



Fünf Jahre PID-Gesetz

Die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland aus rechtlicher Sicht

I. Einleitung

Das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik vom 21.11.2011 [1] ist fast fünf Jahre alt. Vor diesem „kleinen Jubiläum“ liegt ein ereignisreicher Zeitraum gesetzgeberischer Aktivität, der sowohl von zustimmenden als auch von kritischen Stimmen begleitet wurde und Anlass dafür bietet, einen zusammenfassenden Blick auf die Regelungen über die Präimplantationsdiagnostik und einige ihrer praktischen Auswirkungen zu werfen.¹

II. Die Regelung der Präimplantationsdiagnostik im ESchG

Die 2006 erstattete Selbstanzeige eines Reproduktionsmediziners brachte auf gewissen Umwegen [2, S. 117; 3, § 3a Rn. 1] die bis dahin überwiegend [4, S. 85 mwN.] für unzulässig erachtete Präimplantationsdiagnostik (PID) schließlich im Jahr 2009 vor die Strafrichterbarkeit. Dieser Umstand gab dem Bundesgerichtshof (BGH) ein Jahr später nach damaliger Rechtslage die Gelegenheit zu der Entscheidung, dass eine der Feststellung schwerer genetischer Schäden dienende PID an pluripotenten Trophoblastzellen weder als missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG) noch als missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen (§ 2 Abs. 1 ESchG) anzusehen sei [5, S. 2673 ff.]. Über die

Zulassung der PID hatte der Gesetzgeber nach Ansicht des BGH seinerzeit jedoch noch keine Entscheidung getroffen – eine Regelung erachtete das Gericht insoweit als wünschenswert [5, S. 2675; ausführlich: 6]. In der 17. Legislaturperiode des Bundestages standen infolge dieses Urteils schließlich drei Gesetzentwürfe zur Diskussion, die in unterschiedlichem Ausmaß Restriktionen der PID vorsahen² [ausführlich: 9]. Durchgesetzt hat sich ein Entwurf der Abgeordneten Flach, Hintze et al., der mit gewissen Änderungen [10, 11] im Juli 2011 vom Bundestag angenommen wurde und das Embryonenschutzgesetz (ESchG) um den § 3a erweiterte.

1. Verbot und Rechtfertigung der PID in § 3a ESchG

Das ESchG zielt – anders als es der Gesetzestitel vermuten lässt – bei genauer Betrachtung nicht auf den originären Schutz extrakorporal erzeugter Embryonen, sondern es dokumentiert die Ergebnisse einer gesetzgeberischen Bewertung der Chancen und Risiken des Umgangs mit diesen Embryonen [4, S. 82 ff., insb. S. 85]. Die Vorschrift des § 3a ESchG enthält allerdings eine recht vorsichtige Bewertung der PID. Denn dieses als genetische Untersuchung von Zellen eines Embryos in vitro vor seinem intrauterinen Transfer definierte Verfahren ist ge-

mäß § 3a Abs. 1 ESchG grundsätzlich mit Strafe bedroht. Diese „gesetzgeberische Grundentscheidung“ [11, S. 8] erstreckt sich dem Wortlaut „Zellen eines Embryos“ zufolge in der Grundlinie auf alle dem Zellverband des Embryos angehörenden Zellen [6, S. 226].

Das grundsätzliche Verbot der PID in § 3a Abs. 1 ESchG erfasst auch die Untersuchung von Trophoblastzellen. Dies wird teilweise mit Hinweis auf die dabei zu erreichende Vermeidung von Schädigungen des Embryos und auf die begrenzte Entwicklungsfähigkeit dieser Zellen vor dem Hintergrund der mittlerweile in § 2 Nr. 3 Buchstabe b) der PID-Verordnung [12]³ enthaltenen Begriffsbestimmung bezweifelt [13]. Allerdings sprechen die Historie der Gesetzgebung [6, S. 226 ff.] und nicht zuletzt eine mangelnde Kompetenz des Verordnungsgebers zur inhaltlichen Begrenzung der Strafvorschrift des § 3a Abs. 1 ESchG [6, S. 228] gegen diese Auffassung, sodass *de lege lata* die entsprechende Untersuchung des Trophoblast von der Strafdrohung umfasst wird [6, S. 233]. Diese Sichtweise findet sich auch in einer Stellungnahme der Bundesregierung auf eine konkrete Anfrage [14] und in einem Beschluss des VGH München aus Oktober 2015 [15].

