



# STELLUNGNAHME

der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

# Präimplantationsdiagnostik

Herausgegeben von der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

Vorsitzender: Dr. Heinz Georg Bamberger  
Justizminister des Landes Rheinland-Pfalz

Kontakt: Ministerium der Justiz  
Telefon 06131 16-4897  
Telefax 06131 16-4944  
E-Mail [poststelle@min.jm.rlp.de](mailto:poststelle@min.jm.rlp.de)

Ansprechpartnerinnen: Leitende Ministerialrätin Lisa Lutzebäck  
Richterin am Landgericht Dr. Katarina Barley

Sitz Justizministerium Rheinland-Pfalz  
Ernst-Ludwig-Straße 3  
55116 Mainz

Druck Justizvollzugsanstalt Diez  
Limburger Straße 122  
65582 Diez

Download [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)



# STELLUNGNAHME

der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz

## Präimplantationsdiagnostik



# VORBEMERKUNG

Am 6. Juli 2010 hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass das Verfahren der Präimplantationsdiagnostik nicht gegen das Embryonenschutzgesetz verstößt, wenn es der Überprüfung dient, ob der Embryo eine in der Familie bekannte schwere genetische Störung aufweist. Dieses Urteil hat die bioethische Diskussion zu diesem Thema neu entfacht.

Der Ministerrat des Landes Rheinland-Pfalz hat die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz im November 2010 gebeten, eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte abzugeben. Die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz hatte sich bereits in den Jahren 1999 und 2005 in den Berichten „Präimplantationsdiagnostik – Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen“ sowie „Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz“ mit den relevanten Fragestellungen beschäftigt.

## Die zusammenfassende Stellungnahme des Berichts aus 1999 lautete:

- „1. Die Kommission geht davon aus, dass die Untersuchungsmethode der Präimplantationsdiagnostik allein, durchgeführt an nicht totipotenten Zellen, nach derzeitiger Rechtslage nicht ausdrücklich verboten ist.
2. Wegen der zahlreichen, z.T. schwerwiegenden Argumente gegen diese Untersuchungsmethode sollte der Gesetzgeber die Anwendung der Methode auf Sonderfälle beschränken und die Voraussetzungen hierfür festlegen.
3. Voraussetzungen für die Präimplantationsdiagnostik sollten sein:
  - a) Es muss bei dem betreffenden Paar ein hohes genetisches bzw. chromosomales Risiko für betroffene Nachkommen nachgewiesen sein, wobei sich die Höhe nicht nach der Quantität, sondern nach der Qualität des Risikos (z.B. Krankheitswert, Behandlungsmöglichkeit, Verlauf der Krankheit) bemisst. Von der gesetzlichen Fixierung eines Katalogs indizierter Erkrankungen sollte abgesehen werden.
  - b) Nach der Beratung muss feststehen, dass die Nichtanwendung der Präimplantationsdiagnostik den größeren Schaden einer „Schwangerschaft auf Probe“ mit großer Wahrscheinlichkeit zur Folge hat.
  - c) Grundsätzlich sind die Einwilligung der Frau und diejenige des Mannes für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik und den anschließenden Transfer erforderlich. Wurde eine Chromosomen- bzw. Genveränderung beim Embryo festgestellt, entscheidet ausschließlich das Paar über den Transfer. Der Arzt kann auch in diesem Fall den Transfer nicht verweigern.  
Ein Transfer gegen den Willen der Frau ist aus rechtlichen und ethischen Gründen nicht zulässig.

4. Die Kommission hält fest,
- a) dass die Entscheidung der Eltern für die Austragung eines schwerst-kranken Kindes trotz der Möglichkeiten einer Präimplantationsdiagnostik uneingeschränkt von der Wertordnung des Grundgesetzes getragen bleibt;
  - b) dass von deutscher Seite auch international, z.B. in Zusammenhang mit dem Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin des Europarates vom 04. April 1997, Einfluss geltend gemacht werden muss, um mögliche eugenische Tendenzen auszuschließen;
  - c) dass die ethische Tolerierung eines staatlichen Sanktionsverzichts in eng begrenzten Ausnahmefällen nicht schon identisch ist mit der uneingeschränkten ethischen Billigung aller zugelassenen Maßnahmen."

