

**AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE (APUZ 23/2010)**
**Menschen mit Behinderungen**

APuZ

 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 **Auf einer Seite lesen**

 31.5.2010 | Von: **Elsbeth Bösl** ▼

## Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der *Disability History*

Von der Warte der kulturalistisch orientierten *Disability History* aus werden die Herstellung von Behinderung im Gesellschaftssystem der Bundesrepublik und die Formierung der Behindertenpolitik untersucht. So lassen sich die hinter Behinderung stehenden Prozesse der Kategorisierung und ihre Wurzeln aufzeigen.

### Einleitung

*Disability History* erforscht, wie und in welchen sozialen und kulturellen Kontexten Menschen auf der Basis bestimmter körperlicher, psychischer oder mentaler Merkmale den Kategorien "behindert" und "normal" zugeordnet werden.[1] Beeinträchtigungen, Benachteiligungen und Ausgrenzungen, die mit der Zuschreibung "Behinderung" verknüpft sind, werden dabei sowohl als Konsequenzen materieller Kräfte und Barrieren als auch als Produkte kultureller Werte, Erwartungen und Praktiken verstanden. "Behinderung" oder "Normalität" sind demnach keine individuellen Eigenschaften, sondern Kategorien, die innerhalb des Gesellschaftssystems in **Abhängigkeit** voneinander hergestellt werden - in wissenschaftlichen und politischen Diskursen, in **Bürokratie** und Institutionen und in der Alltagswelt.

In der bundesdeutschen **Behindertenpolitik**, um die es im Folgenden geht, wurde Behinderung bis in die 1970er Jahre hinein vor allem als individuelles, funktionales Defizit in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit und **Produktivität** einer Person verstanden.[2] So auch in einer Definition des Bundesinnenministeriums aus dem Jahr 1958: "Als behindert gilt ein Mensch, der entweder aufgrund angeborener Missbildung bzw. Beschädigung oder durch Verletzung oder Krankheit (...) eine angemessene Tätigkeit nicht ausüben kann. Er ist mehr oder minder leistungsgestört (lebensuntüchtig)."[3]

### Behinderung als Objekt der Forschung und sozial(politisch)es "Problem"

Dieses individuelle, medizinische Defizitmodell hat eine lange Geschichte. Es entstand im 19. Jahrhundert im medizinischen Fachdiskurs. Behinderung wurde biologistisch und gänzlich unabhängig von Kultur und Gesellschaft definiert. Medizinisch konstatierte "Andersheiten" wurden als Defekt oder Störung gedeutet.

Verkörperte "Andersheiten" waren im 19. Jahrhundert nicht nur Objekte der Forschung, sondern vor allem auch Zielobjekte von Therapie und Präventionsversuchen - dies gebot die im Zuge der Aufklärung formulierte bürgerliche Sozialethik. Behinderte Menschen - in der Diktion der Zeit als "verkrüppelt", "missgebildet" oder "idiotisch" bezeichnet - galten als soziales Problem. Es sollte mit den Mitteln des entstehenden Sozialstaats und der privaten Wohltätigkeit gelöst werden - zum Nutzen der Gesellschaft und des Individuums. Das Ziel war die weitgehende Anpassung der als abweichend und defizitär

### Menschen mit Behinderungen

- > [Editorial](#)
- > [Mongolisch ist mongolisch und klingt so wie mongolisch - Essay](#)
- > [Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der \*Disability History\*](#)
- > [Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen](#)
- > [Ja zur Vielfalt \(sonder-\)pädagogischer Angebote - Essay](#)
- > [Über Widersacher der Inklusion und ihre Gegenreden - Essay](#)
- > [Draußen vor der Tür: Die Arbeitsmarktsituation von Menschen mit Behinderung](#)

#### ZUR BESTELLUNG



### Access Entry Partizipation "Access All Areas? Teil I"

Seit 2009 gilt die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland. Was hat sich seitdem auf dem Gebiet der vieldiskutierten Inklusion getan? werkstatt.bpb.de hat zum Thema die Soziologin Uta George interviewt.

> [Mehr lesen auf werkstatt.bpb.de](#)

klassifizierten die funktionalen Erwartungen der bürgerlichen, kapitalistisch verfassten Gesellschaft.

Dort bildeten Leistungsfähigkeit und Produktivität entscheidende soziale Bewertungskriterien. Nutzbringende Erwerbsarbeit galt als Produktionsfaktor, Ausdruck menschlichen Seins und Integrationsinstrument zugleich. Medizinische, pädagogische und berufliche Maßnahmenkataloge wurden entwickelt, um der Gesellschaft die ihr vermeintlich fern stehenden Menschen mit Behinderungen zuzuführen. Bereits vor dem Ersten Weltkrieg wurde dieser Rehabilitationsansatz institutionalisiert und in der gesetzlichen Unfallversicherung auch erstmals sozialgesetzlich verankert. Auch die zumeist konfessionellen Einrichtungen der sogenannten Krüppelfürsorge begannen um 1900, ihre traditionellen Kernaufgaben der Seelsorge, Erziehung und Dauerpflege von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen um medizinische Therapie und berufsvorbereitende Maßnahmen zu ergänzen. Im Ersten Weltkrieg schließlich hielt das Rehabilitationsparadigma aufgrund des Massenphänomens der Kriegsbeschädigung auch im staatlichen Versorgungswesen Einzug. Somit war lange vor 1949 das Prinzip Rehabilitation in den drei Säulen des sogenannten Gegliederten Systems deutscher Sozialstaatlichkeit - Fürsorge, Sozialversicherung und Versorgungswesen - zumindest vorgezeichnet.

## **Sozialleistungspolitik und Erwerbsarbeitsparadigma**

Den konzeptionellen Kern der bundesdeutschen Behindertenpolitik bildeten weiterhin medizinisches Defizitmodell, Normalisierungsziel und Rehabilitationsparadigma. Behindertenpolitik blieb zunächst eine Politik der sozialen Sicherung. Bis zur Gleichstellungspolitik war es ein sehr weiter Weg. Unter Rehabilitation verstanden Expertenschaft, Politik und Verwaltung zunächst eine funktionale "Wiederherstellung" durch medizinische Eingriffe einschließlich der Prothetik sowie die Befähigung zur Erwerbsarbeit in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen. Erwerbsarbeit als ideales Kompensations- und Eingliederungsinstrument sollte behinderten Menschen helfen, über ihr "Schicksal" hinwegzukommen. Behinderung wurde mit Leid gleichgesetzt, das kaum Raum für ein erfülltes Leben zu lassen schien, wenn nicht zumindest die Möglichkeit zur produktiven Tätigkeit bestand.

Menschen, die selbst mit Behinderungen lebten, konnten in den öffentlichen und politischen Arenen kaum Einfluss auf diese Fremdzuschreibungen nehmen. Dies galt selbst für die Organisationen der Kriegsbeschädigten, die in den 1950er und 1960er Jahren eine vergleichsweise stimmkräftige und lobbystarke Gruppe unter den behinderten Menschen darstellten. Viele litten darunter, dass ihr Leben als kaum lebenswert bezeichnet wurde. Zudem verknüpften sie ihre Beschädigung oft mit einem heroischen Aufopferungstopos, der sich schlecht mit der ihnen bisweilen unterstellten Hilflosigkeit verbinden ließ. Sie seien keine "armseligen Kreaturen", protestierte ein Redner des Verbands der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e.V. (VdK) im Jahr 1963. Das Leben sei sehr wohl lebenswert, und mit einer Behinderung könne man sich durchaus aussöhnen.<sup>[4]</sup> Um jedoch Ansprüche vor den Sozialleistungsträgern geltend zu machen und Nachteilsausgleiche zu erlangen, mussten sich behinderte Menschen immer wieder der Legitimationskette "behindert - arm - hilfsbedürftig" bedienen. Beschränkungen und "Störungen" mussten in individuellen Gutachter- und Bemessungsverfahren, aber auch von den Interessenorganisationen immer wieder betont werden. Somit trugen die Betroffenen zwangsläufig dazu bei, das defizitorientierte Denken über Behinderung zu reproduzieren.

Den Agenturen der sozialen Sicherung schien das soziale "Problem" Behinderung durch funktionale Normalisierung überwindbar, wenn nur ausreichende Sozialleistungen entwickelt, Therapie- und Umschulungsinfrastrukturen geschaffen und technische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wurden. An der Grundgesamtheit der sozialstaatlichen Hilfen fällt dreierlei besonders auf: Behindertenpolitik und Rehabilitation waren erstens auf einen Idealklienten hin zugeschnitten: den erwachsenen Mann, der bereits einmal erwerbstätig gewesen war und mit einer körperlichen Behinderung lebte. Erst im Lauf der 1960er und 1970er Jahre "entdeckten" Expertenschaft und Politik Behinderungen anderer Art und Ursache. Menschen mit intellektuellen und seelischen Beeinträchtigungen beispielsweise rückten sehr langsam ins Bewusstsein der Akteure. Je weiter dieser Prozess fortschritt, desto mehr Behinderungen wurden jedoch "produziert". Im Zuge des Ausbaus des Sonderschulwesens wurde beispielsweise die

Kategorie "lernbehindert" erst entwickelt.

Zweitens wurden angesichts der wirtschaftlichen Erholung seit dem letzten Drittel der 1950er Jahre und des expandierenden Sozialstaats gerade die Hilfen bei Behinderung, ihre Infrastrukturen und Klientelkreise, Aktionsradien und Maßnahmenkataloge systematisch erweitert. Dort, wo der Rehabilitationsgedanke noch nicht vorgesehen war, wurde er gesetzlich verankert, so etwa 1959 in der Rentenversicherung und 1974 in der Krankenversicherung. Der bereits 1957 eingeführte Rehabilitationsauftrag der Bundesanstalt für Arbeit (bis 1969 Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) wurde 1969 durch das Arbeitsförderungsgesetz erweitert und machte die Bundesanstalt zu einem der wichtigsten Rehabilitationsträger. Die Aufnahme von Studierenden, Schülern und Kindergartenkindern in den Geltungsbereich der Unfallversicherung 1970 verdeutlicht die Ausweitung der Adressatenkreise.

Drittens: Das sogenannte Gegliederte System betraf alle sozialstaatlichen Hilfen bei Behinderung. Es umfasste die Leistungsbereiche Sozialversicherung, Versorgungswesen und öffentliche Fürsorge/Sozialhilfe. Diese hatten jeweils unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, Kompetenzen, finanzielle und infrastrukturelle Möglichkeiten. Behinderte Menschen wurden ihnen je nach Ursache der Behinderung und ihrem Erwerbsstatus zugeordnet. Diese als Kausales Prinzip bezeichnete Vorgehensweise erwies sich in der Praxis als problematisch: Das System war unübersichtlich, Umfang und Qualität der Sozialleistungen divergierten. Erhebliche soziale Ungleichheiten waren die Folge. Ab Mitte der 1960er Jahre schlugen deshalb Kritiker vor, die Hilfen bei Behinderung am sogenannten Finalen Prinzip auszurichten: Im Mittelpunkt sollte das jeweilige Rehabilitationsziel stehen, Behinderungsursache und Erwerbsstatus hingegen sollten keinen Unterschied mehr machen.

Die seit 1969 amtierende sozialliberale Bundesregierung setzte hier einen Reformprozess in Gang. Sie war mit großen Zielen an die Behindertenpolitik herangetreten, hatte ein "Jahrzehnt der Rehabilitation" angekündigt.<sup>[5]</sup> Willy Brandt (SPD) sprach als erster Bundeskanzler in einer Regierungserklärung die Situation von behinderten Menschen explizit an. Die sozialdemokratischen Schlagworte "Demokratisierung", "Lebensqualität" und "Humanisierung" sollten die Behindertenpolitik in Konzeption und Umsetzung prägen. Gelang es, Menschen mit Behinderungen ein gleichberechtigtes Leben in der Gemeinschaft zu erschließen, hatte sich die demokratische Gesellschaft an ihnen bewiesen: "Die Qualität des Lebens für die Behinderten in unserer Gesellschaft ist ein Spiegel der Qualität der Gesellschaft",<sup>[6]</sup> verkündete 1974 Bundesarbeitsminister Walter Arendt (SPD). Insbesondere über das Sozialleistungsrecht sollte "Chancengleichheit", ein weiteres Schlagwort der Koalition, hergestellt werden. Da die skizzierten Ungleichheitslagen mit diesem Anspruch nicht mehr vereinbar waren, wurde 1974 mit einem Reformpaket, dessen Kern das Rehabilitationsangleichungsgesetz bildete, der Versuch unternommen, die finale Betrachtungsweise gesetzlich zu verankern. Die sozialen Ungleichheiten wurden zumindest ansatzweise begradigt, das Gegliederte System selbst blieb unangetastet.

Reformbedürftig erschien auch die behindertenpolitische Beschränkung auf Wiederherstellung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Immer mehr Vertreterinnen und Vertreter der Ministerialbürokratie, Politik und der Expertenschaft forderten nun beispielsweise den Abbau von Hindernissen in der gebauten Umwelt als eigenes Aufgabengebiet der Rehabilitation. Behindertenpolitik sollte nicht mehr nur am Individuum, sondern gezielt an der Gesellschaft und ihren Bedingungen ansetzen. Zwar wurde das eigentliche Problem weiterhin in den "nicht normalen" Körpern verortet, die Lösung schien nun jedoch darin zu bestehen, die Umwelt umzugestalten. Bislang hatte die Ansicht geherrscht, dass manche Menschen aufgrund ihres "Anderseins" naturgemäß an den "normalen" Bedingungen der Umwelt scheitern mussten. Demgegenüber klang nun in den 1970er Jahren - oftmals in gedanklicher Verbindung zur Stadtkritik - vor allem in der Expertenschaft Kritik an dem an, was in der Gesellschaft als "normal" galt. Alltägliche urbane Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen wurden beispielsweise dafür kritisiert, dass sie weitgehend auf die begrenzte Gruppe von Menschen hin ausgerichtet seien, die beweglich, motorisiert und finanziell gut gestellt seien. Die Bundesregierung wollte Diversitätsfolgen kompensieren, indem sie den Hindernisabbau ideell und materiell förderte. Aufgrund beschränkter Kompetenzspielräume konzentrierte sie sich vor allem darauf, zwei DIN-Normen<sup>[7]</sup> zum hindernisfreien Bauen zu initiieren. Hindernisabbau und "behindertengerechtes" Bauen

blieben dabei mit Rehabilitation und Anpassung verknüpft. Behinderung galt jedoch weiterhin als individuelles Problem, das mit instrumenteller Hilfe gelöst werden konnte und musste. Integration wurde als Bemühung verstanden, Menschen in die Gesellschaft hereinzuholen, der sie bisher scheinbar fern standen.

## **Anfänge des kategorialen Wandels in den 1970er Jahren**

Dennoch - und trotz aller Divergenzen zwischen Theorie und Praxis dieser Reformphase - lässt sich der Beginn eines Politik- und Denkwandels ausmachen. Impulse kamen aus dem in den 1960er Jahren einsetzenden allgemeinen Wandel von Werten und der wachsenden politischen und sozialen Sensibilisierung der Gesellschaft. Verschiedene gesellschaftliche Akteure, erstmals verstärkt auch die Medien, stellten sich die Frage, welchen Platz und welche Rollen Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft einnehmen sollten. Bisher schien dieser Platz qua Biologie und Schicksal vorgezeichnet zu sein. Nun wurde er verhandelbar. Bemerkbar machte sich dies zum Beispiel in den Sprachregelungen der Politik: Bei Bundespräsident Gustav Heinemann (SPD), Bundesarbeitsminister Arendt und anderen gerieten um 1970 Menschen mit Behinderungen zu "behinderten Mit-Bürgern".<sup>[8]</sup> Zwar lässt sich einwenden, dass das "Mit-" letztlich eine Teilqualifikation beinhaltet, jedoch markierte der Begriff durchaus eine Aufwertung. Erstmals wurden Menschen mit Behinderungen als Bürger - nie als Bürgerinnen - angesprochen. Bürger oder Bürgerin zu sein steht für Mündigkeit und konstituiert sich in Rechten und Pflichten, unter anderem in denen von Steuerzahlerinnen und Steuerzahlern, Wählerinnen und Wählern. Zuvor waren behinderte Menschen vorrangig als Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen betrachtet worden. Bürger dagegen konsumieren und partizipieren. Der Begriff markiert einen Öffnungs- und Umdenkprozess und zeigt, dass behinderten Menschen - vor allem Männern - neue soziale Orte in der Gesellschaft zugeordnet wurden.

Feststellen lässt sich zudem, dass Sprecherpositionen im politischen Diskurs neu verteilt wurden. Wenngleich noch immer nicht behinderte Funktionäre und Funktionärinnen das Feld dominierten, begannen allmählich Menschen, die mit Behinderungen lebten, für sich selbst zu sprechen. Über unterschiedlichste Selbsthilfe- und Aktionsbündnisse und die entstehende Emanzipationsbewegung steigerten sie ihre politische Sichtbarkeit. Noch kaum jedoch erhielten sie Zugang zu den wissenschaftlichen Diskussionsarenen: Behinderten Menschen, die dort auftraten, gehörten meist selbst den Rehabilitationsprofessionen an und verfügten so bereits über den Status und die Glaubwürdigkeit von Experten. Als "Experten ihrer selbst" erreichten behinderte Menschen die wissenschaftlichen Foren selten.

Dennoch wurde im wissenschaftlichen Behinderungsdiskurs die hegemoniale Stellung der Ärzte durchbrochen: Vor allem Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftler, die Behinderung als Forschungsgegenstand für sich entdeckten, schufen Gegengewichte zur individuell-medizinischen Erklärung von Behinderung. Schritt für Schritt speisten sie ein Moment der sozialen Bedingtheit in die Erklärungsmodelle von Behinderung ein.<sup>[9]</sup> Über die Fachtagungen der Professionsverbände und die bei den Ministerien angesiedelten Expertengremien beispielsweise gelangten diese veränderten Sichtweisen in den politischen Raum. Gesellschaftskritische Autoren beispielsweise beschrieben nun behindernde Umweltgestaltungen als augenscheinliche Konsequenzen eines ausgrenzenden Verhaltens der "Produktiven" und "Normalen". Auf der Basis der herrschaftssoziologischen These von der sozialen Disziplinierung und Entmündigung des "betreuten Menschen" durch seine Betreuer<sup>[10]</sup> fragte sich eine kritische Generation von in der Rehabilitation tätigem Fachpersonal, ob sie das Problem, das sie lösen wollte, nicht selbst geschaffen hatte.<sup>[11]</sup>

Doch fällt die Bilanz des Umdenkens ambivalent aus. Erstens machte sich deutlich eine Kluft zwischen Theorie und Praxis bemerkbar. Zweitens wurden Menschen, die mit Behinderungen lebten, wiederum gedanklich zu Opfern - nun der Gesellschaft - degradiert. Sie waren erneut Gegenstand von Narrativen des Scheiterns und der Unterdrückung, allerdings mit dem Unterschied, dass sie nun nicht mehr primär Schicksal und Biologie ausgeliefert zu sein schienen, sondern der Brutalität und Ignoranz einer Gesellschaft, die sich nicht nur in Ausgrenzung und Diskriminierung, sondern auch in Bevormundung und Abhängigkeit manifestierte.

## **Protest und Selbstbestimmung: Emanzipationsbestrebungen**

## behinderter Menschen seit den 1980er Jahren

Bilder von unterdrückten und bevormundeten Opfern produzierte auch die seit dem Ende der 1970er Jahre entstehende Emanzipationsbewegung.<sup>[12]</sup> Am provokantesten taten dies die seit 1977 entstehenden "Krüppelgruppen". Bewusst kämpferisch wählten sie die provokante Selbstbezeichnung "Krüppel", um sich von den Integrations- und Normalisierungserwartungen der Behindertenpolitik zu befreien; sie forderten behinderte Menschen dazu auf, sich aus ihrem Opferstatus zu befreien.<sup>[13]</sup> Möglich schien dies nur auf dem Weg der radikalen Konfrontation mit und der Abgrenzung von den vermeintlich "Normalen". Hingegen setzten die seit 1968 vielerorts entstehenden Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V. auf Kooperation und die Bündelung von Kräften, insbesondere beim Abbau von Alltagsbarrieren auf lokaler Ebene. Ähnlich orientierten sich Gusti Steiner (1938-2004) und Ernst Klee (geb. 1942), der nicht mit einer Behinderung lebte. Sie boten 1974 erstmals an der Volkshochschule Frankfurt/M. den Kurs "Bewältigung der Umwelt" an. Darin und in vielen weiteren Aktionen setzten sie auf Satire und Provokation als Ausdrucks- und Aufklärungsmittel, um mediale Aufmerksamkeit für Hindernisse zu schaffen, auf die vor allem Rollstuhlnutzerinnen und -nutzer täglich stießen.

1980 gelang es einer gemeinsamen Protestveranstaltung von Krüppelgruppen, Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V. und anderen Organisationen, größeres mediales Echo hervorzurufen, ja mit ihrem Anliegen sogar die "Tagesschau" der ARD zu erreichen: Sie fanden sich in Frankfurt zusammen, um gegen das Urteil des dortigen Landgerichts zu demonstrieren, das einer Urlauberin die Minderung des Reisepreises mit der Begründung zugestanden hatte, ihr Urlaubsgenuss sei durch die Anwesenheit von behinderten Jugendlichen maßgeblich beeinträchtigt worden.<sup>[14]</sup> Einen weiteren Höhepunkt erlebte die Bewegung in den Protesten gegen das International Year of Disabled Persons, das die UNO-Vollversammlung ausgerufen hatte und das auch in der Bundesrepublik begangen wurde. Kritisiert wurde, dass behinderte Menschen kaum an der Planung der Veranstaltungen beteiligt bzw. auf diesen wiederum zu passiven und dankbaren Hilfsempfängern eines fürsorglichen Sozialwesens abgewertet wurden. Um dieser Kritik Ausdruck zu verleihen, bildete sich die Aktionsgruppe gegen das UNO-Jahr der Behinderten. Ihre öffentlichkeitswirksamen Aktionen gipfelten im "Krüppeltribunal" in Dortmund.<sup>[15]</sup> Das Tribunal klagte Menschenrechtsverletzungen in Dauerpflegeeinrichtungen, Strukturen der Aussonderung und Mobilitätsbeschränkungen an und deckte als neues Thema die sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen auf.

In der Folge des Protestjahres differenzierte sich die Emanzipationsbewegung aus. Auf lokaler Ebene engagierten sich viele im Abbau von Alltagshindernissen und verschafften sich schrittweise Zugang zur Kommunalpolitik. Andere Gruppen kämpften, zunächst unter dem Dach der politischen Partei Die Grünen, später überparteilich, für die Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsgesetzgebung und griffen aktiv in Eugenik- und Bioethikdiskurse ein. Wichtige Impulse gingen dabei vom 1990 in den USA verabschiedeten Antidiskriminierungsgesetz (Americans with Disabilities Act) und den 1993 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommenen Rahmenbestimmungen über die Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen aus. Letztere verpflichteten die Staaten, Diskriminierungen auf gesetzlichem Weg zu beseitigen und einen rechtlichen Rahmen für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen zu schaffen.

In der Bundesrepublik drängte der sogenannte Initiativkreis Gleichstellung Behinderter erfolgreich darauf, das Grundgesetz entsprechend zu ändern und Gleichstellungsgesetze auf Bundes- und Länderebene zu verabschieden. 1994 wurde der Satz "Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden" in Artikel 3 des Grundgesetzes aufgenommen. Behinderte Menschen sind seither explizit als Trägerinnen und Träger von Grundrechten beschrieben. Damit dieses Benachteiligungsverbot im Alltag Wirkung zeigen konnte, bedurfte es gesetzlicher Konkretisierungen. Eine Allianz zwischen Interessenverbänden und Aktion Sorgenkind e.V. (heute Aktion Mensch e.V.) weckte 1997 mediale Aufmerksamkeit für das Thema und erreichte, dass die Verabschiedung eines Behindertengleichstellungsgesetzes des Bundes 1998 in die Koalitionsvereinbarung einging. Das 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen gibt den Dienststellen des Bundes Rahmenbedingungen vor, die vor Benachteiligungen schützen sollen. Kernanliegen ist eine umfassend verstandene Barrierefreiheit, die sich *nicht* auf die Beseitigung baulich-

technischer Barrieren beschränkt. Menschen mit Behinderungen sollen vielmehr alle Lebensbereiche in allgemein üblicher Weise, ohne besondere Erschwernisse und ohne fremde Hilfe zugänglich gemacht werden. Erstmals in der Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik waren über das Forum behinderter Juristinnen und Juristen behinderte Menschen direkt und ohne die Vorschaltung von Verbänden in die für den Gesetzentwurf zuständige Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung integriert worden. Nötig war aber auch ein Antidiskriminierungsgesetz für den zivilrechtlichen Geltungsbereich. Erst 2006 konnte das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Kraft treten.

In dem skizzierten Ausdifferenzierungsprozess seit den 1980er Jahren nahm, nach angelsächsischem Vorbild, auch die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung ihren Ausgang. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf der autonomen Gestaltung von Leben und Wohnen bei weitgehender Unabhängigkeit von fremder Hilfe bzw. auf der selbstbestimmten Wahl und Gestaltung der Hilfen.[16] Das erste Zentrum für Selbstbestimmtes Leben entstand 1986 in Bremen. 1990 wurde die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. gegründet, um praxisorientierte Beratungsarbeit und politische Lobbyarbeit zu verbinden. Sie hatte wesentlichen Anteil daran, dass sich in der Behindertenpolitik allmählich eine neue Sichtweise auf den Abbau von Hindernissen etablierte. Das Konzept der Barrierefreiheit löste im Lauf der 1990er Jahre allmählich die ältere Vorstellung ab, nach der durch "behindertengerechtes" Planen und Bauen Sondermaßnahmen geschaffen werden mussten, um eine als nicht "normal" empfundene Gruppe in die Welt der "Normalen" zu integrieren. Nun lautete die neue Lesart, dass Barrieren in der gebauten Umwelt Menschen mit Behinderungen, aber auch viele andere in ihrer Selbstständigkeit und -bestimmtheit, gesellschaftlichen Partizipation und Bewegungsfreiheit einschränkten und daher abgeschafft werden sollten.

### **Inklusion und Normalitätserwartungen seit den 1990er Jahren**

Inklusion ersetzte als Ziel und Methode nun zunehmend Integration: Statt Menschen einer Gesellschaft zuzuführen, der sie vermeintlich nicht angehören, bedeutet Inklusion, eine von Geburt an bestehende Zugehörigkeit aufrecht zu erhalten. An die Stelle von Defizitorientierung sollte die Förderung von Fähigkeiten rücken. Propagiert wurde ein Normalisierungsverständnis, demzufolge die Lebens-, Wohn- und Konsumformen in der Gesellschaft so zu verändern sind, dass sie Menschen mit und ohne Behinderungen gleichermaßen in Anspruch nehmen können. Barrierefreie Technologien galten nun als Garanten von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. Dahinter verbarg sich die Vorstellung, dass die Umwelt durch technische Maßnahmen universell zugänglich und nutzbar gemacht werden könnte. Gelänge dies, gäbe es, so die Erwartung, keine Benachteiligungen mehr, weil behinderte Menschen nicht mehr ausgeschlossen oder auf diskriminierende Weise auf Sondernutzungen und Sonderwege verwiesen würden. [17]

Selten wurde dabei darauf aufmerksam gemacht, dass dies mit einer neuen Angewiesenheit auf Technologien einhergeht und Behinderung dadurch tendenziell weiterhin individualisiert, statt sie zu vergemeinschaften.[18] Wenngleich der Anpassungsdruck an funktionale Normalitätserwartungen und präskriptive Normen gesunken sein mag, lautet das behindertenpolitische Ideal weiterhin, "normal" zu leben. In der Umsetzung gewannen viele behinderte Menschen an Handlungs- und Teilhabeoptionen, jedoch lässt das Normalitätsideal die Einsicht vermissen, dass Leben nicht "normal" sein muss[19] und dass gerade die Umwelt offen für die Pluralität von Zugangs- und Nutzungswegen und eine Vielfalt von Aneignungsmöglichkeiten gestaltet werden kann. Nicht "Andersheit" ist das Problem, sondern Benachteiligung.

### **Schlussbemerkungen**

Mit derlei Fragen beschäftigt sich gegenwärtig *Disability History*. Sie ist Teil des emanzipatorischen Projekts der *Disability Studies*. Im Gegensatz zur "klassischen" Behinderungsforschung in Medizin oder Rehabilitationswissenschaft haben die *Disability Studies* keine interventionistische oder praxisorientierte Motivation. Sie wollen vielmehr traditionelle Sicht- und Denkweisen über Menschen mit Behinderungen überwinden. Einerseits soll eine Forschungscommunity von Menschen mit Behinderungen entstehen, andererseits sollen die Sozial-, Kultur- und Geisteswissenschaften für eine konstruktivistische Sicht auf Behinderung interessiert werden. Aus kulturalistischer Perspektive lassen sich - unter anderem am Beispiel der

*Ich danke Anne Waldschmidt und Alexander Gall für Kritik und konstruktive Anregungen.*

1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 **Auf einer Seite lesen**





## Fußnoten

1. Vgl. Paul K. Longmore/Lauri Umansky, Disability History: From the Margins to the Mainstream, in: dies. (eds.), The New Disability History: American Perspectives, New York-London 2001, S. 1-29.
2. Vgl. zur Basis der folgenden Synthese mit weiteren Nachweisen Elsbeth Bösl, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der **Bundesrepublik Deutschland**, Bielefeld 2009.
3. Bundesministerium des Innern (BMI) Abt. Va1, Schreiben an Abt. Va2, 12.8.1958, Bundesarchiv (BArch) B 106 8414.
4. Vgl. 1. Ohnhändertagung des VdK am 9.2.1963 in Düsseldorf, Rede v. Ludwig Hönle, NRWStA BR 1134 594.
5. Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) Walter Arendt, Rede zur Gründung des Vereins Haus der Behinderten Bonn e.V., Manuskript, 29.10.1973, BArch B 189 28091.
6. Walter Arendt, Wege zur Chancengleichheit der Behinderten, in: Kurt-Alphons Jochheim u.a. (Hrsg.), Wege zur Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den 25. Kongress der DeVG e.V. in Bad Wiessee, 10.-12.10.1973, Heidelberg 1974, S. 11-21, hier S. 20.
7. DIN 18025 Wohnungen für Schwerbehinderte, Planungsgrundlagen, Bl. 1: Wohnungen für Rollstuhlbenutzer (1972), Bl. 2: Wohnungen für Blinde und wesentlich Sehbehinderte (1974); DIN 18024 Bauliche Maßnahmen für Behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich. Planungsgrundlagen, Bl. 1: Straßen, Plätze und Wege (1974), Bl. 2: Öffentlich zugängliche Gebäude (1976).
8. Weihnachtsansprache des Bundespräsidenten. Appell an Solidarität und Bürgermut, in: Bulletin des Presse- und Informationsamts der Bundesregierung, 28.12.1971, S. 2090.
9. Vgl. beispielsweise Walter Thimm, Soziologie der Behinderten, Neuburgweiler 19723; Aiga Seywald, Körperliche Behinderung. Grundfragen einer Soziologie der Benachteiligungen, Frankfurt/M.-New York 1977; Gerd W. Jansen, Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen, Neuburgweiler 19742; Wolfgang Jantzen, Sozialisation und Behinderung. Studien zu sozialwissenschaftlichen Grundfragen der Behindertenpädagogik, Gießen 1974.
10. Vgl. Helmut Schelsky, Die neuen Formen der Herrschaft: Belehrung, Betreuung, Beplanung, in: Hermann Glaser (Hrsg.), Fluchtpunkt Jahrhundertwende. Ursprünge und Aspekte einer zukünftigen Gesellschaft, Bonn 1979, S. 135-143.
11. Vgl. Andrea Buch u.a., An den Rand gedrängt. Was Behinderte daran hindert, normal zu leben, Hamburg 1980, S. 12.
12. So u.a. Udo Sierck/Nati Radtke, Die Wohltäter-Mafia. Vom Erbgesundheitsgericht zur Humangenetischen Beratung, Hamburg 1984.
13. Vgl. Krüppelgruppe Bremen, Krüppelunterdrückung und Krüppelgegenwehr, in: Psychologie und Gesellschaftskritik, 4 (1980) 3, S. 4-8, hier S. 4, 6, 8.
14. Vgl. Carol Poore, Disability in Twentieth-Century German Culture, Ann Arbor 2007, S. 277f.
15. Vgl. Susanne von Daniels u.a. (Hrsg.), Krüppel-Tribunal. Menschenrechtsverletzungen im Sozialstaat, Köln 1983, S. 9-10.
16. Vgl. Vereinigung Integrationsförderung e.V. (Hrsg.), Behindert ist, wer Hilfe braucht - Integration - ein praktisches Problem, München 1981, S. 12.
17. Vgl. z.B. Europäisches Institut Design für Alle in Deutschland, European Concept für Accessibility/ECA für Verwaltungen, Berlin 2008.
18. Vgl. Sally French, What's so great about independence?, in: John Swain u.a. (eds.), Disabling Barriers - Enabling Environments, London-Newbury Park-New Delhi 1993, S. 44-48.
19. Vgl. Anne Waldschmidt, Ist Behindertsein normal? Behinderung als flexibelnormalistisches Dispositiv, in: Günther Cloerkes (Hrsg.), Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen, Heidelberg 2003, S. 83-101, hier S. 98.

Bewerten Sie diesen Beitrag: ★★★★★

Politik	Internationales	Geschichte	Gesellschaft	Nachschlagen	Veranstaltungen	Lernen
Hintergrund aktuell	Europa	Nationalsozialismus	Gender	Lexika	Veranstaltungskalender	Unterrichtsthemen
Grundfragen	Weltweit	Deutsche Geschichte	Migration	Zahlen und Fakten	Themen	Formate
Innenpolitik	Asien	Deutsche Einheit	Umwelt	Gesetze	Format	Zielgruppe
Extremismus	Amerika	Zeitgeschichte	Bildung	Datenreport 2018	Zielgruppe	Digitale Bildung
Wahlen	Afrika		Digitales		Netzwerke	Forschen mit GrafStat
Wirtschaft			Medien & Sport		Dokumentation	Projekte

[IMPRESSUM](#)   [DATENSCHUTZ](#)   [NETIQUETTE](#)   [SITEMAP](#)   [PRESSE](#)   [KONTAKT](#)   [PARTNER](#)   [ZUR MOBILEN WEBSITE](#)

<b>Social Media</b>    	<b>Weitere Angebote</b> <a href="#">17juni53.de</a> <a href="#">chronik-der-mauer.de</a> <a href="#">kinofenster.de</a> <a href="#">wir-waren-so-frei.de</a> <a href="#">chotzen.de</a> <a href="#">jugendopposition.de</a> <a href="#">spielbar.de</a>
--	---





# Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik

TAB-Fokus Nr. 23 zum Arbeitsbericht Nr. 184

April 2019

## In Kürze

- Pränataldiagnostische Verfahren sind in Deutschland seit 40 Jahren Teil der medizinischen Schwangerenbetreuung. Seither hat die Zahl der verfügbaren Methoden deutlich zugenommen.
- Bis zum Sommer 2019 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ob nichtinvasive Pränataltests (NIPT) eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden. NIPT können im mütterlichen Blut bestimmte genetische Abweichungen (z. B. Trisomie 13, 18 oder 21) des Fetus ermitteln.
- Die Verfügbarkeit der risikoarmen NIPT kann dazu führen, dass genetische Untersuchungen am Fetus zur Norm werden. Damit stellen sich grundsätzliche Fragen zu Pränataldiagnostik in neuer Dringlichkeit, etwa, wie eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung vermieden werden kann, ohne das Recht auf einen selbstbestimmten Kinderwunsch infrage zu stellen.
- Die notwendig erscheinende gesamtgesellschaftliche Debatte könnte durch parlamentarische Aktivitäten angestoßen und geprägt werden.

## Worum es geht

Pränataldiagnostik (PND) umfasst alle vorgeburtlichen Untersuchungen, die darauf zielen, Informationen über das werdende Kind zu erhalten. Es existiert eine Reihe von Untersuchungsmethoden, die zumeist in sogenannte invasive und nichtinvasive Verfahren unterschieden werden (Abb. 2). Invasive Verfahren gehen mit einer Punktion der Fruchtblase oder der Plazenta einher und bergen daher höhere verfahrensbezogene Risiken (etwa für eine Fehlgeburt) als die nichtinvasiven Verfahren. Nichtinvasive Verfahren wie Ultraschalluntersuchungen machen zwar einen Eingriff in die Gebärmutter unnötig, gelten aber nicht als diagnostisch. Sie können folglich nur Hinweise auf Diagnosen geben, die dann mit anderen Verfahren überprüft werden müssen.

Vorgeburtliche Untersuchungen ermöglichen es, Schwangerschaft und Geburt insbesondere bei Auffälligkeiten medizi-

nisch so zu begleiten, dass Schaden von werdender Mutter und werdendem Kind abgewendet werden kann (z. B. durch Medikation, Operationen am Fetus im Mutterleib und unmittelbare nachgeburtliche Therapie). Allerdings gibt es gerade für viele der Behinderungen, die im Fokus pränataler Untersuchungen stehen (wie z. B. Trisomie 13, 18 und 21; Abb. 1), keine ursächlichen Therapien. Wird eine solche Behinderung vorgeburtlich entdeckt, mündet sie für die werdenden Eltern zumeist in die Frage nach Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft. Ein Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland über die gesamte Schwangerschaft möglich, wenn eine sogenannte medizinische Indikation vorliegt. Dazu müssen ein Arzt oder eine Ärztin der Schwangeren bescheinigen, dass der Schwangerschaftsabbruch die einzige Möglichkeit darstellt, ihre körperliche oder seelische Gesundheit nicht zu gefährden.

Es gibt keine einheitlich erhobenen bundesweiten Statistiken zur Nutzung und zu den Folgen von Pränataldiagnostik. In verschiedenen Studien wird übereinstimmend darauf hingewiesen, dass für die meisten angeborenen Behinderungen die Abbruchzahlen nach einer vorgeburtlichen Diagnose bei über 50 % liegen (für die Trisomien 13, 18 und 21 bei über 85 %). Die neuartigen NIPT ermöglichen eine medizinisch weitgehend risikofreie, sehr frühe Aussage über das Vorliegen einer fetalen Behinderung. Kritiker/-innen befürchten, dass sich damit die Selektion von werdenden Kindern mit Behinderungen weiter ausdehnt.

## Nichtinvasive Pränataltests

Eine vergleichsweise neue vorgeburtliche Untersuchungsmethode im Bereich der nichtinvasiven Verfahren zielt auf die Untersuchung zellfreier »fetaler« (eigentlich plazentarer) DNA aus dem Blut der Mutter. Bei diesen – wahlweise als

### Auftraggeber

Ausschuss für Bildung, Forschung und  
Technikfolgenabschätzung  
+49 30 227-32861  
bildungundforschung@bundestag.de

nichtinvasive Pränataltests, nichtinvasive Pränataldiagnostiken, zellfreie DNA-Tests oder schlicht Bluttests bezeichnen – Verfahren bildet eine einfache Blutentnahme bei der Schwangeren die Basis, Aussagen über die Wahrscheinlichkeit von genetisch bedingten Abweichungen des Fetus zu treffen. Die Tests können mit hoher Treffsicherheit die Trisomien 13, 18 und 21 sowie das fetale Geschlecht erkennen. Sie gelten nicht als diagnostisch, sodass ein auffälliger Befund durch andere, meist invasive Verfahren überprüft werden sollte. NIPT sind seit 2012 in Deutschland für Schwangere als Selbstzahlerleistung zugelassen.