Die grundsätzlich strafbare PID kann nach § 3a Abs. 2 ESchG in zwei Konstellationen gerechtfertigt sein: entweder bei

¹ Der Berichtszeitraum gemäß § 3a Abs. 6 ESchG beläuft sich auf vier Jahre, sodass erste Erkenntnisse über die Anwendung der PID bereits erfasst werden konnten.

² Der Gesetzentwurf der Abgeordneten Göring-Eckhardt et. al. [7] enthielt ein vollständiges Verbot der PID, der Gesetzentwurf der Abgeordneten Röspel et. al. [8] sah die Zulässigkeit der PID nur zur Feststellung solcher schwerwiegenden Schäden vor, die zu einer Fehl- oder Totgeburt bzw. noch vor Ende des ersten Lebensjahres zum Tode des Kindes führen.

³ Nach § 2 Nr. 3 PID-Verordnung erfasst der Zellbegriff Stammzellen, die (a) einem in vitro erzeugten Embryo entnommen worden sind und die Fähigkeit besitzen, sich in entsprechender Umgebung selbst durch Zellteilung zu vermehren, und (b) sich selbst oder deren Tochterzellen sich unter geeigneten Bedingungen zu Zellen unterschiedlicher Spezialisierung, jedoch nicht zu einem Individuum zu entwickeln vermögen.

dem aufgrund genetischer Disposition bestehenden hohen Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit (Satz 1) oder zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos (Satz 2) – wobei in der veröffentlichten Diskussion zu § 3a ESchG bereits deutlich geworden ist, dass der Wortlaut des Absatzes 2 für die praktische Handhabung noch der ergänzenden (teilweise einschränkenden) Erläuterung bedarf [vgl. 2, S. 121 ff.; 4, S. 87 ff.; 9, S. 660 ff.] – etwa dahingehend, dass § 3a Abs. 2 Satz 2 ESchG keine gesetzliche Anerkennung eines generellen Screenings darstellt [16, S. 423].

2. Die PID-Verordnung und ihre Umsetzung in den Ländern

Voraussetzungen einer zulässigen PID sind gemäß § 3a Abs. 3 Satz 1 ESchG vor allem das zustimmende Votum einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommission und die Zulassung des die PID durchführenden Zentrums. Der § 3a Abs. 4 ESchG wertet den Verstoß gegen diese Voraussetzungen als Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße bis zu 50.000 Euro geahndet werden kann. Nähere Regelungen über die Ethikkommissionen oder das Zulassungsverfahren für PID-Zentren enthält § 3a ESchG nicht. Stattdessen ermächtigt § 3a Abs. 3 Satz 3 ESchG die Bundesregierung zum Erlass einer Rechtsverordnung (PID-Verordnung), die entsprechende Vorgaben aufstellt und der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Erst diese Verordnung schafft die Voraussetzungen für eine zulässige Durchführung der PID.

a) Erlass der PID-Verordnung

Konkrete Motive für die Auslagerung zentraler Verfahrensentscheidungen zur PID auf die Bundesregierung erschließen sich nicht unmittelbar aus den Gesetzesmaterialien. Eine Verordnung könnte theoretisch eine erhöhte Flexibilität bei Umsetzung und Anpassungen im Vergleich zu einem Parlamentsgesetz gewährleisten, doch diese Überlegung ist in Bezug auf die PID-Verordnung angesichts des Erfordernisses einer Zustimmung des Bundesrates und der tatsächlichen Entwicklungen nur mit

