

Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung NRW  
Abteilung Münster  
Studienort Münster  
Allgemeine Verwaltung – Staatlicher Verwaltungsdienst (LL.B.)



Bachelorthesis zum Thema:

**Die rechtliche Ausgestaltung der Präimplantationsdiagnostik  
in der Bundesrepublik Deutschland – eine rechtspolitische  
Analyse**

**Vorgelegt von:**

Mareike Grüber- Regierungsinspektorin  
Kurs: MS S21/01  
Einstellungsjahrgang: 2021

Abgabedatum: 14.06.2024

Erstgutachter/in: Prof. 'in Dr. Susanne Benöhr-Laqueur  
Zweitgutachter/in: Prof. 'in Dr. Frauke Annegret Kurbacher

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	IV
A. Einleitung.....	1
B. Methodik.....	2
C. Begriffsbestimmungen.....	3
I. PID .....	3
II. PND.....	4
D. Verfassungsrechtliche Perspektive .....	5
I. menschliche Würde (Art. 1 Abs. 1 GG).....	5
II. Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG).....	5
III. Schutz der pränatalen Würde und des Lebens .....	6
1. Voller Grundrechtsschutz ab Kernverschmelzung.....	7
2. Voller Grundrechtsschutz ab Nidation.....	8
3. Stellungnahme.....	9
a) Mögliche Verletzung des objektiv-rechtlichen Schutzes der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG).....	10
b) Mögliche Verletzung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) .....	12
c) Rechte der Frau in Bezug auf reproduktive Entscheidungen (Art. 2 Abs. 1 und 2 GG).....	13
4. Zusammenfassung.....	14
E. Gesetzliche Rahmenbedingungen der PID in Deutschland .....	14
I. Entwicklung .....	14
1. Erster Entwurf vom 20.12.2010 .....	15
2. Zweiter Entwurf vom 28.1.2011 .....	15
3. Dritter Entwurf vom 8.2.2011 .....	16
4. Stellungnahme des Ethikrats .....	16
II. Übersicht zu den Regelungen des §3a ESchG .....	17

III. Übersicht zu der PIDV .....	20
IV. Übersicht zu dem PIDG NRW .....	22
F. Nationale Asymmetrie der Verfahrensweise .....	23
I. Zugelassene Zentren.....	23
II. Ethikkommissionen.....	24
III. Zusammenfassung.....	26
G. Wertungswiderspruch zwischen PID und PND .....	27
H. Europäischer Vergleich.....	31
I. Großbritannien .....	31
II. Niederlande .....	32
I. Fazit.....	32
I. Kritik de lege lata .....	32
II. Vorschläge de lege ferenda .....	34
III. Zusammenfassung .....	36
Literaturverzeichnis.....	I
Anlage Interview Herr Zerres .....	VI
Anlage Interview Frau Möckel .....	XVI
Anlage Einverständniserklärung Herr Zerres.....	XXIV
Anlage Einverständniserklärung Frau Möckel.....	XXV
Eigenständigkeitserklärung .....	XXVI

## Abkürzungsverzeichnis

BGH .....	Bundesgerichtshof
BVerfG .....	Bundesverfassungsgericht
BVerwG .....	Bundesverwaltungsgericht
DNS .....	Desoxyribonukleinsäure
ESchG.....	Embryonenschutzgesetz
GenDG .....	Gendiagnostikgesetz
GG .....	Grundgesetz
HFE Act.....	Human Fertilisation and Embryology Act
PID .....	Präimplantationsdiagnostik
PIDG NRW .....	Präimplantationsdiagnostikgesetz Nordrhein-Westfalen
PIDV.....	Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik
PND.....	Pränataldiagnostik
SKIP .....	Spezies-, Kontinuitäts-, Individualitäts-, Potentialitätsargument
StGB .....	Strafgesetzbuch

## **A. Einleitung**

Die PID steht im Mittelpunkt eines komplexen rechtspolitischen Diskurses, der sich mit Fragen der Ethik, des medizinischen Fortschritts und der gesellschaftlichen Werte auseinandersetzt. Sie berührt einen äußerst sensiblen Bereich der Biomedizin. Die Rechte der betroffenen Eltern, die sich trotz genetischer Vorbelastung ein gesundes Kind wünschen, stehen hierbei im Spannungsfeld mit den Rechten des Embryos in-vitro. Zugleich löst die PID auch gesellschaftliche Kontroversen aus, die sich zwischen Besorgnis einer zu starken Selektion und der Chance auf Verminderung von schweren Erbkrankheiten bewegt.

Lange Zeit war die PID in Deutschland verboten, bis der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 6. Juli 2010 einen Arzt, der sich wegen Durchführung der PID an einem künstlich erzeugten Embryo selbst angezeigt hatte, freisprach.<sup>1</sup> Diese Grundsatzentscheidung zwang den Gesetzgeber zu einer rechtlichen Regelung der PID, die am 21. November 2011 in Form der Einführung des § 3a ESchG erlassen wurde. Erklärtes Ziel dieser Regelungen war es Rechtssicherheit für die Betroffenen zu schaffen.<sup>2</sup>

In diesem Zusammenhang stellt sich die zentrale Frage, ob die bestehende Rechtslage zur PID die angestrebte Rechtssicherheit bietet sowie zeitgemäß ist. Des Weiteren ist zu untersuchen, inwiefern sie den Anforderungen einer sich wandelnden Gesellschaft sowie den Fortschritten in der medizinischen Forschung gerecht wird. Diese Arbeit kann aufgrund der Komplexität des Themas und aufgrund des sensiblen Regelungsgehalt keine umfassende Diskussion und allgemeingültige Lösung darstellen. Viel eher ist sie als die Schnittmenge der prominentesten Positionen und Perspektiven zu diesem Thema zu verstehen.

Die Differenzierung der PID von der PND auf begrifflicher und medizinischer Ebene dient als Grundlage für die Analyse eines potentiellen Wertungswiderspruchs. Anschließend erfolgt die Darstellung der grundrechtlichen Verhältnisse, insbesondere bezüglich der Menschenwürde und des Rechts auf Leben des Embryos, des Rechts der Betroffenen auf reproduktive Autonomie sowie des Schutzes der körperlichen Unversehrtheit der Frau und der Forschungsfreiheit. In Kapitel E erfolgt die Darstellung und Bewertung der aktuellen Rechtslage zur Präimplantationsdiagnostik. Eine umfassende Betrachtung der nationalen Unterschiede, insbesondere unter Berücksichtigung möglicher asymmetrischer Entwicklungen zwischen den Bundesländern, wird mittels statistischer Daten in Kapitel F durchgeführt.

---

<sup>1</sup> BGH Urt. v. 6.7.2010 – 5 StR 386/09, BeckRS 2010, 18404, Rn.1.

<sup>2</sup> BT-Drucksache 17/5452, S.2.

Anhand der zuvor gesammelten Ergebnisse ist es anschließend möglich, einen Wertungswiderspruch zwischen den Verfahren der Präimplantationsdiagnostik und der PND zu untersuchen.

Das Fazit gliedert sich in eine Kritik des bestehenden Rechts, in Vorschläge zur Gesetzesreformen und in eine abschließende Schlussformel.

## **B. Methodik**

Um die aktuelle Praxis der Präimplantationsdiagnostik genauer herausarbeiten zu können und die Erfahrungen und darauf basierende Veränderungswünsche der gesetzlichen Regelungen zu analysieren, wurden qualitative Interviews geführt. Die Methoden des Leitfadeninterviews sowie des Experteninterviews wurden dabei in Kombination als leitfadengestützte Experteninterviews angewandt.

Beim Leitfadeninterview wird das Gespräch anhand eines vorbereiteten Leitfadens geführt, der im Vorhinein festgelegt wird. Dieser enthält optionale Elemente und vorformulierte Fragen<sup>3</sup>, um eine natürliche Gesprächsführung zu gewährleisten. So können fast alle Äußerungsmöglichkeiten abgedeckt werden, während die nötige Struktur erhalten bleibt. Ein Leitfaden sollte offen, aber ausreichend strukturiert sein.<sup>4</sup>

Expert\*innen sind Personen, die Beteiligte an dem in Frage stehendem Thema sind oder privilegierten Informationszugang haben.<sup>5</sup> Sie werden als Funktionstragende und nicht als Privatpersonen interviewt, meist repräsentieren sie eine Organisationseinheit. Expertenwissen umfasst Handlungsabläufe, Deutungswissen und Erfahrungswissen. Experteninterviews sind in der Regel leitfadengestützt, mit stärkerer Strukturierung und Fokussierung auf konkret beantwortbare Fragen und einen klaren Ablauf.<sup>6</sup>

Die befragten Personen haben einer namentlichen Nennung und öffentlichen Verwendung der Interviews schriftlich zugestimmt. Als Expert\*innen wurden Prof. Dr. Saskia Möckel und Prof. Dr. Klaus Zerres aufgrund ihrer Fachkompetenz und Rollen im Bereich der Reproduktionsmedizin und Genetik ausgewählt. Prof. Dr. Möckel ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit einem Schwerpunkt in Reproduktionsmedizin und gynäkologischer Endokrinologie. Sie ist am Kinderwunschzentrum Dortmund/Siegen tätig, welches das einzige zugelassene Zentrum für PID in Nordrhein-Westfalen ist. Ihre praktische Erfahrung und tiefgehenden Kenntnisse in der PID machen sie zu einer

---

<sup>3</sup> *Helfferrich*, in: Baur/Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2022, S.875.

<sup>4</sup> *Dies.*, in: Baur/Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2022, S.875.

<sup>5</sup> *Berge*, in: Tausendpfund (Hrsg.), Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften: Ein Überblick, 2020, S. 275 ff.

<sup>6</sup> *Ders.*, in: Tausendpfund (Hrsg.), Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften: Ein Überblick, 2020, S. 275 ff.

kompetenten Expertin für die Untersuchung. Prof. Dr. Zerres, als Vorsitzender der Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik der Ärztekammer NRW und ehemaliger Direktor des Instituts für Humangenetik der RWTH Aachen, ermöglicht einen Einblick in die Arbeit der Ethikkommissionen. Die Kombination ihrer spezialisierten Kenntnisse und Erfahrungen gewährleistet fundierte und relevante Einsichten in die aktuelle Lage der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland.

Zur Auswertung der Experteninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring in Form der strukturierenden Inhaltsanalyse verwendet. Dabei wird das Datenmaterial bestimmten Kategorien zugeordnet.<sup>7</sup> Die mit Hilfe der Interviews gewonnen Informationen werden innerhalb der Arbeit an mehreren Stellen verarbeitet und nicht innerhalb eines einzelnen Kapitels behandelt. Zur Aufbereitung des Transkripts wurden die einfachen Transkriptionsregeln verwendet.

## **C. Begriffsbestimmungen**

### **I. PID**

Die Präimplantationsdiagnostik ist ein Verfahren zur genetischen Untersuchung befruchteter Eizellen bzw. Embryonen vor deren Implantation in die Gebärmutter.<sup>8</sup> Sie kann folglich nur im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation angewendet werden. Das Verfahren wurde 1990 in Großbritannien entwickelt, um genetische Veränderungen aufzudecken, die der Grund für körperliche und geistige Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Fehl- oder Totgeburten sein können.<sup>9</sup> Zur genetischen Testung sind zwei Methoden relevant. Dies ist zum einen die Blastomerenbiopsie, bei der ein bis zwei Zellen aus dem Embryo ca. drei Tage nach der Befruchtung entnommen werden.<sup>10</sup> In diesem frühen Entwicklungsstadium handelt es sich noch um totipotente Zellen, das heißt, sie haben die Fähigkeit, sich zu einem vollständigen Organismus zu entwickeln.<sup>11</sup> Die zweite Methode der Trophektodermbiopsie hingegen richtet sich auf Zellen, die im Blastozystenstadium entnommen werden, welches ca. fünf Tage nach der Befruchtung erreicht ist. Hierbei handelt es sich um pluripotente Zellen, die aus der äußeren Zellmasse entnommen werden.<sup>12</sup> Pluripotenz bedeutet, dass sich diese Zellen nicht in einen

---

<sup>7</sup> *Helfferrich*, in: Baur/Blasius (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 2022, S.875.

<sup>8</sup> *Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, §2021, Rn.67.

<sup>9</sup> *Albrecht/Grüber*, *Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik*, 2019, S.23.

<sup>10</sup> *Dies.*, *Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik*, 2019, S.28.

<sup>11</sup> *Röttger*, *MedR* 42 2024, S. 243.

<sup>12</sup> *Albrecht/Grüber*, *Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik*, 2019, S.28.

eigenständigen Organismus entwickeln können.<sup>13</sup> In Deutschland ist die Präimplantationsdiagnostik nur in Form der Trophektodermbiopsie unter den gesetzlichen Bestimmungen des § 3a ESchG erlaubt.

Die häufigsten Anwendungen der Präimplantationsdiagnostik im europäischen Raum waren im Fall von monogenen Erkrankungen, worunter unter anderem Chorea Huntington oder Muskeldystrophie fallen.<sup>14</sup> Chorea Huntington ist eine meist spät manifestierende neurodegenerative Krankheit. Sie kann aber auch schon im jungen Erwachsenenalter auftreten.<sup>15</sup> Häufig fand die PID auch Anwendung bei strukturellen Chromosomenveränderungen Anwendung,<sup>16</sup> die zu regelmäßigen Fehlgeburten führen kann.<sup>17</sup>

## II. PND

Zur PND gehören alle erbgutbezogenen Untersuchungen, die während einer Schwangerschaft durchgeführt werden.<sup>18</sup> Unterschieden wird hier zwischen invasiven und nicht invasiven Verfahren. Nicht invasive Verfahren sind in der Regel bildgebende Untersuchungen, wie z. B. Nackenfaltenmessungen, aber auch der Test auf fetale DNS im Blut der Mutter.<sup>19</sup> Unter invasive Untersuchungen fällt unter anderem die Amniozentese, auch Fruchtwasseruntersuchung genannt. Hierbei wird Fruchtwasser entnommen und im Anschluss eine Genanalyse vorgenommen.<sup>20</sup> Die PND etablierte sich seit Mitte der 1960er Jahre und gehört mittlerweile zum medizinischen Standard.<sup>21</sup> Invasive Methoden bergen jedoch Risiken, wie Infektionen, Blutungen, frühzeitliche Wehen und Fehlgeburten. Das Risiko einer Fehlgeburt liegt je nach Untersuchungsform bei 0,4-2 %.<sup>22</sup>

---

<sup>13</sup> *Fehse/Schickl/Bartfeld u.a.*, Gen- und Zelltherapie 2.023 - Forschung, klinische Anwendung und Gesellschaft, 2024, S.211.

<sup>14</sup> *Lee/Kappy/Forman u.a.*, Fertility and sterility 120 ,2023, S. 521 ff.

<sup>15</sup> *Albrecht/Grüber*, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019 , S.84.

<sup>16</sup> *Spinella/Bronet/Carvalho u.a.*, Human reproduction open, 2023, S.2.

<sup>17</sup> *Rudnik-Schöneborn/Wyrwoll/Tüttelmann u.a.*, Gynäkologische Endokrinologie 21, 2023, S. 107 ff.

<sup>18</sup> *Ferdinand*, Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht, op. 2010, S.13.

<sup>19</sup> *Glaubitz*, Widersprüche im Regelungskomplex der genetischen Frühdiagnostik - eine verfassungsrechtliche Analyse, 2018, S.26.

<sup>20</sup> *Siebert/Speicher*, Medizinische Genetik 31, 2019, S.263.

<sup>21</sup> *Lee*, Die aktuellen juristischen Entwicklungen in der PID und Stammzellforschung in Deutschland, 2013, S.26.

<sup>22</sup> *Glaubitz*, Widersprüche im Regelungskomplex der genetischen Frühdiagnostik - eine verfassungsrechtliche Analyse, 2018, S.28.



## **D. Verfassungsrechtliche Perspektive**

### **I. menschliche Würde (Art. 1 Abs. 1 GG)**

Die Diskussion um den Grundrechtsstatus des Embryos in-vitro fokussiert sich insbesondere auf die Zuerkennung der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und des Rechts auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG).<sup>23</sup> Im Kontext der Präimplantationsdiagnostik ist es notwendig, diesen Schutz nicht nur auf Ungeborene im Mutterleib zu beziehen, sondern auch auf extrakorporal erzeugte Embryonen auszudehnen, die noch nicht implantiert wurden. Der Begriff des Ungeborenen umfasst im Folgenden den Nondom Conceptus (lat.: der noch nicht Empfangene) und den Nasciturus (lat.: der geboren werden wird).<sup>24</sup>

Gemäß Art. 1 Abs. 1 GG ist die Würde des Menschen unantastbar. Dieser Grundsatz ist für den Rechtsstaat essenziell und die schwerwiegende Bedeutung der Menschenwürde wird nicht zuletzt durch ihre prominente Position am Anfang der Verfassung deutlich.<sup>25</sup> Es ist gemäß Art. 1 Abs. 2 GG Pflicht aller staatlichen Gewalt diese zu schützen. Die Menschenwürde ist dabei nicht vergleichbar mit den Freiheitsrechten, denn sie umfasst nicht nur einen konkreten Lebensbereich, sondern zielt vielmehr auf den Kern der menschlichen Existenz ab.<sup>26</sup> Daher ist sie nicht nur ein gemeines Grundrecht, sondern wird als Konstitutionsprinzip verstanden.<sup>27</sup> Sie ist die Grundlage der Interpretation des Grundgesetzes.<sup>28</sup> Aufgrund dieses hohen Abstraktionsgrades ist die Definition des Schutzbereiches nicht so eindeutig wie bei anderen Grundgesetzen.<sup>29</sup>

### **II. Recht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG)**

Das Recht auf Leben ist ein direkter Auszug aus der Menschenwürde nach Art 1 GG.<sup>30</sup> Es bietet die biologisch-physiologische Basis der Existenz des Menschen.<sup>31</sup> Auch Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ist das Resultat der Erfahrungen des Nazi-Regimes zu werten.<sup>32</sup> Die klare Abwendung von der Unterscheidung zwischen „wertvollem“ und

---

<sup>23</sup> Landwehr, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2017, S.32.

<sup>24</sup> Glaubitz, Widersprüche im Regelungskomplex der genetischen Frühdiagnostik - eine verfassungsrechtliche Analyse, 2018, S.67.

<sup>25</sup> Herdegen, Art. 1 Abs. 1 GG in der Verfassungsarchitektur, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), Grundgesetzkommentar, 2024, Rn.4.

<sup>26</sup> Müller-Glöge/Preis/Schmidt u. a. (Hrsg.), Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 2024, Rn.7.

<sup>27</sup> BVerfG Urt. v. 15.2.2006 – 1 BvR 357/05, BeckRS 2006, 21046, Rn.118.

<sup>28</sup> Gröschner, Menschenwürde und Sepulkralkultur in der grundgesetzlichen Ordnung, 1995, S.26.

<sup>29</sup> Müller-Terpitz, Der Schutz des pränatalen Lebens, 2007, S.82.

<sup>30</sup> Huber/Vosskuhle/Mangoldt u.a., Grundgesetz, <sup>8</sup>2024, Rn.421.

<sup>31</sup> Müller-Terpitz, Der Schutz des pränatalen Lebens, 2007, S.82.

<sup>32</sup> Stern/Sodan/Möstl (Hrsg.), Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland im europäischen Staatenverbund, 2022, Rn.7.

„lebensunwerten“ Leben sollte durch den Artikel einen besonderen Ausdruck finden. Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bezieht sich auf die körperliche Integrität.<sup>33</sup> Der persönliche Schutzbereich ist gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG für jeden eröffnet.

### **III. Schutz der pränatalen Würde und des Lebens**

Die Grundrechtsträgerschaft besteht unstrittig ab Vollendung der Geburt. Fraglich ist jedoch, wie es sich mit der Grundrechtsträgerschaft im Vorhinein verhält. Diese Streitfrage wirft seit einigen Jahren Diskussionen auf und wird von verschiedenen Perspektiven, unter anderem der Philosophie betrachtet.<sup>34</sup> Das Bundesverfassungsgericht hat innerhalb von zwei Grundsatzentscheidungen bezüglich des Schwangerschaftsabbruches Differenzierungen getroffen. In beiden Entscheidungen zur Reform der §§ 218 ff. StGB wurde die Frage, ob ein grundrechtlicher Schutz ungeborenen Lebens besteht, jedenfalls mit Eintreten der Empfängnis, sprich ab Nidation, bejaht.<sup>35</sup> Die Verwendung des Begriffes „jedenfalls“ seitens des Bundesverfassungsgerichts verstärkt die Diskussion, ob die Grundrechtsträgerschaft bereits vor der Nidation beginnt. Im Rahmen von künstlichen Befruchtungen und der Präimplantationsdiagnostik ist diese Unterscheidung von Relevanz. Im Falle einer natürlichen Schwangerschaft ist der Embryo vor der Einnistung in die Gebärmutter keinen äußerlichen Einwirkungen ausgesetzt. Im Gegensatz dazu wird, wie unter den Begriffsbestimmungen bereits erläutert, bei einer Präimplantationsdiagnostik der extrakorporal erzeugte Embryoplast genetisch untersucht und die Selektion beginnt vor der Nidation. Daher ist für die Frage der Grundrechtsträgerschaft in dieser Arbeit von Relevanz, ob ungeborenes Leben auch vor der Einnistung geschützt ist.

Der Streit bezüglich des Beginns der Grundrechtsträgerschaft kann im Umfang dieser Arbeit nicht vollständig dargestellt werden. Dennoch ist es für die weitere Bewertung der Präimplantationsdiagnostik notwendig, ein positives oder negatives Ergebnis festzulegen. Aufgrund dessen werden im Folgenden unterschiedliche Auslegungen vorgestellt und diskutiert.

---

<sup>33</sup> *Rixen*, Art. 2 II, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, <sup>9</sup>2021, Rn.8.

<sup>34</sup> *Rehmann-Sutter*, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51, 2008, S. 835.

<sup>35</sup> *Müller-Terpitz*, Beginn der Grundrechtsträgerschaft, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, <sup>4</sup>2022, Rn.21.

## 1. Voller Grundrechtsschutz ab Kernverschmelzung

Ein großer Teil der Literatur spricht sich für die Grundrechtsrelevanz menschlichen Lebens ab Kernverschmelzung aus.<sup>36</sup> Als Begründung werden häufig die sogenannten SKIP-Argumente genannt. Dieses Akronym setzt sich aus dem Spezies-, dem Potentialitäts-, dem Individualitäts- und dem Kontinuitätsargument zusammen.<sup>37</sup> Ersteres stellt darauf ab, dass der Embryo von Anfang an zur Spezies Mensch gehöre und daher auch als Mensch behandelt werden müsse.<sup>38</sup> Einen vergleichbaren Ansatz verfolgt das Potentialitätsargument, denn hier wird ausgehend von dem Potential des Embryos, sich zum Menschen zu entwickeln, ein gleichwertiger Grundrechtsschutz angenommen. Das Individualitätsargument stellt wiederum heraus, dass der genetische Grundbaustein bei Kernverschmelzung bestehe und es sich daher bereits um ein Individuum handle.<sup>39</sup> Insbesondere das Kontinuitätsargument, welches auch das Bundesverfassungsgericht in den beiden Urteilen zum Schwangerschaftsabbruch angewendet hat, spricht für die Kernverschmelzung als Zeitpunkt der Grundrechtsträgerschaft.<sup>40</sup> Das Kontinuitätsargument besagt, dass sich der Embryo ab der Kernverschmelzung stetig entwickle und es keinen Anhaltspunkt für eine spätere Zäsur gebe.

In der zweiten Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass es sich bei dem Ungeborenen um ein „individuelles, in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit bereits festgelegtes, nicht mehr teilbares Leben, das im Prozeß des Wachsens und Sich-Entfaltens sich nicht erst zum Menschen, sondern als Mensch entwickelt“.<sup>41</sup> In dieser Entscheidung wurde zwar nur festgestellt, dass dem Ungeborenen ab Nidation Grundrechtsschutz zukommt. Verfolgt man allerdings die Argumentation des Bundesverfassungsgerichts in Form des Kontinuitätsprinzips, lässt sich feststellen, dass das „in seiner genetischen Identität [...] festgelegte[...]“ Leben bereits ab Kernverschmelzung entsteht. Die bevorstehende Entwicklung ist bereits ab Kernverschmelzung angelegt, unabhängig davon, ob sie schon durch Empfängnis begonnen hat oder es sich um einen Embryo in-vitro handelt.<sup>42</sup> Diese Auslegung wird

---

<sup>36</sup> Hillgruber, ZfL 2011, 47; Rixen, Art. 2 II in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, 92021, Rn. 143.