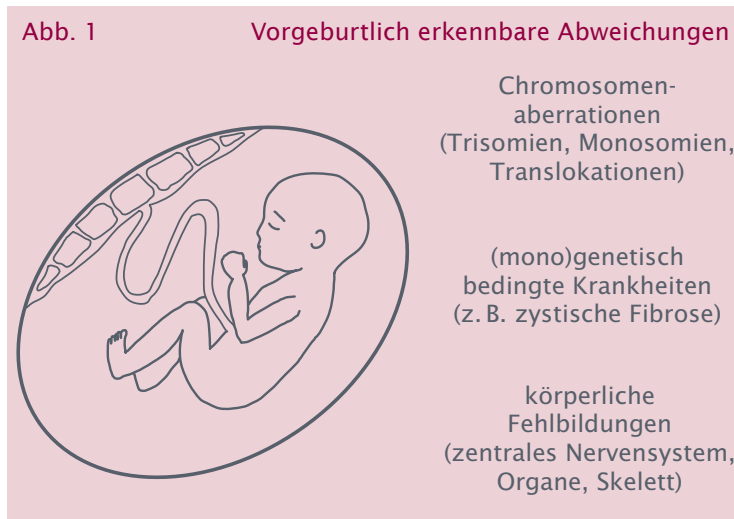
Im Bereich der Pränataldiagnostik und insbesondere im Bereich neuer genetischer Analyseverfahren wie NIPT zeigen sich Bemühungen seitens der Testhersteller, neue, schnellere und diagnostisch umfassendere Verfahren zu entwickeln und zu patentieren. Es steht zu erwarten, dass viele Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen pränatale Diagnostik sowohl mit Blick auf ihre methodische Vielfalt als auch mit Blick auf ihren diagnostischen Umfang erweitern werden. Die pränatal verfügbaren genetischen Informationen über Feten und Embryos würden damit drastisch ansteigen.

## Rechtliche Grundlagen

Zu den NIPT läuft bis Sommer 2019 ein Methodenbewertungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das darüber entscheiden wird, ob nichtinvasive Pränataltests zu den Trisomien 13, 18 und 21 sogenannten Risikoschwangeren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei angeboten werden sollen. Eine Risikoschwangerschaft im Sinne der Trisomiewahrscheinlichkeit ist dabei nicht abschließend definiert. Das Methodenbewertungsverfahren zu NIPT, das voraussichtlich noch bis Sommer 2019 läuft, hat zu heftigen Kontroversen insbesondere in Teilen der Zivilgesellschaft geführt. Kern dieser Debatte ist die Frage, inwiefern pränataldiagnostische Verfahren, die keine primär therapeutischen Optionen eröffnen, Teil der gesetzlichen Kassenleistungen sein sollen. Kritiker/-innen der Tests argumentieren, dass diese in erster Linie dazu dienen, Schwangerschaften mit behinderten Feten zu beenden. Sie fordern eine breite gesellschaftliche Debatte dazu, ob diese Tests gesellschaftlich gewollt sind und ob mit der Pränataldiagnostik ein implizites Werturteil über Menschen mit Behinderung einhergeht.

Zentrale Grundlagen zur Regulierung von vorgeburtlichen genetischen Analysen, zur Beratung von Schwangeren und zu Schwangerschaftsabbrüchen bilden das Gendiagnostikgesetz, das Schwangerschaftskonfliktgesetz und das Strafgesetzbuch. Diese Gesetze zielen darauf ab, eine informierte Einwilligung zu vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen zu gewährleisten, das Angebot psychosozialer Beratung in der Schwangerschaft zu stärken, den Umgang mit Schwangerschaftskonflikten zu regeln und Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Schwangerschaftswoche auf besondere Konfliktfälle zu begrenzen.

Europäische Nachbarstaaten weisen sehr unterschiedliche Angebote, Nutzungsweisen und Regelungen von pränataldiagnostischen Untersuchungen und von daran ggf. anschließenden Schwangerschaftsabbrüchen auf; auch die begleitenden gesellschaftlichen Debatten fallen unterschiedlich intensiv aus und setzen andere Schwerpunkte.



## Die Situation der schwangeren Frauen

Für Deutschland zeigen Befragungen von (schwangeren) Frauen sowie Ärztinnen und Ärzten, dass die meisten Schwangeren pränataldiagnostische Angebote nutzen, die weit über die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen hinausgehen (Abb. 2). Dafür sind sie bereit, Eigenbeteiligung zu zahlen. Zugleich haben Schwangere mehrheitlich kein genaues Verständnis von Pränataldiagnostik und nehmen diese als Standardoption in der Schwangerschaftsbetreuung wahr. Häufig hoffen sie, dass ihnen pränataldiagnostische Verfahren die Gesundheit des werdenden Kindes bestätigen. Gleichzeitig weckt die Pränataldiagnostik in der Mehrzahl der Fälle erst die Angst vor einem behinderten Kind. Die große Mehrheit der schwangeren Frauen verknüpft mit der Möglichkeit, ein behindertes Kind zu bekommen, in erster Linie Ängste um die eigene zeitliche und finanzielle Autonomie und um die Partnerschaft.

In ihren Entscheidungen zu Pränataldiagnostik stützen sich schwangere Frauen vor allem auf die Informationen ihres behandelnden Arztes oder ihrer Ärztin. Für die Ärztinnen und Ärzte stellt sich folglich die Aufgabe, Patientinnen mit geringem Vorwissen im Rahmen ihrer haftungsrechtlichen Handlungszwänge über Pränataldiagnostik aufzuklären und umfassend und neutral zu beraten.

## Gesellschaftliche und ethische Fragestellungen

Pränataldiagnostische Untersuchungen und der Umgang mit durch sie gewonnenen, möglicherweise schwerwiegenden Diagnosen verknüpfen Fragen der persönlichen Lebensgestaltung und der individuellen Entscheidungsfindung in schweren Konfliktsituationen mit grundlegenden ethisch-gesellschaftlichen Fragen. Dies liegt zum einen daran, dass die Summe individuell getroffener Entscheidungen gesamtgesellschaftliche Konsequenzen haben kann, etwa, wenn zunehmend weniger Kinder mit vorgeburtlich erkennbaren, angeborenen Behinderungen zur Welt kommen. Zum anderen erscheint es denkbar, dass sich mit der Eröffnung von Handlungsoptionen (etwa durch neue, risikoarme Testverfahren) gesellschaftliche Wertevorstellungen verändern. Wenn es beispielsweise ohne Eingriffsrisiken möglich ist, vorgeburtlich einen Fetus mit Down-Syndrom (Trisomie 21) zu erkennen, geraten dann Eltern eines Kindes mit Down-Syndrom zukünftig unter noch stärkeren Rechtfertigungsdruck für ihre Entscheidung über Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft?

Kritiker/-innen befürchten dies und verweisen darauf, dass das Down-Syndrom keineswegs mit Leiden einhergeht. Menschen mit Down-Syndrom geben in Befragungen eine hohe Lebenszufriedenheit an, und auch Familien mit Kindern mit Down-Syndrom »leiden« mehrheitlich nicht unter der Behinderung ihres Kindes oder Geschwisters, im Gegenteil. Nichtsdestotrotz steht Trisomie 21 besonders im Fokus der Pränataldiagnostik, und viele pränataldiagnostische Verfahren weisen eine besondere Sensitivität für die Erkennung dieses Syndroms auf (etwa NIPT). Die Frage, ob das Angebot, bestimm-

te Behinderungen vorgeburtlich zu erkennen, ein Werturteil über diese Behinderung darstellt, ist nur eine von vielen gesellschaftlichen und ethischen Fragen zu Pränataldiagnostik. Weitere zielen beispielsweise auf die folgenden Punkte:

- › Verändert Pränataldiagnostik die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft? Binden sich Schwangere nur unter Vorbehalt an ihr werdendes Kind, wenn dessen Gesundheit noch nicht pränataldiagnostisch »bestätigt« ist? Oder ist es einfach eine Entscheidungshilfe für werdende Eltern?
- › Inwiefern können NIPT selbstbestimmte reproduktive Entscheidungen fördern? Stellt es eine Benachteiligung von sozial schwachen Schwangeren dar, wenn sie u. U. invasive Pränataldiagnostik kostenfrei nutzen können, nicht aber NIPT, die kein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko aufweisen?
- › Welche Herausforderungen bergen genetische Informationen für werdende Eltern, das zukünftige Kind und behandelnde Ärzte und Ärztinnen? Wie viele und welche genetischen Informationen sollen werdende Eltern von ihrem werdenden Kind erhalten dürfen? Wie soll mit Befunden umgegangen werden, deren klinische Bedeutung unklar ist?

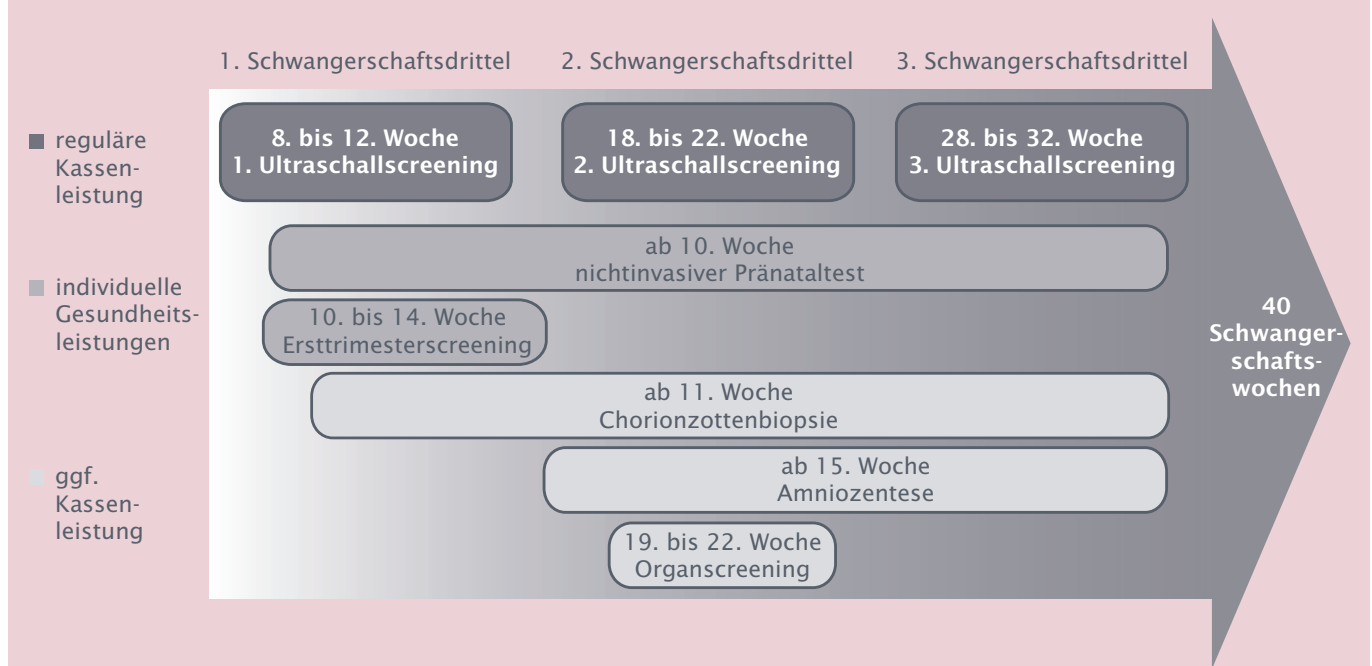
## Handlungsfelder

In der Zusammenschau zeigen sich hinsichtlich der gesellschaftlichen Nutzung der Pränataldiagnostik drei zentrale Herausforderungen:

**Wissenslücken zur derzeitigen pränataldiagnostischen Praxis:** Die Nutzung von Pränataldiagnostik und die aus

Abb. 2

Pränataldiagnostische Untersuchungen im Schwangerschaftsverlauf



dieser Nutzung resultierenden Folgen vollziehen sich an entscheidenden Schnittstellen gleichsam in einer »Black Box«. Beispielsweise gibt es keine bundesweiten, krankenkassen- und einrichtungsübergreifenden Erhebungen dazu, welche pränataldiagnostischen Verfahren von Schwangeren mit welchen Intentionen genutzt werden, über welches Vorwissen die Schwangeren verfügen, wie sie die Nutzung der Pränataldiagnostik rückwirkend beurteilen und wie häufig sie durch pränatal erworbenes Wissen in Konfliktsituationen geraten.

**Individueller und gesellschaftlicher Umgang mit den wachsenden Möglichkeiten der Genomanalyse:** Die gestiegene Anzahl erkennbarer genetischer Besonderheiten erfordert eine differenzierte humangenetische Beratung, um eine informierte Einwilligung zu genetischen Analysen zu gewährleisten; mit der stetig steigenden Anzahl von erkennbaren genetischen Besonderheiten steigen auch die Anforderungen an die Beratung.

**Schwierige Rahmenbedingungen für eine informierte Entscheidung Schwangerer:** Die derzeitige Beratungs- und Informationslandschaft ist beeinflusst von Herstellerinteressen, die bei der Vermittlung von Information zu NIPT sowohl an Schwangere als auch an Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle spielen. Die meisten Schwangeren verfügen über ein begrenztes Wissen zu Pränataldiagnostik und geben als für sie wichtigste Informationsquelle ihren behandelnden Arzt oder behandelnde Ärztin an. Die Ärzte und Ärztinnen berichten ihrerseits von Zeitdruck bei der Beratung und Behandlung, über mangelnde Ressourcen für die Weiterbildung sowie von der Sorge vor Haftungsklagen, wenn sie pränataldiagnostische Angebote und Befunde nicht deutlich genug machen.

Um auf diese Herausforderungen zu reagieren, bestehen Handlungsmöglichkeiten in den Bereich Forschung und Datenerfassung, Dialog, Beratung und Teilhabe sowie Regulierung. Forschungsvorhaben sollten den Informationsbedarf von schwangeren Frauen, die gesellschaftlichen Folgen von PND sowie den Entscheidungsprozess bei auffälligen Befunden untersuchen. Hinsichtlich der Verbesserung der Beratungslandschaft bieten sich eine Förderung von Kooperationen zwischen Arztpraxen, Kliniken und Beratungsstellen, ein Ausbau des Weiterbildungsangebots sowie die kontinuierliche Verbesserung der Informationsmaterialien an.

### TAB-Arbeitsbericht Nr. 184

#### Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik

Alma Kolleck, Arnold Sauter



#### Projektinformation

[www.tab-beim-bundestag.de/de/untersuchungen/u20800.html](http://www.tab-beim-bundestag.de/de/untersuchungen/u20800.html)

#### Projektleitung und Kontakt

Dr. Arnold Sauter  
+49 30 28491-110  
[sauter@tab-beim-bundestag.de](mailto:sauter@tab-beim-bundestag.de)

Zudem können eine Zentralisierung der Hilfen für Familien mit behinderten oder chronisch kranken Kindern und ein Ausbau von unbürokratischen Unterstützungsangeboten die Situation dieser Familien entlasten. Schließlich erscheint es, parallel zum Methodenbewertungsverfahren zu NIPT des G-BA, wünschenswert, einen breiten gesellschaftlichen Austausch zu den Chancen und Grenzen von Pränataldiagnostik, von genetischem Wissen und zum vorgeburtlichen Umgang mit Behinderung zu initiieren, zu denen Interessenvertreter/-innen zentraler gesellschaftlicher Gruppen ebenso eingeladen werden wie die breite Öffentlichkeit.

Mit Blick auf die im Sommer 2019 anstehende Entscheidung zum Methodenbewertungsverfahren des G-BA liegt es nahe, dass der Deutsche Bundestag als Gesetzgeber die Debatte über die bisherige und zukünftige Rolle von Pränataldiagnostik aufgreift und aktiv gestaltet. Eine wesentliche Frage mit Blick auf die zukünftige Regulierung ist, ob Deutschland – wie von zahlreichen zivilgesellschaftlichen und kirchlichen Organisationen gefordert – eine weitere Ausdehnung von Pränataldiagnostik verhindern und den **Zugang zu PND beschränken** möchte oder ob das Ziel in **einer verbesserten Erkennung von fetalen Fehlbildungen** bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft liegen soll. Beiden Zielen liegen divergierende Handlungskonzepte zugrunde.

Das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB) berät den Deutschen Bundestag und seine Ausschüsse in Fragen des wissenschaftlich-technischen Wandels. Das TAB wird seit 1990 vom Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) betrieben. Hierbei kooperiert es seit September 2013 mit dem IZT – Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung gGmbH sowie der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH. Der Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung entscheidet über das Arbeitsprogramm des TAB, das sich auch aus Themeninitiativen anderer Fachausschüsse ergibt. Die ständige »Berichterstattungsgruppe für TA« besteht aus dem Ausschussvorsitzenden Dr. Ernst Dieter Rossmann (SPD) sowie je einem Mitglied der Fraktionen: Stephan Albani (CDU/CSU), René Röspele (SPD), Dr. Michael Ependiller (AFD), Mario Brandenburg (FDP), Ralph Lenkert (Die Linke), Dr. Anna Christmann (Bündnis 90/Die Grünen).



BÜRO FÜR TECHNIKFOLGEN-ABSCHÄTZUNG  
BEIM DEUTSCHEN BUNDESTAG

Alma Kolleck  
Arnold Sauter

# Aktueller Stand und Entwicklungen der Pränataldiagnostik

Endbericht zum Monitoring

April 2019  
Arbeitsbericht Nr. 184







**Aktueller Stand  
und Entwicklungen  
der Pränataldiagnostik**



Das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag (TAB) berät den Deutschen Bundestag und seine Ausschüsse in Fragen des wissenschaftlich-technischen Wandels. Das TAB wird seit 1990 vom Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) betrieben. Hierbei kooperiert es seit September 2013 mit dem IZT – Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung gGmbH sowie der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH.





Alma Kolleyck  
Arnold Sauter

**Aktueller Stand  
und Entwicklungen  
der Pränataldiagnostik**

Endbericht zum Monitoring



Büro für Technikfolgen-Abschätzung  
beim Deutschen Bundestag  
Neue Schönhauser Straße 10  
10178 Berlin

Tel.: +49 30 28491-0  
buero@tab-beim-bundestag.de  
www.tab-beim-bundestag.de

2019

Umschlagbild: © Tanat-Loungtip/123rf.com; Diana Taliun/123rf.com;  
Kateryna Kon/stock.adobe.com

Papier: Circleoffset Premium White  
Druck: Wienands Print + Medien GmbH, Bad Honnef  
ISSN-Print: 2364-2599  
ISSN-Internet: 2364-2602

---

## Inhalt

Zusammenfassung	9
<hr/>	
1 Einleitung	25
<hr/>	
2 Medizinisch-technische Grundlagen: Anwendungen und Entwicklungsperspektiven	37
2.1 Pränataldiagnostik – Begriffe und Verfahren	37
2.1.1 Invasive Verfahren der Pränataldiagnostik	40
2.1.2 Nichtinvasive Verfahren der Pränataldiagnostik	45
2.2 Ziele von PND	62
2.2.1 Krankheitsbilder und Behinderungen im Fokus von pränataler Diagnostik	62
2.2.2 Schwangerschaftsabbrüche bei auffälligem pränatalem Befund	70
2.3 Entwicklungsperspektiven hinsichtlich des Umfangs und der Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik	80
2.3.1 Erweiterung des diagnostischen Umfangs	82
2.3.2 Erweiterung des Methodenspektrums	85
<hr/>	
3 Rechtliche Regelungen in Deutschland und Europa	87
3.1 Gesetzlicher Status quo in Deutschland	87
3.1.1 Gesetze zu Durchführung und möglichen Konsequenzen von PND	87
3.1.2 Richtlinien zur Durchführung und zu möglichen Konsequenzen von PND	92
3.1.3 Gerichtsurteile im Kontext von Pränataldiagnostik	94
3.1.4 Methodenbewertungsverfahren zu NIPT des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	96
3.2 Regelungen in europäischen Nachbarstaaten	100
3.2.1 Vereinigtes Königreich	100
3.2.2 Dänemark	105
3.2.3 Niederlande	106
3.2.4 Schweiz	110



---

4	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen	115
4.1	Informationsstand von Schwangeren zu Pränataldiagnostik, Beratungsangebote und -inhalte	115
4.1.1	Informationsstand von (schwangeren) Frauen zu PND	116
4.1.2	Inhalte der Beratung	118
4.1.3	Beurteilung der Beratung	120
4.2	Akteurs- und Interessengruppen im Bereich PND	125
4.2.1	Frauen	126
4.2.2	Ärztinnen und Ärzte	133
4.2.3	Psychosoziale Beratungsstellen	139
4.2.4	Hebammen	140
4.2.5	Behindertenrechtsgruppen und andere zivilgesellschaftliche Akteure	141
4.2.6	Herstellerunternehmen von NIPT	145
4.2.7	Der Gemeinsame Bundesausschuss	149
4.2.8	Bevölkerung und Öffentlichkeit	150
4.3	Gesellschaftliche Teilgruppen im Fokus der Pränataldiagnostik	155
4.3.1	Down-Syndrom im Fokus pränataler Diagnostik: gesellschaftliche Perspektiven auf und für Menschen mit Trisomie 21	156
4.3.2	Geschlechtsselektion mittels Pränataldiagnostik	161
4.4	Ethische Fragen mit Blick auf PND/NIPT	162
4.4.1	PND als gesellschaftliches Werturteil über Behinderung?	163
4.4.2	Auswirkungen von PND auf die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft	167
4.4.3	Genetische Informationen und einhergehende Herausforderungen	170
4.4.4	Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu Menschenleben	173
4.4.5	Späte Schwangerschaftsabbrüche als ethisches Problem	174
4.4.6	PND als Voraussetzung einer reproduktiven Autonomie der Schwangeren	177
4.4.7	Pränataldiagnostik und der Begriff des Risikos	180
5	Resümee und Handlungsfelder	185
5.1	Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Umfang und Anwendung der PND	185
5.2	Gesellschaftliche Herausforderungen im Kontext von PND	191
5.3	Handlungsfelder zur PND	194

---

6	Literatur	201
6.1	In Auftrag gegebenes Gutachten	201
6.2	Weitere Literatur	201

---

7	Anhang	231
7.1	Abbildungen	231
7.2	Tabellen	232
7.3	Abkürzungen	232
7.4	Glossar	233

---



---

## Zusammenfassung

Pränataldiagnostische Verfahren, also vorgeburtliche Untersuchungen am werdenden Kind, stehen gemeinhin eher selten im öffentlichen oder politischen Fokus. Schließlich vollzieht sich der Lebensbereich »Schwangerschaft und Geburt« eher im Privatleben und wird zumeist nicht medial thematisiert. Eine Ausnahme bildete in den letzten Jahren die Zulassung einer neuen Untersuchungsmethode im Jahr 2012 und die Frage, ob diese neue Methode eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden sollte (2014 mit dem Start des Erprobungsverfahrens des Gemeinsamen Bundesausschusses und 2016 mit der Überführung des Erprobungs- in ein Methodenbewertungsverfahren). Das neue Pränataldiagnostikverfahren wird zumeist als nichtinvasiver Pränataltest (NIPT) bezeichnet und ermöglicht Aussagen über genetische Eigenschaften des werdenden Kindes ausschließlich auf Basis einer Blutentnahme bei der Schwangeren. Damit stellen sich viele altbekannte Fragen zu Pränataldiagnostik mit neuer Dringlichkeit, etwa danach, welches Wissen werdende Eltern über das entstehende Kind erlangen können (sollten) und welche Folgen dieses Wissen haben kann. Vor diesem Hintergrund beschloss Ende 2015 der Bundestagsausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, den aktuellen Stand sowie die Entwicklungen im Bereich der Pränatal- sowie der Präimplantationsdiagnostik in einem TAB-Monitoringprojekt untersuchen zu lassen. Mit Blick auf unterschiedliche gesellschaftliche Wertehaltungen zu Pränataldiagnostik im Allgemeinen und NIPT im Speziellen erscheint der Bundestag als naheliegender Ort, die bereits in einzelnen Fachkreisen und medial angestoßene Debatte zur gesellschaftlichen Rolle von Pränataldiagnostik zu bündeln und zusammenzuführen.

---

## Medizinische Verfahren und Grundlagen

Pränataldiagnostik (PND) umfasst alle vorgeburtlichen Untersuchungen, die darauf zielen, Informationen über das werdende Kind zu erhalten. Es existiert eine Reihe von Untersuchungsmethoden, die am häufigsten in sogenannte invasive und nichtinvasive Verfahren unterschieden werden. Invasive Verfahren gehen mit einer Punktion der Fruchtblase oder der Plazenta einher und bergen daher höhere verfahrensbezogene Risiken (etwa für eine Fehlgeburt) als die nichtinvasiven Verfahren. Nichtinvasive Verfahren gehen zwar nicht mit einem Eingriff in die Gebärmutter einher, gelten aber zugleich als nicht diagnostisch. Das bedeutet, dass nichtinvasive Verfahren Hinweise für Diagnosen geben können, diese jedoch mit anderen Verfahren überprüft werden müssen. Das bekannteste und am häufigsten verwendete nichtinvasive Verfahren stellt die Ultraschalluntersuchung dar. Schwangere Frauen erhalten gemäß den Mutterschaftsrichtlinien in Deutschland regulär drei Ultraschalluntersuchungen. Es ist



allerdings bekannt, dass bei den meisten Schwangeren mehr als nur drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden.

Beide Formen pränataldiagnostischer Verfahren, invasive wie nichtinvasive, zielen auf eine Reihe von unterschiedlichen Fragestellungen, die teilweise durch die Mutterschaftsrichtlinien vorgegeben sind (und entsprechend im Mutterpass dokumentiert werden sollen; etwa zur Lage des Kindes und der Plazenta), teilweise aber auch durch die werdenden Eltern selbst aufgebracht werden (z. B. nach dem Geschlecht des werdenden Kindes). Einige stehen besonders im Fokus der werdenden Eltern und der Ärzte und Ärztinnen, da sie verhältnismäßig häufig auftreten und durch bestimmte pränataldiagnostische Verfahren (besonders gut) beantwortet werden können. Dies gilt z. B. für die Trisomie 21, eine zum sogenannten Downsyndrom führende Variante des menschlichen Erbgutes, bei der das 21. Chromosom nicht doppelt, sondern dreifach vorliegt. Die Wahrscheinlichkeit für Trisomien steigt mit dem mütterlichen Alter an, sodass parallel zum europaweit steigenden Alter von Erstgebärenden auch die Häufigkeiten von fetalen Trisomien zunimmt.

Mittels pränataldiagnostischer Verfahren, vor allem Ultraschall, lässt sich eine Reihe von Abweichungen des Fetus erkennen, etwa Fehlbildungen im Bereich der Organe, des zentralen Nervensystems oder des Skelettaufbaus. Auch einige genetische Besonderheiten lassen sich vorgeburtlich diagnostizieren. Dazu zählen Trisomien der Autosomen (die Chromosomenpaare 1 bis 22) und Trisomien und Monosomien der Gonosomen (des 23. Chromosomenpaars, die Geschlechtschromosomen X und Y). Neben der häufigsten autosomalen Trisomie, der Trisomie 21, kommen vereinzelt Trisomien der Chromosomen 13 und 18 vor (Patau- bzw. Edwards-Syndrom) vor. Bei beiden letztgenannten Trisomieformen versterben viele Feten im Mutterleib und lebendgeborene Kinder mit diesen Syndromen mehrheitlich nach wenigen Tagen oder Monaten. Sie weisen erkennbare kognitive und Lerneinschränkungen auf. Demgegenüber gehen zahlenmäßige Abweichungen bei den Geschlechtschromosomen mit geringen Einschränkungen einher. Menschen mit Monosomie X (Turner-Syndrom, X0), Klinefelter-Syndrom (XXY), Jacobs-Syndrom (XYY) oder Trisomie X (XXX) haben weitgehend normale Lebenserwartungen und sind häufig klinisch unauffällig.

Eine vergleichsweise neue vorgeburtliche Untersuchungsmethode im Bereich der nichtinvasiven Verfahren zielt auf die Untersuchung zellfreier »fetaler« (eigentlich plazentarer) DNA aus dem Blut der Mutter. Bei diesen – wahlweise als nichtinvasive Pränataltests (NIPT), nichtinvasive Pränataldiagnostiken (NIPD), pränatale Gentests oder schlicht Bluttests bezeichneten – Verfahren dient eine einfache Blutentnahme bei der Schwangeren dazu, Aussagen über die Wahrscheinlichkeit von genetisch bedingten Abweichungen des Fetus zu treffen. NIPT sind seit dem Jahr 2012 in Deutschland für Schwangere als Eigenleistung verfügbar, wobei der Preis zur Durchführung des Tests seither stark gesunken ist und derzeit (je nach gewählter Testoption) bei 200 Euro beginnt.



Die Tests können mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit das Down-Syndrom (Trisomie 21) und das fetale Geschlecht benennen. Für die Erkennung der Trisomien 13 und 18 sowie anderer genetischer Besonderheiten erzielen die Tests geringere, aber gleichwohl hohe Erkennungsraten. Sie gelten damit nicht als diagnostisch, sondern dienen einer Wahrscheinlichkeitsberechnung, die bei einem auffälligen Befund durch andere, meist invasive Verfahren überprüft werden sollte. Neben den genannten autosomalen Trisomien werden die klinisch wenig auffälligen Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen von den meisten Herstellern nichtinvasiver Pränataltests als Teil des Testspektrums angeboten. Das Testspektrum von NIPT hat sich in den letzten Jahren deutlich erweitert, nichtsdestotrotz kann unabhängig vom Diagnostikverfahren nur ein kleiner Teil möglicher angeborener Behinderungen und Einschränkungen pränatal erkannt werden.

Zu den NIPT läuft derzeit ein Methodenbewertungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das darüber entscheiden wird, ob nichtinvasive Pränataltests zu den Trisomien 13, 18 und 21 sogenannten Risikoschwangeren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei angeboten werden sollen. Eine Risikoschwangerschaft im Sinne der Trisomiewahrscheinlichkeit ist dabei nicht abschließend definiert. In anderen europäischen Ländern, wie etwa der Schweiz, wird eine Risikoschwangerschaft im Sinne der Trisomiewahrscheinlichkeit anhand des sogenannten Ersttrimesterscreenings (ETS) bestimmt, in das verschiedene Parameter (Blutwerte, Ultraschallbefunde, anamnestische Befunde) einfließen. In Deutschland ist das ETS keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und kann deshalb von diesen nicht als Grundlage einer Definition von Risikoschwangeren herangezogen werden.

Das Methodenbewertungsverfahren zu NIPT, das voraussichtlich noch bis Sommer 2019 läuft, hat zu heftigen Kontroversen insbesondere in Teilen der Zivilgesellschaft geführt. Kern dieser Debatte ist die Frage, inwiefern pränataldiagnostische Verfahren, die keine primär therapeutischen Optionen eröffnen, Teil der gesetzlichen Kassenleistungen sein sollen. Kritiker/-innen der Tests argumentieren, dass diese in erster Linie dazu dienen, Schwangerschaften mit behinderten Feten zu beenden. Sie fordern eine breite gesellschaftliche Debatte dazu, ob diese Tests gesellschaftlich gewollt sind und ob mit der Pränataldiagnostik ein implizites Werturteil über Menschen mit Behinderungen einhergeht.

---

### **Schwangerschaftsabbrüche nach einer pränatalen Diagnose**

Pränataldiagnostik wird von vielen Wissenschaftler/-innen, Mediziner/-innen und Bürger/-innen als zweischneidiges Schwert wahrgenommen. Dies liegt daran, dass pränataldiagnostische Verfahren Wissen generieren, das im Sinne der Gesundheit von werdender Mutter und werdendem Kind genutzt werden kann und so beispielsweise entscheidend die Wahl des Geburtsortes (Krankenhaus mit



Kinderklinik, Geburtshaus, Hausgeburt) und -modus (Kaiserschnitt, Geburtseinleitung, Spontangeburt) beeinflussen kann. Für einige Erkrankungen gibt es zudem pränatale Therapien, und Kinder mit angeborenen Abweichungen profitieren von einer frühen nachgeburtlichen Behandlung und Förderung. Demgegenüber steht die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches nach einer schwerwiegenden pränatalen Diagnose. Das Strafgesetzbuch (§ 218a Abs. 2 StGB) sieht vor, dass Schwangerschaftsabbrüche ohne zeitliche Frist rechtmäßig sind, wenn sie nach ärztlicher Erkenntnis die einzige Möglichkeit darstellen, eine Gefahr für das Leben der werdenden Mutter abzuwenden oder eine schwerwiegende Beeinträchtigung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der Schwangeren zu verhindern. Diese gesetzliche Regelung wird als »medizinische Indikation« zum Schwangerschaftsabbruch bezeichnet. Auch wenn der Gesetzeswortlaut keinen expliziten Bezug auf mögliche fetale Fehlbildungen nimmt, lässt er hinreichend Interpretationsspielraum, um Abbrüche nach pränataldiagnostischen Diagnosen von Fehlbildungen zu ermöglichen. Als solcher ist der § 218a Abs. 2 StGB im Jahr 1995 auch formuliert worden, um die vorher geltende embryopathische Indikation zu ersetzen. Die Tatsache, dass eine mittels Pränataldiagnostik erkannte Einschränkung des Fetus in einem Schwangerschaftsabbruch auch bei (weit) fortgeschrittener Schwangerschaft münden kann, stellt für viele mit dem Thema Befassten eine ethische Herausforderung dar. Spätabbrüche repräsentieren nur einen sehr kleinen Teil der gesamten Schwangerschaftsabbrüche.

In Deutschland werden im europäischen Vergleich insgesamt wenige Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen. Die meisten Schwangerschaftsabbrüche werden im Rahmen der sogenannten Fristenlösung, also nach Beratung und innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate durchgeführt. Nur ein kleiner Teil der insgesamt 101.209 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2017 – ca. 3.900 oder 3,9 % – findet nach einer medizinischen Indikation statt. Die medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüche werden jedoch zumeist deutlich später in der Schwangerschaft vollzogen, in etwa jedem sechsten Fall (ca. 0,7 %) nach Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeit des werdenden Kindes, d. h. ab der vollendeten 22. Schwangerschaftswoche p. c. Die Abbruchraten nach pränatalen Befunden hängen vom jeweiligen Befund ab; für die Trisomien 21, 13 und 18 liegen sie erhebungsübergreifend bei deutlich über 85 %. Aufgrund des im Mittel europaweit gestiegenen mütterlichen Alters hat die relative Anzahl von Schwangerschaften mit einem Fetus mit Down-Syndrom (Trisomie 21) zugenommen, gleichzeitig wird ein großer Anteil dieser Schwangerschaften abgebrochen. Selbst für chromosomale Anomalien wie Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen, die zu einem Großteil klinisch unauffällig bleiben, liegen die Abbruchquoten bei über 40 %. Diese Zahlen offenbaren zum einen eine hohe Bereitschaft, pränatale Diagnostik zur Identifikation chromosomaler Aberrationen zu nutzen, und zum anderen eine hohe Bereitschaft, Schwangerschaften mit solch einer Diagnose abzuberechen.

---

## **Entwicklungsperspektiven hinsichtlich des Umfangs und der Methoden der PND**

Im Bereich der Pränataldiagnostik und insbesondere im Bereich neuer genetischer Analyseverfahren wie NIPT zeigt sich einerseits ein großer und lukrativer Markt für Herstellerunternehmen, gleichzeitig ist dieser Markt stark umkämpft. Dies führt zu Bemühungen seitens der Testhersteller, neue, schnellere und diagnostisch umfassendere Verfahren zu entwickeln und zu patentieren. Bereits heute zeigt sich eine Ausdehnung des nichtinvasiven Diagnosespektrums über die autosomalen Trisomien hinaus auf Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen und Mikrotransformationen des Genoms. In einzelnen Fällen ist bereits eine Komplettssequenzierung des fetalen Genoms mittels zellfreier DNA aus dem mütterlichen Blut gelungen. Es steht zu erwarten, dass viele Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen pränatale Diagnostik sowohl mit Blick auf ihre methodische Vielfalt als auch mit Blick auf ihren diagnostischen Umfang erweitern werden. Die pränatal verfügbaren genetischen Informationen über Feten und Embryos würden damit drastisch ansteigen, was Fragen nach der politischen, gesellschaftlichen und ethischen Beurteilung und gegebenenfalls Regulierung dieser Möglichkeiten aufwirft.

---

## **Gesetzliche Regulierung der Pränataldiagnostik**

Bislang wird die Pränataldiagnostik in Deutschland vor allem durch das Gendiagnostikgesetz und das Schwangerschaftskonfliktgesetz geregelt. Das Gendiagnostikgesetz definiert die Voraussetzungen für eine vorgeburtliche genetische Untersuchung oder Risikoabklärung (etwa hinsichtlich Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren) und benennt Grenzen des vorgeburtlich zu erlangenden Wissens. So darf etwa die Anlage zu spätmanifestierenden Krankheiten, also Krankheiten, die erst nach Erreichen der Volljährigkeit auftreten, nicht vorgeburtlich ermittelt werden. Das Geschlecht des Fetus darf erst nach Ablauf der ersten drei Schwangerschaftsmonate mitgeteilt werden, um geschlechtsbezogene Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz regelt die Beratung zu Verhütung, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruchwunsch und geht dabei auch insbesondere auf die Beratung nach pränataldiagnostisch festgestellten Fehlbildungen und auf den Zeitrahmen zur Ausstellung einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ein. Die Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch selbst findet sich im Strafbuch in den §§ 218, 218a, 218b, 218c, 219, 219a sowie 219b.

Für das ärztliche Handeln im Rahmen der medizinischen Schwangerenvorsorge sind insbesondere die Mutterschaftsrichtlinien relevant, die festlegen, welche medizinischen Leistungen unter welchen Voraussetzungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Schwangeren angeboten werden dürfen.



Für die ärztliche Schwangerenbegleitung handlungsleitend waren zudem mittelbar verschiedene richterliche Urteile in den 1990er Jahren, die im Kontext der sogenannten Kind-als-Schaden-Rechtsprechung in einigen Fällen Eltern von Kindern mit Behinderung Schadensersatz durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen zusprachen, wenn die Behinderungen vorgeburtlich nicht erkannt worden waren. Das Verfassungsgericht als oberstes deutsches Gericht urteilte widersprüchlich in Kind-als-Schaden-Fällen. Die zwei Kammern kamen zu unterschiedlichen Schlüssen in der Frage, ob die Geburt eines Kindes zu einer Schadensersatzleistung seitens des Arztes führen könne oder nicht. Mit der Abschaffung der embryopathischen Indikation hat sich die Rechtsprechung von der ärztlichen Schadensersatzpflicht bei pränatal nicht erkannten Fehlbildungen tendenziell abgewandt.