Auf der Grundlage ihrer Berichte aus den Jahren 1999 und 2005 und mit Respekt vor den darin enthaltenen Sondervoten gibt die Bioethik-Kommission folgende

# STELLUNGNAHME

zu den aktuellen Fragen der Präimplantationsdiagnostik ab:

## 1. Ethisch-rechtliche Grundlage

Zum Status und zum Schutzanspruch pränidativer Embryonen, an denen eine PID gegebenenfalls durchgeführt wird, sind in der religiös-weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft unterschiedliche Überzeugungen vorhanden. Der Staat hat die Selbstbestimmungsrechte der betroffenen Paare und ihre individuelle Gewissensfreiheit zu achten.

## 2. Anwendung und Indikation

Die Anwendung von Präimplantationsdiagnostik aus anderen als medizinischen Gründen ist ethisch nicht vertretbar. Sie ist aus medizinischer Sicht nur dann indiziert, wenn ein hohes Risiko in der Familie für eine Genmutation oder eine schwerwiegende Chromosomenstörung mit hohem Krankheitswert gegeben ist. Für die PID ist die Anwendung der Methode der In-Vitro-Fertilisation (IVF) Voraussetzung. Keine Indikationen sind insbesondere Untersuchungen des Geschlechts ohne Krankheitsbezug, reproduktionsmedizinische Maßnahmen im Allgemeinen und Alter der Eltern.

## 3. Aspekte zur Indikation

Die betroffenen Paare sind mit der konkreten Krankheit in der Regel bereits konfrontiert worden. Dies kann durch Fehl- oder Totgeburten, durch die Erfahrung von Krankheit und Tod eigener Kinder oder weiterer Familienmitglieder oder durch eigene Erkrankung oder Behinderung der Fall sein.

Die Konfrontation mit einer Krankheit oder Behinderung ermöglicht einen realistischen Blick auf deren Konsequenzen. Menschen, die aufgrund einer bekannten genetischen Disposition den Weg der Präimplantationsdiagnostik wählen, erwägen dies vor dem Hintergrund ihrer individuellen Erfahrung mit dieser Krankheit oder Behinderung. Dabei ist zu würdigen, dass diese Entscheidung in aller Regel auf einem erheblichen Leidensdruck basiert und nicht leichtfertig getroffen wird.

## 4. Gewichtung im Einzelfall

Die Gewichtung einer Krankheit oder Behinderung und die Einschätzung der Fähigkeit, sich einem Leben mit ihr zu stellen, können nicht objektiv und allgemeingültig vorgenommen werden. Daher sind Einzelfallabwägungen erforderlich. Auch aus diesem Grunde ist die Erstellung einer Liste von Krankheiten oder Behinderungen, die als Voraussetzung für eine Präimplantationsdiagnostik gelten sollen, unangemessen.

Aufgrund der Variabilität von Krankheitsverläufen ist es zudem nicht praktikabel, einen Zeitpunkt des Ausbruchs (z.B. nach dem ersten oder nach dem 18. Lebensjahr) festzulegen, ab dem Krankheiten

nicht mehr durch PID erfasst werden dürfen bzw. als „spätmanifestierend“ gelten. Deshalb empfiehlt es sich nicht, die PID bei entsprechenden Krankheiten zu verbieten.

## 5. Beratung

Grundlage einer Präimplantationsdiagnostik muss eine umfassende, ergebnisoffene Beratung sein.

Die behandlungsabhängige Beratung hat dabei vor allem auf humangenetische, re-produktionsmedizinische, pädiatrische sowie ethische, psychische und soziale Aspekte einzugehen. Andere Fachdisziplinen sind je nach Lage des Falles zu beteiligen.

Den Paaren ist weiterhin das Angebot einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung zu machen. Hierbei ist die Pluralität der Beratungsangebote, die Qualifikation der Beratenden und die Qualitätssicherung der Beratungsstellen sicherzustellen.

## 6. Erörterung

Vor Durchführung der PID ist in jedem Einzelfall eine behandlungsunabhängige, multidisziplinäre, vor allem aus den Bereichen Medizin und Ethik zusammengesetzte PID-Kommission anzufragen, die ein Votum abgibt.

## 7. Qualitätssicherung

Die Präimplantationsdiagnostik ist nur in Zentren durchzuführen, in denen ein hohes Maß an reproduktionsmedizinischer und humangenetischer Expertise und Erfahrungen mit ihrer Durchführung vorhanden sind. Sie sind für die Vornahme der Präimplantationsdiagnostik durch eine staatliche oder staatlich beauftragte Stelle zu lizenzieren.

