt aber für den Antrag von René Röspel, Priska Hinz und anderen argumentieren möchte. Ich denke, ganz grundsätzlich haben wir es bei der Präimplantationsdiagnostik mit der Diskussion über zwei Grenzziehungen zu tun, zu den glaube ich jetzt alle Stellung genommen haben, und zwar zum einen die Grenzziehung, ab wann menschliches Leben schützenswert ist und zum anderen mit der Grenzziehung, welches menschliche Leben, welche menschlichen Lebewesen schützenswert sind. Ich vertrete die Position, dass keine dieser beiden Grenzziehungen mit guten Argumenten verteidigt werden können. Das ist die Grundlage meiner Position. Ich werde jetzt aber nur auf den zweiten Aspekt eingehen aus Zeitgründen, auf die Frage der zweiten Grenzziehung, nämlich welches menschliche Leben schützenswert ist. Meine Argumentation ist dann schlüssig, wenn man akzeptiert, dass die Präimplantationsdiagnostik im Unterschied zu der Position, die Frau Schöne-Seifert vertreten hat, keine nichtlegitime Freiheitsbeschränkung ist. Jede Freiheitseinschränkung, und das ist nicht nur aus rechtlicher Sicht, sondern aus ethischer Sicht ebenso argumentierbar, ist legitimationspflichtig. Ich gehe davon aus, dass der Wunsch nach einem eigenen gesunden Kind und die Nöte, in denen die betroffenen Paare sind, nicht trivialisiert werden und nicht trivialisiert werden müssen, wenn man die Präimplantationsdiagnostik verbietet oder sehr stark einschränkt, sondern im Gegenteil sehr ernst genommen werden können. Zwischen einem Wunsch, dem eine hohe, sehr hohe Priorität beigemessen werden kann und einem Recht, das gegen andere wichtige Interessen und wichtige Anliegen durchgesetzt werden muss, muss aber meiner Ansicht nach deutlich unterschieden werden. Das Argument, das Hauptargument, das von oder das wesentlichste Argument, dass die verschiedenen Positionen spaltet, ist der Umgang mit diesem so genannten Bewertungswiderspruch. Ich verstehe den Bewertungswiderspruch, ich möchte den jetzt nur auf die zweite Grenzziehung, nämlich die Frage, welche menschlichen Lebewesen schützenswert sind, beziehen. Hier wird der Bewertungswiderspruch vor allem in Bezug auf die Pränataldiagnostik angebracht. Dabei besteht meiner Ansicht nach ein ganz wesentlicher Unterschied. Die Pränataldiagnostik kommt zur Anwendung, also die Ärzteschaft und damit die Praktiken, die wir hier regulieren wollen und müssen, kommt dann zum Tragen, wenn die Frau bereits schwanger ist. Das heißt, es wird eine Pränataldiagnostik durchgeführt und es entsteht möglicherweise durch diese Diagnostik, durch den Befund, ein Schwangerschaftskonflikt. Dann denke ich, dass die Entscheidung,

ob die Schwangerschaft abgebrochen werden soll oder nicht und das weiß ich aus meinem eigenen Studien, die wird keineswegs leichtfertig getroffen, sondern das ist eine traumatisierende Entscheidung, das gestehe ich völlig zu, mit dem die Paare ganz schwer leben können. Diese Entscheidung muss meiner Ansicht nach den Frauen überlassen bleiben. Das was bei der Pränataldiagnostik geregelt werden sollte und was offenbar nicht gelingt bis heute, ist das Angebot der Diagnostik selbst. Wir sind heute, und das müssen wir, wenn wir den Vergleich ziehen, berücksichtigen, in der Situation, dass wir über das so genannte Erst...**screening (? 15:10:29)** im Grunde alle Frauen regulär das Screening auf Chromosomenstörung, dabei spielt insbesondere das Down-Syndrom eine Rolle und ... **(?15:10:41)** und Prof. Vetter hat vor kurzem gesagt, dass geschätzt 85 Prozent der Schwangeren dieses Angebot annehmen. Das bedeutet, wir haben es mit einem Verfahren zu tun, das ursprünglich mal eingeführt worden ist mit denselben Argumenten, mit denen wir heute über die Präimplantationsdiagnostik diskutieren und das heute ganz regulär ganz besonders auf Behinderungen zielt, die auf diejenigen, die mit diesen Menschen Erfahrungen haben, überhaupt nicht nachvollziehbar ist, was daran unsagbares Leid sein soll. Das aus meiner Sicht wichtigste Argument für das Verbot einer Präimplantationsdiagnostik sind meiner Ansicht nach deren diskriminierende Implikationen. Diese diskriminierenden Implikationen hat die Pränataldiagnostik gestimmt. Ich würde für eine ganz starke Einschränkung der Pränataldiagnostik plädieren. Ich sehe aber selbst auch nach den Diskussionen über das Gendiagnostikgesetz keine Möglichkeit, eine solche Einschränkung durchzusetzen. Muss ich ehrlich sagen. Das heißt aber nicht, dass noch praktisch ein ähnliches Verfahren zulassen muss, weil ein problematisches Verfahren sich dermaßen ausgeweitet hat. Der Unterschied aber zwischen Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik ist, 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. Ich denke das zu Recht. Das haben einige in der ethischen Debatte so argumentiert, dass, wenn ein individuelles Paar sich für Präimplantationsdiagnostik entscheidet, damit nicht die gesamte Gruppe der Menschen mit Behinderungen diskriminiert werden. 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 reden. Ich denke...

Vorsitzende: Frau Graumann, ich muss Sie bitten, zum Schluss zu kommen.

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Ich bin fast fertig. Die Einwände, die ich hier genannt habe, sind dann nicht treffend, denke ich, wenn die Diagnostik nur auf die Auswahl für nicht lebens- und entwicklungsfähige Embryonen abzielt. Ich bin aber der Meinung und das ist eine kleine Einschränkung, auch zu dem Gesetzentwurf, der vorliegt, dass die Regelung, die Formulierung oder zum Tod des Kindes im ersten Lebensjahr führen kann, missverständlich ist, weil damit doch ein größeres Spektrum an Beeinträchtigung erfasst wird und ich halte es allerdings verzichtbar, weil das Kriterium der hohen Wahrscheinlichkeit für eine Fehl- oder Totgeburt meiner Ansicht nach ausreicht. Ganz genau können solche Prognosen, ganz sicher können die ohnehin nicht getroffen werden.

Vorsitzende: Vielen Dank Frau Dr. Graumann. Auch hier liegt uns schriftlich noch eine Stellungnahme vor. Als nächster hat das Wort Prof. Haker.

SVe Prof. Dr. Hille Haker: Mein Name ist Hille Haker. Ich bin theologische Ethikerin und beschäftige mich seit langen Jahren mit der Präimplantationsdiagnostik u. a. und aus einer sozialetischen Perspektive. Ich möchte vier Punkte ansprechen. Die Präimplantationsdiagnostik ist eine wissenschaftlich willentliche normative Unterscheidung zwischen Embryonen mit dem Ziel der Verhinderung der Geburt kranker oder behinderter Embryonen. Schon diese Beschreibung ist natürlich gar nicht so einfach zu machen, weil sie bedeutet, dass wir hier einen Zweck festsetzen. Wenn diese Beschreibung des Zwecks aber stimmt, kann auf der Grundlage des deutschen Grundgesetzes der Staat dies nicht vornehmen. Er kann diese Unterscheidung gar nicht vornehmen und er kann sie nicht vornehmen wollen. Insofern gibt es meines Erachtens keine Alternative zu einem Verbot der Präimplantationsdiagnostik. Der Staat kann diese Unterscheidung, die normative Unterscheidung zwischen Embryonen im gleichen Entwicklungsstatus aber nicht delegieren an Paare, um das hohe Gut der Freiheit der Reproduktion zu schützen, das zur Debatte steht. An wen würde er nämlich delegieren? Er würde vielleicht an die Paare in geteilter Verantwortung mit den reproduktionsmedizinischen Kliniken delegieren, vielleicht an die Paare in geteilter Verantwortung mit den Herstellern von DNA-Chips oder Gentests delegieren, vielleicht an die Paare in geteilter Entscheidung mit Ethikkommissionen. Wie auch immer er das tun würde, die Gegenüberstellung ist nicht hier Staat, da einzelnes Individuum, sondern eine Konstellation aus geteilter Entscheidung und Verantwortung. Der Staat würde sich in jedem Fall aber seiner vom Grundgesetz

gebotenen Fürsorgepflicht begeben. Die pränataldiagnostischen Regelungen haben genau eine solche wissentlich willentliche normative Unterscheidung zwischen verschiedenen Embryonen oder Föten ausgeschlossen. Sehr wohl ist die Pränataldiagnostik zugelassen, weil sie unterschiedliche Ziele verfolgt, u. a. gesundheitsbezogene Ziele für die Frauen oder für die Kinder. Nicht zuletzt Therapiemöglichkeiten oder Präventionsmöglichkeiten in Bezug auf die Geburten. Die Schwachstelle, wie wir alle wissen, zwischen der hohen Norm, die in verschiedenen Gesetzen aufgestellt worden ist, und der Praxis liegt in der mangelnden Elternbefähigung, ihrer Elternfürsorge, die Würde ihrer Kinder zu wahren und für sie zu sorgen, nachkommen zu können. Insofern ist die Schwachstelle oder die Diskrepanz zwischen der Norm und der Praxis schon in der Pränataldiagnostik ein sozialetisches und ein rechtliches Problem, denn die Fürsorgepflicht des Staates muss sich auch auf Unterstützungsleistungen für Paare und Familien mit besonderen Bedürfnissen zur Versorgung beziehen können. Die assistierte Fortpflanzung ist in Deutschland mit einem einzigen Zweck erlaubt worden, nämlich dem Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft. International ist dies aber nicht der Fall. International ist die assistierte Fortpflanzung in einigen Ländern eingeführt worden mit dem Ziel, kranke oder behinderte Kinder, wie immer man das fassen will, zu verhindern. Insofern hat Deutschland hier mit der Aufstellung des Embryonenschutzgesetzes bzw. der Zwecksetzung der assistierten Fortpflanzung einen eigenen Weg eingeschlagen. Die ...(?15:18:10) im Kontext der assistierten Fortpflanzung würde allenfalls Sinn machen, wenn sie eine Behandlungsverbesserung erreichen könnte und so hat die Diskussion angefangen. Wir haben von Herrn Diedrich gehört, auf der Grundlage der Studien, dass es eine Behandlungsverbesserung im Sinne der einschlägigen Verhinderung von Fehlgeburten nicht gegeben hat bisher. Man könnte sagen, die Zielsetzung ist die Nichtschädigung der Frauen, denen z. B. Gesundheitsrisiken erspart werden sollen. Auch das kann ich nicht erkennen. Es gibt sicherlich eine Fürsorgepflicht, die man ins Feld führen kann, im Kontext der Präimplantationsdiagnostik. Genau hier an dieser Stelle der Fürsorgepflicht gegenüber den Paaren greift meines Erachtens das Kriterium der Entwicklungsfähigkeit. Denn diejenigen Paare, die in der assistierten Fortpflanzung versuchen, Kinder zu bekommen, können nicht wissentlich Fehlgeburten oder Totgeburten ausgesetzt werden. Normalerweise geschieht dies durch morphologische Untersuchungen. Wir haben hier jetzt aber eine kleine Gruppe, in denen oder für die die Risiken einer Fehl- oder Totgeburt bekannt ist. An diesem Punkt meine ich, dass es konsistent mit dem Gesetz und mit der Praxis der assistierten Fortpflanzung in Deutschland zu argumentieren ist, dass der Staat eine Fürsorgepflicht hat, wenn die objektiven biologischen Bedingungen nicht gegeben sind, dass eine Schwangerschaft herbeigeführt werden kann bzw. der Kinderwunsch erfüllt

werden kann, dass in diesem Fall die Präimplantationsdiagnostik unter den gegebenen Bedingungen erlaubt sein muss. Wir fallen hier sozusagen gar nicht in das Selektionsparadigma, sondern wir bleiben sehr streng auf der Linie. Der Zweck der assistierten Fortpflanzung unter Zuhilfenahme der PID in einigen Fällen ist die Herbeiführung der Schwangerschaft. Die Präimplantationsdiagnostik ist jetzt aber nicht nur für die Kinderwunschaare wichtig, sondern auch für die winzig kleine Gruppe derjenigen, die eigentlich Kinder bekommen kann, aber wo die genetischen Risiken sozusagen unter Umständen sie in die assistierte Fortpflanzung hinein holen. Dies ist meines Erachtens möglich. Mein letzter Satz. Aus ethischer Sicht geht es nicht nur um die politisch rechtliche Regelung, sondern es geht auch um das Konzept von Elternverantwortung. Wir stehen sicherlich vor der Entscheidung, ob wir die Kontrolle der Gesundheit vor die Annahme oder Fürsorge unter Bedingungen der Annahme vorantreiben wollen. Wenn Elternschaft heute heißen soll, Kontrolle des Kindes, dann wird darunter das Paradigma der Annahme eines Kindes, so wie es ist, leiden.

Vorsitzende: Vielen Dank Frau Prof. Haker. Ich danke allen für ihre Eingangsstatements und wir starten in die erste Fragerunde. Es beginnen die Unterzeichner des Gruppenantrags auf der Drucksache 17/5451, der Antrag Flach, Hinze, Reimann. Die erste Fragende ist Frau Flach. Bitte.

Abg. **Ulrike Flach** (FDP): Ich möchte mich auch erst einmal bei allen Experten bedanken. Es ist eine so schwerwiegende und diese Republik auch bewegende Frage, dass es gut ist, dass wir noch einmal Gelegenheit haben, alle Aspekte hier in Ruhe noch einmal bewerten zu können. Meine Frage gilt Herrn Prof. Herdegen und zwar vor dem Hintergrund, dass unser Antrag sich mit Familien befasst, die ein schweres Leid ertragen und denen wir die Möglichkeit geben wollen, in ihrem Leben einen besseren Weg zu führen, in einen Weg hineinzuführen, indem sie mit einem gesunden Kind leben können. Sie haben interessanter Weise darauf hingewiesen, dass das Verbot der PID auch nach Ihrer rechtlichen Auffassung nicht verfassungsgemäß wäre und deswegen meine Frage an Sie: Was würde denn mit den Status Quo passieren? Hätten wir nicht implizit sofort die Möglichkeit einer Verfassungsklage derjenigen, die im Augenblick PID praktizieren, denn die Rechtslage ist im Augenblick so. Und wie sieht das auf europäischer Ebene aus?

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Wenn man die Auffassung, wie ich versucht habe sie zu skizzieren, zu Grund legt, hätten wir als Folge Verfassungswidrigkeit einer gesetzlichen Verbotsregelung oder einer zu weit gehenden gesetzlichen Beschränkung. Wir hätten dann insoweit einen Rückfall in den jetzt bestehenden Regelungszustand, wie er nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofs und in der soweit herbeigeführten Deutung des Embryonenschutzgesetzes besteht. Wir haben dann also eine völlige Freigabe der PID. Denn in unserer Grundrechtsordnung gilt insoweit auf der Grundlage des Elternrechts, auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts der Frau, auf der Grundlage des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, das nur der Gesetzgeber Schranken setzen kann. Das heißt, aus der Sicht derjenigen, denen es um eine Einhegung der diagnostischen Möglichkeiten geht, hat man dann den schlechtest möglichen Zustand. Was ist die Situation nach der Europäischen Menschenrechtskonvention? Da wissen wir, dass auch schon der bloße Wunsch zur Verwirklichung einer Schwangerschaft und den Schutzbereich des Familienrechts führt, Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention. Der Straßburger Gerichtshof für Menschenrechte gibt den einzelnen Mitgliedsstaaten gerade in besonders umstrittenen Fragenkomplexen einen großen Gestaltungsspielraum und wir wissen, dass Fragen der Reproduktionsmedizin der In-vitro-Fertilisation dazu gehören. Aber er mahnt immer wieder an, dass die Mitgliedsstaaten, wie immer sie sich entscheiden, möglicherweise sind die Mitgliedsstaaten nach der EMRK auch frei, die In-vitro-Fertilisation ganz zu verbieten, das müsste man einmal untersuchen, aber wenn sie sich für einen bestimmten Weg entscheiden, dass sie immer in sich schlüssig und konsistent verfahren, dass sie sich festhalten lassen an einmal getroffenen Wertungen. Wenn Sie sagen, ich darf einmal differenzieren, ich darf einmal genetisch Dispositionen, Krankheitsanlagen, bereits phänotypisch ausgeprägte Anlagen im Mutterleib untersuchen, dann können Sie sich nicht mehr auf das Argument zurück ziehen, Selektion ist immer unzulässig. Selektion ist absolut ein Verbot gegen die Menschenwürde, wie wir das gerade gehört haben. Denn das wäre gerade der Wertungswiderspruch. Konsequenter ist es zu sagen, „ich lehne jede Diagnose ab; ich lehne jede Selektion ab“, ob das verhältnismäßig wäre, wäre auch verfassungsrechtlich eine spannende Frage. Sie wäre sicher mit unserer Rechtsprechung zum Schwangerschaftsabbruch und dem Sit... (15:25:47) der Unzumutbarkeit nicht vereinbar. Aber was wir immer bringen müssen, auch im Lichte der EMRK, ist die innere Logik, die innere Schlüssigkeit und der Wertungsgleichklang. Es gibt natürlich Kollegen des Staatsrecht, die sagen, dann lasst uns diesen Wertungsgleichklang herstellen. Wir gehen davon aus, dass die Frau, bei der die In-vitro-Fertilisation eine Pflicht zur Implantation hat, das ist die Auffassung der wenigen Staatsrechtler in Deutschland, von den wenigen sind das die meisten, die meinen, man müsse verfassungsrechtlich zu einem Verbot der PID

kommen. Sie sagen: „Ja, in der Tat, ist doch auch der Embryo In-vitro sehr stark dem Nasciturus im Mutterleib angenähert, weil er ein uneingeschränktes Lebensrecht hat und dieses Lebensrecht und die Würde gebieten es der Frau zur Implantation zu schreiten. Das sind dann die Konsequenzen. Weitere haben wir gehört. Wir müssen dann im Bereich der Pränataldiagnostik einen massiven Rückschritt vornehmen, dann sind wir wieder konsequent und dann müssen wir natürlich das Regime bis 218a radikal umgestalten. Wenn wir sagen, wir wollen jede Selektion vermeiden. Aber das eben verbietet auch die EMRK mit ihrem Zwang zum Wertungsgleichklang zur Kohärenz und zur Systemgerechtigkeit.

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU): Aus einem Gutachterwort ist deutlich geworden, dass es hier um eine ethische Fragestellung geht, also die Frage „Was ist nach unserem Gewissen gut und was ist nach unserem Gewissen nicht gut?“. Ich habe deswegen eine Frage an die beiden Ethiker, Prof. Schröder und Prof. Schöne-Seifert. An Herrn Prof. Schröder: Uns beschäftigt bei dem Antrag Flach/Hintze/Sitte/Reimann/Montag und viele andere Kollegen, wie wir dem Leid von Frauen begegnen können, die die Erfahrung der Totgeburt hinter sich haben oder wie wir dem Leid von Frauen begegnen können, die um eine verhängnisvolle erbliche Belastung wissen, die sie in einem sehr schwerwiegendem Schwangerschaftskonflikt herein treibt. Nun ist meine Frage bei der ethischen Beurteilung, die erste geht an Prof. Schröder: Müssen wir die Frage von den betroffenen Menschen her denken oder müssen wir die Frage vom Status einer befruchteten Eizelle in der Glasschale her denken, also von einer absoluten Norm? Wie verhält es sich jetzt hier mit dem Verhältnis von Norm und Situation? Dann aus der christlichen Diskussion: Für mich ist die Zulassung der PID für Menschen in solcher Notlage folgt dem Gebot der Nächstenliebe. Dagegen wird gerne eingewandt ein Wort aus dem alten Testament, ein Psalmwort, wo der Beta (15:25:55) erkennt: „Du hast mich erkannt“ spricht er zu Gott „bevor ich gewoben war im Mutterleib“. Kann man das als einen ethischen theologischen Einwand gelten lassen oder gilt hier das Gebot der Nächstenliebe für die Frauen in ihrer Notlage zur Auflösung des Schwangerschaftskonflikt nicht auf einer Abtreibung oder Spätabtreibung verwiesen zu werden, sondern sich über PID zu entscheiden. Frau Prof. Schöne-Seifert würde ich gerne fragen: Ein Gutachter hat hier gesagt, die Erfahrung der Pränataldiagnostik, der Untersuchung eines heranwachsenden Kindes im Mutterleib, lasses uns von PID Abstand halten. Halten Sie den Vergleich und den Schluss für zulässig? Wie sind denn die Erfahrungen, wenn man mit PID mit PND vergleicht, also in den Ländern, in denen PID angewandt wurde? Können wir feststellen, dass in Skandinavien etwa einen weniger

freundlichen, weniger empathischen, weniger gesellschaftlich aufgeschlossenen Umgang mit Behinderten haben? Das ist hier vorgetragen worden. Kann man das sagen? Wir haben zwei Jahrzehnte Erfahrungen mit der PID. Kann man denn sagen, dass die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik, was die große Zahl angeht, an sich auch bei der PID wiederfindet oder stimmt das nicht?

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Herr Hintze, ich würde zu keiner Alternative aufrichten wollen. Zwischen dem Leid von Eltern, die ein genetisch schwerbehindertes Kind haben und ein von dieser Krankheit freies Kind wünschen und dem Status des Embryos vor Beginn der Schwangerschaft. Man kann dort keine Alternative aufrichten, sondern muss sich klar machen, wenn man bestimmte Aussagen über den Status des Embryos gemacht hat, wenn man zum Beispiel sagt, es ist ein vollwertiger Träger der Menschenwürde, dann ist es in der Tat schwierig danach zu sagen, aber ihnen zum Zweck des Verwerfens zu erzeugen, dagegen spricht nichts. So geht es nicht. Es gibt eben bestimmte Aussagen über den Status, die dann die Fragen, was geschehen darf, präjudizieren. Ich folge daraus, das habe ich auch deutlich gesagt, dass auch Definitionen Handlungen sind. Wenn man eben sagt, ich könnte auch sagen dekretiert, das wird nicht einfach von Tatsachen abgelesen, wenn man sagt, dass eine befruchtete Eizelle einem geborenen Menschen, was Schutzwürdigkeit betrifft, gleichzustellen ist, ich weiß, dass das jetzt eine sehr vereinfachte Position ist, aber wenn man das tun würde, dann kann man nicht mehr mit dem Leid der Eltern gut argumentieren. Deswegen bin ich dafür für die Vorsicht und dafür, dass wir nicht einebnen, was es im Blick auf Status von Blastozysten, vor Beginn der Schwangerschaft, während der Schwangerschaft und nach der Geburt auf sich hat. Ich habe oft das Argument gehört und es ist auch hier angeklungen, dass die befruchtete Eizelle in sich alles Potential habe, das gewissermaßen nach dem aristotelischen Potentialitätsverständnis aus sich heraus zur Verwirklichung gelangen könne. Ich halte diese Behauptung für den Status der befruchteten Eizelle für falsch. Kein Mensch wird geboren ohne seine Mutter. Der Uterus ist kein Behälter. Das Hühnerei enthält alles, um ein Küken hervorzubringen, da fehlt nur noch Wärme. Dafür ist es auch 50 Mio. Mal größer als ein menschliches Ei und was da fehlt, muss die Mutter liefern. Deswegen ist die Argumentation, die die befruchtete Eizelle, bis zur Behauptung der Autark hier hat es noch niemand hier betrieben, aber Behauptungen von Potentialität, die in die Nähe gehen eines Samenkorns von einer Pflanze, fehlt nur noch Wasser, das höre ich manchmal, und das ist sicher von keinem Biologen bestätigt. Das sage ich Ihnen. Jetzt kommt der Theologe: „Du hast mich erkannt, bevor ich geboren war im Mutterleibe“. Ich möchte noch feststellen, dass das noch niemand im Mutterleib gesagt hat.