---

### Situation in ausgewählten europäischen Ländern

Ein Blick auf das europäische Ausland zeigt, dass die medizinische Schwangerenbegleitung, Angebot und Nutzung verschiedener pränataldiagnostischer Verfahren sowie die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Der Vergleich der vier europäischen Staaten Vereinigtes Königreich, Dänemark, Niederlande und Schweiz macht deutlich, dass die jeweilige Praxis der PND stark an bestehende Versorgungsstrukturen und politisch-gesellschaftliche Vorstellungen von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft anknüpft.

So fördern die Schweiz und Dänemark einen niedrigschwelligen Zugang zu pränataldiagnostischen Untersuchungen und weisen sehr hohe pränatale Erkennungsraten von fetalen Anomalien auf. In Dänemark gibt es eine intensiv genutzte, staatlich finanzierte und gesellschaftlich breit akzeptierte Praxis der Pränataldiagnostik, die in einer Erkennung eines Großteils der Feten mit Down-Syndrom und in einer hohen Rate daran anschließender Schwangerschaftsabbrüche resultiert. Die Schweiz hat als erstes europäisches Land nicht-invasive Pränataltests in die Regelversorgung Schwangerer aufgenommen und bietet Schwangeren NIPT zuzahlungsfrei ab einer ermittelten Wahrscheinlichkeit von 1:1.000 für das Vorliegen eines fetalen Down-Syndroms an. Diese Quote repräsentiert ca. 25% aller Schwangeren. Die Niederlande weisen europaweit eine der niedrigsten Abbruchquoten bei fetalen Anomalien auf. Dies steht wahrscheinlich in Zusammenhang mit einer geringen Medikalisierung der Schwangerschaft und einer breiten gesellschaftlichen Debatte zu Chancen und Grenzen von Pränataldiagnostik. Das Vereinigte Königreich plant die Einführung von NIPT in sein nationales Gesundheitswesen 2019 (ab einer ermittelten Wahrscheinlichkeit für eine fetale Trisomie von 1:150 oder höher) und hat im Vorfeld eine breite wissenschaftliche Untersuchung und einen vielstimmigen gesellschaftlichen Dialog zu den Potenzialen von NIPT durchgeführt.

In den meisten betrachteten Ländern existiert ein mehrstufiges Screeningprogramm zur Erkennung von (chromosomalen) Anomalien, das mit dem Ersttrimesterscreening einsetzt und anhand dessen Schwangere mit erhöhtem Risiko benennt. Dieses Ersttrimesterscreening wird auch in Deutschland angeboten, ist allerdings eine von der Schwangeren selbst zu finanzierende, sogenannte individuelle Gesundheitsleistung (IGeL). In der Gesamtschau der Situation in den ausgewählten europäischen Staaten zeigt sich, dass die angebotenen pränataldiagnostischen Untersuchungen sehr unterschiedlich genutzt werden, aus ihnen in unterschiedlichem Maße selektive Schwangerschaftsabbrüche resultieren und sie von sehr unterschiedlich intensiv geführten gesellschaftlichen Debatten begleitet sind.

---

### **Beratung und Information von schwangeren Frauen**

Für Deutschland zeigen Befragungen von (schwangeren) Frauen und Ärztinnen und Ärzten, dass die meisten Schwangeren pränataldiagnostische Angebote nutzen, die weit über die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen hinausgehen. Dafür sind sie auch bereit, Zuzahlungen zu leisten. Zugleich haben Schwangere zu großen Teilen kein genaues Verständnis von Pränataldiagnostik und nehmen diese als Standardoption in der Schwangerschaftsbetreuung wahr. Häufig hoffen sie, dass ihnen pränataldiagnostische Verfahren die Gesundheit des werdenden Kindes bestätigen. Gleichzeitig weckt die Pränataldiagnostik bei einer Mehrheit der Frauen die Angst vor einem behinderten Kind erst. Ein Fünftel der schwangeren Frauen scheint eine stabil positive Sicht auf Menschen mit Behinderungen zu haben und kann sich auch ein Leben mit einem behinderten Kind gut vorstellen. Die große Mehrheit verknüpft mit der Möglichkeit, ein behindertes Kind zu bekommen, in erster Linie Ängste um die eigene zeitliche und finanzielle Autonomie und um die Partnerschaft.

In ihren Entscheidungen zu Pränataldiagnostik stützen sich schwangere Frauen vor allem auf die Informationen ihres behandelnden Arztes oder ihrer Ärztin. Für die Ärzte und Ärztinnen stellt sich folglich die Aufgabe, Patientinnen mit geringem Vorwissen im Rahmen ihrer haftungsrechtlichen Handlungszwänge über Pränataldiagnostik aufzuklären und nichtdirektiv zu beraten. Gleichzeitig stellen individuelle Gesundheitsleistungen, zu denen auch einige pränataldiagnostische Verfahren wie das Ersttrimesterscreening und die nichtinvasiven Pränataltests zählen, für viele frauenärztliche Praxen einen nicht unerheblichen wirtschaftlichen Zugewinn dar.

Bevor eine vorgeburtliche genetische Untersuchung stattfinden kann, ist die Schwangere aufzuklären über (1) die derzeitigen Untersuchungsmöglichkeiten, (2) die Risiken der Untersuchung(en), (3) die Aussagekraft und mögliche Aussageeinschränkungen eines auffälligen Befundes, (4) die möglichen Konsequenzen.

zen der pränatalen Befunde und (5) die Alternativen bei einer Entscheidung gegen die Untersuchung (z. B. Ausweichen auf andere Untersuchungsmethoden oder Verzicht auf weitere PND). Mit der ärztlichen Beratung zu Pränataldiagnostik im Allgemeinen und zu genetischer Pränataldiagnostik im Speziellen zeigen sich befragte Schwangere im Rückblick mehrheitlich zufrieden. Verbesserungsbedarf sehen sie insbesondere dahingehend, dass auch ethische, soziale und psychische Fragen stärker thematisiert werden sollten. Schwangere, denen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik ein auffälliger Befund mitgeteilt wurde, wünschen sich mehr Informationen zum Leben mit einem behinderten Kind und zu den Folgen für sich und ihre Familie. Die Befunde zur Zufriedenheit mit der ärztlichen Beratung stammen mehrheitlich aus einem Zeitraum vor der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes. Die Gesetzesänderungen sollten insbesondere bei auffälligen Befunden die Rolle der psychosozialen Beratung stärken; inwiefern dies tatsächlich gelungen ist, stellt eine offene Forschungsfrage dar.

---

### Gesellschaftliche Gruppen und Positionen zu PND

*Ärzte und Ärztinnen* stehen unter vielfältigen Handlungszwängen, die durch Zeitdruck, eine mangelnde Honorierung von Arzt-Patienten-Gesprächen, Sorgen vor haftungsrechtlichen Konsequenzen und eine wachsende Zahl von pränataldiagnostischen individuellen Gesundheitsleistungen bestimmt sind. Die Kombination von Zeitmangel und intensiver Marketingtätigkeit vieler Hersteller von medizinischen Produkten (wie Pränataltests) führt dazu, dass eine Mehrheit befragter Ärzte und Ärztinnen Herstellerinformationen zur persönlichen Weiterbildung nutzt. Dies ist insbesondere insofern problematisch, als zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Herstellerinformationen zu Pränataltests nicht neutral sind und für Verbraucher relevante Aspekte nicht benennen. Befragte Ärzte und Ärztinnen beurteilen die eigene Nichtdirektivität in der Beratung und die eigene fachliche Qualifikation zur genetischen Beratung selbstkritisch.

Nur ein kleiner Teil der *Schwangeren* nutzt eine psychosoziale Beratung, obwohl diese allen Schwangeren offensteht. Insbesondere wenn werdende Eltern die pränatale Diagnose einer fetalen Fehlbildung erhalten, belastet sie dies schwer. Im sich daran anschließenden Prozess des Umgangs damit brauchen sie – unabhängig davon, ob die Schwangerschaft fortgesetzt wird oder nicht – eine empathische und zugewandte Begleitung durch Mediziner/-innen und anderes Fachpersonal. Im Konfliktfall bei einer vorgeburtlich festgestellten Abweichung sieht das Schwangerschaftskonfliktgesetz eine psychosoziale Beratung sowie eine mindestens dreitägige Bedenkzeit vor einem Schwangerschaftsabbruch vor (außer im Fall einer akuten gesundheitlichen Gefahr). Die Schwangere kann auf die Beratung verzichten, muss dies jedoch schriftlich dokumentieren.

*Psychosoziale Beratung* setzt zunächst darauf, die emotionale Situation der Frau oder des Paares zu ermitteln und bestehenden Wissensbedarf mit verständlichen Informationen zu decken. In einem zweiten Schritt verbindet sie die kognitive Ebene des Wissens mit der emotionalen Ebene der Bewertung und persönlichen Auseinandersetzung. In einem dritten Schritt thematisiert die psychosoziale Beratung Handlungsoptionen vor dem Hintergrund der individuell und gesellschaftlich vorhandenen Ressourcen. Befragte Frauen, die eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, bewerten diese durchweg positiv und würden sie Frauen in ähnlichen Situationen weiterempfehlen.

Auch *Hebammen* können den Prozess zur Entscheidungsfindung über die Nutzung pränataldiagnostischer Verfahren und gegebenenfalls die Durchführung der Verfahren als fachkundige Dritte begleiten. Sie unterliegen nicht den Handlungszwängen von Ärzten und Ärztinnen und können somit eine unabhängige und vermittelnde Beratung anbieten, die auf einem Beziehungsangebot an die Schwangere basiert und eine ganzheitliche Betrachtung der persönlichen Situation miteinschließt.

Für die *Hersteller von nichtinvasiven Pränataltests* scheint es in Deutschland einen Markt mit Wachstumspotenzial zu geben, den die Hersteller durch den Antrag auf Eröffnung des Erprobungsverfahrens beim G-BA weiter auszubauen suchten. Sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch von zivilgesellschaftlichen Verbänden wird die Rolle der Herstellerunternehmen bei der Etablierung und der öffentlichen Darstellung der Tests kritisch gesehen.

Es gibt eine Reihe von *zivilgesellschaftlichen Gruppen*, die die Einführung weiterer pränataldiagnostischer Verfahren und die mögliche Aufnahme von NIPT in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung ablehnen. Diese zivilgesellschaftlichen Gruppen kommen aus sehr unterschiedlichen Kontexten, z. B. aus kirchlichen Kreisen, gentechnologiekritischen Foren, Behindertenrechtsorganisationen oder psychosozialen Beratungsstellen für Schwangere. Viele der zivilgesellschaftlichen Gruppen sehen in der pränataldiagnostischen Suche nach Feten mit Abweichungen eine Diskriminierung und positionieren sich gegen die breite gesellschaftliche Nutzung von Pränataldiagnostik, insbesondere gegen die Aufnahme von NIPT in die Mutterschaftsrichtlinien und damit gegen ihre Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

*Angehörige von Menschen mit Down-Syndrom*, als Menschen mit einer genetischen Besonderheit, die pränatal besonders im Fokus steht, sehen die neuen nichtinvasiven Verfahren deutlich ambivalenter. Sie halten die Tests nicht für den zentralen Einflussfaktor, der darüber entscheidet, wie viele Babys mit Down-Syndrom zukünftig geboren werden. Wesentlich sei dafür nicht zuletzt die Situation von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft. Diese hat sich in den letzten Jahrzehnten insbesondere mit Blick auf die gesellschaftliche und die berufliche Teilhabe deutlich verbessert. Nichtsdestotrotz zeigen Studien, dass *Familien* mit chronisch kranken und behinderten Kindern stark

belastet sind. Die Belastungen gehen dabei nach Ansicht der befragten Eltern weniger von der Pflege, Erziehung und Betreuung ihrer Kinder aus, sondern vielmehr von den vielfältigen organisatorischen und bürokratischen Hürden auf dem Weg zu einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe der Kinder.

In repräsentativen *Bevölkerungsbefragungen* zeigt sich, dass eine *Mehrheit in Deutschland* eine breite gesellschaftliche Inklusion von Menschen mit Behinderung begrüßt und in vielen Bereichen (Verkehr, Infrastruktur) Verbesserungspotenzial sieht. Gleichzeitig machen Befragungen zur moralischen Bewertung von Schwangerschaftsabbrüchen deutlich, dass Abweichungen des Fetus für eine Mehrheit der Befragten einen legitimen Grund zum Abbruch darstellen. Die Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen ist folglich eine andere als die gegenüber werdendem Leben mit Behinderung. Dabei hat die Debatte um die NIPT, die in Teilen der Zivilgesellschaft und in Fachkreisen geführt wurde und wird, die breite Öffentlichkeit bislang nur gestreift. Eine breitere Medienberichterstattung fand zumeist punktuell, etwa zum Markteintritt des pränatalen Bluttests im Sommer 2012 oder zur Eröffnung des Prüfungsverfahrens beim G-BA 2016, statt. Insgesamt spielt das Thema der sozialen Chancen und Herausforderungen von pränataler Diagnostik im Allgemeinen und nichtinvasiven Testverfahren im Speziellen im öffentlichen Diskurs eine eher untergeordnete Rolle. Zivilgesellschaftliche Akteure und der G-BA erhoffen sich vom Deutschen Bundestag einen Anstoß zu einer breiteren öffentlichen Debatte. Einen ersten Schritt in diese Richtung gingen Abgeordnete verschiedener Fraktionen des Deutschen Bundestages mit einer gemeinsamen Positionierung und einer Pressekonferenz zur Frage »Vorgeburtliche Bluttests – wie weit wollen wir gehen?« (Beeck et al. 2018).

Mit dem Verweis auf die zentrale Rolle des parlamentarischen Gesetzgebers reagiert der G-BA auch auf die Kritik, die ihm nach Eröffnung zunächst der Erprobungsrichtlinie und dann des Methodenbewertungsverfahrens zu NIPT entgegengebracht wurde. In seinen Stellungnahmen verweist der G-BA darauf, dass die Verantwortung für eine breite gesellschaftliche Debatte nicht beim G-BA, sondern beim Parlament und bei den Ethikräten liege. Das Methodenbewertungsverfahren richte sich an den Kriterien des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit aus und lasse wenig Raum für ethische, politische und gesellschaftliche Fragestellungen.

---

### **Down-Syndrom – eine Behinderung im Fokus der PND**

Die Trisomie 21 ist bei Neugeborenen die häufigste Chromosomenanomalie, die bei steigendem Alter der Mutter mit immer höherer Wahrscheinlichkeit auftritt. Viele pränataldiagnostische Verfahren weisen eine besondere Sensitivität für die Erkennung dieses Syndroms auf (etwa NIPT). Kritiker/-innen heben jedoch hervor, dass die pränatale Fokussierung auf das Down-Syndrom der



Lebensrealität von Menschen mit diesem Syndrom und ihren Angehörigen nicht gerecht werde. Menschen mit Down-Syndrom haben eine Lebenserwartung von etwa 60 Jahren und geben in Befragungen eine hohe Lebenszufriedenheit an. Auch Familien mit Kindern mit Down-Syndrom »leiden« mehrheitlich nicht unter der Behinderung ihres Kindes oder Geschwisters, im Gegenteil zeigen sie eine hohe Lebenszufriedenheit und geringe Trennungsraten. Gleichwohl gilt das Down-Syndrom als »Leitbehinderung« der Pränataldiagnostik, was Kritiker/-innen zu der Frage veranlasst, warum die Geburt von Menschen mit diesem Syndrom durch pränatale Diagnostik vermieden werden sollte.

---

### Gesellschaftliche und ethische Fragen zu PND

Dieser Punkt führt unmittelbar zu einer der zentralen ethischen Fragen, die im Kontext von Pränataldiagnostik diskutiert wird, nämlich: Stellt es eine Diskriminierung dar, wenn eine Schwangerschaft mit einem behinderten Fetus anders als bei einem nichtbehinderten Fetus auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft abgebrochen werden kann? Falls ja, handelt es sich »lediglich« um eine Diskriminierung des behinderten Fetus oder auch um eine Diskriminierung der bereits geborenen Menschen mit der gleichen Behinderung? Inwiefern verändert sich der gesellschaftliche Blick auf Menschen mit Behinderung durch selektive Schwangerschaftsabbrüche?

Auf diese Frage gibt es keine einfachen Antworten, genauso wenig wie auf die anderen Fragen, die sich aus gesellschaftlicher, politischer und ethischer Perspektive zur Bewertung der nichtinvasiven Pränataltests und der Pränataldiagnostik als Ganzes stellen:

- > *Verändert Pränataldiagnostik die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft?* Binden sich Schwangere nur unter Vorbehalt an ihr werdendes Kind, wenn dessen Gesundheit noch nicht pränataldiagnostisch »bestätigt« ist? Fördert die Verbreitung und Vertiefung pränataldiagnostischer Verfahren eine »Schwangerschaft auf Probe«? Oder ist es einfach eine Entscheidungshilfe für werdende Eltern?
- > *Welche Herausforderungen bergen genetische Informationen für werdende Eltern, das zukünftige Kind und behandelnde Ärzte und Ärztinnen?* Wie viele und welche genetischen Informationen über ihr werdendes Kind sollen werdende Eltern erlangen dürfen? Wie soll mit Befunden umgegangen werden, deren klinische Bedeutung unklar ist? Wie kann eine fundierte Beratung angesichts der Möglichkeiten immer umfassenderer genetischer Analysen bei gleichzeitig begrenzten personellen Ressourcen in der Humangenetik gewährleistet werden?
- > *Könnte und sollte das ethische Dilemma später Schwangerschaftsabbrüche anders als bislang rechtlich gerahmt werden?* Wie soll damit umgegangen werden, dass einerseits ungeborene Kinder bei medizinischer Indikation



- auch jenseits der extrauterinen Lebensfähigkeit durch Fetozid getötet werden und gleichzeitig ein geborenes Kind mit allen Mitteln der Intensivmedizin am Leben erhalten wird?
- › *Welchen Stellenwert hat Pränataldiagnostik für die reproduktive Autonomie der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern? Wie kann reproduktive Autonomie in der pränataldiagnostischen Praxis aussehen? Haben die Eltern ein Recht auf Wissen über ihr werdendes Kind? Wie weit muss dieses gehen, damit werdende Eltern selbstbestimmt über die Schwangerschaft entscheiden können? Woher kommt schließlich der Begriff der reproduktiven Autonomie und wie hat sich seine Nutzung verändert? Ist er mittlerweile in erster Linie ein »Kampfbegriff« für eine breite Liberalisierung der Fortpflanzungsmedizin? Oder dient er der Verschiebung von Verantwortlichkeiten auf die individuelle Ebene der Schwangeren bzw. des Paares?*
  - › *Welche Rolle spielt der Risikobegriff, wenn über Pränataldiagnostik gesprochen wird? Welche Risiken gehen mit Pränataldiagnostik einher, sowohl individuell, als auch gesellschaftlich? Was meint »Risiko« im Kontext von Pränataldiagnostik? Welche impliziten Botschaften gehen mit der Verwendung des Begriffs »Risiko« einher?*

---

### **Handlungsfelder: Forschung, Beratung/Teilhabe sowie Regulierung**

In der Zusammenschau zeigen sich drei Felder, die wissenschaftliche, gesellschaftliche und politische Handlungsoptionen eröffnen. Dies sind (1) die Wissenslücken zur derzeitigen pränataldiagnostischen Praxis, (2) der individuelle und gesellschaftliche Umgang mit den wachsenden Möglichkeiten der Genomanalyse und (3) die schwierigen Rahmenbedingungen für eine informierte Entscheidung Schwangerer. Zu allen drei Feldern liegen Handlungsmöglichkeiten in den Bereichen Forschung und Datenerfassung, Dialog, Beratung und Teilhabe sowie Regulierung.

---

### **Forschung und Datenerfassung**

Mit Blick auf die Forschung und Datenerfassung zu Pränataldiagnostik mit ihren medizinisch-fachlichen Komponenten einerseits und ihren sozialen und individuellen Aspekten andererseits zeigt sich hinsichtlich einer Reihe von Fragestellungen Bedarf an weiterer Wissensgenerierung.

Der erste Bereich betrifft eine bessere Erfassung des Status Quo und eine Evaluation der gesellschaftlichen Wirkungen des Gendiagnostikgesetzes und der Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz: Wie gestaltet sich derzeit die informationelle Selbstbestimmung der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern? Welchen Informationsstand haben schwangere Frauen zu PND und welchen Informationsbedarf sehen sie (sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch

der Darstellungsform)? Wie wird der im novellierten Schwangerschaftskonfliktgesetz verankerte psychosoziale Beratungsanspruch in der Praxis genutzt? Wie beurteilen die Frauen die Beratung? Wie kommen sie im Konfliktfall nach einer fetalen Diagnose zu einer Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft? Was sind entscheidende Einflussfaktoren auf die Entscheidung? Inwiefern spielt beispielsweise die wahrgenommene Situation von Menschen mit Behinderungen eine Rolle bei der Entscheidung? Wie leben Familien, die sich für einen Abbruch entschieden haben? Wie leben Familien, die sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden haben?

Um Licht in die Blackbox PND zu bringen, wären zudem verlässliche Zahlen vonnöten, welche fetalen Abweichungen wie häufig zu Schwangerschaftsabbrüchen führen. Mit Blick auf die medizinische Seite erscheinen im Sinne des Verbraucherschutzes Vergleichsstudien zu verschiedenen in Deutschland verfügbaren nichtinvasiven Testverfahren sinnvoll, insbesondere hinsichtlich der jeweilig genutzten Algorithmen, der Detektions- und Testausfallraten sowie der Datenschutzpraxis.

---

## **Dialog, Beratung und Teilhabe**

Hinsichtlich der Beratung zu Pränataldiagnostik und der gesellschaftlichen Teilhabe am öffentlichen Diskurs zu Pränataldiagnostik einerseits und für Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben andererseits besteht, wie dargestellt, noch Bedarf, den derzeitigen Stand besser zu erfassen. Weitgehend fest steht, dass es beim Aufbau regionaler Kontaktdatenbanken und interprofessioneller Kooperationsnetzwerke zwischen Ärzten und Ärztinnen, Humangenetikern/-innen, psychosozialen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen Verbesserungsbedarf gibt. Auch ist über strukturelle Anreize nachzudenken, Beratung und Netzwerkpflge im ärztlichen Handeln stärker zu honorieren. Sowohl für medizinische Fachkräfte als auch für werdende Eltern sind bestehende Informations- und Beratungsangebote weiter zu fördern und auszubauen. Dies betrifft einerseits den Ausbau der Fort- und Weiterbildung der pränataldiagnostisch tätigen Ärzte und Ärztinnen und andererseits die Erarbeitung von unabhängigen und adressatengerechten Informationsmaterialien für Schwangere und Ärzte und Ärztinnen – sowohl zum Thema Pränataldiagnostik und IGeL allgemein als auch zu den einzelnen Verfahren sowie nicht zuletzt zu den getesteten Behinderungen.

Des Weiteren zeigen Studien zur Situation von Familien mit Kindern mit Behinderungen bzw. chronischen Krankheiten, dass insbesondere die für die Versorgung und Förderung ihrer Kinder nötige Bürokratie- und Organisationsarbeit für die betroffenen Familien eine massive Belastung darstellt. Diese führt häufig zu einer Reduktion oder Aufgabe der mütterlichen Berufstätigkeit, was nicht selten in einer Einschränkung der finanziellen und sozialen Autonomie



der betroffenen Frauen und Familien resultiert. Hier bietet es sich – analog zu anderen europäischen Ländern – an, Zugangsschwellen zu staatlichen Hilfen abzubauen und Unterstützungsangebote auszubauen.

Schließlich erscheint es, parallel zum Methodenbewertungsverfahren zu nichtinvasiven Pränataltests des G-BA, wünschenswert, einen breiten gesellschaftliche Austausch zu den Chancen und Grenzen von Pränataldiagnostik, von genetischem Wissen und zum vorgeburtlichen Umgang mit Behinderung zu initiieren, zu denen Interessenvertreter/-innen zentraler gesellschaftlicher Gruppen ebenso eingeladen werden wie die breite Öffentlichkeit. Da das Methodenbewertungsverfahren bereits im zweiten Halbjahr 2019 abgeschlossen sein wird, fordern zivilgesellschaftliche Gruppen ein Moratorium des Verfahrens beim G-BA, um ohne Zeitdruck die grundlegende Frage zu debattieren, inwiefern bzw. unter welchen Voraussetzungen pränataldiagnostische Verfahren gesellschaftlich wünschenswert sind.

---

## Regulierung

Mit Blick auf die Regulierung zeigt sich, dass die Rolle von Pränataldiagnostik in der medizinischen Schwangerenvorsorge in Deutschland weniger einer einheitlichen Linie folgt, sondern sich aus vielen Einzelentscheidungen zusammensetzt, deren Zusammenwirken bislang wenig untersucht ist. So besteht von ärztlicher Seite weitgehende Einigkeit, dass die Evidenz vieler in der Schwangerenbegleitung routinemäßig angewandten (auch nichtpränataldiagnostischen) Verfahren nicht nachgewiesen ist. Der G-BA steht derzeit vor der Entscheidung, ob NIPT für die Trisomien 13, 18 und 21 Teil der Mutterschaftsrichtlinien werden oder individuell zu zahlende Zusatzleistungen (IGeL) bleiben. Will der parlamentarische Gesetzgeber auf die zukünftige Rolle von Pränataldiagnostik einwirken, erscheint es geboten, dies vor dem Abschluss des Verfahrens im Sommer 2019 zu tun. Eine wesentliche Frage mit Blick auf die Regulierung ist, ob Deutschland – wie von zahlreichen zivilgesellschaftlichen und kirchlichen Organisationen gefordert – eine weitere Ausdehnung von Pränataldiagnostik verhindern und den Zugang zu PND beschränken möchte oder ob das Ziel in einer verbesserten Erkennung von fetalen Fehlbildungen bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft liegen soll. Beiden Zielen liegen divergierende Handlungskonzepte zugrunde. Liegt das Ziel darin, eine weitere Ausdehnung von PND zu verhindern, sollte eine Regulierung dahingehend erfolgen, die ärztliche Haftung bei vorgeburtlichem Nichterkennen von Behinderungen einzugrenzen und Pränataldiagnostik nicht als Standardoption für alle Schwangeren anzubieten. Dies würde indes eine recht umfassende Novellierung mindestens des Gendiagnostikgesetzes erfordern.

Liegt das Ziel umgekehrt in einer möglichst umfassenden vorgeburtlichen Erfassung fetaler Anomalien, kann der NIPT nur eine Nebenrolle spielen,

schließlich entdeckt er nur einen Teil der möglichen fetalen Fehlbildungen. Vielmehr wäre dann analog zu den Beispielen der Schweiz und Dänemarks über eine Ausdehnung der sonografischen Screeninguntersuchungen nachzudenken (wie etwa der Feinultraschalluntersuchungen nach dem ersten und dem zweiten Schwangerschaftsdrittel auf der Versorgungsstufe II), die bislang nur in Einzelfällen von den Krankenkassen übernommen werden.

Eine weitere gesellschaftlich kontroverse Frage im Bereich der Regulierung zielt darauf, ob Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation weiterhin auch bei anzunehmendem Eintritt der extrauterinen Lebensfähigkeit des Fetus möglich sein sollen. Viele europäische Nachbarstaaten begrenzen diese Möglichkeit auf eine drohende Lebensgefahr der Mutter und lassen medizinisch induzierte Schwangerschaftsabbrüche andernfalls nur etwa bis zu 24. Schwangerschaftswoche zu. In jedem Fall erscheint eine Spezifizierung der Regelungen zum medizinischen Schwangerschaftsabbruch und zum Fetozid (der intrauterinen Tötung von potenziell extrauterin lebensfähigen Feten) im Sinne der Schwangeren und der Ärzte und Ärztinnen eine anstehende Aufgabe für den Gesetzgeber zu sein. Die im § 218a Abs. 2 StGB geforderte Unzumutbarkeit eröffnet großen Interpretationsspielraum und belässt mögliche Unsicherheiten im Konfliktfall allein den behandelnden Ärzten und Ärztinnen.

Für den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages bietet sich die Möglichkeit, ausgehend vom vorliegenden Bericht des TAB, ggf. gemeinsam mit dem Gesundheitsausschuss und weiteren Ausschüssen über aktuelle Handlungsnotwendigkeiten und Handlungszuständigkeiten zur Regulierung der Pränataldiagnostik zu diskutieren – und zwar am besten vor Abschluss des G-BA-Verfahrens im Sommer 2019. Nach einem möglichen Beschluss des G-BA über die routinemäßige Erstattung der nichtinvasiven Pränataltests durch die gesetzliche Krankenversicherung wird der Spielraum für gesellschaftliche und politische Debatten begrenzt sein.



# 1 Einleitung

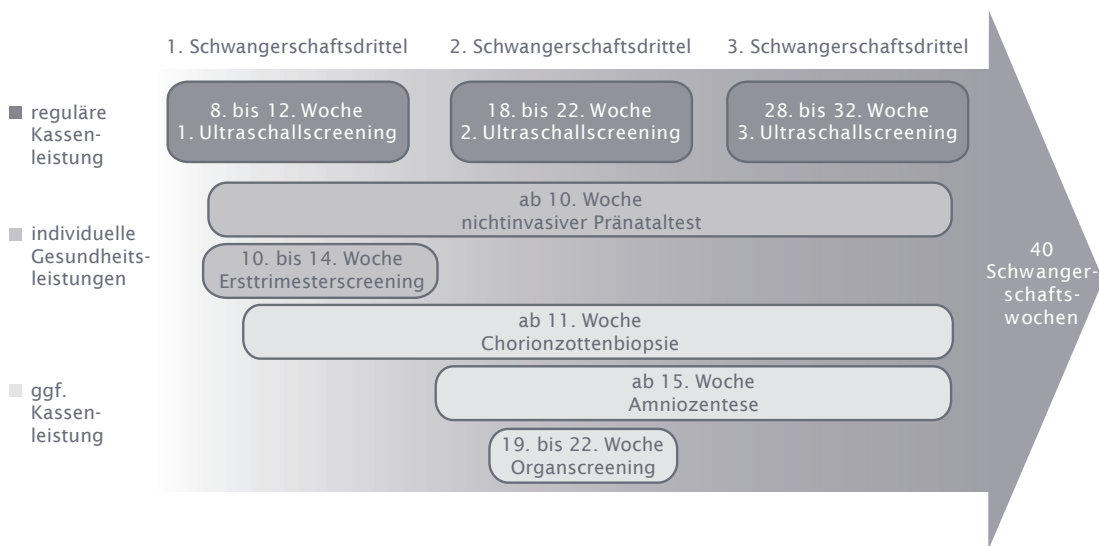
Pränataldiagnostische Verfahren zielen darauf ab, Informationen über das werdende Kind zu erlangen, etwa zu Erkrankungen oder Fehlbildungen. Sie sind in der Bundesrepublik Deutschland seit mehr als 40 Jahren für Schwangere zugänglich: 1976 wurde die Amniozentese, ein invasives Verfahren zur Gewinnung von fetalen Zellen aus dem Fruchtwasser, als erste pränataldiagnostische Untersuchung für Risikoschwangere in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen.<sup>1</sup> 3 Jahre später, 1979, fand das zweifache Ultraschallscreening Eingang in die medizinische Regelversorgung (Bobbert 2009, S. 17).<sup>2</sup>

Während also die Pränataldiagnostik seit mehreren Jahrzehnten Bestandteil der medizinischen Schwangerenbetreuung ist, haben sich die Qualität und Quantität der Untersuchungsmethoden seither stark gesteigert (Nippert und Neitzel 2007); dies betrifft beispielsweise die technische Weiterentwicklung der Ultraschalltechnik und die Fortschritte in der Erforschung des humanen Genoms (Schmid 2016). Mittlerweile stehen schwangeren Frauen in Deutschland neben den regulären drei Ultraschallscreenings zwei weitere Feinultraschallscreenings (zumeist durch Gynäkologen und Gynäkologinnen mit einer besonders vertieften Ausbildung in Ultraschall Diagnostik durchgeführt), das Ersttrimesterscreening, invasive Verfahren wie Amniozentese und Chorionzottenbiopsie und seit 2012 auch ein neues nichtinvasives Verfahren zur Bestimmung fetaler Aneuploidien zur Verfügung, der sogenannte nichtinvasive Pränataltest (NIPT). Ein Teil dieser pränataldiagnostischen Untersuchungen sind Wahlleistungen, die individuell zu bezahlen sind (Ersttrimesterscreening und NIPT), ein Teil wird unter bestimmten Umständen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert (invasive Verfahren und Feinultraschallscreenings). Drei Ultraschallscreenings sind eine reguläre Leistung in der medizinischen Schwangerschaftsbegleitung (gleichwohl sind sie keine Pflicht, jede Schwangere kann sich

- 
- 1 »Risikoschwangerschaften« sind nach Definition der Mutterschaftsrichtlinien »Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist.« Folglich umfassen Risikoschwangerschaften alle engmaschiger zu betreuenden Schwangerschaften, nicht nur solche mit einer (vermuteten) fetalen Behinderung.
  - 2 Ähnlich wie in der Bundesrepublik zielte das Gesundheitswesen der DDR auf eine möglichst frühe Erkennung von Risikoschwangeren, die eine umfassendere medizinische Betreuung und Beobachtung erhielten (Sarembe 1986, S. 16 f.). Amniozentesen wurden in der DDR bereits Ende der 1960er Jahre durchgeführt (Böhmerle 2015, S. 78). In der DDR war ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12. Schwangerschaftswochen p.c. erlaubt. Bis 1972 war ein Schwangerschaftsabbruch darüber hinaus auch bei Vorliegen einer embryopathischen, medizinischen, sozialen oder kriminologischen Indikation möglich (Salaschek 2018, S. 23). Ab 1972 regelte das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft, dass ein Abbruch nach der 12. Woche nur dann vorgenommen werden darf, »wenn zu erwarten ist, daß die Fortdauer der Schwangerschaft das Leben der Frau gefährdet, oder wenn andere schwerwiegende Umstände vorliegen« (§ 2 Abs. 1). Die Entscheidung über die Zulässigkeit oblag einer Fachkommission (§ 2 Abs. 2).

dagegen entscheiden, sie in Anspruch zu nehmen). Eine Übersicht über den Schwangerschaftsverlauf und die Phasen, in denen die verschiedenen pränataldiagnostischen Untersuchungen durchgeführt werden können, gibt Abbildung 1.1.

Abb. 1.1 Pränataldiagnostische Untersuchungen im Schwangerschaftsverlauf



Eigene Darstellung

Die Verfügbarkeit einer großen Anzahl von pränataldiagnostischen Untersuchungen bedeutet individuell einerseits einen Zugewinn an Freiheit, indem vorgeburtliche Informationen über den Schwangerschaftsverlauf und die Gesundheit des Fetus gewonnen, Unsicherheiten vermindert und autonome reproduktive Entscheidungen getroffen werden können. Andererseits generieren sie zugleich neue Entscheidungszwänge (IöThE 2017). Diese betreffen erstens die Frage der Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik im Allgemeinen und die Abwägung zwischen verschiedenen Verfahren im Speziellen und zweitens den Umgang mit einem möglicherweise auffälligen Ergebnis: »Pränataldiagnostik (PND) hat aus der Zeit des geduldigen Wartens eine Zeit der aktiven Einflussnahme und Entscheidungen gemacht. Aus dem schicksalhaften Annehmen des Kindes, so wie es ist, wurde das Angebot, mithilfe von PND Einfluss zu nehmen und sogar ein Kind abzulehnen, wenn schon vor der Geburt schwerste Schäden erkenntlich sind.« (Schumann 2007, S. 38) Die Verknüpfung von pränataler Diagnostik mit der Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs bei einem auffälligen Befund ist der Ausgangspunkt vieler Befürchtungen, die mit der Pränataldiagnostik verbunden werden.



---

## Hintergrund und zentrale Aspekte des Themas

In den vergangenen Jahren hat sich mit Blick auf das Angebot und die Nutzung von Pränataldiagnostik in Deutschland durch die Einführung der nichtinvasiven Pränataltests<sup>3</sup> im August 2012 eine wichtige Änderung ergeben, die zu regen Diskussionen in Teilen der zivilgesellschaftlichen und fachwissenschaftlichen Gemeinschaft geführt hat. Diese Tests basieren auf einer Blutprobe der Schwangeren, aus der die zellfreien Erbinformationen des werdenden Kindes extrahiert und auf bestimmte Merkmale getestet werden. Diese Anteile von DNA des entstehenden Kindes haben sich zuvor aus den sie ursprünglichen beherbergenden Zellkernen gelöst und flottieren nunmehr zellfrei und in Bruchstücken im mütterlichen Blut. Die fetalen DNA-Teile (genaugenommen stammen sie aus Zellen von der fetalen Seite der Plazenta) lassen sich mithilfe neuer genetischer Analysemethoden den verschiedenen Chromosomen zuordnen. Weist eines der Chromosomen eine überdurchschnittlich große oder kleine Anzahl von DNA-Bruchstücken auf, gibt dies einen Hinweis auf eine zahlenmäßige Abweichung bei den Chromosomen des Fetus (auch als Aneuploidie bezeichnet). Solche chromosomalen Aneuploidien kommen entweder als Trisomien (dreimaliges statt zweimaliges Vorkommen eines Chromosoms) oder als Monosomien (einmaliges statt zweimaliges Vorkommen eines Chromosoms) vor. Die häufigsten chromosomalen Aneuploidien sind Trisomien der Chromosomen 21, 18 und 13 sowie Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen (beispielsweise eine Monosomie des X-Chromosoms bei Frauen). Mithilfe der nichtinvasiven zellfreien Pränataltests lässt sich bereits ab der 10. Schwangerschaftswoche mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bestimmen, ob der Embryo/Fetus<sup>4</sup> eine chromosomale Aneuploidie aufweist.

Damit ermöglichen es nichtinvasive DNA-Tests zu einem deutlich früheren Zeitpunkt als alle anderen bislang verfügbaren pränataldiagnostischen Untersuchungen, genetische Informationen über das wachsende Kind zu erhalten. Zudem geht die Untersuchung (gegenüber sonstigen Verfahren, die genetisches Material untersuchen) lediglich mit den Risiken einer Blutentnahme einher. Auch wenn die Tests eine sehr hohe Testgüte insbesondere für die Erkennung einer fetalen Trisomie 21 und in etwas abgeschwächter Form auch für die Trisomien 13 und 18 aufweisen, ist bei einem auffälligen Ergebnis eine Überprüfung durch ein invasives Verfahren nötig (etwa durch eine Entnahme von Fruchtwasser oder von Plazentamaterial), da NIPT je nach Trisomieform und

---

3 Für die NIPT existiert eine Reihe von Bezeichnungen wie z. B. zellfreie pränatale Gentests, NIPD oder prädiktive Bluttests. Die Bezeichnung »nichtinvasiv« ist insofern irreführend, als die für die Tests benötigte Blutentnahme durchaus eine invasive Untersuchung darstellt. Anders als bei klassischen invasiven Pränataldiagnostikverfahren, wie z. B. der Fruchtwasserentnahme, wird bei nichtinvasiven Pränataltests der Uterus nicht punktiert.

4 Das werdende Kind im Uterus wird bis zur vollendeten zehnten Schwangerschaftswoche p. m. als *Embryo* bezeichnet; da nach diesem Zeitpunkt die grundlegende Organbildung abgeschlossen ist, spricht man danach vom *Fetus*.



untersuchter Population in bis zu 50 % der Fälle fälschlicherweise das Vorliegen einer Trisomie angeben, obwohl der Fetus keine Trisomie aufweist (Norton et al. 2015, S. 1595).