## 8. Dokumentation

Über die Durchführung von PID-Behandlungen ist bei einer staatlichen oder staatlich beauftragten Stelle unter Mitwirkung der PID-Kommissionen eine zentrale Dokumentation anzulegen. Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern, die nach PID geboren wurden, ist mit Einverständnis der Betroffenen in Langzeitbeobachtungen zu erfassen und wissenschaftlich auszuwerten. Angesichts der geringen Fallzahlen ist der Datenschutz durch angemessene Maßnahmen zu gewährleisten.

## 9. Schlussfolgerung aus internationalen Erfahrungen

Seit zwanzig Jahren liegen internationale Erfahrungen mit der PID vor. Die PID wurde und wird überwiegend an totipotenten Zellen von Embryonen vorgenommen, wodurch der Vorteil eines größeren Zeitfensters für die genetischen Untersuchungen genutzt werden kann.

Andererseits scheint die erfolgreiche Durchführung der PID jetzt auch an pluripotenten Zellen möglich zu sein. Diese Gewebsentnahme vermeidet den Verbrauch totipotenter Zellen.



Nach Möglichkeit ist die PID daher an pluripotenten Zellen vorzunehmen. Sofern sich aus wissenschaftlicher Sicht Risiken und Grenzen dieses Vorgehens zeigen, sollte aber auch die Entnahme von Zellen in einem früheren Embryonalstadium erlaubt und § 8 Embryonenschutzgesetz entsprechend geändert werden.

## 10. Die Problematik der „Dreierregel“

International wird die PID durchschnittlich an sieben Embryonen durchgeführt. Da es sich um eine genetische Risikokonstellation handelt (vgl. Punkt 2), werden in der Regel weniger Embryonen für den Transfer zur Verfügung stehen als erzeugt worden sind.

Anzustreben ist daher eine Befugnis zur Erzeugung einer Zahl von Embryonen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit den Transfer eines nicht belasteten Embryos erwarten lässt.

Unter medizinischen Gesichtspunkten ist es daher nicht vertretbar, die Befruchtung von Eizellen bei Vornahme einer Präimplantationsdiagnostik auf drei zu begrenzen. Die „Dreierregel“ des Embryonenschutzgesetzes würde meist eine - sonst vermeidbare - Wiederholung des die Frau sehr belastenden Vorgangs der In-Vitro-Fertilisation erforderlich machen.

## 11. Aneuploidie-Screening

Bisher wurde bei etwa 60 % der PID-Untersuchungen das sog. Aneuploidie-Screening, also eine ungerichtete Untersuchung auf Chromosomenstörungen, durchgeführt. Dies hat nach derzeit verfügbaren empirischen Untersuchungen nicht die erhoffte Steigerung der Erfolgsrate nach IVF („Baby-take-home-Rate“) bewirkt. Das Aneuploidie-Screening sollte daher in Deutschland nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht durchgeführt werden.

## 12. Eingrenzung der PID

Die Befürchtung, die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik führe dazu, dass die Methode für alle diagnostizierbaren Genmutationen oder Chromosomenstörungen angewandt werde, hat sich in anderen europäischen Staaten im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte nicht bestätigt: Dort ist eine medizinisch und ethisch nicht vertretbare Ausweitung der Indikationsstellungen und der Fallzahlen nicht erfolgt.

In Deutschland ist die Eingrenzung auf die unter Punkt 2 genannten Indikationen durch die unter den Punkten 5 bis 7 aufgezeigten Verfahrensvorschriften und durch institutionelle Regelungen zu gewährleisten.

## 13. Alternativen zur PID

Bei bekanntem genetischem Risiko entscheiden sich manche Frauen bzw. Paare gegen ein (weiteres) Kind. Andere jedoch entscheiden sich trotz eines solchen Risikos für eine Schwangerschaft. Dabei wird die Möglichkeit der Geburt eines behinderten Kindes akzeptiert oder die Möglichkeit eines späten Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataldiagnostik in Kauf genommen.

Ein solcher Schwangerschaftsabbruch stellt eine schwere Belastung für alle Beteiligten dar. Die Präimplantationsdiagnostik ist eine Option, mit der derartige Schwangerschaftsabbrüche vermieden werden können.

## 14. Embryonenspende

Embryonen, die der leiblichen Mutter nicht übertragen werden, sollten mit Einverständnis der Eltern zur Spende an Paare mit unerfülltem Kinderwunsch freigegeben werden dürfen. Hierbei ist vorauszusetzen, dass dies medizinisch und ethisch im Einzelfall verantwortbar ist.