All diese Bekenntnisse sind Bekenntnisse geborener Menschen. Sie werden auch in der Bibel vergeblich eine Stelle suchen, wo ein nicht geborenes Wesen „Mensch“ genannt wird. Deswegen hat es für mich diese Definition, auf die wir dort gekommen sind, von biblischen Menschenverständnis her hat das für mich etwas gespenstisches, wenn jemand so definiert, dass er am Ende den Satz nicht vermeiden kann „die meisten Menschen werden nicht geboren“. Auch die Argumentation mit der Nicht-Existenz; „wenn es PID vor meiner Geburt gegeben hätte, würde es mich nicht geben“, erschlagen mich nicht. Ich will Ihnen mal sagen, 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 das dann heißt, ich würde mit Empfindungen an solchen Menschen hart umgehen, das Wesen, welches sagen kann „es gibt mich nicht“, gibt es nie. Wir haben alle Gelegenheiten, zu konstruieren, zu welchen Bedingungen es uns nicht geben würde. Daraus können wir aber sonst nicht für dritte Handlungsoptionen ableiten und ich frage mich, ob es den einen Fall gibt, in dem man das plötzlich kann. Ich danke Ihnen.

Sve Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich bin gefragt worden nach der Vergleichbarkeit von PID und PND, erstens und zweitens nach den sozialen Folgen, die wir bei PID und PND auch in anderen Ländern registrieren dürfen oder müssen. Ich würde das gern an einem Beispiel erläutern, die Vergleichbarkeit von PID und PND, weil in der Tat auch die Frage des Wertungswiderspruches liefern uns, wie wir hier sitzen sehr unterschiedlich gesehen wurde, berührt worden ist. Stellen Sie sich vor, ein Paar mit einer bekannten Veranlagung beider Eltern zu einer schweren Stoffwechselerkrankung, beide Eltern haben das Gen ein Mal, sind deswegen selber nicht betroffen, der Zufall, oder der Nicht-Zufall hat es gewollt, dass sich nun zwei Träger treffen, die nun eine 25 %ige Wahrscheinlichkeit haben, ein Kind mit zwei solchen betroffenen Genen zu bekommen, mit schwerster Stoffwechselerkrankung, tödlich in den ersten Lebensjahren. In einem Land, wie Deutschland, in dem die PND erlaubt ist, würden Sie eine Fruchtwasseruntersuchung, ggf., wenn Sie das wollen, durchführen lassen und nehmen wir nun an, sie würden hoffen natürlich, dass sie ein nicht betroffenen Embryo diagnostizieren würden, und ich will vielleicht noch vorausschicken, um die Sache vielleicht noch lebensnäher zu machen, wir haben bereits zwei Kinder mit dieser Krankheit zur Welt gebracht und verloren. Jetzt entscheiden sie sich trotz früher Bedenken von der Fruchtwasseruntersuchung Gebrauch zu machen, bekommen einen positiven, also krankhaften Befund und entscheiden sich nun

definitiv dafür, diese Schwangerschaft abzuberechnen. Schon zur Zeit des Tests, ist der Embryo etwa 10cm groß und sie haben diese Fruchtwasseruntersuchung, so liegt jetzt meine Fallschilderung nahe, von Anfang an in potentiell selektiver Absicht getätigt, nämlich mit der Absicht eine weitere, dritte Schwangerschaft mit einem betroffenen Embryo nicht fortzuführen. Das als nicht potentiell selektiv zu bezeichnen, finde ich, wenig überzeugend. Sie müssen nun, um diesen Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig durchführen zu lassen, mit dem gemeinsamen Arzt erklären, dass es für die zukünftige oder jetzige, aber wahrscheinlich zukünftige Gesundheit der Schwangeren, für die Schwangere selber, unzumutbar, weil eben eine Beeinträchtigung ihrer geistigen oder körperlichen Gesundheit wäre dieses Kind auszutragen. In Wirklichkeit ist es aber nicht eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit im engeren Sinne, sondern sie möchte es sich nicht noch einmal zumuten, ein solches Kind zu Tode pflegen zu müssen und dieses Leiden auszuhalten. Sie wird also sagen, es ist eine medizinische Indikation. Der Arzt wird es auch sagen und es läuft unter medizinisch sozialer Indikation, wie es inzwischen heißt. Jeder von uns weiß, der dort hin gucken möchte, dass von den 3.000 medizinisch indizierten Abtreibungen, die in Deutschland im Jahr durchgeführt werden, ganz wenige im engeren Sinne die Gesundheit der Mutter betreffen. Das muss man einfach ehrlicher Weise zur Kenntnis nehmen. Fast alle sind embryopathisch motiviert, aber unter Tarnkappe. Es ist der selbe Grund. Die Eltern wären heilfroh, wenn das Kind nicht betroffen wäre, das werdende Kind. Wenn die selbe Frau die Möglichkeit hätte, PID durchführen zu lassen in Italien oder irgendwo anders in einem anderen Land, würde sie den selben Test an ihrem Embryonen in der Glasschale durchführen lassen, die dann 0.2 mm groß sind, sie würde diejenigen einpflanzen lassen, die nicht betroffen sind und wäre genauso froh zu sehen, dass es nicht betroffene Embryonen gibt, wie sie später auch in der Schwangerschaft wäre. Aus ethischen Gründen würde dieses Paar eine PID viel weniger gravierend finden, weil sie glauben, dass der Lebensschutz eines 16 Wochen alten Embryos erheblich größer ist aus ihrer Sicht. Insofern glaube ich, dass es wirklich ein Wertungswiderspruch gravierender Art bedeuten würde, wenn man die PND mit verdeckter embryopathischer Indikation weiterhin zulässt und die PID verbietet. Ich ziehe daraus aber Anlass, als etwa Frau Graumann, nicht die Konsequenzen, dass man die PND verbieten sollte, sondern würde sagen: Umgekehrt im Ausland und im Inland hat sich gezeigt, dass trotz der Befürchtung, dass es zu einer inflationären Ausweitung kommen würde, es eine ganz stabile Rate von PND-Inanspruchnahme gibt. Es sind, obwohl wir über 110.000 Abtreibungen mindestens im Jahr haben, sind 3.000 davon mit der medizinischen Indikation, die meisten davon in Wirklichkeit eine embryopathische Indikation. Diese Zahl bleibt stabil. Es scheint nicht so zu sein, Frauen davon mehr und mehr Gebrauch machen wollen. Es gibt auch etliche

Frauen, die PND nicht in Anspruch nehmen wollen, die Informationsnetzwerke sind gut und groß, man kann Kritiker und Befürworter zu Worte kommen hören und sich selbst informieren. Dass es in Einzelfällen Automatismen und unaufgeklärte Entscheidungen gibt, wie überall, das will ich überhaupt nicht bestreiten, aber wir haben keinen Anlass zu glauben, dass es an dieser Stelle besonders gravierend und nicht ändern sei. Im Ausland schließlich, letzte Frage, weiß, ich bin kein Sozialwissenschaftler, aber ich würde wissen, wenn es beunruhigende Befunde darüber gäbe, dass in den Ländern die PID freundlich oder die PID legitimierend sind, messbare Indikatoren gebe dafür, dass die Behindertenfeindlichkeit in diesen Ländern sinkt.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Herr Prof. Diedrich, ich würde gern aus Ihrer praktischen Erfahrung als Gynäkologe und Geburtshelfer wissen, können Sie uns eigentlich typische Konstellationen von Paaren wenden, die sich an Sie wenden, um Hilfe zur Erfüllung ihres Kinderwunsches zu erhalten und die, die PID in Deutschland in Anspruch nehmen würden, sofern wir sie jetzt hätten? Und halten Sie es für wahrscheinlich, dass daraus eine Standardpraxis werden würde? Wenn ja, warum und wenn nein, warum nicht?

SV **Prof. Dr. Klaus Diedrich**: Wir schätzen und so ist es auch in anderen Ländern, dass wir etwa 200 PID-Fälle pro Jahr in Deutschland haben. England zum Beispiel hat auch in dieser Größenordnung etwas weniger Bevölkerung. Das heißt, die PID ist mit der In-vitro-Fertilisation verbunden, die sehr aufwendig ist, ich sagte es vorhin und belastend ist für die Paare plus dann die PID mit der Frage ist der Embryo belastet durch die genetische Erkrankung oder nicht. Es wird deshalb nie ein Standardverfahren werden und der Dammbbruch, von dem immer so oft geredet wird, er hat nicht stattgefunden. Wir haben Daten von der europäischen Gesellschaft über die letzten zehn Jahre und es sind hauptsächlich eben die monogenetischen Erkrankungen, wie zum Beispiel die (15:42:43), die Sie vorhin nannten oder Morbus Duchenne, Muskelschwunderkrankungen, die Mukoviszidose, hier gibt es verschiedenen Formen, aber durchaus bei einigen kann es auch indiziert sein. Das sind die hauptsächlich monogenetischen Erkrankungen und dann gibt es die chromosomalen Störungen, wobei ich hier betonen möchte, dass nicht der Ausschluss der Trisomie 21 dazugehören soll. Das finde ich ganz wichtig zu betonen. Das ist keine Indikation. So sieht es auch die damalige Richtlinie von der Bundesärztekammer, aber es gibt chromosomale Störungen, die zum Beispiel auch nicht mit dem Leben vereinbar sind oder schwerste Behinderung für die

Kinder bedeuten, wie zum Beispiel die Robertson'sche Translokation, nur um eine zu nenne, wo ein Chromosom an einer anderen Stelle Arme abgegeben hat. Das sind die hauptsächlichlichen Indikationen. Der Dambruch hat nicht stattgefunden und dafür ist die Methode einfach viel zu mühsam.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (DIE LINKE.): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage richtet sich an Frau Prof. Schöne-Seifert, bezieht sich auf persönlichkeitsbezogene Verfassungsrechte, zum einen auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau und zum anderen auf das Recht der Fortpflanzung bezogen auf die Paare. Wie schätzen Sie da die vorliegenden Gesetzentwürfe ein? Die zweite Frage richtet sich an Prof. Diedrich. Einer der Gutachter hat vorhin ausgeführt, dass keine neue Qualität entstünde bzw. Zäsur entstünde nach Nidation der befruchteten Eizelle für deren Weiterentwicklung. Ich teile ausdrücklich diese Auffassung nicht, aber ich möchte natürlich als Mediziner vor allem Ihre Einschätzung hören, ob das zutreffend ist.

Sve **Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert**: Das Stichwort ist das Selbstbestimmungsrecht der Frauen, der Paare. Wir alle wissen, dass wir uns immer wünschen, dass es um Paare geht, dass es in der Wirklichkeit es aber doch auch Frauen sind, um deren Selbstbestimmung es real geht. Nur damit von Anfang an klar ist, ich glaube, rechtlich und ethisch muss man differenzieren zwischen Selbstbestimmungsaspekten, die Abwehrcharakter haben und die sind in der Medizin sehr sehr sehr weitgehend. Niemand darf eine Frau oder einen Patienten überhaupt zu etwas drängen in medizinischer Hinsicht, was sie oder er nicht möchte. Eine andere Frage aber sind die Anspruchsrechte. Hat eine Frau durch Kraft ihres prinzipiell anerkannten Rechts auf Selbstbestimmung auch das Recht, ein Anspruch auf PID oder irgendetwas anderes geltend zu machen? Das ist natürlich sehr viel schwieriger. Deswegen folgt aus den ... (?15:45:35) Selbstbestimmungsrechten kein, überhaupt nicht **eo ipso** (?15:45:38), dass positive Anspruchsrechte auf irgendetwas bestehen. Das ist sozusagen gemeinsamer Grund von uns allen, denke ich, die wir hier sitzen. Die Frage, wie viel reproduktive Freiheit, ein Begriff, der in Deutschland nicht auf sehr viel Gegenliebe stößt, sondern so einen Kampfbegriffcharakter hat, aber in der internationalen Debatte ein sehr etabliertes Argument ist, reproduktive Freiheit. Die reproduktive Freiheit von Paaren endet natürlich da, wo andere Grundrechte und schwerwiegende ethische Güter betroffen sind. Deswegen reden wir über die Frage Nadelöhrargument Rechtsstatus des Embryos. Die Mütter haben kein Selbstbestimmungsrecht darüber, ob ihre geborenen Kinder weiterleben

dürfen oder nicht. Natürlich nicht. Es ist ein Sonderfall, wenn es sich um ganz frühe pünktchenförmige Embryonen handelt. Ich glaube, dass eben dem Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Paaren in Fragen der Vermeidung von schwersten Erkrankungen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen bei ihren Kindern, in der Tat keine hinreichend gravierenden ethischen Argumente entgegenstehen und dass man, wenn man das so sieht, dann den Entwurf, der eine sehr kontrollierte, enge Zulassung vorsieht, als einzigen unterstützen kann. Man muss in der Tat sehen, dass auch hier die Restriktion gegenüber der Fruchtwasseruntersuchung mit möglicher nachfolgender Abtreibung groß ist. Ich meine, der Unterschied ist immer noch riesengroß, in dem wirklich nur Paare mit schon bekannten genetischen Erkrankungen PID machen dürfen und dieser relative Widerspruch zur PND ist eben der Tatsache geschuldet, dass wir alle sehen, dass die PID irgendwie doch etwas anderes ist und so große Sorgen in der Bevölkerung hervorruft. Diesen Sorgen wird auf diese Weise Rechnung getragen.

Vorsitzende: Dann haben wir noch ein paar Minuten für eine weitere Frage. Aber es war eine weitere Frage an Prof. Diedrich. Bitte.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Soweit ich Ihre Frage richtig verstanden habe. Für mich ist es so, dass menschliches Leben mit der Befruchtung beginnt. Diese befruchtete Eizelle muss sich dann entwickeln die nächsten sechs Tage, um dann das implantations-, das einpflanzungsfähige Stadium zu erreichen. Erst dann hat es die volle Möglichkeit, das Potenzial, sich zu einem Menschen zu entwickeln. Trotzdem sehe ich es vorher schon als ein menschliches Wesen an. Ob dieses menschliche Wesen, sprich die befruchtete Eizelle, bereits Würde hat, dazu haben Sie Herr Herdegen, deutlich Stellung genommen. Das kann ich eigentlich nur unterstreichen. Es findet dann natürlich schon eine, mit der Entwicklung dieses Embryos nach der Nidation, eine Abstufung statt bis hin zur Geburt. Das ist meiner Meinung nach erkennbar an § 218, der durchaus den Schwangerschaftsabbruch aus sozialen Gründen, keine Indikation, sondern aus sozialen Gründen zulässt bis zur zwölften Woche nach der Konzeption, wenn eine entsprechende Beratung stattgefunden hat. Danach muss eine medizinische Indikation vorliegen. Das heißt, eine strenge Indikation. Hier gebe ich durchaus Frau Schöne-Seifert Recht, dass das sehr oft eine Mogelpackung ist. Zwar gibt es offiziell die embryopathische Indikation nicht mehr, aber die meisten medizinischen Indikationen sind die früheren embryopathischen Indikationen und das wird daraus eine mütterliche medizinische Indikation gemacht, weil

es der Frau nicht zugemutet werden kann aus physischen, psychischen Gründen, diese Schwangerschaft auszutragen. Ich hoffe, dass ich Ihre Frage so einigermaßen beantwortet habe.

Abg. **Jerzy Montag** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Prof. Herdegen, ich habe zwei Fragen an Sie. Die erste ist folgende. Wir befinden uns vor der Entscheidung, ob wir einen Raum der PID betreten wollen und sollen und wir können diesen Raum nur betreten über den Raum, in dem die In-vitro-Fertilisation stattfindet. In diesem Raum der In-vitro-Fertilisation haben wir medizinisch bedingt zwei voneinander unabhängige getrennte Rechtsträger. Bei der Frage der Vereinigung dieser beiden Rechtsträger kommt es tendenziell zu einem Widerspruch. Jetzt haben wir die Situation, dass die Frau die Einbringung des Embryos ohne Begründung ablehnen kann. Es gibt keine Rechtspflicht, zumindest keine durchsetzbare Rechtspflicht der Rechtsordnung, sie dazu zu zwingen. Wenn jetzt die Frau erklärt, dass sie das Embryo nicht um jeden Preis sterben lassen will, sondern eine informierte Entscheidung für das Leben machen will, frage ich, wollte ich von Ihnen gerne wissen, weil ich vor der Aufgabe stehe, einen Ausgleich zwischen Grundrechtspositionen durchführen zu müssen als Abgeordneter, ob der Anspruch der Frau, eine informierte Entscheidung zu treffen, nicht ein minderere Eingriff ist, wie derjenige, den die Frau hat, wenn sie ohne Begründung sowieso Nein sagen kann und ob die Tatsache, dass die Entscheidung der Frau einen negativen und positiven Selektionscharakter *uno acto* hat, sie entscheidet sich sowohl für als auch gegen, indem sie sich entscheidet, ob diese Tatsache den Charakter des sanften Ausgleichs konterkarieren kann. Meine zweite Frage ist die Frage nach dem Missbrauch. Wenn es richtig ist, dass wir einen Bereich haben, in dem Rechtssubjekte einen Anspruch auf Grundrechts-, auf Handlungsgewährung haben, aber diese Gewährung der Handlungsfähigkeit, der Hang der Entscheidungsfähigkeit gefahrgeneigt ist. Dürfen wir den Missbrauch dadurch ausschließen, indem wir die Grundrechtsgewährung ausschließen oder sind wir als Gesetzgeber verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der Missbrauch nicht eintritt? Das sind meine beiden Fragen.

SV **Prof. Dr. Matthias Herdegen**: Vielen Dank Herr Abgeordneter Montag. Meine Damen und Herren. Ich darf mit Ihrer letzten Erwägung beginnen. Wenn wir Grundrechtsbeschränkungen mit dem Missbrauch rechtfertigen, kommen wir verfassungsrechtlich auf eine schiebene Ebene, weil wir dann gewissermaßen ohne

Abstützung in der Imperie den Missbrauch als die entscheidungs- und **erkenntnisleitende** (? 15:53:15 hört sich an wie **erkenntnisleitende**, soll es vielleicht **erkenntnisleitende heißen**?) Typik betrachten. Das wäre aus meiner Sicht sowohl unverhältnismäßig als auch ein Vorgehen, das vor dem allgemeinen Gleichheitssatz keinen Bestand haben muss, sondern in der Tat der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, der Gedanke des Minimaleingriffs zwingt den Gesetzgeber und überhaupt alle Organe des Staates dazu, seine Intervention so eng wie möglich zu fassen im Interesse der Maximierung grundrechtlich geschützter Freiheit und sich auf die Bekämpfung des Missbrauchs zu fokussieren. Zu Ihren anderen beiden Erwägungen, ich darf die vielleicht mal ein bisschen zusammenführen, weil sie im Kern den Status des Embryo in vitro noch einmal beleuchten. Der Embryo in vitro ist menschliches Leben, das ist die früheste Form menschlichen Lebens und ich habe mich zu der Auffassung bekannt, die auch dem Würdeschutz entgegen einer außerordentlich verbreiteten Meinung in der deutschen Staatsrechtslehre, das darf ich nochmal sagen, insoweit ist die deutsche Staatsrechtslehre auf dieser Bank nicht repräsentativ vertreten. Aber als Vertreter diese Facette des deutschen Staatsrechts, die den Würdeschutz sehr früh beginnen lässt, nämlich beim frühestmöglichen Zeitpunkt, es gibt noch einige Fundamentalisten, die schon der Ei- und Samenzellewürdeschutz assistieren, zwingt uns doch das Leitbild vom Menschen, wie es uns vorschwebt, wie es im Grunde allen Regionen zugrunde liegt und unserem auch grundgesetzlichen Menschenbild dazu, dass wir sagen, die Verbindung mit der Mutter und dem Mutterleib, da bin ich bei Herrn Prof. Schröder, ist etwas, was unser Leitbild vom Menschen wesentlich mitbestimmt. Das heißt in unserem konkreten Fall, dass es Würdeschutz geben kann ohne diese Verbindung, dass aber die Frage, ob es bereits zu dieser Verbindung gekommen ist oder nicht, die Art und Weise des personale Achtungsanspruches wesentlich mitbestimmt. Ganz anders ist es nach der Implantation, nach der Nidation, weil in der Tat eine gesicherte, auch eine grundrechtlich gesicherte Perspektive des Heranreifens besteht und die ganz herrschende deutsche Staatsrechtslehre sagt, der Schutz des Lebens, nach Artikel 2 des Grundgesetzes Absatz 2, beginnt erst in unserem Fall mit der Implantation und deswegen besteht keine Pflicht der Frau zur Implantation. Ich halte übrigens die Annahme einer derartigen Implantationspflicht Ihrerseits für ein Verstoß gegen die Menschenwürde. Wenn das so ist, ist natürlich der Verweis auf die Pränataldiagnostik im Falle der In-vitro-Fertilisation bei bekannten Erbanlagen und Disposition zur Krankheit hin gewissermaßen der Zwang zum schwerwiegenderen Eingriff. Das ist eine Art 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 stößt. Es ist ein übermäßiger Eingriff in die Grundrechte der

Eltern, insbesondere der Mutter, durch diesen anhaltenden Zwang zum Nichtwissen. Man gibt ihnen den Zugang zum Wissen erst während der Schwangerschaft. Insoweit ein Verstoß gegen das Übermaßverbot. Es ist aber zugleich ein Verstoß gegen das Untermaßverbot, aus der Sicht des werdenden menschlichen Lebens, indem man nämlich den Maximal Eingriff erlaubt erst während der Schwangerschaft, wo schon die Verbindung mit der Mutter auch physisch stattgefunden hat. Das ist natürlich ein Beitrag zum Thema Wertungswiderspruch.