geringer Überzeugungskraft ausgestattet: Erst im Juli 2012 – rund ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des § 3a ESchG – legte das Bundesgesundheitsministerium den ersten Entwurf einer PID-Verordnung vor, der im November 2012 durch das Bundeskabinett beschlossen und dem Bundesrat zugeleitet wurde [2, S. 125 f.]. Der Verordnungsentwurf sah sich zudem inhaltlicher Kritik ausgesetzt und entfachte darüber hinaus erneut die Debatte über grundsätzliche Fragen der Zulässigkeit der PID [2, S. 126]. Im Februar 2013 stimmte der Bundesrat einem geänderten Entwurf zu, sodass die PID-Verordnung nach erneutem Beschluss der Bundesregierung erlassen werden konnte [2, S. 126]. Da auch die PID-Verordnung keine abschließenden Regelungen enthält, sondern landesrechtliche Umsetzungsmaßnahmen in Bezug auf die Ethikkommissionen und die Zulassung der PID-Zentren vorsieht, wurde der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung auf den 1.2.2014 (§ 10 PID-Verordnung) gelegt, um den Ländern entsprechende Vorlaufzeiten einzuräumen [17, S. 10]. Die Schaffung eines mangels PID-Verordnung zunächst unvollständig geregelten Übergangszeitraumes warf zahlreiche Fragen auf [vgl. dazu: 2, S. 124 f.; 3, § 3a Rn. 14; 9, S. 666]. Vorzugswürdig wäre angesichts der erst kurz zuvor ergangenen Entscheidung des BGH zur PID [5] insoweit die Abstimmung des Inkrafttretens von § 3a ESchG auf den Erlass der PID-Verordnung gewesen [3, § 3a Rn. 14; 9, S. 666], um Übergangszeiträume zu vermeiden.

b) Landesregelungen über die Ethikkommissionen für PID

Gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 PID-Verordnung richten die Länder unabhängige interdisziplinär zusammengesetzte Ethikkommissionen für Präimplantationsdiagnostik ein. Diese setzen sich nach § 4 Abs. 1 Satz 3 PID-Verordnung aus vier Sachverständigen der Fachrichtung Medizin, jeweils einem oder einer Sachverständigen der Fachrichtungen Ethik und Recht sowie jeweils einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe behinderter Menschen auf Landesebene maßgeblichen Organisa-

tionen zusammen. Auch die näheren Bestimmungen über diese Kommissionen obliegen den Ländern (§ 4 Abs. 4 PID-Verordnung). Mittlerweile haben die Bundesländer Regelungen bzw. Vereinbarungen über die Einrichtung von PID-Kommissionen getroffen und dabei unterschiedliche Umsetzungswege gewählt. Einige Länder vereinbarten durch Staatsvertrag die Einrichtung gemeinsamer Ethikkommissionen [18, 19], andere fanden regional eigenständige Lösungen [20].

Die Einschaltung einer Ethikkommission in eine von betroffenen Paaren als höchstpersönlich empfundene Entscheidung trifft in der aktuellen Diskussion durchaus auf Widerspruch [21, S. 132]. Allerdings legt § 6 Abs. 4 Satz 1 PID-Verordnung fest, dass die Ethikkommissionen den Antrag auf Durchführung einer PID zustimmend zu bewerten *haben*, wenn sie nach Prüfung der notwendigen Angaben und Unterlagen unter Berücksichtigung der im konkreten Einzelfall maßgeblichen psychischen, sozialen und ethischen Gesichtspunkte zu dem Ergebnis kommen, dass die in § 3a Abs. 2 ESchG genannten Voraussetzungen für eine Rechtfertigung der PID erfüllt sind. Damit wird den Ethikkommissionen jedenfalls kein freier Ermessensspielraum eingeräumt, sondern die – ggf. zu einer gebundenen Entscheidung führende – Aufgabe übertragen, die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen der PID zu prüfen.

c) Zulassung von PID-Zentren und Begrenzungsgedanke

Die PID ist gemäß § 3a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 ESchG in zugelassenen Zentren durchzuführen, wobei Näheres zu Anzahl und Voraussetzungen der Zulassungen in der PID-Verordnung festgelegt wird [22]. In § 3 PID-Verordnung wurden hohe sachliche und personelle Anforderungen an ein entsprechendes Zentrum gestellt. Unter anderem wird eine hinreichende Praxiserfahrung in den Bereichen der Reproduktionsmedizin und der Humangenetik verlangt (§ 3 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 PID-Verordnung). Mit diesen Vorgaben wird neben der Sicherung hoher Qualität zugleich eine Begrenzung der Anwendung der PID beabsichtigt [23, S. 16 f.].