Die zellfreien DNA-Tests sind bislang als individuelle Gesundheitsleistung bei Kostenübernahme durch die Schwangeren verfügbar; die Kosten für einen Test beginnen bei 200 Euro, das Ergebnis soll laut Testherstellerangaben nach etwa vier bis sechs Werktagen vorliegen. Bis voraussichtlich Sommer 2019 läuft beim G-BA, der über die Aufnahme von medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidet, ein Methodenbewertungsverfahren zu den nichtinvasiven Pränataltests. Das Verfahren trägt den Titel »Nichtinvasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests für die Anwendung bei Risikoschwangerschaften im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V«. Es befasst sich damit, ob NIPT für sogenannte Risikoschwangere – also Schwangere, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie mit größerer Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Trisomie 13, 18 oder 21 bekommen, wobei nicht abschließend definiert ist, wie das Vorliegen einer solchen Risikoschwangerschaft ex ante bestimmt werden soll – im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien kostenfrei verfügbar sein sollen. Kommt der G-BA zu einem positiven Ergebnis (dieser Beschlussentwurf ist für Sommer 2019 terminiert), schließt sich ein Stellungnahmeverfahren (etwa der Heilberufekammern und Fachgesellschaften) an, sodass ein Inkrafttreten des Beschlusses ab Anfang 2020 realistisch erscheint (Roters 2018).

Mit der Markteinführung der nichtinvasiven Pränataltests und stärker noch mit Beginn der Befassung des G-BA mit den Tests ging sowohl in der medizinischen Fachgemeinde als auch in zahlreichen zivilgesellschaftlichen Foren und zum Teil auch in der öffentlichen Presseberichterstattung eine kontroverse Debatte einher. Das Hauptaugenmerk dieser Debatte lag bei zwei Fragen, nämlich inwiefern NIPT einen »Dambruch« (Vetter 2016) oder einen »Paradigmenwechsel« (Henn und Schmitz 2012, A1306) darstellt – also einen kategorialen Bruch mit der bisherigen Praxis pränataldiagnostischer Untersuchungen bedeutet – und welche langfristigen Folgen von der Verfügbarkeit des Tests (insbesondere auch als mögliche zukünftige Kassenleistung) zu erwarten sind. Dadurch, dass NIPT als vergleichsweise risikolos gelten, sehr hohe Testgüten erzielen, keine speziellen methodischen Kenntnisse des behandelnden Arztes erfordern und bereits sehr früh in der Schwangerschaft verfügbar sind, rücken Fragen zur sozialen und ethischen Bewertung von Pränataldiagnostik mit neuer Dringlichkeit ins Licht (Heinrichs et al. 2012). Zu diesen Fragen zählt der Einfluss von Pränataldiagnostik auf das Erleben von Schwangerschaft und Geburt, auf die Haltung gegenüber Menschen mit (angeborenen) Behinderungen sowie auf den gesellschaftlichen Umgang mit zunehmenden genetischen Analyse-möglichkeiten.

---

## Beauftragung, Zielsetzung und Vorgehensweise

Dieser Bericht ist einer von zwei Berichten, die aus dem Monitoringprojekt des TAB zum Thema »Aktueller Stand und Entwicklungen von Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik« hervorgegangen sind. Pränataldiagnostik umfasst, wie eingangs dargestellt, alle vorgeburtlichen Untersuchungen, die darauf zielen, Wissen über das heranwachsende Kind zu erlangen. Präimplantationsdiagnostik beschreibt die genetische Untersuchung von in vitro (also außerhalb des menschlichen Körpers) gezeugten Embryonen in einem sehr frühen Entwicklungsstadium, um zu entscheiden, ob ein Embryo in die Gebärmutter übertragen wird oder nicht. Vor dem Hintergrund neuer technischer Entwicklungen und aktueller gesellschaftlicher Debatten hat der Deutsche Bundestag das Büro für Technikfolgen-Abschätzung beauftragt, einen Sachstandsbericht zu Präimplantations- und Pränataldiagnostik als Monitoring zu erstellen.

Das Ziel des Monitoringprojekts besteht darin, einen konzentrierten Überblick zu geben über den derzeitigen Stand der wissenschaftlich-technischen Entwicklungen, die angebotenen Methoden und ihre Nutzung, die wissenschaftliche und gesellschaftliche Debatte sowie mögliche zukünftige Entwicklungslinien und die damit verknüpften Fragen. Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik stellen zwei zentrale Felder der Fortpflanzungsmedizin dar, zu denen bereits in der Vergangenheit kontroverse ethische Debatten geführt wurden und in denen es einen regen technischen Fortschritt gegeben hat, der zu neuen Debatten anregt.

Trotz dieser Gemeinsamkeiten erscheint es sinnvoll, die Themen Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik in zwei getrennten Berichten zu behandeln. Dies liegt daran, dass in beiden Diagnostikfeldern grundlegend verschiedene medizinische und technische Verfahren zum Einsatz kommen, sie sich auf unterschiedliche Nutzergruppen richten, sie in zwei unterschiedlichen Stadien der embryonalen Entwicklung zum Einsatz kommen (vor/nach der Einnistung) und sie sich auf unterschiedliche Formen von Krankheiten oder Abweichungen fokussieren. Durch diese Unterschiede in der Methodik und Nutzung stellen sich auch andere ethisch-soziale Fragen zu beiden Diagnosefeldern. Während also ein separater Bericht den aktuellen Stand und die Entwicklungen der Präimplantationsdiagnostik vorstellt (TAB-Arbeitsbericht Nr. 182), behandelt dieser Bericht den aktuellen Stand und die Entwicklungen von Pränataldiagnostik.

Dabei stützt er sich neben der zitierten wissenschaftlichen Literatur insbesondere auf ein im Auftrag des Deutschen Bundestages erstelltes Gutachten der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum, verfasst von Dr. Janna Wolff und Prof. Dr. Dr. Sigrid Graumann, mit dem Titel »Aktueller Stand und Entwicklungen von Pränataldiagnostik« unter Mitarbeit von Dr. Adam Gasiorek-Wiens, Talea Stüwe und Lisa Koopmann (Wolff und Graumann 2016). Auf Basis der ersten Fassung des vorliegenden Berichtes erfolgte

eine Kommentierung durch Dr. Adam Gasiorek-Wiens hinsichtlich der Darstellung des naturwissenschaftlich-medizinischen Sachstands, der Anwendungen und Entwicklungsperspektiven sowie der rechtlichen Regelungen. Eine weitere Kommentierung erfolgte durch Kirsten Achtelik und Dr. Sabine Könninger für das Gen-ethische Netzwerk e.V. zur Frage der Akteurinnen und Akteure sowie des Behinderungsmodells aus Sicht der kritischen Zivilgesellschaft (Achtelik und Könninger 2018). Für die zahlreichen Kommentare und Anmerkungen, die im Rahmen der Berichtsüberarbeitung berücksichtigt wurden und aus unserer Sicht eine wichtige Verbesserung ermöglicht haben, danken wir dem Autor und den Autorinnen sehr herzlich. Die Verantwortung für den vorliegenden Text liegt bei der Hauptverfasserin Dr. Alma Kolleck sowie dem Projektleiter Dr. Arnold Sauter vom TAB. Ein besonderer Dank geht an Tina Lehmann für die Erstellung des Layouts sowie der Abbildungen.

---

## Aufbau des Berichts

Der Bericht gliedert sich in drei Hauptteile, welche die medizinisch-technischen, die rechtlichen und die gesellschaftlich-ethischen Aspekte von vorgeburtlichen Untersuchungen des Embryos/Fetus behandeln.

Kapitel 2 (Medizinisch-technische Grundlagen: Anwendungen und Entwicklungsperspektiven) stellt zunächst grundlegende Verfahren der Pränataldiagnostik vor, beschreibt das Vorgehen, den Zeitraum der Anwendung und aktuelle Zahlen zur Inanspruchnahme. *Invasive Verfahren* wie die Plazentapunktion (Chorionzottenbiopsie) und die Fruchtwasserentnahme (Amniozentese) liefern fetales Zellmaterial, anhand dessen sich genetische Analysen durchführen lassen. *Nichtinvasive Verfahren* wie Ultraschall und das Ersttrimesterscreening gehen mit weniger verfahrensbezogenen Risiken einher. Zugleich dienen sie nicht dazu, genetische Diagnosen zu stellen, sondern können in erster Linie Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für eine fetale Fehlbildung geben. Welche Krankheitsbilder und Abweichungen im Fokus pränataler Diagnostik stehen und wie diese sich manifestieren, stellt Kapitel 2 ebenso dar wie den medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen pränatalen Befund.

Die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch und zur pränatalen Diagnostik stehen im Fokus von Kapitel 3. Dieses stellt zunächst die rechtlichen Regelungen in Deutschland vor und geht dabei insbesondere auf das Gendiagnostikgesetz, das Schwangerschaftskonfliktgesetz und die §§218 und 218a des Strafgesetzbuches ein. Ebenfalls dargelegt werden die Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen sowie die Mutterschaftsrichtlinien. Insbesondere im Kontext der sogenannten Kind-als-Schaden-Problematik kam es in der Vergangenheit zu Gerichtsprozessen, in denen Eltern eines »fälschlicherweise geborenen«, oft behinderten Kindes Schadensersatz bzw. Schmerzensgeld einforderten. Die

Gerichtsentscheide zu solchen Sachverhalten fielen sehr unterschiedlich aus, wie Kapitel 3 ausführt. Im zweiten Teil des Kapitels werden die rechtlichen und gesellschaftlichen Regelungen hinsichtlich Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruchs in vier europäischen Staaten dargestellt, nämlich im Vereinigten Königreich, in Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz.

Kapitel 4 (Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen) behandelt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und geht dabei insbesondere auf den Informationsstand von schwangeren Frauen ein, auf ihr Interesse an Pränataldiagnostik sowie darauf, welche Art von Beratung sie in Anspruch nehmen und wie sie diese beurteilen. Im Anschluss beschreibt das Kapitel zentrale Akteurs- und Interessengruppen (z. B. Frauen, Ärztinnen und Ärzte und Herstellerunternehmen). Im letzten Abschnitt werden die ethischen Aspekte pränataler Diagnostik thematisiert, beispielsweise geht es um folgende Fragen: Verändert Pränataldiagnostik die individuelle und kollektive Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft? Stellt die Möglichkeit der Selektion behinderter Feten durch Schwangerschaftsabbrüche nach einem pränataldiagnostischen Befund ein Werturteil über Menschen mit (dieser) Behinderung dar? Verändert PND die gesellschaftliche Haltung zu Menschen mit Behinderung?

Abschließend folgen in Kapitel 5 das Resümee und die Darstellung der Handlungsfelder, die insbesondere auf die Aspekte des genetischen Wissens und seiner Auswirkungen, des individuellen und gesellschaftlichen Umgangs mit fetalen Anomalien sowie der ärztlichen Beratung zu Pränataldiagnostik eingehen und jeweils Handlungsmöglichkeiten im Bereich der Forschung, der Rechtsgestaltung und des gesellschaftlichen Dialogs benennen.

---

### **Zur Verwendung der Begriffe Pränataldiagnostik, Schwangerschaftswoche, Screening und Behinderung**

Die Begriffe prä- oder antenatale Diagnostik bezeichnen medizinische Untersuchungen, die vor der Geburt stattfinden, am Embryo oder Fetus im Uterus durchgeführt werden und die dazu dienen, Informationen über das werdende Kind zu gewinnen (Hübner 2014). Damit unterscheidet sich die Pränataldiagnostik sowohl von Verfahren der Präimplantationsdiagnostik, die sich auf Embryos vor einer möglichen Einpflanzung in die Gebärmutter richten, als auch von postnatalen diagnostischen Untersuchungen am geborenen Kind (Heinrichs et al. 2012). Die medizinische Begleitung der Schwangerschaft soll Gefahren für Leben und Gesundheit von werdender Mutter und werdendem Kind rechtzeitig erkennen und behandeln: »Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten« (Mutterschaftsrichtlinien, S.2). Dass Pränataldiagnostik im Sinne der Risikoprävention verschiedene Bereiche umfasst, von denen die

Erkennung von möglichen fetalen Abweichungen nur einen Teil darstellt, machen etwa die in den Mutterschaftsrichtlinien (S. 31) definierten Ziele der drei regulären Ultraschallscreenings deutlich. So zielen alle drei Screeninguntersuchungen darauf ab, die altersgerechte Entwicklung des Ungeborenen, die Anzahl der Feten (ggf. Mehrlingsschwangerschaft) und mögliche Hinweise auf Entwicklungsstörungen zu überprüfen, ein primär selektiver Charakter ist den Untersuchungen nicht zugeschrieben. Neben den pränataldiagnostischen Untersuchungen gibt es eine Reihe von weiteren medizinischen Untersuchungen in der Schwangerenvorsorge (etwa den oralen Glukosetoleranztest, der frühzeitig einen Schwangerschaftsdiabetes erkennen soll), die nicht darauf zielen, Informationen über das Ungeborene zu erlangen, sondern über den Gesundheitszustand der werdenden Mutter. Letztere sind folglich keine pränataldiagnostischen Untersuchungen und nicht Gegenstand des Berichtes.

Eine normale Schwangerschaft dauert zwischen 37 und 40 vollendeten Schwangerschaftswochen, also etwa 9 Monate und 7 Tage. Die Schwangerschaft wird dabei zumeist in drei Trimester unterteilt. Das erste Trimenon umfasst die 1. bis 12., das zweite Trimenon die 13. bis 28. und das dritte Trimenon die 29. bis 40. Schwangerschaftswoche (Papsdorf und Wöckel 2018, S. 196 f.). Mit Blick auf die Schwangerschaftsentwicklung existieren zwei parallele Zählweisen. Die erste Zählweise, die vor allem im rechtlichen Kontext (etwa mit Blick auf die Fristenlösung beim Schwangerschaftsabbruch) eine Rolle spielt, geht vom (angenommenen) Datum der Empfängnis aus und wird deshalb als *post conceptionem* (oder kurz p. c.) bezeichnet. Da das Empfängnisdatum zumeist nicht eindeutig bestimmbar ist, geht die zweite, in der Medizin übliche Zählweise vom ersten Tag der letzten Regelblutung aus und wird deshalb als *post menstruationem* (oder kurz p. m.) bezeichnet. Zwischen beiden Zählweisen beträgt der Unterschied in etwa 2 Wochen, sodass eine Schwangere, die nach medizinischer Zählweise ein Schwangerschaftsalter von 14 SSW (Schwangerschaftswochen) p. m. aufweist, nach juristischer Sichtweise gleichzeitig 12 SSW p. c. zählt. Sofern nicht explizit hervorgehoben, wird in diesem Bericht die medizinische Zählweise (p. m.) verwandt.

Für pränataldiagnostische Untersuchungen gilt grundsätzlich, dass ein möglichst früher Einsatz im Schwangerschaftsverlauf als vorteilhaft angesehen wird. In den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen benennt die Bundesärztekammer es als eines der Ziele einer pränatalen Diagnostik, der Schwangeren Hilfestellungen bei der Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft zu geben. Findet ein Abbruch der Schwangerschaft statt, so wird dieser mit fortschreitender Entwicklung der Schwangerschaft als zunehmend moralisch problematisch bewertet. Dies steht im Zusammenhang mit der medizinethisch breit vertretenen Annahme einer zunehmenden Schutzwürdigkeit des Embryos bzw. Fetus über den Verlauf der Schwangerschaft (IöThe 2017, S. 3 f.).

Pränataldiagnostische Untersuchungen können auch in kuratives, also heilendes ärztliches Handeln münden. So sind beispielsweise medikamentöse Therapien bei fetalen Herzrhythmusstörungen sowie bei fetalen Stoffwechselstörungen wie dem androgenitalen Syndrom möglich. Es gibt auch eine Reihe von mikroinvasiven chirurgischen Verfahren (u. a. bei fetaler Anämie; Burkhardt und Zimmermann 2018, S.35 f.).<sup>5</sup> Zudem kann eine vorgeburtliche Bestimmung fetaler Erkrankungen zu einer interdisziplinären und verbesserten Betreuung der Schwangerschaft führen: »Durch ein angepasstes Geburtsmanagement mit rechtzeitiger Entbindung zur optimalen Versorgung in Zentren mit Neonatologie, Kinderkardiologie und -chirurgie verhilft man Neugeborenen und Müttern zu einem besseren Ausgang der Schwangerschaft« (Baldus et al. 2016, S.29).

Der Begriff Screening wird häufig für Reihenuntersuchungen benutzt, die bestimmte Bevölkerungsgruppen zunächst verdachtsunabhängig und systematisch auf definierte Merkmale testen (wie etwa das Neugeborenencreening, bei dem in Deutschland alle Neugeborenen auf bestimmte Stoffwechselerkrankungen untersucht werden; G-BA 2017a). In diesem Bericht bezeichnet der häufig im Kontext von Pränataldiagnostik verwendete Begriff des Screenings individuelle Untersuchungen, die auf vorab bestimmte Besonderheiten des Fetus abzielen (nach vorheriger Aufklärung und Beratung; Stumm und Schröer 2018).

Die Abweichungen, die pränatal erkannt werden können, können sehr unterschiedliche Teile des Körpers betreffen (z. B. zentrales Nervensystem, Herz-Kreislauf-System), sie können sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein (häufig ist eine genaue Prognose über die Ausprägung und Entwicklung nach der Geburt nicht möglich) und sie können unterschiedlichen Ursprungs sein (z. B. chromosomalen Ursprungs oder durch externe fruchtschädigende Stoffe wie Alkohol oder Infektionen verursacht). Einige der in der Embryonal- und Fetalentwicklung entstandenen Abweichungen können dazu führen, dass das geborene Kind Einschränkungen aufweist und mit einer Behinderung lebt.

Doch was ist eigentlich eine Behinderung? Inwiefern unterscheidet sich ein Mensch mit Behinderung von Menschen ohne Behinderung? Auf diese Fragen gibt es eine Reihe von Antworten, wobei die klassisch-medizinische und die soziale Sichtweise auf Behinderung sich wohl am stärksten unterscheiden (Nicklas-Faust 2014, S.61). So geht die klassisch-medizinische Sichtweise von alters-typischen Entwicklungsstufen und Fähigkeiten aus und markiert die individuelle Abweichung als Defekt. Die soziale Sichtweise auf Behinderung sieht die Beeinträchtigung in erster Linie durch Rahmenbedingungen verursacht und somit auch durch diese zu lindern oder sogar aufzuheben. So könnte idealerweise

---

5 Solche vorgeburtlichen Operationen richten sich wegen der eingriffsbezogenen Risiken für Mutter und Kind im Wesentlichen nur auf »solche Fehlbildungen oder Kreislaufstörungen, welche in ihrem Schweregrad über den Schwangerschaftsverlauf zunehmen und so entweder schon vor oder spätestens nach der Geburt lebensgefährlich für die betroffenen Kinder werden« (Kohl und Gembruch 2015, S. 321).

die Beeinträchtigung durch ein fehlendes Körperteil mittels einer Prothese ausgeglichen werden. Dies schließt auch die soziale Wahrnehmung von Behinderung mit ein, die diese gleichsam erst hervorbringt, da »jede Definition von Behinderung von den Rahmenbedingungen, der kulturellen Einordnung und der Perspektive abhängt. ... So galten Blinde im alten Griechenland keineswegs als behindert, sondern ganz im Gegenteil als besonders begabt, als weise Seher. Diese kulturelle Wandelbarkeit ist der Ansatzpunkt dafür, die Sichtweise auf das Phänomen Behinderung zu verändern« (Nicklas-Faust 2014, S. 62).

An diese soziale Definition schließen die Disability Studies an, die Wissenschaft und Gesellschaftskritik zu einem neuen Verständnis von Behinderung verbinden wollen. Disability Studies sind insbesondere im anglophonen Bereich verortet und etablieren sich in Deutschland eher zögerlich (Waldschmidt 2015). Im Zentrum der Disability Studies stehen drei Grundannahmen:

- > Sie sehen sich als kritische Gegenperspektive zu Rehabilitationsmaximen in Medizin, Psychologie und Pädagogik.
- > Sie verstehen Behinderung als soziale Konstruktion, bei der körperliche oder psychische Merkmale zum Ausgangspunkt sozialer Ungleichheiten werden.<sup>6</sup>
- > Sie verstehen »Behinderung als strukturelles Gewaltverhältnis« (Waldschmidt 2015, S. 335), bei dem die individuelle Funktions- und Leistungsfähigkeit über Lebenswege und Chancen des Individuums entscheidet. Ein wichtiger Aspekt wissenschaftlicher Arbeit im Rahmen der Disability Studies ist die gleichberechtigte Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in den Forschungsprozess (Flieger und Schönwiese 2015).

Rechtliche Definitionen nehmen beide Aspekte auf, sowohl die medizinische Andersartigkeit von Menschen mit Behinderung als auch ihre Einbettung in soziale Systeme, in denen diese Andersartigkeit sehr unterschiedlich behindernd sein kann. So beschreiben die Weltgesundheitsorganisation und die Weltbank Behinderung als Einschränkungen in mindestens einem von drei Bereichen:

1. körperliche Funktionsstörungen oder Funktionsveränderungen (Beeinträchtigung),
  - > Ausführungsschwierigkeiten, etwa beim Essen oder Gehen (Aktivitätseinschränkung), und
  - > Teilhabeschwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen, etwa hinsichtlich einer Berufstätigkeit oder der öffentlichen Mobilität (Mitwirkungsbeschränkung; WHO und World Bank 2011, S. 5).

---

6 Beispielsweise legt Dederich 2018 dar, dass das Konzept der »Lernbehinderung« erst zu einem Zeitpunkt entstand, als breite Teile der Bevölkerung alphabetisiert und in reguläre schulische Curricula eingebunden waren. Vorher waren dauerhafte Lernschwierigkeiten weder als solche definiert noch hatten sie eine praktische gesellschaftliche Relevanz.



Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX; §2) gibt mit der Nennung eines Vergleichsmaßstabs, nämlich »dem für das Lebensalter typischen Zustand« und mit der Nennung eines Zeitraums der Beeinträchtigung (»länger als sechs Monate«), konkrete Vorgaben für das Vorliegen einer Behinderung. Die Behindertenrechtskonvention (Art. 2 Satz 2) schließlich bezieht explizit die sozialen Rahmenbedingungen als mögliche Barrieren in die Definition von Behinderung mit ein: »Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.«

Pränataldiagnostik zielt folglich unter anderem darauf, fetale Abweichungen zu erkennen, die nachgeburtlich in einer Behinderung resultieren. Die meisten pränataldiagnostisch erkennbaren Abweichungen sind nicht ursächlich therapierbar. Erbringen pränataldiagnostische Untersuchungen auffällige Befunde beim Fetus, dienen diese deshalb zumeist nicht der Behandlung, sondern der Information der werdenden Eltern (und potenziell der Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft). Allerdings kann nur ein Viertel der Behinderungen pränatal erkannt werden (Nicklas-Faust 2014, S. 69). Die meisten Behinderungen (95 %) entstehen zudem erst nach der Geburt, beispielsweise durch Unfälle oder Erkrankungen.

Auch wenn der soziale Begriff von Behinderung der Selbstwahrnehmung von Menschen mit Behinderungen am ehesten entsprechen dürfte und dieses Begriffsverständnis von vielen Verbänden von Menschen mit Behinderungen bevorzugt wird, geht dieser Bericht nicht durchgängig von einem sozialen Modell von Behinderung aus. Warum nicht? Die Schwangerenvorsorge im Sinne der Mutterschaftsrichtlinien und die Pränataldiagnostik als spezieller Bereich medizinischer Schwangerenbegleitung werden mehrheitlich durch die Ärzte und Ärztinnen durchgeführt. Ärzte und Ärztinnen informieren ihre Patientinnen auf der Basis ihres fachspezifischen Wissens, das sie etwa aus Fachbüchern und Fachzeitschriften gewinnen. Schwangere entscheiden wesentlich auf der Grundlage der Informationen, die ihnen ihre Ärzte und Ärztinnen geben (Renner 2006). Deshalb werden medizinische Perspektiven auf Behinderungen, wie sie in Fachzeitschriften und Fachbüchern vertreten werden, auch in diesem Bericht wiedergegeben.



---

## 2 Medizinisch-technische Grundlagen: Anwendungen und Entwicklungsperspektiven

Welche pränataldiagnostischen Verfahren stehen Schwangeren in Deutschland derzeit zur Verfügung? Welche Vor- und Nachteile weisen die Verfahren auf und wie häufig werden sie genutzt? Diese Fragen beantwortet dieses Kapitel und stellt im Anschluss typische Krankheitsbilder dar, die durch Pränataldiagnostik erkannt werden (sollen). Bei welchen Diagnosen wie häufig ein Abbruch der Schwangerschaft erfolgt, ist ebenso Thema dieses Kapitels wie die Entwicklungsperspektiven hinsichtlich des diagnostischen Umfangs und der diagnostischen Methoden.

---

### 2.1 Pränataldiagnostik – Begriffe und Verfahren

Unter Pränataldiagnostik versteht man alle Untersuchungen am werdenden Kind, die darauf zielen, Informationen über das Kind zu gewinnen, beispielsweise zu kindlichen Erkrankungen oder Fehlbildungen (Hübner 2014). Die Pränataldiagnostik wird des Weiteren in invasive und nichtinvasive Verfahren unterteilt, also in solche Verfahren, die in den Körper der untersuchten Person(en) instrumentell eindringen, und solchen, die dies nicht tun. Blutabnahmen gelten als nichtinvasive Diagnostik, jegliche Eingriffe mittels Hohlnadel in die Gebärmutter hingegen schon. Solche Eingriffe mit Hohlnadel dienen zumeist dazu, Fruchtwasser-, Fetalblut- oder Gewebeproben zu entnehmen (Amniozentese, Chorionzottenbiopsie, Chordozentese; Wolff und Graumann 2016).

Unter nichtinvasiven Verfahren fasst man Ultraschalluntersuchungen (Sonografie), Magnetresonanztomografien und die Analyse des mütterlichen Blutes zusammen. Aus dem mütterlichen Blut lassen sich unter anderem pränataldiagnostisch relevante Biomarker gewinnen. Eine vergleichsweise neue Analyse-methode extrahiert fetoplazentare,<sup>7</sup> zellfreie DNA aus dem mütterlichen Blut und untersucht diese mittels moderner molekulargenetischer Methoden der DNA-Analyse. Solche Testverfahren werden in der wissenschaftlichen Diskussion wahlweise als cff-DNA-Tests,<sup>8</sup> als nichtinvasive Pränataltests (NIPT) oder als nichtinvasive Pränataldiagnostiken (NIPD) bezeichnet. Im öffentlich-medialen Diskurs findet sich häufig die Bezeichnung »Bluttest« (z. B. Becker 2016;

---

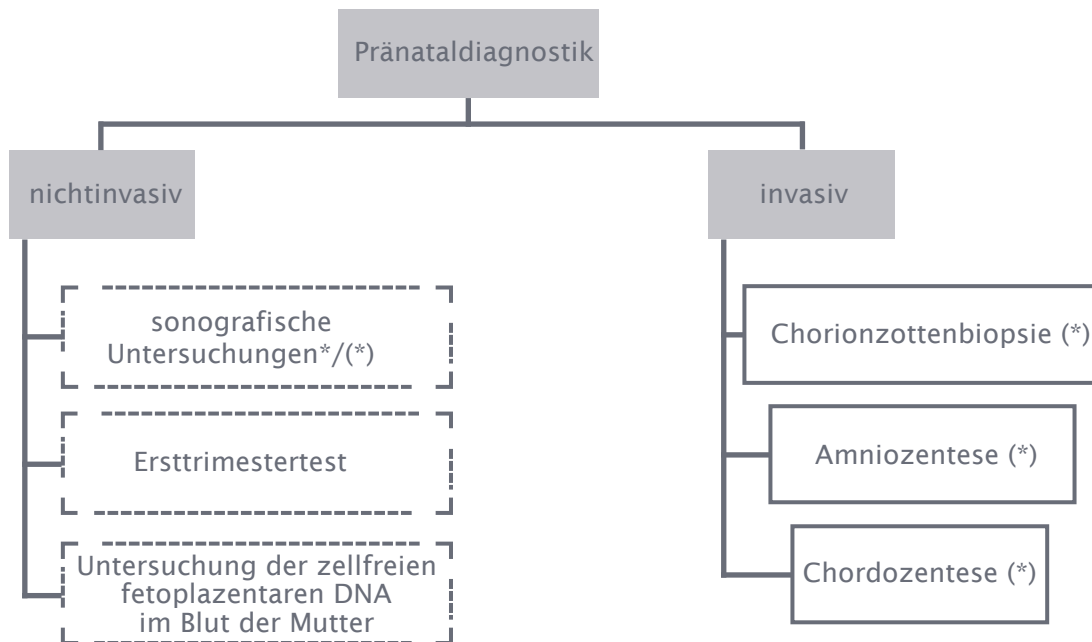
7 Fetoplazentar bedeutet, dass die extrahierten Erbgutteile aus der Plazenta stammen, deren DNA zumeist mit der des Fetus übereinstimmt. In 0,01 % der Fälle zeigt sich jedoch bei der Plazenta eine genetische Auffälligkeit, die der Fetus nicht aufweist Taglauer et al. 2014. Auch deshalb sind die Ergebnisse auf Basis der zellfreien fetalen (eigentlich: plazentaren) DNA aus dem mütterlichen Blut nicht diagnostisch, das heißt nicht zu 100 % verlässlich.

8 Cff-DNA ist die Abkürzung für cell-free fetal DNA (zellfreie, fetale DNA).

BILDplus 2016; Kaiser und Wiegmann 2016; Schäfers 2017; Stockrahm et al. 2015).

Einige der pränataldiagnostischen Verfahren dienen der Erstellung von *Diagnosen*, sie können also eine Krankheit oder Abweichung feststellen. Andere Verfahren haben den Charakter eines Screenings und geben deshalb *Wahrscheinlichkeiten* für bestimmte Auffälligkeiten (wie Chromosomenanomalien beim Fetus) an (Stumm und Entezami 2013). Eine Übersicht über verschiedene pränataldiagnostische Verfahren und ihre Kostenübernahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung findet sich in Abbildung 2.1.

Abb. 2.1 Methoden und Verfahren der Pränataldiagnostik



gestrichelter Rahmen: Screeningverfahren; durchgängiger Rahmen: diagnostisches Verfahren

- \* wird in Deutschland im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen
- (\*) wird in Deutschland unter bestimmten Bedingungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen

Eigene Darstellung

Die Geschichte der Pränataldiagnostik ist vergleichsweise jung. Einen wesentlichen Grundstein für die Pränataldiagnostik legte die erstmalige sonografische Darstellung eines Ungeborenen durch den britischen Arzt Ian Donald im Jahr 1958 (Donald et al. 1958). In den 1960er Jahren beschrieben Steele und Breg (1966) zum ersten Mal die Analyse fetaler Chromosomen mittels Fruchtwasserpunktion, und seit den 1980er Jahren hat das Verfahren der Chorionzotten-



biopsie (Plazentapunktion) Einzug in die medizinische Schwangerenbetreuung gehalten (Ward et al. 1983).<sup>9</sup>

Dieser Fortschritt in der Entwicklung invasiver Verfahren wurde flankiert durch neue Verfahren der biochemischen und genetischen Labordiagnostik und durch die Entwicklung hochauflösender Ultraschallsonden. Ultraschalluntersuchungen sind heute die am häufigsten genutzte Technik in der pränatalen Diagnostik; sie stehen im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien jeder Schwangeren zur Verfügung. Da mit Ultraschall jedoch lediglich visuelle Daten erzeugt und keine genetischen Informationen erhoben werden können,<sup>10</sup> ist die Entwicklung nichtinvasiver pränataler Tests als eine der wichtigsten Neuerungen in der Pränataldiagnostik wahrgenommen worden (Greely 2011; Klinkhammer und Richter-Kuhlmann 2013). 2011 erstmals in den US-amerikanischen Markt eingeführt,<sup>11</sup> stellen diese Bluttests in Aussicht, mittels einer einfachen Blutentnahme bei der Schwangeren umfangreiche genetische Informationen über das werdende Kind zu erhalten. Grundlage hierfür ist die Identifikation und Isolation zellfreier DNA fetoplazentaren Ursprungs, die im Blut der Schwangeren zu finden ist.

Die Tests sollen dazu beitragen, die Rate pränatal erkannter Fehlbildungen deutlich zu heben. Derzeit wird in Deutschland nur ein Teil der angeborenen Fehlbildungen erkannt. In den deutschen Pränatalzentren, die am EUROCAT Central Registry (2016a) teilnehmen, lag die Erkennungsquote von chromosomalen Anomalien im Zeitraum von 2011 bis 2015 bei 67,9 % (Mainz) bzw. 77,9 % (Sachsen-Anhalt). Für nicht genetisch bedingte, angeborene Erkrankungen war die Quote deutlich geringer, nämlich 23,2 % (Mainz) bzw. 29,0 % (Sachsen-Anhalt).<sup>12</sup> Angeborene Fehlbildungen und Störungen genetischen und nicht genetischen Ursprungs gehören zu den häufigsten Todesursachen im Säuglings- und Kindesalter. Etwa eines von 20 Neugeborenen (5 %) weist solche angeborenen Anomalien auf (Stumm und Entezami 2013). Generell haben die Fortschritte in der pränatalen Diagnostik und Therapie in den letzten 3 Jahrzehnten dazu geführt, dass Risiko- und Hochrisikoschwangerschaften besser begleitet und die Geburten besser vorbereitet werden konnten. Dies führte in vielen Fällen zu einem optimalen Ausgang der Schwangerschaft mit adäquater Versorgung der Neugeborenen (Wolff und Graumann 2016).

---

9 Eine historische Übersicht über genetische Analysen im Rahmen der Pränataldiagnostik gibt Löwy (2014).

10 Ultraschalluntersuchungen können jedoch Hinweiszeichen für chromosomale Abweichungen zu Tage fördern, die einzeln eher wenig Aussagekraft haben, bei den werdenden Eltern jedoch für Verunsicherung sorgen können (Entezami et al. 2005).

11 In Deutschland ist der Test seit Sommer 2012 verfügbar.

12 Die vergleichsweise niedrigen Erkennungsraten führen beispielsweise Scheibler et al. 2010 oder das IQWiG 2008 auf die wenig sensitive Basisdiagnostik zurück. Die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen werden in der Regel durch die betreuenden gynäkologischen Praxen auf der Versorgungsstufe I durchgeführt. Spezialisierte pränataldiagnostische Zentren erreichen deutlich höhere Erkennungsraten bereits in der frühen Schwangerschaft (Becker und Wegner 2006).

Wie häufig die verschiedenen pränataldiagnostischen Verfahren in Deutschland genutzt werden, wird nicht einheitlich erhoben; es gibt mehrere Studien, die darauf verweisen, dass im Allgemeinen eine »sehr hohe Akzeptanz der PND als Bestandteil der allgemeinen Schwangerenvorsorge in der gynäkologischen Praxis« besteht (Renner 2006, S. 35). Dabei ist den werdenden Eltern oftmals nicht im Detail bewusst, welche Befunde die Verfahren erbringen und welche Konsequenzen sich daraus ergeben können (Lou et al. 2017; Renner 2006). Zeigen sich im Verlauf der Untersuchung fetale Auffälligkeiten, setzt dies die werdenden Eltern unter erheblichen emotionalen Stress und verunsichert sie (Carlsson et al. 2015; Guon et al. 2014; Lou et al. 2017). Deshalb ist eine umfassende Beratung vor und nach der Pränataldiagnostik von großer Wichtigkeit. Die meisten pränatal erkennbaren Störungen sind bisher nicht therapierbar, sodass ein schwerer pathologischer Befund häufig nur in die Frage nach der Fortsetzung oder dem Abbruch der Schwangerschaft mündet, nicht aber nach einem Therapieangebot (Hübner 2014).

---

### 2.1.1 Invasive Verfahren der Pränataldiagnostik

Am häufigsten kommen drei invasive Verfahren in der pränatalen Diagnostik zum Einsatz, denen gemein ist, dass unter Ultraschallsicht eine Hohlnadel zu- meist durch die Bauchdecke in die Gebärmutter eingeführt wird, um dort diag- nostisch relevante Proben zu entnehmen: Fruchtwasser mittels *Amniozentese*, Plazentagewebe mittels *Chorionzottenbiopsie* oder Fetalblut mittels *Chordozen- tese*. Bei allen drei Verfahren werden – anders als beim zellfreien DNA-Test – intakte Zellen des Fetus oder der Plazenta gewonnen, sodass diese zytogenetisch untersucht werden können.<sup>13</sup> Diese Möglichkeit einer zytogenetischen Analyse stellt einen wesentlichen Vorteil der invasiven Verfahren dar, denn damit ist eine verhältnismäßig schnelle, genomweite und umfassende Untersuchung des fetalen Erbgutes möglich, mit der neben den häufigeren Chromosomenaberra- tionen auch unbalancierte und balancierte genetische Rearrangements unter- schieden sowie Mosaik festgestellt werden können (Weise et al. 2014).<sup>14</sup>

---

13 Bei einer klassischen zytogenetischen Untersuchung werden die Chromosomen aufberei- tet und eingefärbt, sodass sie lichtmikroskopisch auf Auffälligkeiten untersucht werden können. Molekular-zytogenetische Untersuchungen ermöglichen es, spezielle genetische Abweichungen nachzuweisen, die sich in bestimmten Regionen eines Chromosoms ver- orten (Manegold-Brauer et al. 2015).

14 Bei balancierten Translokationen (also Verschiebungen von Erbgutinformatoren) im Genom bleibt die Anzahl von Erbgutinformatoren konstant, lediglich ihre Lage ver- schiebt sich. Balancierte Translokationen sind phänotypisch unauffällig. Dies gilt nicht für unbalancierte Translokationen, bei denen entweder Erbmaterial verloren geht oder zusätzliches hinzugefügt wird. Mosaik liegen vor, wenn nicht alle Zellen eines Organism- us von einer genetischen Auffälligkeit betroffen sind, sondern lediglich Anteile (Graw 2015, S. 616).



Die drei Verfahren unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitpunktes in der Schwangerschaft, zu denen sie durchgeführt werden, sowie hinsichtlich der Risiken, die mit ihnen einhergehen (Tab. 2.1).