Vorsitzende: Wir kommen zur Gruppe der Abgeordneten und Unterzeichner auf den Drucksachen 17/5450, die Abgeordneten Kathrin Göhring-Eckart, Volker Kauder und Pascal Kober. Der erste Fragende für diese Gruppe ist der Kollege Singhammer.

Abg. **Johannes Singhammer** (CDU/CSU): Zunächst möchte ich allen Experten herzlich danken, vor allem denjenigen, denen es etwas schwerer gefallen ist, hier nach Berlin anzureisen, dass Sie gekommen sind. Meine erste Frage richtet sich an Prof. Böckenförde. In unserem Antrag sprechen wir uns gegen eine Bewertung und Auswahl menschlichen Lebens in Form des Embryos nach Kriterien wie gesund, behindert oder nicht behindert aus. Wir haben heute schon mehrfach festgestellt, dass bei der Reform des § 218 a die Zulässigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer Behinderung eines Kindes abgeschafft worden ist. Welche Wirkungen auf Rechtsgrundlagen, Herr Prof. Böckenförde, hätte es nun, wenn jetzt mit der Zulassung der Auswahl, mit einer Auswahlmethode, mit einer gesetzlichen Verankerung, eine Auswahlmethode menschlichen Lebens 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 entstehen und geschaffen werden, denn wenn menschliches Leben nach meiner Auffassung, wie ich gesagt habe, von dem Abschluss der Befruchtung an Anteil an der Menschenwürde hat und auch am Lebensrecht, was von der Menschenwürde fundiert ist, dann kann ich nicht unterscheiden und sagen, ja, aber wenn bestimmte Krankheiten oder genetische Defekte vorhanden sind, dann hört das Recht auf Leben auf, dann kann im ...**(16:00:30)** dieser Embryo in vitro ausgesondert werden und da entsteht weiter kein Problem. Das würde eine gravierende Asymmetrie sein und würde

das Recht auf Leben als Folge der Anerkennung der Menschenwürde im Grunde teilweise einfach aufheben und aussetzen. Das heißt, das Recht auf Leben besteht nur noch, wenn bestimmte genetische Defekte, Krankheitsveranlagung nicht vorhanden sind. Sind sie vorhanden? Dann würde ich sagen, wie ist das vereinbar damit? Es ist nicht nur eine Einzelmeinung, sondern es wird von etlichen staatsrechtlichen Kollegen vertreten, dass das Recht auf Leben von der Menschenwürde fundiert, auch bei dem Embryo vor der Nidation besteht und nicht eher mit und nach der Nidation oder bei weiteren späteren Stadien. Hier würde gravierend etwas sozusagen auseinandergerissen und eigentlich mit der Prämisse wäre es nicht mehr vereinbar, dass menschliches Leben im Status des Embryo ein Lebensrecht hat, seine Würde fundiert, dann auf einmal nach bestimmten Fehleigenschaften oder fehlenden Eigenschaften darüber einfach disponiert werden kann.

Abg. **Pascal Kober** (FDP): Meine Frage geht an die Professoren Böckenförde und Huber. Es geht um die kollidierenden Grundrechte von Mutter einerseits und Embryo andererseits. Ist die Abwägung dieser kollidierenden Grundrechte im Fall der Schwangerschaftsabbruch genauso zu bewerten oder identisch, die bei der Präimplantationsdiagnostik. Wenn nicht, warum nicht?

SV **Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde**: Es ist so, die, wenn ich Sie recht verstanden habe, das Verhältnis zum Recht der Eltern auf Selbstbestimmung und ...

Abg. **Pascal Kober** (FDP): Es geht um die kollidierenden Grundrechte. Schwangerschaftskonflikt zwischen Mutter und Kind, zwischen Mutter und Embryo ist es gleich zu bewerten im Falle des Schwangerschaftskonfliktes, wie im Falle der Präimplantationsdiagnostik.

SV **Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde**: Nein, das ist meines Erachtens unterschiedlich zu bewerten. Ich sehe in dieser Diskussion oft hervorgeschobenen Wertungswiderspruch nicht. Denn bei dem Schwangerschaftskonflikt handelt es sich darum, dass konkret ein Konflikt besteht zwischen dem werdenden Kind in der Mutter und bei der Mutter selbst, die in einer Einheit in Zweiheit verbunden sind. Dieser Konflikt

kommt oft dadurch, dass der Ausgangspunkt eine ungewollte Schwangerschaft ist und dann ist jetzt die Frage: Wie ist das miteinander auch abzuwägen, wie weit reicht die Einstandspflicht auf der Mutter und wo gibt es auch für die Mutter Opfergrenzen? Das versucht dieser § 218a Abs. 2 irgendwie in eine Regelung zu bringen, wobei ich zustimmen muss, was Frau Schöne-Seifert sagte, die praktische Handhabung ist in der Tat so, dass es zu mindestens dreiviertel, wenn nicht sogar noch mehr, verdeckte embryopathische Indikationen sind, die dort ablaufen. Das der Gesetzgeber hier natürlich Abwägungen zu treffen hat. Ob die praktische Handhabung immer dem entspricht, was im Gesetz normiert ist, das ist eine zweite Frage. Aber bei der Präimplantationsdiagnostik ist es so, dass der Ausgangspunkt ein Kinderwunsch ist und zwar ein sehr starker Kinderwunsch, sonst würde man sich dieser Prozedur, die dazu gehört, nicht aussetzen. Man möchte unbedingt ein Kind, aber dann, sage ich einmal, ich möchte aber nur ein Kind, wenn es keine bestimmten genetischen Defekte hat oder Veranlagungen dazu. Dort wird von vornherein das dann ausgeschlossen, da ist kein konkreter Konflikt vorhanden und es wird dann durch die PID erst hervorgerufen, dort wird der Konflikt sichtbar gemacht und dann wird er antizipiert in einer Weise, das abstrakt, es geht hier nicht um konkrete Konfliktlösungen, abstrakt wird ausgesondert. Es wird selektiert. Und das ist in sich ein Unterschied vom Sachverhalt her, der es durchaus rechtfertigt, hier Rechtsfolgen zu setzen oder Regelungen zu treffen, die sich unterscheiden. Zu sagen, dies möchte ich von vornherein draußen vorhalten, um diese Art der Aussonderung, die es darstellt, zu verhindern. Ich sehe auch nicht, dass dem zum Beispiel ein Recht auf Wissen der Eltern entgegen steht, denn dieses Recht auf Wissen, das kann man einmal aus Art. 6, auf Elternschaft, herleiten und aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht. Aber dieses Recht sind nicht absolut, sondern sie finden ihre Grenze. Sie können gesetzlich eingeschränkt werden, Art. 2 sagt es ausdrücklich, es kann eingeschränkt werden und wenn vernünftige Gründe da sind, um das einzuschränken, und hier die Gründe ergeben sich nach meiner Auffassung nämlich aus dem Lebensrecht und dem Interesse des Embryos. Das Wissen dazu ist, wenn die Eltern das unbedingt für sich haben und wissen wollen, deswegen PID beanspruchen, das tun sie zunächst einmal aus ihrem eigenen Interesse und (16:08:01), aber dass das begrenzt werden kann, weil nämlich durch dieses Wissen das Lebensrecht des Embryos natürlich erheblich gefährdet wäre und nicht nur abstrakt, sondern konkret gefährdet wäre. Von daher besteht ein legitimer Grund, um Informationsfreiheit für die Eltern oder die es wissen wollen, einzuschränken, weil das nicht willkürlich ist, sondern das dient einem Zweck, nämlich den Schutz des Lebensrecht und der Würde auch des Embryos.

SV Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber: Ich brauche nur ganz kurz, zwei ethische Gesichtspunkte zu ergänzen. Der eine heißt: In dem Augenblick, indem ein Paar, das bisher unter Kinderlosigkeit leidet, sich dazu entscheiden, den Weg IVF zu gehen, tut es dies in der Absicht, dass dies auf diese Weise hergestellten Embryonen auch implantiert werden. Es tut es nicht unter den Gesichtspunkt, dass erst nach der Herstellung der Embryonen darüber entschieden wird, ob sie implantiert werden sollen. Den zweiten Weg zu beschreiten hieße nämlich ethisch betrachtet, diesen Reproduktionsmedizinisch hergestellten Embryo zur bloßen Sache zu erklären. Unabhängig davon, wie wir jetzt die Differenzen beurteilen, nämlich welches Gewicht wir den Stufen zumessen, in denen menschliches Leben bis dahin entwickelt, dass es nicht nur Nasciturus ist, sondern geboren wird. Unabhängig sind wir uns ganz offensichtlich darin einig, dass der menschliche Embryo auf seinen allerfrühesten Stufen keine bloße Sache ist. Das bedeutet, auch die Eltern, insbesondere die Mutter tritt in dem Augenblick, in dem sie einwilligt, in die Prozedur der IVF in ein ethisches Verantwortungsverhältnis gegenüber den auf diesem Wege entstanden Embryonen. Das selbe gilt für die beteiligten Ärzte. Für alle gilt, dass sie nicht nur eine Sache herstellen, mit der nach Belieben verfahren werden kann, beispielsweise auch dadurch, dass man sie implantiert. Das muss ethisch betrachtet eigentlich der Grundsatz sein, denn sonst haben wir eine Instrumentalisierung und Verdinglichung dieser frühesten Stufe menschlichen Lebens. Das dann ganz bestimmt mit Auswirkungen großer Art. Das andere, im Blick auf den § 218a Abs. 2 heißt die Frage, wie man den offensichtlichen Wertungswiderspruch, der in der gegenwärtigen Praxis der PND liegt, auflöst. Ich höre jetzt aus manchen Voten an diesem Tisch, dass dem Gesetzgeber vorgeworfen wird, er habe eine Mogelpackung produziert. Das heißt, dem Gesetzgeber wird die Intension unterstellt, er habe die embryopathische Indikation unter der medizinischen Indikation verstecken wollen. Ich habe, das gebe ich zu, 1995 diese Sache nicht ohne Sorgen angeschaut. Ich habe gefragt, wie wird es wohl gehen? Aber ich kann nicht akzeptieren, dass eine faktische Praxis, die im Widerspruch zum Wortlautes im § 218a Abs. 2 geht, dass diese Praxis mit einem normativen Anspruch im Blick auf die gesetzliche Regelung, dass der PID ausgestattet wird, das geht mir nicht in den Sinn und wenn Sie nach einem Wertungswiderspruch fragen, dann sehe ich diesen Wertungswiderspruch hier.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zwei kurze Vorbemerkungen: Wir sind uns alle darüber im Klaren, dass es sich hier um eine Abwägungsentscheidung

handelt, bei denen rechtliche, ethische und medizinische Argumente liegen. Vielleicht auch noch einmal der Hinweis darauf, dass von Erbkrankheit betroffene Paare in der Regel Schwangerschaften erzeugen auf natürlichem Wege. Das muss ganz normal noch einmal festgehalten werden, dass wir mit der IVF schon einen Sonderweg beschreiten, der ein erheblicher Eingriffe für die Frauen ist. Jetzt kommt die erste medizinische Frage an Frau Kollek: Wie hoch ist der Anteil der Frauen, die nach Durchführung einer PID ein Kind bekommen? Ist es für die betroffenen Frauen vielleicht wahrscheinlicher, ein gesundes Kind zu bekommen, wenn sie dies auf natürlichem Wege erzeugen? Daran angeknüpft noch die Frage: Welche gesundheitlichen Risiken bestehen für die späteren Kindern bei diesem Verfahren? Also bei dem IVF mit PID-Verfahren? Zum Beispiel Mischbildungsrisiko, Mehrlingsschwangerschaften und Komplikationen neonataler Art. Gibt es Untersuchungen zu körperlich und psychischen Langzeitfolgen dieses Verfahrens?

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Der Anteil von Frauen, die nach einer PID ein Kind bekommen, liegt ungefähr in der Größenordnung, wie nach der In-vitro-Fertilisation. Das ist in Abhängigkeit von dem Alter der Frau, zwischen 20 und 25 % oder teilweise auch 30 %. Das ist in Deutschland, wenn man den Statistiken des In-vitro-Fertilisationregisters glaubt, und das kann man glaube ich auch, das ist eine sehr gute Statistik, das auch im Vergleich mit vielen europäischen Ländern sieht, ein sehr ähnlicher Prozentsatz wie in vielen anderen Ländern auch. Obwohl in einzelnen Ländern er auch höher liegt. Der Anteil von Frauen, ich glaube, das war Ihre zweite Frage, die auch Fruchtbare sind. Also Paare, die ein Risiko für Erbkrankheiten haben, sind in der Regel nicht unfruchtbar, sondern fruchtbar und sie würden dann dieses Verfahren der In-vitro-Fertilisation in Anspruch nehmen, um ein Kind zu bekommen. Ich kann das nicht sagen im Bezug auf die Praxis. Also in Deutschland, wie das aussehen wird, weiß ich nicht, aber nach den Statistiken der Human Reproduction and Embryology, von der wir die Zahlen haben, gibt es bei den Paaren, die wegen einer Erbkrankheit eine Präimplantationsdiagnostik durchführen, das ist ungefähr ein Drittel, die unfruchtbar auch sind, auf Grund der genetischen Disposition, die dort vorliegen. Man muss aber dazu sagen, dass vorhin nur auf die Paare eingegangen worden, die die Präimplantationsdiagnostik machen, wegen einer Erbkrankheit. Man muss aber sagen, dass es insgesamt von allen Paaren, die Präimplantationsdiagnostik machen, zwei Drittel sind, die das nicht wegen einer Erbkrankheit machen, sondern um die Effektivität der In-vitro-Fertilisation zu erhöhen. Das sind von den knapp 6.000, die das im Jahr nach dem Europäischen Register machen, sind es fast 4.000 oder knapp 4.000, die unfruchtbar sind und die PID machen, damit

möglicherweise eine Schwangerschaft erzeugt werden kann. Aber das sind Fälle, wo eben dieses Aneuploidiescreening stattfindet, von dem wir immer noch nicht wissen, ob es wirklich die Effektivität erhöht oder nicht. Wenn ich Ihre letzte Frage richtig verstanden habe, dann geht es darum, ob Paare mit Chromosomenstörungen auch auf natürlichem Wege schwanger werden können. Ja, das ist so! Paare, die auch solche Chromosomentranslokationen haben, wodurch die Embryonen nicht entwicklungsfähig sind, haben durchaus meistens einige Embryonen, die auch entwicklungsfähig sind. Nach den Untersuchungen, die es zur Zeit gibt, werden diese Paare sogar häufiger schwanger, als die Paare, die die PID anwenden und sie haben auch weniger spontane Schwangerschaftsabbrüche, also wo der Embryo dann abstirbt, als die Paare, die die Präimplantationsdiagnostik anwenden. Es gibt Übersichtsarbeiten dazu, das ist aber schon eine komplizierte Geschichte und man muss sich auch genau angucken, um welche Gruppen es sich im Einzelnen handelt. Ich hoffe, ich habe Ihre Frage beantwortet.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich habe auch eine Frage an Frau Prof. Kollek. Wir müssen in unsere Erwägung mit einbeziehen, dass es ein Recht auf Wissen gibt in allen Fragen, die sich mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit beschäftigen. Nun geht es natürlich bei allen Versuchen, die Präimplantationsdiagnostik in irgend einer Art und Weise einzugrenzen, geht es darum, inwiefern diese Begrenzung überhaupt technisch medizinisch möglich ist. Deshalb würde mich interessieren, ob nach den derzeit üblichen PID-Verfahren und nach denen, die in der Zeit in der Entwicklung sind, Nebenbefunde überhaupt vermeidbar sind und was das für die Medizinerinnen und Mediziner bedeutet, diese Nebenbefunde zu erheben, sie aber möglicherweise nicht den betreffenden Frauen mitteilen zu dürfen. Was würde es für eine Rechtsprechung, Beispiel beim Arzthaftungsrecht bedeuten für die Medizinerinnen und Mediziner, die solche Nebenbefunde wahrnehmen, sie aber auf Grund rechtlicher Beschränkung den betreffenden Frauen bzw. Eltern nicht mitteilen dürften? Was bedeutet das überhaupt für die Eingrenzungsmöglichkeit des Anwendungsbereichs für die Präimplantationsdiagnostik in der Praxis?

Sve **Prof. Dr. Regine Kollek**: Wenn Sie jetzt die Begrenzung der PID ansprechen, in Bezug auch auf die diagnostischen Methoden, die es gibt und die derzeit angewendet werden, so hängt es natürlich sehr davon ab, wonach man schaut, zunächst einmal. Also wenn man nach der Veränderung in einem Gen schaut, also bei einer klassischen Erbkrankheit, wie

die Mukoviszidose beispielsweise, dann wird man auch nur das finden, wenn man dieses eine Gen anschaut und dann würden auch nicht unbedingt Nebeninformationen entstehen. Was aber durchaus teilweise entstehen kann, auch bei solchen Untersuchungen, ob der Vater tatsächlich der Vater ist in diesem Fall oder ob vielleicht auch die Familienkonstellation hier in Frage stehen und normalerweise muss natürlich auch die Frau darüber informiert werden oder das Paar, dass solche Nebeninformationen anfallen können. Was weitergehende Nebeninformationen betrifft, hängt es sehr davon ab, welche diagnostischen Verfahren angesetzt werden. Also in der Diskussion und teilweise in der Validierung sind heute auch sogenannte chipdiagnostische Techniken, die aber noch nicht routinemäßig in der klinischen Praxis eingesetzt werden, aber sie werden erprobt und geprüft. Dort zielt man darauf ab, sowohl sehr viele genetische Veränderungen in ganz unterschiedlichen Genen zu erfassen, als auch gleichzeitig den Chromosomenstatus, also ob man hier ein normales Chromosomenbild hat oder nicht, festzustellen. Wenn solche Untersuchungen tatsächlich einmal zum Einsatz kommen werden oder würden, was ich für wahrscheinlich halte, dann wird man natürlich auch relativ viele Nebeninformationen automatisch mit generieren und die könnte man wahrscheinlich nur schwerlich der Frau oder dem Paar vorenthalten und das würde dann eben auch im gegebenenfalls bedeuten in der Entscheidung noch größere Schwierigkeiten, also welcher Embryo wird dann implantiert oder nicht. Aber wie gesagt, das ist im Moment noch nicht Praxis, hätte aber sicherlich Konsequenzen auf das Arzt-Haftungsrecht. Es ist heute schon die Praxis, dass in dem Sinne desillusionierend aufgeklärt werden muss, also tatsächlich der Frau dann auch alles mitzuteilen ist. Also es wäre wahrscheinlich schwierig, dann solche Befunde auch zurück zu halten, wenn sie denn einmal erhoben sind.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Frau Graumann und dann eine an Frau Kollek. Frau Dr. Graumann, die PID setzt die künstliche Befruchtung voraus. Man braucht aber mehr Eizellen, als bei einer gewöhnlichen IVF. Was können Sie uns sagen über die Belastung, die dadurch für die Frauen entsteht durch die Befruchtung zum Einen und dann auch durch die Schwangerschaft?

Sve **Dr. Dr. Sigrid Graumann**: Die Belastung, das kann Herr Dr. Diederich natürlich auch beantworten. Zum Einen: Es ist zum Teil behauptet worden, in der Debatte, man bräuchte nicht mehr Eizellen. Ich habe die Zahl gerade nicht im Kopf, weil ich sie einfach nicht dabei habe, aber wenn man sich die Zahlen anguckt, die normaler Weise, die verwendet

werden, sind es erheblich mehr Eizellen, als bei einer normalen In-vitro-Fertilisation. Das Problem dabei ist, dass die Frauen eine Hormonstimulation über sich ergehen lassen müssen, damit mehrere Eizellen gleichzeitig reifen. Das ist natürlich auch nicht genau kalkulierbar, wie viele Eizellen dabei entstehen. Das hängt dann auch wieder davon ab, wie alt die Frauen sind. Bei jüngeren Frauen gibt es eher mehr, als bei älteren Frauen. Jedenfalls ist es schwer kalkulierbar und nach meinen Informationen, das kann ich aber gerade nur ganz unter Vorbehalt sagen, wird höher stimuliert. Das sind aber Mund-zu-Mund Informationen. Was die Risiken für die Schwangerschaft angeht, sind Schwangerschaften nach In-vitro-Fertilisation, da besteht Einigkeit darüber, generell als Risikoschwangerschaften zu behandeln und es sind natürlich insbesondere dann Risikoschwangerschaften, wenn es zu Mehrlingen kommt. Das ist aber ein Problem, was ganz regulär mit der In-vitro-Fertilisation verbunden ist. Der Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik besteht einfach nur darin, dass die Frau extra für die Diagnostik diese Risiken eingehen müssen für sich, aber natürlich bei Mehrlingsschwangerschaft und Schwangerschaftskomplikationen, also auch für ihre Kinder.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Dem ist wenig hinzuzufügen. Vielleicht noch ein Aspekt, was die Risiken der PID für die möglichen Embryonen oder Kinder betrifft. Die Präimplantationsdiagnostik wird überwiegend noch an dem ungefähr achtzelligen Embryo vorgenommen und nicht wie der Fall, der hier behandelt worden ist in dem so genannten Plastozytenstadium, was eine Kulturvierung von fünf Tagen voraussetzt, wo dann der Embryo ungefähr 80 Zellen hat oder so in der Größenordnung. Man ist lange Zeit davon ausgegangen, dass die Entnahme von ein oder zwei Zellen in dem acht-Zellstadium den Embryo nicht wesentlich schädigt und nur seine Entwicklung ein wenig verlangsamt, eine Entwicklung, die er aber dann hinterher wieder aufholt. Da ist man wohl mittlerweile anderer Meinung. Tatsächlich scheinen auch die frühen Embryonen doch häufiger durch den Eingriff selber abzusterben und nicht sich weiterzuentwickeln, sodass eine Entnahme von Zellen im Plastozytenstadium möglicherweise schonender ist. Das ist aber schwieriger, weil dann das Zeitfenster, was für die Diagnose und Untersuchung zur Verfügung steht, sehr eng ist, weil man dann den Embryo am fünften Tag einsetzen muss, weil ansonsten verliert der die Entwicklungsfähigkeit. Insgesamt kann man natürlich, gut, die Präimplantationsdiagnostik ist jetzt 20 Jahre alt, ziemlich genau 1992 sind die ersten Fälle durchgeführt worden, aber in den ersten Jahren waren es natürlich sehr sehr wenig Fälle. Langfristige Folgen sind naturgemäß sehr schwer abzuschätzen. Es sind

aber bisher für die Kinder selber nicht unbedingt nachteilige Entwicklungsfolgen bekannt geworden, jedenfalls nicht die, die geboren worden sind, außer natürlich, dass das Mehrlingsrisiko steigt, wie Frau Graumann schon gesagt hat, wie überall nach In-vitro-Fertilisation und das ist natürlich sozusagen ein Risiko, was die an sich fruchtbaren Paare, die dann wegen einer genetischen Veränderung eine In-vitro-Fertilisation auf sich nehmen, natürlich dann wiederum tragen, weshalb es nach einer In-vitro-Fertilisation und PID natürlich, sagen wir mal, eine insgesamt etwas höhere Rate an Fehlbildungen gibt als natürlicherweise vorkommen. Das ist eine Untersuchung, die Herr Diedrich gemacht hat, zum Teil nach IVF und ...(?16:26:58).