<sup>37</sup> Dorneck, Das Recht der Reproduktionsmedizin de lege lata und de lege ferenda, S.62.

<sup>38</sup> Wapler, in: Brosius-Gersdorf/Dreier (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 42023, GG Art. 1 Abs. 1, Rn.86.

<sup>39</sup> Fehse/Schickl/Bartfeld u.a., Gen- und Zelltherapie 2.023 - Forschung, klinische Anwendung und Gesellschaft, 2024, S.270.

<sup>40</sup> BVerfGE 39, 1, (25.02.1975 - 1 BvF 1/74, 1 BvF 2/74, 1 BvF 3/74, 1 BvF 4/74, 1 BvF 5/74, 1 BvF 6/74), Rn.37; BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 - 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, BeckRS 1993, 120804, Rn.71.

<sup>41</sup> BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 - 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, BeckRS 1993, 120804, Rn.91.

<sup>42</sup> Hillgruber/Spieler/Gärditz u.a., Die Würde des Embryos, 2019, S.61.

unterstrichen durch die Aussage, dass jedes existierende menschliche Leben Grundrechtsträger der Menschenwürde ist.<sup>43</sup> Der Auffassung, dass dem Embryo von Anfang an ein Lebensschutz zuteil wird, ist ebenfalls die Ethik-Arbeitsgruppe des Deutschen Ärztinnenbundes.<sup>44</sup>

Andere Stimmen sehen in dem Kontinuitätsargument einen Fehlschluss in Form des Sôritês-Paradoxons. Dieses Paradoxon zeigt, dass neue qualitative Stufen erkannt werden müssen, auch wenn keine klaren Zäsuren in der kontinuierlichen Entwicklung sichtbar sind. Daher hindert die kontinuierliche Entwicklung des menschlichen Lebens nicht daran, unterschiedliche Entwicklungsstadien wie die Nidation, die Ausbildung der Empfindungsfähigkeit und die Geburt mit unterschiedlichen Rechten oder Schutzstandards zu verbinden. Ein ähnlicher Kritikpunkt wird zudem beim Potentialitätsargument angeführt. Die Eizelle hat zwar das Potential, sich zu einem geborenen Menschen zu entwickeln, aber dies ließe nicht darauf schließen, jedem Entwicklungsstadium der frühembryonalen Phase den gleichen rechtlichen Status zuzuschreiben. Es müsse eher begründet werden, warum Rechte, die an spätere Eigenschaften anknüpfen, schon in früheren Entwicklungsphasen gelten sollen.<sup>45</sup> Dem Individualitätsargument wird entgegengehalten, dass zwar bei Kernverschmelzung der genetische Grundstein für ein Individuum gelegt ist, aber es durch Mehrlingsbildung zur Entstehung von mehreren Individuen kommen kann und daher zum Zeitpunkt der Kernverschmelzung noch nicht von einem individuellen menschlichen Wesen gesprochen werden kann.<sup>46</sup>

## **2. Voller Grundrechtsschutz ab Nidation**

Die Argumentation für einen Grundrechtsschutz, der erst ab der Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter besteht, stützt sich unter anderem auf das Einsetzen des strafrechtlichen Schutzes gemäß dem StGB. Der § 218 Abs. 1 S. 2 StGB setzt den strafrechtlichen Schutz erst auf den Zeitpunkt ab der Nidation, da einnistungshemmende Mittel, wie die Spirale oder die „Pille danach“ nicht unter Strafe gestellt sind. Des Weiteren wird auf die schlechte Überlebenswahrscheinlichkeit des Embryos vor Einnistung in die Gebärmutter verwiesen. Die Kontinuität des Entwicklungsprozesses würde erst mit der Nidation vollständig beginnen, da die Verschmelzung der Zygote mit der Gebärmutterschleimhaut eine entscheidende

---

<sup>43</sup> BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, BeckRS 1993, 120804, Rn. 91.

<sup>44</sup> *Deutscher Ethikrat*, Präimplantationsdiagnostik, 2011., S.2.

<sup>45</sup> *Wapler*, in: Brosius-Gersdorf/Dreier (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 42023, GG Art. 1 Abs. 1, Rn.82.

<sup>46</sup> *Müller-Terpitz*, Der Schutz des pränatalen Lebens, 2007, S.252 ff.

Voraussetzung für die Embryonalentwicklung darstellt. Vor der Nidation findet eine natürliche Selektion statt,<sup>47</sup> indem statistisch gesehen sich nur ein Drittel der befruchteten Eizellen einnistet.<sup>48</sup> Daher wird argumentiert, dass es natürlich bedingt vor der Einnistung einen geringeren Lebensschutz gibt und der Mensch daher keinen höheren Lebensschutz als die Natur einführen sollte. Kritische Stimmen führen an, dass dem Embryo ohne Implantation keine Menschenwürde zu Teil würde und es im Falle von medizinischen Innovationen womöglich nicht mehr auf die Einnistung ankäme.<sup>49</sup> Medizinische Neuerungen erfordern jedoch generell eine Neubetrachtung. Im Vorfeld ist es nicht möglich, alle Prozesse vorauszusagen. Daher erfordern derartige Prozesse eher ein modernes, aktuelles Rechtssystem als eine Restriktionspolitik.

Eine Knüpfung des Grundrechtsstatus an die Überlebenschancen ist des Weiteren Vorbehalten unterworfen, denn es könnte im Umkehrschluss geborenen Menschen ebenso die Menschenwürde abgesprochen werden, wenn deren Überlebenschancen gering sind.<sup>50</sup>

### **3. Stellungnahme**

Die Wahrung der Menschenwürde und des Rechts auf Leben sind zweifellos fundamentale Säulen des Rechtsstaats und von höchster Relevanz. Angesichts der zunehmenden Fortschritte im medizinischen Bereich und der sich entwickelnden Möglichkeiten im Umgang mit menschlichem Leben ist es unbestritten, dass Embryonen eine gewisse Form des Schutzes bedürfen.<sup>51</sup> Die Menschenwürde ist ein schrankenloses Grundrecht, welches die anderen Grundrechte konstituiert. Jeder ist davon umfasst und auch das Bundesverfassungsgericht erklärt, dass jedes menschliche Leben Grundrechtsträger ist. Fraglich ist nur, ob der Embryo in-vitro unter das Tatbestandsmerkmal der Person zu fassen ist. Im Rahmen eines vom Harvard-Philosoph Michael Sandel entwickelten Gedankenexperiments wird eine Perspektive hierzu deutlich. In einer Klinik befinden sich mehrere befruchtete Eizellen gekühlt in einem Labor und ein neugeborenes Kind auf der Säuglingsstation. Es kommt zu einem Brand und die Feuerwehr ist lediglich in der Lage entweder das Kind oder die Embryonen zu retten. Die meisten befragten Personen würden sich vermutlich für das Neugeborene

---

<sup>47</sup> *Giwer*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2001, S.66.

<sup>48</sup> *Schill/Steinhauer*, JA 2006, Rn. 123.

<sup>49</sup> *Patzke*, Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik auf dem Prüfstand – § 3a ESchG, 2020, S.271.

<sup>50</sup> *Dies.*, Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik auf dem Prüfstand – § 3a ESchG, 2020, S.271.

<sup>51</sup> *Dücker*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.129.

entscheiden. Gesellschaftlich nehmen wir daher sehr wohl eine Unterscheidung zwischen dem geborenen Menschen und Embryonen vor.<sup>52</sup> Das BVerfG hat sich im ersten Urteil zum Schwangerschaftsabbruch wie folgt geäußert: Der Gesetzgeber ist „grundsätzlich nicht verpflichtet, die gleichen Maßnahmen strafrechtlicher Art zum Schutz des ungeborenen Lebens zu ergreifen, wie er sie zur Sicherung des geborenen Lebens für zweckdienlich und geboten hält.“<sup>53</sup> Daraus folgt, dass der Embryo im Gegensatz zum geborenen Mensch kein Grundrechtsträger ist.

Neben des subjektiven Grundrechtsschutzes existiert jedoch auch eine objektive Komponente.<sup>54</sup> Das BVerfG hat diese objektive Komponente der Grundrechte in seinem ersten Abtreibungsurteil aufgegriffen und es offengelassen, ob der Nasciturus durch diese oder durch seine Grundrechtssubjektivität Schutz genießt. Für die objektive Dimension spricht die Tatsache, dass die Würde und das Leben des Embryos nicht absolut geschützt sind. Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar strafrechtlich relevant, unter den Tatbeständen des § 218a StGB allerdings straffrei gesetzt. Der Gesetzgeber ist daher verpflichtet, die sich aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ableitende Schutzpflicht gegenüber des Embryos in-vitro auszuüben. Festzuhalten ist, dass der Embryo kein Grundrechtsträger bis zu der Vollendung der Geburt ist. Im Vorfeld kommt ihm aber der objektiv-rechtliche Schutz der Grundrechte zu.

### **a) Mögliche Verletzung des objektiv-rechtlichen Schutzes der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG)**

Zum einen kommt die genetische Untersuchung der Embryonen vor der Implantation als Verletzung der Menschenwürde in Betracht. Fraglich ist jedoch, ob in der genetischen Untersuchung der befruchteten Eizellen eine herabwürdigende Handlung besteht. Die vom BVerfG entwickelte Objektformel würde dafür eine Degradierung des Betroffenen zu einem Objekt erfordern.<sup>55</sup> Die Untersuchung dient zunächst dem reinen Erkenntnisgewinn, ob eine genetische Anomalie besteht oder nicht.<sup>56</sup> In dieser Intention unterscheidet sich die PID nicht von der PND oder anderen Untersuchungen am geborenen Menschen. Eine Verletzung der Menschenwürde kommt für die reine

---

<sup>52</sup> *Harvard Magazine*, Debating the Moral Status of the Embryo (<https://www.harvardmagazine.com/2004/07/debating-the-moral-statu-html>) (geprüft am 04.06.2024).

<sup>53</sup> BVerfGE 39, 1 (25.02.1975 - 1 BvF 1/74, 1 BvF 2/74, 1 BvF 3/74, 1 BvF 4/74, 1 BvF 5/74, 1 BvF 6/74), Rn.45.

<sup>54</sup> *Epping/Lenz/Leydecker*, Grundrechte, <sup>10</sup>2024, S.5.

<sup>55</sup> BVerfGE 27, 1 (16.07.1969 - 1 BvL 19/63), Rn.6; BVerfGE 50, 166 (17.01.1979 - 1 BvR 241/77), Rn.175.

<sup>56</sup> *Albrecht/Grüber*, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.27.

Diagnostik folglich nicht in Betracht<sup>57</sup> und fällt nicht unter den objektiv-rechtlichen Schutzbereich, der durch den Staat zu gewähren ist.

Zum anderen scheint für eine Grundrechtsverletzung die darauffolgende Auswahl der Embryonen von größerem Belang zu sein bzw. die unterlassene Auswahl. Es werden im Rahmen der PID in der Regel mehr Embryonen erzeugt als implantiert werden.<sup>58</sup> Die erzeugten Embryonen werden kultiviert und auf die in Frage stehende genetische Veränderung untersucht. Anschließend wird eine Implantationsempfehlung gegeben. Diese lässt sich in unterschiedliche Kategorien einstufen. Zum einen kann es sein, dass die untersuchten Embryonen sicher nicht von der genetischen Anomalie betroffen sind. Zum anderen kann es sein, dass die Embryonen die Anomalie aufweisen. Es gibt allerdings auch Bereiche dazwischen, in denen man nicht sicher sein kann, ob Anomalien vorliegen oder nicht.<sup>59</sup> Die Paare dürfen anschließend selbst entscheiden, wie sie mit der Empfehlung umgehen und welcher Embryo eingesetzt werden soll.<sup>60</sup> Es handelt sich folglich nicht um einen selektiven Automatismus. Die Auswahl der geeigneten Embryonen liegt allerdings im Wesenskern der Untersuchung. Es gibt Stimmen, die in dieser Selektion ein Urteil der Mediziner und Ärzte sehen, welches zwischen lebenswerten- nicht lebenswerten Leben unterscheidet. Der Embryo würde zum bloßen Objekt degradiert.<sup>61</sup>

Befürworter der Präimplantationsdiagnostik heben im Gegenzug hervor, dass die PID versuche, ein Leben mit schwerer genetischer Veränderung und daraus resultierenden Krankheiten und Lebenserwartungen zu vermeiden.<sup>62</sup> Die Eltern würden kein Urteil über die Qualität des Lebens fällen, sondern darüber, ob sie ein Leben mit einem schwer erkrankten Kind führen können und sie einen frühzeitigen Tod ihres Kindes verkraften können.<sup>63</sup> Es gehe daher nicht um die Vermeidung von Behinderungen, sondern darum den Eltern ein gesundes Kind zu ermöglichen und einen späteren Schwangerschaftsabbruch zu vermeiden.<sup>64</sup> Dabei stellt die PID aber keine Garantie für

---

<sup>57</sup> Landwehr, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2017, S.64.

<sup>58</sup> Albrecht/Grüber, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.27.

<sup>59</sup> Dies., Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.42.

<sup>60</sup> Dies., Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.42.

<sup>61</sup> Schockenhoff, Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik ([https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cdb02c84-6a43-aca3-ac35-6ba6878a6093&groupId=252038](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=cdb02c84-6a43-aca3-ac35-6ba6878a6093&groupId=252038)) (geprüft am 04.06.2024), S.13f.

<sup>62</sup> Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik, 2011, S.1.

<sup>63</sup> Siehe Anlage Interview Zerres, Z.184-187.

<sup>64</sup> Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik, 2011, S.2.

ein gesundes Kind dar.<sup>65</sup> Die Untersuchung beschränkt sich auf die vererbare genetische Anomalie. Ein Risiko anderer Erkrankungen besteht weiterhin.<sup>66</sup>

Die Anwendung der PID zur Prävention schwerwiegender genetischer Erkrankungen, die mit einem hohen Risiko für Fehlgeburten oder den frühen Tod von Neugeborenen einhergehen, bietet den Eltern Schutz vor einer starken seelischen und körperlichen Belastung.<sup>67</sup> In solchen Situationen verfolgt die PID keinen Zweck, der die Menschenwürde verletzt, sondern entspringt einem nachvollziehbaren und legitimen elterlichen Interesse.<sup>68</sup> Dieses elterliche Interesse bzw. insbesondere das Recht der Frau auf reproduktive Autonomie und körperliche Unversehrtheit ist Gegenstand des nachfolgenden Abschnitts.

### **b) Mögliche Verletzung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG)**

Die körperliche Unversehrtheit könnte durch Entnahme von Zellen zu diagnostischen Zwecken beeinträchtigt sein und das Recht auf Leben wiederum durch die mögliche Verwerfung des Embryos bei entsprechender Indikation. Die personalen Schutzbereiche des Art. 1 Abs. 1 GG und des Art. 2 Abs. 2 S.1 GG müssen nicht zwangsläufig übereinstimmen.<sup>69</sup> Die vorangegangene Diskussion bezog sich allerdings auf die Grundrechtsträgerschaft allgemein und nicht nur auf die Menschenwürde. Daher ist auch in Bezug auf Art. 2 Abs. 2 S.1 GG die Grundrechtsträgerschaft des Embryos zu verneinen und nur der objektiv-rechtliche Schutz zu bejahen.

Angenommen der Embryo wäre Grundrechtsträger, so ist in der Entnahme der Zellen zur diagnostischen Untersuchung zum aktuellen Forschungsstand keine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit zu sehen.<sup>70</sup> Es werden Zellen des Trophektoderms entnommen, welche sich im weiteren Verlauf nicht zum Embryo entwickeln, sondern für die Entwicklung des Mutterkuchens des Embryos notwendig sind. Die Zellen werden im Nachgang einfach ersetzt und der Embryo kann sich normal weiterentwickeln. Die bloße Entnahme von Zellen zur diagnostischen Untersuchung würde somit keinen Eingriff darstellen.

Die Verwerfung des Embryos bei Feststellung der genetischen Disposition führt wiederum nicht zu einer Implantation des Embryos und dieser stirbt ab. Das Recht auf

---

<sup>65</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.252.

<sup>66</sup> *Albrecht/Grüber*, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.42.

<sup>67</sup> *Deutscher Ethikrat*, Präimplantationsdiagnostik, 2011, S.2.

<sup>68</sup> *Landwehr*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2017, S.64.

<sup>69</sup> *Kingreen/Torbohm*, JURA - Juristische Ausbildung 35, 2013, S. 632 ff.

<sup>70</sup> *Birnbacher*, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, 2013, S. 755.



Leben ist in diesem Aspekt beeinträchtigt bzw. verwehrt. Dies bedeutet einen Eingriff in den objektiv rechtlichen Schutz, denn der Staat nimmt das Absterben von Embryonen in Kauf, indem die PID, wenn auch sehr begrenzt, erlaubt ist.<sup>71</sup> Die Rechtfertigungsgründe ergeben sich zum einen aus kollidierenden Verfassungsgütern bei dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit allerdings auch durch einfache Gesetze, denn es handelt sich nicht um ein schrankenloses Grundrecht. Das in Frage kommende einfache Gesetz ist der § 3a ESchG, der im nächsten Kapitel behandelt wird.

### **c) Rechte der Frau in Bezug auf reproduktive Entscheidungen (Art. 2 Abs. 1 und 2 GG)**

Zunächst steht der Mutter bzw. dem Paar das Recht auf reproduktive Autonomie zu. Unter reproduktiver Autonomie versteht man die selbstbestimmte Fortpflanzung eines Individuums.<sup>72</sup> Die genaue Herleitung dieses Rechts ist jedoch umstritten. Es wird diskutiert, ob sich die reproduktive Autonomie aus dem Schutz von Ehe und Familie gemäß Art. 6 Abs. 1 GG, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG oder der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG ergibt.<sup>73</sup> Der Schutzbereich erstreckt sich hierbei auf das „ob“, „wann“ und „wieviel“ der Reproduktion.<sup>74</sup> Dabei ist nicht nur die natürliche Zeugung, sondern auch die künstliche Befruchtung und in diesem Zusammenhang stehende Reproduktionstechniken umfasst. Etwas Gegenteiliges lässt sich nicht annehmen, denn Grundrechte sollten vielmehr flexibel und anpassungsfähig sein, um auf gesellschaftliche und technologische Entwicklungen reagieren zu können. Es gibt keine stichhaltigen Gründe, moderne Reproduktionstechniken grundsätzlich aus dem Schutzbereich des Art. 6 Abs. 1 GG und dem Recht auf Fortpflanzung auszuklammern.<sup>75</sup>

Zum anderen ist im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik auch das Recht auf körperliche Unversehrtheit der Frau gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG von Belang. Bei Paaren, die um ihre genetische Disposition wissen, besteht die Entscheidung, das Risiko einer Schwangerschaft mit einem beeinträchtigten Kind einzugehen, oder auf eine Schwangerschaft zu verzichten. Die PID ermöglicht eine Untersuchung vor der Implantation. Ohne dieses Verfahren ist eine Erfüllung des Kinderwunsches nur mit der Entscheidung zur Schwangerschaft möglich. Stellt sich währenddessen im Rahmen einer PND heraus, dass das Kind eine Beeinträchtigung hat oder nicht lebensfähig ist, eröffnet

---

<sup>71</sup> Kingreen/Torbohm, JURA - Juristische Ausbildung 35, 2013, S. 632 ff.

<sup>72</sup> Wapler, in: Baer/Sacksofsky (Hrsg.), Autonomie im Recht, 2018, S.185.

<sup>73</sup> Welling, Genetisches Enhancement, 2014, S.94.

<sup>74</sup> Lindenberg, NZFam 2019, Rn.942.

<sup>75</sup> Müller-Terpitz, GG Art.6, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 42022, Rn.5.

sich den Paaren die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches, sollten sie sich gegen ein Leben mit einem beeinträchtigten Kind entscheiden. Dieser Schwangerschaftsabbruch birgt für die betroffene Frau körperliche Folgen und gesundheitliche Risiken.

Zumal kann es seelisch belastender sein oder als unethisch wahrgenommen werden, bereits voranschreitend entwickelndes Leben zu beenden als eine Auswahl in einem frühen Blastomerenstadium (ca. 5 Tage nach der Befruchtung) zu treffen.<sup>76</sup>

#### **4. Zusammenfassung**

Verfassungsrechtlich stehen sich die Grundrechte des Embryos und der Mutter bzw. des Paares entgegen. Es ist umstritten, wie die Grundrechte gegeneinander abgewogen werden können bzw. dürfen. Die herrschende Meinung, die auch hier vertreten wird, sieht den Embryo nicht als Grundrechtsträger im personal rechtlichen Sinne an, spricht ihm aber objektiv rechtlichen Grundrechtsschutz zu. Daher sind die Grundrechte der Menschenwürde und des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit für den Embryo zum einen durch das Recht auf autonome Reproduktion und körperliche Unversehrtheit der Frau einschränkbar. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit des Embryos ist ebenso durch einfach-gesetzliche Regelungen wie den § 218a StGB eingeschränkt, aber auch durch den § 3a ESchG. Wie dieser entstanden ist, welche Bedenken es bezüglich der Regelung gab, wie diese letztlich ausgestaltet wurden und wie die Erfahrungen mit der Regelung zur PID seit 2011 sind, wird nachfolgend behandelt.

### **E. Gesetzliche Rahmenbedingungen der PID in Deutschland**

#### **I. Entwicklung**

Die Präimplantationsdiagnostik war lange Zeit in Deutschland verboten<sup>77</sup>, bis es zu dem bereits benannten Urteil des Bundesgerichtshofes kam. Man hatte angenommen, dass die PID nicht mit dem bestehenden ESchG vereinbar sei.<sup>78</sup> Die Regierung geriet damit in Zugzwang, denn der BGH hatte die Präimplantationsdiagnostik, wenn auch mit rechtsethischen Einschränkungen, legitimiert. Ein rechtlicher Rahmen für die PID bestand jedoch nicht und musste angesichts der veränderten Lage geschaffen werden. Die Lösungsfindung lag dabei offen zwischen einem generellen Verbot der Präimplantationsdiagnostik und einer eingeschränkten Zulassung. Die Grundzüge der

---

<sup>76</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.57-62.

<sup>77</sup> BT-Drucksache 17/5450, S. 2.

<sup>78</sup> *Deutscher Ethikrat*, Präimplantationsdiagnostik, 2011, S.1.

drei kursierenden Gesetzesvorschläge werden im Folgenden dargestellt, um ein Abbild der damaligen Befürchtungen und Hoffnungen wiederzugeben.

## **1. Erster Entwurf vom 20.12.2010**

Der Gesetzentwurf, der von den Abgeordneten Ulrike Flach und Peter Hintze geleitet wurde, sieht die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Ausnahmefällen vor, um betroffenen Paaren und Ärzten Rechtssicherheit zu bieten. Dazu sollte das ESchG um spezifische Regelungen ergänzt werden, die die Voraussetzungen und das Verfahren der PID festlegen. Um Missbrauch zu verhindern, sollte eine verpflichtende Aufklärung und Beratung sowie ein positives Votum einer interdisziplinären Ethik-Kommission rechtlich vorgeschrieben werden. Die PID sollte nur zulässig sein, wenn ein oder beide Elternteile eine schwerwiegende Erbkrankheit vererben könnten oder eine Tot- oder Fehlgeburt zu erwarten sei. Vor der PID soll eine sorgfältige Diagnostik nach strengen Kriterien erfolgen, und die Durchführung sollte auf lizenzierte Zentren beschränkt sein.<sup>79</sup>

Ein vollständiges Verbot der Präimplantationsdiagnostik wurde als verfassungsrechtlich bedenklich eingestuft. Die Ängste und Nöte der Betroffenen und ethische Bedenken sollten besonders berücksichtigt werden, indem der Gesetzesentwurf eine Entscheidung zugunsten der betroffenen Frau trifft.<sup>80</sup> Die Durchführung der PID soll in jedem Einzelfall gesondert entschieden werden, basierend auf der Einschätzung eines geschulten Arztes und dem positiven Votum einer Ethikkommission. Zudem ist ein Beratungsgespräch vor der PID verpflichtend, um Paare umfassend aufzuklären und bei ihrer Entscheidung zu unterstützen. Eine genetische Untersuchung darf nur mit schriftlicher Zustimmung der betroffenen Frau erfolgen. Die Diagnostik sollte nur in lizenzierte Zentren durchgeführt werden.<sup>81</sup>

## **2. Zweiter Entwurf vom 28.1.2011**

Einen Kompromiss zwischen einer begrenzten Zulassung und einem Totalverbot der Präimplantationsdiagnostik schlugen die Abgeordneten Rene Röspel und Priska Hinz in ihrem Gesetzesentwurf vor. Dieser Entwurf plädierte ebenfalls für eine eingeschränkte Zulassung der PID, allerdings unter strengeren Voraussetzungen als der Entwurf von Ulrike Flach und Peter Hintze. Der Entwurf Röspel-Hinz sah eine Änderung des ESchG durch die Einführung des § 3a ESchG vor, der die genetische Untersuchung eines

---

<sup>79</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.3, Abs. B.