Tab. 2.1 Invasive Verfahren der Pränataldiagnostik im Vergleich

Bezeichnung	Amniozentese (AC; Fruchtwasserentnahme)	Chorionzottenbiopsie (CVS; Plazentapunktion)	Chordozentese (Nabelschnurpunktion)
Beschreibung des Vorgehens	Punktion der Bauchdecke zur Entnahme von Fruchtwasser	Punktion der Bauchdecke zur Entnahme einer Gewebeprobe der Plazenta	Punktion der Nabelvene zur Entnahme fetalen Blutes
Diagnostik	Chromosomenaberrationen und Mikrodeletionen; Blutunverträglichkeit zwischen Mutter und werdendem Kind; Hinweise auf Neuralrohrdefekte, erbliche Stoffwechsel- und Skeletterkrankungen		wie AC und CVS; zudem: kindliche Infektionen, Blutarmut und andere Erkrankungen; Möglichkeit der intravenösen Medikamentengabe
Zeitpunkt der Durchführung	ab 15./16. SSW	10. bis 14. SSW	16. bis 18. SSW
Fehlgeburtsrisiko*	0,3 bis 2 %	0,5 bis 2 %	1 bis 3 %
zusätzliche Risiken	Blutungen in der Gebärmutter; Fehlbildungen des Fetus; selten Sepsis	Fehlbildungen an den Extremitäten des Fetus	Frühgeburt

\* Scharf et al. (2018) fassen mehrere Studien zu den Eingriffsrisiken von Amniozentese und Chorionzottenbiopsie zusammen und gelangen zu dem Schluss, dass die tatsächliche Wahrscheinlichkeit für einen eingriffsbezogenen Abort bei erfahrenen Ärzten und Ärztinnen für die Chorionzottenbiopsie nicht erhöht ist und bei einer Amniozentese bei unter 0,15 % liegt.

Eigene Zusammenstellung auf Basis von Allyse et al. 2015; Stumm und Entezami 2013; Weise et al. 2014; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2016; Wolff und Graumann 2016

Bei dem am häufigsten genutzten invasiven Verfahren, der Amniozentese, entfernt der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin durch eine Punktion der Bauchdecke unter Ultraschallkontrolle etwa 10 bis 20 ml Fruchtwasser aus der Gebärmutter. Im Fruchtwasser sind Zellanteile der Fruchthöhle und des Fetus zu finden; diese werden kultiviert und chromosomal analysiert. Der Eingriff



selbst dauert nur wenige Minuten, das Ergebnis liegt nach etwa 2 Wochen vor. Darüber hinaus kann mittels eines zytogenetischen Schnelltests, der sogenannte Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FiSH), bereits nach einem Tag eine vorläufige Aussage zu den Chromosomen 13, 18, 21 und den Geschlechtschromosomen getroffen werden (Wolff und Graumann 2016). Die diagnostische Sicherheit der Amniozentese mit anschließender Chromosomenanalyse liegt bei 99,4 bis 99,8 %. »Damit ist die AC [Amniozentese] nach wie vor der Goldstandard der invasiven pränatalen Diagnostik« (Stumm und Entezami 2013, S. 1667). Gleichzeitig birgt sie, wie die anderen Verfahren auch, ein gewisses Risiko, dass infolge von Komplikationen eine Fehlgeburt ausgelöst wird (Tab. 2.1). Dieses Risiko ist in der Frühschwangerschaft besonders hoch, sodass die Amniozentese in der Regel erst ab der 15. bis 16. Schwangerschaftswoche zur Anwendung kommt. Zudem kann es in seltenen Fällen zu Verletzungen an den Extremitäten des werdenden Kindes kommen, die zu Fehlbildungen führen. Eine weitere sehr seltene Nebenwirkung kann eine Blutvergiftung (Sepsis) der Mutter sein (Thorp et al. 2005).

Deutlich seltener als die Amniozentese wird eine Chorionzottenbiopsie durchgeführt, die zur Entnahme von Plazentagewebe dient. Dieses Verfahren bietet den Vorteil, dass es früher in der Schwangerschaft angewandt werden kann. Zudem liegen die Ergebnisse schneller vor als bei der Amniozentese, nämlich zumeist bereits am darauffolgenden Tag. Als Nachteile der Chorionzottenbiopsie gilt neben dem etwas höheren Risiko für eine eingriffsbedingte Fehlgeburt (0,5 bis 2 %) die Möglichkeit von Fehldiagnosen durch plazentare Mosaik, die den Embryo/Fetus nicht betreffen. In etwa 1 bis 2 % der auffälligen Befunde weichen die chromosomalen Strukturen von Fetus und untersuchten Plazentazellen voneinander ab (Weise et al. 2014). Die diagnostische Sicherheit variiert je nach Studie zwischen 97,5 % und 99,6 % (Stumm und Entezami 2013). Möglich sind zudem Fehlbefunde durch Kontamination mit mütterlichen Zellen; die Wahrscheinlichkeit dafür liegt in geübten Labors bei unter 1 %. Mittels Kurzzeitkultur lässt sich bereits nach einem Tag ein erstes, vorläufiges Ergebnis ablesen, das durch Langzeitkultur (Dauer: 2 Wochen) verifiziert wird (Wolff und Graumann 2016).

Als drittes, vergleichsweise selten genutztes Verfahren besteht die Möglichkeit der Fetalblutentnahme ab der 18. SSW. Dabei punktiert der Arzt bzw. die Ärztin die Nabelvene möglichst an der Plazentaansatzstelle und entnimmt dem Fetus 2 bis 3 ml Blut. Der Vorteil der Chordozentese liegt darin, dass sie ausschließlich fetales Material gewinnt, der Nachteil ist, dass das Abortrisiko mit 1 bis 3 % vergleichsweise hoch ist (Stumm und Entezami 2013). Sie wird vor allem angewandt, um fetale Anämien infolge von Blutunverträglichkeiten (z. B. Rhesusinkompatibilität) und Infektionen (wie z. B. Ringelröteln) zu ermitteln. Ebenso wie die anderen invasiven Verfahren benötigt die Chordozentese viel Erfahrung durch den oder die Durchführende; das Risiko einer





eingriffsbedingten Fehlgeburt liegt deutlich über dem der anderen beiden Verfahren (Liao et al. 2006; Tab. 2.1).

Die drei am häufigsten genutzten Verfahren der invasiven Diagnostik führen die Vor- und Nachteile dieser Untersuchungen deutlich vor Augen: Einerseits erbringen sie Ergebnisse mit einer sehr hohen diagnostischen Sicherheit, andererseits geht ihre Durchführung mit schwangerschaftsbezogenen Risiken einher, die sich durch geübte Mediziner/-innen minimieren, nicht jedoch völlig vermeiden lassen.

---

### Nutzung invasiver Pränataldiagnostik

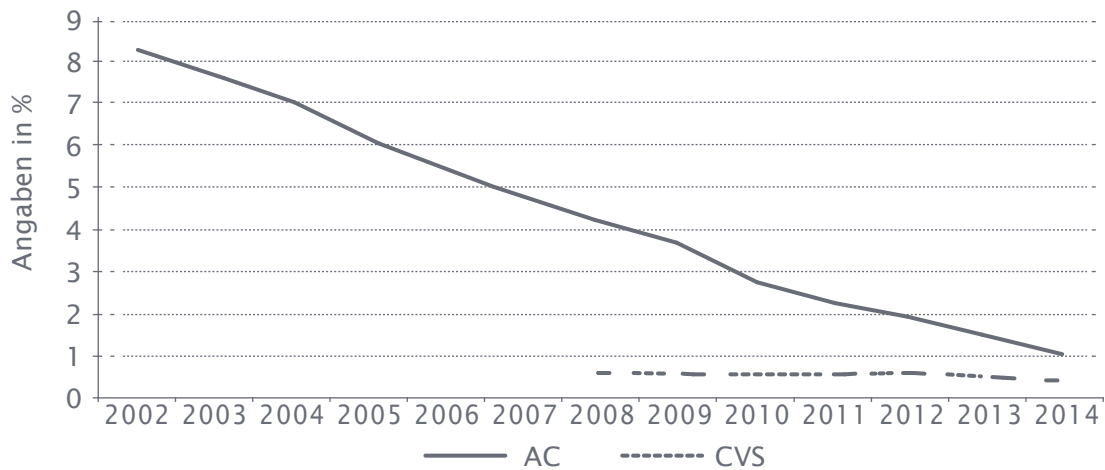
Für die Nutzung invasiver und nichtinvasiver Pränataldiagnostik gilt gleichermaßen, dass es keine bundesweit erhobenen, frei verfügbaren Daten zu konkreten Methoden und der zeitlichen Entwicklung ihrer Inanspruchnahme gibt. Im Jahr 2016 nahmen insgesamt 1,2% aller Schwangeren, die in einem Krankenhaus entbunden hatten, eine invasive Diagnostik in Anspruch; leider differenziert der Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG 2017, S. 56) nicht weiter nach unterschiedlichen invasiven Verfahren. Diese Zahl zeigt, dass invasive Pränataldiagnostik nur von einer kleinen Minderheit der Schwangeren in Anspruch genommen wird – anders als etwa spezielle sonografische Verfahren wie der Dopplerultraschall, der 2016 bei fast jeder zehnten Schwangeren (8,9%) durchgeführt wurde.

Mittels der jährlich in den Berichten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 u. 2009) bzw. des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua 2011, 2012, 2013, 2014 u. 2015) veröffentlichten Zahlen zur Inanspruchnahme von Amniozentese (AC) und ab 2008 von Chorionzottenbiopsien (CVS) lässt sich nachzeichnen, dass die Nutzung dieser beiden invasiven Verfahren im Zeitraum von 2002 bis 2014 deutlich abgenommen hat (Abb. 2.2).<sup>15</sup>

---

15 Ab dem Berichtsjahr 2015 hat das IQTIG die Bundesauswertung der klinischen Geburtshilfe übernommen (IQTIG 2016 u. 2017). Leider unterscheidet das IQTIG in seinen Berichten lediglich zwischen invasiver und nichtinvasiver genetischer PND (ohne diese genauer zu definieren), sodass sich die Zahlen des IQTIG für einen Vergleich mit den zuvor erhobenen Daten nicht eignen.  
Für die Zusammenstellung der Daten von BQS und aQua danken wir Herrn Dr. Gasio-  
rek-Wiens herzlich.

Abb. 2.2 Nutzung invasiver PND im Zeitverlauf



Jeweils prozentualer Anteil an allen klinisch entbundenen Schwangerschaften für das jeweilige Jahr.

Eigene Darstellung auf Basis der Daten von BQS 2003–2009 und aQua 2011–2015

Die Zahlen umfassen alle mit einer Krankenhausgeburt beendeten Schwangerschaften für den genannten Zeitraum, also ca. 98 % aller mit einer Geburt beendeten Schwangerschaften (QUAG 2018). Während 2002 noch 8,2 % der erfassten Schwangeren eine Amniozentese durchführen ließen, sank dieser Wert im Zeitverlauf kontinuierlich auf 1,1 % der erfassten Schwangeren im Jahr 2014. Für die Chorionzottenbiopsie lässt sich ebenfalls eine leichte Verringerung von 0,6 % (2008) auf 0,4 % (2014) feststellen. Diese fällt jedoch deutlich moderater aus, was sich vermutlich mit dem früheren Durchführungszeitpunkt in der Schwangerschaft begründen lässt. Insgesamt nutzen weniger Schwangere eine invasive Diagnostik; wenn sie dies jedoch tun, dann vermutlich bevorzugt zu einem früheren Zeitpunkt in der Schwangerschaft.

Dieser Rückgang invasiver Eingriffe wird von zahlreichen Autor/-innen übereinstimmend berichtet (Bettelheim und Krampfl-Bettelheim 2014; Flöck et al. 2017; García-Pérez et al. 2018; Schneidermeier 2015; Stumm und Schröer 2018). Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung berichtet für gesetzlich Versicherte in Deutschland von einem Rückgang bei den Amniozentesen von über 35.000 Untersuchungen im Jahr 2008 auf unter 11.000 im Jahr 2016 (ZI 2018, S. 3). Dies entspricht einem Rückgang von annähernd 53 Amniozentesen pro 1.000 Lebendgeburten (2008) auf ca. 14 Fruchtwasserentnahmen pro 1.000 Lebendgeburten, also auf weniger als ein Drittel. Eine ähnlich starke Verringerung beobachteten auch Stumm und Entezami (2013) in ihrer eigenen ärztlichen Praxis im Zeitraum von 2003 und 2013. Die Autoren führen diese Verringerung auf eine deutliche Verbesserung der nichtinvasiven Diagnostik, insbesondere im Bereich des Ultraschalls (sogenannte detaillierte



Fehlbildungsdiagnostiken nach der 12. und um die 20. Schwangerschaftswoche). 5 Jahre später konstatieren Stumm und Schröer (2018) aus ihrer pränataldiagnostischen Schwerpunktpraxis, die zu den ersten Anbietern des NIPT in Deutschland gehörte, eine weitere Abnahme in der invasiven Diagnostik und einen gleichzeitig starken Anstieg in der zellfreien DNA-Analyse aus dem mütterlichen Blut.

Erste Studien deuten darauf hin, dass die Analyse zellfreier DNA aus dem mütterlichen Blut zu einer weiteren Reduktion in der Nutzung invasiver Verfahren führt und zugleich insgesamt dazu, dass mehr Schwangere pränataldiagnostische Verfahren in Anspruch nehmen. In der Untersuchung von Bjerregaard et al. (2017) wurden Schwangere mit einem hohen Aneuploidierisiko in zwei Gruppen geteilt; der einen Gruppe wurde eine invasive Diagnostik angeboten, der anderen ein zellfreier DNA-Test. Nur 3 % der Schwangeren nahmen die invasive Diagnostik in Anspruch, wohingegen jede vierte Schwangere den Bluttest nutzte (26 %). In eine ähnliche Richtung deuten die Ergebnisse von Chitty et al. (2015, S. 4), die zeigten, dass die Verfügbarkeit von zellfreien DNA-Tests die Bereitschaft zu weiterer pränataler Diagnostik deutlich erhöhen. So berichten die Autoren, dass die Schwangeren im Hochrisikokollektiv für Trisomien die nichtinvasiven Bluttests zu einem höheren Anteil in Anspruch nahmen (95 %), als sie vor der NIPT-Einführung vertiefende pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch genommen hatten (60 %). Die Nutzung von Pränataldiagnostik insgesamt stieg also durch die Verfügbarkeit der Tests. Dies zeigt, so die Autoren, dass NIPT die Hürde, die invasive Verfahren für einige Frauen darstellen, abbauen.

Die Verringerung der Inanspruchnahme von invasiven Verfahren wird von den meisten Autor/-innen im Sinne der Minimierung von eingriffsbedingten Schwangerschaftsverlusten positiv gesehen. Gleichzeitig befürchten einige Autor/-innen, dass die abnehmende Nutzung von invasiven Diagnostiken dazu führt, dass der medizinische Nachwuchs weniger praktische Erfahrungen in diesen diagnostischen Techniken erwirbt und dadurch die unerwünschten Risiken steigen (etwa durch höhere eingriffsbezogene Abortraten; Allyse et al. 2015).

---

### 2.1.2 Nichtinvasive Verfahren der Pränataldiagnostik

Nichtinvasive Verfahren der Pränataldiagnostik (zu denen auch mittels mütterlichen Bluts durchgeführte Analysen zählen) gehen mit einem deutlich geringeren Risiko für die werdende Mutter und das werdende Kind einher. Gleichzeitig liefern sie zumeist keine definierten Diagnosen, sondern ermitteln lediglich Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Fehlentwicklungen, die einer weiteren Abklärung mittels invasiver Verfahren bedürfen. Ein wichtiger Vorteil dieser Verfahren liegt darin, dass sie in den meisten Fällen unauffällige Befunde erbringen und sich somit die Nutzung der risikoreicheren invasiven Verfahren seit



Einführung des Ersttrimesterscreenings insgesamt deutlich reduziert hat (Bjerrgaard et al. 2017; Chitty et al. 2015). Es ist zu erwarten, dass die Verfügbarkeit des NIPT die Nutzung invasiver Verfahren weiter verringern wird (Chitty et al. 2015; Stumm und Schröder 2018).

Tab. 2.2 Nichtinvasive Verfahren der Pränataldiagnostik im Überblick

Bezeichnung	Ultraschall (US) und Dopplerultraschall	Ersttrimester-screening	nichtinvasiver Blut-test (NIPT)
Beschreibung des Vorgehens	visuelle Darstellung des Fetus und der Plazenta; Doppler-US zeigt Blutflüsse	Berechnung des Risikos für eine Trisomie anhand von Alter, Nackentransparenz im Ultraschall und Biomarkern aus dem mütterlichen Blut	molekulargenetische Analyse der zellfreien DNA fetoplazentaren Ursprungs im mütterlichen Blut
Fokus	allgemeine Kindesentwicklung; Doppler: Versorgung des Fetus, Herzfehler, Präeklampsie*	kindliche Trisomien 13, 18, 21, Turner-Syndrom, Herzfehler	v.a. chromosomale Aneuploidien
Zeitpunkt der Durchführung	beliebig; in Deutschland regulär drei US-Untersuchungen im Schwangerschaftsverlauf	10. bis 14. SSW	ab der vollendeten 9. SSW
gesundheitliche Risiken	keine bekannten Risiken	mit Blutabnahme verbundene Risiken	mit Blutabnahme verbundene Risiken
Falsch-positiv-Rate	k.A.	2 bis 7%	0,09% (Trisomie 21) bis 0,23% (Turner-Syndrom)

\* Schwangerschaftsvergiftung

Eigene Zusammenstellung auf Basis von Abramowicz et al. 2012; Bundesamt für Gesundheit der Schweiz 2015; Kozłowski 2016; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2016

Tabelle 2.2 vergleicht die drei häufigsten nichtinvasiven Verfahren: den bildgebenden Ultraschall bzw. Dopplerultraschall, die mütterliche Blutanalyse mit NIPT sowie das Ersttrimesterscreening, das Ultraschall- und Blutdiagnostik

(hinsichtlich zweier Biomarker) verbindet. Während Ersttrimesterscreening<sup>16</sup> und NIPT in erster Linie darauf abzielen, bestimmte chromosomale Anomalien zu erkennen, weisen die Ultraschalluntersuchungen einen breiteren medizinischer Fokus auf und zielen auch auf die Berechnung des Geburtstermins, den Ausschluss von Schwangerschaftskomplikationen, die Feststellung von Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaften sowie das Bewegungsbild, die Lage und die Organentwicklung des Fetus.

---

### Sonografische Untersuchungen (Ultraschall)

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Jahr 1979 als erstem Land weltweit Ultraschalluntersuchungen als Teil der regulären medizinischen Schwangerschaftsbegleitung eingeführt (Stumm und Entezami 2013). Seit 1995 werden im Verlauf einer unauffälligen Schwangerschaft üblicherweise drei Ultraschalluntersuchungen durchgeführt; jeweils etwa in der 10., der 20. und der 30. Schwangerschaftswoche. Diese Untersuchungen stellen die Grundversorgung dar, die zumeist durch die behandelnden niedergelassenen Gynäkolog/-innen (zumeist ohne pränataldiagnostischen Schwerpunkt und auf der Versorgungsstufe I) gewährleistet wird. In Deutschland existieren in der vorgeburtlichen Ultraschallmedizin drei Versorgungsstufen, für die sich Ärzte und Ärztinnen entsprechend qualifizieren müssen, um bei der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) auf einer der drei Versorgungsstufen zertifiziert zu werden. Je höher die Versorgungsstufe ist, desto größer sind die technisch-fachlichen Anforderungen an die Ärzte und Ärztinnen (DEGUM 2018; Merz et al. 2012). Die drei regulären Ultraschalluntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien finden dabei zumeist auf der Versorgungsstufe I statt; die jeweiligen Inhalte sind die folgenden:

- > Im Zentrum der ersten Ultraschall- bzw. Screeninguntersuchung (9. bis 12. SSW) steht die Feststellung der intakten Schwangerschaft, eine Vermessung des Embryos/Fetus zur Bestätigung des errechneten Geburtstermins, die Kontrolle, ob eine Einlings- oder Mehrlingsschwangerschaft vorliegt, sowie eine Überprüfung der normalen Entwicklung des Embryos/Fetus.
- > Die zweite Screeninguntersuchung (19. bis 22. SSW) ermittelt die Plazentalage, betrachtet die zeitgerechte Entwicklung des Fetus und zielt auf die Erkennung möglicher Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen (siehe Liste). Für die Identifikation von Entwicklungsstörungen sind neben dem

---

16 Die Erkennungsrate und diagnostische Breite des Ersttrimesterscreenings ist stark von der/dem durchführenden Ärztin/Arzt abhängig IQWiG 2008. Höhere Versorgungsstufen (II/III) gehen mit einer höheren fachlichen Qualifikation, einer besseren technischen Ausstattung und einer insgesamt verbesserten Erkennungsrate einher; auch für Organfehlbildungen, Herzfehler und Hinweise für chromosomale Abweichungen (Becker und Wegner 2006).



Fetus selbst die Fruchtwassermenge und die Lage und der Aufbau der Plazenta von Relevanz.

- › Das dritte sonografische Screening (29. bis 32. SSW) dient dazu, Störungen des fetalen Wachstums z. B. durch Gestationsdiabetes oder Plazentainsuffizienz und fetale Fehlbildungen zu erkennen. Zudem lokalisieren der Arzt oder die Ärztin die Plazenta, um eine Plazenta previa (Lage unmittelbar vor dem Geburtskanal) auszuschließen (Stumm und Entezami 2013; Wisser 2013).

Im zweiten Schwangerschaftsdrittel gibt es bei bestimmten Indikationen die Möglichkeit einer weiterführenden Fehlbildungsdiagnostik, in der ein/-e speziell qualifizierte/-r Mediziner/-in (mit Ultraschallqualifikationsstufe II/III) die fetalen Organe, Kopf, Gehirn und Skelettaufbau detailliert untersucht (Merz et al. 2012).

### Anzeichen für eine fetale Entwicklungsstörung

- › auffällige Fruchtwassermenge (überdurchschnittlich viel/wenig)
- › auffällige körperliche Entwicklung, Körpermitrisse oder Bewegungen des Fetus (Nackentransparenz, kleiner/großer Wuchs bezogen auf das Reifealter u. a.)
- › anomale fetale Organstrukturen oder Auffälligkeiten des fetalen Herzens (Rhythmus, Frequenz, Aufbau)
- › Struktur- und Lokalisationsanomalien der Plazenta (Plazenta previa u. a.)

Quelle: Wisser (2013, S. 185)

Insgesamt ermöglichen es die drei in den Mutterschutzrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen, die fetale Entwicklung zu beurteilen, gegebenenfalls fetale Erkrankungen zu erkennen und Risiken für Fetus und Schwangere auszuschließen (Plazenta previa, Plazentainsuffizienz u. a.). Zudem heben einige Autoren hervor, dass sich die sonografische Darstellung des werdenden Kindes positiv auf die Annahme der elterlichen Rolle auswirkt: So »können die Eltern schon sehr früh im Verlauf der Schwangerschaft sich ein Bild von ihrem ungeborenen Kind machen, was die Eltern-Kind-Beziehung deutlich stützt« (Wisser 2013, S. 189). Andere Autoren verneinen diesen positiven Einfluss auf die Bindung an das Ungeborene (Schäfers und Kolip 2015, S. 7).

Am Beispiel der sonografischen Untersuchungen wird das Mehrstufenkonzept deutlich, das seit den 1970er Jahren die Schwangerenbetreuung prägt. Wie gut es funktioniert, ist nicht abschließend geklärt (Schild et al. 2008; Schling et al. 2009), denn die Beurteilung hängt wesentlich davon ab, was als Erfolgsindikator zugrunde gelegt wird. So liegt in Deutschland die perinatale Mortalität bei 5 pro 1.000 Geburten und befindet sich damit im europäischen Vergleich im



Mittelfeld (European Commission 2014, S. 5). Zugleich scheinen viele Fehlbildungen (bis zu 80 %) pränatal unerkannt zu bleiben, was für eine geringe Sensitivität in der Erkennung pränataler Anomalien spricht (EUROCAT Central Registry 2016a; IQWiG 2008; Stumm und Entezami 2013). Gleichzeitig sind viele Untersuchungen, die in der medizinischen Begleitung von unauffälligen Schwangerschaften routinemäßig zum Einsatz kommen, nicht evidenzbasiert und somit potenziell überflüssig (Schild et al. 2008). Dies gilt auch für einige der Kriterien, die angelegt werden, um Schwangere einen hohen oder niedrigen Risikostatus zuzuweisen. Dass die Risikokriterien teilweise wissenschaftlich nicht validiert sind, ist nicht zuletzt deshalb kritisch zu sehen, weil mit der Bezeichnung als »Risikoschwangere« eine psychische Belastung für die Schwangere einhergeht (Petersen und Jahn 2008; Schling et al. 2009).

Neben den drei durch die Mutterschaftsrichtlinien und damit von den gesetzlichen Krankenkassen getragenen Ultraschalluntersuchungen existieren weitere nichtinvasive Verfahren, die zur Klärung spezifischer Sachverhalte zum Einsatz kommen können. So bietet sich zur genaueren Betrachtung der Blutflüsse zwischen Fetus und Mutter die Dopplersonografie an, die den Blutfluss zwischen Gebärmutter, Plazenta und Fetus sichtbar macht. Auf diesem Wege sind der Verlauf der Gefäße, die Blutströmungskurven und die Strömungsgeschwindigkeit messbar. Bei bestimmten Indikationen (z. B. Verdacht auf Wachstumsretardierung oder auf Fehlbildungen) übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Durchführung einer Dopplersonografie (Wisser 2013).

Seit den 1980er Jahren ist es zudem möglich, mittels Magnetresonanztomografie (MRT) pränatal genaue Daten zu einzelnen Organen des wachsenden Kindes zu erhalten, insbesondere zum Gehirn (Asenbaum et al. 2013; Wisser 2013). Da dieses Verfahren aufwendig und kostenintensiv ist, findet es nur bei konkreten diagnostischen Fragen Verwendung.

---

### Triple-Test und Ersttrimesterscreening

Zwei weitere nichtinvasive Verfahren, die Schwangeren als individuelle Gesundheitsleistungen, also nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, zur Verfügung stehen, sind der Triple-Test und das Ersttrimesterscreening. Beide basieren auf der Analyse von mütterlichen Blutwerten; beim Ersttrimesterscreening findet zudem eine Messung der fetalen Nackentransparenz (auch als Nackenfalte bezeichnet) statt. Beim Triple-Test werden zwischen der 15. und der 20. Schwangerschaftswoche die Werte der drei Biomarker  $\alpha$ -Fetoprotein, Östriol und freies  $\beta$ -hCG (humanes Choriongonadotropin) bestimmt, um die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer fetalen Trisomie 21 sowie fetaler Neuralrohrdefekte zu ermitteln (Ball et al. 2007). Da die



Treffsicherheit des Triple-Tests sehr gering ist, wird er mittlerweile selten angewandt (TK 2016; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2016).

Beim Ersttrimesterscreening (oder Ersttrimestertest) stand zunächst ausschließlich die Wahrscheinlichkeit für eine fetale Trisomie 21 im Zentrum. Mittlerweile wird es jedoch insbesondere von auf Pränataldiagnostik spezialisierten Ärzten und Ärztinnen als frühe feindiagnostische Untersuchung genutzt, bei der auch andere chromosomale Auffälligkeiten und Herzfehler entdeckt werden sollen (Wagner et al. 2017). Das Ersttrimesterscreening kann zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche stattfinden und besteht aus einer Risikoberechnung anhand von mütterlichem Alter, fetaler Nackentransparenz und den Serummarkern freies  $\beta$ -hCG und PAPP-A (pregnancy-associated plasma protein A) (Stumm und Entezami 2013). Da das Ersttrimesterscreening lediglich Wahrscheinlichkeiten für ein fetales Down-Syndrom benennt und deutlich geringere Testgüten aufweist als die nichtinvasiven Bluttests, führt es häufig zu einer anschließenden vertieften Diagnostik (entweder per NIPT oder invasiv). Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten zur Durchführung eines Ersttrimesterscreenings nicht (TK 2016).

---

### **Analyse anhand der zellfreien plazentaren DNA im Blut der Schwangeren**

Eine der einflussreichsten Neuerungen in der Pränataldiagnostik wurde bereits eingangs kurz vorgestellt, nämlich die nichtinvasiven Bluttests, die aus dem mütterlichen Blut zellfreie DNA fetoplazentaren Ursprungs isolieren und analysieren. Ihre Entwicklung geht wesentlich zurück auf Lo et al. (1997): Vor zwei Dekaden entdeckte der Pathologe Dennis Lo von der Chinese University of Hongkong, dass sich im Blut schwangerer Frauen zellfreie DNA der Plazenta nachweisen lässt. Die Plazenta entwickelt sich zu Beginn der Schwangerschaft aus dem befruchteten Ei, wächst in die mütterliche Gebärmutterwand ein und weist auf der fetalen Seite eine ähnliche, wenn auch nicht immer identische genetische Struktur auf wie der Fetus. Fetoplazentare zellfreie DNA kann im mütterlichen Blut ab der 5. bis 7. SSW nachgewiesen werden; ab der 10. SSW sind die Testergebnisse jedoch zuverlässiger, da der Anteil der zellfreien fetoplazentaren DNA im Körper mit fortschreitender Schwangerschaft ansteigt (Allyse et al. 2015). Nach Ende der Schwangerschaft verschwindet die zellfreie DNA aus dem mütterlichen Blut, sodass vorangegangene Schwangerschaften nicht das Testergebnis verfälschen können.

Gegenüber anderen nichtinvasiven Verfahren der Pränataldiagnostik zeichnen sich die zellfreien DNA-Tests durch ihre hohe Testgüte aus. So entdecken diese Tests mehr als 99 % der Schwangerschaften mit Down-Syndrom und weisen dabei eine sehr geringe Falsch-positiv-Rate (von 0,1 %) sowie





eine sehr geringe Falsch-negativ-Rate auf (0,06 %; Norton et al. 2015; Wou et al. 2015). Sie geben also folglich selten fälschlicherweise an, dass eine Trisomie vorliegt (falsch-positiv), und geben noch seltener fälschlicherweise ein unauffälliges Ergebnis an (falsch-negativ). Aus der Anzahl der korrekt benannten Diagnosen und der Falsch-positiv-Befunde berechnet sich der positive Vorhersagewert eines Tests. Der positive Vorhersagewert von zellfreien DNA-Tests für die Detektion eines fetalen Down-Syndroms liegt bei 80,9% und damit deutlich über anderen nichtinvasiven Testverfahren wie dem Ersttrimesterscreening, das lediglich einen positiven Vorhersagewert von 3,4% erreicht (Norton et al. 2015). Wenn der nichtinvasive Test also das Vorliegen eines Down-Syndroms angibt, liegt er in 80,9% der Fälle richtig. Liegt beim Ersttrimesterscreening ein auffälliges Ergebnis vor, bestätigt sich dieses in lediglich 3,4% der Fälle. Für Trisomie 18 (51,2%) und Trisomie 13 (41,0%) liegen die positiven Vorhersagewerte der zellfreien DNA-Tests allerdings deutlich unter denen für Trisomie 21 (Taneja et al. 2016).<sup>17</sup>

Gegenüber den invasiven Verfahren besteht der größte Vorteil der NIPT darin, dass das Fehlgeburtsrisiko durch die Untersuchung nicht erhöht wird.<sup>18</sup> Anders als invasive PND lassen NIPT zudem einen deutlich früheren Untersuchungszeitpunkt zu: Bereits ab der 9. Schwangerschaftswoche kann ein NIPT durchgeführt werden, die Ergebnisse liegen etwa 1 Woche später vor. Für Schwangere, die einen NIPT in Anspruch nehmen, entstehen über die Blutentnahme hinaus keine körperlichen Unannehmlichkeiten; für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sind keine speziellen medizinischen Gerätschaften oder Fertigkeiten vonnöten (Nuffield Council on Bioethics 2017a). Für einen NIPT nimmt der Arzt oder die Ärztin lediglich Blut ab und sendet die Probe zur Analyse zum Diagnostiklabor des jeweiligen Testherstellers.

### Methodik der NIPT

Die Methodik der zellfreien DNA-Tests lässt sich wie folgt beschreiben: Aus dem mütterlichen Blut wird die fetoplazentare DNA isoliert und anhand ihrer jeweiligen charakteristischen Nukleotidabfolgen dem jeweils zugehörigen Chromosom zugeordnet. Anschließend gibt es zwei Möglichkeiten der Auswertung. Bei der ersten Möglichkeit wird die pro Chromosom gefundene DNA-Menge mit der Anzahl von DNA-Sequenzen eines Referenzchromosoms

---

17 Meck et al. (2015) nennen ähnliche, leicht höhere positive Vorhersagewerte: 58% für Trisomie 18 und 45% für Trisomie 13; für Trisomie 21 liegen sie mit 93% deutlich über den Angaben von Norton et al. (2015).

18 Zur Kritik am Vergleich von NIPT mit invasiven Verfahren siehe Braun und Könninger (2017a). Die Autorinnen kritisieren, dass der Vergleich von NIPT mit invasiven Verfahren dazu diene, zu verschleiern, dass die vorgeburtliche Erkennung fetaler Trisomien keinen medizinischen Nutzen habe.



verglichen.<sup>19</sup> Unterscheidet sich die Menge der gefundenen DNA der interessierenden Chromosomen (13, 18, 21, X und ggf. Y) deutlich von der DNA-Menge des Referenzchromosoms, spricht dies für eine Aneuploidie (Kozlowski 2016). Bei der zweiten Methode werden die mütterliche und die fetoplazentare DNA anhand genetischer Marker getrennt.<sup>20</sup> Indem bestimmte Basenpaare der Chromosomen von Interesse sequenziert werden (v.a. der Chromosomen 13, 18, 21, X und ggf. Y), lässt sich mittels bioinformatischer Berechnungen die Wahrscheinlichkeit ermitteln, dass eine Aneuploidie vorliegt (Leonard 2017).

Tab. 2.3 Verfahren zur Analyse zellfreier fetoplazentarer DNA im mütterlichen Blut

Verfahren	Art des Verfahrens	Tests (Hersteller)
Verfahren auf Basis des Next Generation Sequencing (NGS)	Hochdurchsatzsequenzierung mit bioinformatischen Analysen; dabei werden jeweils die DNA-Fragmente den interessierenden Chromosomen zugeordnet und entweder mit Referenzchromosomen oder mit statistischen Mittelwerten verglichen.	PraenaTest 1. Generation (LifeCodexx) Panorama (Natera) MaterniT21 (Sequenom) Verify (Verinata/Illumina) Veracity (NIPD) NIFTY (BGI) u. a.
Mikroarray	Vergleicht die zu testende DNA mit einer Referenz-DNA und stellt Unterschiede in der DNA-Kopienzahl dar.	Harmony 2. Generation (Ariosa/Roche)
DNA-Methylierung und quantitative Polymerasekettenreaktion	Anhand der Methylierungsmuster wird zwischen kindlicher und mütterlicher DNA unterschieden und für das Chromosom 21 die Menge fetaler DNA bestimmt.	PraenaTest 2. Generation (LifeCodexx)
Rolling-Cycle-Polymerasekettenreaktion	Umwandlung der DNA-Fragmente zu zirkulierender DNA, Einfärbung der DNA-Objekte und Vergleich mit Referenzchromosom	Vanadis (Perkin Elmer)

Eigene Zusammenstellung auf Basis von Kozlowski 2016, S. 416 ff.

Tabelle 2.3 stellt vier grundlegende Verfahren vor, die entweder anhand eines Vergleichs mit Referenzchromosomen (Mikroarray; Rolling-Cycle-Polymerase-

19 Als Referenzchromosom eignen sich solche Chromosomen, von denen nach der 9. SSW keine Aneuploidien bekannt sind, etwa Chromosom 3.

20 Als genetische Marker der fetalen bzw. mütterlichen Herkunft dienen bei dieser Methode Einzelnukleotid-Polymorphismen als genetische Varianten einzelner Basenpaare.



sekettenreaktion), mittels Häufigkeitsannahmen (quantitative Polymerasekettenreaktion) oder mittels beider Methoden (NGS) die Wahrscheinlichkeit von chromosomalen Abweichungen bestimmen. Die Vielfalt der Verfahren und die Entwicklung neuer Verfahren (als Tests der zweiten Generation bezeichnet) zeigen, dass sich die Testhersteller bemühen, die Zeit bis zur Übermittlung der Ergebnisse und die Kosten für die Testdurchführung zu verringern.

Zellfreie DNA-Tests benötigen eine ausreichende Menge fetoplazentarer DNA (diese sollte mindestens 4% der gesamten zellfreien DNA im Blut der Schwangeren betragen), um verlässliche Analysen zu ergeben. Bekannte Störfaktoren sind unter anderem die zellfreie DNA eines sogenannten »vanished twin« (eines verschwundenen, im Uterus resorbierten Zwillings), karyotypische Anomalien bei der Mutter, mütterliche Tumoren oder starkes Übergewicht der Mutter (Bianchi 2015; Dharajiya et al. 2015; Leonard 2017).

### **Diagnostisches Spektrum von NIPT**

NIPT zur zellfreien DNA-Analyse wurden im Jahr 2011 in Hong Kong und den USA in die klinische Praxis eingeführt (Allyse et al. 2015) und sind seit Sommer 2012 auch in Deutschland verfügbar. In der klinischen Praxis stand zunächst die Testung der Rhesuskompatibilität zwischen Mutter und Fetus im Zentrum, um auszuschließen, dass es unter der Geburt aufgrund von Blutgruppenunverträglichkeiten zu Komplikationen kommt. Bei bekannten X-chromosomal vererbten Erkrankungen wurden die Bluttests zudem zur frühen Erkennung des kindlichen Geschlechts genutzt. Die intensivste Nutzung dieser Bluttests betrifft allerdings mittlerweile die Detektion von fetalen Aneuploidien, also der Trisomien 13, 18 und 21 und von Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen. Daneben existieren Testverfahren für neu aufgetretene oder vererbte Mutationen (Mikrodeletions-, Mikroduplikations- und Mikrotranslokationssyndrome; Gendiagnostik-Kommission 2016). Es ist möglich, mittels NIPT eine komplette Sequenzierung des fetalen Genoms durchzuführen (Fiorentino et al. 2017; Kitzman et al. 2012).

NIP-Testverfahren haben trotz hoher Aussagekraft keine diagnostische Qualität; sie können lediglich Wahrscheinlichkeiten angeben, nicht jedoch eine Diagnose begründen. Einer der zentralen Gründe dafür, dass sich dies in absehbarer Zeit wohl nicht ändern wird, liegt darin, dass diese Testverfahren zellfreie DNA placentaren Ursprungs untersuchen (zumeist sogenannter Zytotrophoblasten). In den meisten Schwangerschaften ist der chromosomale Aufbau der Plazenta mit dem des Fetus identisch. In einzelnen Fällen kann es jedoch zu einer Mutation des Plazentagenoms kommen, nachdem sich die embryobildenden bereits von den plazentabildenden Zellen separiert haben. Dies bezeichnet man als Mosaik. Mosaik liegen vor, wenn nicht alle Zellen eines Organismus von einer genetischen Auffälligkeit betroffen sind, sondern lediglich Anteile; so



kann beispielsweise nur ein Teil der Plazentazellen eine Trisomie 21 aufweisen, während andere Plazentazellen und der Fetus nicht von der Trisomie betroffen sind. Folglich bedeutet ein beschränktes Plazentamosaik, das mittels NIPT erhoben wird, nicht in allen Fällen, dass auch der Embryo/Fetus ein entsprechendes Mosaik aufweist. Umgekehrt kann der Fetus ein beschränktes Mosaik aufweisen, ohne dass dieses durch die zellfreie DNA aus der Plazenta nachweisbar wäre. Auch aus diesem Grund dürfen auffällige NIPT-Ergebnisse nicht allein als Diagnose und mögliche Indikation eines Schwangerschaftsabbruchs herangezogen werden. (Leonard 2017). Hinzu kommt, dass NIP-Tests auf Wahrscheinlichkeitsaussagen beruhen, die anhand einer vergleichsweise kleinen Stichprobe zellfreier fetoplazentarer DNA getroffen wird; diese sind zwar in Bezug auf etwa Trisomie 21 relativ treffsicher, jedoch nicht fehlerfrei.