Vorsitzende: Prof. Diedrich war jetzt zweimal angesprochen. Biggi, möchtest du, dass das weitergegeben wird nochmal? Nein, dann hat die Kollegin Schmidt das Wort.

Abg. **Ulla Schmidt** (SPD): Zunächst mal möchte ich mich noch bei Prof. Huber noch bedanken, dass er noch einmal klar gestellt hat, dass bei der Neuregelung des § 218 und die Diskussion um die Abschaffung der embryopathischen Indikation genau auch Intention des Gesetzgebers hat, dass eine solche Abschaffung der embryopathischen Indikation eine Ausstrahlungswirkung hinsichtlich des Nichtdiskriminierungsgebots gegenüber behinderten Menschen hat, was sich in der Änderung des Artikels 3 Absatz 2 Grundgesetz und in der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention deutlich zeigt. Insofern habe ich eine Frage an Dr. Radtke, inwieweit Sie nicht sehen, dass in einer Zulassung der PID, Sie haben es eben kurz angedeutet, hier ein Wertungswiderspruch besteht und damit auch eine Zulassung, die die Diskriminierung unerwünschter Entwicklung von Leben, so muss man es sagen, das Verwerfen von Leben, das nicht erwünscht ist, mit einschließt, inwieweit eine solche Zulassung gegen die UN-Behindertenrechtskonvention verstößt? Ich habe eine Frage an Prof. Kollek, dass der Gesetzentwurf von Flach u. a. sagt, dass die PID bei schwerwiegenden Erkrankungen erlaubt sein soll, ohne zu definieren, was denn eine schwerwiegende Erkrankung ist und inwieweit ein solcher unbestimmter Rechtsbegriff überhaupt eine Eingrenzung ermöglicht oder ob nicht daraus genau die Gefahr besteht, nicht wie Prof. Schöne-Seifert gesagt hat, in der Frage einer inflationären Ausweitung, sondern in einer qualitativen Ausweitung der Selektion und zwar am Beginn des menschlichen Lebens.

SV Dr. Peter Radtke: Die wenigsten Menschen in unserer Bundesrepublik glaube ich wissen überhaupt, was die UN-Rechtskonvention für Behinderte ist. Aber die PID-Diskussion ist durchaus, gerade durch die Medien, sehr publik gemacht worden, wesentlich stärker, als die UN-Behindertenkonvention. Ich sehe vor allen Dingen die Diskriminierung oder die PID als eine Signalwirkung auch auf die Bevölkerung. Das heißt, die Bevölkerung wird sich bewusst oder wird bewusst gemacht, dass es offensichtlich behinderte Menschen gibt, die weniger wert sind als andere behinderte Menschen. Oder, ich darf das an einem kleinen Beispiel deutlich machen, unsere ...**frau (?16:30:17)** als ich ihr von den Ängsten berichtete, die ich in dieser ganzen Entwicklung habe, sagte zu mir: „Aber Herr Dr., Sie brauchen doch keine Angst haben. Sie können ja denken.“ Das heißt, die Unterscheidung innerhalb der Behindertengruppen, die an sich vorhanden ist, wird noch gestärkt dadurch, dass es bestimmte Gruppen gibt, die dann außen vor bleiben. Ich würde noch gerne ganz kurz nur auf ein Begriff eingehen, den Sie jetzt nicht gefragt haben, aber der mir doch wichtig erscheint. Selbstbestimmungsrecht der Mutter oder des Paares höre ich immer. Ich bin voll und das ist ein Schlagwort der Behindertenbewegung gewesen, die Selbstbestimmung, aber das ist eine Selbstbestimmung auf einen selber. Hier aber geht es um Lebewesen, die später einmal ein selbstständiges Leben führen sollen. Meine Frage ist schon, wenn ich, hatte vorhin schon Alzheimer angesprochen, aber auch andere Behinderungsarten, die erst später auftreten. Inwieweit kann eine Mutter einem Elternpaar bestimmen, wie das Leben eines anderen Menschen aussehen wird? Das hätte ich noch gerne angeführt.

SVe Prof. Dr. Regine Kollek: In der Tat, was eine schwerwiegende erbliche Erkrankung ist, ist nicht zu definieren und das Problem ist tatsächlich, wenn das das entscheidende eingrenzende Kriterium sein soll, dann können wir eben doch im Rahmen der Entwicklung in Europa, die eben eine qualitative ist und nicht unbedingt eine quantitative, die großen quantitativen Zahlen mit sich bringt, doch schon erkennen, gerade Frankreich ist hier ein Beispiel, die sehr kritisch dieses Verfahren diskutiert haben und immer noch tun übrigens, aber auch da sind mittlerweile Fälle genehmigt worden zur Erzeugung so genannter Helferbabys, wo es nicht nur um Krankheiten geht, sondern um Kinder, die möglicherweise als Gewebe- oder Stammzellspender für ihre erkrankten Kinder dienen können. In England und anderen Ländern ist mittlerweile akzeptiert, dass so etwas wie genetische Krebsdisposition, die

noch nicht mal mit 100 Prozent Wahrscheinlichkeit auftreten müssen im Leben, dass die anerkannt werden als Indikation für die Präimplantationsdiagnostik. Sodass sich im Grunde genommen, der Katalog lässt sich sehr schwer nur begrenzen und hier ist es ganz ähnlich, wenn man denjenigen, die darüber entscheiden sollen, also die entsprechenden Ethikkommissionen, keine Kriterien an die Hand gibt, was denn eigentlich eine schwerwiegende Krankheit ist, und ich glaube es ist nicht zu definieren, weil das sehr subjektiv sein kann und Krankheiten sich im einzelnen sehr unterschiedlich ausprägen können, dann halte ich dieses Kriterium schwerwiegende genetische Erkrankung für nicht brauchbar als ein Grenzungskriterium.

Vorsitzende: Damit kommen wir zur Gruppe der Unterstützer der Drucksache 17/5452, Abgeordnete René Röspel, Priska Hinz und Patrick Meinhardt u. a. Der erste Fragende ist Kollege Röspel.

Abg. **René Röspel** (SPD): Im Antrag der Kollegen Flach u. a. steht in der Begründung, dass Erbkrankheiten monogen bedingte Erkrankungen, Chromosomstörungen sind. Der schnelle Blick in den Pschyrembel zeigt aber, dass auch polygene, multifaktorielle Krankheiten als Erbkrankheiten verstanden werden. Deswegen meine Frage an Frau Haker und Frau Graumann, welche Erbkrankheiten eigentlich derzeit in Deutschland als schwerwiegende Erbkrankheiten eingestuft werden. Fallen darunter beispielsweise das Down-Syndrom, Chorea Huntington, Brustkrebs? Werden solche Krankheiten bereits jetzt durch Pränataldiagnostik erfasst und gibt es Beispiele dafür, dass es zur Abtreibung gekommen ist?

SVe **Prof. Dr. Hille Haker:** Wir sind jetzt gerade eigentlich schon in einem Stadium, wo gerade gesagt worden ist, die trennscharfe Abgrenzung von Krankheiten und schwerwiegenden Krankheiten ist unmöglich oder nur um den Preis der Willkür in Wirklichkeit. Was mich ein bisschen irritiert, ist, dass wir auf der einen Seite meinen, in Deutschland die Präimplantationsdiagnostik als PID diskutieren zu können, während, wenn man schon europäisch und international diskutiert, eigentlich die PID und PGS, nämlich das Screening, und da kommen Ihre ganzen aufgezählten Krankheiten nämlich mit rein, diskutiert. Genau diese Abgrenzung muss uns interessieren. Bei der Pränataldiagnostik haben wir, das sind jetzt empirische Studien, die kann man heranziehen, was untersucht

wird, was nicht untersucht wird bei den internationalen Zahlen zur Präimplantationsdiagnostik, ist es glaube ich überhaupt nicht von der Hand zu weisen, dass es mehrheitlich um Screenings geht und nicht um ganz genau detailliert identifizierbare Krankheiten. Einerseits. Andererseits geht es sogar darum, ganz aus diesen Krankheitsbefunden rauszugehen, entweder in das, was wir etwas merkwürdig als Retterkinder bezeichnen, für die Behandlung von Geschwisterkindern durchgeführte Präimplantationsdiagnostik, und zu einem relativ großen Anteil Geschlechtsselektionen. Auch da kommen wir in ganz andere und unterschiedliche Rillen hinein, bei denen ich dann nicht mehr weiß, wie wir eigentlich in der deutschen Diskussion einerseits sagen, wir müssen anschlussfähig werden an die Präimplantationsdiagnostik in Europa oder international, gleichzeitig machen wir hier aber eine ganz ganz klare Regelung, nennen das aber trotzdem schwerwiegende Krankheiten. Das war jetzt ein bisschen drüber hinausgeschossen, aber den Rest kannst du machen.

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Es gibt natürlich in der, das ist wieder so etwas, es gibt keine wirklichen Regelungen, was schwerwiegende Krankheiten ausmacht. Es gab, als wir vor zehn Jahren über die PID diskutiert haben, gab es schon eine heftige Debatte darum, ob das bedeutet, Tod in der Kindheit oder schwere Pflegebedürftigkeit. Da gab es den Versuch, ich war damals in der Enquete und einvernehmlich waren wir uns einig über alle anderen Positionen weg, dass es im Grunde nicht möglich ist, solche Kriterien wirklich konsensuell festzustellen. Wo wir die Entscheidung über schwerwiegende Krankheiten haben oder was schwerwiegend ist, das ist das, was sich in der Praxis zeigt. Da wollte ich nur zwei Beispiele nennen. Das eine Beispiel ist aus meiner eigenen, ich führe gerade selbst eine Studie zu Entscheidung von Eltern nach positivem Befund Pränataldiagnostik durch und meine, unserer Beobachtung nach jetzt einem Jahr Interviews, die wir führen, nach der ersten Datenerhebung, ist, dass es für die Eltern immer um schwerwiegende Krankheiten geht, ob das ein Down-Syndrom ist oder ob das Kind nicht lebensfähig ist oder ob es um einen schweren Herzfehler geht, der möglicherweise auch operiert werden kann, aber mit ungewissem Ausgang. Für die Eltern in der Situation geht es hier um schwerwiegende Krankheiten. Das sind, egal wie sie sich entscheiden, schwerwiegende Krankheiten und da beziehen sie sich erst einmal auf sich selbst. Den zweiten Punkt, den ich dazu nennen wollte, der da vielleicht ein bisschen Licht in die Sache bringt, ist die Auseinandersetzung, die es vor vielen Jahren zwischen den Betroffenen von Mukoviszidose und den Eltern mit betroffenen Kindern gab. Daran hat sich an der Auseinandersetzung damals um die Pränataldiagnostik hat sich dieser Verband zunächst mal getrennt und zwar deshalb, weil

für die Betroffenen selbst ist zystische Fibrose eine Krankheit, mit der man leben kann, mit der sie die Erfahrung gemacht haben oder in aller Regel die Erfahrung machen, ein Leben zu führen, dass mit bestimmten Einschränkungen verbunden ist, wie jedes Leben mit bestimmten Einschränkungen verbunden ist, aber die ihr Leben nicht als nicht lebenswert bezeichnen würden, während für die Eltern die Perspektive eine Rolle spielt, für ein Kind mit einer entsprechenden Krankheit zu sorgen. Ich wüsste nicht, wie ich das objektivieren will, sollte, diese beiden Perspektiven irgendwie in einen Katalog zu bringen und beide Perspektiven spielen eine Rolle. Nochmal zur Pränataldiagnostik. Der überwiegende Anteil der Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik, aber das ist die Besonderheit bei der Pränataldiagnostik, betrifft Krankheiten und Behinderungen, die ich jetzt aus der Perspektive mit gewissen Erfahrungen mit behinderten Menschen, mit Kindern, mit Eltern die behinderte Kinder haben, eben gerade nicht das, was wir als die ganz besonders schlimmen und schweren Fälle im Kopf haben. Das muss man einfach klar sagen.

Abg. **Jörn Wunderlich** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Haker und Frau Dr. Graumann. Es ist gerade nochmal gesagt worden. Die Pränataldiagnostik und dann die Abtreibung, medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche. Ist es aus Ihrer Sicht denn oder ist aus Ihrer Sicht die Zulassung der PID zum Ausschluss nicht entwicklungsfähiger Embryonen, um eben solche Schwangerschaftsabbrüche, medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche, so wie Tod oder Fehlgeburten zu vermeiden. Ist diese Zulassung ethisch anders zu bewerten als die Zulassung der PID zur Feststellung von schweren Erbkrankheiten, wie immer schwer die sein mögen? Was wir schon gesagt haben, wir können es nicht genau feststellen, was ist unter schwer zu fassen.

Sve **Prof. Dr. Hille Haker**: ... gerne darauf antworten. Normativ auf jeden Fall ja, weil es zwei ganz unterschiedliche Paradigmen sind. Das eine Paradigma kommt eigentlich eher aus der Pränataldiagnostik und wenn wir das jetzt heute Nachmittag hier so sagen dürfen, ist selektiv. Das andere Paradigma kommt aus der assistierten Fortpflanzung und heißt, der Sinn und Zweck der assistierten Fortpflanzung besteht in der Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die PID steht genau auf dem Kreuzungspunkt dieser zwei Praktiken. Ich kann jetzt sozusagen das eine Paradigma hernehmen aus der Pränataldiagnostik und den selektiven Zweck sozusagen an die erste Stelle stellen. Dann werde ich vielleicht begrenzen wollen. Dann werde ich vielleicht sagen wollen, zulassen unter engen Begrenzungen oder verbieten, aber mit Ausnahmen. Aber ich bleibe in dem Paradigma. Wir tun uns alle glaube

ich sehr sehr schwer, hier überhaupt trennscharf reden zu können. Ich bin zu der Entscheidung gekommen, dass, solange wir innerhalb dieses Paradigmas reden, kommen wir immer wieder in ganz große Schwierigkeiten und in normative Asymmetrien in unserem Rechtsgefüge. Komme ich aber von der anderen Seite her, von der assistierten Fortpflanzung mit dem Zweck der Herbeiführung einer Schwangerschaft, dann gibt es nun einmal Situationen, in denen dieser Zweck objektiv nicht erfüllt werden kann und zwar durch die Entwicklungsunfähigkeit eines Embryonen. Die große Frage, auch die Frage an die Wissenschaftler, ist doch dann: Kann man das vorher schon wissen? Erst hier kommen meines Erachtens die so genannten 200 Fälle oder sehr sehr sehr geringe Zahlen von Fällen ins Blickfeld. Es gibt in der Tat Lebensgeschichten, wo Todgeburten oder immer wieder erfolgte Fehlgeburten nicht einfach so passieren, sondern auf einer bestimmten feststellbaren Krankheit basieren. Das ist was ganz anderes als Screening oder sonst irgendetwas. Hier verkehrt sich sozusagen unsere Intention, assistierte Fortpflanzung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft einzusetzen, in ihr Gegenteil. Ich bin dankbar, dass ich das jetzt ein bisschen ausführen konnte, aber ich glaube, nur dann, wenn wir sehr streng auf diesem Paradigma bleiben, können wir konsistenterweise die Entwicklungsfähigkeit ansehen in diesen Fällen, ohne in das Selektionsparadigma hineinzurutschen. Allerdings muss ich dazu sagen, gibt es in dem Antrag die Klausel sozusagen „oder bis zum ersten Lebensjahr“ und da habe ich größere Schwierigkeiten damit, weil ich glaube, dass es da Abgrenzungsprobleme gibt. Ich habe in meiner Stellungnahme gesagt, dass ich lieber so etwas wie eine Appellinstanz haben möchte, wo Paare sich hinwenden können, sodass dann tatsächlich eine verfahrenstechnische Lösung gefunden wird, streng nach dem Kriterium der Entwicklungsfähigkeit.

SVe Dr. Dr. Sigrid Graumann: Wenn man es so argumentiert, wie ich vorher versucht habe, zu argumentieren und ich habe den Eindruck, dass es ein Anliegen ist, was zum Großteil hier geteilt wird, nämlich keine Technologie, kein medizinisches Verfahren explizit zu erlauben, dass die Selektion von Menschen mit Behinderung zum Ziel hat. Das ist vorsätzlich im Grunde darauf abzielt, die Existenz bestimmter Menschen zu vermeiden. Wenn man so argumentiert, dann kann man sagen, dass die Ausnahmeregelung, wenn es um nicht entwicklungsfähige Embryonen geht, da ausgeschlossen sind. Deshalb halte ich das ähnlich wie Hille Haker das gerade argumentiert hat, für eine gut begründbare und plausible Ausnahmeregelung. Die Frage ist ein bisschen die Vermittelbarkeit, denke ich. Das ist die Erfahrung, die ich in der Debatte gemacht habe. Diese und diesen Unterschied zu vermitteln und ein Problem ist, das habe ich vorher schon gesagt, für mich die Ein-

Jahres-Regelung. Ich denke aber, dass es, da will ich nochmal eine kurze Brücke schlagen zu einem Punkt, der vorher angesprochen worden ist, mit der UN-Behindertenrechtskonvention, weil ich tatsächlich denke, dass es hier nicht trivial ist. Ich glaube, dass die UN-Behindertenrechtskonvention tatsächlich die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik zumindest sehr fragwürdig erscheinen lässt und zwar nicht deshalb, weil ungeborenes Leben geschützt wäre auf einer völkerrechtlichen Ebene, das ist es nämlich nicht. Die UN-Behindertenrechtskonvention schützt erst Kinder ab der Geburt. Aber die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet den Staat dazu und sie ist ratifiziert worden von Deutschland, die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass sich nicht diskriminierende Einstellungen gegenüber behinderten Menschen kulturell durchsetzen können und dass solche Praktiken zurückgedrängt werden, die einer Diskriminierung, die Ausdruck der Diskriminierung von behinderten Menschen sind oder diese verstärken können. Das ist völkerrechtlich gesehen eine ganz neue Geschichte, das Diskriminierungsverbot in die Richtung weiterzuentwickeln und daraus praktisch eine positive Orientierung zu machen. Ich glaube, die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik würde hier vorzeitig Türen zumachen, die wir nicht zumachen sollten.

Sve Prof. Dr. Hille Haker: Ich würde gerne noch einen Satz ergänzen. Für mich ist dieses Kriterium der Entwicklungsfähigkeit eigentlich keine Ausnahmeregelung. Also in der Sprache würde ich das nicht als eine Ausnahmeregelung ansehen wollen, sondern als eine Anwendung der Überprüfung von Entwicklungsfähigkeit im Kontext der assistierten Fortpflanzung. Die Frage würde nämlich an Herrn Diedrich gehen: Wie wird es denn jenseits oder diesseits von PID im Moment gemacht? Es wird doch immer gesagt, es geht ein Embryo nicht an, also der entwickelt sich gar nicht. Dann wird selbstverständlich nicht implantiert, weil man davon ausgehen muss, dass der Embryo sich nicht entwickelt. Ich will überhaupt nicht in die ganze Diskussion hineinkommen von Behinderungen. Ich kann mir einfach nicht vorstellen, wie wir das Fass überhaupt wieder zu kriegen sollen. Aber eine Anwendung der Präimplantationsdiagnostik als Voraussetzung der Herbeiführung einer Schwangerschaft ist etwas ganz anderes.

Abg. **René Röspel** (SPD): Zwei Fragen an Frau Graumann zum Antrag der Kollegin Flach und andere. Erlaubt der § 3a Abs. 2 Satz 2 des Gesetzentwurfes der Abg. Flach das sogenannte Aneuploidiescreening. Dort geht es darum, dass nicht rechtswidrig ist, um es aus dem Kopf zu sagen, eine Untersuchung von Embryonen auf die Möglichkeit einer

Schädigung, die zu einer Tod- oder Fehlgeburt führt. Das ist ausdrücklich abgekoppelt von Vorbedingungen, wie humangenetisch festgestellten Schädigungen der Eltern. Also ist damit die Möglichkeit eröffnet, eben künftig bei allen künstlichen Befruchtungen die Embryonen auf die Gefahr einer Tod- und Fehlgeburt zu untersuchen, ohne das bei den Eltern eine Vorgeschichte existiert? Die zweite Frage stelle ich jetzt an Frau Haker, damit Frau Graumann noch suchen kann. Ist die PID ein wirksames diagnostisches Verfahren, um Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden?

SVe **Dr. Dr. Sigrid Graumann:** Ich finde gerade die Formulierung nicht mehr, aber ich weiß, dass ich mich damit schon einmal beschäftigt habe und das meine Einschätzung die war, dass die Aneuploidiescreening damit erfasst ist, also zugelassen werden würde und zwar unbeabsichtigter Weise. Ich finde es nur gerade nicht.

Nichts rechtswidrig handelt auch, wer eine Präimplantationsdiagnostik zu Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos vornimmt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tod- oder Fehlgeburt führen wird. Das ist damit, wenn es nicht weiter eingeschränkt wird, umfasst es das Aneuploidiescreening. Man müsste hier praktisch noch einmal eine weitere Einschränkung vornehmen, wie das in dem Röspel- und nur dann, das verbietet sich anderen Gründen.