<sup>80</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.3, Abs. C.

<sup>81</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.7, Abs. III.

Embryos grundsätzlich unter Strafe stellen sollte, jedoch Ausnahmen unter den in § 3a Abs.2 Nr.1-5 ESchG genannten kumulativen Bedingungen zuließ.<sup>82</sup>

Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Entwürfen lag in der medizinischen Indikation. Während Flach und Hinze die Parallele zum Schwangerschaftsabbruch nach § 218a StGB zogen und eine genetische Disposition der Eltern als Grundlage sahen, welche eine schwerwiegende Erbkrankheit vererben oder ein hohes Risiko einer Fehl- bzw. Totgeburt verursachen könnte<sup>83</sup>, betrachteten Röspel und Hinz das Kriterium der schwerwiegenden Erbkrankheit als zu unbestimmt. Stattdessen legten sie den Fokus auf die Lebensfähigkeit des Embryos ab.<sup>84</sup> Sobald diese nicht mehr gegeben sei, sollte die PID möglich sein. Analog zum Flach-Hinze-Entwurf erforderte auch dieser Entwurf ein positives Votum einer Ethikkommission und beschränkte die Durchführung der PID auf lizenzierte Zentren.<sup>85</sup>

### **3. Dritter Entwurf vom 8.2.2011**

Der Gesetzesentwurf unter der Leitung der Abgeordneten Katrin Göhring-Eckardt und Volker Kauder zielte auf ein vollständiges Verbot der PID in Deutschland ab. Es wurde eine hohe Gefahr der Stigmatisierung für Eltern befürchtet, die sich bewusst für ein Kind mit Behinderung entscheiden. Ebenso wurde die Sorge geäußert, dass gesellschaftlicher Druck entstehen könnte, ausschließlich gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Da die Garantie der Menschenwürde jedem Menschen gleichermaßen zukommt, wurde die PID als unvereinbar mit dem Grundgesetz betrachtet.<sup>86</sup> Im Gegensatz zu den beiden anderen Gesetzesentwürfen schlug dieser Entwurf vor, das GenDG zu ändern, um die Durchführung der PID unter Strafe zu stellen.<sup>87</sup> Alternativen wie eine begrenzte Zulassung der PID wurden kategorisch ausgeschlossen, da keine Unterscheidung darüber getroffen werden sollte, welches Leben lebenswert sei und welches nicht.<sup>88</sup>

### **4. Stellungnahme des Ethikrats**

Der Deutsche Ethikrat hatte mit einer knappen Mehrheit von 13 +1 Stimmen zu 11 Stimmen für eine Einführung der PID mit Begrenzungen gestimmt. Die 14. Stimme für eine Zulassung der PID hatte sich für eine Liste mit Indikationen ausgesprochen und wird daher als „+1“ angegeben.<sup>89</sup> Als Gründe wurden insbesondere das Recht auf leibliche

---

<sup>82</sup> BT-Drucksache 17/5452, S.2, Abs. B.

<sup>83</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.7, Abs. I.

<sup>84</sup> BT-Drucksache 17/5452, S.5 Abs. A.

<sup>85</sup> BT-Drucksache 17/5452, S.2, Abs. B.

<sup>86</sup> BT-Drucksache 17/5450, S.2, Abs. A..

<sup>87</sup> BT-Drucksache 17/5450, S.3, Abs. B.

<sup>88</sup> BT-Drucksache 17/5450, S.2, Abs. B.

<sup>89</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023, S.564.

Kinder herausgestellt. Dabei stelle eine Behinderung des Kindes je nach Lebensumstand der Eltern eine hohe Belastung dar. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn die Eltern über ihre vererbte genetische Disposition wissen oder bereits ein Kind mit dieser Beeinträchtigung haben. Die Alternative zur PID entweder auf ein Kind zu verzichten oder das Risiko einer Schwangerschaft mit einem schwer beeinträchtigten Kind einzugehen, stelle ebenso eine starke Belastung dar. Gingen die Paare das Risiko einer Schwangerschaft ein und stellten dann durch die PND fest, dass das entstehende Kind Träger der genetischen Veränderung ist, sei die Frau berechtigt die Schwangerschaft abbrechen. Ein Abbruch einer bereits bestehenden Schwangerschaft sei in der Lage, ein größeres seelisches Trauma zu verursachen als ein medizinisches Verfahren, welches vor der Schwangerschaft ansetzt. Besonders bei Paaren, die mehrfach Fehl- oder Totgeburten erlebten, spiele der Gesundheitsschutz der Frau eine gesteigerte Rolle. Daher wurde ein vollständiges Verbot nicht als Lösung empfunden und eine Regelung zur begrenzt erlaubten PID empfohlen.<sup>90</sup>

## II. Übersicht zu den Regelungen des §3a ESchG

Der § 3a ESchG wurde im Zuge der Regelung der PID 2011 neu eingefügt. Er schließt sich an den Regelungsinhalt des § 3 ESchG an und steht im Regelungskontext des gesamten ESchG. Der § 3a ESchG stellt eine „umfangreiche Kompromisslösung“<sup>91</sup> dar. Grundsätzlich ist die PID nach § 3a Abs. 1 ESchG verboten und nur durch die Ausnahmen in § 3a Abs. 2 ESchG nicht rechtswidrig.

Der erste Absatz definiert die Präimplantationsdiagnostik als genetische Untersuchung vor dem intrauterinen Transfer des Embryos. Zentrale Aspekte des Verbots sind gemäß § 3a Abs. 1 ESchG daher die embryonale Zelle sowie die genetische Untersuchung. Der Begriff des Embryos ist in § 8 Abs. 1 ESchG definiert. Dieser besagt, dass als Embryo im Sinne des ESchG bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Zelle ab Kernverschmelzung gilt. Darunter zählen auch entnommene totipotente Zellen, die die Möglichkeit besitzen, sich zu einem Individuum zu entwickeln. Fraglich ist, was genau unter den Zellen des Embryos zu verstehen ist. Die Kernfrage besteht darin, ob sich die Strafbarkeit der Untersuchung nur auf pluripotente oder auch auf totipotente Zellen erstreckt. Eine Eingrenzung lässt sich zwar in § 2 Nr.3 lit. b) PIDV finden, nach diesem es sich nur um pluripotente Zellen handelt, die sich nicht mehr zu einem vollständigen Individuum entwickeln können. Allerdings kommt dem Ordnungsgeber keine

---

<sup>90</sup> *Deutscher Ethikrat*, Präimplantationsdiagnostik, 2011, S.3.

<sup>91</sup> *Ruppert*, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik Rn.2.

Ermächtigung zur Begriffsbestimmung zu, weshalb die PIDV nicht Bundesrecht konkretisieren kann. Einen Anhaltspunkt bietet jedoch § 8 ESchG, der totipotente Zellen aufgrund ihrer Fähigkeit sich zu einem vollständigen Organismus auszubilden als eigene Embryonen charakterisiert.<sup>92</sup> Totipotente Zellen können daher nicht sowohl Embryo als auch Zelle des Embryos darstellen. Daher würde die Entnahme totipotenter Zellen zur genetischen Diagnostik unter den Straftatbestand des § 6 ESchG fallen.<sup>93</sup> Der Straftatbestand des § 3a ESchG fällt dabei niedriger aus als der des § 6 ESchG.

Die ausnahmsweise Rechtfertigung der PID, welche in § 3a Abs. 2 ESchG normiert ist, nimmt zwei Tatbestände in den Blick. Zum einen ist die PID ausnahmsweise bei der Gefahr einer „schwerwiegenden Erbkrankheit“ gerechtfertigt. Zum anderen besteht die Rechtfertigung in einer „schwerwiegenden Schädigung“ des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führt. Beide Tatbestände stellen sich als unbestimmte Rechtsbegriffe dar.<sup>94</sup> Eine Aufzählung entsprechender Krankheiten oder eine Bestimmung des Schweregrads wird an dieser Stelle bewusst nicht vorgenommen. In der Begründung des Gesetzes heißt es vielmehr, dass eine Krankheit „schwerwiegend“ ist, wenn eine geringe Lebenserwartung anzunehmen ist oder ein wesentlicher Unterschied in der Schwere des Krankheitsbildes oder der Behandelbarkeit zu anderen Erbkrankheiten besteht.<sup>95</sup> Ein solcher Unterschied hängt allerdings von vielen Faktoren ab und ist häufig subjektiver Wahrnehmung unterworfen. Auf eine Auflistung bestimmter schwerwiegender Krankheiten wurde im Rahmen der Gesetzgebung bewusst verzichtet.<sup>96</sup> Insbesondere durch den Gesetzesentwurf von Göhring-Eckardt und Kauder wurden die Befürchtungen deutlich, Menschen mit Beeinträchtigungen zu stigmatisieren und zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden.<sup>97</sup> Mit einer Liste könnte indirekt ausgesagt werden, dass ein Leben mit dieser Krankheit nicht zumutbar wäre. Die Feststellung einer „schwerwiegenden Erbkrankheiten“ soll den behandelnden Ärzt\*innen und den Ethikkommissionen überlassen werden. Die Bewertung einer solchen Auslegungsfrage eines Strafgesetzes zu verlagern, sorgt nicht für eine vollständige Rechtssicherheit.<sup>98</sup>

Des Weiteren ist nicht bestimmt, wann ein „hohes Risiko“ anzunehmen ist.<sup>99</sup> Der Gesetzesentwurf nach Flach und Hintze sieht ein hohes Risiko bei einer

---

<sup>92</sup> Siehe Kapitel E II.

<sup>93</sup> Ruppert, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, Rn.5.

<sup>94</sup> Khosravi, Die Strafbarkeit nach dem Embryonenschutzgesetz und Stammzellgesetz, 2017, S.139.

<sup>95</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>96</sup> Häberle, in: Kohlhaas/Ambs (Hrsg.), Strafrechtliche Nebengesetze, 250. Auflage 2024, Rn.9.

<sup>97</sup> BT-Drucksache 17/5450, S.1.

<sup>98</sup> Henking, in: Tsambikakis/Rostalski (Hrsg.), Medizinstrafrecht, 2023, Rn.8-12.

<sup>99</sup> Khosravi, Die Strafbarkeit nach dem Embryonenschutzgesetz und Stammzellgesetz, 2017, S.139.

Wahrscheinlichkeit der Vererbung von 25 bis 50 Prozent.<sup>100</sup> Demnach würden alle monogen vererbten Krankheiten darunterfallen, da nach den Vererbungsgesetzen bei solchen Krankheiten immer ein Risiko von mindestens 25 Prozent besteht.<sup>101</sup> Eine generelle Erlaubnis der PID in derartigen Fällen besteht jedoch nicht.

Gemäß dem Wortlaut des § 3a Abs. 2 S. 1 ESchG ist die PID auf genetische Untersuchungen beschränkt, die nur das Risiko einer bestimmten Krankheit untersuchen. Wie mit sogenannten Überschussinformationen zu verfahren ist, die bei einer genetischen Untersuchung als Nebenbefund aufgetreten sind, bleibt unklar.<sup>102</sup> Die Befürworter der PID im Ethikrat schlugen die Mitteilung von Überschussinformationen in Fällen vor, wenn die festgestellte Indikation einen medizinischen Grund für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen könnte.<sup>103</sup> In Anbetracht der begrenzten Zulassung der PID wäre eine solche Regelung kohärent, da ein generelles Mitteilungsverbot die Ärzt\*innen aufgrund der Verantwortungsverlagerung in ein konfliktgeprägtes Verhältnis zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen bringen könnte.<sup>104</sup>

Das Aufklärungsrecht bietet einen weiteren Anhaltspunkt zum Umgang mit Überschussinformationen im PID-Verfahren. Ärzt\*innen sind verpflichtet, die Patient\*innen über alle wichtigen Informationen bezüglich des Eingriffes zu informieren.<sup>105</sup> Das Aufklärungsrecht greift nur nicht, wenn ein gesetzliches Verbot der Information besteht.<sup>106</sup> Das ESchG beinhaltet jedoch kein Mitteilungsverbot von Überschussbefunden. Da in § 15 Abs. 1 S. 2 GenDG ein solches Verbot vorgesehen wird, lässt die Auslegung des Umkehrschlusses die Annahme zu, dass es im Rahmen der PID kein generelles Mitteilungsverbot gibt.<sup>107</sup> Das Aufklärungsrecht der Patient\*innen greift folglich. Ob die Frau von dieser Überschussinformation Gebrauch machen möchte, ist ihr überlassen<sup>108</sup>, weshalb der Grundsatz des Rechts auf Nichtwissen auch gewahrt bleibt. Eine gesetzliche Konkretisierung des Tatbestandes der Überschussinformation im Falle der Präimplantationsdiagnostik wäre unter den Gesichtspunkten der Rechtssicherheit dennoch wünschenswert.

Auch der zweite Tatbestand des § 3a Abs. 2 S. 2 ESchG der schwerwiegenden Schädigung des Embryos, deren Feststellung die PID rechtfertigt, bleibt weitgehend

---

<sup>100</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>101</sup> BT-Drucksache 17/5210, S.5.

<sup>102</sup> *Ruppert*, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, Rn.13.

<sup>103</sup> BT- Drucksache 17/5210, S.27.

<sup>104</sup> BT-Drucksache 17/5210, S.46.

<sup>105</sup> *Kubicjel*, NSTZ 2013, Rn. 385.

<sup>106</sup> *Ders.*, NSTZ 2013, Rn.386.

<sup>107</sup> *Häberle*, in: Kohlhaas/Ambts (Hrsg.), Strafrechtliche Nebengesetze, 2005, 250. Auflage 2024, Rn. 6-11.

<sup>108</sup> *Kubicjel*, NSTZ 2013, Rn.385.

unbestimmt und wird weder im Gesetz noch in den Gesetzesmaterialien genau festgelegt.<sup>109</sup> Die einzige Eingrenzung ist, dass die schwerwiegende Schädigung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird.<sup>110</sup> Eine Fehlgeburt sowie eine Totgeburt sind medizinisch und rechtlich definiert. Die Totgeburt wird bei einer Geburt eines toten Embryos mit einem Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm angenommen. In drei Bundesländern (Hessen, Saarland und Bremen) legen die Landesgesetze weiterhin fest, dass diese Totgeburt nach der 24. Schwangerschaftswoche erfolgt.<sup>111</sup> Eine Fehlgeburt liegt bei einer beendeten Schwangerschaft vor Lebensfähigkeit des Embryos oder Fötus<sup>112</sup> vor.<sup>113</sup>

Eine Schädigung des Embryos, die höchst wahrscheinlich zu einer Fehl- oder Totgeburt führt, ist nichts zwangsläufig mit einer Chromosomenanomalie der Eltern verbunden. Ansonsten würde der Tatbestand jedoch unter § 3a Abs. 2 S.1 ESchG fallen. Die Vorschrift soll aber nicht zu einer routinemäßigen PID führen. Deshalb wird eine teleologische Reduktion des § 3a Abs. 2 S. 2 ESchG auf eine medizinische Indikation gefordert. Eine Strafbarkeit kann sich jedoch ohne eine solche Indikation gemäß Art. 103 Abs. 2 GG nicht ergeben.<sup>114</sup>

Die verfahrensrechtlichen Anforderungen finden sich in § 3a Abs. 3 S.1 ESchG. Demnach ist die Frau vor Einholung der Einwilligung umfassend aufzuklären und bezüglich der Folgen zu beraten. Dies spiegelt die im Gesetzesentwurf betonte Freiwilligkeit der Maßnahme wider.<sup>115</sup> Überdies obliegt es gemäß § 3a Abs. 3 S. 1 Nr.2 ESchG interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommissionen, den Anträgen auf PID zuzustimmen und die zugelassenen PID-Zentren zu kontrollieren. Des Weiteren darf die PID nach § 3a Abs. 3 Nr. 3 ESchG nur von qualifizierten Ärzt\*innen in einem zugelassenen Zentrum durchgeführt werden.

### III. Übersicht zu der PIDV

Der Gesetzgeber hat in § 3a Abs. 3 S. 3 ESchG die Bundesregierung zum Erlass einer Rechtsverordnung ermächtigt, die die Vorgaben zum Verfahren der PID ergänzen sollen. Im vorherigen Abschnitt wurden bereits Regelungslücken bzw. Unbestimmtheiten

---

<sup>109</sup> Häberle, in: Kohlhaas/Ambs (Hrsg.), Strafrechtliche Nebengesetze, 2005, 250. Auflage 2024, Rn. 6-11.

<sup>110</sup> Ruppert, in: Heitschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, Rn.14.

<sup>111</sup> Gehrels/Ramsthaler/Kettner u.a., Rechtsmedizin 34, 2024, S.11.

<sup>112</sup> Ab der 10. Schwangerschaftswoche wird von einem Fötus statt einem Embryo gesprochen.

<sup>113</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>114</sup> Ruppert, in: Heitschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, Rn.16.

<sup>115</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.9.



herausgearbeitet. Für eine kritische Auseinandersetzung mit der gesetzlichen Grundlage zur PID ist es daher notwendig, die konkretisierende PIDV zu betrachten.

Der Anwendungsbereich erstreckt sich vor allem auf die Zulassung der PID-Zentren und die Gestaltung der Ethikkommissionen. Zunächst werden die Voraussetzungen für die Zulassungen von Zentren zur Durchführung der PID festgelegt. Gemäß § 3 Abs.1 und 2 PIDV darf die PID nur in Zentren mit der notwendigen, dem wissenschaftlichen Stand entsprechenden Ausstattung durchgeführt werden. Es wird dabei besonderer Wert auf Qualitätssicherung gelegt. Ein Anspruch auf Zulassung als Zentrum besteht nicht und der Behörde, die die Zulassung erteilt wird unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen, der Vielfalt der Bewerber und des Bedarfs an Zentren, Ermessen eingeräumt. Die Länder dürfen nach § 3 Abs.2a PIDV gemeinsame Zentren zulassen.

Die Verordnung bestimmt überdies die Einrichtung, Zusammensetzung, Verfahrensweise und Finanzierung der Ethikkommissionen für PID nach § 3a Abs. 3 S. 3 Nr. 2 ESchG. Die Ethikkommissionen setzen sich gemäß § 4 Abs. 1 S. 3 PIDV aus vier Sachverständigen der Fachrichtung Medizin, jeweils einem oder einer Sachverständigen der Fachrichtungen Ethik und Recht sowie jeweils einem Vertreter oder einer Vertreterin der für die Wahrnehmung der Interessen der Patient\*innen und der Selbsthilfe behinderter Menschen auf Landesebene maßgeblichen Organisationen zusammen. Die Länder können gemeinsam Ethikkommissionen nach § 4 Abs. 1 S. 2 PIDV einrichten. Die Mitglieder der Ethikkommissionen sind in ihrer Entscheidung und Meinungsbildung ungebunden und für das Votum wird eine nach § 3a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 ESchG festgelegte Gebühr und Auslage erhoben. Weitere Festlegungen zur Zusammensetzung, zu internen Verfahrensregelungen wird den Ländern überlassen nach § 4 Abs. 4 PIDV.

Die Inhalte des Antrags auf Durchführung einer PID sind in § 5 PIDV geregelt. Die Ethikkommission wird gemäß § 3a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 ESchG nur auf schriftlichen Antrag der Frau, von der die Eizelle stammt, tätig. Dieser Antrag muss alle notwendigen Angaben und Unterlagen enthalten, die die Ethikkommission zur Prüfung der Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 ESchG benötigt. Dazu gehört ein ärztlich-humangenetischer Befund über die genetische Disposition der Frau oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden. Dieser Befund muss die Bezeichnung der daraus resultierenden Erbkrankheit, Angaben zur Erkrankungswahrscheinlichkeit der Nachkommen sowie zur zu erwartenden Krankheitsausprägung enthalten.

Des Weiteren ist ein Nachweis der schriftlichen Einwilligung der antragsberechtigten Frau in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer personenbezogenen Daten durch die Ethikkommission erforderlich. Soweit die Daten des Mannes ebenso relevant für die

Ethikkommission sind, wird auch dessen Zustimmung benötigt. Eine ärztliche Beurteilung, dass eine schwerwiegende Schädigung des Embryos zu erwarten ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird, ist ebenfalls notwendig.

Darüber hinaus müssen Angaben zum Zentrum, in dem die PID durchgeführt werden soll, einschließlich der Bestätigung, dass diese dort bei zustimmender Bewertung umgesetzt wird, beigefügt werden. Schließlich sind Angaben darüber erforderlich, ob hinsichtlich des zur Bewertung vorgelegten Sachverhalts bereits die Entscheidung einer anderen Ethikkommission für die PID vorliegt und sofern eine solche Entscheidung vorliegt, eine Abschrift dieser Entscheidung.

Die Ethikkommission prüft anschließend gemäß § 6 PIDV die Unterlagen innerhalb einer Frist von drei Monaten. Ärzt\*innen, die im Falle einer Zustimmung an der PID beteiligt wären, sind ausgeschlossen vom Votum. Den Kommissionen kommt in der Bewertung in Bezug auf das Vorliegen der Voraussetzungen des hohen Risikos einer schwerwiegenden Erbkrankheit gem. § 3a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 i. V. m. Abs. 2 S. 1 ESchG kein Beurteilungsspielraum zu, wie das Bundesverwaltungsgericht in einer Entscheidung 2020 festgestellt hat.<sup>116</sup> Überdies stellte das Gericht heraus, dass eine Erbkrankheit insbesondere dann als schwerwiegend gilt, wenn sie sich durch eine geringe Lebenserwartung, die Schwere des Krankheitsbildes und eine schlechte Behandelbarkeit deutlich von anderen Erbkrankheiten unterscheidet.<sup>117</sup> Hier hat sich das BVerwG an der Gesetzesbegründung des § 3a ESchG orientiert.<sup>118</sup> Falls Unklarheit besteht, ob eine Erbkrankheit aufgrund der genetischen Disposition eines Elternteils als schwerwiegend einzustufen ist, sollten die zusätzlichen Belastungen, die mit dieser genetischen Disposition für die betroffene Frau oder das Paar einhergehen, berücksichtigt werden.<sup>119</sup> Dies bedeutet ein Novum, da zuvor ausschließlich auf die Erbkrankheit und nicht auf die gesundheitliche Belastung der Frau bzw. des Paares abgestellt wurde.

#### **IV. Übersicht zu dem PIDG NRW**

Nach § 4 PIDV wird den Ländern die genaue verfahrensrechtliche Ausgestaltung der Ethikkommissionen übertragen. Das PIDG NRW legt daher die zuständige Behörde für die Zulassung von PID-Zentren fest und trifft nähere Festlegungen zur Ethikkommission. Die zuständige Behörde in Nordrhein-Westfalen ist die Ärztekammer, welche gemäß § 7 PIDG NRW zur Kostendeckung Gebühren erheben muss. Eine Besonderheit im

---

<sup>116</sup> BVerwG; Urt. v. 5.11.2020 – 3 C 12.19, BeckRS 2020, 42613, LS 1.

<sup>117</sup> BVerwGE, Urt. v. 5.11.2020 – 3 C 12/19, BeckRS 2020, 42613, LS 2.

<sup>118</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>119</sup> BVerwGE, Urt. v. 5.11.2020 – 3 C 12/19, BeckRS 2020, 42613, LS 3.

nordrhein-westfälischen Landesrecht liegt in § 2 Abs. 2 PIDG NRW, der die PID auf ein einziges Zentrum beschränkt, und in § 5 Abs. 1 PIDG NRW, der die Einrichtung explizit einer Ethikkommission zur Entscheidung über die Anträge vorschreibt.