Dieser Begrenzungsgedanke kommt im Verfahren zum Erlass der PID-Verordnung deutlich zum Ausdruck: Der erste Verordnungsentwurf sah vor, dass bei Erfüllung der in § 3 Abs. 2 PID-Verordnung genannten Voraussetzungen die Zulassung zu erteilen „ist“, sodass dieser Entwurf von einer gebundenen Entscheidung der Zulassungsbehörden ohne gezielte Begrenzung der Zentren ausging [23, S. 18]. In den Ausschussempfehlungen zu dem Verordnungsentwurf konnte sich dieses Konzept jedoch nicht durchsetzen. Stattdessen wurde die heutige Formulierung in § 3 Abs. 2 Satz 1 PID-Verordnung („Eine Zulassung darf auf Antrag nur erteilt werden, wenn ...“) sowie eine – auch umgesetzte – Klarstellung in § 3 Abs. 2 Satz 2 PID-Verordnung befürwortet, wonach ein Anspruch auf Zulassung ausdrücklich nicht besteht [17, S. 2 f.]. Weiterhin sieht die Klarstellung in § 3 Abs. 2 Satz 3 PID-Verordnung vor, dass bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Zentren oder Einrichtungen, die eine Zulassung beantragen, die zuständige Behörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen, der Vielfalt der Bewerber und des Bedarfs an PID-Zentren entscheidet. Die Zulassung ist zudem auf fünf Jahre zu befristen (§ 3 Abs. 4 Satz 2 PID-Verordnung).

Hintergrund dieser Zulassungsregelungen ist die Vorstellung, dass die Begrenzung der PID auf einige wenige Zentren aufgrund einer geringen Zahl von zu erwartenden Anträgen neben den Bedürfnissen der Qualitätssicherung nicht nur den praktischen Bedarf erfasse, sondern auch dem Ausnahmeharakter der PID Rechnung trage [17, S. 3].

Bedarfsorientierung und Ausnahmeharakter der PID erscheinen als Zulassungsvoraussetzungen allerdings nicht plausibel begründbar [kritisch bereits: 2, S. 127 ff.]: So stellt die wohl als Vorbild für das Bedarfskriterium dienende Regelung des § 121a Abs. 2 und 3 Satz 1 SGB V über die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen [vgl. den Vorschlag bei: 24, S. 795] nicht nur aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, sondern auch deshalb ein Bedarfskriterium auf, weil im GKV-Bereich eine *Absenkung der Indikati-*

medgen 2016 · 28:299–303 DOI 10.1007/s11825-016-0095-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

T. Wostry

Fünf Jahre PID-Gesetz. Die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland aus rechtlicher Sicht

Zusammenfassung

Dieser Beitrag stellt vor dem Hintergrund der fast fünf Jahre bestehenden gesetzlichen Regelungen zur PID die Entwicklung einschlägiger Vorschriften zu ihrer Umsetzung dar und erörtert in diesem Zusammenhang einige aktuelle Fragestellungen. Thematisiert werden insbesondere die Entwicklung der PID-Verordnung und die Regelungen über die Zulassung von PID-Zentren. Der Beitrag gelangt zu dem Ergebnis, dass die Umsetzung der bundesrechtlichen

Regelungen im Ergebnis durch die Schaffung von Übergangszeiträumen nicht als durchweg geglückt anzusehen ist und die entsprechenden Vorschriften inhaltlich nur bedingt überzeugen können.