## 15. Leben mit Behinderung

Häufig wird die Befürchtung geäußert, dass die Einführung von Präimplantationsdiagnostik die Diskriminierung Behinderter zur Folge haben kann. Die Erfahrungen mit der Pränataldiagnostik legen einen solchen Schluss jedoch nicht nahe.

Zwar ist festzustellen, dass in den vergangenen Jahrzehnten die medizinischen Möglichkeiten der Diagnostik von Behinderungen im Mutterleib zugenommen haben und die rechtlichen Hürden für einen Schwangerschaftsabbruch gesunken sind. Dennoch sind in demselben Zeitraum die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und ihre gesellschaftliche Akzeptanz erheblich fortgeschritten. Schutz- und Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen sind durch verfassungsrechtliche und gesetzliche Vorgaben inzwischen gesichert.

# SCHLUSSBEMERKUNG

Seit dem Erscheinen der Berichte der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz „Präimplantationsdiagnostik“ (1999) und „Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz“ (2005) ist die Debatte über diese grundlegenden Fragen vorangeschritten. Das Urteil des Bundesgerichtshofes vom 6. Juli 2010 hat einen rechtlichen Regelungsbedarf ausgelöst, der von einer breiten gesellschaftlichen Debatte begleitet wird.

Im Auftrag der rheinland-pfälzischen Landesregierung hat sich die Bioethik-Kommission des Landes erneut mit den medizinischen, ethischen und rechtlichen Problemstellungen der Präimplantationsdiagnostik (PID) befasst. Hierbei wurden insbesondere die in der Zwischenzeit im internationalen Bereich gesammelten Erfahrungen mit der PID und der aktuell erreichte wissenschaftliche Erkenntnisstand berücksichtigt.

Wie schon bei den beiden vorangegangenen Berichten gingen die Positionen innerhalb der Kommission weit auseinander. Sie reichten vom ausnahmslosen Verbot der Methode bis zu einer Zulassung unter definierten Voraussetzungen. Einig war sich die Kommission darin, dass eine gesetzliche Regelung erforderlich ist.

Die Fragen nach Beginn und Ende menschlichen Lebens und Abwägungen des medizinisch Machbaren und des ethisch Vertretbaren berühren das Leben und die Würde des Menschen. Rechtspolitisch geht es um die Frage, was in einer Gesellschaft erlaubt sein darf oder verboten sein sollte. Antworten und Lösungen hängen ab von kulturellen Prägungen, von religiösen und ethischen Grundeinstellungen und von ganz persönlichen Erfahrungen.

Nach Auffassung der Kommissionsmehrheit sollte der Gesetzgeber keine partikulare Grundeinstellung zur Allgemeingültigkeit erheben. Seine Aufgabe besteht vielmehr darin, einen allgemeinverbindlichen Rahmen zu setzen, der den betroffenen Paaren eine individuelle, persönlich verantwortete Gewissensentscheidung ermöglicht.

Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder befürwortet eine Zulassung der PID in einem begrenzten Rahmen. Dieser muss insbesondere das Spektrum von Indikationen für eine PID, die Beratung des Paares und die Prüfung der Voraussetzungen durch ein unabhängiges sachverständiges Gremium umfassen. Auch Aspekte der Durchführung der PID einschließlich der Zertifizierung spezialisierter Zentren müssen geregelt werden. Die Durchführung der PID sollte die Gesundheit der Frau möglichst wenig beeinträchtigen. Die Zahl der erzeugten Embryonen sollte so groß sein, dass unter Berücksichtigung des Erbgangs der Transfer eines Embryos ermöglicht wird. Gleichzeitig sollte die Zahl der Embryonen, die nicht transferiert werden, möglichst gering gehalten werden.

Die Kommission begründet ihre Empfehlungen auf der Basis der Berichte von 1999 und 2005 und dem zwischenzeitlich angewachsenen wissenschaftlichen Erkenntnisstand. Mit dieser Stellungnahme soll ein weiterer Beitrag zur Willensbildung des Gesetzgebers auf wissenschaftlicher Grundlage geleistet werden. Der gesetzgeberische Rahmen wird auch in Zukunft gegebenenfalls neu gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen sein.