## **F. Nationale Asymmetrie der Verfahrensweise**

### **I. Zugelassene Zentren**

Die Bundesregierung muss gemäß § 3a Abs. 6 S. 1 ESchG alle vier Jahre einen Erfahrungsbericht über die PID erstellen. Anfang des Jahres, am 12.01.2024, ist der dritte Bericht veröffentlicht worden, der unter anderem Informationen über die zugelassenen Zentren aufgeschlüsselt auf die Bundesländer enthält. Der Bericht bezieht sich auf die Jahre 2019 bis 2022. Im Jahr 2022 waren zehn PID-Zentren mit 29 reproduktionsmedizinischen Einrichtungen in Deutschland zugelassen. In den Bundesländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein gab es jeweils eine zugelassene humangenetische Einrichtung, die mit jeweils einer reproduktionsmedizinischen Einrichtung kooperiert hat. Es gab somit jeweils ein PID-Zentrum pro genanntem Bundesland. Baden-Württemberg hatte im Jahr 2022 zwei humangenetische Einrichtungen und drei reproduktionsmedizinische Einrichtungen zugelassen. Bayern hingegen hatte vier zugelassene humangenetische Einrichtungen und 25 reproduktionsmedizinische Einrichtungen. Neben dieser ungleichen Verteilung zwischen den Bundesländern fällt vor allem der Standort der bayerischen reproduktionsmedizinischen Zentren auf. Diese befinden sich nicht ausschließlich im Bundesland Bayern, sondern unter anderem in Köln, Hamburg, Berlin, Wiesbaden, Mönchengladbach und Münster, um einen Teil zu nennen. In Nordrhein-Westfalen ist im PIDG NRW festgelegt, dass es nur ein PID-Zentrum geben darf.<sup>120</sup> Es gab aber auch Bestrebungen von Arbeitsgruppen in NRW, die ebenfalls gerne als Zentrum für die PID zugelassen werden möchten.<sup>121</sup> Um ein prominentes und lokal relevantes Beispiel zu nennen, ist der Antrag des Uniklinikums Münster auf Zulassung als PID-Zentrum anzuführen. Die Ärztekammer Nordrhein-Westfalen hat den Antrag abgelehnt und die Zulassung einem anderen Zentrum erteilt. Dabei wurde auf § 2 Abs. 2 S. 1 PIDG NRW verwiesen, der die Zulassung nur eines PID-Zentrums vorschreibt.<sup>122</sup> Daraufhin wurde seitens des Uniklinikums Klage eingereicht mit der Begründung, dass die Begrenzung auf nur ein PID-Zentrum in NRW nach § 2 Abs. 2 S. 1 PIDG NRW gegen höherrangiges

---

<sup>120</sup> Siehe Kapitel E IV.

<sup>121</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 324-327.

<sup>122</sup> VG Münster Urt. v. 28.2.2022 – 5 K 47/21, BeckRS 2022, 4361, Rn.9.

Recht verstoße.<sup>123</sup> Das Verwaltungsgericht Münster hat am 28.02.2022 über die Verpflichtungsklage entschieden und diese für begründet erklärt, den Anspruch auf Zulassung als PID-Zentrum aber verneint.<sup>124</sup> Daher wurde die Verpflichtungsklage aufgrund des fehlenden Anspruchs abgewiesen. Der Ärztekammer wurde unter Aufhebung ihres Ablehnungsbescheids aufgetragen, die Zulassungsvoraussetzungen erneut zu prüfen.<sup>125</sup> Eine Aussage bezüglich einer gebotenen Zulassung traf das Gericht nicht.<sup>126</sup>

Das Uniklinikum Münster kooperiert seitdem mit der humangenetischen Einrichtung des Medizinisch Genetischen Zentrum in München und führt die PIDs durch, die von der bayerischen Ethikkommission bearbeitet wurden.

## II. Ethikkommissionen

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es insgesamt fünf Ethikkommissionen für die PID. Die PID-Kommission Nord, zuständig für Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, ist bei der Ärztekammer Hamburg angesiedelt. Die Ethikkommission Süd, die Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen und Thüringen umfasst, ist bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg eingerichtet. In Bayern wurde die Bayerische Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik eingerichtet, deren Geschäftsstelle beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege angesiedelt ist. Berlin hat die Zuständigkeit für die Prüfung und Bewertung von Anträgen auf Durchführung einer PID der Ethik-Kommission des Landes Berlin beim Landesamt für Gesundheit und Soziales übertragen. In Nordrhein-Westfalen ist die PID-Kommission bei der Ärztekammer Nordrhein angegliedert, während die Zulassung von Zentren zur Durchführung der PID der Ärztekammer Westfalen-Lippe übertragen wurde.<sup>127</sup>

Im Jahr 2022 gab es insgesamt 423 Anträge auf die Durchführung einer PID, wovon 339 auf die Ethikkommission Bayern entfielen, 11 Anträge auf die Ethikkommission Nord, 47 auf die Ethikkommission Süd und 26 auf die Ethikkommission NRW.<sup>128</sup> Die hohe Konzentration der Anträge der bayerischen Ethikkommission lässt sich durch die Verteilung der kooperierenden PID-Zentren außerhalb des Bundeslands erklären.<sup>129</sup> Die Antragsstellung bei der bayerischen Kommission vorzunehmen, kann für die

---

<sup>123</sup> VG Münster Urt. v. 28.2.2022 – 5 K 47/21, BeckRS 2022, 4361, Rn.6.

<sup>124</sup> VG Münster Urt. v. 28.2.2022 – 5 K 47/21, BeckRS 2022, 4361, Rn.12.

<sup>125</sup> VG Münster Urt. v. 28.2.2022 – 5 K 47/21, BeckRS 2022, 4361, Tenor Abs.1.

<sup>126</sup> VG Münster Urt. v. 28.2.2022 – 5 K 47/21, BeckRS 2022, 4361, Rn.106.

<sup>127</sup> BT-Drucksache 20/10060, S.3f.

<sup>128</sup> BT-Drucksache 20/10060, S.23.

<sup>129</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.257-260.

Patient\*innen Vorteile haben. Zum einen gibt es mehr Kinderwunschzentren, die die PID ausführen. Zum anderen sind die Antragskosten geringer, denn die bayerische Ethikkommission ist an das Ministerium angegliedert, weshalb sich die Refinanzierung anders gestaltet als bei Ethikkommissionen, die an der Ärztekammer angesiedelt sind.<sup>130</sup> In Angliederung an die Ärztekammern müssen die gesamten anfallenden Kosten, wie Reisekosten der Mitglieder zu den Konferenzen oder Kosten für die Geschäftsstelle durch Gebühren für die Anträge gedeckt werden.<sup>131</sup> Ein Antrag bei der Ethikkommission NRW kann bis zu 1.500 € kosten.<sup>132</sup> Die Gebühren für einen Antrag bei der bayerischen Kommission liegen im Durchschnitt unter 500 €. <sup>133</sup> Eine anhaltende Verlagerung der Anträge hin zu bayerischen Ethikkommission ist daher anzunehmen.

Eine Konsequenz, die sich aus dieser Verlagerung ergibt, ist eine Gefahr ungleicher Bewertungen. Die grundsätzliche Gefahr einer ungleichen Bewertung wurde durch die Einrichtung der Ethikkommission von Beginn an in Kauf genommen.<sup>134</sup> Durch den Verzicht auf eine Liste mit Indikationen sind die Tatbestandsvoraussetzungen in den Einzelfallprüfungen von den Mitgliedern zu bewerten. Ein gewisser Anteil an Subjektivität ist somit nicht zu verhindern. Wird allerdings die Mehrheit der Anträge in der bayerischen Kommission verhandelt, besteht die Möglichkeit, dass die Entscheidungen der bayerischen Kommission das Indikationsspektrum bestimmt. Eine besonders relevante Indikation sind hierbei die habituellen Aborte.<sup>135</sup> Darunter versteht man mindestens drei oder mehr Fehlgeburten, ohne dass eine genetische Ursache festgestellt werden kann.<sup>136</sup> Die habituellen Aborte betreffen die zweite Alternative des § 3a ESchG, d.h. das erhöhte Risiko einer Tot- oder Fehlgeburt.<sup>137</sup> Die habituellen Aborte sind erfahrungsgemäß häufiger als die zuvor antizipierten Antragszahlen auf PID von ca. 200 jährlichen Anträgen in der Bundesrepublik.<sup>138</sup> Würde allen Frauen mit mehrfachen Fehlgeburten eine PID empfohlen werden, könnte sie sich zu einer Standarduntersuchung in der Reproduktionsmedizin entwickeln.<sup>139</sup>

Die PID bei habituellen Aborten wird allerdings aus medizinischer Sicht kritisch gesehen, da sich die Take-Home-Rate, sprich die Anzahl der geborenen Kinder, nicht erhöht. Es

---

<sup>130</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.308-310

<sup>131</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.3010-314.

<sup>132</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.89.

<sup>133</sup> *Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*, Informationen zum Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik bei der Bayerischen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik S.4.

<sup>134</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 153-156.

<sup>135</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023, S.568.

<sup>136</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.236f.

<sup>137</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023, S.568.

<sup>138</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.243ff.

<sup>139</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023,S.568.

wird zwar die Anzahl der natürlichen Fehlgeburten reduziert, aber durch die In-Vitro-Fertilisation kommt es nicht garantiert zu einer Lebendgeburt.<sup>140</sup>

Die Kommission steht demnach in einem Zwiespalt. Es war nicht gesetzlich gewollt, dass die PID eine Standardisierung erfährt.<sup>141</sup> Gleichzeitig erfüllen Frauen mit habituellen Aborten den Tatbestand des erhöhten Risikos einer Tot- oder Fehlgeburt nach § 3a Abs. 2 S. 2 ESchG. Die bayerische Kommission hat als Reaktion weitere Kriterien zur Bewertung der habituellen Aborte ins Leben gerufen, unter anderem die Anzahl an durchlebten Fehlgeburten.<sup>142</sup> In Nordrhein-Westfalen gab es bisher noch keine Freistellung der PID bei habituellen Aborten aufgrund der zuvor angesprochenen Take-Home-Rate.<sup>143</sup> Folglich hat Bayern die Ethikkommission, die über die meisten Anträge entscheidet, welche aus anderen Bundesländern stammen. Zudem entsteht die Entwicklung einer eigenen Entscheidungspraxis aufgrund der Häufung von Anträgen, die ca. ein Fünftel aller Anträge seit Beginn der Kommission ausmachen.<sup>144</sup>

Für die Patient\*innen besteht in der Verlagerung neben den Vorteilen zudem der Nachteil einer häufig über Videotelefonie stattfindenden genetischen Beratung,<sup>145</sup> welche gegebenenfalls nicht dieselbe Qualität aufweisen kann wie in Präsenz. Zudem kann es aufgrund der hohen Antragszahlen zu Verlängerungen der Bearbeitungszeiten der Anträge kommen.<sup>146</sup>

### **III. Zusammenfassung**

Zusammenfassend zeichnet sich eine deutliche und in Zukunft vermutlich noch wachsende Asymmetrie zwischen den Ethikkommissionen und PID-Zentren in Deutschland ab. Darin kann eine Gefährdung des Gleichbehandlungsgrundsatzes gesehen werden. Eine gewisse Subjektivität der Entscheidung ist naturgemäß durch die Wahl von Ethikkommissionen gegeben, aber es kann nicht gerechtfertigt werden, dass ein Paar, welches habituelle Aborte erlebt hat, die Zulassung zur PID durch eine bayerische Ethikkommission bekommt und dafür deutlich geringere Gebühren zahlt als ein Paar, welches mit demselben Antrag mit derselben Indikation bei der Ethikkommission NRW stellt.

---

<sup>140</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.259ff.

<sup>141</sup> BT-Drucksache. 17/5451, S. 8.

<sup>142</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023, S.568 f.

<sup>143</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.253-257.

<sup>144</sup> *Manzeschke/Friedrich*, Ethik in der Medizin 35, 2023, S.568.

<sup>145</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.266f.

<sup>146</sup> *Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*, Informationen zum Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik bei der Bayerischen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik, S.4.

## G. Wertungswiderspruch zwischen PID und PND

Um die gesetzlichen Regelungen zur PID eingehender bewerten zu können, ist es sinnvoll, sie von der PND abzugrenzen, da es hier wichtige Parallelen gibt. Zunächst ist festzuhalten, dass die PND und die PID sich nicht ausschließlich an dieselbe Zielgruppe richten. Die PND ist eine Kassenleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen und wird häufig von Schwangeren ab 35 Jahren in Anspruch genommen.<sup>147</sup> Die Motivation dahinter ist, so gut wie möglich über die Gesundheit des Kindes Bescheid zu wissen. Sie geschieht nicht ausschließlich vor dem Hintergrund einer medizinischen Indikation.<sup>148</sup>

Die PID setzt gesetzlich die Gefahr einer schwerwiegenden Erbkrankheit vor. Diese richtet sich daher an Paare, die entweder schon ein Kind mit Beeinträchtigung haben oder bei denen Fälle in der Familie existieren.<sup>149</sup> Eine genetische Indikation kann ebenfalls durch mehrere Fehlgeburten entdeckt werden oder als Zufallsbefund vor einer künstlichen Befruchtung auftreten. Viele Kliniken bieten eine Chromosomenuntersuchung im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung an.<sup>150</sup>

Die Zielgruppen können sich dennoch überschneiden. Weitere Ähnlichkeiten bestehen in der grundsätzlichen Intention. Obwohl die PND nicht ausschließlich bei Personen mit Risikobehaftung durchgeführt wird, ist es die Zielsetzung beider Verfahren, Anomalien zu erkennen und die Geburt eines gesundheitlich beeinträchtigten Kindes zu verhindern.<sup>151</sup> Das Verfahren der PID ist sehr teuer und nicht von allen Betroffenen finanziell tragbar. Manchen Paaren bleibt daher nur die Option, eine Schwangerschaft einzugehen und eine PND mit möglichem Abbruch durchzuführen<sup>152</sup> oder ganz auf eine Schwangerschaft zu verzichten.

Beide Verfahren werfen die Frage auf, ob es zulässig ist, individuelles Leben, das von einer Erbkrankheit betroffen ist, zu beenden.<sup>153</sup> Die Beendigung von Leben ist in beiden Verfahren zutreffend. Der Schwangerschaftsabbruch nach einer PND erfordert zwar aktive Handlung, während das Absterben lassen von Embryonen in-vitro eher eine Unterlassung darstellt. Beides ist jedoch auf die Beendigung des Lebens ausgerichtet.<sup>154</sup> Die PND ist durch das GenDG geregelt. Dieses Gesetz umfasst laut § 2 Abs. 1 GenDG genetische Untersuchungen sowohl bei geborenen Menschen als auch bei Embryonen und

---

<sup>147</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 36ff.

<sup>148</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.42-46.

<sup>149</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 53ff.

<sup>150</sup> Siehe Anhang Interview Frau Möckel, Z. 30ff.

<sup>151</sup> *Birnbacher*, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin*, 2013, S.757.

<sup>152</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 68f.

<sup>153</sup> *Ströhlein*, *Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts*, 2021, S.226.

<sup>154</sup> *Birnbacher*, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin*, 2013, S.757.

Föten während der Schwangerschaft. Die PID, welche vor der Nidation stattfindet,<sup>155</sup> fällt daher nicht unter den Anwendungsbereich des GenDG.

Zur Überprüfung eines Wertungswiderspruches zwischen der PND und der PID ist es notwendig, die Indikationslagen beider Verfahren nachzuvollziehen.

Die PND kann Erkrankungen des Embryos offenlegen, die Grundlage eines Schwangerschaftsabbruches sein können. Solche Schwangerschaftsabbrüche werden unter den Oberbegriff der „embryopathischen Indikation“ gefasst.<sup>156</sup> Nach früherer Rechtslage war die „embryopathische Indikation“ ein Tatbestandsmerkmal des § 218a StGB und wurde als Rechtfertigungsgrund für eine Abtreibung anerkannt. Dies wurde von Behindertenverbänden stark kritisiert, weshalb mit Einführung des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz die „embryopathische Indikation“ als Rechtfertigungsgrund abgeschafft wurde.<sup>157</sup> Es bedeutet jedoch nicht, dass diese keinen Rechtfertigungsgrund mehr darstellt. Nach der Gesetzesbegründung des § 218a StGB und der herrschenden Meinung ist die „embryopathische Indikation“ in der medizinisch-sozialen Indikation des § 218a Abs. 2 StGB aufgegangen.<sup>158</sup>

Nach § 218 StGB ist der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich strafbewehrt. Unter den Voraussetzungen des § 218a StGB besteht allerdings ein Rechtfertigungsgrund und eine Straffreiheit. Dieser Regelungscharakter gleicht dem des ESchG.<sup>159</sup> Dort ist wie oben beschrieben, die PID ebenfalls nach § 3 ESchG unter Strafe gestellt und nur unter den Ausnahmen des § 3a ESchG erlaubt.

Nach § 218a Abs. 2 StGB ist für einen medizinisch-sozial motivierten Schwangerschaftsabbruch keine zeitliche Grenze vorgesehen. Da der Gebrauch einer solchen Grenze anhand von Schwangerschaftswochen durchaus im Regelungsgehalt des § 218a StGB vorkommt (vgl. § 218a Abs. 1 Nr.3 StGB) ist keine planwidrige Regelungslücke anzunehmen. Somit sind auch Spätabbrüche möglich, welche in Konflikt mit ethischen Fragestellungen stehen.<sup>160</sup>

Schwere gesundheitliche Schädigungen des ungeborenen Kindes können mittelbar durch die Annahme einer erheblichen Gefährdung der physischen und psychischen Gesundheit der schwangeren Frau nach § 218a Abs. 2 StGB als Rechtfertigungsgrund für einen Schwangerschaftsabbruch angesehen werden. In der Praxis wird hierbei ein

---

<sup>155</sup> Siehe Kapitel C I.

<sup>156</sup> *Ströhlein*, Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts, 2021, S.228.

<sup>157</sup> *Eschelbach*, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, §218a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, Rn.24.

<sup>158</sup> BT-Drucksache 13/1850, S.26.

<sup>159</sup> *Ströhlein*, Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts, 2021, S.229.

<sup>160</sup> *Salaschek*, Die Kind als Schaden-Rechtsprechung im Verhältnis zu den §§ 218 ff. StGB, 2017, S.49.



weitreichender Maßstab angewendet.<sup>161</sup> Die PID, welche Spätabbrüche vermeiden könnte, ist jedoch nur zulässig, nachdem eine Ethikkommission unter strikt auszulegenden Voraussetzungen („schwere Erbkrankheit“) darüber positiv entschieden hat. Nach § 15 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 23 Abs. 2 Nr. lit. d GenDG existiert zwar eine Gendiagnostikkommission, jedoch verfügt diese nicht über die gleiche Entscheidungskompetenz wie im Bereich der PID. Bei einem Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 StGB obliegt die Entscheidung über die medizinisch-soziale Indikation ausschließlich den Ärzt\*innen, die dabei auf die Angaben der schwangeren Person angewiesen sind.<sup>162</sup>

Neben dem medizinisch-sozial indizierten Schwangerschaftsabbruch gibt es die Möglichkeit nach § 218a Abs. 1 StGB, eine Schwangerschaft bis zur zwölften Schwangerschaftswoche nach vorheriger Beratung durch Mediziner\*innen zu beenden. Diese Möglichkeit ist Ausdruck der reproduktiven Autonomie und soll an dieser Stelle nicht kritisiert werden. Allerdings ist vor dem Hintergrund, dass es im Jahr 2023 ca. 100.000 Schwangerschaftsabbrüche bis zur 12. Schwangerschaftswoche in Deutschland gab,<sup>163</sup> schwer zu erklären, warum die Hürden für eine PID so viel höher sind. Insbesondere aufgrund der vorangeschrittenen Entwicklungsstufe der Embryonen bei einem Schwangerschaftsabbruch.<sup>164</sup>

Ein weiterer Vergleichspunkt bezüglich eines Wertungswiderspruchs ist die finanzielle Gestaltung beider Verfahren. Wie oben bereits erwähnt ist die PND grundsätzlich eine Leistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Die PID muss von den Patient\*innen selbst getragen werden. Die zwangsläufig hiermit verbundene In-vitro-Fertilisation kann teilweise erstattungsfähig sein. Das hängt unter anderem von dem Alter der Frau und von generellen Fertilitätsproblemen ab. Die Diagnostik selbst ist allerdings nicht erstattungsfähig<sup>165</sup> und auch bei Paaren, die spontan, das heißt ohne medizinische Hilfe, schwanger werden können, kommt eine finanzielle Unterstützung nicht in Frage. Die Kostenübernahme der PID ist zwar Bestandteil des Koalitionsvertrags der aktuellen Bundesregierung,<sup>166</sup> hat jedoch bisher keine Umsetzung gefunden.<sup>167</sup> Daher ist die PID

---

<sup>161</sup> *Eschelbach*, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, <sup>60</sup>01.02.2024, §218a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, Rn. 24.

<sup>162</sup> *Ströhlein*, Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts, 2021, S.228.

<sup>163</sup> *Statistisches Bundesamt*, Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung, 24.04.2024 ([https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer\\_zvab2012.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html)) (geprüft am 30.05.2024).

<sup>164</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z. 94-100.

<sup>165</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.85-89.

<sup>166</sup> *Bundesregierung*, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/ Die Grünen und den freien Demokraten (FDP), S.116.

<sup>167</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.347 f.

nur für Paare mit einem sehr guten Einkommen möglich. Die Behandlungskosten belaufen sich auf ca. 10.000 € bis 15.000 €. Eine Garantie auf eine erfolgreiche Schwangerschaft gibt es hierbei nicht.<sup>168</sup> Es kann sein, dass keine Implantationsempfehlung gegeben werden kann, die Nidation fehlschlägt oder es zu einer Fehlgeburt kommt. Eine Statistik von 1997 bis 2007 zeigte, dass künstliche Befruchtungen mit Hilfe der PID weltweit zu 18,6 Prozent erfolgreich waren bzw. zur Geburt eines Kindes führten.<sup>169</sup> Die Behandlungskosten können sich daher je nach Verlauf deutlich steigern. Durch die finanzielle Unterstützung einer PND und des simpleren Verfahrens eines medizinisch-sozial indizierten Schwangerschaftsabbruches (ohne Votum einer Ethikkommission) kann ein höherer Schutz des Embryos in-vitro gegenüber dem Embryo in vivo angenommen werden.

Es ist zwar richtig, dass der Embryo in-vitro anfälliger für Missbrauch ist als der Embryo in vivo, der durch den Körper der Schwangeren geschützt ist,<sup>170</sup> dennoch ist bereits im verfassungsrechtlichen Kapitel die hier vertretene Sicht festgestellt worden, dass es Unterschiede im Lebensrecht bezüglich des Embryos in-vitro, in-vivo und geborenen Menschen gibt, die strafrechtlich unterstützt werden.

Ein angeführter Grund für die unterschiedliche Behandlung der beiden Verfahren ist der Selektionscharakter der PID. Es wird darauf abgestellt, dass bei der PND die Entscheidung für oder gegen ein Kind mit der festgestellten Indikation getroffen wird. Bei der PID ginge es darum, von Beginn an den gesunden Embryo implantieren zu lassen.<sup>171</sup> Paare oder Personen, die in Deutschland eine PID durchführen lassen können, müssen allerdings immer eine genetische Indikation vorweisen, die mit einem hohen Risiko zu einer schwerwiegenden Erbkrankheit oder einer Fehl- oder Totgeburt führt.<sup>172</sup> Im Vorfeld zur Diagnostik müssen gesetzlich vorgeschriebene Beratungsgespräche geführt werden und das ganze Verfahren kann von Antragsstellung bis Implantation bis zu 9 Monate in Anspruch nehmen.<sup>173</sup> Im Rahmen der Diagnostik wird nur auf die betreffende Erbkrankheit hin untersucht. Nebenbefunde können zwar auftreten,<sup>174</sup> sind aber nicht Kernprodukt der Untersuchung. Es findet folglich keine Auswahl des perfekten Nachwuchses statt, sondern die Vermeidung eines Kindes mit einer schweren Erbkrankheit. Die Vergleichbarkeit zur PND ist somit weiterhin gegeben. Es ergibt sich

---

<sup>168</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z. 128-132.