SVe **Prof. Dr. Hille Haker:** Ich bin gefragt worden, ob die PID ein Instrument der Vermeidung von Schwangerschaftsabbrüchen ist. Empirisch kann man wahrscheinlich sagen „Ja“ und normativ muss man trotzdem sagen „Nein“. 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, nämlich aus dem, was ich einmal jetzt das Selektionsparadigma oder Verhinderungs- oder Präventionsparadigma ganz ohne Wertung nenne, auszustiegen und streng gesundheitsbezogen zu argumentieren in den Schwangerschaftskonflikten. Dieses normative Paradigma aber in der Praxis bisher nicht wirklich durchgeschlagen hat, da sind wir uns eigentlich alle darüber einig, unter dieser Prämisse, dass es hier eine Diskrepanz zwischen Norm und Praxis geht, halte ich es für möglich, dass Schwangerschaftsabbrüche durch die PID vermieden werden. Ist es akzeptabel, da kann ich mich nur Herrn Huber anschließen, natürlich nicht. Es kann doch nicht sein, dass ich eine Norm, die ich mit vielen Gründen und großer Berechtigung aufstelle, dass ich aus diesem Paradigma herauskommen will, jetzt wieder opfere, weil ich sehe, dass die Praxis mit dieser Norm nicht stand gehalten hat. Ganz im Gegenteil. Es sitzt

hier ein Elefant im Raum. Der Elefant im Raum, den ich sehe, heißt „Eltern“, die haben so große Angst, Kinder mit Behinderungen zu bekommen, nicht nur wegen dieser Behinderungen, sondern wegen ihrer Familienverhältnisse, wegen der ganzen Probleme, die damit einher gehen und das ist ein sozial-ethisches Problem. Ist es rechtlich und politisch eine Pflicht, Eltern zu befähigen, Kinder mit Behinderungen auch nicht nur bekommen zu können, sondern erziehen zu können, betreuen zu können, aber selbstverständlich ist es eine um so größere Pflicht, wenn ich dieses Paradigma der Würde der Nichtdiskriminierung hochfahre im Unterschied zu einigen anderen Ländern. Aber ja doch. Aber in dem ich sage, als Staat, bis zur Geburt tue ich alles, um dieses Paradigma der Nichtdiskriminierung und der Würde hochzuhalten und nach der Geburt lasse ich euch in vielen Hinsichten allein, wird auch der Staat ein wenig heuchlerisch. Mein Anliegen wäre, konsequenter zu sein, konsequenter fortzufahren und dann auch vielleicht ein bisschen auf einen größeren Resonanzboden zu stoßen bei den riesen großen Schwangerschaftskonflikten, die wir haben. Vielleicht verschwindet dann das Wort „Problem der Präimplantationsdiagnostik“ ganz von allein, wenn ich nämlich beraten muss, dass 75 bis 80 % dieser Paare überhaupt gar nicht schwanger werden oder keine Kinder bekommen, dass ich große Gesundheitsrisiken haben, vielleicht nicht die, die ich per PID gesucht habe, dafür handle ich mir aber andere ein und so weiter. Es kommt mir alles ein bisschen merkwürdig vor, in diese Richtung zu marschieren und unter Umständen am Ende nur noch mit der Begründung, dass ich dadurch vielleicht einige Schwangerschaftsabbrüche vermeiden könnte.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank für diese Frage- und vor allen Dingen auch für diese Antwortrunde. Wir kommen zur freien Fragerunde. Da wir noch einige Kollegen aus den Gruppen haben, die nicht zum Zuge gekommen sind, die möchte ich gern erst noch einmal fragen, ob wir diese auch übernehmen wollen, dann würden wir das so tun. Wir legen alle großen Wert darauf, dass die Kolleginnen und Kollegen, die sich bislang nicht haben festlegen können zu einem Gruppenantrag zu Wort kommen. Deswegen möchte ich einmal fragen, ob es aus der Gruppe Rede- und Fragewünsche gibt? Wenn das nicht der Fall ist, dann verfahren wir so, dass Kollegin Rawert beginnt und wir dann die Fragenden anstellen, die aus der Fragegruppe, die vorhin nicht zu Wort gekommen sind.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte aufgreifen ein Thema, was jetzt hier in verschiedensten Konstellationen auch schon Erwähnung gefunden hat. Und zwar

durchaus diese berechnigte Aussage „nicht ohne uns – über uns“, also der UN-Behindertenrechtskonvention. Wir selber arbeiten sehr stark und auch sehr viel an der praktischen Umsetzung, um dieses Recht und diesen Rechtsanspruch, den es damit quasi neu gibt und der auch mit Leben zu erfüllen ist, umzusetzen. Jetzt kam vorhin fast die Aussage, entweder es gilt der Rechtsanspruch der UN-Behindertenrechtskonvention und dem entgegen stände die Diskussion PID. Das ist für eine Parlamentarierin eine harte Aussage, auch in dem praktischen Umgang. Da würde ich gern erst einmal Herrn Prof. Herdegen bitten, ob er dort vielleicht für ein bisschen Aufklärung sorgen könnte. Aus meiner Seite mit der Intension, wir arbeiten viel daran, wir arbeiten parlamentarisch viel daran, wir arbeiten vor allen Dingen in unserem praktischen Leben genau daran, diese Wertfrage nicht zu stellen. Die zweite Frage stelle ich an Herrn Diedrich. Welche Verantwortung tragen Mediziner, Medizinerinnen, allgemein Gesundheitspersonal auch genau für die Lösung dieses Konfliktes, weil ich würde ungern mir auch sagen lassen, auch als zur Zeit noch nicht Behinderte, man weiß nie, was kommen kann, wer sich für den ersten Antrag einsetzt, würde diskriminierend argumentieren und tätig sein.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Ich bin dankbar für die Frage, weil (16:57:43) auch das wir aus staatlicher und völkerrechtlicher Sicht die Stärken der Rechtsposition von Menschen mit Behinderung immer ein Anliegen gewesen ist, nur an die Auseinandersetzung Art. 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes erinnern und ich glaube es gibt wenig Staats(16:58:03), die das höherem Maße für sich in Anspruch nehmen dürfen. Was die Behindertenkonvention angeht, meine ich aus verschiedenen Erwägungen herleiten zu können, dass sie unsere Problematik gar nicht trifft. Der Wortlaut adressiert sie nicht. Die Behindertenkonvention ist auch das Produkt einer, gerade auch in diesen Fragen völlig heterogenen Staatenwelt. Wir haben gesehen, wir schonen im engeren Europa, wo wir noch in Grundsatzfragen eine relative Werthomogenität haben, hier einen völlig unterschiedlichen Flächenteppich kontroverser Regelungen haben. Es ist also von daher gesehen auch gar nicht zu vermuten, dass die Behindertenkonvention etwas andere will als das, was sie sagt. Nämlich die Stärkung der Menschen mit Behinderung in der Rechtswirklichkeit auch mit daran geknüpften positiven Verpflichtungen des Staates. Die Fragen der Schutzpflichten gegenüber dem Ungeborenen oder gar dem Embryo in-vitro, liegt außerhalb ihres Regelungsbereiches. Es haben hier eine Fülle von Staaten zugestimmt, die wesentlich liberalere Regelungen zur PID haben, als wir sie heute Nachmittag hier zu diskutieren. Dann gilt auch der völkerrechtliche Auslegungsgrundsatz, dass eine Konvention, ein völkerrechtliches Abkommen nicht nur nach Sinn und Zweck,

das habe ich gerade versucht aufzuzeigen, nicht nur nach seinem Wortlaut, der auch eindeutig ist, sondern auch nach der nachfolgenden Konkretisierung dieser Konvention zu beurteilen ist und wenn die nachfolgende Konkretisierung der Rechtsordnung der Staaten ganz eindeutig zeigt, dass sie nicht als Einschränkung oder als Vorgabe in dieser umstrittenen Materie der PID verstanden werden soll, können wir getrost darauf schließen, dass das nicht Ihr Regelungsgegenstand ist.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Die Frage war für mich, ob sich die PID gegen die Behinderten richtet. Ich würde eindeutig sagen, dass das nicht der Fall ist. Wir haben die Erfahrungen über die Pränataldiagnostik über viele Jahre und auch hier kann man nicht sagen, dass sie gegen die Behinderten gerichtet ist. Das ist zumindest in der Diskussion noch nie aufgekommen. Grundsätzlich sind wir sicher alle der Meinung, dass nicht genug für Behinderte getan werden kann und ich glaube, wir können auch alle erkennen, dass in den letzten 30 bis 40 Jahren sehr viel gemacht worden ist. Trotzdem gibt es Situationen, wo darüber nachgedacht werden muss, ob man die PID in Anspruch nimmt, um eine schwere genetische Erkrankung auszuschließen. Das sollte die Entscheidung der Eltern sein, nach ausführlicher Beratung. Ich meine, dass man dann auch damit zurecht kommen kann.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich habe zunächst eine Frage, die vielleicht am ehesten Frau Kollek beantworten könnte. Üblicherweise werden für die Durchführung einer PID, manche sagen sechs bis sieben, andere sagen acht bis neun Embryonen pro Befruchtungszyklus benötigt. Nach derzeitigen Recht dürfen in Deutschland pro Zyklus nur drei Embryonen hergestellt werden. Jetzt stellt sich die Frage, ob ein PID nach dem Vorschlag von Frau Flach und anderen ohne Änderung dieser sogenannten Dreier-Regel überhaupt Sinn macht und möglich ist, denn die Dreier-Regel wird in dem Gesetzentwurf nicht aufgehoben. Es ist auch nicht reflektiert worden, soweit ich das weiß, wie man jetzt zu einer Aufhebung käme. Manche sagen, trickreicher Weise wird sie nicht aufgehoben, weil auf dieser Art und Weise wird praktisch der Sinn der PID untergraben. Das halte ich für eine abwegige Unterstellung. Was wäre also die medizinische Folge? Wenn man unterstellt, dass es in der Logik des Gesetzentwurfs liegt, dann irgendwann doch diese Dreier-Regel im Verfahren wegzunehmen, sie ist im Röspel-Entwurf aufgehoben, was sagt das über die Frage des Verbleibs der dann so erzeugten Embryonen? Aus denen muss etwas werden, was wird mit denen? Das ist die eine Frage, die ich gern stellen würde. Die

zweite Frage, ich glaube, wir begrenzen uns in jeder Runde auf zwei und ich kann mich dann noch einmal melden, ich würde gern Frau Haker fragen, die dafür plädiert, doch diese enge Grenze der Lebensfähigkeit zu akzeptieren. Nun ist im Röspel-Entwurf das geknüpft an den Stand der medizinischen Wissenschaft vorliegende hohe Wahrscheinlichkeit für eine solche Schädigung, die zur Folge hat, dass es eben zur Tod- oder Fehlgeburt oder zum Tode im ersten Lebensjahr führen kann. Wenn man in die Begründung sieht, dann ist die hohe Wahrscheinlichkeit mit 25 bis 50 % versehen. Das bedeutet natürlich, dass hohe Wahrscheinlichkeit vorliegen kann. Wenn mit 75 %iger Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass diese Entwicklung nicht eintritt. Das betrifft dann die Grundrechte derer, die gewissermaßen falsch getroffen würden auch. Wie bewerten Sie diesen Wunsch, dass daran zu knüpfen.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Tatsache ist, dass alle Experten, die wir vom Ethikrat her gefragt haben, es für praktisch ausgeschlossen halten, dass man eine Präimplantationsdiagnostik mit drei Embryonen machen kann und das spiegelt sich auch in international in den Zahlen der ESHRE wieder, wo eben durchschnittlich doch ab sechs bis acht Embryonen pro Zyklus erzeugt werden können, damit man überhaupt mit Erfolg davon ausgehen kann, dass man am Ende das Verfahren, also der genetischen Diagnostik und der Embryokultivierung noch zwei oder drei zur Verfügung hat, die man transferieren kann. In dem Fall, der vor dem DGH verhandelt worden ist, ist dieses Thema gar nicht diskutiert worden. Implizit ging man davon aus, dass dort vielleicht nicht mehr als drei Embryonen erzeugt worden sind. Das kann man nicht im Einzelnen nachvollziehen. Aber wenn man die Präimplantationsdiagnostik an Blastozysten machen will, wie das dort auch geschehen ist, dann würde man eher von einer Notwendigkeit, noch mehr Embryonen zu erzeugen ausgehen, weil während der Kultivierung von Embryonen von bis zum fünften Tag, also bis zum Blastozystenstadium, viele Absterben. Dieser Punkt wird in dem Gesetzentwurf von Frau Flach und anderen überhaupt nicht thematisiert. Aus meiner Sicht wird hier ein Widerspruch mit den restlichen Artikeln des Gesetzes kreierte, wenn dieser Vorschlag so durchgeführt werden würde. Weil das Embryonenschutzgesetz schreibt explizit vor, und ich meine, das ist ein Strafgesetz, das steht dort auch tatsächlich wörtlich darin, dass nicht mehr Embryonen erzeugt werden dürfen, als für die Herstellung einer Schwangerschaft notwendig ist und diese dürfen nicht mehr als drei sein. Von daher ist das ziemlich eindeutig, wie das bestimmt ist. Mir ist unklar, wie man mit drei Embryonen eine Präimplantationsdiagnostik machen will, die Chance auf einen Erfolg ist sehr gering dabei und das kann nicht, wenn man das überhaupt will, kann das nicht im

Interesse der Frauen sein. Dann würde ich auch dafür plädieren. Vielleicht noch einen anderen Punkt dafür. Der Entwurf macht auch keine Aussage darüber, in welchem Embryonalstadium die Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden soll oder kann oder nicht. Es gibt die andere Bestimmung, dass der Totipotenz, dass man davon ausgehen muss, dass die Embryonen bis zum Acht-Zell-Stadium totipotenz sind und jede einzelne Zelle noch als Embryo gilt. Wenn man eine Präimplantationsdiagnostik im Acht-Zell-Stadium machen will, dann wäre das ein Verstoß gegen, ich weiß nicht, welcher Paragraph ist das jetzt, § 6, glaube ich, des Embryonenschutzgesetzes. Wenn dieser Entwurf so verabschiedet werden würde, wären an diesen zwei Stellen Widersprüche meines Erachtens mit dem existierenden Embryonenschutzgesetz und ich würde es problematisch finden. Also ich kann das nicht nachvollziehen, wie das überhaupt funktionieren kann.

Sve Prof. Dr. Hille Haker: Ich mache vielleicht noch einen Halbsatz als Kommentar. Es ist ein ganz bisschen schwierig zu beurteilen, weil es nun einmal weder europäisch noch international die Dreierregel gibt und die meisten Länder nicht die Notwendigkeit haben, sich in diesen Grenzen aufzuhalten. Deswegen habe ich dafür an der Stelle plädiert, es auszuprobieren mit einer Berichtspflicht für die Entwicklungsfähigkeit. Die Frage, die Sie mir gestellt haben, lautete aber, was mit dieser Klausel der hohen Wahrscheinlichkeit und der Ein-Jahres-Regel eigentlich passiert. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme dazu etwas gesagt und vielleicht darf ich das einfach kurz vorlesen. 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 z. B. diejenigen Fälle, in denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass zwar eine Entwicklungsfähigkeit des Embryos und Föten bis zur Geburt gegeben ist, aber mit dem Tod kurz nach der Geburt zu rechnen ist. Eine genau 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 Ihrer Frage beantwortet, nicht aber die hohe Wahrscheinlichkeit und wo fängt die an usw., aber ich muss ganz ehrlich sagen, ich hätte es lieber als eine Einzelfallentscheidung, weil die passgenauer sein kann und sensibler, als dass man das jetzt im Gesetzestext festschreibt. Also plädiere ich eigentlich dafür, wirklich ganz hart und ganz streng auf der Linie der Entwicklungsfähigkeit zu verbleiben und die

Einzelfalllösung, an die sich diese Paare aber halten müssen, verfahrenstechnisch über Ethikkommissionen laufen zu lassen. So wäre mein Modifikationsvorschlag für dieses Votum.

Abg. **Krista Sager** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Diedrich und eine Frage an Frau Prof. Schöne-Seifert. Herr Prof. Diedrich, hier ist immer wieder gesagt worden, man landet, wenn man PID zulässt, beim Screening. Man landet sozusagen bei der Entgrenzung. Das bestimmt die deutsche Debatte sehr stark auch teilweise unter diesem Dammbbruch-Schlagwort. Da würde ich gerne etwas von Ihnen hören und dann stelle ich gleich die Frage an Frau Prof. Schöne-Seifert. Es wurde hier die Frage gestellt, was ist der Unterschied zwischen dem Schwangerschaftsabbruch auf der einen Seite und der Situation, wo jemand die Belastung einer In-vitro-Fertilisation auf sich nimmt und eine Ethikkommission um die Zulassung einer PID bittet. Dann wurde gesagt, das eine ist ein Konfliktfall und das andere nicht. Zu dieser Konfliktfallfrage hätte ich gern von Ihnen eine Meinung.

SV **Prof. Dr. Klaus Diedrich**: Wir müssen unterscheiden zwischen der Präimplantationsdiagnostik, sprich PGD und dem Aneuploidiescreening, sprich PGS. Wir dachten, da waren Sie vorhin nicht da, ich war da kurz drauf eingegangen, wir könnten bei älteren Frauen jenseits von 37 durch dieses so genannte Aneuploidiescreening, das heißt Untersuchung von fünf, sechs Chromosomen in dem Embryo, die Schwangerschaftsrate verbessern, bei älteren Frauen, und die Abortrate senken. Das dachten wir. Bis einige, fünf insgesamt, prospektiv randomisierte Studien aufkamen, die dieses klar belegen konnten, dass es keinen Nutzen hat, dieses so genannte Aneuploidiescreening, obwohl es lange Zeit der größte Teil der Präimplantationsdiagnostik war. In dem Bericht bis 2007 waren es immerhin 61 Prozent. Hier gibt es aber heute klare Stellungnahmen, sowohl der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, kurz ESHRE genannt, als auch der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, dass dieses Verfahren nicht mehr gemacht werden sollte, weil das, was man sich davon versprochen hat, nicht sich gezeigt hat. Insofern muss man klar sagen, diese Screeningverfahren sollten heute nicht mehr gemacht werden.

SVe Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert: Ich bin dankbar für die Frage, weil ich die Ausführungen derjenigen Kollegen, die einen kategorischen Unterschied zwischen dem antizipierten Konflikt eines Paares, das ein als genetisch erkrankt diagnostiziertes Embryo in der Petrischale vor sich hat und ein Paar, das denselben, wenn wir uns das jetzt im Gedankenexperiment vorstellen, Embryo 14 Wochen später diagnostiziert bekommt bei einer Fruchtwasseruntersuchung mit derselben Erkrankung, dass dieser Konflikt völlig asymmetrisch wäre oder im einen Fall ein Konflikt, im anderen Fall nicht. Man kann das natürlich wunderbar beschreiben als abstrakt bei der PID und Einheitentzweiheit (?17:14:03) bei der PND. Das sind sozusagen die Floskeln, in die das gekleidet wird. Aber wenn man sich das am konkreten Fall durchdenkt, ist es doch exakt derselbe Konflikt. Der einzige Unterschied ist, dass ethisch der viel fortgeschrittenere Reifestand des schon richtig großen Embryos in utero in die Waagschale schlägt und im anderen Fall ist es noch ein sehr sehr frühes Stadium, was für viele ethisch einen Unterschied macht. Für diejenigen, die eine gradualistische Position hier vertreten. Außerdem kommt natürlich dazu, dass im zweiten Fall die Schwangere schon zehn, zwölf, vierzehn Wochen lang diese Schwangerschaft erlebt hat und die psychische Hemmschwelle vielleicht größer geworden ist. Aber wir wissen aus den Daten, dass sozusagen die Bereitschaft von solchen verzweifelten Familien, dann eine Schwangerschaft abubrechen, ungetrübt groß bleibt, auch wenn die Schwangerschaft schon bis dahin fortgeschritten ist und dass sie selber es als enorme psychische Belastung empfinden in subjektiven Fällen, eine solche Schwangerschaft auf Probe - der Begriff stammt nicht von außen, sondern von Betroffenen wohl gemerkt - erleiden zu müssen. Ich würde bei dieser Gelegenheit, wenn ich das darf, noch ein Satz zu einem anderen Punkt sagen, der mir die ganze Zeit unter den Nägeln brennt, und weil ich keine Gelegenheit hatte, brennt er weiter. Es ist hier von mehreren gesagt worden, dass die Befürworter des ersten Antrags, zu denen ich gehöre, zwei exkludierende Grenzen setzen würden in Bezug auf den Lebensschutz. Einmal die zeitliche Exklusionsgrenze, ganz frühes vorgeburtliches Leben wird anders behandelt als geborenes, in der Tat. Das ist die Voraussetzung dafür, PID richtig zu finden. Zweitens würde in Fragen des Lebensschutzes ein Unterschied gemacht werden zwischen denjenigen, die mit und denjenigen, die ohne Behinderung leben. Das wäre infam, wenn das eine Implikation der PID-Befürwortung wäre und es ist keine. Dieser Punkt ist wirklich wichtig. Wer sagt, ein Achtzeller fällt nicht unter das volle Lebensschutzgebot, der macht keinen Unterschied zwischen dem Achtzeller mit und ohne genetischen Defekt. Es ist nicht so, dass der mit genetischem Defekt schützenswerter wäre als der andere, sondern sie sind beide gleich wenig oder viel

schützenswert und die Eltern sollen entscheiden. Es gibt keine objektive Implikation zum verminderten Lebensschutz des defekten Achtzellers. Das ist wirklich ganz ganz wichtig.

Abg. **Norbert Geis** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Huber und eine Frage an die beiden Verfassungsrechtler Böckenförde und Herdegen, wenn das geht. Zwei Fragen. Die erste Frage, Herr Prof. Huber. Wir haben, als wir das Embryonenschutzgesetz geschaffen haben, ich habe daran mitwirken dürfen, festgelegt die Dreierregel und zwar aus der Überlegung heraus, wenn wir mehr Embryonen befruchten lassen innerhalb des Zyklus der Frau, das ist die Voraussetzung, ich darf sie mal wörtlich vorlegen. Wer es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr... . Wer es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollten, also mehr als drei, ... Wir haben gesagt, es dürfen nicht mehr als drei sein, aus der Überlegung heraus, dass wir, wenn wir mehr zulassen, überzählige Embryonen schaffen, mit denen dann niemand weiß, was geschehen soll. Meistens sind sie dann eingefroren worden. Das war die Überlegung und die Frage an Sie ist: Wie stehen Sie dazu? Bei der jetzt aufgetauchten Frage, wenn man überhaupt die PID zulässt, müsste man mehr Befruchtungen zulassen, müsste also das Embryonenschutzgesetz abändern. Dies ist die eine Frage an Sie. Die zweite Frage an Herrn Prof. Böckenförde und Herrn Prof. Herdegen. Sie haben, Herr Prof. Böckenförde, sehr klar zum Ausdruck gebracht, wann das Leben beginnt, nämlich mit Befruchtung von Ei- und Samenzelle. Prof. Herdegen hat in Anlehnung an Prof. Schröder erklärt, dass für ihn wichtig sei die Mutter. Die Mutter ist dabei sowieso bei der Eizelle und der Vater ist dabei bei der Samenzelle. Aber Sie haben wohl gemeint, dass es implantiert werden muss und dass eine Einnistung erfolgen sollte. Wie stellen Sie sich zu der Frage, dass dann dies möglich sein müsste bei der Leihmutter? Die Leihmutter als gewissermaßen Dritte, ein drittes konstituierendes Element hinzu käme. Die Leihmutter haben wir aber ausdrücklich verboten. Auch im Embryonenschutzgesetz, auch aus ethischen Gründen heraus. Die Frage an Sie beide ist noch einmal, weil ich das für die entscheidendste Frage überhaupt halte. Wann beginnt das menschliche Leben und wann wird Artikel 1 Grundgesetz in Anspruch genommen und Artikel 2, Recht auf Leben und Schutzpflicht des Staates?