Die Chorionzottenbiopsie – als eine typische Anwendung von invasiver Pränataldiagnostik – verwendet ebenfalls Plazentagewebe und gilt dennoch als Diagnoseverfahren. Dies mag zunächst verwundern, doch bei der Chorionzottenbiopsie wird neben Zytotrophoblasten eine weitere Zellschicht zur Untersuchung gewonnen, nämlich das extraembryonale Mesenchym, das deutlich höhere Übereinstimmungen mit dem embryonalen Genom aufweist als die beim Bluttest verwendete zytotrophoblastische DNA. Dennoch sind auch bei der Chorionzottenbiopsie Falschbefunde aufgrund eines plazentaren Mosaiks möglich. Nicht zuletzt deshalb gilt die Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) und nicht die Chorionzottenbiopsie als »Goldstandard« der pränatalen Diagnostik (Stumm und Entezami 2013).

Während nichtinvasive zellfreie DNA-Tests also chromosomale Aneuploidien der Autosomen<sup>21</sup> (insbesondere Trisomie 21) ziemlich verlässlich bestimmen können, sind sie nicht geeignet, andere pränatalmedizinisch relevante Aspekte zu erfassen. So erkennen NIPT keine Neuralrohrdefekte oder Herzfehler (ohne gekoppelte chromosomale Aberrationen) und geben keine Hinweise auf andere Schwangerschaftskomplikationen wie beispielsweise eine frühe Präeklampsie (Stumm und Entezami 2013; Wou et al. 2015). Viele Fehlbildungen bleiben somit unerkannt. Dies verweist auf die grundsätzliche Schwierigkeit, dass sogenannte »targeted«-Ansätze nach vorher definierten Aberrationen suchen, damit aber »sozusagen ›blind‹ für mögliche andere genomische Umbauten« sind (Weise et al. 2014, S. 391).

Eine eher schlechte Vorhersagekraft zeigen zellfreie DNA-Tests zudem für das Turner-Syndrom (Monosomie X), hier beträgt der positive Vorhersagewert nur 9%, was praktisch bedeutet, dass 91% der vermeintlich vom Turner-Syndrom betroffenen Feten sich nach invasiver Diagnostik als unauffällig, also als falsch-positiv befundet herausstellten (Reiss et al. 2017). Für die häufigsten Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen zusammengenommen –

---

21 *Autosomen* bezeichnen die 22 Chromosomenpaare in Gegenüberstellung zu dem 23. Chromosomenpaar, den Geschlechtschromosomen oder *Gonosomen*.



Triple-X-, Turner-, Jacobs-, und Klinefelter-Syndrom – liegt der positive Vorhersagewert der nichtinvasiven Bluttests bei lediglich 48,4% (Porreco et al. 2014).<sup>22</sup> Ein falsch-positives Ergebnis mündet in den meisten Fällen in eine invasive Diagnostik, die, wie dargestellt, höhere Risiken birgt als die nichtinvasiven Verfahren.

Yaron (2016) kritisiert zudem, dass die Angaben zu positiven Vorhersagewerten und Sensitivitäten der verschiedenen zellfreien Bluttests lediglich solche Testergebnisse in die Analyse einbeziehen, bei denen es zu einem tatsächlichen Ergebnis kam, und all jene Testergebnisse aus der Berechnung herauslassen, in denen kein Testergebnis ermittelt werden konnte. Die Quote dieser Testversagen (oder »no calls«) liegt je nach Verfahren und Studie zwischen 0,12% und 8,09% der eingesandten Proben. Bei Tests auf Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen liegt diese No-Call-Quote besonders hoch und betrifft bis zu jede sechste Blutprobe (17,2%; Yaron 2016, S. 392). Dabei liegen bei den versagenden Tests besonders häufig Aneuploidien vor: So zeigt sich bei etwa 2,9% der unauffälligen Schwangerschaften ein Testausfall, wohingegen bei Schwangerschaften mit fetaler Trisomie 13 etwa 6,3% der Tests versagen und bei einer fetalen Trisomie 18 sogar 8,0%. Die Ausfallraten bei Trisomie 21 liegen hingegen unter denen der unauffälligen Schwangerschaften; hier versagen nur 1,9% (Kozłowski 2016).

Die erhöhten Ausfallraten bei den Trisomien 13 und 18 erklären sich dadurch, dass diese Aneuploidien zumeist mit einer Wachstumsverzögerung einhergehen, die auch die Plazenta umfasst. Eine kleinere Plazenta führt zu weniger zellfreier DNA im mütterlichen Blut und damit zu einer höheren Quote von Testausfällen (IQWiG 2018b, S. 9).

### Kritik am Testspektrum der NIPT

Einzelne Autoren, die die zellfreien Bluttests nicht prinzipiell ablehnen, kritisieren einzelne Testmöglichkeiten der NIPT. So werfen Verweij et al. (2014) die Frage auf, welchen praktischen Sinn nichtinvasives Testen mit Blick auf Trisomie 13 habe: Diese Aberration führe in den meisten Fällen zu einem intrauterinen Fruchttod; nur wenige der mit Trisomie 13 Geborenen leben länger als einige Monate.<sup>23</sup> Gerade mit Blick auf die vergleichsweise geringen positiven Vorhersagewerte würden also zahlreiche Schwangere ohne Notwendigkeit verunsichert und dahingehend beraten, invasive Diagnostik in Anspruch zu

---

22 In der Studie von Porreco et al. (2014) liegen die positiven Vorhersagewerte für das Turner-Syndrom (bei etwa gleicher Stichprobengröße) etwas höher, nämlich bei 45,0%. Für das Triple-X-Syndrom ermitteln Porreco et al. 2014 positive Vorhersagewerte von 57,1%, für das Klinefelter-Syndrom (XXY) 33,3% und für das Jacobs-Syndrom (XYY) 100%. Die beiden letzten Syndrome kamen nur einmal in der Stichprobe vor ( $n = 1/N = 3.201$ ).

23 Ein Teil der Kinder, die mit Trisomie 13 zur Welt kommen, leben länger als 5 Jahre: In der Studie von Meyer et al. (2016) wurden 9,7% der mit Trisomie 13 geborenen Kinder mindestens 5 Jahre alt.



nehmen. Zudem sei Trisomie 13 anhand körperlicher Abweichungen im Ultraschall zumeist gut zu erkennen. Da ein Screening auf letale Krankheiten wie Trisomie 13 Besorgnis bei falsch-positiv getesteten Schwangeren verursache und die Gefahr von Spontanaborten nach anschließender invasiver Diagnostik erhöhe, verursache es in der Zusammenschau mehr Schaden als Nutzen, so die Autoren (Verweij et al. 2014, S. 113). Allyse und Chandrasekharan (2015) kritisieren mit ähnlichen Argumenten die Testung auf Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen (Turner-, Triple-X-, Klinefelter- und Jacobs-Syndrom). Der positive Vorhersagewert liege zu niedrig und führe zu weiteren Diagnostiken invasiver Art. Damit werde der wesentliche Vorteil nichtinvasiver zellfreier DNA-Tests, nämlich dass sie die Anzahl invasiver Eingriffe verringern, wieder zunichte gemacht (Allyse und Chandrasekharan 2015). Auch die österreichischen, deutschen und schweizerischen Fachgesellschaften der Ultraschallmedizin empfehlen das Screening auf Fehlverteilung der Geschlechtschromosomen nicht bzw. nicht uneingeschränkt (Schmid et al. 2015). Zur klinischen Performanz der Tests auf Aneuploidien der Geschlechtschromosomen gibt es bislang nur wenige vergleichende Veröffentlichungen (Oepkes et al. 2014). Menschen mit aneuploiden Geschlechtschromosomen sind zumeist klinisch unauffällig (Kap. 2.2.1); dieser unklare, meist unauffällige Phänotyp erschwert die genetische Beratung (Schmid 2016), was grundsätzliche Fragen nach Ziel und Zweck genetischer Diagnostik dieser Abweichungen aufwirft.

Es erscheint möglich, dass NIP-Testverfahren zukünftig routinemäßig zu einer deutlich breiteren, eventuell sogar genomweiten Analyse der fetalen DNA genutzt werden können. In der klinischen Forschung findet eine genomweite Analyse anhand zellfreier fetoplazentarer DNA bereits statt (Fiorentino et al. 2017). Findet eine solche diagnostische Ausweitung der zellfreien DNA-Tests hin zu einem Kompletengenom-Screening breite Anwendung, besteht das Risiko, dass die nichtinvasive Genomanalyse Befunde generiert, die entweder gemäß Gendiagnostikgesetz nicht Inhalt einer genetischen Analyse sein sollten (z. B. Befunde zu spätmanifestierenden Krankheiten) oder nicht intendiert Aufschluss über Erkrankungen/Anomalien bei der Mutter geben (z. B. Mosaik oder Tumorerkrankungen) oder aber unintendiert Aufschluss über die Vaterschaft geben (wenn der vermeintliche Vater in den Test einbezogen wird, denn sein Erbgut wird für den Vergleich benötigt; Vetter 2016). Der nichtinvasive, zellfreie DNA-Test weist folglich, ebenso wie andere pränatale Diagnostikverfahren, Vor- und Nachteile auf, die gegeneinander abgewogen werden sollten. Die Entwicklungsmöglichkeiten der zellfreien DNA-Tests werden vertieft in Kapitel 2.3 beschrieben, die mit dem Verfahren (und der Ausweitung seines Diagnosespektrums) einhergehenden ethischen Fragen werden in Kapitel 4.4 behandelt.

---

## Nutzung nichtinvasiver Pränataldiagnostik

Die Nutzung nichtinvasiver Pränataldiagnostik ist in keiner öffentlich zugänglichen Statistik erfasst, sodass einzelne Studien herangezogen werden müssen, um auf die Gesamtnutzung in Deutschland schließen zu können. Das IQTIG (2017, S. 56) gibt für das Erfassungsjahr 2016 bei über 750.000 Schwangeren eine Nutzung von nichtinvasiver Pränataldiagnostik von 13,0 % an (2015: 9,5 %). Allerdings macht der Bericht nicht deutlich, wie nichtinvasive Pränataldiagnostik definiert wurde.

In einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gaben nur 15 % der befragten Frauen an, keinerlei pränataldiagnostische Maßnahmen in Anspruch genommen zu haben. Demgegenüber nahmen mehr als zwei Drittel der Frauen (70 %) über die drei regulären Ultraschalluntersuchungen hinaus eine weitere zum Ausschluss von Fehlbildungen in Anspruch. Jeweils etwa ein Drittel ließen die Nackentransparenz messen (40 %), einen Triple-Test durchführen (34 %) oder unterzogen sich dem Ersttrimesterscreening (29 %; Renner 2006).

Auch Schäfers und Kolip (2015) zeigen in ihrer Befragung von Frauen, die bei der Barmer GEK versichert waren und im Vorjahr ein Kind geboren hatten, dass Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft intensiv genutzt werden. So gaben 84 % der Befragten an, mehr als die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen durchlaufen zu haben.

Generell sind Schwangere in großem Maße bereit, für Präventionsmaßnahmen in der Schwangerschaft (Zu-)Zahlungen zu leisten; so bezahlten von den von Schäfers und Kolip (2015) befragten Barmer-GEK-Versicherten 80 % für Zusatzleistungen; interessant ist dabei, dass diese Bereitschaft unabhängig von sozioökonomischen Hintergrund ausgeprägt ist: »Die Inanspruchnahme wie auch die Zahlungsbereitschaft wurden kaum beeinflusst vom mütterlichen Alter, von der Anzahl der bisher geborenen Kinder, vom mütterlichen Bildungsstand oder auch vom pro Kopf zur Verfügung stehenden Einkommen« (Schäfers und Kolip 2015, S. 11).

Die Bereitschaft, für pränataldiagnostische Zusatzleistungen Zuzahlungen zu leisten, scheint sich auch auf NIPT zu erstrecken. So gab der deutsche NIPT-Hersteller LifeCodexx bereits ein halbes Jahr nach Markteinführung seines PrænaTests im Spätsommer 2012 an, mehr als 1.000 Tests durchgeführt zu haben (Klinkhammer und Richter-Kuhlmann 2013). »Seitdem hat die klinische Implementierung mit ungewöhnlicher Geschwindigkeit stattgefunden« (Gendiagnostik-Kommission 2016, S. 47). 2017, 5 Jahre nach Markteintritt, wurden nach Herstellerangaben bereits 80.000 Proben analysiert, von denen etwa die Hälfte von Schwangeren aus Deutschland stammte (LifeCodexx 2017). Hochgerechnet auf die jährlichen Geburtenzahlen entspräche dies einer Analyse (dieses Herstellers) pro 10.000 Geburten. Allerdings ist mit Blick auf die gestiegene



Schnelligkeit bei der Erbringung des Testergebnisses (von 3 Wochen auf wenige Tage)<sup>24</sup> und die gesunkenen Kosten (von 1.249 Euro auf 199 Euro) anzunehmen, dass die Nutzungszahlen bereits weiter gestiegen sind und vermutlich in den kommenden Jahren weiter zunehmen werden (Gen-ethischer Informationsdienst 2017; Wagner et al. 2017). Der Markt für nichtinvasive zellfreie DNA-Tests wurde bereits 2012 allein für die USA auf einen Wert von bis zu 1,3 Mrd. US-Dollar geschätzt und gilt innerhalb der medizinischen Diagnostik-Industrie als sehr lukratives und wachsendes Segment. In den USA laufen erbitterte Rechtsstreits um Patent- und Nutzungsrechte zwischen verschiedenen Herstellern von zellfreien DNA-Tests, die den Konkurrenzdruck verdeutlichen (Agarwal et al. 2013). Auch vor deutschen Gerichten gibt es vergleichbare Auseinandersetzungen (Baldus 2016; Laqua 2018).

Zudem gelangen die Tests in einer zunehmenden Anzahl von Ländern auf den Markt; im Jahr 2015 waren sie in über 60 Ländern auf sechs Kontinenten erhältlich und außer in den baltischen Staaten und in einigen Balkanstaaten in ganz Europa verfügbar (Allyse et al. 2015; Vinante et al. 2018). Weltweit wurde bereits über 1 Mio. Tests durchgeführt, wobei die Nachfrage in Europa im Vergleich zu den USA oder China deutlich niedriger liegt. Eine Umfrage unter Pränatalmediziner/-innen vorrangig im nordamerikanischen Raum zeigt, dass 90 % der Befragten bereits ein gutes Jahr nach Start der Markteinführung angeben, den Test ihren Patientinnen anzubieten (Haymon et al. 2014). Die Preise für zellfreie DNA-Tests variieren weltweit stark; ebenso wie die Regelungen zur Kostenübernahme im Rahmen von staatlicher Gesundheitsfürsorge (Minear et al. 2015b). In den USA sind die Tests ab 800 US-Dollar zu haben, in Deutschland geben die Hersteller Preise ab 199 Euro für eine Durchführung des Tests ausschließlich auf Trisomie 21 an (Arztkosten sind hier wahrscheinlich nicht eingeschlossen; siehe Tab. 2.4<sup>25</sup>).

---

24 Die Schnelligkeit, mit der die Ergebnisse vorliegen, ist mit Blick auf den gesamten Diagnoseprozess relevant. Wenn die NIPT-Ergebnisse erst nach 2 Wochen vorliegen und im Anschluss gegebenenfalls noch eine Amniozentese zur Abklärung durchgeführt wird, kann die Diagnose 1 Monat beanspruchen. Es ist anzunehmen, dass Ärzte und Ärztinnen Schwangeren eher zu NIPT raten, wenn diese eine mögliche weitere invasive Diagnostik nicht zu sehr verzögert.

25 Tests wie der IONA-Test, der nur von einem medizinischen Versorgungszentrum in Deutschland angeboten werden, sind nicht aufgeführt.



## 2.1 Pränataldiagnostik – Begriffe und Verfahren

Tab. 2.4 In Deutschland verfügbare zellfreie DNA-Tests mit Testoptionen, Preisen und Bearbeitungszeiten

Hersteller/ Test	LifeCodexx/ PraenaTest	Natera/ Panorama	Roche/ Harmony	MVZ Martinsried* / Praenatalis	Fetalis/ Amedes	BGI/ Nifty
Trisomien 13, 18, 21	x	x	x	x	x	x
Triploidie	-	x	-	-	-	-
Aneuploidien der Geschlechts- chromosomen	x	x	x	x	(ausschließlich Turner- Syndrom)	x
Mikrodeletions- syndrome	1	5	-	-	-	3
Preise in Euro	199 bis 299	329 bis 479	249 bis 299	428 bis 545	269	keine Angabe
Bearbeitungszeit in Werktagen	max. 6	max. 7	ca. 7	max. 5	ca. 7	10
Webseite des Herstellers	<a href="https://lifeco&lt;br/&gt;dexx.com">https://lifeco dexx.com</a>	<a href="http://www.pano&lt;br/&gt;rama-test.de/">http://www.pano rama-test.de/</a>	<a href="http://harmony&lt;br/&gt;test.de/">http://harmony test.de/</a>	<a href="http://www.prena&lt;br/&gt;talis.de/">http://www.prena talis.de/</a>	<a href="http://www.fetalis.de/">www.fetalis.de/</a>	<a href="https://www.nifty&lt;br/&gt;test.com/de/">https://www.nifty test.com/de/</a>

\* Zentrum für Humangenetik und Laboratoriumsdiagnostik

Quelle: Webseiten der Hersteller; x = wird angeboten; Ziffer = Anzahl der getesteten Syndrome; Stand: 4. Mai 2018



Private Krankenversicherungen in Deutschland übernehmen die Testkosten wohl zumindest teilweise (Dohr und Bramkamp 2014, S. 5; Klinkhammer und Richter-Kuhlmann 2013). LifeCodexx, Hersteller eines der bekanntesten NIPT in Deutschland, gibt auf seiner Webseite an, dass auch gesetzliche Krankenversicherungen die Testkosten häufig erstatten.<sup>26</sup> Die Erfahrungen gesetzlich versicherter Schwangerer in schwangerschaftsbezogenen Onlineforen stützen diese Darstellung jedoch eher nicht.<sup>27</sup>

Genauere Zahlen zur bundesweiten Nutzung sind nicht verfügbar, aber erste Erhebungen weisen darauf hin, dass das Angebot von NIPT die Nachfrage nach anderen Screeningverfahren wie dem Ersttrimesterscreening um 30 bis 70 % reduziert (Gendiagnostik-Kommission 2016; Stumm und Schröder 2018).<sup>28</sup>

Die Analyse und Auswertung einiger der in Deutschland angebotenen Tests (z. B. Panorama- und Harmony-Test) findet in Laboren in den USA statt. Damit unterliegen die Analysen nicht dem deutschen Gendiagnostikgesetz, sodass »über die Datensicherheit beim Transport in die USA, bei der Datenspeicherung und Aufbewahrung der Proben dort ... keine Aussage getroffen werden« kann (Dohr und Bramkamp 2014, S. 6).

Eine Expertenkommission von Gynäkolog/-innen, Pränatalmediziner/-innen und Humangenetiker/-innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz begrüßen die Nutzung zellfreier DNA-Tests prinzipiell, betonen aber zugleich, dass die Tests in erster Linie Schwangeren mit einem erhöhten Risiko für eine Chromosomenaberration und nur in Anschluss an eine differenzierte Ultraschalluntersuchung angeboten werden sollten (Scharf 2014).<sup>29</sup> Zudem sollten positive Ergebnisse solcher Tests in jedem Fall durch eine Amniozentese bestätigt werden, bevor weitere Schritte unternommen werden. Dass es Schwangere gibt, die auf Basis eines zellfreien DNA-Tests und ohne weitere Diagnostik eine Schwangerschaft abbrechen, zeigt die Studie von Dar et al. (2014, 527.e6), in der in einer Gesamtstichprobe von 17.885 Schwangeren 356 (2,0 %) ein Ergebnis erhielten, das auf ein hohes Risiko für eine Aneuploidie hinwies. Von diesen 356 Schwangeren mit hohem Aneuploidierisiko ließen 22 (6,2 %) die Schwangerschaft ohne weitere Diagnostik abbrechen. Prinzipiell wäre ein solcher

---

26 PraenaTest-Herstellerseite: <https://lifecodexx.com/fuer-schwangere/kostenuebernahme-durch-die-krankenkasse/> (28.3.2019)

27 Siehe zum Beispiel eine Diskussion von 2016 bei [urbia.de](https://www.urbia.de/archiv/forum/th-4844080/kostenuebernahme-praenataltest-techniker-krankenkasse.html) (<https://www.urbia.de/archiv/forum/th-4844080/kostenuebernahme-praenataltest-techniker-krankenkasse.html>; 28.3.2019) oder von 2015 bei [eltern.de](https://www.eltern.de/foren/praenataldiagnostik/1211736-ubernahme-nipd-z-b-praena-harmony-durch-gesetzliche-krankenkassen.html) (<https://www.eltern.de/foren/praenataldiagnostik/1211736-ubernahme-nipd-z-b-praena-harmony-durch-gesetzliche-krankenkassen.html>; 28.3.2019).

28 Dies könnte – so die Befürchtung – dazu führen, dass Schwangere sich »in falscher Sicherheit wiegen« und folglich Organfehlbildungen oder Herzfehler in der Frühschwangerschaft nicht erkannt werden (Krapp 2018; Wagner et al. 2017).

29 Die Tagung wurde vom Hersteller des NIP-Tests »PraenaTest« im Mai 2013 organisiert und finanziert (LifeCodexx 2013; Scharf 2014).



Schwangerschaftsabbruch auch in Deutschland denkbar, so lange er innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen p. c. erfolgt.<sup>30</sup>

Bislang sind NIP-Tests in Deutschland nur als individuelle Gesundheitsleistungen verfügbar. Ob sie zukünftig für sogenannte Risikoschwangere zur Kassenleistung werden, darüber berät derzeit – wie eingangs und in Kapitel 2.1.4. genauer dargestellt – der G-BA.

Welchen Nutzen zellfreie DNA-Tests über die individuelle Schwangere hinaus haben können, hängt stark von der jeweiligen nationalen Schwangerenvorsorge ab; eine Beurteilung sollte anhand eines Vergleichs zwischen einem kompletten Vorsorgedurchlauf bzw. -programm mit dem neuen Test und einem kompletten Vorsorgeprogramm ohne den neuen Test getroffen werden (Oepkes et al. 2014). Ein Beispiel für eine solche Berechnung des medizinisch-gesellschaftlichen Nutzens stellt die RAPID-Studie dar, die den Mehrwert von NIP-Tests für das britische National Health Service analysiert. Ihr Fokus liegt (anders als bei anderen Studien aus dem englischsprachigen Raum, die in Kapitel 4.4.4 behandelt werden) nicht auf den Kosten, die durch die Geburt eines Menschen mit Behinderungen entstehen, sondern auf den Kosten für verschiedene pränataldiagnostische Eingriffe. Sie nimmt als Kosten 280 britische Pfund für die Durchführung eines nichtinvasiven Bluttests an; ein invasives Verfahren kostet demgegenüber 650 britische Pfund, also mehr als das Doppelte. Die Autoren der Studie gelangen zu dem Schluss, dass für Schwangere mit einem ermittelten Risiko für Down-Syndrom beim Fetus von über 1 zu 150 NIPT kostenfrei angeboten werden sollte. Statt eines invasiven Verfahrens bekämen die Frauen zunächst einen nichtinvasiven Bluttest offeriert. Dadurch würden gegenüber dem Status Quo bei 698.500 Schwangeren jährlich zusätzlich 102 Fälle von Down-Syndrom zusätzlich pränatal erkannt werden, es würden 4.870 weniger invasive Verfahren durchgeführt und es komme zu weniger eingriffsbedingten Aborten (nämlich 25 pro Jahr weniger). Die nationale Gesundheitsversorgung würde somit – insbesondere durch die verringerte Anzahl von invasiven Eingriffen – jährlich 337.000 britische Pfund einsparen (Chitty et al. 2015, S.6).<sup>31</sup>

Als kurzes Fazit lässt sich festhalten, dass es in Deutschland einen breiten Markt für pränataldiagnostische Verfahren auch auf Selbstzahlerbasis gibt, der sich vor Einführung der nichtinvasiven Bluttests in erster Linie auf zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, das Ersttrimesterscreening und den Triple Test bezog. Mit Einführung der nichtinvasiven Bluttests, deren Durchführung in den letzten Jahren schneller und kostengünstiger geworden ist, dürfte sich die

---

30 Auch nach dieser Frist wäre ein Abbruch auf Basis einer medizinischen Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB möglich; allerdings ist anzunehmen, dass die behandelnden Ärzte und Ärztinnen ein auffälliges NIPT-Ergebnis zunächst eine invasiv diagnostische Verifizierung anstreben würden.

31 Eine Übersicht über Studien zur Kosteneffizienz von NIPT in verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen geben García-Pérez et al. (2018).



Nachfrage seitens der Schwangeren hin zu den Bluttests verschoben haben. Erste Schätzungen gehen davon aus, dass sich sowohl die Nachfrage nach dem Ersttrimesterscreening, als auch nach invasiven Diagnostiken durch das Angebot von NIPT deutlich reduziert (Chitty et al. 2015; Gendiagnostik-Kommission 2016; Stumm und Schröer 2018).

---

## 2.2 Ziele von PND

Pränataldiagnostische Untersuchungen betreffen eine Vielzahl von Fragestellungen (z. B. Plazentalokation, Entdeckung von Mehrlingsschwangerschaften, Berechnung des Geburtstermins), die insgesamt darauf abzielen, die Schwangerschaft und Geburt so zu begleiten, dass die Gesundheitsrisiken für Mutter und werdendes Kind minimiert werden. Allerdings können die Interessen der werdenden Mutter und des werdenden Kindes dabei potenziell in Widerspruch zueinander geraten, etwa, wenn eine angeborene Anomalie entdeckt wird, die nicht ursächlich behandelbar ist. An eine solche Diagnose wird zumeist die Frage nach der Fortsetzung oder Unterbrechung der Schwangerschaft geknüpft. Welche Krankheitsbilder konkret im Fokus der pränatalmedizinischen Diagnostik stehen und wie sich diese Krankheitsbilder äußern, behandelt Kapitel 2.2.1. Je nach diagnostizierter Fehlbildung zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Bereitschaft der werdenden Eltern, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abbrechen. Wie häufig Schwangerschaften nach welchen pränatalen Diagnosen abgebrochen bzw. fortgesetzt werden, wird in Kapitel 2.2.2 beantwortet.

---

### 2.2.1 Krankheitsbilder und Behinderungen im Fokus von pränataler Diagnostik

Pränataldiagnostik dient, wie dargestellt, dazu, Informationen über den Embryo oder Fetus im Mutterleib einzuholen und zielt damit auf eine medizinische Begleitung von Schwangerschaft und Geburt, die Risiken für das werdende Kind und die werdende Mutter früh erkennt und soweit möglich minimiert.

Im Folgenden werden einige der typischen Krankheitsbilder, die im Fokus pränataler Untersuchungen stehen, kurz vorgestellt. Die häufigsten Fehlbildungen betreffen das Herz-Kreislauf-System und das Neuralrohr. Je nach Ausprägung sind diese Fehlbildungen teilweise oder sogar komplett zu therapieren. Eine weitere große Gruppe angeborener Abweichungen, die im öffentlichen Diskurs um Pränataldiagnostik häufig im Fokus stehen, stellen die chromosomalen Fehlverteilungen dar. Auch bei dieser Gruppe gibt es innerhalb der verschiedenen Typen chromosomaler Fehlverteilungen eine breite Vielfalt mit Blick auf die klinischen Ausprägungen. Gemein ist den chromosomalen Abweichungen, dass sie nicht ursächlich therapierbar sind. Eine pränatale Diagnose



dieser chromosomal bedingten Syndrome kann die werdenden Eltern auf ein möglicherweise behindertes Kind vorbereiten (etwa mit Blick auf die Geburtsplanung und geburtsnahe Therapien), mündet aber oft auch in die Frage nach der Fortsetzung der Schwangerschaft.

---

### **Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems**

Die häufigsten angeborenen Fehlbildungen betreffen das Herzkreislaufsystem. Es wird geschätzt, dass weltweit 20 bis 75 von 1.000 Neugeborenen von kardiovaskulären Fehlbildungen betroffen sind (Chen et al. 2016). Eine bundesweite Studie zur Prävalenz angeborener Herzfehler bei Neugeborenen in Deutschland ermittelte eine Häufigkeit von 1,08 % (Lindinger et al. 2010). In hochentwickelten Gesellschaften sind angeborene Fehlbildungen die häufigste Ursache für Todesfälle im frühen Kindesalter. Unter den angeborenen Fehlbildungen führen solche des Herzens oder der zentralen Blutgefäße im Brustkorb zu den meisten Todesfällen (Wren et al. 2012). In einer Langzeitbeobachtung von 1987 bis 2006 in Nordengland zeigte sich, dass etwa 10 % der Neugeborenen mit angeborenen schweren kardiovaskulären Anomalien innerhalb des ersten Lebensjahres starben. Allerdings wurde im Zeitverlauf deutlich, dass die Sterblichkeit aufgrund einer erhöhten Schwangerschaftsabbruchrate nach pränataler Diagnose und aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts abnahm (Wren et al. 2012). Eine pränatale Diagnostik kann über die Entdeckung von Auffälligkeiten (in der Herzregion oder bei einer erhöhten Nackentransparenz) im Ultraschall dazu beitragen, dass Herzfehler frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Es wird geschätzt, dass bis zu einem Drittel der Neugeborenen mit schweren Herzfehlern zunächst unerkannt bleiben (Meberg 2008). Um die Sterblichkeit zu senken, ist es erstrebenswert, die prä- und perinatale Erkennungsrate angeborener Herzfehler zu steigern. Die bisherigen schlechten pränatalen Erkennungsraten führen einige Autoren darauf zurück, dass die drei Basisultraschalluntersuchungen (die in der Regel auf der Versorgungsstufe I durchgeführt werden) nicht ausreichen (IQWiG 2008; Scheibler et al. 2010). Im Sinne dieser Argumentation fordert die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, dass allen Schwangeren Ultraschalluntersuchungen der Versorgungsstufe II/III kostenfrei angeboten werden sollen (DEGUM 2017b; Gembruch und Merz 2010).

---

### **Neuralrohrdefekte**

Nach kardiovaskulären Anomalien stellen Neuralrohrdefekte die zweithäufigste Gruppe angeborener Fehlbildungen dar (Batra 2016). Sie treten (je nach Region) bei 0,5 bis 10 pro 1.000 Schwangerschaften auf. In Deutschland wurden 2015 im EUROCAT-Netzwerk 0,9 Fälle von Neuralrohrdefekten pro 1.000 Schwangerschaften registriert (EUROCAT Central Registry 2016b). Zwei häufige und



bekannte Formen von Neuralrohrdefekten sind Anenzephalie und Spina bifida. Anenzephalie beschreibt das Fehlen großer Teile des Gehirns und ist bedingt durch eine nicht erfolgte Schließung des knöchernen Schädeldaches. Betroffene Feten sind nicht lebensfähig und versterben in der Regel intrauterin oder wenige Stunden nach der Geburt (Jaquier et al. 2006). Die unter dem Oberbegriff der Spina bifida (Wirbelspalt) zusammengefassten Neuralrohrfehlbildungen beschreiben eine nicht komplett erfolgte Schließung der Wirbelkörper, sodass je nach Schwere und Verortung der Fehlbildung eine Querschnittslähmung entstehen kann. Die genauen Ursachen von Neuralrohrdefekten sind unbekannt; es scheinen genetische und umweltbedingte Faktoren zusammenzuwirken (Greene und Copp 2014). Mit einer gezielten Aufnahme von Folsäure vor der Empfängnis und in den ersten Monaten der Schwangerschaft lässt sich das Auftreten von Neuralrohrdefekten verringern, allerdings nicht gänzlich verhindern (Pal 2011).

---

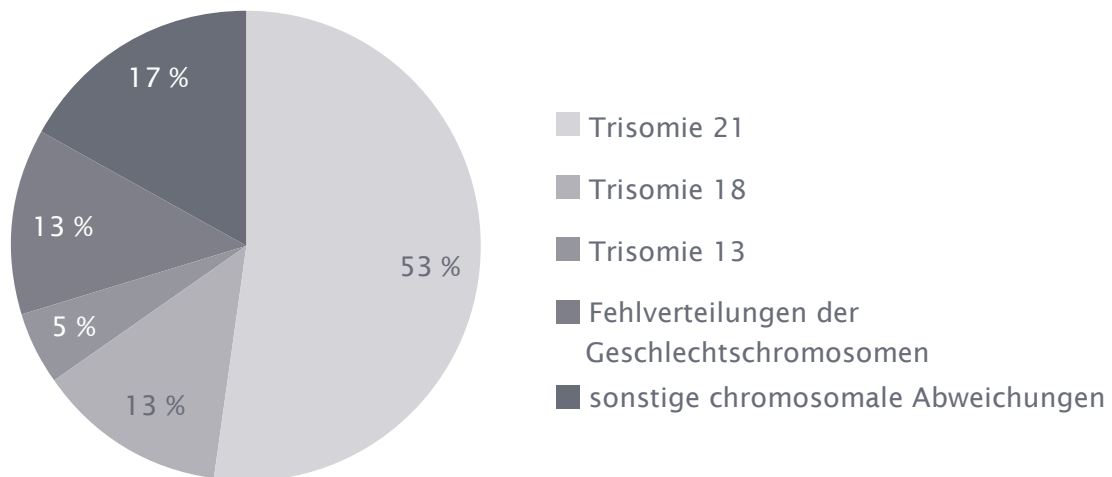
### Chromosomale Anomalien

Als dritte Gruppe von angeborenen Fehlbildungen sind chromosomale Aberrationen anzuführen. Die pränataldiagnostisch relevantesten Chromosomenabweichungen stellen Aneuploidien dar, also numerische Abweichungen wie Trisomien (dreifaches, statt zweifaches Vorkommen eines Chromosoms) oder Monosomien (einfaches, statt zweifaches Vorkommen eines Chromosoms). In den meisten Fällen führen Aneuploidien dazu, dass der Organismus nicht lebensfähig ist. Eine Ausnahme bilden Monosomien des X-Chromosoms und Trisomien der Chromosomen 13, 18 und 21 oder der Geschlechtschromosomen. Häufig führen Aneuploidien in der frühen Schwangerschaft zu spontanen Aborten, die vermutlich zu einem nicht unbeträchtlichen Teil unbemerkt bleiben (Graw 2015). Nach Nagaoka et al. (2012, S. 493 f.) liegt unter Lebendgeborenen die Häufigkeit von Aneuploidien bei 0,3 %, bei Totgeborenen bei 4 % und bei Spontanaborten bei über 35 %. Daraus lässt sich schließen, dass Embryos und Feten mit Aneuploidien nur zu einem geringen Anteil lebensfähig sind und Aneuploidien die häufigste bekannte Ursache für Spontanabbrüche und angeborene Anomalien darstellen (Nagaoka et al. 2012, S. 493). Tabelle 2.5 fasst die Häufigkeiten, Lebenserwartungen und typischen Symptome für verschiedene chromosomale Abweichungen zusammen.

Chromosomale Anomalitäten machen etwa 15 % der im ersten Lebensjahr diagnostizierten angeborenen Fehlbildungen aus (Wellesley et al. 2012). Die EUROCAT-Daten, die aus einem Verbund von 16 datenerhebenden Stellen aus elf Ländern (darunter auch Deutschland) zusammengetragen werden, zeigen, dass bei 2,36 Mio. erfassten Schwangerschaften in den Jahren von 2000 bis 2006 bei 0,44 % der Schwangerschaften chromosomale Abweichungen vorlagen. Am häufigsten lag eine Trisomie 21 vor (53 % der chromosomalen Anomalien,

0,23 % der erfassten Schwangerschaften; Abb. 2.3), gefolgt von einer Trisomie 18 (13 % der chromosomalen Anomalien, 0,06 % der erfassten Schwangerschaften) und einer Trisomie 13 (5 % der chromosomalen Anomalien, 0,02 % der erfassten Schwangerschaften). Chromosomale Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen machten zusammengenommen 13 % der chromosomalen Anomalien aus (0,05 % der erfassten Schwangerschaften). Seltene chromosomale Abweichungen (wie Triploidie, d. h. ein dreifacher Chromosomensatz, Translokationen, Deletionen und Duplikationen) machen 17 % der chromosomalen Abweichungen aus (und kamen somit bei 0,07 % der erfassten Schwangerschaften vor).

Abb. 2.3 Häufigkeit von chromosomalen Anomalien nach Syndromen in der Schwangerschaft



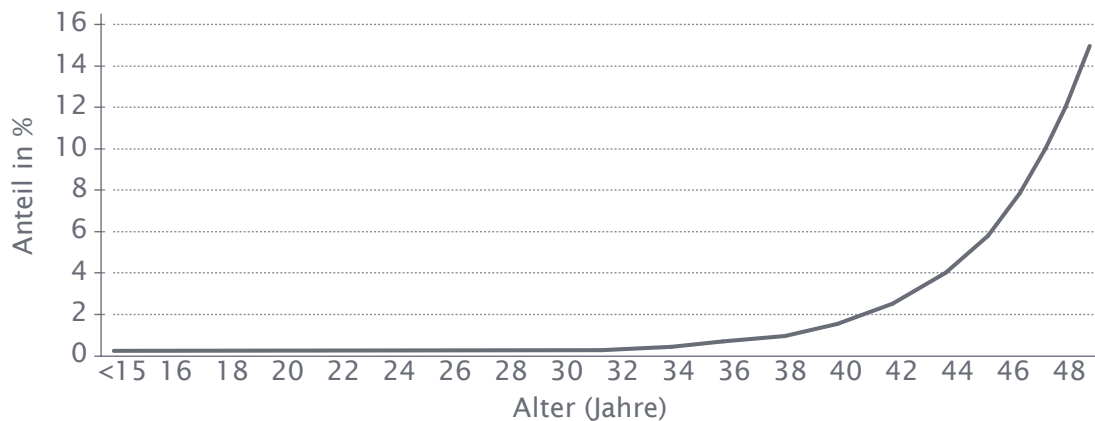
Eigene Darstellung nach Wellesley et al. 2012

Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer fetalen Aneuploidie steigt mit zunehmendem mütterlichem Alter, bei Auffälligkeiten im Ultraschall und bei einer vorangegangenen Schwangerschaft mit einer Trisomie (Allyse et al. 2015; Loane et al. 2013). Das mütterliche Alter ist seit den 1970er Jahren beständig gestiegen: Waren die Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes im Jahr 1980 in der BRD durchschnittlich 25,2 Jahre und in der DDR 22,1 Jahre alt, so lag das Durchschnittsalter Erstgebärender im Jahr 2015 bei 29,6 Jahren (Bundeszentrale für politische Bildung 2012; Statistisches Bundesamt 2016). Mit dieser Zunahme des mütterlichen Alters steigt für die Schwangeren die Wahrscheinlichkeit, ein Kind mit einer chromosomalen Aneuploidie zu bekommen (Hook 1981; Abb. 2.4). So bringt etwa eine von 1.500 Schwangeren im Alter von 20 Jahren ein Baby mit Down-Syndrom zur Welt, im Alter von 35 Jahren steigt



die Wahrscheinlichkeit auf eine von 270 Schwangeren und im Alter von 40 Jahren auf eine von 100 Schwangeren (Oepkes et al. 2014).<sup>32</sup>

Abb. 2.4 Häufigkeit chromosomaler Abweichungen in Abhängigkeit vom mütterlichen Alter



Eigene Darstellung nach Hook 1981

Das Down-Syndrom, dem eine Trisomie des 21. Chromosoms zugrunde liegt, ist nicht nur die häufigste, sondern auch die bekannteste und am besten charakterisierte Chromosomenabweichung des Menschen. Menschen mit Down-Syndrom weisen in aller Regel kognitive und Lernbeeinträchtigungen, eine verzögerte Skelettentwicklung und eine verringerte Muskelspannung auf. Bei vielen Menschen mit Down-Syndrom treten zudem (größtenteils operable) angeborene Herzfehler auf (betroffen sind etwa 43%; Morris et al. 2014; Oepkes et al. 2014). Nicht zuletzt dank der verbesserten medizinischen Möglichkeiten liegt die durchschnittliche Lebenserwartung für Menschen mit Down-Syndrom heute bei etwa 60 Jahren (Graw 2015; Zimpel 2016, S.22). Dabei prägen sich einzelne Merkmale, wie etwa das Sprachvermögen, bei verschiedenen Menschen mit Down-Syndrom sehr unterschiedlich aus (Sarimski 2015).