Schlüsselwörter

Präimplantationsdiagnostik · Embryonenschutzgesetz · PID-Verordnung · Ethikkommission · Zulassung

5 years of PGD regulations. Preimplantation genetic diagnosis in Germany from a legal perspective

Abstract

This article discusses the development of national regulations on preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Germany. A retrospective view covering nearly 5 years demonstrates that the implementation of these regulations included certain delays, which led to an unnecessary period of uncertainty as to the legal prerequisites of conducting PGD. The article shows that current legislation in Germany contains several obstacles and only limited opportunities for the application of PGD. Furthermore, the author examines and

criticises some of the legal conditions for the admission of specialised PGD centres and addresses the necessity to regulate the assumption of certain PGD-related costs. The article concludes that current regulations on PGD in Germany are not entirely convincing.

Keywords

Preimplantation genetic diagnosis · Embryo protection law · PGD regulation · Ethics committee · Admission

onsschwelle für künstliche Befruchtungen durch eine Zunahme der Anbieterzahl vermieden werden soll [25, S. 16]. Diese „Befürchtung“ besteht bei der PID nicht, da § 3a Abs. 2 ESchG die möglichen Indikationen limitiert und durch das notwendige Votum einer Ethikkommission die Einhaltung dieser Vorgaben sicherstellt. Auch in der ähnlich formulierten Vorschrift des § 109 Abs. 2 Satz 2 SGB V, der den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern regelt, wird die Bedarfsgerechtigkeit als Kriterium des Vertragsschlusses aufgestellt. Doch hierbei handelt es sich ebenfalls um Regelungen über die Versorgung gesetzlich Versicherter, die vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes in § 12 SGB V einen anderen Bereich (den GKV-Bereich) betreffen als die Frage der Zulassung von PID-Zentren. Auch

der Ausnahmeharakter der PID kann als Maßgabe für die Zulassung von PID-Zentren schließlich nicht überzeugen: Das Ziel des § 3 Abs. 2 Satz 3 PID-Verordnung einer „Verhinderung der Ausweitung der PID-Durchführung“ [17, S. 3] wird schon durch das Verbot in § 3a Abs. 1 ESchG und die in § 3a Abs. 2 ESchG normierten Ausnahmen hinreichend verfolgt.

Der Gedanke, dass eine Begrenzung der PID-Zentren stattfindet, ist gleichwohl in § 3a Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 ESchG angelegt [2, S. 126 f.], da die Verordnungsermächtigung sich ausdrücklich auf die „Anzahl“ der Zentren erstreckt. Teilweise wurden landesgesetzlich entsprechend konkrete Vorgaben aufgestellt. So ist in NRW die Zulassung nur eines Zentrums vorgesehen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 PIDG NRW). Der Gesetzentwurf der Landesregierung

NRW sah noch unter der Annahme von ca. 60 Anträgen pro Jahr nicht mehr als ein Zentrum jeweils für Nordrhein bzw. Westfalen-Lippe vor [26, S. 11]. Andere Länder begrenzen die Zahl der Zentren nicht in diesem Maße: In Bayern wurden bspw. bis Juli 2015 vier Zentren zugelassen [27, S. 2]. Es stellt sich vor diesem Hintergrund die grundsätzliche Frage, ob die von § 3 Abs. 2 PID-Verordnung der Zulassung vorausgesetzte Praxiserfahrung in den Bereichen Humangenetik bzw. Reproduktionsmedizin, zu deren Nachweis nach der Begründung zur PID-Verordnung „zunehmend auf die Präimplantationsdiagnostik selbst abgestellt werden kann“ [23, S. 22], künftig in nicht als PID-Zentrum zugelassenen Einrichtungen noch gewonnen werden könnte.