<sup>169</sup> *Statista Research Department*, Künstliche Befruchtung- Erfolgsquote mit PID 1997-2007, 2011 (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/183323/umfrage/kuenstliche-befruchtungen-mit-pid-weltweit-seit-1997/>) (geprüft am 04.06.2024).

<sup>170</sup> *Ströhlein*, Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts, 2021, S.238.

<sup>171</sup> *Birnbacher*, in: Joerden/Hilgendorf/Thiele (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin, 2013, S.760f.

<sup>172</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.35-41.

<sup>173</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.64-72.

<sup>174</sup> *Albrecht/Grüber*, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik, 2019, S.36.

demnach eine Schieflage der rechtlichen Ausgestaltung, wenn dem bereits in der Entwicklung weiter vorangeschrittenem Embryo bzw. Fötus weniger Schutz gewährt wird als dem Embryo in-vitro.

Im Rahmen des medizinisch-sozial indizierten Schwangerschaftsabbruches wird auf die gesundheitlichen Auswirkungen für die schwangere Frau abgestellt. Dieselben Belastungen bestehen bei einer PID. Hier wird strafrechtlich jedoch auf die betreffende Erbkrankheit und nicht auf die Belastung der Frau abgestellt. Um einen Wertungswiderspruch vollständig zu vermeiden, müsste es auch im Rahmen der PID möglich sein, die behandelnden Ärzt\*innen über die Angemessenheit der Diagnostik in Abstimmung mit den Betroffenen entscheiden zu lassen.

## **H. Europäischer Vergleich**

### **I. Großbritannien**

Nachdem bereits die nationale Asymmetrie bezogen auf die Ethikkommissionen beleuchtet wurde, ist es ebenso sinnvoll, den europäischen Vergleich anzustreben. Insbesondere die britische Verfahrensweise soll nachgehend herausgestellt werden.

In Großbritannien wurde der Human Fertilisation and Embryology Act (kurz HFE Act) im Jahr 1990 ins Leben gerufen, der die Zulässigkeit der PID regelt.<sup>175</sup> 2008 wurde der HFE Act reformiert.<sup>176</sup> Im Wesentlichen wurden allerdings die Regelungsinhalte des bereits bestehenden Gesetzes bestätigt. Daher lag weiterhin ein grundsätzlich strafbewehrtes Verbot mit Erlaubnistatbeständen vor.<sup>177</sup> Zum Vergleich handelt es sich im deutschen Recht bei den Voraussetzungen des § 3a ESchG um Rechtfertigungsgründe.<sup>178</sup> Eine weitere Neuerung der Reformation war der Entwurf einer Indikationsliste, welche die Zulässigkeit einer PID begründet. Krankheiten können durch spezielle Genehmigungen aufgenommen werden. Die Patient\*innen können im Vorfeld zur Diagnostik überprüfen, ob die betreffende Erbkrankheit als Indikation anerkannt wurde.<sup>179</sup>

In Großbritannien stieß die Einführung einer Liste ebenso auf Kritik, die in Deutschland zur Ablehnung einer solchen Sammlung von Indikationen führte. Es wurde die Stigmatisierung von Erkrankungen und Eltern, die sich für ein Kind mit einer solchen Krankheit entscheiden, befürchtet. Als Gegenargument wurde allerdings angeführt, dass

---

<sup>175</sup> *Geffroy/Zerres*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.321.

<sup>176</sup> *Dücker*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.183.

<sup>177</sup> *Dies.*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.86.

<sup>178</sup> *Ruppert*, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, 6001.02.2024, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, Rn.8.

<sup>179</sup> *Geffroy/Zerres*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.321.

die Patient\*innen der PID meist eine negative Erfahrung mit den betreffenden Erbkrankheiten gemacht hätten und daher ihre Kinder vor einer solchen Krankheit schützen möchten.<sup>180</sup> Dies ist eine höchst persönliche und subjektive Entscheidung, die die Betroffenen für sich abwägen sollten. Des Weiteren käme es weiterhin zu einer Einzelfallprüfung. Es handelt sich um eine Prüfung in zwei Schritten: Wenn die Authority, die zuständige Behörde, die Entscheidung getroffen hat, dass eine bestimmte Krankheit als Indikation aufgenommen wird, müssen die reproduktiven Zentren unter den Vorgaben des sogenannten Code of Practice die Zulässigkeit prüfen.<sup>181</sup> Eine zusätzliche Zwischenschaltung einer Ethikkommission wird somit nicht vorgenommen.

## **II. Niederlande**

Seit 1995 ist die PID in den Niederlanden gesetzlich erlaubt, sofern ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Erkrankungen für zukünftige Kinder besteht.<sup>182</sup> Ursprünglich auf experimenteller Basis im Maastricht University Medical Center eingeführt, wurde die PID 2003 in das System zur finanziellen Erstattung des niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport eingefügt. In den Niederlanden ist die PID nur für Paare möglich, die ein hohes Risiko für schwerwiegende monogene Erkrankungen, strukturelle Chromosomenanomalien oder mitochondrialen Anomalien.<sup>183</sup> In den jeweiligen reproduktionsmedizinischen Zentren wird eigenständig entschieden, welche Krankheiten als schwerwiegend betrachtet werden.<sup>184</sup> Wurde die PID für eine bestimmte Krankheit bisher noch nicht durchgeführt, entscheidet eine interdisziplinär zusammengesetzte, nichtstaatliche Kommission über die Zulässigkeit der Krankheit als Indikation. Die herangezogenen Kriterien setzen sich aus der Schwere und Art der Erkrankung, existierenden Möglichkeiten für Vermeidung und Behandlung, weitere medizinische Kriterien sowie ethischen und psychologischen Aspekten zusammen.<sup>185</sup>

## **I. Fazit**

### **I. Kritik de lege lata**

Von Beginn an stand der Gesetzgeber vor der Herausforderung, einem ethisch hoch umstrittenen medizinischen Verfahren einen rechtlichen Rahmen zu geben. Durch das Urteil des Bundesgerichtshofs, das eine rechtliche Ausgestaltung notwendig machte,

---

<sup>180</sup> *Dücker*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.187f.

<sup>181</sup> *Dücker*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.188.

<sup>182</sup> *Geffroy/Zerres*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.321.

<sup>183</sup> *Geraedts/Coonen/Dreesen u.a.*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.312.

<sup>184</sup> *Geffroy/Zerres*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.321.

<sup>185</sup> *Geraedts/Coonen/Dreesen u.a.*, Medizinische Genetik 28, 2016, S.312.

geriet die Gesetzgebung zudem unter Zeitdruck. Die Gesetzgebungsdebatten verdeutlichten, dass die PID einer klaren rechtlichen Regelung bedarf, die die konfligierenden Interessen von Personen mit Kinderwunsch und des Embryos in Einklang bringt<sup>186</sup> und mit bestehenden Rechtslagen inhaltlich übereinstimmt. Die Analyse der Regelungen zur PID im ESchG und in der PIDV zeigt, dass die Bedenken der Gegner der PID berücksichtigt wurden und hohe Sicherheits- und Qualitätsstandards priorisiert werden.<sup>187</sup> Dennoch wird deutlich, dass eine Reformbedürftigkeit besteht.

Der Tatbestand des § 3a ESchG, der von einem "hohen Risiko" spricht, lässt sich nur durch die Gesetzesbegründung nachvollziehen<sup>188</sup>, wonach ein hohes Risiko besteht, wenn eine Erbkrankheit zu 25-50 Prozent vererbt wird.<sup>189</sup> Der Begriff der "schwerwiegenden Erbkrankheit" ist im Gesetz ebenfalls nicht näher definiert. Da § 3a ESchG ein Strafgesetz darstellt, das dem strafrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz nach Art. 103 Abs. 2 GG unterliegt, ist es erforderlich, dass der Tatbestand des § 3a ESchG konkret bestimmt ist. Schwerwiegend sei eine Krankheit dann, wenn sie sich aufgrund des Krankheitsbildes und der Behandlungsmöglichkeiten von anderen Krankheiten unterscheidet oder eine geringe Lebenserwartung besteht.<sup>190</sup> Diese Bewertung ist jedoch hochgradig subjektiv. Beispielhaft kann an dieser Stelle die Blindheit dargestellt werden. Für die eine Person stellt Blindheit eine schwerwiegende Behinderung dar, während sie für andere lediglich eine Beeinträchtigung ist.<sup>191</sup>

Für solche Fragen wurden die Ethikkommissionen eingerichtet. Bei der PID darf die Ethikkommission nur eine Rechtsprüfung vornehmen.<sup>192</sup> Erst durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts wurde festgelegt, dass bei Unklarheit über eine schwerwiegende Erbkrankheit zudem die Belastung der schwangeren Frau bzw. des Paares berücksichtigt werden sollte.<sup>193</sup>

Die Fokussierung auf die Schädigung des Embryos ähnelt der embryopathischen Indikation des Schwangerschaftsabbruchs, die wegen Bedenken zur Stigmatisierung von Menschen mit Beeinträchtigungen abgeschafft wurde.<sup>194</sup> Stattdessen wurde der medizinisch-sozial indizierte Schwangerschaftsabbruch eingeführt, der die Belastung und gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau bzw. des Paares berücksichtigt. Dies stellt

---

<sup>186</sup> Landwehr, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2017, S.153.

<sup>187</sup> Dies., Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik, 2017, S.154.

<sup>188</sup> Khosravi, Die Strafbarkeit nach dem Embryonenschutzgesetz und Stammzellgesetz, 2017, S.139.

<sup>189</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>190</sup> BT-Drucksache 17/5451, S.8.

<sup>191</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.123-129.

<sup>192</sup> Dücker, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.157.

<sup>193</sup> BVerwGE, Urt. v. 5.11.2020 – 3 C 12/19, BeckRS 2020, 42613, LS 3.

<sup>194</sup> Schumann/Schmidt-Recla, MedR 16, 1998, S.497.

einen Wertungswiderspruch dar, ebenso wie die unterschiedlichen Hürden für die PID im Vergleich zum Schwangerschaftsabbruch nach einer PND.

Des Weiteren führt die nationale Asymmetrie zu einer Ungleichbehandlung von Patient\*innen und PID-Zentren und birgt die Gefahr einer Indikationsbestimmung durch eine Kommission.

Die finanzielle Ausgestaltung der PID schränkt das Verfahren zwar ein, was angesichts der Besonderheit des Verfahrens angemessen sein mag, erzeugt jedoch eine soziale Ungleichheit.<sup>195</sup> Die kostenintensive Behandlung ist nur für gut situierte Paare zugänglich<sup>196</sup>, während finanziell weniger starke Personen in ihrem Recht auf reproduktive Autonomie eingeschränkt sind und auf eine "Schwangerschaft auf Probe" verwiesen werden, die emotionale und körperliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann.

## II. Vorschläge de lege ferenda

Zukünftige gesetzliche Regelungen sollten, wie im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung vorgesehen, eine finanzielle Unterstützung der PID vorsehen. Die Interviewpartnerin Frau Möckel schlägt vor, die Kosten der im Rahmen der PID notwendigen In-Vitro-Fertilisation analog zur Kostenübernahme bei Paaren mit Fertilitätsproblemen zu übernehmen.<sup>197</sup> Eine weitere finanzielle Erleichterung wäre die Entbindung von der Zustimmung der Ethikkommissionen bei strukturellen Chromosomenanomalien, deren Anträge erfahrungsgemäß stets positiv bewertet werden.<sup>198</sup> Dies würde die Rechtswirklichkeit widerspiegeln und die Arbeitsintensität der Kommissionen reduzieren, sodass mehr Zeit für komplexere Anträge zur Verfügung stünde. Eine einheitlichere Ausgestaltung der Ethikkommissionen in Deutschland wäre ebenfalls ratsam, um innerdeutschen "Tourismus" aufgrund unterschiedlicher Gebühren oder inhaltlicher Entscheidungen zu vermeiden<sup>199</sup> und dem Gleichbehandlungsgrundsatz zu entsprechen. Eine richtungsweisende Leitlinie zum Umgang mit habituellen Aborten ist notwendig, um Rechtssicherheit zu schaffen.<sup>200</sup> Diese Sicherheit wird auch in Form einer Festlegung, wie mit Nebenbefunden bzw. Überschussinformationen zu verfahren ist, notwendig sein.

---

<sup>195</sup> Lemke/Rüppel, Reproduktion und Selektion, 2017, S.42.

<sup>196</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z. 128f.

<sup>197</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.252-255.

<sup>198</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.99ff.; siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.138-142.

<sup>199</sup> Siehe Anlage Interview Frau Möckel, Z.106-110.

<sup>200</sup> Siehe Anlage Interview Herr Zerres, Z.277-280.

Eine weitreichendere Reform würde die die Übertragung der Entscheidungskompetenz bezüglich der PID auf die Ärzt\*innen, ähnlich wie bei der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs, darstellen.<sup>201</sup> Die Zahlen der gestellten und genehmigten Anträge zeigen, dass eine große Mehrheit der Anträge von den Ethikkommissionen als gerechtfertigt angesehen werden.<sup>202</sup> Ärzt\*innen könnten unter Beratung mit den Patient\*innen das Verfahren der PID diskutieren, Vor- und Nachteile darstellen und unter Berücksichtigung der Belastung und Gesundheit der Frau gemeinsam mit den Patient\*innen entscheiden. Dabei müssten Grundsätze wie das Verbot der Geschlechtsauswahl ohne medizinischen Grund (z. B. geschlechtsgebundene Erbkrankheiten) sowie ein Verbot zur Auswahl des Phänotyps gewahrt bleiben. Eine solche Reform benötigt jedoch einen öffentlichen Diskurs, da es sich um ein ethisch sehr sensibles Thema handelt. Die dargestellten Verfahren in Großbritannien und den Niederlanden sind mit diesem Vorschlag vergleichbar. In diesen Fällen würde die Beratung zwischen den Ärzt\*innen und Patient\*innen stattfinden. Die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Zulässigkeit wie unter anderem die Schwere der Erkrankung wäre gesetzlich festgelegt und es gäbe eine Auflistung von Krankheiten, die regelmäßig Grundlage für die PID waren. Eine zur englischen bzw. niederländischen Regelung vergleichbare Gesetzesänderung könnte den Wertungswiderspruch somit aufheben.

Eine entsprechende Gesetzesgrundlage für die PID und die weiteren Belange der Reproduktionsmedizin könnte das bereits geforderte Fortpflanzungsmedizingesetz darstellen. Im Jahr 2019 haben die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften Vorschläge für ein Fortpflanzungsmedizingesetz veröffentlicht. Als Grundlage für die Reformbedürftigkeit nennen Sie ebenfalls den medizinischen Fortschritt in der Reproduktionsmedizin sowie den gesellschaftlichen Wandel.<sup>203</sup> Bezogen auf die PID wird eine finanzielle Übernahme gefordert sowie die Verlagerung der Entscheidung auf das Verhältnis zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen.<sup>204</sup> Des Weiteren werden Reformen zur rechtlichen Ausgestaltung der künstlichen Befruchtung, der Spenden von Samen, Eizellen und überschüssigen Embryonen sowie zur Leihmutterchaft gefordert.<sup>205</sup>

---

<sup>201</sup> *Dücker*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, 2019, S.192.

<sup>202</sup> BT-Drucksache 20/10060, S.23.

<sup>203</sup> *Westermann/Steinicke/Mengel u. a.* (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland - für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S.5.

<sup>204</sup> *Dies.*, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland - für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S.10.

<sup>205</sup> *Dies.*, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland - für eine zeitgemäße Gesetzgebung, 2019, S.7-10.

Um einen Einblick in die voranschreitende Forschung zu geben, ist die nichtinvasive PID zu nennen, die die Debatte erneut verändern könnte. Es ist mittlerweile möglich, zellfreie DNS-Fragmente genetisch zu analysieren, ohne dabei einen Rückgriff auf den Embryo nehmen zu müssen.<sup>206</sup> Damit wäre der Eingriff in den objektiv-rechtlichen Schutzbereich der Grundrechte des Embryos geringer. Die rechtlichen Hürden sollten dementsprechend auch niedriger gesetzt werden. Ohne weiter auf den inhaltlichen Aspekt des Verfahrens und der Kompatibilität mit der Rechtslage des § 3a ESchG eingehen zu wollen, zeigt dieses Beispiel, dass ein jahrelanger Stillstand gesetzlicher Regelungen in einem derart fluiden und innovativen Bereich wie der Reproduktionsmedizin nicht angemessen ist und es daher einer fortführenden Auseinandersetzung mit dem Thema bedarf.

### **III. Zusammenfassung**

Die zentrale Fragestellung bezüglich der zeitgemäßen Ausgestaltung der PID konnte im Rahmen dieser Untersuchung mithilfe rechtspolitischer Analysen und methodischer Experteninterviews umfassend beleuchtet und beantwortet werden. Der gesetzliche Schritt zur begrenzten Zulassung der PID war zweifellos ein bedeutender Fortschritt zur Wahrung der reproduktiven Autonomie der betroffenen Paare. Die intensive Auseinandersetzung mit den vielfältigen Argumenten für und wider die PID fand angemessene Berücksichtigung.

Seit der Verabschiedung der entsprechenden Gesetze vor einem Jahrzehnt hat das Thema jedoch nicht mehr die nötige Aufmerksamkeit erhalten. Dies mag auf die polarisierende Natur und die Komplexität des Themas sowie die begrenzte Zielgruppe zurückzuführen sein, jedoch gerade in einem so sensiblen Fachgebiet ist eine fortlaufende Überprüfung und Anpassung der Regelungen unerlässlich. Die Bundesregierung ist gesetzlich verpflichtet, Berichte über die Praxis der PID zu veröffentlichen. Diese Berichte sollten nicht nur der Information dienen, sondern als Grundlage für eine Neubewertung und mögliche Anpassungen der gesetzlichen Bestimmungen herangezogen werden.

Die Diskussion über die Einführung eines umfassenden Fortpflanzungsmedizingesetzes sollte ebenfalls wiederaufgenommen werden. Ein solches Gesetz könnte dazu beitragen, die unterschiedlichen Aspekte der Reproduktionsmedizin kohärent und umfassend zu regeln, die Rechte und Pflichten aller Beteiligten klar zu definieren und so zu einer gerechteren und transparenteren Praxis beizutragen.

---

<sup>206</sup> *Taupitz*, MedR 38, 2020, S.335.



Insgesamt zeigt sich, dass eine fortlaufende Auseinandersetzung und Nachsteuerung im Bereich der PID und der Reproduktionsmedizin unerlässlich sind, um den sich wandelnden ethischen, rechtlichen und medizinischen Anforderungen gerecht zu werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Rechte und Bedürfnisse aller Betroffenen angemessen berücksichtigt und geschützt werden.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, Steffen/Grüber, Katrin*, Aktueller Stand und Entwicklung der Präimplantationsdiagnostik – Endbericht zum Monitoring, Berlin 2019.
- Baer, Susanne/Sacksofsky, Ute* (Hrsg.), Autonomie im Recht-Geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden 2018.
- Baur, Nina/Blasius, Jörg* (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden 2019.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege*, Informationen zum Antrag auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik bei der Bayerischen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik.
- Berge, Benjamin*, Teilstandardisierte Experteninterviews, in: Tausendpfund, Markus (Hrsg.), Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften: Ein Überblick, Wiesbaden 2020.
- Birnbacher, Dieter*, Menschenwürde und Präimplantationsdiagnostik, in: Joerden, Jan C./Hilgendorf, Eric/Thiele, Felix (Hrsg.), Menschenwürde und Medizin – Ein interdisziplinäres Handbuch, Berlin 2013.
- Brosius-Gersdorf, Frauke/Dreier, Horst* (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 4. Aufl., Tübingen 2023.
- Bundesregierung*, Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/ Die Grünen und den freien Demokraten (FDP), 2021.
- Deutscher Ethikrat*, Präimplantationsdiagnostik – Stellungnahme, Berlin 2011.
- Dorneck, Carina*, Das Recht der Reproduktionsmedizin de lege lata und de lege ferenda, 2020.
- Dücker, Sabrina Maureen*, Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland und in England, Dissertation, Mohr Siebeck; Mohr Siebeck GmbH & Co. KG 2019.
- Epping, Volker/Lenz, Sebastian/Leydecker, Philipp*, Grundrechte, 10. Aufl., Berlin/Heidelberg 2024.
- Eschelbach*, §218a Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, in: Heintschell-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGG, München 01.02.2024.
- Fehse, Boris/Schickl, Hannah/Bartfeld, Sina/Zenke, Martin*, Gen- und Zelltherapie 2.023 - Forschung, klinische Anwendung und Gesellschaft 2024.
- Ferdinand, Petra*, Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht, Frankfurt am Main [etc.] op. 2010.

- Geffroy, Sandra/Zerres, Klaus*, Präimplantationsdiagnostik im Europavergleich, *Medizinische Genetik* 28 2016.
- Gehrels, Doreen/Ramsthaler, Frank/Kettner, Mattias/Kölzer, Sarah C./Chabiera, Peter Jan/Verhoff, Marcel A.*, Abgrenzung der Totgeburt von der Fehlgeburt – Auswirkungen auf die ärztliche Leichenschau, *Rechtsmedizin* 34 2024.
- Geraedts, Joep/Coonen, Edith/Dreesen, Jos/Paulussen, Aimee/Die-Smulders, Christine de*, Präimplantationsdiagnostik in den Niederlanden, *Medizinische Genetik* 28 2016.
- Giwer, Elisabeth*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik – Eine Studie zum rechtlichen Schutz des Embryos im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik unter besonderer Berücksichtigung grundrechtlicher Schutzpflichten, Berlin 2001.
- Glaubitz, Marius*, Widersprüche im Regelungskomplex der genetischen Frühdiagnostik - eine verfassungsrechtliche Analyse, Berlin u.a. 2018.
- Gröschner, Rolf*, Menschenwürde und Sepulkralkultur in der grundgesetzlichen Ordnung – Die kulturstaatlichen Grenzen der Privatisierung im Bestattungsrecht, Stuttgart 1995.
- Häberle, Peter*, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, in: Kohlhaas, Max/Amb, Friedrich (Hrsg.), *Strafrechtliche Nebengesetze – Mit Straf- und Bußgeldvorschriften des Wirtschafts- und Verwaltungsrechts*, 250. Auflage 2024, 159. Aufl., München 2005.
- Harvard Magazine*, Debating the Moral Status of the Embryo, <https://www.harvardmagazine.com/2004/07/debating-the-moral-statu-html> (geprüft am 04.06.2024).
- Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans* (Hrsg.), BeckOK StGB, 60. Aufl., München 01.02.2024.
- Helferich, Cornelia*, Leitfaden- und Experteninterviews, in: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Wiesbaden 2022.
- Henking, Tanja*, Hohes Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit, in: Tsambikakis/Rostalski (Hrsg.), *Medizinstrafrecht*, 2023.
- Herdegen, Matthias*, Art. 1 Abs. 1 GG in der Verfassungsarchitektur, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), *Grundgesetzkommentar – GG Art. 1 Abs. 1*, München 2024.
- Hillgruber, Christian*, Dürfen wir die Präimplantationsdiagnostik zulassen?, *ZfL* 2011.
- Hillgruber, Christian/Spieker, Manfred/Gärditz, Klaus F./Gärditz, Klaus Ferdinand*, Die Würde des Embryos – Ethische und Rechtliche Probleme der

- Präimplantationsdiagnostik und der Embryonalen Stammzellforschung, Boston 2019.
- Huber, Peter M./Voskuhle, Andreas/Mangoldt, Hermann von/Klein, Friedrich/Starck, Christian*, Grundgesetz – Kommentar, 8. Aufl., München 2024.
- Katzenmeier, Christian/Lipp, Volker*, Arztrecht, 8. Aufl., München 2021.
- Khosravi, Samareh*, Die Strafbarkeit nach dem Embryonenschutzgesetz und Stammzellgesetz, Hamburg 2017.
- Kingreen, Thorsten/Torbohm, Nicolaj*, Wunschkind oder Kind nach Wunsch? Verfassungsfragen der beschränkten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (§ 3 a ESchG), JURA - Juristische Ausbildung 35 2013.
- Kohlhaas, Max/Amb, Friedrich* (Hrsg.), Strafrechtliche Nebengesetze - Mit Straf- und Bußgeldvorschriften des Wirtschafts- und Verwaltungsrechts, 159. Aufl. München 2005.
- Kubiciel, Michael*, Grund und Grenzen des Verbots der Präimplantationsdiagnostik, NStZ 2013,
- Landwehr, Charlotte*, Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik 2017.
- Lee, Iris T./Kappy, Michelle/Forman, Eric J./Dokras, Anuja*, Genetics in reproductive endocrinology and infertility, Fertility and sterility 120 2023.
- Lee, Jung-Ho*, Die aktuellen juristischen Entwicklungen in der PID und Stammzellforschung in Deutschland, Zugl.: Halle (Saale), Univ., Diss., 2012, PL Acad. Research 2013.
- Lemke, Thomas/Rüppel, Jonas*, Reproduktion und Selektion – Gesellschaftliche Implikationen der Präimplantationsdiagnostik, Wiesbaden 2017.
- Lindenberg, Helen*, Das Recht auf Fortpflanzung 2.0 – Das Recht auf das bestmögliche Kind?, NZFam 2019.
- Manzeschke, Arne/Friedrich, Orsolya*, Ethische Aspekte der Präimplantationsdiagnostik – Einblick in die Arbeit der Bayerischen Ethikkommission, Ethik in der Medizin 35 2023.
- Müller-Terpitz, Ralf*, Der Schutz des pränatalen Lebens – Eine verfassungs-, völker- und gemeinschaftsrechtliche Statusbetrachtung an der Schwelle zum biomedizinischen Zeitalter, Tübingen 2007.
- , Beginn der Grundrechtsträgerschaft, in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl., München 2022.
- , GG Art. 6 [Ehe und Familie], in: Spickhoff, Andreas (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl., München 2022.