Beispielsweise zeigte eine Untersuchung des Wortschatzes dreijähriger Kinder mit Down-Syndrom eine enorme Spanne von fehlender aktiver Sprachproduktion bis hin zu einem nahezu altersgemäßen aktiven Wortschatz (Karmiloff-

32 Allerdings sind die natürlichen Fehlgeburtsraten bei Embryos/Feten mit Down-Syndrom deutlich erhöht (Hook et al. 1995), sodass in der Frühschwangerschaft beispielsweise eine von 62 schwangeren Frauen im Alter von 40 Jahren in der 10. SSW mit einem Fetus mit Down-Syndrom schwanger ist. Ein verhältnismäßig großer Anteil dieser Feten geht im Verlauf der Schwangerschaft ab, sodass in der 40. SSW nur noch eine von 97 Schwangeren mit einem Fetus mit Down-Syndrom schwanger ist (Snijders et al. 1999, S.169). Diese relative Abnahme der Down-Syndrom-Häufigkeiten im Schwangerschaftsverlauf wird beispielsweise im Ersttrimesterscreening mathematisch berücksichtigt, sodass bei einem geringeren Gestationsalter tendenziell eine höhere Wahrscheinlichkeit für das Down-Syndrom angegeben wird.



Smith et al. 2016). Auch mit Blick auf ihre kognitiven Fähigkeiten zeigen sich bei Menschen mit Down-Syndrom sehr große Unterschiede. Einzelne Menschen mit Down-Syndrom haben ein universitäres Studium abgeschlossen. Viele Fähigkeiten (wie Lesen und Schreiben), die in den 1970er Jahren noch als unerreichbar galten, erlernen Menschen mit Down-Syndrom dank spezifischer Förderung heute häufig (Storm 2005). Viele Autoren betonen, dass die Stärken von Menschen mit Down-Syndrom im Bereich der emotionalen Intelligenz liegen (Starostzik 2016, S. 58): »Der Intelligenzgrad von Kindern mit DS [Down-Syndrom] ist meist leicht bis mittelschwer vermindert. Ihre Stärken liegen vor allem in der sozialen Interaktion, die von empathischem, zugewandtem und humorvollem Verhalten geprägt ist.«

Eine Verdreifachung betrifft beim Menschen auch gelegentlich das Chromosom 18 (Tab. 2.5). Auch für diese Trisomie steigt die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter der Schwangeren (Cereda und Carey 2012). Die Trisomie 18 kommt aufgrund der hohen pränatalen Mortalität bei etwa einer von 2.500 Schwangerschaften, aber nur bei einer von 6.000 bis 8.000 Geburten vor. Nur ein kleiner Teil der Feten mit Trisomie 18 erreicht die Geburtsreife, der Großteil verstirbt intrauterin. Auch die Sterblichkeit Neugeborener mit Trisomie 18 ist hoch; nur etwa 50 % aller Babys mit dieser Aneuploidie leben länger als 1 Woche, etwa 5 bis 10 % länger als 1 Jahr (Cereda und Carey 2012). In einer Untersuchung von Nelson et al. (2016) lebten 13 % der mit Trisomie 18 geborenen Kinder 10 Jahre und länger.<sup>33</sup>

Die meisten Fälle von Trisomie 18 werden bereits pränatal erkannt, beispielsweise mittels Ultraschalls anhand von Fehlbildungen der Extremitäten, der Organe und/oder des Herzens sowie einer Wachstumsretardierung. Mit Trisomie 18 geht eine deutliche psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung einher. Kinder, die über das erste Lebensjahr hinaus leben, erreichen zu meist den Entwicklungsstand eines 6 bis 8 Monate alten Babys. Sie erkennen ihre Familie und lächeln anlassbezogen. Einige Kinder mit Trisomie 18 erlernen darüber hinaus Fähigkeiten wie selbstständiges Essen, Laufen mit einer Gehhilfe und eigenständiges Spiel (Cereda und Carey 2012; Lantos 2016).

Das dreimalige Vorliegen des 13. Chromosoms, die Trisomie 13, wird auch als Patau-Syndrom bezeichnet. Das klinische Bild ähnelt stark der Trisomie 18, und auch die Sterblichkeit ist ähnlich hoch. So sterben auch beim Patau-Syndrom die meisten Feten bereits vor dem Ende der Schwangerschaft, und nur etwa 10 % der mit Patau-Syndrom geborenen Babys leben 1 Jahr oder länger. In einzelnen Fällen erreichen Menschen mit Trisomie 13 ein Alter von bis zu 10 Jahren und mehr. Zum Zeitpunkt der Geburt ist es nicht möglich, eine verlässliche Prognose über die Lebenserwartung zu treffen. Diese wird wesentlich

---

<sup>33</sup> Die genannten Zahlen decken sich weitgehend mit den Beobachtungen von Meyer et al. (2016, S. 829). In der Untersuchung von Meyer et al. lebten 12,3 % der mit Trisomie 18 geborenen Kinder 5 Jahre und länger.



von den jeweiligen individuellen Abweichungen im zentralen Nervensystem und von möglichen Herzproblemen bestimmt (Pawelec et al. 2015).

Tab. 2.5 Pränatal untersuchte Chromosomenabweichungen in der Übersicht<sup>34</sup>

Chromosomenstörung	Häufigkeit bei Geburt	Symptome	Lebenserwartung
Trisomie 21 (Down-Syndrom)	1 : 700	kognitive und Lernbeeinträchtigung; häufig Herzfehler; verzögerte Skelettentwicklung; verminderter Muskeltonus	60 Jahre und mehr
Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)	1 : 6.000– 1 : 8.000	starke kognitive und Lernbeeinträchtigung; vielfältige körperliche Besonderheiten	mehrheitlich unter 1 Jahr
Trisomie 13 (Patau-Syndrom)	1 : 5.000	starke kognitive und Lernbeeinträchtigung; vielfältige körperliche Besonderheiten	mehrheitlich unter 1 Jahr
XXY (Klinefelter-Syndrom)	1 : 500– 1 : 1.000 ♂	Unfruchtbarkeit, gelegentlich kognitiv oder lernbeeinträchtigt	leicht verringert
X0 (Turner-Syndrom)	1 : 2.000– 1 : 5.000 ♀	Unfruchtbarkeit	leicht verringert

Eigene Zusammenstellung nach Cereda und Carey 2012; Graw 2015; Groth et al. 2013; Ranke und Saenger 2001; Re und Birkhoff 2015; Schwemmler und Ptok 2013; Starostzik 2016

Es besteht eine rege wissenschaftliche Diskussion darüber, welche medizinische Interventionstiefe für Kinder mit Trisomie 13 und 18 angebracht ist (DiMiceli-Zsigmond et al. 2015; Pawelec et al. 2015). Vielerorts werden die Trisomien 13 und 18 als »letal« (tödlich) beschrieben, und befragte Neonatolog/-innen geben zu einer knappen Mehrheit an, dass sie lebensverlängernde Maßnahmen bei Kindern mit diesen Chromosomenstörungen nicht unterstützen (Cereda und Carey 2012). Senz et al. (2016) führen zudem die gegenüber einer nicht auffälligen Geburt etwa dreifach erhöhten Kosten des Krankenhausaufenthaltes für Mutter und Kind in Anschluss an die Geburt auf. Eine solche

34 Viele nichtinvasive Pränataltests bieten zudem die Detektion zweier gonosomaler Chromosomenabweichungen an, die klinisch größtenteils unauffällig sind, deshalb postnatal häufig nicht diagnostiziert werden und mit einer normalen Lebenserwartung einhergehen, nämlich das Jacobs- (XYY) und das Triple-X-Syndrom (XXX; Re und Birkhoff 2015; Schwemmler und Ptok 2013). Die pränatale Detektion dieser klinisch zumeist unauffälligen genetischen Abweichungen steht in der Kritik (Allyse und Chandrasekharan 2015).

Wirtschaftlichkeitsberechnung von Menschenleben trifft auf rege Kritik, die in Kapitel 4.4.4 vertieft dargestellt wird. Andere Autoren betonen die subjektiv empfundene Lebensqualität der betroffenen Kinder und ihrer Familien: »Eltern und Familien von Kindern mit Trisomie 18 kommen gut zurecht, schätzen eine besondere Lebensqualität mit ihren Kindern, sind mit ihren Kindern zutiefst verbunden und wollen in die Entscheidungen rund um die Pflege des Kindes eingebunden werden« (eigene Übersetzung von: Cereda und Carey 2012, S. 11).<sup>35</sup> Einzelne Erhebungen zeigen, dass umfangreiche medizinische Interventionen mit einer insgesamt erhöhten Lebensdauer einhergehen (Lantos 2016; Nelson et al. 2016).

Im Vergleich zu den beschriebenen Aneuploidien der Autosomen (Trisomien 13, 18, 21) zeigen Aneuploidien der Gonosomen, also der Geschlechtschromosomen, ein klinisch deutlich weniger auffälliges Bild (Tab. 2.5). Viele von ihnen bleiben lebenslang unerkannt. Zwei der Syndrome beziehen sich auf männliche Kinder und Erwachsene, zwei auf weibliche. Die bei Männern vorkommenden Aberrationen zeichnen sich durch ein überzähliges X-Chromosom (Klinefelter-Syndrom: XXY) bzw. durch ein überzähliges Y-Chromosom (Jacobs-Syndrom: XYY) aus.

Das Klinefelter-Syndrom tritt bei einem von etwa 660 bis 1.000 männlichen Neugeborenen auf, wird allerdings nur bei etwa einem Viertel von ihnen diagnostiziert. Die Diagnose wird zumeist erst in der Lebensmitte mit etwa 35 Jahren gestellt. Das Syndrom geht mit Unfruchtbarkeit, sehr häufig auch mit Lernschwierigkeiten (bei etwa 75 % der Betroffenen) und Sprachentwicklungsstörungen (bei 40 % der Betroffenen) einher (Groth et al. 2013).

Auch bei Mädchen und Frauen gibt es Abweichungen bei der Anzahl der Geschlechtschromosomen. Das Turner-Syndrom, bei dem nur ein Geschlechtschromosom X vorhanden ist, kommt bei etwa 1 % der Schwangerschaften vor. Da allerdings eine große Anzahl (bis zu 99 %) der Embryonen und Feten mit Turner-Syndrom spontan abgehen, tritt das Turner-Syndrom nur bei einem von 2.000 bis 5.000 neugeborenen Mädchen auf (Graw 2015; Tab. 2.5). Mädchen und Frauen mit Turner-Syndrom sind unfruchtbar und weisen teilweise Hörschwierigkeiten auf. Im Allgemeinen zeigen klinische Studien, dass Frauen mit Turner-Syndrom »auf allen Ebenen sozial gut integriert« sind (Ranke und Saenger 2001, S. 311; eigene Übersetzung).<sup>36</sup>

Die Zusammenschau der auf die Geschlechtschromosomen bezogenen Abweichungen zeigt, dass überzählige X- und Y-Chromosomen in klinisch weitgehend unauffälligen Syndromen münden. Demgegenüber ist das Fehlen des X-Geschlechtschromosoms in allen Fällen letal: Feten ohne X-Chromosom, also

---

35 Im Original: »Parents and families of children with trisomy 18 cope well, appreciate a unique quality of life in their children, value their children deeply, and want to be part of the decisions made around care«.

36 Im Original: »most patients with Turner's syndrome are socially well integrated at all levels«.



entweder gänzlich ohne Geschlechtschromosomen bzw. nur mit Y-Chromosom, sind nicht lebensfähig und gehen spontan ab.

Weitere seltene Chromosomenaberrationen stellen Triploidien und subchromosomale Veränderungen dar. Eine Triploidie beschreibt eine komplette Verdreifachung jedes der 23 Chromosomen, sodass betroffene Personen über 69 statt 46 Chromosomen verfügen. Eine solche Verdreifachung kommt bei etwa 1 bis 2 % aller klinisch beobachteten Schwangerschaften vor. Ein Großteil dieser Schwangerschaften endet vor der 15. SSW, sodass eine Triploidie nur etwa bei 0,01 % der Geburten diagnostiziert wird. Nur sehr vereinzelt leben Kinder mit einer Mosaiktriploidie länger als einige Monate (Wellesley et al. 2012).

Während die numerischen Chromosomenaberrationen im Zusammenhang mit einem höheren Alter der Schwangeren stehen, treten Veränderungen unterhalb der Chromosomenebene altersunabhängig auf. Solche subchromosomalen Veränderungen umfassen kleine Deletionen (Verluste), Duplikationen (Verdopplungen) oder Translokationen (Verschiebungen) von Chromosomenabschnitten und kommen bei etwa 1 bis 1,7 % aller Schwangerschaften vor (Wapner et al. 2015). Die bekanntesten Syndrome, die auch in der pränatalen Diagnostik eine Rolle spielen, sind das DiGeorge-, das Cri-du-Chat-, das Prader-Willi- und das Angelmann-Syndrom. Viele dieser subchromosomalen Veränderungen führen zu schweren körperlichen Behinderungen und kognitiven und Lernbeeinträchtigungen (Lee und Scherer 2010).

Die meisten der dargestellten Chromosomenanomalien treten bei zunehmendem Alter der Schwangeren häufiger auf. Deshalb galt das Alter der Mutter lange als wesentlicher Indikator für eine detailliertere pränatale Diagnostik. Mittlerweile zählen über das Alter hinaus auch weitere Indikatoren als ausschlaggebend, um eine vertiefte pränatale Diagnostik zu begründen. Dies stellt Kapitel 2.1 zur Nutzung von Pränataldiagnostik in Deutschland genauer dar. Liegt ein auffälliger pränataler Befund vor, können sich die werdenden Eltern unter ärztlicher Beratung und bei Vorliegen einer medizinischen Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB zu einem Abbruch der Schwangerschaft entschließen. Wie häufig dies in Deutschland vorkommt, wird im folgenden Kapitel 2.2.2 beleuchtet.

---

### 2.2.2 Schwangerschaftsabbrüche bei auffälligem pränatalem Befund

In der Europäischen Union existieren sehr unterschiedliche gesetzliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch – sowohl für Schwangerschaften, in denen ein auffälliger pränataler Befund vorliegt, als auch für medizinisch unauffällige Schwangerschaften. Die restriktivsten Schwangerschaftsregelungen gibt es in Irland, Malta und Polen; die Regelungen der Niederlande gelten als weitgehend liberal (Der Standard 2016; Gissler et al. 2012). EU-weit liegt die



Schwangerschaftsabbruchquote bei jährlich 10,3 Abbrüchen pro 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter, wobei die Quoten zwischen den verschiedenen Ländern stark variieren (zwischen 25,1:1.000 in Estland und 6,0:1.000 in Deutschland; Gissler et al. 2012).

Auf die Frage »Wie viele Schwangerschaften werden in Deutschland nach auffälligem pränatalem Befund abgebrochen?« findet man keine klare Antwort. Es gibt verschiedene Erhebungen dazu, wie viele Schwangerschaften nach welchem pränatalen Befund abgebrochen werden (Cereda und Carey 2012; Hawkins et al. 2013; Lenhard 2005; Meberg 2008; Wren et al. 2012). Diese Erhebungen basieren zumeist auf einzelnen pränatalmedizinischen Einrichtungen und werten die Erfahrungen dieser Zentren über definierte Zeiträume aus. Zudem beziehen sie sich selten ausschließlich auf Deutschland. Die beste Datenbasis für pränataldiagnostische Befunde und daran anschließende Schwangerschaftsabbrüche stellt das EUROCAT-Register dar, das Daten zu angeborenen Fehlbildungen aus verschiedenen europäischen Staaten zusammenträgt und Interessierten zur Verfügung stellt. Das EUROCAT-Register erhebt die Daten für die teilnehmenden Staaten mittels Auswertung lokaler Perinatalzentren und Kliniken; für Deutschland wird die Erhebung durchgeführt durch die Universitätsmedizin Mainz im Rahmen eines Fehlbildungsregisters (Mainzer Modell) mit jährlich ca. 3.500 Fällen sowie im Rahmen des Fehlbildungsmonitorings Sachsen-Anhalt der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg mit 18.135 Fällen (2016). Sie decken nur etwa 3 % der Schwangerschaften und Geburten in Deutschland ab (Loane et al. 2013); sie sind also nicht repräsentativ für Gesamtdeutschland, sondern dienen lediglich als Anhaltspunkte, da bundesweite Daten nicht verfügbar sind (Bundesregierung 2015). Eine weitere wichtige Datenquelle stellt das Statistische Bundesamt bereit, das die jährliche Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ermittelt und dabei nach Dauer der Schwangerschaft und nach Begründung des Abbruchs (z. B. medizinische Indikation) unterscheidet. Welche konkreten Diagnosen hinter der jeweiligen medizinischen Indikation stehen, erhebt die Bundesstatistik hingegen nicht. Ob also eine gesundheitliche Gefährdungssituation der Mutter ursächlich ist für den medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruch oder ob eine diagnostizierte Erkrankung oder Behinderung des werdenden Kindes die Gesundheit der Mutter erwartbar beeinträchtigt, lässt sich aus den Daten des Statistischen Bundesamtes nicht ablesen.

Welche pränatalen Diagnosen führen wie häufig zu einem Abbruch der Schwangerschaft? Lenhard (2005) vergleicht verschiedene Studien zu Schwangerschaftsabbrüchen nach einem Fehlbildungsbefund, die den Zeitraum von 1970 bis 2001 abdecken und in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden. Im Zeitverlauf zeigt sich eine steigende Quote von Schwangerschaftsabbrüchen. Dabei stellt der Autor für verschiedene Diagnosen durchschnittliche Abbruchraten von 92 % nach der Diagnose Trisomie 21, 77 % nach der Diagnose



Aneenzephalie, 74 % nach der Diagnose Spina bifida, 55 % nach der Diagnose einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte und 46 % nach der Diagnose einer Fehlverteilung der Geschlechtschromosomen fest. Diese Zahlen mögen überraschen, insbesondere, dass die Diagnose Trisomie 21 gegenüber letalen Fehlbildungen wie Aneenzephalie am häufigsten zum Schwangerschaftsabbruch führt: »Die Tatsache, dass mehr Frauen einen Fötus mit Aneenzephalie austragen als einen Fötus mit Trisomie 21, ist zwar erstaunlich, kann aber möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass bei einer Aneenzephalie das Kind normalerweise innerhalb weniger Stunden nach der Geburt verstirbt« (Lenhard 2005, S. 14).

Jüngere Studien bestätigen diese Zahlen. So ermittelten Hawkins et al. (2013, S. 243) bei US-amerikanischen Schwangeren Abbruchraten von 94 % für Trisomien 13 und 18,<sup>37</sup> 87 % für Trisomie 21 und 43 % für Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen. Bei angeborenen Herzfehlern lagen die Abbruchquoten laut einer norwegischen Untersuchung mit 44 % deutlich unter den genannten Quoten für die Trisomien 13, 18 und 21 und für schwere Neuralrohrdefekte wie Aneenzephalie und Spina bifida (Tegnander et al. 2006).<sup>38</sup> Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche nach Entdeckung eines Herzfehlers hat über die letzten Jahrzehnte allerdings deutlich zugenommen, wie Meberg (2008) und Wren et al. (2012) übereinstimmend feststellen.<sup>39</sup> Dies steht ihnen zufolge in einem Spannungsverhältnis zum medizinisch-technischen Fortschritt, der für viele der den Schwangerschaftsabbrüchen zugrundeliegenden Befunden gute Prognosen eröffnet: »Pränatale Diagnosen schwerer angeborener Herzfehler verändern die Häufigkeit und Vielfalt von Herzfehlern bei Neugeborenen, da solche Schwangerschaften nach der Diagnose in zunehmendem Maße beendet werden. ... Die ethischen Herausforderungen dieser Entwicklung sind offensichtlich, da eine zeitgemäße Herzchirurgie Linderung oder Behebung für fast alle Typen von angeborenen Herzfehlern eröffnet, auch für früher tödliche Erkrankungen wie das hypoplastische Linksherz-Syndrom« (eigene Übersetzung; Meberg 2008, S. 1481).<sup>40</sup>

Diese Beobachtung zieht eine Reihe von schwierigen Abwägungen nach sich (siehe auch Kap.IV.4). So ist für Ärzte und Ärztinnen die Interpretation der

---

37 Irving et al. (2011) berichten für den Zeitraum von 1985 bis 2007 für einzelne Regionen im Vereinigten Königreich von einer Abbruchrate von 92 % nach pränataler Diagnose einer Trisomie 13. Die Abbruchrate nach pränataler Diagnose einer Trisomie 18 betrug für den gleichen Zeitraum 86 %.

38 Diese Abbruchquote bezieht sich auf über 30.000 fortgeschrittene Schwangerschaften, die zwischen 1991 und 2001 in einem norwegischen Krankenhaus medizinisch begleitet wurden (Tegnander et al. 2006).

39 Für die im Eurocat-Register erfassten Fälle in Sachsen-Anhalt und Mainz gilt diese Tendenz jedoch nicht (EUROCAT Central Registry 2018).

40 Im Original: »Prenatal diagnosis of major CHDs [congenital heart defects] will influence the prevalence and panorama of CHDs in live born infants, because such pregnancies to an increasing extent are terminated. ... The ethical challenges of such practice are obvious, as modern heart surgery offers palliation or repair for nearly all types of CHDs, including earlier lethal conditions such as hypoplastic left heart syndrome.«



gesetzlichen Vorgaben im klinischen oder ambulanten Alltag oftmals schwierig. Wann etwa sehen sie eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch als begründet an, wo liegen für sie mögliche Grenzen und wie kommunizieren sie diese (Lotto et al. 2017)? Wie groß ist die Irrtumswahrscheinlichkeit bzw. inwieweit lässt sich die tatsächliche individuelle Ausprägung der Diagnose vorhersagen (Kidszun et al. 2016)? Und schließlich: Wie sollen die Ärzte mit unklaren Prognosen bei angenommenen schweren Fehlbildungen umgehen? Ist ein Abbruch für sie haftungsrechtlich und psychologisch die »einfachste Lösung« (Pawelec et al. 2015, S.919)?

Diese ethischen Fragen und Herausforderungen spiegeln sich auch in der individuellen Entscheidungsfindung für oder gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft nach einem auffälligen pränatalen Befund wider. Diese Entscheidung hängt von einer Reihe von Faktoren ab – sozialen, psychischen, ökonomischen und individuellen. Heider und Steger (2014, S.269) kommen nach der Befragung von elf Frauen, die in ihrer Schwangerschaft nach pränataler Diagnose vor die Frage eines Abbruchs gestellt wurden, zu folgendem Fazit: »Die Zufriedenheit mit der Entscheidung im Rückblick ergibt sich aus der individuellen Lösung eines bestehenden Konfliktes zwischen der *Grundhaltung zum Leben* (eigene Erfahrungen, Vorwissen und Werte) und dem *tatsächlich vorhandenen Lebensumfeld* (Lebensplanung, Familie, finanzielle Aspekte). ... Eine ausreichend lange Bedenkzeit sowie ein *positives und akzeptierendes Entscheidungskumfeld* (Patient-Arzt-Kommunikation, angemessene psychosoziale Begleitung) trugen deutlich zur Zufriedenheit der Befragten bei« (Hervorhebungen im Original). Ein entscheidender Faktor, der die Wahrscheinlichkeiten erhöht, dass die Schwangerschaft nach der Diagnose fortgesetzt wird, ist die Inanspruchnahme einer zweiten genetischen Beratung nach der Diagnose (Hawkins et al. 2013). Andere Studien zeigen, dass das individuelle Gefühl der Verbundenheit mit dem werdenden Kind und religiöse bzw. ethische Überzeugungen wesentliche Gründe für Schwangere darstellen, Schwangerschaften nach der Diagnose einer fetalen Fehlbildung fortzusetzen (Gersthahn 2013; Hurford et al. 2013). Viele Schwangere, die sich bewusst für eine Fortsetzung entschieden, bewerten die pränatale Diagnose trotz der danach einsetzenden Ängste und Belastungen als positiv, da sie eine gezielte Geburtsvorbereitung (etwa hinsichtlich des Entbindungsortes) ermöglicht habe (Hurford et al. 2013).

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen fetalen Befund bedeutet für die betroffenen Schwangeren sehr häufig starke seelische und körperliche Belastungen, auch weit über den Abbruchzeitpunkt hinaus, mit teilweise länger währenden psychischen Folgen (Carlsson et al. 2016; DiMiceli-Zsigmond et al. 2015; Kersting und Bätz 2002; Wollenschein et al. 2007).

Betrachtet man die Häufigkeit von angeborenen Fehlbildungen und die Anzahl sich daran anschließender Schwangerschaftsabbrüche im Zeitverlauf auf

Basis der vom EUROCAT Central Registry (2016b) für Deutschland erhobenen Daten, zeigen sich zwei Entwicklungen (Abb. 2.5). Zum einen bleibt der prozentuale Anteil der angeborenen Fehlbildungen an der Gesamtheit der Schwangerschaften annähernd konstant und weist nur eine sehr leichte Steigerung auf (durchgezogene, schwarze Linie in Abb. 2.5). Zum anderen hat sich die Rate der Schwangerschaftsabbrüche bei fetalen Fehlbildungen erhöht: Von deutlich unter 10% der Schwangerschaften mit fetalen Fehlbildungen in den 1990er Jahren hin zu mehrheitlich über 12% ab 2008 (gestrichelte Linie in Abb. 2.5).

Abb. 2.5 Fetale Fehlbildungen und Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1990–2014



Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis von EUROCAT Central Registry 2016b

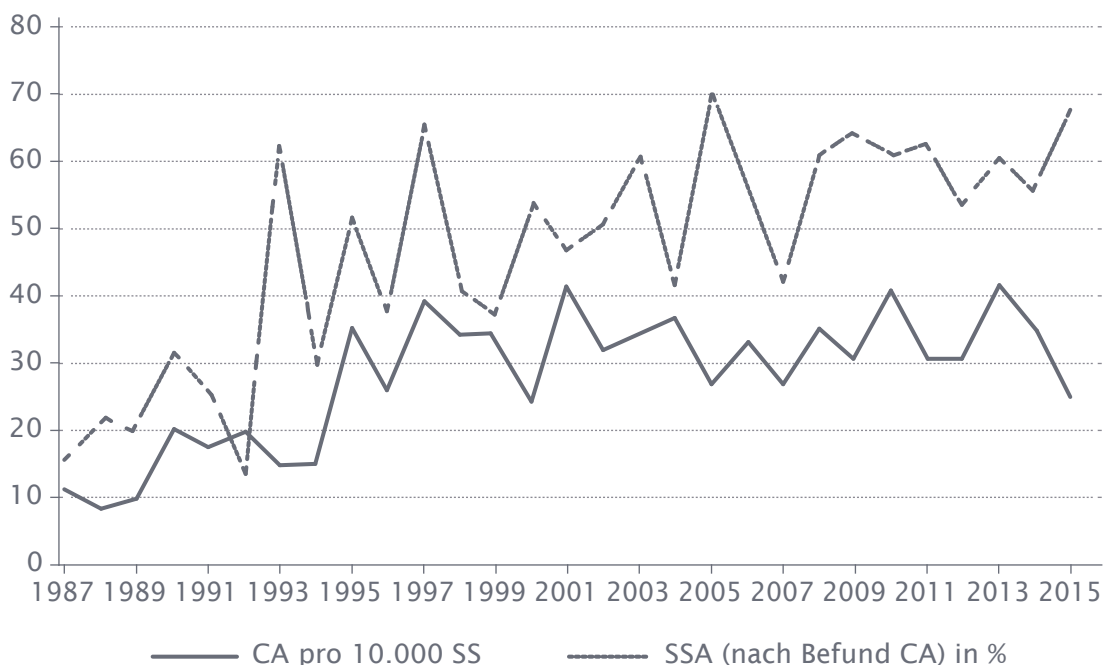
Während sich die zuvor genannten Zahlen auf alle Schwangerschaftsabbrüche nach Diagnose pränataler Fehlbildungen beziehen, erscheint es sinnvoll, nach konkreten Diagnosen zu unterscheiden, um ein differenziertes Bild von den Zusammenhängen zwischen verschiedenen chromosomalen Abweichungen und den Abbrüchen nach pränataler Diagnose zu erhalten. Zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen zählen die chromosomale Fehlverteilungen; sie stehen zudem besonders im Fokus der meisten pränataldiagnostischen Verfahren. Wirft man einen gezielten Blick auf chromosomale Anomalien<sup>41</sup> und die sich an die Diagnose anschließenden Schwangerschaftsabbrüche, zeigen sich die Entwicklungen in verstärkter Form (Abb. 2.6). So stieg der prozentuale Anteil

41 Unter Chromosomenanomalien fasst die dargestellte EUROCAT-Erhebung die Trisomien 13, 18 und 21 sowie das Turner- und das Klinefelter-Syndrom.



der Schwangerschaftsabbrüche von allen von chromosomalen Anomalien betroffenen Schwangerschaften innerhalb von drei Dekaden von 16% (1987) auf 68% (2015) markant an (gestrichelte Linie in Abb. 2.6) Diese massive Steigerung ist vermutlich in erster Linie auf eine höhere pränatale Erkennungsrate zurückzuführen, nicht aber auf eine gestiegene Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch. Die Abbruchrate bei pränatal bekannten Chromosomenaberrationen des Fetus lag bereits in den 1970er Jahren bei über 60% (Lenhard 2005), jedoch wurde eine fetale Chromosomenabweichung in dieser Zeit deutlich seltener pränatal erkannt (Loane et al. 2013).

Abb. 2.6 Häufigkeit chromosomaler Anomalien und Schwangerschaftsabbrüche nach Befund in Deutschland 1990–2015



Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis von EUROCAT Central Registry 2016b

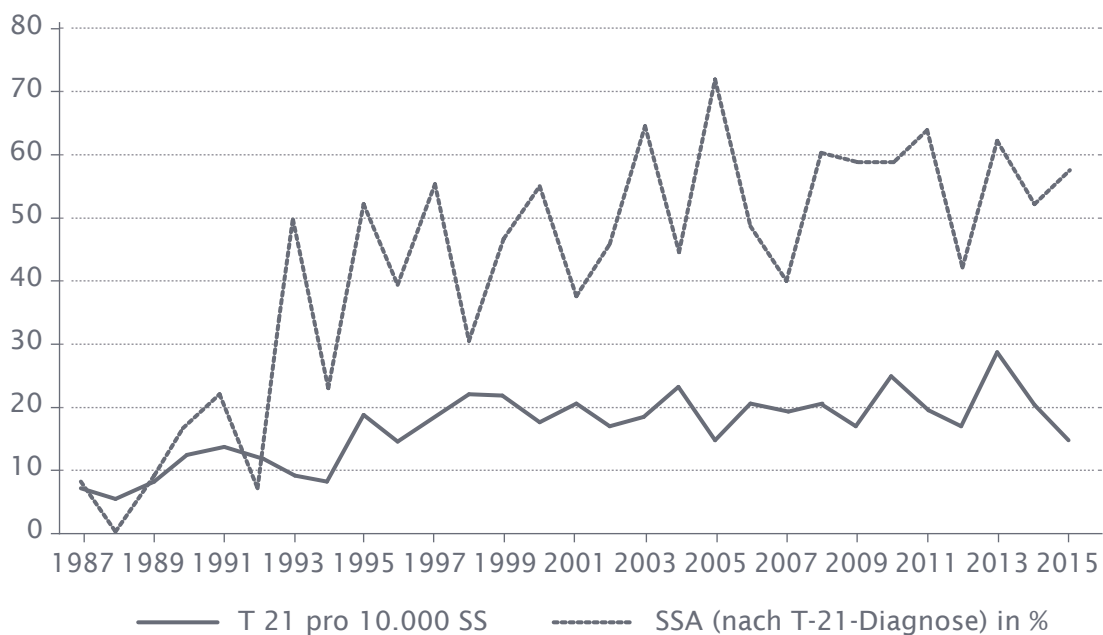
Zugleich zeigt sich der Einfluss des gestiegenen Alters der Schwangeren in der im Zeitverlauf zunehmenden Anzahl der Chromosomenaberrationen (durchgezogene Linie in Abb. 2.6). Traten in den frühen 1990er Jahren noch bei weniger als 20 pro 10.000 Schwangerschaften (0,2%) ein Fetus mit Chromosomenaberration auf, so liegt diese Zahl seit der Jahrtausendwende fast konstant bei über 30 pro 10.000 Schwangerschaften (0,3%).

Wirft man schließlich einen Blick auf die Häufigkeiten von Schwangerschaften mit Feten mit Down-Syndrom und die relative Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche, zeigen sich beide zuvor beschriebenen Trends in gleicher Form: Auch hier steigt der Anteil der Schwangerschaften mit Trisomie 21 pro



10.000 Schwangerschaften über den Zeitverlauf merklich an (durchgezogene Linie in Abb. 2.7). Ebenso nimmt der prozentuale Anteil der Feten mit Down-Syndrom, die nicht ausgetragen werden, über den Zeitverlauf deutlich zu. Ende Ende der 1980er Jahre und zu Beginn der 1990er Jahre nur jede fünfte Schwangerschaft mit einem Kind mit Down-Syndrom in einem geplanten Abbruch, wurde in den Jahren seit 2008 deutlich über die Hälfte der Schwangerschaften mit Trisomie-21-Fetus abgebrochen (2015: 58%). Damit befinden sich die in den deutschen Pränatalzentren erhobenen Daten etwas über dem Durchschnitt der gesamten im EUROCAT-Verbund erhobenen Daten (denen zufolge 53 % der Schwangerschaften mit Trisomie 21 abgebrochen werden; EUROCAT Central Registry 2014).

Abb. 2.7 Häufigkeit von Trisomie 21 und Schwangerschaftsabbrüche nach Befund in Deutschland 1987–2015



Eigene Berechnung und Darstellung auf Basis von EUROCAT Central Registry 2016b

Vergleicht man diese Entwicklungen in Deutschland hinsichtlich der Häufigkeiten von Trisomie 21 bei Schwangerschaften und Geburten mit europäischen Trends, zeigen sich sowohl Übereinstimmungen als auch Abweichungen. Gemeinsam ist sowohl der deutschen als auch der europäischen Entwicklung, dass sich das insgesamt gestiegene mütterliche Alter in einer zunehmenden Häufigkeit von Schwangerschaften mit Down-Syndrom niederschlägt (Loane et al. 2013; Morris et al. 2014). Unterschiede zeigen sich zum einen in der Abbruchquote zwischen verschiedenen Ländern und zum anderen im bevölkerungsbezogenen Effekt. So variieren die Abbruchzahlen nach einer pränatalen Down-



Syndrom-Diagnose stark; in Frankreich entscheiden sich beispielsweise annähernd drei Viertel aller Frauen, die mit einem Kind mit Down-Syndrom schwanger sind, für einen Abbruch (73,1 %). In Norwegen sind es nur 28,1 %, in der Ukraine 11,8 % (Loane et al. 2013, S. 30; siehe auch Kap. 3.2). Zum anderen ist für die im EUROCAT-Register aufgeführten Länder zusammengenommen kein Rückgang des prozentualen Anteils von Menschen mit Down-Syndrom an der Gesamtbevölkerung festzustellen. Dies führen die EUROCAT-Forscher darauf zurück, dass sich zwei Effekte gleichsam gegenseitig aufheben: Während durch das gestiegene mütterliche Alter der Anteil von Menschen mit Down-Syndrom an der Gesamtbevölkerung eigentlich steigen müsste, führen die parallel gestiegenen Abbruchzahlen nach pränataler Diagnose dazu, dass der Anteil von Menschen mit Down-Syndrom weitgehend stabil bleibt (Loane et al. 2013, S. 29; Morris et al. 2014, S. 2985). Mehr Schwangerschaften mit Down-Syndrom bei gleichzeitig zunehmenden Abbruchzahlen ergeben folglich gemeinsam einen gleichbleibenden Anteil von Menschen mit Down-Syndrom an der gesamten Bevölkerung.

Dies gilt für Deutschland nicht in gleicher Form. Zwar lässt sich aus den EUROCAT-Daten für Deutschland kein Rückgang des Anteils von Neugeborenen mit Down-Syndrom an der Gesamtheit der Neugeborenen ablesen, aber die EUROCAT-Daten umfassen, wie dargestellt, nur einen sehr kleinen Anteil der Schwangerschaften und Geburten in Deutschland. Lenhard (2005) argumentiert, dass sich seit den 1990er Jahren eine deutliche Abnahme der Lebendgeburten von Kindern mit Down-Syndrom feststellen lasse, die auf eine gestiegene Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen nach einer Trisomie-21-Diagnose zurückzuführen sei. Diese abnehmende Anzahl von Menschen mit Down-Syndrom sei bereits in der Zusammensetzung der Schülerschaft von Schulen mit einem Schwerpunkt in der Lernförderung sichtbar und werde sich weiter verstärken: So »ist bereits jetzt abzusehen, dass Menschen mit Down-Syndrom zunehmend aus unserer Gesellschaft verschwinden werden« (Lenhard 2005, S. 15). Eine vertiefte Betrachtung der Rolle(n) von Menschen mit Down-Syndrom in der Gesellschaft bietet Kapitel 4.3.1.