Der erwartete Bedarf sowie der Ausnahmecharakter der PID sollten im Ergebnis unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit bislang nicht zugelassener Bewerber keine leitenden Kriterien darstellen. Vorzugswürdig gewesen wäre insoweit die Beibehaltung der ersten Entwurfsfassung der PID-Verordnung, die einen Zulassungsanspruch entsprechend qualifizierter Zentren vorsah. Denn in diesem Fall hätten Bewerber die berufliche und wirtschaftliche Entscheidung treffen können, ob sie trotz geringer Fallzahlen die Qualitätsanforderungen erfüllen und einen entsprechenden Antrag stellen wollten. Da es gemäß § 3 Abs. 2 Satz 3 PID-Verordnung auch die Zulassungskriterien „öffentliche Interessen“ und „Vielfalt der Bewerber“ gibt, könnte eine Lösung für künftige Fälle darin liegen, diesen Kriterien bei der Zulassungsentscheidung mehr Gewicht einzuräumen. In gleichem Maße versteht es sich allerdings, dass jene Zentren, die den Aufwand einer Erstzulassung auf sich genommen haben, auch künftig eine Planungssicherheit haben müssen. Es wird sich zeigen, ob die Zulassungsbehörden diesem Spannungsfeld mit den derzeitigen Vorgaben hinreichend Rechnung tragen können.

Die aufgezeigte Begrenzung der Teilnahme von Reproduktionsmedizinern und Humangenetikern über entsprechende Zentren an der PID wird teilweise abgemildert durch die Regelung des § 3 Abs. 1 Satz 2 PID-Verordnung. Danach

können als Zentren auch reproduktionsmedizinische und humangenetische Einrichtungen zugelassen werden, zwischen denen durch Kooperationsvertrag sichergestellt ist, dass die in § 3 Abs. 1 Satz 1 PID-Verordnung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Regelung soll auch niedergelassenen Leistungserbringern die Teilnahme an der PID ermöglichen [23, S. 17]. Nach der Vorgabe der Bundesregierung ist für eine zulassungsfähige Kooperation jedenfalls erforderlich, dass die Kooperationspartner die gleichen Qualitätsanforderungen wie ein organisatorisch einheitliches Zentrum erfüllen [23, S. 17]. Durch die Eröffnung der Kooperationsmöglichkeit erfolgt daher keine Modifikation der Qualitätsanforderungen. Zugleich sollen die kooperierenden Einrichtungen in gewisser räumlicher Nähe zueinander liegen, um einen reibungslosen Ablauf der PID zu gewährleisten und unnötigen Aufwand für Patienten zu ersparen [23, S. 17].

III. Kostenübernahme bei PID

Nachdem festgestellt wurde, dass dem grundsätzlichen Verbot der PID in § 3a ESchG auch eine grundsätzlich zweifelhafte Limitierung möglicher Leistungserbringer durch § 3 PID-Verordnung folgt, ist abschließend ein Blick auf die Kostenfrage zu werfen [vgl. dazu auch: 16, S. 425]. Die für eine begrenzte Zulassung der PID votierenden und in den Bundestag eingebrachten Gesetzentwürfe aus dem Jahr 2011 hielten die Übernahme der Kosten einer PID durch Steuermittel bzw. die gesetzliche und private Krankenversicherung jedenfalls nicht für ausgeschlossen. Die Kostenbelastung wurde aufgrund der zu erwartenden geringen Fallzahl als „begrenzt“ eingeschätzt [28]. Dass allerdings bis heute keine Kostenübernahme durch die GKV vorgesehen ist, folgt letztlich aus zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG). Auf die Klage gesetzlich versicherter Patienten entschied schließlich das BSG, dass die PID keine Leistung der GKV nach den §§ 11, 27 ff. SGB V darstelle [29, S. 359]. Das Gericht begründet diese Auffassung vor allem damit, dass die PID nicht einer vom Leistungsum-

fang umfassten Behandlung oder Untersuchung der betroffenen Partner, sondern der Vermeidung einer künftigen Erkrankung eines eigenständigen Lebewesens und der Untersuchung befruchteter Eizellen diene [29, S. 360]. Auch weitere mögliche Anspruchsgrundlagen für „Kassenleistungen“ erachtete das Gericht insoweit als nicht einschlägig [29, S. 360 ff.]. Ebenso entschied das BSG kurz darauf über die Polkörperdiagnostik [30]. Dieser Befund erscheint vor dem Hintergrund, dass gemäß § 24b Abs. 1 SGB V durchaus Leistungen der GKV bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch gewährt werden, wenig einsichtig. Die Kritik an diesem Ergebnis richtet sich aber nicht in erster Linie an das durch gesetzliche Vorgaben gebundene BSG (Art. 20 Abs. 3 GG), sondern an den Gesetzgeber, der eine Regelung der Kostentragung veranlassen sollte.