- Patzke, Jelena Marlene*, Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik auf dem Prüfstand – § 3a ESchG, [S.1.] 2020.
- Rehmann-Sutter, Christoph*, Würde am Lebensbeginn: Der Embryo als Grenzwesen, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51 2008.
- Rixen, Stephan*, Art. 2 II, in: Sachs, Michael (Hrsg.), Grundgesetz – Kommentar, 9. Aufl., München 2021.
- Röttger, Sara*, Der Embryonenbegriff vor dem Hintergrund integrierter Embryomodelle, MedR 42 2024.
- Rudnik-Schöneborn, Sabine/Wyrwoll, Margot J./Tüttelmann, Frank/Toth, Bettina/Pinggera, Germar-M./Zschocke, Johannes*, Genetische Diagnostik bei ungewollt kinderlosen Paaren oder wiederholten Fehlgeburten, Gynäkologische Endokrinologie 21 2023.
- Ruppert*, ESchG § 3a Präimplantationsdiagnostik, in: Heintschel-Heinegg, Bernd/Kudlich, Hans (Hrsg.), BeckOK StGB, München 01.02.2024.
- Sachs, Michael* (Hrsg.), Grundgesetz – Kommentar, 9. Aufl., München 2021.
- Salaschek, Sarah*, Die Kind als Schaden-Rechtsprechung im Verhältnis zu den §§ 218 ff. StGB – Arzthaftungsansprüche der Eltern bei unterlassenen und misslungenen Schwangerschaftsabbrüchen und die Rolle des 218 a StGB, Berlin, Heidelberg 2017.
- Schill, Stephan/Steinhauer, Fabian*, Würde- und Lebensschutz des Embryo in vitro am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik, JA 2006,
- Schockenhoff, Eberhard*, Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik, [https://www.kas.de/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cdb02c84-6a43-aca3-ac35-6ba6878a6093&groupId=252038](https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=cdb02c84-6a43-aca3-ac35-6ba6878a6093&groupId=252038) (geprüft am 04.06.2024).
- Schumann, Eva/Schmidt-Recla, Adrian*, Die Abschaffung der embryopathischen Indikation-eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt?, MedR 16 1998.
- Siebert, Reiner/Speicher, Michael R.*, Pränataldiagnostik, Medizinische Genetik 31 2019.
- Spickhoff, Andreas* (Hrsg.), Medizinrecht, 4.Aufl., München 2022.
- Spinella, F./Bronet, F./Carvalho, F./Coonen, E./Rycke, M. de/Rubio, C./Goossens, V./van Montfoort, A.*, ESHRE PGT Consortium data collection XXI: PGT analyses in 2018, Human reproduction open 2023.
- Statista Research Department*, Künstliche Befruchtung- Erfolgsquote mit PID 1997-2007, 2011,

- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/183323/umfrage/kuenstliche-befruchtungen-mit-pid-weltweit-seit-1997/> (geprüft am 04.06.2024).
- Statistisches Bundesamt*, Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung, 24.04.2024,  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueendung-schwangerschaftsdauer\\_zvab2012.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueendung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html) (geprüft am 30.05.2024).
- Stern*, Klaus/Sodan, Helge/Möstl, Markus (Hrsg.), Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland im europäischen Staatenverbund, 2. Aufl. München 2022.
- Ströhlein, Julia*, Prozedurale Lebensschutzkonzepte des Medizinstrafrechts – Eine Analyse der prozeduralen Vorschriften am Anfang und am Ende des strafrechtlichen Lebensschutzes, Berlin 2021.
- Taupitz, Jochen*, “Nicht-invasive Präimplantationsdiagnostik”: unlimitiert erlaubt?, MedR 38 2020.
- Tausendpfund, Markus* (Hrsg.), Fortgeschrittene Analyseverfahren in den Sozialwissenschaften: Ein Überblick, Wiesbaden 2020.
- Tsambikakis, Michael/Rostalski, Frauke* (Hrsg.), Medizinstrafrecht, 1.Aufl. Baden-Baden 2023.
- Wapler, Friederike*, GG Art. 1., in: Brosius-Gersdorf, Frauke/Dreier, Horst (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 4. Aufl. Tübingen 2023.
- , Reproduktive Autonomie: rechtliche und rechtsethische Überlegungen, in: Baer, Susanne/Sacksofsky, Ute (Hrsg.), Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden 2018.
- Welling, Lioba Ilona Luisa*, Genetisches Enhancement – Grenzen der Begründungsressourcen des säkularen Rechtsstaates?, Berlin/Heidelberg 2014.
- Westermann, Stefanie/Steinicke, Henning/Mengel, Johannes/Diekmann, Lena* (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland - für eine zeitgemäße Gesetzgebung - Stellungnahme, Halle (Saale) 2019.

## Anlage Interview Herr Zerres

1

2 **Transkript**

3

4

5

6 [Begrüßung]

7

8

9

10

11 00:00:44 Herr Zerres

12 Ok so, Sie haben das Wort.

13 00:00:48 Frau Grüber

14 Ja, vielen Dank erstmal. Ja, dass sie sich auch Zeit für das Interview nehmen. Genau, also  
15 ich habe mehrere Gesprächsfragen vorbereitet, die sind relativ offen gestellt, dass sie genau  
16 also einfach sehr viel/ also alles, was sie für relevant halten, dazu ausführen können. Ich  
17 denke aber, dass das Interview so zwischen 20 bis 30 Minuten dauern wird und genau in der  
18 Einverständniserklärung habe ich ja auch schon erwähnt, dass ich das Ganze eben  
19 aufzeichne, damit ich es dann hinterher transkribieren und dann auch verwenden kann.

20 00:01:31 Herr Zerres

21 Der musste ich ja gerade schon zustimmen, ja.

22 00:01:34 Frau Grüber

23 Genau okay ja, also zum Gespräch. Sie sind ja Vorsitzender der PID-Kommission in NRW  
24 und haben natürlich dadurch auch ja mit Anträgen bezüglich der Präimplantationsdiagnostik  
25 zu tun [...] und deswegen würde ich gerne im Verlauf des Gesprächs eben mehr über ihre  
26 Tätigkeiten oder generell ihre Erfahrungen mit der Ethikkommission erfahren und ganz am  
27 Anfang habe ich mir eine Frage überlegt. Es gibt ja oft diese Überlegung, dass die  
28 Pränataldiagnostik, die ja erst/ oder die Untersuchungen können ja erst nach einer  
29 eingetretenen Schwangerschaft durchgeführt werden./dass die Pränataldiagnostik und die  
30 Präimplantationsdiagnostik ja schon ein ähnliches Ziel verfolgen, eben der genetischen  
31 Untersuchung des Embryos, das es aber bei der Pränataldiagnostik vermutlich auch, weil sie  
32 ja schon länger etabliert ist, es einen einfacheren Zugang gibt und auch oft Anlass bieten  
33 kann, wenn eine Indikation jetzt festgestellt wird, dass man einen Schwangerschaftsabbruch  
34 auch noch später durchführen kann. Und sehen Sie jetzt in dieser unterschiedlichen  
35 rechtlichen Ausgestaltung der beiden Verfahren einen Wertungswiderspruch oder würden sie

36 eher sagen, dadurch, dass die PID ja eben vor einer Schwangerschaft ansetzt und da eine  
37 vielleicht stärkere Selektion stattfindet, dass es gerechtfertigt ist?

38 00:03:08 Herr Zerres

39 Vielleicht sollte man ein kleines bisschen ausholen, wer so eine Diagnostik in Anspruch  
40 nimmt, die klassische Pränataldiagnostik, wie sie bisher gestaltet war haben ja häufig Frauen,  
41 das ist eine Kassenleistung, die 35 Jahre alt und älter sind als Kassenleistung in Anspruch  
42 genommen und Hauptindikation von der Größenordnung her war die Sorge, dass das Kind  
43 ein Downsyndrom haben könnte, ohne dass jetzt spezifische dazu höhere Risiken vorliegen.  
44 Die 40-Jährige hat eine Wahrscheinlichkeit von einem Kind mit Downsyndrom von ungefähr  
45 einem Prozent. Viele Vierzigjährige sagen ja, ich muss diese Diagnostik machen. Ich möchte,  
46 dass mein Kind gesund ist. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat eine  
47 Studie dazu gemacht. Das ist so unspezifisch. Wir machen alles, damit es unserem Kind gut  
48 geht. Dann gibt es Ultraschall und so weiter und so weiter das ist die Masse der klassischen  
49 Pränataldiagnostik mit geringen Ausgangsbedingung. So, jetzt gibt es die Schublade zur  
50 Präimplantationsdiagnostik. Da sagt das Gesetz, es müssen hohe Risiken für die Geburt eines  
51 eben genetisch geschädigten Kindes bestehen oder eine hohe Wahrscheinlichkeit der  
52 Fehlgeburt. Da haben wir eine ganz andere Ausgangssituation und der Gesetzgeber definiert,  
53 was hohe Risiken sind. Ursprünglich war das mindestens 25 % bei den klassischen  
54 Monogenen Abgängen. Mit anderen Worten, wir haben da eine Gruppe von Frauen, Paaren,  
55 bei denen bereits feststeht, dass sie ein hohes Risiko haben. Und woher wissen die das denn?  
56 Weil viele bereits ein verstorbenes, betroffenes Kind hatten oder in der Familie  
57 entsprechende Behinderungen vorliegen. Die haben also eine ganz andere, ursprüngliche  
58 Motivation zu sagen, das ist so traumatisierend bei uns in der Familie. Das möchten wir  
59 unbedingt verhindern. Was können wir denn tun? Ja, wir könnten eine klassische  
60 Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, aber da müssen wir und wir erleben in den  
61 gebundenen Anträgen immer wieder den Schwangerschaftsabbruch. Können wir uns aus  
62 ethischen Gründen nicht vorstellen, kommt für uns nicht in Frage.  
63 Präimplantationsdiagnostik sozusagen in-vitro in der frühen Phase ohne, dass die  
64 Schwangerschaft eingetreten wäre. Das sagt uns eher zu. Das ist also eine ganz andere  
65 Zielgruppe und bei der PID auch eine ganz andere Überlegung, denn die PID ist sehr teuer.  
66 Sie muss von den Antragsstellern selbst finanziert werden. Da können leicht 15.000 €  
67 zusammenkommen, das heißt, damit haben wir von vornherein eine ganz andere Auswahl  
68 von Menschen, für die das eine Option ist. Und wer trotz eines behinderten Kindes der Angst,  
69 dass es sich wiederholen könnte, eine PID in Anspruch nehmen möchte und kann es nicht  
70 bezahlen und sagt er muss mal entweder ins Ausland gehen. Da muss man eben doch  
71 Diagnostik mit Abbruch machen, denn das zahlt die Kasse. Aber die Pränataldiagnostik ist  
72 eine Kassenleistung und jetzt schließe ich den Bogen, da ist natürlich ein  
73 Wertungswiderspruch, denn in dem Moment wo jemand eine Präimplantationsdiagnostik  
74 anpeilt, sage ich jetzt mal, weil es zu Beginn eine ethische Frage ist, kann ich mir vorstellen  
75 oder nicht. Und das ist nicht realisierbar. Aber auf GKV-Kosten ist ein Abbruch in der  
76 späteren Phase dann möglich bei gleicher Fragestellung. Das ist schwer vermittelbar.

77 00:07:53 Frau Grüber



78 Ja genau, also es ist natürlich klar, dass es unterschiedliche Zielgruppen sind, aber auch eben  
79 für die Zielgruppe, die die Präimplantationsdiagnostik in Anspruch nimmt, vielleicht dann  
80 so ein bisschen finanziell dieser Verweis dann auch stattfinden könnte, auf die  
81 Pränataldiagnostik vielleicht. Basierend darauf: Würden Sie es dann/Es gab ja schon mal die  
82 Überlegung, dass man gesagt hat, dass zumindest vielleicht ein Teil der künstlichen  
83 Befruchtung, die ja z. B. bei Paaren, die Fertilitätsprobleme haben, teilweise von den  
84 Krankenkassen übernommen wird. Dass das auch für PID-Patienten möglich gemacht wird?

85 00:08:31 Herr Zerres

86 Ja, das wird zum Teil ja auch so gemacht. Das sind ja häufig ältere Schwangere, wenn die in  
87 die Kategorie einer bezahlbaren in-vitro Fertilisationsthematik kommen, dann kann ein Teil  
88 davon auch über die Kassen abgewickelt werden, aber der genetische Diagnostikanteil, der  
89 dann praktisch nie ist, bleiben Kosten bestehen, alleine um die Bearbeitungsgebühr durch  
90 die Ethikkommissionen. Die kostet ja auch bis zu 1.500 €, nur um den Antrag zu verhandeln.  
91 Das ist ja schon ein großes Problem und wo wir bei den ethischen Themen sind, muss man  
92 das ganze ja auch, sie hatten über Wertungswidersprüche gesprochen. Das muss man  
93 natürlich im Rahmen einer Gesellschaft sehen, in der jedes Jahr jetzt meiste Zahlen über  
94 100.000 Schwangerschaftsabbrüche aus ganz anderen Gründen. Ich will das überhaupt nicht  
95 relativieren, die Frauen sollen ihre reproduktive Autonomieentscheidung treffen, aber das  
96 sind ja Schwangerschaftsabbrüche, immerhin Abbrüche in einer durchaus sichtbaren  
97 Entwicklungsphase des Embryos, und da ist für diese Paare mit hohen genetischen Risiken  
98 schwer nachvollziehbar, dass die PID so eine unglaublich hohe Hürde darstellt, um zu sagen,  
99 wir wollen das machen, und haben große Schwierigkeiten, das zu realisieren. In Nordrhein-  
100 Westfalen gibt es ja nur ein zugelassenes Zentrum für die entsprechenden  
101 Präimplantationsdiagnostik, das heißt, es sind weite Wege. Es ist eine schwierige  
102 Gemengelage.

103 00:10:27 Frau Grüber

104 Auf jeden Fall. Sie haben die Ethikkommission ja jetzt schon angesprochen, dass diese  
105 Anträge natürlich auch kostenintensiv sind. Es gibt ja auch schon europäische Länder, die  
106 sagen, dass zumindest manche Entscheidungen zum Beispiel jetzt bei Paaren, die bei denen  
107 sich um eine monogene Erbkrankheit handelt, gar nicht mehr von den Ethikkommissionen  
108 entschieden werden, sondern eben in Beratungsgesprächen mit den Patientinnen und mit den  
109 Kinderwunschzentren. Könnten sie sich das für Deutschland auch vorstellen, dass es  
110 zumindest teilweise so umgesetzt wird?

111 00:11:05 Herr Zerres

112 Wir sind in Deutschland natürlich immer in Sachen vorgeburtliche Diagnostik und  
113 Humangenetik hat immer sofort eine gewisse Tendenz in Richtung eugenischen  
114 Gedankengut, sehr vorsichtig zu sein, und das war ja auch die Diskussion für die  
115 Gesetzgebung bei der Präimplantationsdiagnostik. Es darf keine Listung von Erkrankungen  
116 geben, mit denen eine PID sozusagen automatisch genehmigt würde, weil das bedeutet, dass  
117 die, die auf der Liste sind, ich benutze das jetzt bewusst zugespitzt, das sind eigentlich  
118 Krankheiten, die sich sozusagen nicht lebenswürdig, lebensunwertes Leben, hieß es damals.

119 Und diese Sorge ist die, dass die Krankheiten gewissermaßen indiziert wären, indem sie auf  
120 so einer Liste auftauchen. Und da hat man gesagt, Nein, das muss man irgendwie, also so  
121 eine Liste darf es nicht geben. Und jetzt kommt ja der entscheidende Punkt aus der  
122 genetischen Beratung. Wenn man das 10. Gemacht hat, ist es ja auch sehr schwer mit der  
123 Einschätzung. Ist ein blinder Mensch behindert? Mir hat eine Frau mal gesagt, Blindheit ist  
124 doch keine Behinderung, das ist eine leichte Beeinträchtigung, so. Würden wir, ich sehe, ihre  
125 Bilder im Hintergrund, sie sehen von mir eins, das können wir gar nicht fassen. Die  
126 koordinierten Gedanken kommen zu sagen, da müsste man einen Abbruch machen und bei  
127 anderen ist natürlich, spaltet die Erfahrung, traumatisiert zu sein, da sitzt ein weinender  
128 Mann vor Ihnen und sagt: Ich habe so viel durchgemacht, das kann ich meinem Kind auf  
129 keinen Fall zumuten. Das ist schwer und nicht schwer. In dem Moment, wo sie was  
130 kategorisieren, dann haben sie natürlich die Antwort irgendwo im implizit schon gegeben  
131 und das wollte man unter allen Umständen vermeiden und das kann man nachvollziehen,  
132 aber ihre Frage ist dann natürlich dennoch berechtigt. Wir haben einen hohen Anteil an  
133 Ballungsindikationen, da sind Fehlgeburten, da ist ein unerfüllter Kinderwunsch in der  
134 Vorgeschichte, da sind vielleicht Auffälligkeiten im Spermogramm als Ursache für die  
135 Infertilität in der Anamnese.

136 [Telefonunterbrechung]

137 00:00:00 Herr Zerres

138 Wir waren dabei zu sagen. Risiken? Bei einer immer wiederkehrenden Fragestellung, wie  
139 balancierte Translokation, da ist immer die Antwort die gleiche. Unsere Kommission wird  
140 jeden Fall diskutieren, er wird immer aufbereitet, keine Frage. Aber wir wissen vorher, wie  
141 es ausgeht, denn es sind hohe Risiken für entweder schwere Krankheit oder hohes Risiko für  
142 Körper oder Fehlgeburten. Im Grunde könnte man natürlich sagen. So diese Art von  
143 Anträgen der nachgewiesenen entsprechenden Risiken. Das müssen wir nicht im Einzelfall  
144 diskutieren. Nur. Da ist man dann in der Schwierigkeit zu sagen, ja, in England gibt es ja so  
145 einen Katalog, jede Krankheit, die da einmal drin ist, wird automatisch zustimmend  
146 bewertet. Früher oder später hat man natürlich dann wieder die Liste der Erkrankungen  
147 gegeben oder nicht und die Bayerische auch Teile der PID-Kommission. Da haben ja auch  
148 Paare deren Antrag abgelehnt wurde geklagt und das Gericht hat dann festgestellt, doch es  
149 sind doch schwere Krankheiten. Das ist ja auch nicht trivial. Wer entscheidet denn, was  
150 wirklich schwer ist? Was ich eben geschildert hat, gehört die Blindheit auf so eine Liste oder  
151 nicht? So und das ist Entscheidung der Kommission, sozusagen. Ja, wir sind der Meinung,  
152 welche Kommission B macht oder in Bayern hat vielleicht nach der Diskussion da eine  
153 andere Entscheidung. Das hat man bewusst zur Kenntnis zu nehmen und in Kauf genommen.  
154 Sonst brauchte man es ja nicht. Da kann ein Problem entstehen, dass ein Antrag bei  
155 Erkrankung A in Kommission B abgelehnt wird, in C aber nicht. Wie löst man das? Das  
156 können Sie nicht lösen. Dann brauchen wir die Kommission nicht, aber auf der anderen  
157 Seite, wenn wir Hunting Chorea als Ursache haben, diese ganz schwere neurodegenerative  
158 Erkrankung. Wenn wir den 10. Antrag da verhandeln, ist nicht vorstellbar, dass wir bei  
159 gleicher Konstellation da öfter mal sagen, wir werden es nicht zustimmen, natürlich ist das  
160 ein Problem.

161 00:02:43 Frau Grüber

162 Auf jeden Fall. Man steht da in so einem Zwiespalt, sage ich mal. Wir haben natürlich in  
163 Deutschland auch so die historische Komponente, dass man eben sagt, man möchte nicht  
164 mehr zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben entscheiden.

165 00:02:59 Herr Zerres

166 Das hab' ich versucht Ihnen zu sagen, das ist der Hintergrund für diese Vorsicht. Man muss  
167 dazu sagen, wenn sie den Gesetzgebungsprozess sehr genau verfolgen. Das war ja plötzlich  
168 notwendig, das gesetzlich zu regeln, nachdem ein Berliner Arzt offiziell gegen die Meinung  
169 verstoßen hat, dass das eben nicht erlaubt ist, sogar strafbewehrt und dann hat das Gericht  
170 gesagt, Nein, wir sehen das anders. Der Gesetzgeber muss tätig werden. Innerhalb kürzester  
171 Zeit musste der Gesetzgeber dann eine entsprechende Regelung machen. Und wenn sie dann  
172 sehen, wie auch politische Parteien sich dort artikuliert haben. Es gibt einen Beschluss eines  
173 Parteitags der CDU. Angela Merkel, da ist vorne Hochglanz: Die CDU lehnt die  
174 Präimplantationsdiagnostik ab. So Parteitagsbeschluss CDU. Das hat jetzt nix unbedingt mit  
175 der Partei zu tun, aber das macht deutlich, dass da eine breite gesellschaftliche Diskussion  
176 eben nicht zu einem Konsens gefunden hat. Und man hat ja dann auch, einer der wenigen  
177 Abstimmungen im Bundestag, die Abstimmung in den Fraktionen freigegeben und da  
178 können Sie sehr genau beobachten, welche Partei der dann zutreffend verabschiedeten  
179 Vorschläge, es gab ja vier Gesetzesentwürfe und einer ist dann nachher mit Mehrheit  
180 angenommen worden, wie die Parteien dann abgestimmt hat. Die FDP mit einem ganz hohen  
181 Anteil hat dem zugestimmt und die CDU und andere Parteien waren dann nun sehr kritisch.  
182 Das ist sehr interessant zu sehen, es geht kreuz und quer durch die Parteien, aber es war eine  
183 große Sorge, dass das sich ausweiten könnte. Missbrauch, Designerbaby, Jeder lässt alles  
184 kontrollieren. Wird diesen Menschen, die das jetzt in Anspruch nehmen, überhaupt nicht  
185 gerecht zu unterstellen: Ihr wollt ein Designerkind mit blauen Augen. Ja. Das ist schmerzhaft  
186 für die Paare. Die Paare haben große Sorgen und ein Punkt ist mir auch extrem wichtig zu  
187 sagen. Wenn sie die Begründungen der Paare lesen, die müssen das ja ausführlich ihre  
188 persönliche Situation schildern, wenn Sie nicht mit einem der vielen Anträge, die wir hier  
189 im Lauf der Jahre jetzt gesehen haben, irgendwie einen Hauch von Behindertenfeindlichkeit  
190 spüren, ganz im Gegenteil. Die lieben ihre betroffenen Kinder, verstorbenen Kinder, ihre  
191 Familienangehörigen über Alles, aber sagen, das ist eine so hohe Hypothek, die wir als  
192 Eltern, die diese Dinge wissen und gewusst haben, dann können wir das nicht mit unserem  
193 Gewissen vereinbaren und deshalb möchten wir diese Diagnostik. Fernab auch schon aus  
194 ethischen Problemen, aber das können wir uns vorstellen. Das ist eine ganz hohe  
195 differenzierte Abwägung, die die Paare auch nicht mal eben so treffen, sondern das sind  
196 Diskussionsprozesse, die unter Umständen Paare in Anspruch genommen haben als  
197 Ergebnis. Und jeder Hauch von Designerbaby-Wunsch und Untersuchungen, wir nutzen  
198 alles aus. Was macht ihr da eigentlich? Eingriff in die Schöpfung, ich übertreib jetzt mal ein  
199 bisschen, ist zutiefst ungerecht.