# ABWEICHENDES VOTUM

## zum Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zur Präimplantationsdiagnostik

Die unterzeichnenden Mitglieder der Bioethikkommission halten die PID für ethisch nicht zulässig und sprechen sich für ein gesetzliches Verbot aus. Dabei nehmen wir u. a. Bezug auf die abweichenden Voten zu den Stellungnahmen der Bioethik-Kommission vom 23.8.2002 und 12.12.2005. Die dort niedergelegten Positionen sind weder durch medizinischen Fortschritt noch durch neue naturwissenschaftliche oder verfassungsrechtliche Erkenntnisse überholt.

Bei der Ablehnung der PID leiten uns die folgenden Gründe:

1. Die PID führt im Ergebnis zu einer Selektion von Leben. Diejenigen Embryonen, bei denen der unerwünschte genetische Defekt gefunden wird, werden „beiseite gelegt“. Es wird ein „Leben auf Probe“ geschaffen. Damit entscheiden diejenigen, die die PID durchführen, letztendlich über Leben bzw. Nicht-Leben eines Individuums. Diese Selektion räumt nicht-behindertem Leben einen Vorrang vor behindertem Leben ein.

Die am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getretene UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen setzt ein wichtiges Zeichen, indem in Artikel 10 explizit das „Recht auf Leben“ betont wird. Das erfreulich gewachsene Engagement für die Rechte von behinderten Menschen lebt vom Grundkonsens, der allen demokratischen Staaten eigen ist: dass jeder Mensch ein Recht auf Leben hat. Mit der Einführung von Selektionsverfahren durch die PID wird dieser Grundkonsens deutlich relativiert.

Eine Selektion von menschlichen Embryonen mit einem bestimmten genetischen Defekt wird auch Rückwirkungen auf den Umgang mit behinderten Menschen insgesamt haben. Die Erfahrungen mit der PND zeigen bereits heute, wie der gesellschaftliche Druck auf diejenigen, die sich entscheiden, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen, zunimmt, wenn Möglichkeiten für die Verhinderung behinderten Lebens geschaffen werden.

Die Kommission rechnet teilweise selbst mit solchen Diskriminierungsfolgen: Dass die Auswahl von zu transferierenden Embryonen nach dem Geschlecht in der Kommission so einhellig abgelehnt wird, lässt sich nur mit dem Verweis darauf rechtfertigen, dass eine solche Geschlechtsselektion „frauenfeindlich“ wäre. Entsprechend wäre eine Selektion nach eugenischen Kriterien aber „behindertenfeindlich“. Die Kommission lehnt eine offizielle Liste von Gendefekten, die eine PID legitimieren würden, ab. Auch hier lautet das zentrale Argument, dass eine solche Liste zur Diskriminierung derjenigen beitragen würde, die als lebende Menschen diese entsprechenden Gendefekte haben. Es wäre aber naiv zu glauben, dass ein solcher Verzicht vermeiden würde, dass sich in den Köpfen der Menschen (der Betroffenen, der Ärzte, der Berater, der allgemeinen Öffentlichkeit) doch so etwas wie eine implizite Liste herausbilden würde, die letztlich die gleiche diskriminierende Wirkung haben würde. Der Verweis darauf, dass sich in den Ländern, in denen die PID seit ca. 20 Jahren praktiziert wird, solche Effekte bisher nicht eingestellt hätten, ist nicht überzeugend: Es ist unklar, auf welchen empirischen Studien eine solche Einschätzung beruht und ob sie tatsächlich richtig ist. Außerdem ist der Zeitraum der Anwendung der PID noch zu kurz, um solche Effekte wirklich messen zu können. Eine solche verharmlosende Ein-

schätzung verschließt auch die Augen vor allgemein bekannten und offenbaren Ausweitungen bis hin zur Auswahl von Embryonen zum Zweck der späteren Organspende. Hierin sehen wir eine nicht hinzunehmende Verzweckung des Menschen, die mit dem verfassungsrechtlichen Schutz der Würde des Menschen unvereinbar ist. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Einführung einer PID auch für die dann geborenen gesunden Kinder problematische Folgen haben könnte: Nach PID ausgetragene und geborene gesunde Kinder wissen, dass sie Ergebnis einer vorgängigen Überprüfung und Auswahl sind. Sie könnten dadurch unter einen besonderen Erfolgs-, Konformitäts-, Wohlverhaltens- und Dankbarkeitsdruck geraten, besonders dann, wenn es auch behinderte Geschwister gibt.