Fazit

Der schließlich in § 3a ESchG umgesetzte Gesetzentwurf Flach, Hintze et al. hat sich das Ziel gesetzt, „die gesetzliche Grundlage für eine eng begrenzte Anwendung der PID in Deutschland zu schaffen“ [11, S. 7]. Die Umsetzung dieses Anliegens ist jedoch aufgrund der eingetretenen Verzögerungen nicht durchweg geglückt [zu weitergehender Kritik: 21]. Auch der Inhalt bestehender Regelungen ist differenziert zu betrachten: Da die mit § 3a ESchG bezweckte „eng begrenzte Anwendung“ der PID freilich das Pendant der „weitgehenden Nichtanwendung“ darstellt, verwundert es wenig, dass auch die PID-Verordnung und teilweise landesgesetzliche Regelungen einen eher restriktiven Charakter aufweisen. Begleitet von einer Begrenzung möglicher Leistungserbringer und Enthaltensamkeit in der eigentlich notwendigen Hinwendung zur Kostenfrage überzeugen die Regelungen zur PID in Deutschland daher in der Gesamtschau nur bedingt.

Korrespondenzadresse

Dr. T. Wostry

Strafrecht und Strafprozessrecht,
Universität Düsseldorf
Universitätsstraße 1, Geb. 24.81,
40225 Düsseldorf, Deutschland
thomas.wostry@hhu.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Wostry gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- BGBl. I S. 2228. Gemäß Art. 82 Abs. 2 Satz 2 GG in Kraft getreten am 08.12.2011
- Frister H (2014) Der lange Weg zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik. In: Dekan der Jur. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Hrsg.), Wissenschaftsrecht und Wissenschaftspraxis, Freundesgabe f. Prof. Ulf Pallme König, S 115–133
- Taupitz J (2014) Kommentierung des § 3a ESchG. In: Günther H-L, Taupitz J, Kaiser P (Hrsg.), Embryonenschutzgesetz, Kohlhammer, Stuttgart, 2. Aufl.
- Frister H (2013) Notwendige Korrekturen beim „Embryonenschutz“. in: AG Medizinrecht im DAV/ Institut für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf (Hrsg.), Aktuelle Entwicklungen im Medizinstrafrecht, S 81–98
- BGH (2010) Urteil vom 6. Juli 2010 – 5 StR 386/09, Neue Juristische Wochenschrift 2010, S 2672–2677
- Frister H (2014) Zum Anwendungsbereich des § 3a ESchG. In: Dencker F, Galke G, Voßkuhle A (Hrsg.) Festschrift für Klaus Tolkdorf. Zum 65. Geburtstag. Heymanns, Köln, S 223–233
- Gesetzentwurf der Abgeordneten Göring-Eckhardt et al. BT-Drs. 17/5450
- Gesetzentwurf der Abgeordneten Röspel et al. BT-Drs. 17/5452
- Frister H, Lehmann M (2012) Die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik. Juristenzeitung 13:659–667
- Empfehlung des Gesundheitsausschusses: BT-Drs. 17/6400
- Flach G, Hintze P et al. BT-Drs. 17/5451
- Bundesregierung (2013) Verordnung der Bundesregierung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik v. 21.02.2013, BGBl. I S 323
- Frommel M (2013) Die Neuregelung der Präimplantationsdiagnostik durch § 3a Embryonenschutzgesetz, Juristenzeitung 68:488–495
- Bundesregierung (2014) Antworten der Bundesregierung vom 03.03.2014, BT-Drs. 18/729, S 73
- VGH München (2015) Beschluss vom 27. Okt. 2015 – 20 CS 15.1904, medstra 2016(3):187–188
- Hehr A, Frister H, Fondel S, Krauß S, Zuehlke C, Hellenbroich Y, Hehr U, Gillissen-Kaesbach G (2014) Präimplantationsdiagnostik. Medizinische Genet 2014(4):417–426