SV Bischof Prof. Dr. Dr. Wolfgang Huber: In der Tat ist in meinen Augen die Dreierregelung, die damals intensiv diskutiert worden ist, ein Dreh- und Angelpunkt dafür, dass von den Möglichkeiten der IVF ein Gebrauch gemacht wird, bei dem geachtet wird, dass menschliche Embryonen nur zu Zwecken der menschlichen Fortpflanzung hergestellt werden sollen. Angesichts der Möglichkeit der PID wird nun gesagt, bei der Anwendung der Dreierregel vermindert sich die Baby-Take-Home-Rate noch einmal so dramatisch, dass dadurch die Belastung mit der IVF gar nicht mehr zumutbar ist, weil man davon ausgeht, dass unter den hergestellten Embryonen ein möglicherweise erheblicher Teil, je nachdem, um welche Anomalie es sich handelt, 25, 50 oder 75 Prozent, angesichts des angelegten Kriteriums gar nicht zur Implantation in Frage kommt und dann kommt man zu erwarteten Raten, die so niedrig sind. Darauf erklärt sich die Erhöhung. Nun gibt es diejenigen, das haben wir im Deutschen Ethikrat diskutiert, die unter rechtlichem Gesichtspunkt sagen, der entscheidende Passus in der von ihnen zitierten Bestimmung des Embryonenschutzgesetzes bestünde darin, dass die notwendige Zahl entwicklungsfähiger Embryonen hergestellt werden solle und dass sei sozusagen das rechtlich bestimmende daran und die Zahl 3 sei sozusagen explikativ, weil man damals noch gedacht hätte, mit dreien würde man das schaffen. In dem Augenblick, in dem man sehe, dass man es mit dreien nicht schaffen würde, sei implizit davon auszugehen, dass es dann auch mehr sein würden. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wenn Sie auf Dauer erleben wollen, dass diejenigen Rechtsbestimmungen, die zum sensiblen Feld der menschlichen Reproduktion gemacht werden, zum Gegenstand von Mogelpackungen gemacht werden, wer immer diese Mogelpackungen dann auch packt, dann müssen Sie diese Art von extensiven Auslegungen zulassen. Ich finde es in der Tat rechtsethisch und dazu wage ich etwas zu sagen, weil ich in Rechtsethik wirklich lange gearbeitet habe, rechtsethisch finde ich es hochproblematisch, mit der PID anzufangen und eine Regelung zu schaffen, deren Implikation klarerweise in der Ausweitung der Zahl besteht, aber diese Ausweitung der Zahl zunächst mal auf sich beruhen zu lassen, um im nächsten Schritt zu sagen, wir haben uns implizit schon darauf festgelegt, dass wir acht oder neun in einem Zyklus zulassen müssen. Das würde ich für eine Gefährdung der Glaubwürdigkeit des Gesetzgebers halten. Das muss ich ganz ehrlich sagen. Im Kern zeigt doch dieser Vorgang ein Problem, das wir in der Tat als eine Implikation des medizinischen Fortschritts wie andere Fortschritte auch haben, mit jedem großen Fortschritt verbinden sich große Hoffnungen und mit ihnen zusammen tauchen große Fragen auf, die wir nicht vorher überschaut haben. Dass unser Wissen begrenzt ist, ist gut. Aber in dem Augenblick, in dem Fragen auftauchen, die wir schon vorher durchschauen, und

das Kippen der Dreierregel ist eine Konsequenz, die wir vorher durchschauen, in diesem Augenblick finde ich nicht, dass man dieses Pferd vom Schwanz aufzäumen darf.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Herr Geis, ich meine und habe das schon in meinem Statement zu begründen versucht, dass in der Tat durch das, was wir an Erkenntnissen haben von der naturwissenschaftlich biologischen Forschung, ein deutlicher und meines Erachtens zwingender Hinweis ergibt, dass mit dem Abschluss der Befruchtung, der Vereinigung von Samenzelle und Ei, ein menschliches Lebewesen entsteht. Das ist etwas anderes als dass die Gameten menschliches Leben sind, sondern durch die Vereinigung kommt ein eigenständiges Lebewesen zustande und das in sich genetisch schon bestimmt ist, sich dann weiter entfaltet. Es muss verschiedene, sagen wir mal, Gefährdungspunkte überwinden. Es ist angewiesen auf Hilfe, auf Unterstützung, auf Fürsorge usw., natürlich von der Mutter, aber es ist dieses menschliche Lebewesen, das dann schließlich, es wird zum Fötus und es wird geboren und wird ein schließlich mal alter Mensch. Ich kann nicht aus irgendwelchen, sagen wir mal, Zweckmäßigkeitserwägungen hingehen und sagen: Ja, aber weil der Schutz, den es dann genießt, der Embryo als menschliches Lebewesen, weil es das Anrecht auf die Anerkennung seiner Würde hat, weil die Konsequenzen mir nicht zu Pass kommen oder ich die ablehne, deshalb muss ich das hinausschieben. Wenn wir sehen, welche Versuche gemacht werden, das ist so schwankend. Eines ist dann der Beginn der Hirnentwicklung. Das andere ist die Nidation. Das dritte ist erst die Geburt. Dann kommt noch bei anderen, wenn Sie an Prof. Singer denken usw., ein eigenes Empfinden usw. Das ist so dezisionistisch, jeweils willkürlich, dass ein Sachgrund dafür, dass es gerade dies sein soll, nicht ersichtlich ist und man kann sagen, wenn man es mal pragmatisch nimmt, das Ansetzen bei Ende der Befruchtung ist das am wenigsten willkürliche Moment, um den Beginn menschlichen Lebens und was daraus folgt sozusagen als das Recht auf Leben und den Achtungsanspruch zu bestimmen. Aber nicht nur sozusagen jetzt pragmatisch dezisionistisch, sondern es gibt dafür in dem, was wir naturwissenschaftlich biologisch wissen, Hinweise, die das nahelegen und eigentlich zwingend machen.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Vielen Dank Herr Geis, meine Damen und Herren. Ich glaube, dass in der Tat Ihre Frage, welche Rolle spielt die Verbindung zur Mutter für den

Status des Embryo in vitro , zentral ist und für die Abgrenzung zum Ungeborenen im Mutterleib. Es ist nicht so, dass sich die Rolle der Mutter darin erschöpft, dass sie gewissermaßen Geberin der Eizelle ist, sondern es setzt sich eben fort in der bewussten Entscheidung und das ist eine grundrechtlich freie Entscheidung, ob es zur Implantation kommen soll oder nicht. Natürlich hat der Mensch in den frühen Phasen seines Heranreifens viele Klippen, Gefährdungslinien zu überwinden, aber die Implantation oder nicht ist etwas anderes als die großen und kleinen Gefährdungslinien und Klippen im Mutterleib. Das ist eine qualitative Zäsur und hier stellt der freiheitliche Staat das Grundgesetz, die Überwindung dieser Klippe in die grundrechtlich geschützte Verantwortung der Eltern, weil er die Eltern als verantwortliche Wesen betrachtet und verzichtet darauf, diese Verantwortung zu steuern, zu lenken und der Frau eine Pflicht aufzuzutroyieren zur Implantation zu schreiten. Das wäre dann eine Implantation zu allen Embryos in vitro, aber weil das so nicht ist, gibt es kein Grundrecht des Embryos in vitro, implantiert zu werden. Das ist natürlich der zentrale Unterschied zum Ungeborenen im Mutterleib. Der hat eine grundrechtlich gesicherte Perspektive zum Heranreifen, weil alles, was sozusagen diesen Prozess stört von Seiten der Mutter eines Arztes oder Dritter, in diese Grundrechtsposition eingreift. Ich meine auch, wenn ich bei denen bin, und es selbst immer wieder mit (?17:28:48) vertrete, dass der Würdeanspruch zum frühestmöglichen Zeitpunkt ansetzt, können wir über diese Vorgaben, die aus unserem verfassungsrechtlichen Leitbild der Person erwächst, nicht hinweggehen. Ich glaube, das verfassungsrechtliche Leitbild des Menschen als Person abstrahiert nicht davon, dass es beim Heranwachsen des Menschen eine Mutter gibt und ein Heranwachsen im Mutterleib gibt. Vielleicht darf ich noch etwas kurzes sagen zur Frage Wertungswiderspruch in der Handhabung der Schutzpflicht gegenüber dem Leben. Es ist nicht einfach so, dass man sagt, jetzt korrigiere ich den Wertungswiderspruch dadurch, indem ich dem Strafrecht § 218 a eine Bedeutung gebe, die wir ihm bislang eigentlich nicht geben. Ich habe mir die Mühe gemacht, nochmal die führenden Strafrechtskommentare vorlegen zu lassen. Selbstverständlich wird beim § 218 a Absatz 2 durchgehend bei der rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch hingewiesen auf die Formen der schwerwiegenden Krankheit genetisch oder nicht. Das ist herrschende Auslegung. Es ist auch eine Auslegung, die nicht bloß einfach gesetzlich indiziert ist, sondern die auch der vom Verfassungsgericht in seiner zweiten Abtreibungsentscheidung Band 68 257 (?17:30:16) hervorgehobene Begrenzung der Pflicht zum Austragen bei einer schwerwiegenden Erkrankung abstellt, das heißt, der Gesetzgeber ist da nicht völlig frei in der Rücksichtnahme auf die Grenzen der Pflicht zum Austragen und er hat so reagiert. Ich darf noch ein letztes sagen. Wir wissen aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass natürlich die herrschende Praxis

maßgeblich ist in der Frage, ob es Wertungswidersprüche gibt. Daran hat uns das Verfassungsgericht in den letzten Jahren wiederholt im Steuerrecht erinnert. Der Staat hat eine Schutzpflicht und er kann sich nicht darauf zurückziehen, dass es hier eine neue Auslegung gäbe, um den Wertungswiderspruch ex post durch eine Verschärfung der Auslegung des Abtreibungsrechts zu beheben, der der herrschenden Auslegung und Abtreibungspraxis widerspricht. Zu sagen, das Abtreibungsrecht sagt eigentlich etwas ganz anderes, wenn wir recht darüber nachdenken über die PID, als wir bisher gedacht haben und bisher zugelassen haben. Das ist kein Weg, um den Wertungswiderspruch zu beseitigen. Die Leihmutter, gerne, das hatte ich übersehen, vielen Dank nochmal für den Hinweis. Da bin ich arg bei Ihnen dabei. Es gibt natürlich keine grundrechtliche Freiheit zur Leihmutterchaft. Der Staat hat das Recht, die Leihmutterchaft, so wie er das nach geltendem Recht tut, zu verbieten. Das entspricht im Übrigen der Europäischen Menschenrechtskonvention, hat der Straßburger Gerichtshof gesagt. Eine ganz andere Frage ist es, wie es wäre, wenn es gesetzwidrig zur Leihmutterchaft käme. Das ist die gleiche Frage, wie ist es, wenn wir entgegen von Verfassung und Gesetz einen Menschen klonen würden. Das wäre dann auch eine rechtswidrig entstandene Person, aber wenn er nun einmal da ist, er oder sie, ist er Person mit allen Grundrechten und alle Würde, die da ist. Eben, weil wir uns diesem Zwang, der nicht befriedigend aufzulösen ist, nicht stellen wollen, haben wir verfassungskonform dafür optiert, diese Möglichkeit gar nicht erst zu schaffen.

Vorsitzende: Ich darf darauf hinweisen, dass Leihmutterchaft nicht Gegenstand der Anträge ist. Aber wir hatten die Frage zugelassen. Kollege Geis, es gab bei Prof. Böckenförde einen Wunsch auf Erwidern. Lassen Sie das zu? Dann bitte. Aber bitte kurz, Herr Prof. Böckenförde.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Ich möchte doch meinem Kollegen Herdegen in einem Punkt jetzt entgegentreten. Eine Pflicht der Mutter zur Implantation gibt es nicht. Das steht im Gesetz ausdrücklich drin, das ist ihre frei..., gegen ihren Willen darf nicht implantiert werden. Aber das ist eine ganz andere Frage als mit der Zulassung der PID, sondern auch wenn die PID nicht zugelassen ist, dann kann die Frau natürlich sagen, ich bin jetzt gegen die Implantation. Insofern sehe ich das Problem gar nicht, was Herr Herdegen entwickelt hat, es gäbe keine Pflicht. Das ist

geltendes Recht. Ist eine ganz andere Frage, ob aus diesem Grunde, weil es keine Pflicht zur Implantation gibt, deswegen PID zugelassen werden müsste.

Abg. **Ansgar Heveling** (CDU/CSU): Ich hätte zwei Fragen an Herrn Prof. Herdegen, wobei ich mir die Frage stelle, ob wir die zweite Frage noch an Erkenntnis gewinnen nach den vorhergehenden Einle ... das so mit sich bringt. Ich stelle sie aber trotzdem, weil ich an der Stelle eine andere Intention eben habe. Die erste Frage. Wir haben heute durch Ihren Beitrag und durch Ihre schriftliche Stellungnahme kennengelernt, dass ein Zwang zur Ungewissheit und ein Zwang zum Nichtwissen mit den Grundrechten nicht vereinbar sei und im Hinblick auf die Schwangerschaft nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und dem Elterngrundrecht im Einklang stehe. Wenn es aus diesem Gedankengang heraus sozusagen ein Recht auf Gewissheit bezüglich der genetischen Disposition gibt, stellt sich mir die Frage, ob nach diesem Regime der damit aufgebauten Logik sich nicht eigentlich die Pflicht zur Freigabe, und was für mich eine fragwürdige Folge wäre, die Pflicht zur gänzlichen Freigabe der PID ergeben würde, denn zur genetischen Disposition gehört zum Beispiel die Feststellung des Geschlechts. Wenn man sozusagen diese Logik aufbaut, wäre doch im Prinzip, dass die Verpflichtung für uns ist dann gänzlich freizugeben mit allen daraus resultierenden Folgen, weshalb ich das als fragwürdig ansehen würde, aber ich würde da um Ihre Stellungnahme bitten. Der zweite Punkt ist nochmal das mehrfach schon angesprochene und bei Ihnen in der schriftlichen Stellungnahme auf Seite 5 ff. aufgeführte Argument, dass ‚die Zulässigkeit der Abtreibung aus Gründen‘, ich zitiere das jetzt, ‚der Unzumutbarkeit bei schwerwiegender Erkrankung des Nasciturus, (erhebliche Gefährdung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Mutter nach § 218 a Absatz 2 StGB) zwingt im Interesse der Folgerichtigkeit und Systemgerechtigkeit zur Freigabe der PID bei schwerwiegenden Erbkrankheiten.‘ Nun hat dankenswerter Weise Prof. Huber insbesondere nochmal deutlich auf die seinerzeitige Intention des Gesetzgebers, ich war damals noch nicht Teil des Gesetzgebers, aber trotzdem ist eben diese Intention damals ganz deutlich artikuliert worden, mag eben in der Folge daraus eine praktische Mogelpackung, wie Prof. Diedrich es angesprochen hat, erwachsen sein oder eben die Auslegung sich anders entwickelt haben. Aber wenn die gesetzgeberische Intention eindeutig ist, stellt sich mir die Frage, ob dann eben daraus nicht folgt, dass es eben gerade diesen systemischen Widerspruch nicht gibt und das Argument sozusagen seine Tragfähigkeit verliert. Da würde ich Sie, auch wenn Sie schon sich dazu eingelassen haben, doch noch einmal um Ihre Einschätzung bitten.

SV Prof. Dr. Matthias Herdegen: Ich darf zunächst mal auf die zweite Frage eingehen. Die Frage nochmal des Wertungswiderspruches. Das ist ein ganz zentraler Gesichtspunkt, den Sie hier noch einmal ansprechen. Ich darf drei Dinge dazu sagen. Einmal wollte der Gesetzgeber natürlich Fälle aufnehmen, in dem Fall der nichtrechtswidrigen Abtreibung, Absatz 2 des § 218 a, wo die Bedrohung für die seelische körperliche Gesundheit der Frau aus einer schweren Erkrankung des Embryos erwächst. Das ergibt sich erstens aus den Materialien. Zweitens ergibt sich das daraus, dass er das tun **musste**, weil nämlich eine Pflicht zum Austragen ohne Rücksicht auf eine derartige Situation ihrerseits verfassungswidrig wäre, weil hier die Rücksichtnahme auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau oder dem Gedanken der Unzumutbarkeit auch das Lebensrecht des Embryos begrenzt. Das steht ausdrücklich, ich sage es nochmal, Band 88 Seite 256/257 so drin, dass hier die Pflicht zum Austragen ihre Grenze findet und das nimmt der Gesetzgeber in dieser Regelung des Absatzes 2 auf, verfassungskonform. Drittens. Diese Auslegung, wie ich sie jetzt vorgetragen habe, ist nicht etwa meine als Verfassungsrechtler. Ich bin nun kein Strafrechtler und habe deswegen die durchgängige strafrechtliche Literatur mir noch einmal vorlegen lassen, sodass die Praxis natürlich indiziert wird von dem insoweit hinreichend recht weichgewebtem Wortlaut des Gesetzes indiziert ist. Ganz zu schweigen von der Möglichkeit oder der Bedingung der Rechtswidrigkeit, aber Strafflosigkeit ohne jede Rechtfertigung, eine Abtreibung unter bestimmten Bedingungen vorzunehmen. Schließlich darf ich noch einmal darauf hinweisen, dass die Frage eines Wertungswiderspruches, eines Systembruches nicht nur vom Wortlaut einer Regelung bestimmt ist, sondern von der Praxis, wie sie durchgängig ist. Auch darin liegt ein Verstoß gegen Artikel 3 Absatz 1, ich erinnere noch einmal an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, im Steuerrecht. Ihre andere Frage bezog sich auf das Grundrecht auf Zugang zu diagnostischen Möglichkeiten. Ich habe nicht formuliert, dass die Grundrechtsordnung ein absolutes und unbeschränktes Recht auf diagnostische Möglichkeiten gäbe. Ich habe anders formuliert. Ich habe gesagt, erstens, die Grundrechtsordnung schützt die Ausschöpfung diagnostischer Möglichkeiten. Jeder Zwang zum Nichtwissen ist ein Grundrechtseingriff. Das scheint mir bis heute Nachmittag völlig unbestritten zu sein. Zweitens. Weil das so ist, bedarf ein derartiger Grundrechtseingriff der Rechtfertigung. Drittens. Die Menschenwürde gibt diese Rechtfertigung nicht, weil sie Differenzierungen erlaubt, natürlich abhängig vom jeweiligen Status. Wir dürfen im Stadium der Schwangerschaft Untersuchungen durchführen, daran Folgerungen knüpfen, die wir beim geborenen Menschen niemals ernsthaft erwägen würden. Da sehen wir schon, dass die Ausprägung des grundrechtlichen Status ... (?)

17:42:02) Menschenwürde, ... (? 17:42:04) Grundrechte natürlich immer geknüpft sind an den Entwicklungsstand des menschlichen Wesens oder der menschlichen Person, wenn Sie so sagen wollen. Schließlich die letzte Erwägung war, was ergibt sich ergänzend aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und aus dem Grundsatz der Systemgerechtigkeit. Darauf gestützt komme ich zum Ergebnis, dass ein Verbot der PID, das die Aufklärung über schwere Erbkrankheiten und die Anlage hierzu einschließen würde, verfassungswidrig wäre. So viel und nicht mehr habe ich gesagt.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage eher aus dem gesellschaftspolitischen Bereich an Frau Prof. Kollek und an Herrn Prof. Diedrich. In der öffentlichen Diskussion lebt das Argument, wenn wir in Deutschland die PID jetzt nicht endlich zulassen, dann treiben wir die betroffenen Paare ins Ausland. Wie stichhaltig ist das Argument der angeblichen sozialen Benachteiligung von Paaren, die sich die Behandlung im Ausland nicht gefallen oder nicht leisten können? Würde eine Zulassung der PID in Deutschland diese Unterscheidung aufheben und müsste man dann nicht die PID zusätzlich in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufnehmen?

Sve **Prof. Dr. Regine Kollek**: Wir wissen, dass es so etwas gibt wie reproduktionsmedizinischen Tourismus in Europa. Das betrifft aber keineswegs nur Paare, die aus Deutschland kommen und betrifft nur zu einem geringen Teil die Präimplantationsdiagnostik. Es gibt mittlerweile zwei oder drei gute Untersuchungen, die so etwas empirisch dann geprüft haben und da wurde eben festgestellt, dass die Paare aus unterschiedlichen Ländern aus unterschiedlichen Gründen in unterschiedliche Länder wiederum reisen, um dort reproduktionsmedizinische Maßnahmen zu bekommen und den Anspruch zu nehmen, die in ihrem jeweils eigenem Land nicht erlaubt sind. So reisen, wenn ich das richtig erinnere, die Schweden nach Dänemark, weil in Schweden für homosexuelle Paare, die, Entschuldigung, ich muss jetzt mal sehen, dass ich es richtig erinnere, also, weil man in Schweden sozusagen verheiratet sein muss und in Dänemark nicht, jetzt auch bei lesbischen Frauenpaaren und in Frankreich reist man nach Holland oder Belgien, um eine intrazytoplasmatische Spermajektion zu bekommen oder andere reisen wiederum in die Tschechoslowakei, weil da sowieso alles billiger ist usw. Es gibt ganz unterschiedliche Gründe, warum Paare reproduktionsmedizinische Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen und es sind offensichtlich, nach Aussagen des

wichtigsten belgischen Zentrums, in dem Präimplantationsdiagnostik angeboten wird, jährlich ungefähr 50 Paare, die zum Zwecke der Präimplantationsdiagnostik nach Belgien reisen, deutsche Paare, aber es sind natürlich auch Paare aus anderen Ländern, die das machen, weil sie glauben, dass man dort eben besser behandelt wird. Es gibt wirklich ganz unterschiedliche Gründe und die einzige Möglichkeit, so eine Art von reproduktionsmedizinischen Tourismus zu vermeiden, wäre sozusagen, im eigenen Land die absoluten Mindeststandards zu haben, so dass dann alles im eigenen Land zu bekommen ist, aber das will offensichtlich niemand hier am Tisch, jedenfalls niemand, der für Grenzen der Präimplantationsdiagnostik plädiert. Auch, wenn diese Grenzen in irgendeiner Weise existieren, wird es immer Paare geben, die aus weitergehenden Gründen dann ins Ausland reisen.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Es ist richtig, es gibt Paare, die für die PID ins Ausland fahren, was hier nach wie vor nur schwer oder kaum möglich ist. Es gibt eine interessante Untersuchung der Universität in Marburg, die 162 Paare befragt haben, was gegen eine Indikation für eine PID bestand. Von diesen haben 90 Prozent geantwortet, dass sie das dann machen würden, wenn es hier in Deutschland möglich wäre. Von diesen Paaren sind dann 25 Prozent nachher ins Ausland gefahren. Das kann sicherlich die Lösung nicht sein. Wir müssen sehen, dass wir hier zu einer Entscheidung, möglichst natürlich positiven Entscheidung kommen, damit dieser Tourismus, der eigentlich schrecklich ist, früher fuhr man zum Schwangerschaftsabbruch nach Holland oder Belgien, heute zur PID. Aus dem Alter sind wir eigentlich raus finde ich. Die Frage, ob dies eine Versicherungsleistung sein sollte, ich meine ja, wenn der gesetzliche Rahmen gegeben ist, dann ist es **eh nicht (ähnlich?, 17:47:12)** versicherungstechnisch für mich zu behandeln wie die Pränataldiagnostik, die von den Krankenkassen übernommen wird.