200 00:06:54 Frau Grüber

201 Genau, die Präimplantationsdiagnostik, das ist ja auch ein sehr langwieriges Verfahren, also  
202 nicht nur der Antrag, die Beratung davor, sondern auch die Diagnostik selbst und natürlich  
203 auch keine Garantie darauf, dass man dann hinterher schwanger aus der Implantation heraus  
204 geht.

205 00:07:14 Herr Zerres

206 Es sind ja häufig auch Paare, das kann sein, in den europäischen. Es gibt ja schon da  
207 Dokumentationen der PID in Europa. Es sind ja häufig Paare, die nur eine große Anamnese,  
208 mehrere Abbrüche, Fehlgeburten und so weiter haben und die Schwangeren haben häufig  
209 oder die Frauen-Antragsstellerinnen haben eine langwierige Schwangerschaftsanamnese  
210 hinter sich und die zählt deshalb oft zu den älteren. Das erleben wir immer, wenn eine 40-  
211 Jährige einen Antrag stellt, ja dann sagen die Reproduktionsmediziner geht das denn  
212 überhaupt gut. Ja, die Wahrscheinlichkeit ist keineswegs 100 %, diese Sorgen und Angst  
213 kommt ja auch dazu.

214 00:07:59 Frau Grüber

215 Ich würde gern noch einmal auf die Ethikkommission eingehen. Sie haben ja schon  
216 angesprochen, dass es eben zum Beispiel in NRW nur ein Zentrum gibt, dass das durchaus  
217 in anderen Bundesländern auch anders gehandhabt wird und dass das schon auch ja ne  
218 deutliche Asymmetrie gibt, besonders im Hinblick zu den bayerischen Ethikkommissionen.  
219 Und konnten sie da schon feststellen, dass vielleicht so auch regelmäßige Unterscheidungen  
220 in den Entscheidungen der Ethikkommission gab, also dass man sagen kann, vielleicht neigt  
221 die Kommission tendenziell eher zu der und der Entscheidung oder ist es wirklich sehr  
222 einzelfallbezogen?

223 00:08:38 Herr Zerres

224 Nein, es gab ursprünglich eine vergleichsweise, aber das ist auch im einstelligen  
225 Prozentbereich, Ablehnungsquote der Bayerischen Kommission. Dann hat es aber gewisse  
226 rechtliche Regelung in den nächsten Instanzen gegeben, und dann haben die Verfälle nach  
227 evaluiert und sind jetzt bei einer Ablehnungsquote von 2 %, das entspricht auch der  
228 Ablehnungsrate, die wir haben, woran liegt das? Diese Paare stellen ja nicht mal eben einen  
229 Antrag, sondern die sind ja dann entsprechend vorinformiert und die Kollegen, die das eben  
230 betreuen, die werden natürlich nicht zu einer Präimplantationsdiagnostik raten, wenn im  
231 Vorhinein ersichtlich ist, dass der Antrag keine Chancen hat. Also das ist schon relativ  
232 selektiv. Nein, hinsichtlich der Entscheidungspraxis sehen wir keine Unterschiede, aber und  
233 das ist auch wieder in gewisser Weise ein politisches Problem. Es gibt ja eine Indikation,  
234 eine Ursache, das sind die sogenannten habituellen Aborte. Habituelle Aborte sind drei oder  
235 mehr Fehlgeburten, je nach der Position, bei denen man keine genetische Ursache feststellen  
236 kann. Es ist keine erbliche Chromosomenstörung, so. Und wir wissen statistisch, dass Paare,  
237 die an die 3 oder mehr Fehlgeburten hatten, ein hohes Risiko für eine weitere Fehlgeburt  
238 haben. Also nach dem Gesetzestext PID besteht ein hohes Teil B hohes Risiko für eine  
239 Totgeburt. Unter Teil A genetisch bedingt, der gilt nicht für den Teil B. In anderen Worten  
240 sie erfüllen formal höchstwahrscheinlich die Bedingungen für eine Zustimmung. Der  
241 Gesetzgeber hatte aber ursprünglich an diese Gruppe überhaupt nicht gedacht. Es gibt ein

242 Grundsatzpapier der Ärztekammer, das besagt, wir, wir gehen davon aus, dass ungefähr 200  
243 entsprechende PID-Anträge und Fälle im Jahr in der Bundesrepublik realistisch sind. So  
244 Paare mit drei oder mehr Fehlgeburten gibt es aber unendlich viele. Wenn jetzt. Sozusagen.  
245 Bezogen auf die bayerischen Verhältnisse viele reproduktionsmedizinische Zentren  
246 assoziiert sind, bei denen natürlich die Frauen auftauchen in nicht kleiner Zahl, die drei oder  
247 mehr Fehlgeburten, verzweifelte Familien, furchtbarer Leidensdruck, so. Wir hatten mehrere  
248 Fehlgeburten unser Kinderwunsch kann nicht realisiert werden, dann ist natürlich die  
249 Überlegung, ja wir haben da noch was, man könnte eine PID machen. Ja die PID, die  
250 Diskussion wird natürlich durchgeführt und in Bayern ist es ein hoher Anteil an Migration.  
251 Wir haben bisher in Nordrhein-Westfalen keine entsprechenden Freistellungen gehabt, das  
252 gilt für die anderen Kommission auch. Warum nicht, weil die Leitlinien und der  
253 Wissenschafts- und Fachgesellschaften sagen, das ist keine Therapie für habituelle Aborte.  
254 Warum nicht? Weil man tatsächlich, wie man sagt, die Take-Home-Rate der Kinder damit  
255 nicht erhöht. Die möchten ja ein Kind. So. Aber man reduziert die Zahl der natürlichen  
256 Fehlgeburten. Klar, weil man ja eine Prozedur macht, unterschlägt aber bei dieser  
257 Argumentation, dass man sich natürlich das Problem der In-Vitro-Fertilisation einhandelt.  
258 Sie haben es ja eben angedeutet. Da kommt auch nicht automatisch immer ein Kind raus.  
259 Unter Umständen muss die Prozedur wiederholt werden. In anderen Worten, wenn die  
260 wissenschaftlichen Fachgesellschaften diese Indikation als problematisch ansehen  
261 beziehungsweise nicht empfehlen, tun wir uns als PID- Kommission sehr schwer zu sagen,  
262 ja das ist ein Grund und machen sie mal und da liegt, sie haben nach Unterschiedlichkeiten  
263 der Wertungspraxis gefragt, da liegt ein wirklich gravierender Unterschied und da haben alle  
264 anderen Kommissionen sich auch sehr kritisch zu geäußert.

265 [kurze Pause]

266 Professor Hufen, der sagt: Nein, es geht nicht, dass verwaltungstechnisch ein Bundesland  
267 Einrichtungen eines anderen akkreditiert, die eine eigene Gesetzmäßigkeit hat. Aber das geht  
268 nur mit einer Klage das zu klären und die Klage, Sollen wir jetzt klagen gegen Bayern? Aber  
269 da sind unterschiedliche Auffassungen, die so weit gehen, dass die Bayerische Kommission  
270 sagt, Wir haben so viele Anträge, die können wir gar nicht bearbeiten, übernehmt ihr doch  
271 mal welche für uns. So, wir sollen jetzt Anträge von Antragstellerinnen aus Nordrhein-  
272 Westfalen in unserer Kommission behandeln, die dann aber die Präimplantationsdiagnostik  
273 in einem assoziierten Zentrum für Bayern machen. Wir haben in NRW das PID-Gesetz, wir  
274 dürfen nur ein Zentrum haben. Wir können unmöglich bayerische Anträge aus  
275 reproduktionsmedizinischen Einrichtungen wegen Überlastung der Kommission in Bayern  
276 verhandeln, damit die dann dort abgearbeitet werden. Das können wir nicht machen und da  
277 kommt dann die Frage wie löst man das. Die bayerischen Sorgen haben wir nicht. Ich will  
278 das gar nicht/ weil das soll jetzt nicht so klingen, wenn Paare einen Weg gehen und sagen  
279 für uns ist eine PID bei diesen drei, vier Fehlgeburten, die wir hatten, doch ein  
280 Hoffnungsschimmer, warum machen wir das nicht. Ja, gut. Da ist ein hoher Leidensdruck.  
281 Wenn sie die Paare so sehen: Sie ist 41 und hat einen Kinderwunsch seit fünf Jahren, hatte  
282 vier Fehlgeburten, das ist höchste Dramatik, die nehmen jeden Strohalm. Aber es wird  
283 natürlich die Nachfrage auch beeinflusst durch die assoziierten reproduktionsmedizinischen

284 Einrichtungen, die dann sagen, ja, da haben wir eine Lösung, wir operieren mit Bayern  
285 zusammen, wenden sie sich da mal hin, dann machen wir das. Ganz schwierig.

286 00:16:17 Frau Grüber

287 Das stimmt also diese. Es gibt ja auch Unterschiede in den, in der finanziellen Sicht von den  
288 Anträgen natürlich auch einfach die die Menge an Anträgen, wo man sich dann natürlich  
289 auch fragt, Gut, stellt man den Antrag in Bayern, hat man vielleicht eine Verlängerung der  
290 Zeit, weil die 3 Monate, die eigentlich festgelegt sind, vielleicht nicht eingehalten werden  
291 können, geht man zu einer anderen Kommission, hat man vielleicht dann wieder die anderen  
292 Unterschiede. Abgesehen davon, ob das jetzt vielleicht in näherer Zeit sich ändert. Aber  
293 würden sie da eine etwas allgemeingültige Regelung auf Bundesebene vielleicht  
294 bevorzugen, dass man diese Asymmetrie beseitigen könnte oder verringern könnte?

295 00:17:01 Herr Zerres

296 Ja, man müsste mal eine Bestandsaufnahme machen, wie sind die vernommenen fünf  
297 Kommissionen, weil man doch eine große Sorge hatte, dass hier Missbrauch. Ich war ja auch  
298 im Gesundheitsausschuss und bin angehört worden, da waren die Lebensschützer, die ein  
299 großes Verständnis haben, dennoch dann natürlich die Sorge, jetzt werden Menschen mit  
300 Behinderung mit zunehmenden Möglichkeiten, jetzt demnächst gar nicht mehr geboren. Die  
301 Sorge muss man ja auch sehr ernst nehmen. Und dann hat man ein hoch komplexes System  
302 von Länderzuständigkeiten und PID-Verordnungen, Anbindungen bei den Ärztekammern  
303 und Bayern ist die Einzige, die bei dem es beim Gesundheitsministerium angebunden ist da  
304 und da ist ja die Refinanzierung der Kommission eine andere. In den anderen Einrichtungen  
305 sind die an die Ärztekammern angegliedert und dort stützen die entstehenden Kosten für die  
306 Geschäftsstelle, Reisekosten für die Mitglieder, das ist ja keine Onlinesitzung und mussten  
307 dann selbsttragend durch die Anträge refinanziert werden und oft nicht durch Ärztekammern-  
308 Beiträge. Deshalb kommt es zu den hohen Gebühren und da kann man natürlich sagen, Leute  
309 synchronisiert das mal, ob wir eine bundesweite Kommission und da kommen wir wieder n  
310 bisschen in die Schleife, ja das geht dann nur mit dem Katalog von Krankheiten, die erlaubt  
311 sind. Vielleicht kann man natürlich einen Mittelweg finden und kann sagen, die Hälfte der  
312 Anträge plus minus sind diese, Chromosomenumbauten, balancierte Translokationen, die  
313 können wir ja vielleicht, herausnehmen, vielleicht kann man da eine gute Lösung finden.  
314 Jetzt wie die Situation ist, ist sie unbefriedigend. Dennoch gab es praktisch 5 Bundesländer  
315 plus minus, die da zusammengeschlossen sind, praktisch gar keine Anträge. Berlin ist noch  
316 nie in die Gänge gekommen, warum? Weil sie quasi eine Außenstelle von München haben  
317 und München macht das hoch professionell ist überhaupt keine Kritik daran, aber es zeigt  
318 ja, wie in der Republik die Schieflage ist. Wir haben auch in Nordrhein-Westfalen, größtes  
319 Bundesland, mehrere sehr kompetente Arbeitsgruppen, die gerne zugelassen werden würden  
320 aber, da wir im PID-Gesetz Nordrhein-Westfalen nur ein Zentrum/ leider nur eins erlaubt ist,  
321 geht das nicht. Was machen die? Versuchen dann wieder nach Bayern über den Weg zu  
322 kommen. Das macht doch keinen Sinn.

323 00:20:05 Frau Grüber

324 Das stimmt, ich hätte noch abschließend eine Frage, und zwar generell. Wir haben ja schon  
325 viel über Verbesserungsmöglichkeiten gesprochen, fallen ihnen da noch mehr ein, wo sie  
326 zukünftig sehen, so könnte man das ganze Verfahren der PID noch verbessern.

327 00:20:25 Herr Zerres

328 Ja, ich kann mir vorstellen. Das ist jetzt relativ radikal. Es gibt ja, darüber haben wir gar  
329 nicht gesprochen, es gab ja eine große Sorge auch für eine restriktive Gesetzgebung, dass  
330 man gesagt hat, es wird ein allgemeines Screening bei jeder IVF. Machen wir vorher ein  
331 Screening. So, das wollte man ja verhindern. Viele befruchtete Eizellen haben ja eine  
332 Chromosomenstörungen und haben ja nie eine Chance und da gibt es ja auch noch den Single  
333 Embryo Transfer, der ja bei uns nicht erlaubt ist. Wir können ja nicht mal in der Petrischale  
334 gucken, Welche Embryonen entwickeln sich und welche nicht und die dann aussortieren.  
335 Mit anderen Worten, da kann man sich schon mal im Sinne eines Reproduktionsgesetzes  
336 hinsetzen und sagen können wir da nicht was synchronisieren. Da gehört viel mehr dazu,  
337 heterologe Insemination ist erlaubt, also Fremdsamen, das ist erlaubt, Eizellspende nicht,  
338 das ist hoch brisant. Wird derzeit im Moment diskutiert, auch im Bundestag, siehe die  
339 Koalitionsvereinbarung. Da steht übrigens auch, PID soll kostenfrei sein. Aber bei dieser  
340 Gemengelage wird man dazu wahrscheinlich in dieser Legislaturperiode nicht mehr  
341 kommen, weil das sehr emotional ist. Da kann man sich eine ganze Menge vorstellen. Ich  
342 würde plädieren, dass man das n bisschen abrüstet in einer Gesellschaft mit  
343 hundertsechstausend Schwangerschaftsabbrüchen aus ganz anderen Gründen. Da ist es  
344 schon schwierig, Paaren mit größten Sorgen, traumatischen Erfahrungen ganz hohe Hürden  
345 aufzuerlegen, aber Patentlösungen habe ich da nicht und Reproduktionsmedizin ist auch ein  
346 großer Markt, in dem viel Geld verdient wird. Und da werden unter Umständen auch  
347 Produkte verkauft, wo man den Kopf schütteln kann. Also das sind alles Leistungen, die  
348 Patienten oder Paare selbst bezahlen müssen. Da gibt es sowas wie „Pimp my eggs“ oder  
349 „Pimp my irgendwas“, hoch fragwürdige Produkte, die man den Paaren da anbietet. Ja, wir  
350 haben da noch was, das müssen sie selbst bezahlen. Mal gucken, ob es hilft. Da müssen wir  
351 uns auf unser medizinisches System verlassen und wenn nachgewiesen wird, dass eine  
352 Maßnahme erfolgversprechend ist, dann wird sie mittelfristig auch über den Gemeinsamen  
353 Bundesausschuss in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen und dort eingeführt  
354 und alle möglichen Produkte, die das nicht erfüllen kann man natürlich ausprobieren, ob sie  
355 wirklich nicht wirksam sind, wissen wir auch nicht, aber auch da blickt man mit einer  
356 kritischen Sicht, was bietet man im reproduktionsmedizinischen Bereich eigentlich alles an,  
357 wie Evidence based ist das, wie sinnvoll ist das und dazu gehört auch der Ganze Bereich der  
358 Pränataldiagnostik-Untersuchungen. Nicht invasive Pränataldiagnostik ist ein Riesenthema  
359 und kommt jetzt auch wieder dazu und und und.

360 00:24:10 Frau Grüber

361 Das wäre soweit mein Fragenkatalog gewesen. Ich danke Ihnen sehr, sehr herzlich für Ihre  
362 ausführlichen Antworten. Und genau, ich werde das Ganze dann auswerten und habe mich  
363 sehr über das Gespräch gefreut.

364 00:24:28 Herr Zerres

365 Machen Sie was draus. Ich drücke die Daumen, alles Gute und wenn was ist, rufen Sie mich  
366 ruhig nochmal an.

367

368



## Anlage Interview Frau Möckel

### 1 Transkript

2

3

4 [Begrüßung]

5

6 00:00:25 Frau Grüber

7 Dann würde ich sagen, können wir einfach starten. Ich möchte Ihnen erstmal ganz herzlich  
8 danken, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen und ja, im Laufe des Gesprächs möchte  
9 ich ihnen relativ offene Frage stellen und dazu ja wäre es super, wenn sie dann alle Punkte  
10 ausführen könnten, die sie da für relevant halten, also halten Sie sich nicht zurück. Und ja,  
11 ich denk aber trotzdem, dass das Interview so 20 bis 30 Minuten ungefähr dauern wird. Und  
12 ja, wie ich es in meiner Einwilligungserklärung dann auch schon geschrieben hab, wird das  
13 oder nehme ich das Gespräch auf, um es dann am Ende ja transkribieren zu können und  
14 verwenden zu können, ja.

15 00:01:08 Frau Grüber

16 Sie sind ja Fachärztin für Gynäkologie mit dem Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und am  
17 Kinderwunschzentrum Dortmund Siegen tätig. Und deswegen würde ich gerne mehr über  
18 ihren fachlichen Blick erfahren und was sie auch für Erfahrungen vielleicht mit der  
19 Präimplantationsdiagnostik gemacht haben.

20 00:01:25 Frau Grüber

21 Und so als Einstieg wäre es vielleicht interessant, mit welchen Patientinnen ja Sie diese  
22 Präimplantationsdiagnostik besprechen oder ja gegebenenfalls vielleicht auch empfehlen,  
23 also welche Indikation da vielleicht vorliegen.

24 00:01:40 Frau Möckel

25 Also, wie Sie vom PID-Gesetz vom Präimplantationsgesetz vielleicht wissen, ist die PID ja  
26 nur für ganz bestimmte Patientengruppen zugelassen in Deutschland, und das gliedert sich  
27 in zwei große Gruppen. Die eine Patientengruppe hat, die eine Chromosomenstörung, das  
28 nennt sich dann also PGT-SR, also Structural Rearrangement und diese Patienten haben eine  
29 Chromosomenstörung. Mann oder bei Mann oder Frau und das kann dazu führen, dass es  
30 häufig zu Fehlgeburten kommt, und diese Patienten finden uns entweder, weil sie schon viele  
31 Fehlgeburten hatten. Es gibt aber auch Zufallsbefunde. Denn vor einer Behandlung, also  
32 einer Kinderwunschbehandlung bei Paaren, die unerfüllten Kinderwunsch haben, machen  
33 wir, empfehlen wir die Chromosomenuntersuchung und da kommen auch Zufallsbefunde  
34 heraus, wo ein Mann zum Beispiel eine Chromosomenstörung hat und auch die werden  
35 beraten zum Thema PID. Das ist also, muss man sich vorstellen, eine Patientengruppe, die  
36 keine, meist noch keine Kinder haben und noch einen Kinderwunsch haben, eventuell,

37 eventuell viele Fehlgeburten haben oder auch. Das ist in seltenen Fällen auch der Fall, ein  
38 Kind haben, was eine Chromosomenstörung hat, also ein behindertes Kind. Oder eben eine  
39 Schwangerschaft mit einem behinderten Kind, was zu einer Abtreibung geführt hat. Das ist  
40 die eine Patientengruppe und die andere Patientengruppe sind Patienten, die in sich eine  
41 Veranlagung, also eine Mutation, tragen eine monogenetische Mutation in einem Genom,  
42 die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einem kranken Kind führen würde, sag ich jetzt  
43 mal. Im Großen und Ganzen, wie krank das Kind jetzt ist, ist natürlich unterschiedlich. Da  
44 gibt es Krankheiten, die nur eine, beispielsweise wenige Monate Lebensfähigkeit des Kindes  
45 vorhersagen bei Betroffenen, wenn das Kind betroffen ist, aber es gibt auch andere  
46 Krankheiten, wie zum Beispiel Mukoviszidose oder selbst Brustkrebs, wo eine sehr hohe  
47 Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Kind im späteren Leben Brustkrebs oder Eierstockkrebs  
48 bekommt, ist eine solche Erkrankung. Und diese Patienten sind meistens oder haben oft  
49 Kinder oder haben kein Fertilitätsproblem. Jedenfalls könnten sie Kinder bekommen, wenn  
50 sie es versuchen würden. Und diese Patienten treten an uns heran, weil sie entweder ein  
51 krankes Kind daheim haben oder in der Familie eine Nichte oder eine Cousine oder die  
52 Schwester ein krankes Kind zur Welt gebracht hat. Oder eben schon länger bekannt ist, dass  
53 die Gefahr für eine Krankheit besteht oder auch eine Person, Mann oder Frau, die die  
54 Krankheit tragen. Es gibt ja auch dominante Erkrankungen, das heißt, die Person hat die  
55 Krankheit, beispielsweise Brustkrebs, schon mit 30 und möchte das nicht an seine Tochter  
56 oder Sohn weitergeben also Krankheit in der Familie bei der Person selbst ist dann die andere  
57 Patientengruppe PGTM für Monogenic Disorders.

58 00:05:35 Frau Grüber

59 Ja, vielen Dank. Also würden Sie schon sagen: Es ist ja dann schon eben nicht so, dass man  
60 da auf Sie zukommt, ohne ja irgendwelche Indikationen vielleicht auch zu haben. Und das  
61 Verfahren der Präimplantationsdiagnostik, können Sie das vielleicht einmal beschreiben, den  
62 zeitlichen Aspekt, also wie lange es vielleicht ungefähr vom Antrag also, man muss ja einen  
63 Antrag bei der Ethikkommission stellen, bis zur wirklichen Implantation dauert. Wie lange  
64 das so dauern könnte. So grob.

65 00:06:11 Frau Möckel

66 Also die Patienten nehmen Kontakt zu uns auf. Dann sind ja verschiedene  
67 Beratungsgespräche vorgeschrieben. Als erstes eine Beratung in der Genetik, dann eine  
68 Beratung im Kinderwunschzentrum. Dann als drittes eine systematische Beratung, dann  
69 erfolgt die Antragstellung bei der Ethikkommission. Die Ethikkommission verspricht  
70 innerhalb von 3 Monaten zu antworten und bei den Chromosomenstörungen kann es dann  
71 gleich losgehen mit der Behandlung bei den monogenetischen Indikationen muss dann noch  
72 eine Vortestung gemacht werden, also eine genetische Untersuchung bei den betroffenen  
73 Patienten, und erst dann haben wir das grüne Licht zu starten und alles in allem mindestens  
74 6 Monate würde ich sagen, 6 bis 9, vielleicht 9 Monate durchschnittlich von Entscheidung  
75 oder von dem Wunsch des Paares, Hilfe zu suchen oder Beratung zu suchen, bis zum Beginn  
76 der Behandlung.