- Empfehlungen der Ausschüsse zur PID-Verordnung, BR-Drs. 717/1/12
- Abkommen zwischen den Ländern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein über die gemeinsame Einrichtung einer Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik bei der Ärztekammer Hamburg, Bürgerschaft d. freien u. Hansestadt Hamburg-Drs. 20/10197, S. 3 ff
- Staatsvertrag über die gemeinsame Errichtung einer Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen, GBl. v. 30.12.2014, S 823 ff
- Innerhalb dieser Gruppe erließen einige Länder eigenständige Gesetze (Gesetz zur Ausführung der Präimplantationsdiagnostikverordnung v. 17. Dez. 2014 [Bayern], GVBl. S. 542; Präimplantationsdiagnostikgesetz NRW v. 04.07.2014, GV. NRW Nr. 20 S. 375), andere ergänzten bestehende Regelwerke (Gesundheitsdienstgesetz Sachsen-Anhalt; Ethik-Kommissionsgesetz Berlin). Auch die Zuständigkeit für die Zulassung von PID-Zentren ist in den Ländern unterschiedlich geregelt: Bspw. ist in NRW die Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Zulassung von Zentren zur Durchführung der PID zuständig (§ 2 Abs. 1 Satz 1 PIDGNW), während die Zulassung entsprechender Zentren in Berlin zu den Ordnungsaufgaben des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin gehört (Nr. 32 ASOGBl)
- Kreß H (2016) Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik, Ernüchterung und Korrekturbedarf nach fünf Jahren. Gynäkologische Endokrinologie 2016(14):131–134
- Ende 2013 wurden nach Auskunft der Bundesregierung auf eine Anfrage aus den Reihen der Fraktion DIE LINKE insgesamt zehn Anträge auf Zulassung von PID-Zentren gestellt, BT-Drs. 18/138, S 47. Zum 01.09.2015 waren nach Angaben der Unterrichtung durch die Bundesregierung insgesamt acht Zentren zugelassen, BT-Drs. 18/7020, S 2
- Begründung zur PID-Verordnung, BR-Drs. 717/12
- Hübner M, Pühler W (2011) Die neuen Regelungen zur Präimplantationsdiagnostik – wesentliche Fragen bleiben offen. Medizinrecht 2011(29):789–796
- Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften, BT-Drs. 11/6760
- Gesetzentwurf der Landesregierung NRW, LT-Drs. 16/5546
- Erster Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Präimplantationsdiagnostik, BT-Drs. 18/7020
- BT-Drs. 17/5451, S 3 und 17/5452, S 2, jeweils zum Unterpunkt „Kosten“
- BSG, Urteil vom 18. Nov. 2014 – B 1 KR 19/13 R, GesundheitsRecht 6/2015, S 358–363
- BSG, Urteil vom 12.09.2015 – B 1 KR 15/14 R, Neue Zeitschrift Sozialrecht 24/2015: S 944–946

Bildung Europäischer Referenznetzwerke

ERN-Informationen der Europäischen Kommission

Die Europäische Kommission hatte am 7.4.16 einen Informationstag zur Ausschreibung für ERN – Europäische Referenznetzwerke durchgeführt. Im Nachgang der Veranstaltung hat die Europäische Kommission einen Link veröffentlicht, unter welchem die Präsentationen der Veranstaltung heruntergeladen werden können: http://ec.europa.eu/health/ern/events/ev_20160407_en.htm#b

Das Bundesministerium für Gesundheit hält unter folgendem Link Informationen zu den Entwicklungen auf dem Gebiet der ERN vor.

<http://www.bmg.bund.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/europa/europaeische-referenznetzwerke.html>

Quelle: European Reference networks, www.ec.europa.eu/health