Vorsitzende: Liebe Kolleginnen und Kollegen, bevor ich der Kollegin Sitte das Wort erteile, so ein bisschen bröckelt die Beteiligung. Ich habe noch sieben Wortmeldungen und Fragewünsche auf der Liste. Ich würde Ihnen die mal vorlesen und fragen, ob ich dann die Fragenliste schließen kann. Sitte, Volkmer, Röspel, Vogler, Bender, Hintze und Henke habe ich noch vermerkt. Wenn das Ihre Zustimmung, dann Terpe noch, dann würde ich nämlich vorschlagen, dass wir da die Redeliste schließen und Frageliste schließen und dann beginnen wir oder fahren fort mit der Kollegin Sitte. Ich glaube schon, dass das sich bewährt hat, dass dann die Antwort gleich kommt, bevor wir bei der vierten Frage nicht

mehr wissen, wer eigentlich und zu was gefragt worden ist. Deswegen, das Verfahren würde ich schon beibehalten. Ich würde nur fragen wollen, ob es dann noch Fragen geben wird und Wünsche gibt, die würde ich aufnehmen. Dann würde ich aber die Liste schließen.

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU) (? 17:48:25): Ich wollte nur sagen, ob nicht doch zu überlegen ist, was Kollege Röspel vorschlägt, dass man die Fragen sammelt, weil das gibt dann für jeden nochmal Gelegenheit, sinnvoll zu antworten.

Vorsitzende: Dann machen wir das mal so, Prof. Huber gibt gerade hier ein Zeichen, dass er langsam aufbrechen muss. Das wird für viele andere Sachverständige auch so sein. Deswegen, dann würde ich aber mal sagen, fünf erstmal eine Runde bündeln, weil das sind zehn Fragen, oder alle, gut. Dann würden wir jetzt alle Fragen aufrufen mit der Bitte um Kürze. Frau Sitte ist die erste.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (DIE LINKE.): Es handelt sich bei der Gruppe, um die es hier geht, um Paare, die zu zwei Drittel schon Kinder mit Erbkrankheiten oder mit schweren Behinderungen haben und die den sehnlichsten Wunsch, und diese Kinder wirklich lieben und alles für sie tun, dass es ihnen in ihrem Leben sozusagen unbeschwert möglich ist, sich zu entwickeln, alles was irgendwie denkbar ist. Wir haben alle mit solchen Eltern gesprochen. Nun besteht der berechtigte, wie ich finde, Wunsch, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen und diese Eltern haben sozusagen eine lange Vorgeschichte für diesen Wunsch auf ein gesundes Kind. Jetzt schwingt hier in diesen Diskussionen, nicht nur hier, sondern auch in der gesellschaftlichen Debatte bisweilen sozusagen mit im Raum, dass man durch die befristete Zulassung der PID Diskriminierungstatbestand Vorschub leisten würde. Mein Problem ist, dass ich das weder gegenüber diesen Eltern, gegenüber den Betroffenen akzeptieren kann noch gegenüber jenen, die eine begrenzte Zulassung der PID unterstützen. Deshalb richtet sich meine Frage an Prof. Schröder, inwieweit er in seinen Gesprächen sich mit diesen Fragen auseinandergesetzt hat, wie er mit Betroffenen über diese Problematik geredet hat und wie seine Einschätzung dazu ist.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage geht an Prof. Diedrich und Herrn Prof. Schröder. Ich wollte Sie fragen, ob es zutrifft, dass die heute angewandte Pränataldiagnostik Untersuchungen auf Risiken vornimmt, die in den Gesetzentwürfen, die hier zur PID vorliegen, nicht vorgesehen sind, z. B. beim Down-Syndrom, dass damit nicht die Pränataldiagnostik erheblich weitergehend ist als das, was wir bei der PID vorgesehen haben und ob es denn bei der Pränataldiagnostik einen Katalog gibt, auf welche Krankheiten routinemäßig untersucht wird, weil das immer bei der PID dann eingefordert wurde, wird gesagt, da gibt es keinen Katalog. Die zweite Frage. Ich weiß nicht, Herr Prof. Herdegen ist jetzt nicht da, dann würde ich sie **nur** an den Prof. Schröder richten. An sich hat es Herr Montag schon gefragt, er hat es aber als Jurist gefragt und ich würde das jetzt mal mit meinen eigenen Worten nochmal **fragen** und zwar betrifft das die Gefahr des Dammbrechens. Ich würde fragen: Kann die **Möglichkeit**, dass ein Missbrauch einer Regelung erfolgen könnte, es rechtfertigen, **wesentliche Sachverhalte nicht** zu regeln, also hier die PID oder hat nicht der Gesetzgeber eine **Verpflichtung**, entsprechende Regelungen zu treffen, die Missbrauch so gut es irgend geht ausschließen? Muss dann nicht immer nachgesteuert werden, wenn dann **tatsächlich** eine Regelung Missbrauch nach sich zieht? Ist das nicht Aufgabe des Gesetzgebers?

Abg. **René Röspel** (SPD): Eine Frage an Herrn Huber und dann eine an Herrn Herdegen. An Herrn Huber ist: Halten Sie es für ethisch vertretbar, einer Frau eine Tot- oder Fehlgeburt zuzumuten, wenn sie **eben** bekannt hohes Risiko, wie auch immer das ist, eins zu drei, eins zu zwei oder **sowas**, in sich trägt, **eben** ein Embryo austragen zu müssen, der **tatsächlich nicht** entwicklungsfähig ist? Vielleicht kommt Herr Herdegen wieder.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte zunächst mal eine Fragen an Herrn Böckenförde. Nach dem Gesetzentwurf auf der Drucksache 17/5451 ist PID in solchen Fällen zulässig, in denen es um die Vererbung einer so genannten spätmanifestierenden Erkrankung geht, z. B. Chorea Huntington oder ähnliches. Im Rahmen der Pränataldiagnostik ist eine Untersuchung auf solche Erkrankungen allerdings ausdrücklich ausgeschlossen strafbar. Da würde mich mal interessieren. Wie bewerten Sie dann die Kohärenz der Rechtslage in Deutschland, wenn wir nun sozusagen im Rahmen der PID die Indikation für solche Untersuchungen dementsprechend ausweiten würden? Dann hätte ich noch eine etwas mehr ethisch gesellschaftliche Frage an Prof. Huber. Welche ethischen Probleme ergeben sich aus Ihrer Sicht dabei, wenn wir aus externer Sicht beurteilen

wollen, ob Behinderung oder Erkrankung als schwerwiegend einzustufen ist? Ist das nicht automatisch dann eine oder zwangsläufig eine Lebenswertentscheidung, wo wir von außen bewerten, ob ein Leben lebenswert ist oder nicht? Wie sehen Sie diese Fragestellung? Welche Auswirkungen hat das auf die betroffenen Menschen, die an einer solchen Erkrankung oder Behinderung davon betroffen sind?

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an Herrn Huber. Sie sind Mitglied des Ethikrates und der Deutsche Ethikrat und Vertreter der Deutschen Wissenschaftsakademien, hatten sich mit knapper Mehrheit für eine Zulassung der PID in engen Grenzen ausgesprochen. Sehen Sie jetzt den Gesetzentwurf Flach u. a. als kompatibel an mit dieser Empfehlung oder geht der darüber hinaus? Wenn ja, in welchen Punkten? Dann noch eine Frage an Frau Kollek. Es ist jetzt so, dass, wenn Paare eine IVF in Anspruch nehmen, weil sie unfruchtbar sind, sie eine Teilfinanzierung aus der gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Bei einer Zulassung der PID wären die Voraussetzungen, wie sie im StGB V normiert sind, nicht gegeben, keine medizinische Indikation, müsste also die IVF und die PID wohl selbst finanziert werden. Wie sehen Sie das und welche Diskussion erwarten Sie da?

Vorsitzende: Dann habe ich eine Frage von Herrn Hintze noch und ein Hinweis. Prof. Herdegen hat mir gerade ins Ohr geflüstert, dass alle Flüge gestrichen sind und dass er deswegen um 20 nach den Zug nehmen muss, so dass wir da glaube ich Verständnis für haben müssen, dass er jetzt hier diesen Raum verlässt. Das gilt für Prof. Haker auch. Das ist der letzte Zug. Deswegen jetzt alle ... Bisher habe ich noch keine Frage an Sie wahrgenommen. Herr Hintze.

Abg. **Peter Hintze** (CDU/CSU): Ich habe eine kurzen Hinweis an Frau Prof. Kollek. Bei unserem Gesetzentwurf, wenn Sie so nett sind, § 3 a Absatz 1 nochmal zu studieren, dann werden Sie feststellen, dass die von Ihnen aufgestellte Vermutung falsch ist. Der Bundesgerichtshof hat festgestellt, das Embryonenschutzgesetz hat auch festgestellt, dass jede totipotente Zelle ein Embryo ist. Wir haben hier die Vorschrift für Zellen eines Embryos, folgen also dem Bundesgerichtshof und dem Embryonenschutzgesetz, dass hier nur eine Untersuchung der Plastozyte bzw. des Troboplasten, also einer pluripotenten Zelle nicht mehr einer totipotenten Zelle ist, insofern der von Ihnen vermutetet

Widerspruch in unserem Gesetz klar anders geregelt ist. Das ist nur ein Servicehinweis für die weitere öffentliche Debatte. § 3 a Absatz 1. Weil die totipotente Zelle nach der Definition des Embryonenschutzgesetzes immer ein Embryo ist. Hier geht es aber um Zellen eines Embryos. Deswegen darf ich nicht den Embryo zerstören, um die anderen sieben Embryonen einzupflanzen. Das ist hier im Gesetz geregelt. In unserem Gesetz. Das ist aber nur ein Servicehinweis. Eine Frage an Frau Prof. Schöne-Seifert und Prof. Schröder. Für mich ist sehr wichtig, dass Anhörungen Entwicklungsfortschritte bringen. Ich habe heute einen für mich identifiziert und wollte Sie um Ihre ethische Bewertung fragen. Ich glaube wirklich, dass wir von der Dreierregelung wegmüssen. Ich wollte um ihre ethische Bewertung fragen. Die Dreierregelung war immer eine, die die Frauen sehr belastete. Ganz unabhängig von PID, weil eben durch die Wahrscheinlichkeit von 25 Prozent viele dann eben nicht zur Geburt kamen und dann mehrere Zyklen hatten und diese ganzen psychischen, physischen Belastungen und hier ist es logisch, weil die Natur 75 Prozent der befruchteten Embryonen verwirft, auch im natürlichen Miteinander, nicht nur hier bei der Implantation. Deswegen Ihre Frage nach der ethischen Bewertung, wenn man statt der Dreierregelung eine Sechser- oder Siebenerregelung bringen würde, an Herrn Schröder und Frau Schöne-Seifert.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich würde zunächst Herrn Huber um Auskunft bitten. Wir haben von Herrn Herdegen, der jetzt nicht mehr hier sein kann, gelernt, dass für ihn die Würde mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt, auch wenn er da nicht Repräsentant des gesamten deutschen Staatsrechts, also sagen wir mal eher der Publikation zum Staatsrecht ist. Bedeutet Würde eigentlich, dass man Träger von Rechten ist? Gibt es für diesen Rechtsträger irgendeine Chance auf die Entscheidung, ob er sich untersuchen lassen muss, Einfluss zu nehmen? Ich könnte mir denken, wenn ich als Embryo hören würde, dass meine Mutter nicht gezwungen werden kann, mich implantieren zu lassen, dass ich auf die Idee kommen könnte zu sagen, dann muss ich im Gegenzug nicht dulden, dass man mir ein Teil meines Korpus entnimmt, um mich genetisch zu qualifizieren. Halten Sie das für nachvollziehbar oder ist das total 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 mindeste materielle Folge, die das haben muss, ist doch, dass ich dann jedenfalls nicht ungefragt zur fremden Verfügungsmasse schlechthin werden darf. Es muss einen Rest an Subjektivität geben. Wie kann man das auflösen? Die zweite Frage, die ich gern stellen würde, ist die, ob ein so unbestimmter Rechtsbegriff, wie der der schwerwiegenden Erkrankung, rechtlich

überhaupt irgendeine klare Eingrenzung der Anwendungsfälle auf wenige Paare zulässt. Denn was schwerwiegende Erkrankung heißt, das hat doch diese Anhörung gezeigt, unterliegt doch subjektiv höchster Differenzierung. Was ist wirklich schwerwiegend? Prof. Diedrich und ich sind uns komplett einig darin, dass es natürlich so ist, dass eine Trisomie 21 nicht so schwerwiegend sein kann, dass sie eine PID erlauben würde. Aber die Frage ist. Wie macht man unter Bezug auf den allgemeinen Rechtsbegriff der schwerwiegenden Krankheit dies zu einer Regel, die die Ethikkommission, die Beratenden, die Durchführenden und die Eltern irgendwie bindet? Das würde ich gern von Herrn Böckenförde und Frau Kollek wissen.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch den Nachsatz dazu, hier zur Trisomie 21. In der Begründung des Gesetzentwurfs steht dann drin, wenn es schwierig ist, so etwas zu behandeln, ist es eine schwerwiegende Erkrankung. Das würde die Argumentation nochmal unterstützen, dass man nachher doch die Situation hat, dass man die Trisomie 21 nicht eindeutig ausschließen kann. Das wollte ich nur noch anfügen. Ich habe zwei Fragen. Einmal an Herrn Prof. Huber nochmal. Im Anschluss an die, er muss weg oder, schade. Ganz schnell. Im Anschluss nochmal an die Frage PID ins Ausland. Da werden die Patienten oder die Paare ins Ausland gezwungen. Da ist meine Frage. Würde dieses Argument nicht letztendlich bedeuten, dass man jegliche Begrenzung der PID aufgeben müsste oder sich an der liberalsten Lösung orientieren müsste? Was wären die Folgen eines solchen Ethikdumpings, so würde ich das mal bezeichnen? Das ist die eine Frage. Dann nochmal eine Frage an Prof. Huber und Herrn Prof. Böckenförde. Wir haben hier von Dammbbruch immer wieder gehört. Für mich ist Dammbbruch nicht die Frage, ob da die Zahl der Missbrauchsfälle steigt, sondern für mich ist der Dammbbruch, ob wir eine Änderung der ethischen Grundsätze herbeiführen. Wir haben heute die Argumentation von Herrn Prof. Herdegen gehört, der gesagt hat, es kann doch wohl nicht sein, dass das Argument, da ist Missbrauch in Zukunft möglich, uns hindert, die PID einzuführen. Frau Schöne-Seifert hat argumentiert, es würde geradezu der Missbrauch des § 218 herangezogen werden können zur Begründung, wir müssen die PID einführen, weil, so hat sie argumentiert, man dann die am wenigsten ethisch verwerfliche Methode anwenden würde. Nun ist es doch aber so, wenn wir so vorgehen in der Argumentation, würde das doch am Ende bedeuten, dass wir im Nachhinein den Missbrauch legitimieren, weil wir mit der Einführung der PID eine ganz andere ethische Grundlage legen, nämlich der Selektion und dann haben wir doch den Missbrauch nachträglich sanktioniert. Dazu möchte ich gerne eine Einschätzung von Herrn Huber und Herrn Prof. Böckenförde haben, ob die Überlegung von mir richtig ist.

Vorsitzende: Danke, Harald. Sie sitzen hier auf Kohlen, verschiedene Sachverständige. Deswegen würde ich Prof. Huber und Frau Schöne-Seifert zunächst bitten, die Fragen zu beantworten, die an Sie gestellt sind. In aller ...

SV Bischof Prof. Dr. Dr. Wolfgang Huber: Ich bitte um Entschuldigung, wenn ich versuche, das ganz kurz zu machen, aber ich hoffe, ich tue das dann im Dienst aller Anwesenden. Die erste Einladung an mich war bis 17 Uhr terminiert und deswegen habe ich gedacht, ich mache nichts verkehrtes, wenn ich um 18 Uhr einen anderen Termin annehme. Da warten alle jetzt alle auf eine Ansprache von mir, aber mir ist das so wichtig und selbstverständlich respektiere ich Ihre Fragen. Erleichternd kommt hinzu, dass Herr Böckenförde mir gerade angeboten hat, die Frage, was eine schwerwiegende Krankheit sei und wie das zu beurteilen sei, mir abzunehmen, selber zu übernehmen. Die lasse ich also aus. Ist es ethisch vertretbar, eine Totgeburt zuzumuten? Die Antwort heißt Nein. Nur die Frage ist, welche Maßnahmen darf man ergreifen, um vorher abschätzen zu können, ob eine Totgeburt zu befürchten ist und welche Nebenwirkungen hat es, wenn man das tut? Das ist so ähnlich, wie mit der Frage der Behinderung. Natürlich gibt es niemanden hier im Raum, der die Intention hat, Behinderte zu diskriminieren. Die einzige Frage, die man stellen muss, ob eine bestimmte Handlungsweise, die man mit den noch so wohl erwogenen Begründungen betreibt, im Rahmen der Lehre vom duplex effectus gleichzeitig einen Effekt im Blick auf ein anderes Thema hat, den man mit bedenken muss, wenn man eine solche Maßnahme verantwortungsethisch anschaut. Insofern heißt die Frage, die Vermeidung von Totgeburten, erst recht wiederholen, ist ein hohes Ziel, aber es legitimiert nicht jedes Mittel, sondern man muss sich fragen, welche Erweiterungen wird es haben, wenn man dieses Mittel einsetzt. Zweite Frage, Ethikrat und Leopoldina. Da bin ich der schlechteste Ansprechpartner, denn bei der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates, wenn man genau in zwischen hinschaut, muss man sagen, die pro und contra sind nahezu gleichgewichtig, so gleichgewichtig wie es bei einem Gremium sein kann, das 26 Mitglieder hat, bei denen eines sich der Stimme enthalten hat. Bei dem gehöre ich, wie Sie wissen, nicht zu denjenigen, die für die Zulassung der PID votiert haben. Mir fällt auf, dass in diesem Votum zwei Elemente enthalten sind, die über das hinaus gehen, was jetzt in der Diskussion ist. Erstens, dieses Votum ist klarer in der Frage der Dreierregelung, in dem es unumwunden sagt, dass das mit der Dreierregelung nicht

vereinbar ist und fordert, dass ein Kompromiss gefunden werden müsse zwischen den Erfolgsaussichten der Behandlung und dem Ziel der Vermeidung überzähliger Embryonen. Zum anderen, dass darauf hingewiesen wird, dass im Blick auf die Totgeburten nicht in jedem Fall, in dem wiederholt Totgeburten auftauchen, das genetische Gründe hat, die über PID überhaupt ermittelt werden können, sodass wenn überhaupt PID im Blick auf Totgeburten eingesetzt wird, dies nur im Rahmen klinischer Studien durchgeführt werden soll, bei denen geprüft werden soll, welchen Effekt der Einsatz von PID überhaupt im Blick auf diese Gefährdung von Paaren mit vielen Totgeburten hat. Leopoldina geht in meinen Augen weiter als alles, was wir jetzt diskutieren und da ist wirklich unklar, was eigentlich mit der Einschränkung auf schwerwiegende Krankheiten passiert. Da sind wir in dem Bereich nach meiner Einschätzung, wo auch spätmanifestierende Krankheiten in den Bereich der schwerwiegenden kommen. Die Verschmelzung von Eizelle und Samenzelle als Beginn der Zuerkennung der Menschwürde. Ja, das finde ich ein wichtiges Ergebnis, wie breit, jedenfalls im Kreise dieser Sachverständigen, das Festhalten an dem Grundsatz ist, der dem Embryonenschutzgesetz zugrunde liegt. Wir haben bloß am Beispiel von Herrn Herdegen gesehen, dass es eben zwei Arten von Gradualismus gibt. Der eine Gradualismus unterscheidet, ab wann Würde zuerkannt wird und der andere Gradualismus unterscheidet danach, ab wann welches Maß an Würde zuerkannt wird. Das sind die beiden Gradualismusformen, mit denen wir es gegenwärtig zu tun haben. Klar ist, dass unter rechtlichem Gesichtspunkt die Geburt eine ganz herausragende Bedeutung hat. Volker Gerhardt sagt immer wieder und das doch im Recht, in meinem Personalausweis stünde das Datum meiner Geburt und nicht das Stadium der Befruchtung von Ei- und Samenzelle. Also bleibt im Blick auf die Rechtsperson die Geburt wichtig und außerdem wissen wir alle, dass sich später hinsichtlich der Befähigung zu Rechtsgeschäften noch manches ändert nach der Geburt, können wir also im Gradualismus weitergehen. Umso wichtiger ist es anzuerkennen, dass es Phasen der Entwicklung des Menschen gibt, in denen im Blick auf die Würde dieses Menschen die Verantwortung anderer für sie umso wichtiger und unentbehrlicher ist. Wir reden über eine Phase, in der diese Art von Verantwortung ganz besonders unverzichtbar ist, gerade weil es sich um einen Menschen handelt, der nicht für sich selber sprechen und nicht einmal für sich selber schreien kann. Deswegen fällt mir im Augenblick an dieser Debatte besonders schwer, dass wir im Fall der In-vitro-Fertilisation so tun, als gäbe es keine Beziehung zwischen der Mutter und diesem Embryo, weil dieser Embryo noch nicht implantiert sei. Diese Beziehung entstehe erst in dem Augenblick, in dem eine Implantationsentscheidung getroffen ist. Das halte ich

ethisch für überhaupt nicht nachvollziehbar, weil ich fest davon überzeugt bin, dass eine Entscheidung der Mutter dann getroffen ist, wenn sie sich auf den Weg der In-vitro-Fertilisation begibt und das ist, Frau Kollek flüstert es, empirisch so, es ist empirisch und ethisch so und es muss im Recht sich irgendwie widerspiegeln. Ethikdumping, so habe ich die Frage verstanden. Ich sehe das jetzt mal von der positiven Seite und sage, dass wir eine gewisse Variationsbreite von ethischen, von rechtlichen Regelungen in Europa haben zu diesen Fragen, ist nicht nur am Anfang des Lebens, sondern auch am Ende des Lebens so, bedeutet eigentlich für mich eher, dass man in einen Wettbewerb um die tragfähigsten Lösungen eintreten sollte und nicht mit dem Tourismusargument sich auf die Ebene der niedrigsten Lösung begeben sollte. Das wird man sowieso nie schaffen, weil die Motive dazu, in ein anderes Land zu gehen, zu vielfältig sind. Das hat Frau Kollek gezeigt. Ich verwende das Dammbrechargument nicht. Ich verwende aber sehr wohl das Argument, dass man diejenigen Folgen, die man antizipieren kann von Regelungen, die man trifft, dass man die ernstnehmen soll. Genau Analyse voraussehbarer Folgen ist mein Argument und nicht eine generelle Dammbrechtheorie. Die habe ich glaube ich an keiner Stelle hier vorgetragen und ich glaube, das ist eine der Arten von Alles-oder-Nichts-Argumentationen, die gar nicht wirklich weiterhelfen.