77 00:07:21 Frau Grüber

78 Alles klar, Sie haben ja die Ethikkommission gerade schon erwähnt und es ist natürlich auch  
79 vorgeschrieben gesetzlich, dass man diesen Antrag stellt. Es gibt ja aber in Europa da auch  
80 ein bisschen unterschiedliche Handhabungen zu, und sie haben ja auch schon erwähnt, dass  
81 es eben auch viele Beratungsgespräche davor gibt, die ja auch vorgeschrieben sind. Wie  
82 sehen Sie denn so die Notwendigkeit der Ethikkommission? Könnten sie sich auch  
83 vorstellen, so wie zum Beispiel Spanien oder Österreich das machen, dass die Entscheidung  
84 einer Präimplantationsdiagnostik in Abstimmung mit den Kinderwunschzentren und den  
85 Patient\*innen steht, oder sehen sie so eine Handhabung eher kritisch?

86 00:08:05 Frau Möckel

87 Also, ich denke, der Gesetzgeber hat die PID zugelassen und es ist ja eine neue Behandlung  
88 und in solchen Neulandfragen wird ja oft eben eine ein Instrument eingesetzt, nämlich eben  
89 hier die Ethikkommission, was die Anfänge der Behandlungen einfach mit überprüft oder  
90 mit einer Hürde in gewisser Weise aufgebaut wird, um als Gesetzgeber das nicht komplett  
91 zuzulassen. Und diese Funktion erfüllt sie, die Ethikkommission. Also es ist besser, die  
92 Ethikkommission zu haben als gar keine PID durchzuführen, aber wir hatten also nur zum  
93 Vergleich vor. Also ich begann mit der Reproduktionsmedizin vor 15 Jahren, da haben wir  
94 noch Ethikanträge gestellt bei Paaren, die nicht verheiratet waren und eine künstliche  
95 Befruchtung durchführen wollten, das ist heute undenkbar, dass zwei Leute, die nicht  
96 verheiratet sind, keine Kinderwunschbehandlung oder erst nach Ethikkommissionen eine  
97 Kinderwunschbehandlung bekommen, und so sehe ich die Ethikkommission, dass das eine  
98 Begleitung der Anfangsjahre ist und man muss ganz klar sagen, bei den strukturellen  
99 Chromosomenveränderungen hat die Ethikkommission nicht so viel Funktion mehr, weil die  
100 werden alle genehmigt. Die Genetiker stellen fest: Ja, es gibt eine Chromosomenstörung, ja,  
101 die kann zu behinderten Kindern oder Fehlgeburten führen, Punkt und also für die Paare mit  
102 Ethik, Entschuldigung mit Chromosomenstörung ist die Ethikkommission eine gesetzliche  
103 Hürde. Das muss man so sagen, und für die monogenetischen Erkrankungen ist es, finde ich,  
104 es angemessen. Aber jetzt kommen wir schon auf den nächsten Punkt. Wenn jetzt eine  
105 Ethikkommission in Düsseldorf anders entscheidet als eine Ethikkommission in München,  
106 dann ist auch, stellt sich auch die Frage nach der Gerechtigkeit. Ne, also wenn dann ein  
107 innerdeutscher Tourismus anfängt von Paaren zu Ethikkommission oder auch aufgrund der  
108 Dauer der Antragsbearbeitung gibt, weil es auch schon Anfragen bei München, die ewig  
109 braucht, weil die haben ja vielleicht die zehnfache Menge an Anträgen, ist, denke ich, so die  
110 Gerechtigkeit nicht hundertprozentig gegeben.

111 00:10:40 Frau Grüber

112 Genau. Es gibt ja auch einen finanziellen Unterschied, wie viel die Anträge teilweise kosten,  
113 weil das Ganze kostendeckend sein muss. Genau, ich habe das vor allen Dingen auch gefragt,  
114 weil es ja auch eben die Pränataldiagnostik gibt, die ja unter ganz anderen gesetzlichen  
115 Regelungen steht. Die erfolgt ja auch erst, nachdem eine Schwangerschaft eingetreten ist.  
116 Und es ist ja möglich, wenn man jetzt feststellt, dass es eine Indikation einer Behinderung  
117 gibt, dass man dann auch noch nach diesen ursprünglich 12 Wochen einen  
118 Schwangerschaftsabbruch vornimmt und für viele Paare ist das vielleicht auch so ein  
119 bisschen wie so eine Verweisung auf diese „Schwangerschaft auf Probe“. So gibt es ja diesen

120 Begriff und wie sehen Sie vielleicht da so diese unterschiedliche Ausgestaltung, ist es  
121 vielleicht auch irgendwie so n Wertungswiderspruch, den man da vornimmt. Oder sehen Sie  
122 da schon n Unterschied, weil man bei der PID ja eben vor der Schwangerschaft ansetzt und  
123 vielleicht eher eine bewusstere Selektion vornimmt?

124 00:11:47 Frau Möckel

125 Ja, das ist sehr schwierig. Also es kann, das haben Sie ja richtig dargestellt, es ist ganz klar  
126 keine soziale Lösung also. Die PID können sich nur Paare leisten, mit sehr gutem  
127 Einkommen, nicht mal Paare mit normalem Einkommen, also wir, sie müssen mit der bei  
128 der PID mit 10 bis 15, mit 12 bis 15.000 € rechnen, die das kostet, ohne Garantie auf ein  
129 Kind, also es kann auch bei den Paaren, natürlich auch deutlich ohne Schwangerschaft  
130 verlaufen und das Geld ist verloren. Und das kann nicht jedes Paar sich leisten. Auf der  
131 anderen Seite kann man, kann man dann darauf verweisen, dass eine Abtreibung, so muss  
132 man es ja nun nennen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen möglich wäre. Das ist eine  
133 sehr schwere Frage. Es gibt auch in der Ethik, in der Medizinethik, Diskussionen, dass  
134 Therapien die 1.000.000 € pro Kind kosten, wie die übernommen werden sollten. Es ist  
135 vielleicht besser aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Idee für 15.000 €, eine PID zu  
136 ermöglichen. Als dann ein Kind zu bekommen, was eine Therapie von einer 1.000.000,00 €  
137 erfordert zu leisten durch die Krankenkasse. Das sind Extremfälle, ne, das sind, das ist der  
138 äußerste Rand der Extremfälle. Ich bin immer für eine anteilige Kostenerstattung also  
139 komplett kostenlos würde ich es auch nicht gutheißen, weil, ja, es soll schon einen Wert  
140 besitzen. Der erste Schritt könnte zum Beispiel sein, dass für die PID-Patienten der Anteil  
141 der Kosten für die künstliche Befruchtung, die ja notwendig ist, eben auch zu 50 % von den  
142 gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden könnte. Das geht bisher nicht. Also da  
143 werden sie ja ungleichgestellt den Paaren, die eine Sterilität haben. Und gesetzliche  
144 versicherte Paare und noch bestimmten anderen Kriterien bekommen 3 Versuche zu 50 %,  
145 aber nicht die PID-Paare und das wäre mal der erste Ansatz wo eine gewisse  
146 Kostenerleichterung möglich wäre. Das wäre gut. Der Beweggrund des Gesetzgebers ist  
147 neben den wirtschaftlichen Aspekt aber sicher auch der ethische Aspekt, der ja, der  
148 Benachteiligung von bereits geborenen, lebenden Menschen mit Einschränkung oder  
149 Behinderung. Das ist sicherlich eine ein Aspekt, dass es also dann nicht, wie es eben auch  
150 mit der Möglichkeit der Spätabtreibungen ist, das gesagt wird, warum bringen sie so ein Kind  
151 zur Welt, das hätten sie doch ganz anders machen können.

152 00:15:12 Frau Grüber

153 Natürlich.

154 00:15:13 Frau Möckel

155 Das ist, denke ich, ein wichtigerer Grund und da braucht sicherlich auch eine ja eine  
156 öffentliche Debatte über solche Fragen.

157 00:15:21 Frau Grüber

158 Ja, vielen Dank dazu, das ist klar. Es ist natürlich ein sehr sensibles Thema, es gibt ja auch  
159 sehr, sehr viele Standpunkte dazu, auch gerade auf, ja, ethische Sichtweise, wir sind da

160 gerade schon ein bisschen eingestiegen. Welche ethischen Aspekte sind, denn ihrer Meinung  
161 nach noch besonders relevant bei der Präimplantationsdiagnostik, es wird ja oft auch auf das  
162 ungeborene Leben natürlich eingegangen, wie sie auch schon erwähnt haben, dass man jetzt  
163 auch nicht ableistisch sein möchte. Aber ja, welche ethischen Aspekte würden ihnen da  
164 vielleicht noch besonders relevant vorkommen?

165 00:16:05 Frau Möckel

166 Also ob man jetzt die PID also erlauben möchte oder verbieten möchte, dann hängt ja ganz  
167 stark mit der ethischen Frage der, der der Stellung des Embryos zusammen, ja. Wie hoch  
168 schätzen Sie den Wert oder die Stellung des Embryos ein? Eine Extremposition, ist die  
169 Position der katholischen Kirche, das also der Embryo einem Menschen gleichzusetzen ist  
170 und nicht, ja, nicht vernichtet werden darf letztendlich nicht angetastet werden darf. Dann  
171 können Sie natürlich keinerlei PID durchführen oder weil ja, das ist eben der Knackpunkt  
172 bei der PID, die betroffenen Embryonen, selbst wenn sie nicht lebensfähig oder wenn sie  
173 nicht lebensfähig sind, ist es ja noch mal was anderes. Aber lebensfähige, von einer  
174 Krankheit betroffene Embryonen werden ja man kann entweder sagen, nicht weiter  
175 kultiviert, wenn man es deutlich sagt, sagt man vernichtet. Und dieser Punkt ist ja die  
176 ethische Grundfrage bei der PID, also die Stellung des Embryos ist das erste. Die eine  
177 Position habe ich genannt, die am andere Ende wäre dann das Extrem, dass also das  
178 unbedingt gemacht werden müsste, weil ein Embryo viel weniger wert ist als ein Baby und  
179 als ein erwachsener Mensch. Peter Singer hat, ja würde ja selbst, Ja, nicht mal die  
180 Verwandten enger einschätzen als die Menschen in Afrika. Also da ist es ganz extrem mit  
181 der Abwägbarkeit vom Übel sozusagen. Das ist die eine Frage und aber ethisch gesehen  
182 kommt es dann halt weiter. Die Ermöglichung der PID, welche Paare dürfen und so weiter.  
183 Aber die Grundfrage ist die Frage nach dem nach der des Embryos und als  
184 Reproduktionsmediziner haben wir eine große Achtung vor Embryonen, aber wir sehen nun  
185 auch das Leiden der Paare oder auch Kinderärzte sehen das oder Genetiker und ich würde  
186 eben auch das Leiden, nenn es jetzt mal so, der Paare als sehr bedeutend ansehen und es für  
187 gerechtfertigt halten, einen wenige Zellen oder hunderte Zellen, aber immer noch einen einer  
188 Ansammlung von Zellen würde ich eben nicht höher einschätzen als jetzt die bestimmten  
189 Wünsche von den Menschen. Weil. Ich denke, das ist legitim, den Wunsch zu haben, eine  
190 unbelastet, relativ unbelastete Schwangerschaft und ein Kind zu haben. Und wenn man  
191 genauer hinguckt, sind es ja eben auch oft Menschen, die bereits ein behindertes Kind haben.  
192 Denen den Vorwurf zu machen, sie würden praktisch unethisch handeln, das halte ich für  
193 unmöglich. Also die meisten Menschen sind doch sehr vorsichtig und haben das schon  
194 durchdacht. Und wie gesagt, die meisten sind irgendwo in der Familie auch betroffen mit  
195 kranken Kindern oder sind mit einem kranken Geschwisterkind aufgewachsen, wenn Sie es  
196 nicht selbst betrifft. Und denen den Vorwurf zu machen, halte ich nicht für gerechtfertigt.

197 00:20:05 Frau Grüber

198 Vielen Dank also. Es ist mit Sicherheit ja ein sensibler Akt, das zu regeln, aber ja, ich  
199 bedanke mich da auch dann für Ihren Standpunkt an dieser Stelle. Vielleicht jetzt noch so  
200 ein bisschen wieder zurück in ja, den europäischen Kontext. Ich hatte das ja schon  
201 angesprochen, dass es eben sehr unterschiedliche Regelungen in der EU gibt und dass es mit

202 Sicherheit diesen PID-Tourismus nicht nur im Inland gibt, den sie auch schon angesprochen  
203 haben, sondern ggf. vielleicht auch ins Ausland. Und sehen Sie da vielleicht auch eine Gefahr  
204 drin oder eventuell auch eine gesundheitliche Gefahr? Ich meine, Europa ist mit Sicherheit  
205 noch mal anders zu bewerten von den gesundheitlichen Standards als andere Länder, aber  
206 gegebenenfalls stellt das ja dann auch noch mal eine große Hürde dar.

207 00:20:56 Frau Möckel

208 Also, Auf alle Fälle ist Medizintourismus ins Ausland insofern schwierig, dass oft  
209 Sprachbarrieren herrschen. Es sind ja nicht nur jetzt generell nicht nur die PID, es sind ja  
210 nicht nur Patienten, die jetzt perfekt Englisch sprechen, auch andere Patienten, die  
211 reproduktionsmedizinische Maßnahmen im Ausland in Anspruch nehmen. Wenn die diese  
212 Maßnahmen in Deutschland erlaubt wären, dann würden sie vielleicht diesen Tourismus  
213 nicht betreiben. Das ist jetzt mal generell zur Reproduktionsmedizin, aber wenn man jetzt  
214 nur die PID betrachtet, das sehe ich jetzt nicht so große Gefahren, weil ein Ehepaar oder ein  
215 Paar aus NRW könnte leicht nach Brüssel gehen. Ist jetzt auch nicht viel weiter, als wenn  
216 man quer durch NRW fährt und in Brüssel gelten natürlich hohe Standards, die haben  
217 Reproduktionsmedizin. Die haben ethische oder psychosoziale Beratung ebenfalls  
218 eingebaut. Also das ist kein Unterschied, aber vielleicht werden dort doch vielleicht eine  
219 Krankheit für eine Krankheit PID gemacht, die in Deutschland oder in Bayern, sagen wir  
220 mal, vielleicht abgelehnt wird. Also das ist möglich, da würde ich aber keine Angst von den  
221 Standards her haben, dass das Paar schlecht behandelt wird, aber das andere Extrem wäre  
222 zum Beispiel, man kann ja PID auch zur Geschlechtsauswahl machen, man kann mit einer  
223 PID ganz sicher gehen, einen Jungen zu bekommen, zum Beispiel, wenn man sonst zum  
224 Beispiel gar keine Fertilitätsprobleme hat. Also als wohlhabendes Paar schon 5 Mädchen  
225 und ein das sechste Kind soll jetzt ein Junge sein oder umgekehrt. Da kann man ethisch  
226 drüber denken, wie man will, aber wenn man das Geld hat, kriegt man das ja auf der Welt.  
227 Es gibt Länder, wo das überhaupt kein Problem ist, so eine Behandlung zu bekommen. Und  
228 da ich, das sind dann eher Länder, wo ich schon, also wo vielleicht nicht ganz mit den  
229 mitteleuropäischen Standards gearbeitet wird, von der medizinischen Seite her mit der  
230 Betreuung. Das ist dann etwas anderes. Aber jetzt innerhalb jetzt hier in unserem Rahmen.  
231 Brüssel ist sowieso kein Problem, viele Paare gehen ja auch in die Türkei, türkische Paare  
232 zum Beispiel. Da sehe ich jetzt kein Qualitätsproblem.

233 00:23:38 Frau Grüber

234 Alles klar, und ja, vielleicht zum Abschluss noch mal. Jetzt wieder auf, also auf Deutschland,  
235 bezogen auf die nationalen Regelungen. Ja, würden sie vielleicht Veränderungen der  
236 rechtlichen Regelung begrüßen, in weiterer Zukunft? Ich meine, die  
237 Präimplantationsdiagnostik ist ja im heutigen Rahmen, wie es sie gibt, eigentlich schon seit  
238 2011 gesetzlich geregelt, eben als Konsequenz aus dem Bundesverfassungsgerichtsurteil und  
239 ja, das ist ja jetzt auch schon ein paar Jährchen her und man hat ja auch schon Erfahrungen  
240 gesammelt. Würden Sie vielleicht Veränderungen oder Verbesserungsmöglichkeiten sehen?

241 00:24:27 Frau Möckel

242 Ja, also das sind die zwei genannten Dinge auf jeden Fall. Das Ethikkommissionsverfahren  
243 für die chromosomalen Störungen würde ich vereinfachen, also dass die tausendfünfhundert  
244 Euro für das Paar sind, denke ich, nicht unbedingt gerechtfertigt, da würde ich eine  
245 Vereinfachung einführen. Die zweite Sache ist, was wir schon angesprochen haben, dass die  
246 zumindest der Teil der künstlichen Befruchtung auch für diese Paare eine Indikation für  
247 diese, dass die PID eine Indikation wird für die Erlangung einer künstlichen Befruchtung zu  
248 50 % bei gesetzlich Versicherten, das wäre der zweite Punkt. Und was ich sehr unglücklich  
249 finde oder wir alle ist diese politische oder diese Situation, dass wir in NRW zum Beispiel  
250 aus politischen Gründen nur ein, nur ein PID-Zentrum zugelassen haben. Die Menschen, die  
251 natürlich ihre PID wollen, jetzt noch weitere Zentren die PID in NRW durchführen  
252 Kinderwunschzentren in Zusammenarbeit mit Münchner oder Bayerischen  
253 Ethikkommission und genetischen Zentren und dass diese also, dass da eine Ungleichheit  
254 besteht. Warum jetzt in Bayern. Was weiß ich, dreißig zugelassene Kinderwunschzentren  
255 sind, während es mit den, mit den nicht bayerischen Zentren mein ich jetzt und in NRW gibt  
256 es nur eins. Und wir werden extrem engmaschig überwacht von Ärztekammer und  
257 Regierungspräsidium und so weiter. Die anderen nordrhein-westfälischen Zentren, die mit  
258 München zusammenarbeiten, nicht. Und das ist von unserer Sicht her ungerecht, ne. Und für  
259 die Patienten ist es auch ungünstig, wenn sie da. Die, die fahren ja meist nicht nach München,  
260 sondern die werden per Skype sicherlich beraten, genetisch, und das denke ich war nicht die  
261 Idee des Gesetzgebers, ist aber so gekommen, weil die nordrhein-westfälische damalige  
262 Regierung, das war eine rot grüne Regierung, nur ein PID-Zentrum in NRW wollte. Das ist  
263 dann. Habe ich auch keine Idee, wie das politisch zu regulieren ist. Aber dass nun nordrhein-  
264 westfälische Paare von München betreut werden.

265 00:27:18 Frau Grüber

266 Da herrscht schon eine Asymmetrie, das kann man auf jeden Fall so sagen.

267 00:27:27 Frau Möckel

268 Ja, Sie haben sich sicherlich damit beschäftigt, wo die Zentren sitzen, wo die  
269 Ethikkommission sitzen, wo die Genetiker sitzen. Und das kann man ja ne ein Bild zeichnen,  
270 das ist ja nun mal sehr ungleich verteilt, ja.

271 00:27:37 Frau Grüber

272 Das stimmt. Da wäre vielleicht auch eine Regelung auf Bundesebene, ja, vielleicht  
273 vorteilhafter, als es den Ländern dann komplett allein zu überlassen, dass man da eben etwas,  
274 ja mehr Gleichheit schaffen kann. Ja, also genau das wären schon auch meine Fragen  
275 gewesen. Ich danke Ihnen sehr für Ihre Zeit, auch für die ausführlichen Antworten. Ja, ich  
276 habe viel mitnehmen können, gerade auch, ja, was vielleicht noch mal den Umfang der  
277 Diagnostik betrifft und ja, wie sich das Ganze gestaltet und auch noch mal diesen fachlichen  
278 Blick zu sehen, was eben das Ethische angeht. Und ja, ich denke, das hat mir sehr, sehr viel  
279 weitergeholfen und genau, ich werde das Interview dann jetzt im Anschluss auswerten. Und  
280 ja, ich freue mich sehr, dass ich dieses Gespräch mit Ihnen führen durfte.

281 00:28:32 Sprecher 1

282 Vielen Dank und alles Gute für Ihre Arbeit.

283 00:28:34 Sprecher 2

284 Vielen Dank Ihnen auch Alles Gute.

285

286



## Anlage Einverständniserklärung Herr Zerres

### Bachelorarbeit „Präimplantationsdiagnostik- eine rechtspolitische Analyse“

Regelung zum Vertrauens- und Datenschutz

#### – Informationen für die Befragten–

Die Durchführung der Bachelorarbeit geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis der Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung Münster. Die Interviewende unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Der Datenschutz verlangt, dass Sie über das Vorgehen informiert werden und Ihre ausdrückliche Genehmigung eingeholt wird, um das Interview auswerten zu können. Das Gespräch wird digital aufgezeichnet und im Anschluss mit Hilfe eines entsprechenden Programmes transkribiert. Die Abschrift wird als Anlage der Arbeit hinzugefügt und Ausschnitte innerhalb der eigentlichen Arbeit zitiert. Dabei werden die Daten entsprechend Ihrer Einverständniserklärung anonymisiert.

#### – Einverständniserklärung –

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am 15.05.2024 von Frau Grüber geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen, verschriftlicht und für die Auswertung im Rahmen der Bachelorarbeit „Präimplantationsdiagnostik- eine rechtspolitische Analyse“ verwendet und dokumentiert werden darf. Das verschriftlichte Interview darf in diesem Zusammenhang unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte sowohl für die interne Berichtslegung als auch für Publikationszwecke im Rahmen der Bachelorarbeit verwendet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name und meine E-Mail-Adresse für den Fall der Klärung von Rückfragen für den Zeitraum der Bachelorarbeitsphase und deren Bewertung nach den Regeln des Datenschutzes vertraulich und sicher verwahrt werden und nach Vollendung der Bachelorarbeit gelöscht werden. Die zur Verfügung gestellten Dokumente dürfen im Rahmen eines datenschutzrechtlichen Anhangs zitiert werden. Der Inhalt des datenschutzrechtlichen Anhangs wird ausschließlich der betreuenden Dozentin zugänglich gemacht.

Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an:

Ich möchte, dass mein Name anonymisiert wird. Daten die Rückschlüsse auf die Organisationseinheit oder mein ausgeübtes Amt zulassen, bleiben jedoch unberührt.

Keine der von mir angegebenen Daten muss anonymisiert werden. Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Bonn, 22.5.24

Ulrich Zerres

Ort, Datum

Unterschrift

## Anlage Einverständniserklärung Frau Möckel

### Bachelorarbeit „Präimplantationsdiagnostik- eine rechtspolitische Analyse“

Regelung zum Vertrauens- und Datenschutz

– Informationen für die Befragten–

Die Durchführung der Bachelorarbeit geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis der Hochschule für Polizei und öffentliche Verwaltung Münster. Die Interviewende unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Der Datenschutz verlangt, dass Sie über das Vorgehen informiert werden und Ihre ausdrückliche Genehmigung eingeholt wird, um das Interview auswerten zu können. Das Gespräch wird digital aufgezeichnet und im Anschluss mit Hilfe eines entsprechenden Programmes transkribiert. Die Abschrift wird als Anlage der Arbeit hinzugefügt und Ausschnitte innerhalb der eigentlichen Arbeit zitiert. Dabei werden die Daten entsprechend Ihrer Einverständniserklärung anonymisiert.

– Einverständniserklärung –

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am 14.05.2024 von Frau Grüber geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen, verschriftlicht und für die Auswertung im Rahmen des der Bachelorarbeit „Präimplantationsdiagnostik- eine rechtspolitische Analyse“ verwendet und dokumentiert werden darf. Das verschriftlichte Interview darf in diesem Zusammenhang unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte sowohl für die interne Berichtslegung als auch für Publikationszwecke im Rahmen der Bachelorarbeit verwendet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name und meine E-Mail-Adresse für den Fall der Klärung von Rückfragen für den Zeitraum der Bachelorarbeitsphase und deren Bewertung nach den Regeln des Datenschutzes vertraulich und sicher verwahrt werden und nach Vollendung der Bachelorarbeit gelöscht werden.

Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an:


Ich möchte, dass mein Name anonymisiert wird. Daten die Rückschlüsse auf die Organisationseinheit oder mein ausgeübtes Amt zulassen, bleiben jedoch unberührt.

Keine der von mir angegeben Daten muss anonymisiert werden Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Dortmund, 9.5.2024

Ort, Datum

Unterschrift

  
Dr. Saskia Möckel