2. Die von der Kommission mehrheitlich vertretene Position ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass einer befruchteten Eizelle nicht das gleiche Lebensrecht zugesprochen wird wie einem neugeborenen Kind, sondern dass die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens „graduell“ unterschiedlich ausfällt. Ein solcher „Gradualismus“ ist letztlich unvereinbar mit unseren Vorstellungen von der Menschenwürde aller Menschen und dem daraus sich ergebenden Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Geschichte der Menschenrechte ist eine Geschichte allmählicher Ausweitung und immer konsequenterer Zuschreibung auf alle Menschen. Erst im 20. Jahrhundert haben Frauen, indigene Völker, Menschen mit verschiedener Hautfarbe, Kinder und behinderte Menschen die volle Anerkennung ihrer gleichen Würde erlangt. Die zentrale Erkenntnis dieser historischen Entwicklung lautet: wir dürfen um der Menschenwürde und der Menschenrechte willen die grundsätzliche Zuschreibung dieser Würde nicht davon abhängig machen, ob der betreffende Mensch über bestimmte Fähigkeiten, Eigenschaften, Merkmale, Bildungsgrade oder Herkunft verfügt. Das ist unserer Überzeugung nach auch gemeint, wenn das Grundgesetz von der Unantastbarkeit der Menschenwürde spricht. Im Blick auf den moralischen Status des Embryo bedeutet das: wir können die Zuschreibung von Würde und Lebensrecht nicht davon abhängig machen, ob sich bestimmte Merkmale wie Leidensfähigkeit oder ein zentrales Nervensystem ausgebildet haben. Genauso wenig können wir diese moralisch notwendige Zuschreibung vom Aufenthaltsort des Embryo (im Mutterleib oder außerhalb desselben – vor der Nidation bzw. nach der Geburt) oder bestimmten genetischen Eigenschaften abhängig machen. Deshalb ist der Gradualismus nicht mit der Universalität der Menschenwürde vereinbar. Es geht hier um eine Frage der Konsistenz des moralischen Standpunkts.
3. Soweit sie jeweils reichen, muss der Staat alle Rechte und Schutzansprüche – auch die der prä-nidativen Embryonen und nicht nur die der betroffenen Paare – einschließlich des allgemeinen Willkür- und Diskriminierungsverbotes achten und erfüllen. In diesem komplexen Feld sind gerade auch zur Reichweite der Selbstbestimmungsrechte und der Gewissensfreiheit der betroffenen Paare unterschiedliche Überzeugungen vorhanden. Angemessene Berücksichtigung müssen auch die Lebenssituation und die Rechte derjenigen finden, die aufgrund einer PID ausgewählt werden. Zudem dürfen aus ethischer und verfassungsrechtlicher Sicht die Konsequenzen nicht aus dem Auge verloren werden, die die weitgehende Freigabe der PID für das Verständnis von Leben und Würde in der Gesellschaft als Ganzes hat.
4. Von den Befürwortern der PID wird als Argument häufig angeführt, dass sie nur eine spätere PND mit einem höchst belastenden Spätabbruch der Schwangerschaft (§ 218a (2) StGB), der gesellschaftlich akzeptiert sei, vorwegnehme. Man könne nicht die PID ablehnen und gleichzeitig an der PND mit der Möglichkeit einer Spätabtreibung festhalten. Für Abtreibungen nach der 12. Schwangerschaftswoche steht jedoch ein strenges Kriterium im Gesetz: Voraussetzung

ist nämlich, dass „der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“ (§ 218a (2) StGB). Wenn man Wertungswidersprüche vermeiden will, ist eher umgekehrt zu argumentieren, dass nämlich auch eine PID nur zulässig sein kann, um „Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der [erst nach einem Embryotransfer] Schwangeren abzuwenden“, zumal in diesem Falle eine solche Gefahr ja sehr wohl „auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“, nämlich durch den Verzicht auf ein eigenes, möglicherweise behindertes Kind. Ein solcher Verzicht ist sicherlich eine große Zumutung. Wir halten sie aber – bei allem Verständnis und Mitgefühl für die betroffenen Paare - für gerechtfertigt, wenn man sich klarmacht, welche anderen moralischen Güter und Rechtsgüter hier in die Abwägung einzubeziehen sind.