Vorsitzende: Danke für die Nachspielzeit sozusagen. Frau Schöne-Seifert. Wenn Sie schnell die Gelegenheit nutzen,...

SVe **Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert:** Entschuldigung dafür, dass ich so unter Druck sitze, aber ich kann nur so vor Mitternacht die Betreuerin meiner Kinder auslösen, die deswegen nötig ist, weil mein Mann selber auf einer Tagung ist. Ganz kurze Antworten. Ja, Herr Hintze, ich bin in der Tat der Meinung, dass es, wenn man, wie ich das richtig finde, für eine eng begrenzte Zulassung der PID optiert, man dann die Dreierregel mit reformiert, damit die Sache ehrlich und klar und transparent ist und ich glaube wirklich aus Gründen des Normenschutzes und der Glaubwürdigkeit und der Rechtssicherheit sollte man das gleich und transparent tun und nicht im Nachhinein irgendetwas nachmogeln, sondern das muss Teil der Abstimmung sein. Dann wurde gefragt, ob die Leopoldina-Stellungnahme, für die ich mit verantwortlich zeichne, in der entsprechenden Arbeitsgruppe mit dem Entwurf von Frau Flach u. a. sozusagen kompatibel ist. Ich denke ja. Ganz eindeutig. Letzter Punkt. Ich wurde zitiert mit der

Bitte sozusagen, der ethischen Bitte, den Wertungswiderspruch, der sich ergibt zwischen einem Verbot der PID und dem, was als Missbrauch der PND bezeichnet wurde, zu korrigieren. Das Ergebnis ist zwar richtig, aber ich würde eben anders als der Fragende die PND, wie sie sich heute entwickelt hat und wie sie sich absehbar entwickeln musste nach der Gesetzreform, nicht als Missbrauch bezeichnen, sondern als etwas, was die Menschen, die sie in Anspruch nehmen, so wünschen und in aller Regel selbstbestimmt wünschen und mit guten ethischen Argumenten haben sollten.

Vorsitzende: Wir bedanken uns und wünschen dann, dass Sie den Zug erreichen und Ihr zu Hause entsprechend erreichen. Dann hatten wir etliche Fragen an Prof. Schröder. Dem würde ich jetzt gerne das Wort geben.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Meine Damen und Herren, die erste an mich gerichtete Frage bezieht sich auf das Problem Diskriminierung der Konsequenzen aus PID. Diese Frage hat zwei Seiten. Die eine Seite ist die Frage: Werden sich Behinderte durch PID diskriminiert fühlen? Dazu kann ich wenig sagen und natürlich kann ich nicht sagen, sie sollten es nicht machen. Das, finde ich, verlangt hier die Rücksicht, dass ich dazu keine Prognosen abgebe. Aber ich spreche gerne nochmal zu der anderen Frage. Ist zu erwarten, dass die Diskriminierung Behinderter zunehmen wird? Werden in Zukunft Behinderte, weil es PID gibt, zu hören bekommen, so jemanden wie dich sollte es gar nicht geben? Ich sage dazu folgendes. Dazu brauchen wir leider nicht PID und ich kenne solche Sprüche aus meiner Kindheit, als man überhaupt nichts dergleichen hatte, dass Menschen so über andere Menschen reden. Diesen Menschen muss man mit aller Energie entgegentreten und ihnen nicht noch eine halbe Entschuldigung zuspiesen, weil es jetzt PID gibt, verstehen wir, dass du so redest. Ich verstehe es überhaupt nicht und bitte darum, dass wir das alle so sehen. Die Entstehungs- und Nichtentstehungsbedingungen eines geborenen Menschen, eines Menschen, der aus einer Vergewaltigung hervorging, eines Menschen, der geboren wurde, weil nicht abgetrieben wurde usw., die Entstehungsbedingungen eines Menschen haben nach unserem Verständnis Null, nichts mit der ihm gebührenden Anerkennung zu tun. Diesen Grundsatz muss man durchhalten und nicht plötzlich Verständnis entwickeln für diejenigen, die ihn in Frage stellen wollen. Zu der Frage, ob PND nicht einen weitergehenden Anwendungsbereich hat als PID, nämlich der hier gemachte Vorschlag sieht nicht vor, wegen des Down-Syndroms PID anzuwenden, da kann ich nur sagen,

es ist so. Sie haben Recht. Ich bin sozusagen nur das Echo. Die Geschichte mit dem Dambruch. Der Missbrauch einer Regel ist grundsätzlich nie auszuschließen und ist als solcher noch kein Dambruch. Da muss man vielleicht jetzt mal genauer gucken, was unter Missbrauch gemeint ist. Soll Missbrauch heißen, dass man unter Verstoß des Gesetzes etwas tut, was im Zusammenhang dieses Gesetzes möglich geworden ist? Da kann ich nur sagen, für Rechtsbruch ist die Justiz zuständig. Aber es ist wahrscheinlich bei Dambruch meistens etwas anderes gemeint, nämlich dass man sich an etwas, das eben noch als anstößig galt, nach und nach gewöhnt und es nicht mehr für anstößig hält oder dass nach und nach eine Sanktion nicht mehr angewendet wird und dann nach und nach gilt die Sache, weil die Sanktion nicht mehr erfolgt, als erlaubt. Ich kann sagen, solche Prozesse sind alle denkbar, aber man muss aufpassen. Es ist jedenfalls nach meiner Beobachtung in ähnlichen Feldern nicht so, dass, wenn das Gesetz etwas verbietet, es massenhaft trotzdem gemacht wird und es dann nicht mehr als verboten angesehen werden kann. In diesem Feld der Zulassung einer medizinischen diagnostischen Methode gehe ich davon aus, dass, entweder es machen Kurpfuscher, dann sind sowieso schon die Juristen gleich da, oder es machen Ärzte. Ärzte, die so etwas machen, gehen ein so hohes Risiko ein, dass schon ...juristische (?18:18:13) Gründe mich darf erwarten lassen, dass es einen von Ärzten fabrizierten Missbrauch massenhaft oder in relevanter Weise nicht geben würde. Es könnte ihn jetzt schon geben. Nach meiner Kenntnis verfügen die Leute, die PND anwenden, über das Wissen des Geschlechts. Wenn sie es weitergeben würden, könnten die Patienten, die Frauen unter Vorschubung eines anderen Grundes Auswahl, Abtreibung nach dem Kriterium des Geschlechts machen. Ich lasse mich von Ihnen gerne berichtigen. Mir ist gesagt worden, Ärzte würden, solange die Option für die Abtreibung möglich ist, diese Information nicht herausgeben. Man wird nicht ausschließen können.... Ich weiß nicht, Sie sind doch Standesrechtlicher. Das wäre gut, wenn Sie das mal... Ich will damit nur sagen, hier haben Sie ein Beispiel. Wenn Sie befürchten, die Leute machen dann doch immer alles, was möglich ist, dann hätten Sie hier den Fall, dass die Ärzte sich nicht so verhalten, sondern sich regelkonform verhalten. Deswegen, wenn Sie annehmen, dass bei den Ärzten die Unmoral ausbricht, ist das Ihre spezielle pessimistische Weltsicht und nichts, von dem ich sagen könnte, es sei mit irgendetwas zu dem zu rechnen, dass, wie Herr Huber eben richtig gesagt hat, als naheliegende Folge jetzt berücksichtigt werden müsse.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Das Geschlecht kann man im Ultraschall erst feststellen nach

der 14. Woche. Das heißt, wir sind dann auch schon in einem Bereich, wo es um eine medizinische Indikation geht, die hier nicht erkennbar ist. Es gibt Regeln, Richtlinien für die sogenannte Korionbiopsie, die man früher machen kann, etwa in der achten bis neunten Woche. Hier kommt nebenbei auch das Geschlecht heraus. Dort dürfen wir aber als Ärzte dieses Geschlecht nicht mitteilen.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Die Mehrzahl scheint sich daran zu halten.

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Wir schon Gesetzeskonform, wir Ärzte, das muss man sagen.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Eben, deswegen ist Missbrauch...

SV Prof. Dr. Klaus Diedrich: Wenn man jetzt einmal das Embryonenschutzgesetz sich ansieht, das haben wir seit 20 Jahren. Es gibt zwei Verstöße dagegen. Die zu einer Gerichtsverhandlung und Verurteilung geführt haben. Einmal der Transfer von fünf Embryonen, Mehrlingsschwangerschaft, die Frau hat geklagt und das andere war der PID-Fall, der dann zu diesem Bundesgerichtshofurteil führte mit Freispruch und Selbstanzeige. Vielleicht noch kurz Ihre Frage zum Vergleich der Pränataldiagnostik und der PID. Eigentlich sind das unterschiedliche Zielsetzungen und die Ziele, die die pränatale Diagnostik verfolgt ist, der Mutter zu zeigen, dass alles mit ihrem Kind in Ordnung ist. Wenn dieses Abweicht von der Norm, muss man mit ihr ausführlich darüber sprechen. Während wir bei der PID eine ganz enge Zulassungsbedingung haben. Beispiel Trisomie21 wird täglich bei der Pränataldiagnostik gemacht, ist aber natürlich keine Zielsetzung bei der Präimplantationsdiagnostik. Ich glaube, das beantwortet Ihre Frage.

SV Prof. Dr. Richard Schröder: Bei der Dreier-Regelung. Ich bin dort kein Fachmann, sondern reichlich belehrt worden in der Zeit, wo ich im nationalen Ethikrat war. Dort ist mir gesagt worden, gewissermaßen wird die Dreier-Regelung doch umgangen, indem mehr Eizellen befruchtet, aber die im Pränucliusstatus (18:22:06) gehalten werden, sodass eine zweite Stimulation und Entnahme von Eizellen gespart werden kann, wenn der erste Zyklus nicht funktioniert. Wenn dieses Beschreibung so stimmt, müsste man wohl sagen,

dass man sich hier Verfahren ausgedacht hat, die mit dem Gesetzestext konform sind, aber die in der Natur des Vorgangs liegenden Probleme für die Frau minimieren wollten. Das ist interessant, weil das nämlich die Konsequenz zur Folge hat, der Gesetzgeber könnte die Sache rationalisieren, wenn er nicht ein Glaubensbekenntnis aus (???:18:22:44). Der Bischof Huber hat gesagt, es sei nicht in Ordnung, die (???:18:22:52) als den Beginn der Verbindung von Mutter und Kind zu bewerten, auch der Blick in die Petrischale sei schon eine Verbindung. Das ist wohl richtig, aber nicht selektiv ist der Blick der Mutter in die Petrischale natürlich nur, wenn sie sich Drillinge wünscht. Auch dieses Problem wird gern überspielt. Die meisten, soweit ich weiß, wünschen sich ein Kind. Sie wünschen sich, dass zwei der Embryonen verloren gehen.

Sve Prof. Dr. Regine Kollek: Herr Schröder, genau deshalb befruchtet man heute auch nur zwei Eizellen bei den Frauen, die gute Prognose haben und setzt auch nur maximal zwei ein, weil die Erfolgchancen bei zwei mehr als doppelt so hoch sind, als wenn man einen transferieren würde. Also es ist nicht ganz so einfach, wie Sie es dargestellt haben. Es gibt verschiedene Punkte, die angesprochen worden sind, ich muss einmal sehen, dass ich die Fragen identifizieren kann. Ich würde aber doch gerne noch einmal etwas zur Pränataldiagnostik sagen. Frau Schöne-Seifert, die jetzt leider nicht mehr da ist, hat gesagt, die Menschen wollen die PND so. Deshalb ist sie auch so verbreitet. Dem möchte ich wirklich massiv widersprechen, weil 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 das Dilemma dann da ist mit dem Befund, wird auch häufig panisch reagiert, aber genau deshalb haben wir auch das Gendiagnostikgesetz notwendiger Weise machen müssen, damit endlich einmal eine vernünftige Beratung in diesem Feld und auch eine Aufklärung etabliert wird, damit die Frauen auch wissen, worauf sie sich überhaupt einlassen, was in der Regel nicht der Fall ist und diese Beratung zu etablieren, ist nicht gerade ganz einfach. Einfach zu sagen, die Menschen wollen das so, entspricht jedenfalls nicht der Realität, so wie wir sie haben. Dann ist es auch, glaube ich, ein gewisses Problem zu sagen, wir wollen die PID nicht für das Down-Syndrom. Das Down-Syndrom ist keine Erbkrankheit. Das Down-System entsteht überwiegend spontan. Von daher ist sie mit der PID gar nicht zu erfassen, daher ist es auch kein Verzicht auf eine weitgehende Diagnostik. Wenn man sagt, man verzichtet auf etwas, was im Rahmen dieser Methode sowieso nicht zu haben ist. Dann müsste man ein Screening machen, dann wäre das Down-Syndrom erfassbar. Ich möchte damit nur zum Ausdruck bringen, dass es kein ethischer Verzicht auf eine Diagnostik,

sondern das geht schlicht im Rahmen einer Erbkrankheit orientierten Diagnostik nicht. Nein, ich habe dagegen geredet, weil gegen diese Frage, ob man nicht mit der PID soweit geht wie mit der PND und dort auch das Down-Syndrom diagnostizieren will. Ich habe gesagt, das kann man gar nicht. Wunderbar, dann verstehen wir uns! Dann gibt es keine Missverständnisse mehr. Sehr schön. Ein weiterer Punkt, der angesprochen worden ist, die Frage der Finanzierung der Präimplantationsdiagnostik. Die IVF wird teilfinanziert, wenn Unfruchtbarkeit vorliegt. Dort gibt es bestimmte Definitionen für. Wenn man die Präimplantationsdiagnostik finanzieren wollte, dann müsste man die Indikationen füllen, die die In-vitro-Fertilisation entsprechend auch ändern und wenn das der Fall ist, dann wird sie möglicherweise in den Leistungskatalog aufgenommen. Also das ist dann eine Frage der Indikation für die In-vitro-Fertilisation und ob das in den Leistungskatalog entsprechend aufgenommen wird. Zu der Frage des Reproduktionsmedizinischen Tourismus und dem Stichwort Ethikdumping, hat Herr Huber, glaube ich, alles gesagt. Ich denke auch, jedes Land hat seine besonderen Regelungen und da hat Frankreich genauso ein Sonderweg wie England und warum soll nicht Deutschland genau das tun, was in seinen ethischen und rechtlichen Traditionen ist. Es ist kein anderer Sonderweg als den jedes andere Land in Europa auch geht. Ganz zum Schluss noch diesen Punkt, auf dem mich Herr Hintze dankenswerter Weise hingewiesen hat, weil das ist zumindest nicht ganz so einfach zu erkennen, dass dieser Gesetzentwurf offensichtlich vorsieht, dass die Präimplantationsdiagnostik nur an Blastozysten gemacht werden sollen. Das ist dann das, was Sie wollen. Ich finde, das sollte man dann auch sagen. Aber gut, das ist Ihr Entwurf. Aber das bedeutet, dass Sie den Entwurf für eine Methode gemacht haben, die laut ESHRE in 2007 und 2008 in 20 von 5.887 Fällen eingesetzt wurde. Also keine medizinische Standardmethode, sondern eine, die sich in der Erprobung befindet, von der man noch nicht weiß, obwohl sie mittlerweile wohl etwas häufiger eingesetzt wird, aber von der man überhaupt nicht weiß, ob sie sich in der Breite und für welche Fälle überhaupt bewähren wird. Weil das eben eine experimentelle Methode noch ist und zwei oder drei Gruppen auf der Welt existieren, die diese beherrschen und auch routinemäßig anwenden. Der Goldstandard (18:29:04) in dem Sinne ist nachwievor in den 5.867 die Entnahme von totipotenten Zellen aus dem Acht-Zell-Embryo.

...Zwischenrufe Abg. Hintze...

die **Vorsitzende:** Lieber Kollege Hintze, jetzt hier keine Zwiesgespräche bitte. Dieser

Informationsaustausch bitte anschließend am Rande. Ich hätte gern, wenn Frau Kollek ihre Fragen beantwortet hat, möchte ich Prof. Böckenförde bitten, die Fragen, die an ihm gerichtet sind zu beantworten.

SV Prof. Dr. Dr. Ernst-Wolfgang Böckenförde: Die erste Frage bezog sich auf den Unterschied, die Begrenzung der PND auf bestimmte Krankheiten nur erhoben werden dürfen. Weil die PID auch für spätmanifestierende Erkrankungen eingesetzt werden kann, um dort das zu erkennen, welche Folgen das haben würde. Kohärent ist das nicht, wenn bei der PND das eingeschränkt wird auf bestimmte Sachen und bei der PID auch zugelassen wird, nicht nur für unmittelbare, sondern auch was hier erst in den nachfolgenden Generationen oder Spät im Laufe des Lebens erst manifestieren kann, diese Inkohärenz wird dazu führen, dass sich bei der PND dann auch eine Ausdehnung entwickelt, weil man sagt, das ist wieder ein Wertungswiderspruch ein Unterschied und wenn das vor der Implantation möglich ist das zu untersuchen, warum soll es dann ausgeschlossen sein bei Untersuchungen in der Schwangerschaft. Das führt zur Tendenz die PND auch auf diese Fälle, die bei der PID eingeschlossen sind, auszudehnen. Dann kommt noch, das sei nicht verhältnismäßig oder das sei Widersprüchlich und das sei doch genauso vergleichbar und warum wird das dort eingeschränkt und ist es dort ausgeweitet. Die zweite Frage ist die mit der schwerwiegenden Erkrankung. Das ist in der Tat, wie wir Juristen sagen, ein unbestimmter Rechtsbegriff. Und der unbestimmte Rechtsbegriff ist hierdurch dadurch noch charakterisiert, dass er kaum Kriterien hat. Man hat bewusst verzichtet auf einen Katalog und hat dann die Zuflucht genommen, zu dem Terminus schwerwiegender Erkrankungen oder schwerwiegender Erbkrankheit. Da kommt natürlich sofort die Interpretationsfrage. Wenn keine Kriterien angegeben sind und man das verlagert auf die Ethikkommission, dann kommt es darauf an, was sind denn dort für Vorstellungen vorhanden. Das führt zu einer, jetzt nicht im abschätzigen Sinne gemeint, zu einer Subjektivierung, denn da gibt es verschiedene Auffassungen darüber und das legt sich dann nieder. Das zweite ist dann die Arbeit der Juristen, dass sie sagen „aber wenn das anerkannt wird, dann ist das andere doch vergleichbar, das ist doch ebenso weitgreifend, also muss das auch einbezogen werden“. Sonst ist es nicht mehr verhältnismäßig. Was dann schwerwiegende Erkrankung ist, weil der Begriff an sich bewusst sehr offen ist, muss er dann konkretisiert werden und wird konkretisiert, ohne das verbindliche Kriterien dafür da sind. Das führt notwendiger Weise zu einer Subjektivierung, wobei diejenigen, die in den Kommissionen das sagen, die entscheiden das nach ihrer Überzeugung. Es ist kein Vorwurf der Willkür, aber das liegt einfach darin

und dann kommt noch hinzu, weil es ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, da wird unter den Juristen diskutiert, ist der etwa auch nachprüfbar gerichtlich in vollem Umfang? Es ist eine Auffassung, die lange vertreten worden ist, auch von den Verwaltungsgerichten. Es gibt eigentlich nur eine richtige Lösung bei dem unbestimmten Rechtsbegriff und dafür erklären sich die Gerichte dann zuständig. Inzwischen ist eine Bewegung am Wachsen, die ich auch für richtig halte. Wenn es ein unbestimmter Begriff ist, der bindet rechtlich auch nur unbestimmt, also kann er nur auf die Vertretbarkeit kontrolliert werden, ob das, was dazu gesagt worden ist, noch vertretbar ist. Man kann auch anderer Auffassung sein, aber das liegt noch nicht außerhalb eines bestimmten Rahmens. Damit muss man rechnen. Dann die dritte Frage, das war das Dambruchargument. Da würde ich auch sagen, Dambruch ist ein großes Wort und das kann auch leicht ein Totschlagargument werden, aber was darin richtig ist, der Kern scheint mehr zu sein, dass man die absehbare Folgewirkung, die eine Entscheidung hat, mit einbeziehen muss in die Überlegung. Man sagt dem Juristen auch manches Mal, ihr müsst auch die Folgen bedenken, nicht nur rein begriffsjuristisch argumentieren. Hier bedeutet das, und das glaube ich kann man gut veranschaulichen am Beispiel der PND. Die PND wurde eingeführt nur als Ausnahme bei Spätschwangeren, weil man dort sagt, dass das Risiko groß ist. Dann war auch dort begrenzt, von daher erklärt sich auch die Begrenzung auf bestimmte Krankheiten. Dann hat sich das aber in der praktischen Handhabung ausgeweitet, weil es auch noch im Zusammenhang steht mit gerechtfertigter Abtreibung nach § 218a Abs. 2 und schließlich das dritte Moment, was hinzukam, ist das ärztliche Haftungsrecht. Das Problem ist doch heute, und dort sind so einige Prozesse geführt, worden, wenn der Arzt nicht über alle Risiken, die bei PND kommen, aufklärt, dann macht er sich verantwortlich und macht sich eventuell haftbar dafür. Das führt natürlich dazu, dass dann ersten Mal das immer weiter ausgedehnt wird, das es mehr auch zur Regel wird. Man kann heute einmal, das wäre interessant zu erheben, wie viel Prozent der Schwangerschaft wird auch die PND gemacht. Das dehnt sich aus. Die Ärzte haben aus Gründen des Haftungsrecht eventuell auch noch Interesse daran, dass sie ihnen nicht vorgehalten werden kann, sie hätten etwas übersehen und die Patientin nicht richtig informiert. Das sind Folgewirkungen, die sich daraus ergeben und das, meine ich, muss man auch bedenken, wenn jetzt die PID zugelassen wird, was hat das für Folgewirkungen, auch im Bewusstsein der Menschen. Gibt es dort noch eine Unverfügbarkeit oder nicht oder wie wirkt sich das aus? Das, meine ich, muss mit bedacht werden.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Böckenförde. Ich darf allen Sachverständigen für

Ihre Antworten und für Ihre große Ausdauer bedanken. Wir werden Ihre Antworten mitnehmen und ich sah nachdenkliche Gesichter und ich kann mir vorstellen, dass das auch dem einen oder anderen zu Veränderungen veranlasst. Ich darf allen herzlich danken, auch diejenigen, die gefragt haben und wünsche einen schönen Abend und frohes Schaffen.

bis 18:37:22 Uhr

ENDE!

ENTWURF