5. In der Logik dieser Ablehnung des Gradualismus kann jedoch gleichwohl in bestimmten, sehr seltenen Extremfällen eine PID in Betracht kommen, nämlich dann, wenn ein Embryo gar nicht lebensfähig ist. Ein durch eigenes „Kranksein“ bedingtes Absterben eines Fetus in utero, eine Totgeburt oder ein auf nur wenige Stunden oder Tage begrenztes, nicht heilbares nachgeburtliches Leben stellen eine menschliche Katastrophe dar und gehören zu den traumatischsten Erfahrungen von Eltern. Was es für den Fetus oder das Neugeborene bedeutet, lässt sich nur schwer ermessen. Es lässt sich aber argumentieren, dass ein Transfer eines solchen Embryo nicht in seinem wohlverstandenen Eigeninteresse liegen kann. Geht dieses Geschehen ursächlich auf eine der nachweisbaren, monogen verursachten Erkrankungen oder eine Chromosomenstörung zurück und stellt der Verzicht auf Nachkommenschaft keine zumutbare Alternative zur Möglichkeit der Vermeidung eines Wiederholungsfalles dar, kann die PID mit dem Ziel einer frühesten Beendigung eines Entwicklungsprozesses akzeptiert werden, der bestenfalls dazu führt, dass ein Neugeborenes unter schwierigsten Bedingungen nur kurze Zeit überlebt.
6. Sollte eine gesetzliche Regelung zum Verbot der PID in Deutschland in den dafür zuständigen Gesetzgebungsorganen nicht die notwendige Mehrheit finden, würden wir uns dafür einsetzen, eine Zulassung der PID möglichst restriktiv zu regeln. Dies bedeutet aus unserer Sicht:
  - Die Aussage, eine PID sei nur zulässig, wenn es sich um den Ausschluss einer Genmutation oder einer schwerwiegenden Chromosomenstörung „mit hohem Krankheitswert“ handelt, muss genauso präzisiert werden wie die pauschale Einbeziehung spätmanifestierender Krankheiten. Dies kann unserer Auffassung nach nur dadurch geschehen, dass eine (ständig zu überprüfende) Liste von Krankheiten und Behinderungen erstellt werden muss, die in der Regel eine PID rechtfertigen. Diese Liste muss nicht unbedingt durch den Gesetzgeber vorgelegt werden, sondern kann auch durch eine, von einem Gesetzgebungsorgan berufene, unparteilich zusammengesetzte Kommission erstellt werden.
  - Der Bericht der Kommission sieht vor, dass in jedem Einzelfall eine PID-Kommission anzufragen ist, die ein Votum abgibt. Unserer Auffassung nach muss dieses Votum in angemessener Frist vor der Vornahme einer PID angefragt und abgegeben werden, und es muss verbindlich sein. Seine Nicht-Einhaltung muss mit Sanktionen belegt werden.
  - Um die Vernichtung totipotenter Zellen so gering wie möglich zu halten, darf die PID nur an pluripotenten Zellen vorgenommen werden.
  - Keinesfalls dürfen unserer Auffassung nach Embryonen, die durch die PID aussortiert und

nicht implementiert werden, der verbrauchenden wissenschaftlichen Forschung zur Verfügung gestellt werden.

- Unterzeichner:
- Dr. Frank Hennecke
  - Prof. Dr. Gerhard Kruip
  - Ottmar Miles-Paul, Landesbeauftragter  
für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz
  - Prof. Dr. Gerhard Robbers
  - Prof. Dr. Herwig Stopfkuchen

# MITWIRKENDE

Unter dem Vorsitz des Staatsministers der Justiz Dr. Heinz Georg Bamberger haben an der Kommissionsarbeit mitgewirkt:

Professor Dr. rer. nat. *Timm Anke*  
Universität Kaiserslautern  
Fachbereich Biologie, Lehrbereich Biotechnologie  
Sprecher des Forschungsschwerpunkts Biotechnologie  
Vorstandsvorsitzender des Instituts für Biotechnologie und Wirkstoff-Forschung e.V.

Professor Dr. phil. Dr. h.c. *Carl Friedrich Gethmann*  
Europäische Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen GmbH,  
Bad Neuenahr-Ahrweiler

Professor Dr. *Hermann Hepp*  
Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer  
ehem. Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Klinikums  
Großhadern, Universität München

**Anmerkung:** Professor Hepp stimmt der in Ziffer 9 vertretenen Position nicht zu.

Professor Dr. jur. *Friedhelm Hufen*  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staats- und Verwaltungsrecht  
Mitglied des Verfassungsgerichtshofs Rheinland-Pfalz  
Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer

Dr. med. (TR), Dr. phil. *Ilhan Ilklic*, M.A.  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Professor Dr. *Heribert Kentenich*  
Chefarzt der DRK-Frauenklinik Berlin  
Fertility Center Berlin

Professor Dr. theol. *Hartmut Kreß*  
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
Evangelisch-Theologische Fakultät, Abteilung Sozialethik  
Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin  
Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellenforschung am Robert-Koch-Institut

Professor Dr. *Gerhard Kruij*  
Johannes Gutenberg-Universität Mainz  
Fachbereich Katholische und Evangelische Theologie  
Abteilung für Christliche Anthropologie und Sozialethik



Professor Dr. *Volker von Loewenich*

ehem. Leiter der Abteilung für Neonatologie – Zentrum der Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Frankfurt a.M.

weiter Konsiliariums für Neonatologie und pädiatrischer Berater im Rahmen der Pränataldiagnostik der Frauenklinik des Krankenhauses Nordwest Frankfurt a.M.

Professor Dr. *Georg Marckmann*

Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin

Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Professor Dr. med. *Jörg Michaelis*

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik

*Ottmar Miles-Paul*

Landesbeauftragter Rheinland-Pfalz für die Belange behinderter Menschen

Professor Dr. *Eberhard Passarge*

Kommissarischer Leiter des Instituts für Humangenetik am Universitätsklinikum Leipzig

Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Essen

Professor Dr. *Norbert W. Paul, M.A.*

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Institutsleiter

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Professor Dr. *Peter Propping*

Institut für Humangenetik

Biomedizinisches Zentrum Bonn

Professorin Dr. *Ursula Rieke*

Katholische Fachhochschule Mainz

Stiftungsvorsitzende und Ärztliche Leiterin der Katharina-Kasper-Stiftung Dernbach

Professor Dr. *Gerhard Robbers*

Universität Trier

Fachbereich Rechtswissenschaft

Mitglied des Verfassungsgerichtshofs Rheinland-Pfalz

Professor em. Dr. *Herwig Stopfkuchen*

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Universitätsmedizin

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Professorin Dr. med. *Ursel Theile*

ehem. Leiterin der Genetischen Beratungsstelle

am Institut für Humangenetik

im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

## Mitglieder der Ressorts der Landesregierung:

Staatskanzlei  
*Heike Arend M.A.*

Ministerium des Innern und für Sport  
Ministerialrätin *Claudia Helmkamp-Wasserburg*

Ministerium der Finanzen, Regierungsrat *Andreas Schnitzler*

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen  
Ministerialdirigent *Bernhard Scholten*

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau  
Ministerialrat *Richard Ortseifer*

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur  
Regierungsdirektorin *Inga Schäfer*

Ministerium für Umwelt, Forsten und Verbraucherschutz  
Leitender Ministerialrat a.D. Dr. iur. utr. *Frank Hennecke*

Ministerium der Justiz  
Leitende Ministerialrätin *Lisa Lutzebäck*  
Richterin am Landgericht Dr. *Katarina Barley*

## Zur medizinischen, ethischen, theologischen sowie rechtlichen Problematik hörte die Kommission folgende Sachverständige:

Professor Dr. *Heribert Kentenich*, Chefarzt der DRK-Frauenklinik Berlin, Fertility Center Berlin

*Dorothee Kleinschmidt*  
Sprecherin des Med. Arbeitskreises pro familia NRW Bochum  
Referentin des pro familia Bundesverbandes

Professorin Dr. *Eva Mildenerger*  
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Professorin Dr. *Irmgard Nippert*  
Frauengesundheitsforschung, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Professor Dr. *Eberhard Passarge*  
Kommissarischer Leiter des Instituts für Humangenetik, am Universitätsklinikum Leipzig  
Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Essen

Professorin Dr. *Ursula Rieke*  
Katholische Fachhochschule Mainz  
Stiftungsvorsitzende und Ärztliche Leiterin der Katharina-Kasper-Stiftung Dernbach





Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM DER JUSTIZ

Ministerium der Justiz  
Ernst-Ludwig-Straße 3  
55116 Mainz

Telefon 06131 16-4897  
Telefax 06131 16-4944  
E-Mail [poststelle@min.jm.rlp.de](mailto:poststelle@min.jm.rlp.de)  
Homepage [www.justiz.rlp.de](http://www.justiz.rlp.de)

Stand April 2011