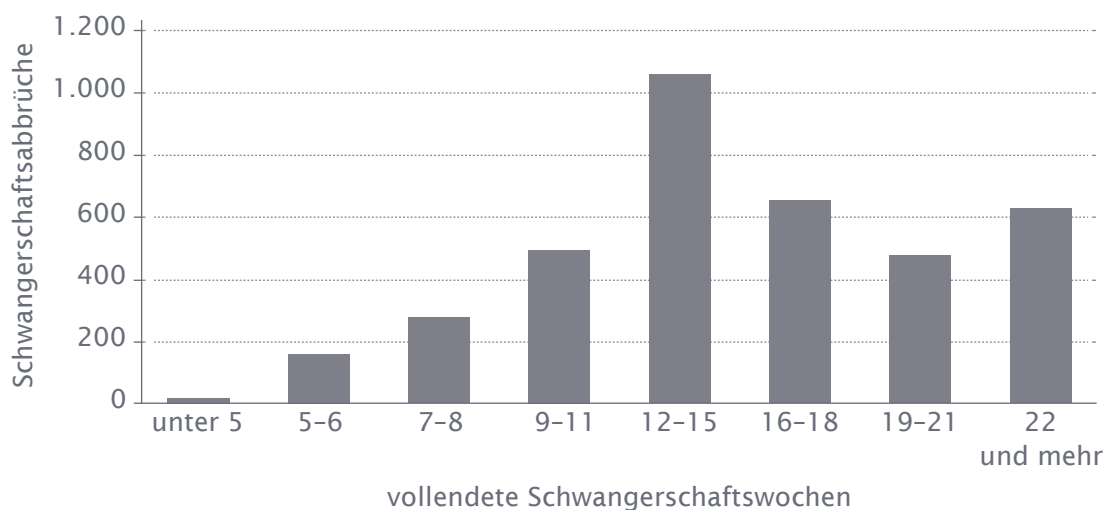
Eine pränatale Diagnose erfolgt zumeist in mehreren Schritten (beispielsweise durch sonografische Untersuchungen im ersten Schritt und anschließende invasive Diagnostik im zweiten), sodass die ärztliche Diagnose einer Fehlbildung häufig erst deutlich nach dem Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels zweifelsfrei vorliegt und damit außerhalb der Frist für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung in § 218a Abs. 1 StGB (Kap. 3.1.1). Schwangerschaftsabbrüche sind gesetzlich auch nach der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche p. c. möglich, wenn eine sogenannte medizinische Indikation vorliegt. Diese ist erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis der Schwangerschaftsabbruch die einzige Möglichkeit darstellt, »um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des



körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden« (§ 218 a Abs. 2 StGB).

Da die Bundestatistik zwar keine pränatalen Diagnosen, aber die Häufigkeit, Zeitpunkt und Begründung von Schwangerschaftsabbrüchen erhebt, lässt sich anhand dieser Daten ablesen, wie häufig und in welchem Schwangerschaftsalter Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation durchgeführt werden. So zeigt sich für das Jahr 2016, dass ein Großteil der medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüche (75%) ab der 12. SSW p. c. durchgeführt wurden und damit größtenteils jenseits der durch § 218a Abs. 1 StGB vorgegebenen Fristen (Abb. 2.8).

Abb. 2.8 Medizinisch induzierte Schwangerschaftsabbrüche nach vollendeter Schwangerschaftswoche p. c. in Deutschland im Jahr 2016 (absolute Häufigkeiten)

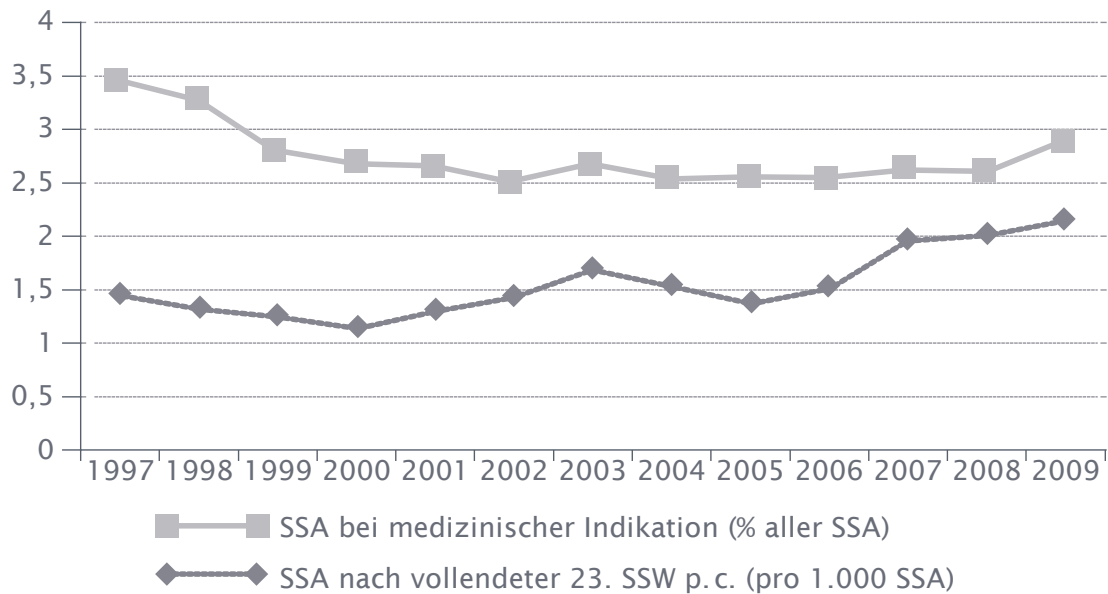


Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt 2017

Insgesamt zeigt sich, dass der prozentuale Anteil der medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüche an allen registrierten Schwangerschaftsabbrüchen annähernd konstant geblieben ist (Abb. 2.9 u. 2.10). Demgegenüber hat der Anteil der Spätabbrüche – also der Schwangerschaftsabbrüche nach der 22. bzw. 23. SSW p. c., ab der die extrauterine Lebensfähigkeit des Kindes wahrscheinlich wird – deutlich zugenommen. Da sich die Datenerfassung seitens des Statistischen Bundesamtes im Erhebungszeitraum geändert hat, lässt sich diese Entwicklung nicht durchgängig, sondern in zwei Phasen nachvollziehen, die in den Abbildungen 2.9 und 2.10 dargestellt sind. Vom Jahr 1997 bis 2009 erfasst die Bundesstatistik Spätabbrüche als solche, die nach der vollendeten 23. SSW p. c. und später erfolgten. In diesem Zeitraum zeigt sich eine Zunahme von 1,45 auf 2,14 Abbrüche nach der 23. SSW p. c. pro 1.000 Schwangerschaftsabbrüche (Abb. 2.9).

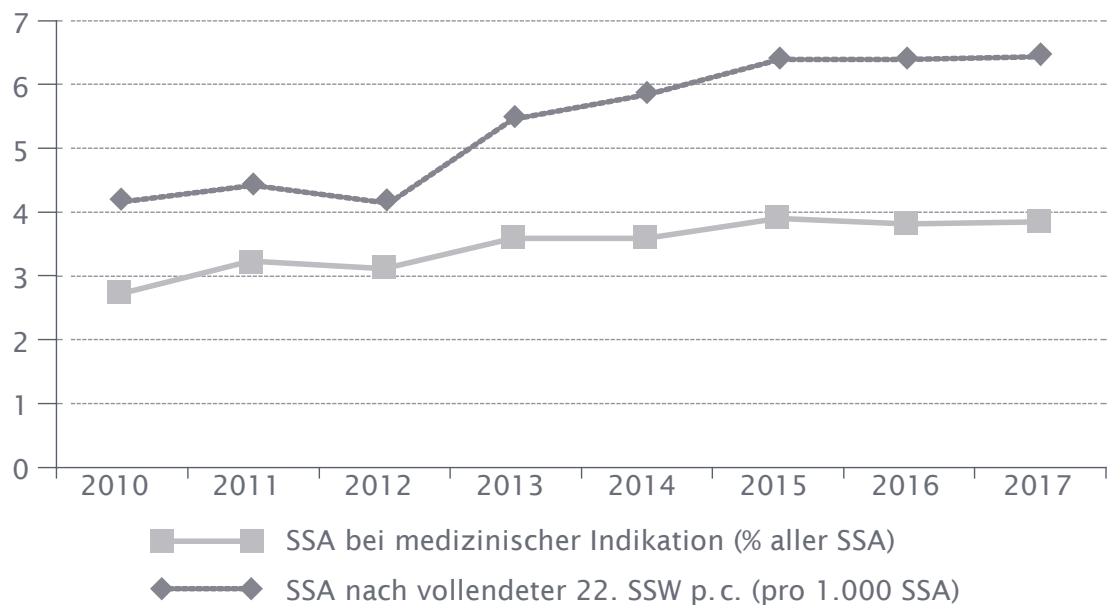


Abb. 2.9 Schwangerschaftsabbrüche: (1) nach medizinischer Indikation, (2) Spätabbrüche in Deutschland 1997–2009



Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Statistisches Bundesamt 2017

Abb. 2.10 Schwangerschaftsabbrüche: (1) nach medizinischer Indikation, (2) Spätabbrüche in Deutschland 2010–2017



Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis von Statistisches Bundesamt 2017

Seit 2010 erfasst die Bundesstatistik Spätabbrüche als Abbrüche, die nach der vollendeten 22. SSW p. c. und später erfolgten. In diesem Zeitraum setzt sich die Zunahme der späten Abbrüche fort: So stiegen die Abbrüche nach der vollendeten 22. SSW p. c. von 4,18 im Jahr 2010 auf 6,46 im Jahr 2017 weiter an (jeweils pro 1.000 Schwangerschaftsabbrüche). Dies drückt sich auch in absoluten Zahlen aus: Wurden 2010 462 Abbrüche nach der 22. SSW p. c. an das Statistische Bundesamt gemeldet, stieg dieser Wert im Jahr 2017 auf 654 späte Abbrüche an.

Die veröffentlichten statistischen Zahlen werden allerdings von vielen Fachleuten als zu niedrig eingeschätzt (CDU/CSU 2001; Foth 2004; Graumann 2011, S. 124; Schnabel 2016).<sup>42</sup> In einem Interview mit der Wochenzeitung *Die Zeit* zieht der Perinatalmediziner Wolf-Henning Becker eine Verbindung zwischen der gestiegenen Zahl der Spätabbrüche und den NIPT, weil sich werdende Eltern durch den Bluttest abgesichert fühlen und somit schwere Krankheiten wie Herzfehler oder Nierenschäden erst spät entdeckt werden: »Wir beobachten jedenfalls in unserer Praxis, dass seit Einführung des Bluttests die späten Abbrüche zunehmen« (Schnabel 2016). Eine andere Erklärung für die gestiegene Anzahl von Spätabbrüchen zielt auf das erweiterte Basisscreening, das seit 2013 Schwangeren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten wird. Dieses findet zumeist auf der Versorgungsstufe I statt und kann eine »falsche Absicherung« bewirken, sodass Fehlbildungen erst in späteren Untersuchungen erkannt werden (Krapp 2018).

Mehrere Initiativen betroffener Eltern wie auch einige medizinische Arbeitsgruppen<sup>43</sup> bemühen sich, die Möglichkeit, Schwangerschaften mit infauster Prognose<sup>44</sup> und palliativ begleiten zu lassen, für betroffene Eltern und begleitendes Fachpersonal bekannter zu machen. Sie wollen Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch aufzeigen und Betroffene ermutigen, eigene Wege zu finden (Fezer Schadt und Erhardt-Seidl 2018; Garten und Hude 2014).

Seit dem Jahr 2010 wird von der Bundesstatistik auch erhoben, ob der Schwangerschaftsabbruch durch einen Fetozyd vollzogen wurde. Mit Fetozyd wird die Tötung des Fetus im Mutterleib durch Injektion von Kaliumchlorid in die Nabelschnurvene nach vorheriger Betäubung bezeichnet (Neidert 2008).

Der Fetozyd wird insbesondere ab einer Schwangerschaftsdauer von 22 Wochen p. m. angewandt, da die Feten zu diesem Zeitpunkt außerhalb des

42 Diese angenommene Abweichung lässt sich durch den arbeitsintensiven Klinikalltag erklären, in dem statistischen Erfassungs- und Meldeaufgaben aus Zeitmangel gelegentlich nicht nachgekommen wird.

43 Zu den Initiativen betroffener Eltern zählen beispielsweise der Bundesverband zur Begleitung von Familien vorgeburtlich erkrankter Kinder. Medizinische Arbeitsgruppen umfassen neben anderen die »AG Kinder und Jugendliche« der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und die AG »Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie (PaluTiN)« des Bundesverbandes »Das frühgeborene Kind«.

44 Prognosen sind infaust, wenn die diagnostizierte Erkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mit dem Leben vereinbar ist.



Mutterleibes überlebensfähig sein können (von Kaisenberg et al. 2005). Ein Schwangerschaftsabbruch durch Fetozid jenseits der Lebensfähigkeitsgrenze ist für Ärzte und betroffene Eltern eine ethisch und psychisch belastende Situation. Die Bundesstatistik zeigt, dass die absolute Anzahl der Fetozide seit 2010 kontinuierlich gestiegen ist (von 313 im Jahr 2010 auf 582 im Jahr 2016; Statistisches Bundesamt 2017). Auch relativ ist der Anteil der Fetozide seit 2010 gestiegen, so erfolgten 2010 10 % aller medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüche mittels Fetozid; 2016 betrug dieser Anteil 15 % (eigene Berechnungen nach: Statistisches Bundesamt 2017).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Deutschland im europäischen Vergleich eine sehr niedrige Quote von Schwangerschaftsabbrüchen (bezogen auf die gebärfähige Bevölkerung) aufweist. Der Anteil medizinisch induzierter Schwangerschaftsabbrüche an allen Abbrüchen ist in den letzten beiden Jahrzehnten weitgehend konstant geblieben; allerdings finden medizinisch induzierte Abbrüche häufiger später in der Schwangerschaft statt. Die Abbruchraten nach der pränatalen Diagnose einer autosomalen Trisomie (Trisomien 13,18, 21) liegen erhebungsübergreifend bei über 85 %. Dabei hat sich die Anzahl der Schwangerschaften mit Down-Syndrom aufgrund des gestiegenen mütterlichen Alters erhöht, gleichzeitig wird ein zunehmender Anteil dieser Schwangerschaften abgebrochen. Auch für chromosomale Anomalien wie Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen, die zu einem Großteil klinisch unauffällig bleiben, liegen die Abbruchquoten bei über 40 %. Diese Zahlen offenbaren zum einen eine hohe Bereitschaft, pränatale Diagnostik zum Ausschluss chromosomaler Aberrationen zu nutzen, und zum anderen eine hohe Bereitschaft, betroffene Schwangerschaften abzuberechen.

---

### 2.3 Entwicklungsperspektiven hinsichtlich des Umfangs und der Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik

Im Rückblick zeigen sich im Bereich der Pränataldiagnostik seit Mitte des 20. Jahrhunderts eine Reihe von medizinisch-technischen Entwicklungen, die in zunehmend kürzerem Abstand aufeinander erfolgten und in den wirtschaftlich starken Ländern weltweit schnelle Verbreitung fanden (Wou et al. 2015). Auch für die Zukunft werden weitere Entwicklungen hinsichtlich des diagnostischen Umfangs (Kap. 2.3.1) wie auch der Methoden (Kap. 2.3.2) erwartet.

### 2.3.1 Erweiterung des diagnostischen Umfangs

Nichtinvasive Pränataltests zur Gewinnung fetoplazentarer DNA aus dem mütterlichen Blut sind seit 2011 auf dem US-Markt verfügbar. Seither ist die Zahl der Länder, in denen solche Bluttests verfügbar sind, ebenso gestiegen wie die Zahl der Testanbieter. Der Preis für die Durchführung eines Tests ist in den meisten Ländern seit der Einführung deutlich gesunken. Insgesamt handelt es sich um ein von starker Konkurrenz geprägtes Marktsegment. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich der diagnostische Umfang zellfreier DNA-Tests kontinuierlich weiter, denn die Erweiterung des diagnostischen Spektrums dient den Herstellern als potenzieller Wettbewerbsvorteil (Agarwal et al. 2013; Allyse et al. 2015).

Einige Testhersteller bieten neben dem Screening auf chromosomale Aneuploidien zunehmend ein Screening auf subchromosomale Veränderungen (Mikrodeletionen, -duplikationen, -translokationen) an, wie das DiGeorge-, das Cri-du-Chat-, das Prader-Willi-, das Wolf-Hirschhorn-, das Langer-Giedion-, das Jacobsen- oder das Angelmann-Syndrom (Wou et al. 2015). In Deutschland bietet laut Herstellerangaben der Panorama-Test von Natera ein solches Screening an. Diese Syndrome kommen sehr selten vor und betreffen zwischen 1 pro 4.000 Schwangerschaften (DiGeorge-Syndrom) bis zu 1 pro 50.000 Schwangerschaften (Cri-du-Chat-Syndrom; Wolff und Graumann 2016; Wou et al. 2015). Durch die geringe Prävalenz liegt der positive Vorhersagewert deutlich niedriger als bei den Bluttests für die Aneuploidien, nämlich nur bei 5 % (Gendiagnostik-Kommission 2016). Kritische Stimmen halten deshalb die Aufnahme von subchromosomalen Veränderung in das Screening für wenig nutzbringend, da dies eine hohe Anzahl von falsch-positiven Ergebnissen erzeuge, die wiederum eine vertiefte invasive Diagnostik mit den entsprechenden Risiken nach sich zögen (Allyse und Chandrasekharan 2015; Schmid 2016; Yaron 2016). Damit sei ein Anstieg invasiver Tests zu erwarten, der den zentralen Vorzug von nichtinvasiven Testverfahren gleichsam verwässere, nämlich die Anzahl invasiver Diagnostikverfahren zu reduzieren (Stumm und Schröer 2018). Zudem unterscheiden sich die Hochrisikopopulationen für Trisomien und Mikrodeletionssyndrome beträchtlich, etwa hinsichtlich des mütterlichen Alters und der Wahrscheinlichkeit, auffällige Ultraschallbefunde zu erhalten. Trisomien hängen mit einem erhöhten mütterlichen Alter zusammen und lassen sich in sonografischen Untersuchungen häufig detektieren, wohingegen das Hochrisikokollektiv für Mikrodeletionssyndrome weitgehend unbekannt ist (Allyse und Chandrasekharan 2015). Weniger als klinische Belange stünden die wirtschaftlichen Interessen der Testhersteller hinter einer Erweiterung des Diagnosespektrums – mit der Absicht, sich in einem hochumkämpften Markt zu behaupten (Allyse und Chandrasekharan 2015). Innerhalb der deutschen Ärzteschaft zeigen sich widersprüchliche Haltungen zu der Frage, ob nichtinvasive Test-





verfahren für subchromosomale Veränderungen sinnvoll sind oder nicht. So begrüßen die Vertretungen der Gynäkolog/-innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz in einem Konsensuspapier diese Erweiterung des diagnostischen Spektrums als sinnvoll (Scharf und Stumm 2013). Die Ultraschalldiagnostiker der genannten Länder sprechen sich hingegen in ihrer Empfehlung *nicht* für eine Erweiterung auf Mikrodeletionssyndrome aus (Schmid et al. 2015).

Befürworter einer Erweiterung auf subchromosomale Veränderungen führen als wesentliche Argumente ins Feld, dass die mikrochromosomal bedingten Syndrome mit physischen und/oder intellektuellen Einschränkungen einhergehen, die ähnlich tiefgreifend sind wie bei autosomalen Trisomien. Anders als chromosomale Aneuploidien hängen Mikrodeletionen und Mikroduplikationen jedoch nicht vom mütterlichen Alter ab und betreffen 1 bis 1,7% aller Schwangerschaften. Bei jungen Schwangeren seien folglich mehr Feten von subchromosomalen Abweichungen betroffen als etwa vom Down-Syndrom. Deshalb sei das Screening auf subchromosomale Veränderungen sinnvoll (Wapner et al. 2015, 332.e2).

Neben den subchromosomalen Veränderungen erfassen nichtinvasive Bluttests zunehmend auch einzelne monogene Erkrankungen wie Achondroplasie oder thanatophore Dysplasie.<sup>45</sup> Diese Erkrankungen sind jedoch ähnlich wie die einzelnen subchromosomal bedingten Syndrome teilweise so selten, dass es keine vergleichende Forschung zur Testgüte gibt und teilweise wohl auch in Zukunft nicht geben kann (Kozlowski 2016; Oepkes et al. 2014). Jede Erweiterung des diagnostischen Spektrums erhöht die Anforderungen an eine fundierte Beratung vor und nach Durchführung der Tests (Gendiagnostik-Kommission 2016).

Eine maximale Erweiterung des diagnostischen Spektrums nichtinvasiver zellfreier DNA-Tests läge in einer Komplettssequenzierung des fetalen Genoms. Diese wird derzeit im Rahmen der NIPT nicht angeboten, erscheint aber potenziell zukünftig realisierbar (Leonard 2017; Wou et al. 2015). Demgegenüber ist eine komplette Sequenzierung des fetalen Genoms auf Basis von durch *invasive* Verfahren wie Amniozentese gewonnener DNA im Prinzip bereits möglich, allerdings nicht zuletzt aufgrund der Kosten (noch) kein Routineverfahren. Die

---

45 Der NIPT »Vistara« von Natera testet das fetale Genom auf 25 mehrheitlich monogene Erkrankungen und weist dabei laut Hersteller Detektionsraten zwischen 46% und 96% auf ([www.natera.com/vistara/conditions](http://www.natera.com/vistara/conditions); 28.3.2019). Der Test ist auch in Deutschland erhältlich (<https://zotzklimas.de/genetik/leistungen/nipts/vistara-test>; 28.3.2019). Auch für häufigere, rezessiv vererbte monogene Erkrankungen wie zystische Fibrose (auch als Mukoviszidose bezeichnet), die bei 1 von 3.500 Lebendgeburten auftritt, gibt es erste Versuche, diese mittels nichtinvasiver Tests in der zellfreien DNA zu detektieren (Guissart et al. 2017). Allerdings ist diese Methode noch nicht marktreif und kann zudem (bislang) nicht zwischen einer Trägerschaft und einem Carrierstatus (Möglichkeit der Weitergabe ohne Ausprägung) unterscheiden. Eine invasive Diagnostik ist also bei einem positiven Ergebnis nötig, um zwischen Carrier und Träger zu unterscheiden.



Interpretation einer Komplettssequenzierung ist äußerst herausfordernd und erfordert umfassendes Wissen bei den beratenden Ärzten und Ärztinnen. Pränatal resultiert die zusätzliche Herausforderung, dass sich anders als bei der genetischen Sequenzierung von Erwachsenen die Krankheitsgeschichte und die äußerliche Begutachtung des Patienten bzw. der Patientin nur sehr eingeschränkt in die Diagnose miteinbeziehen lassen (Abou Tayoun et al. 2018).

Ein Grundproblem von Gesamtgenomanalysen ist, dass Varianten im Genom erkannt werden, deren klinische Bedeutung weitgehend unklar ist und dass dieses Wissen die werdenden Eltern verunsichert. Anstatt autonome Entscheidungen zu ermöglichen, führen solche Erkenntnisse dann eher zu einer größeren Abhängigkeit von ärztlichen Einschätzungen und Interpretationen (Leonard 2017).

Das hält Forscher/-innen sowie Ärzte und Ärztinnen nicht davon ab, umfangreiche Genomanalysen an Embryonen/Feten durchzuführen. Beispielsweise haben Govaerts et al. (2017) bei insgesamt 4.043 Schwangeren in den Jahren von 2010 bis 2015 zytogenetische Analysen an invasiv gewonnenen, fetalen DNA-Proben durchgeführt. Aus der untersuchten Gesamtheit zeigten sich bei 57 Feten sogenannte Suszeptibilitätsloci für neuronale Entwicklungsstörungen. Damit sind Abweichungen im Genom gemeint, die mit sehr uneinheitlichen klinischen Erscheinungsbildern in Zusammenhang gebracht werden. Dazu zählen etwa Symptome aus dem Autismusspektrum, Schwierigkeiten bei der Sprach- und Lernentwicklung, Entwicklungsverzögerungen, Epilepsie oder Schizophrenie. In den meisten Fällen ist wenig über die kausalen Zusammenhänge bekannt, und die Vorhersagekraft bezüglich der Erkrankungswahrscheinlichkeit ist äußerst gering. Viele Menschen mit den entsprechenden Genvarianten zeigen keinerlei Auffälligkeiten. Die medizinische oder gar klinische Relevanz der Bestimmung von Suszeptibilitätsloci für neuronale Entwicklungsstörung ist folglich eigentlich bislang ungeklärt. Dennoch teilten die Autor/-innen der Studie den betroffenen 57 Schwangeren den Befund mit. Von den 57 Schwangeren entschieden sich 11 für einen Schwangerschaftsabbruch. Von den in der Studie weiter begleiteten 43 Feten kamen 35 lebend zur Welt.<sup>46</sup> Die große Mehrheit von ihnen (26) zeigten keinerlei äußerliche Auffälligkeiten bei der Geburt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Suszeptibilitätsloci für neuronale Entwicklungsstörungen in der klinischen Praxis mehr Beachtung finden sollten und insbesondere Familien mit unauffälliger Vorgeschichte im Rahmen von langfristig angelegten Nachbeobachtungsstudien erfasst werden sollten (Govaerts et al. 2017).

Das beschriebene Beispiel illustriert, dass die neuen Sequenzieretechniken mit erhöhter Auflösung und schnellerem Durchsatz eine Reihe von Befunden erzeugen können, deren Bewertung für Mediziner/-innen und damit auch für werdende Eltern kaum zu leisten ist – schließlich gibt es zu vielen Syndromen/

---

46 Drei Schwangerschaften wurden nicht weiter begleitet.



Abweichungen keine oder kaum vergleichende Studien, die die klinische Ausprägung bei verschiedenen Personen über den Lebensverlauf begleiten und somit hinreichend aussagekräftig wären, um als Grundlage für eine fundierte Beratung werdender Eltern zu dienen. Wie mit solchen Befunden mit unklarer Bedeutung umzugehen ist, ist eine seit langem diskutierte ethische (und rechtliche) Grundsatzfrage der (prädiktiven) genetischen Diagnostik (Näheres im Kap. 4.4.3). Die Studie von Govaerts et al. (2017) belegt, dass die technisch-diagnostischen Möglichkeiten die mit der Entscheidungsfindung über die Fortführung der Schwangerschaft betrauten Personen (beratende Ärzte und Ärztinnen, werdende Eltern) strukturell überfordern. Auf der Basis unklaren und unsicheren Wissens über das Ob und das Maß der Ausprägung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung werden die Eltern vermeintlich vor die Frage der Schwangerschaftsfortführung gestellt. Dennoch ergibt sich eine Dynamik der Testausweitung, die zumindest in Teilen medizinisch fragwürdig erscheint: »Der Wunsch vieler schwangerer Frauen nach einem ›gesunden‹ Kind, in der Kombination mit der theoretischen Möglichkeit der Sequenzierung des gesamten fetalen Genoms aus dem mütterlichen Blut spornt kommerzielle Anbieter dazu an, NIPT auf möglichst viele genetische Krankheitsbilder auszudehnen« (Schmid 2016, S. 437).

Insgesamt lässt sich die Entwicklung dahingehend zusammenfassen, dass wettbewerbsorientierte Unternehmen, aber auch Forschungsgruppen in Kliniken den diagnostischen Umfang von Testverfahren zunehmend ausdehnen, damit die Nachfrage von Seiten der Nutzer/-innen (Schwangere sowie Ärzte und Ärztinnen) sowohl schaffen als auch bedienen und gleichzeitig Unsicherheiten im Umgang mit unklaren Ergebnissen (hinsichtlich der Bedeutung, Interpretation und Validität der Testergebnisse) erzeugen. Eine gesamteuropäische Antwort auf eine zunehmende Ausweitung des diagnostischen Umfangs von NIPT und Versuche von Herstellern, ihre Tests als Direct-to-Consumer-Angebote zu etablieren, wird beispielsweise von Baldus et al. (2016, S. 62 f.) gefordert.

---

### 2.3.2 Erweiterung des Methodenspektrums

Neben der Erweiterung des diagnostischen Umfangs wird stetig an Neuerungen hinsichtlich der Methoden gearbeitet. So deuten neueste Forschungsergebnisse auf weitere Biomarker im Blut von Schwangeren hin, aus denen sich Hinweise auf Entwicklungsanomalien ablesen lassen. Chen et al. (2016) beschreiben einen Zusammenhang zwischen der Konzentration von vier Zytoskelettproteinen im mütterlichen Serum und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen angeborenen Herzfehler des werdenden Kindes.

Eine Methode, die die Vorteile von nichtinvasiver Diagnostik (geringe Risiken) mit den Vorteilen der invasiven Diagnostik (höchste Testgüte) vereinen könnte, beschreiben Jain et al. (2016). Sie gewannen bei Schwangeren zwischen



der 5. und der 19. SSW durch einen einfachen Gebärmutterhalsabstrich Trophoblasten, also Zellen der frühen Embryonalentwicklung. Die Untersuchung dieser Zellen eröffnet nach Ansicht der Autoren die Möglichkeit, bereits ab der 5. Schwangerschaftswoche zuverlässige und umfassende genetische Diagnostik einschließlich Gesamtgenomsequenzierung durchführen zu können.

Geforscht wird auch mit dem Ziel, Trophoblasten und fetale kernhaltige Zellen aus dem mütterlichen Blut zu isolieren. Da diese lediglich in einem Mengenverhältnis von 1:10.000 bis 1:100.000.000 im mütterlichen Blut enthalten sind, ist die zweifelsfreie Identifikation der fetalen Zellen entscheidend für eine mögliche klinische Nutzung. Bislang existiert keine Methode, die die fetalen Zellen zweifelsfrei und effizient identifizieren kann. Dennoch gelten die Methoden als vielversprechend, da sie auf längere Sicht invasive Verfahren obsolet machen könnten (Wou et al. 2015).

Angesichts des starken Wettbewerbs zwischen verschiedenen Unternehmen im Bereich der Pränataldiagnostik und der intensiven weltweiten Nachfrage nach pränatalen Diagnostikverfahren (Allyse et al. 2015) ist zu erwarten, dass viele Forschungseinrichtungen und forschende Unternehmen pränatale Diagnostik sowohl mit Blick auf ihre methodische Vielfalt als auch mit Blick auf ihren diagnostischen Umfang erweitern werden. Die Frage danach, inwiefern solche methodischen und diagnostischen Fortentwicklungen gesellschaftlich erwünscht sind, kann nicht allein durch die medizinisch Forschenden beantwortet werden. Vielmehr stellen sich mit Blick auf den medizinischen Fortschritt im Bereich der Pränataldiagnostik grundlegende ethische, soziale, rechtliche und politische Fragen, die das vierte Kapitel thematisiert.

---

## 3 Rechtliche Regelungen in Deutschland und Europa

In diesem Kapitel werden zunächst die rechtlichen Regelungen zur Pränataldiagnostik sowie zum (medizinisch induzierten) Schwangerschaftsabbruch in Deutschland dargestellt (Kap. 3.1), danach die Regelungen zur Pränataldiagnostik und insbesondere zum NIPT in vier europäischen Nachbarstaaten – im Vereinigten Königreich, in Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz – verglichen (Kap. 3.2).

---

### 3.1 Gesetzlicher Status quo in Deutschland

Die derzeitige Rechtslage in Deutschland bezüglich der Anwendung von Pränataldiagnostik, der begleitenden Beratung und zu möglichen Konsequenzen aus pränataldiagnostischen Befunden (vor allem Schwangerschaftsabbruch) resultiert aus den einschlägigen Gesetzen (Kap. 3.1.1), ergänzenden Richtlinien (Kap. 3.1.2) sowie Gerichtsurteilen zur Schadenshaftung bei pränataler Diagnostik (Kap. 3.1.3). Von besonderer Relevanz für den zukünftigen Stellenwert der NIPT ist das Mitte des Jahres 2016 eingeleitete Methodenbewertungsverfahren des G-BA zu nichtinvasiven, molekulargenetischen Pränataltests (Kap. 3.1.4). Dieses Methodenbewertungsverfahren kann in eine Aufnahme von NIPT in die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für Risikoschwangere führen und wird von einer regen Debatte begleitet.

---

#### 3.1.1 Gesetze zu Durchführung und möglichen Konsequenzen von PND

Die Anwendung der Pränataldiagnostik in Deutschland wird durch drei Gesetze geregelt (Tab. 3.1): das Gendiagnostikgesetz<sup>47</sup> (GenDG), das Schwangerschaftskonfliktgesetz<sup>48</sup> (SchKG) sowie die strafrechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch (§ 218a StGB). Die Regelungen bezüglich der Leistungen der Krankenversicherungen sind im Sozialgesetzbuch (SGB V, insbesondere §§ 24 ff.) aufgeführt.

---

47 Der amtliche Titel lautet »Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen«.

48 Der amtliche Titel lautet »Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten«.



Tab. 3.1 Aktuelle rechtliche Regelungen im Überblick

Rechtsgrundlage	zentrale Inhalte
Gendiagnostikgesetz	Festsetzung der Voraussetzungen für eine genetische Untersuchung oder vorgeburtliche Risikoabklärung (u. a. Aufklärung und Einwilligung der Schwangeren).
Schwangerschaftskonfliktgesetz	Vorgaben zu Beratungsansprüchen zu pränataldiagnostischen Ergebnissen und zu Schwangerschaftsabbrüchen nach medizinischer Indikation.
§§ 218 und 218a StGB	§ 218 stellt Schwangerschaftsabbrüche generell unter Strafe; § 218a formuliert Ausnahmeregelungen (z. B. Abbruch der Schwangerschaft bis zur 12. Woche p. c. nach Beratung bzw. ohne Frist bei medizinischer Indikation).
Richtlinien der Bundesärztekammer zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen	Bestimmung zur ausführlichen Beratung vor und nach pränataler Diagnostik, die Vor- und Nachteile von Diagnoseverfahren und ethische Schwierigkeiten darstellt.
Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	Regelung, welche Betreuungsleistungen von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden; für Risikoschwangerschaften werden zusätzliche Leistungen definiert.

Weitere rechtliche Regelungen von mittelbarer Bedeutung für die Pränataldiagnostik finden sich in den Patientenrechten in § 630a bis h BGB, in § 24a bis i SGB V (Definition der schwangerschaftsbezogenen Leistungen) sowie in den Berufsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bieten zudem fachspezifische Handlungsanleitungen.

Eigene Zusammenstellung

Das *Gendiagnostikgesetz*, das 2010 in Kraft getreten ist, definiert die Voraussetzungen und Anforderungen an genetische Untersuchungen am Menschen. Es zielt wesentlich darauf, »eine Benachteiligung aufgrund genetischer Eigenschaften zu verhindern« (§1 GenDG) und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sowohl hinsichtlich des Rechts auf Kenntnis der eigenen Befunde als auch hinsichtlich des Rechts auf Nichtwissen zu stärken. Als einen Anwendungsbereich genetischer Untersuchungen benennt das Gesetz die »Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll«



(§ 3 Abs. 3, GenDG). Zugleich hebt es hervor, dass niemand wegen seiner genetischen Eigenschaften benachteiligt werden darf (§ 4 GenDG).

Das GenDG nennt als wesentliche Voraussetzung zur Durchführung genetischer Analysen die Einwilligung der betroffenen Person (§ 8) und beschreibt die Notwendigkeit der Aufklärung (§ 9) – insbesondere mit Blick auf das Recht auf Nichtwissen bzw. auf Vernichtung der Untersuchungsergebnisse. Welche Anforderungen eine genetische Beratung (§ 10) und die Mitteilung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen durch einen Arzt oder eine Ärztin (§ 11) erfüllen müssen, bestimmt das Gesetz ebenso. Zur Regelung vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen hält das Gesetz fest, dass genetische Dispositionen ausschließlich für solche Erkrankungen untersucht werden dürfen, die voraussichtlich vor Erreichen der Volljährigkeit ausbrechen (§ 15 Abs. 2). Das Geschlecht des Embryos bzw. Fetus darf der Schwangeren nach ihrer Einwilligung erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche mitgeteilt werden. (§ 15 Abs. 1). Die Schwangere soll vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Befundes genetisch beraten und auf ihren Beratungsanspruch nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz hingewiesen werden. In Bezug auf die Pränataldiagnostik verfolgt das Gendiagnostikgesetz das Ziel, »reflektierte und verantwortliche Entscheidungen über die Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Angebote und gegebenenfalls daraus folgender Entscheidungen über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft zu fördern« (Wolff und Graumann 2016, S.32). Aus ärztlicher Sicht geht die Aufklärung der Patient/-innen nach GenDG mit einem hohen Aufwand einher: Die »Aufklärungspflicht entspricht zwar grundsätzlich der ›normalen‹ arztrechtlichen Anforderung. Sie ist hier jedoch ausgesprochen umfangreich: § 9 Abs. 2 sammelt in sechs Punkten so ziemlich alles, was sich im äußersten Fall aus Literatur und Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht zusammenlesen lässt« (Eberbach 2010, S. 157).

Ein weiteres im Kontext der Pränataldiagnostik relevantes Gesetz ist das *Schwangerschaftskonfliktgesetz*, das 1992 in Kraft getreten ist und 2010 novelliert wurde. Es regelt die Aufklärung zu Verhütung, Familienplanung, Schwangerschaftskonflikten und zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Es definiert ein allgemeines Recht auf Information und Beratung zu allen »eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen« (§ 2 Abs. 1). Zu den Beratungsinhalten zählen unter anderem Hilfsmöglichkeiten für Familien, die ein körperlich, kognitiv oder seelisch beeinträchtigtes Kind erwarten oder geboren haben (§ 2 Abs. 2). Besonderer Bedarf für Aufklärung und Beratung besteht nach § 2a, wenn die Ergebnisse pränataldiagnostischer Untersuchungen darauf hinweisen, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Fetus geschädigt ist. Die Ärztin oder der Arzt, die der Schwangeren die pränatale Diagnose mitteilen, sollten bei der Beratung Ärzte und Ärztinnen hinzuziehen, die Erfahrungen mit der diagnostizierten



Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern haben. Die Beratung soll ergebnisoffen und in allgemein verständlicher Form stattfinden und mögliche medizinische, psychische und soziale Fragen sowie Möglichkeiten zur Unterstützung der Schwangeren thematisieren (§ 2a Abs. 1). Dabei sollen der Arzt oder die Ärztin die Schwangere über die Möglichkeit psychosozialer Beratung informieren und ihr, so sie dies wünscht, Kontakte zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und/oder Behindertenverbänden vermitteln (Almer 2010; Schumann 2010).

Erwägt die Schwangere einen Abbruch der Schwangerschaft aufgrund des pränatal erhobenen Befundes, so sollen die Ärztin oder der Arzt sie zu den physischen und psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruches ebenso informieren wie zu den Möglichkeiten vertiefender psychosozialer Beratung und ihr bei Bedarf den Kontakt zu Beratungsstellen vermitteln. Die schriftliche Feststellung der medizinischen Indikation darf erst nach Ablauf von 3 Tagen nach Mitteilung der Diagnose erfolgen (§ 2a Abs. 2 Satz. 2 SchKG). Dies gilt selbstverständlich nicht, wenn ein Abbruch der Schwangerschaft eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abwenden soll (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Zudem haben die Ärztin oder der Arzt eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die erfolgte Beratung und Vermittlung nach § 2a Abs. 1 u. 2 SchKG oder des Verzichts darauf einzuholen.

Weitere Inhalte des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sind Regelungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung (§§ 5 bis 11), zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (§§ 12 bis 14) sowie zur Erhebung und Weitergabe von statistischen Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen an das Bundesamt für Statistik. Entscheidet sich eine Schwangere nach positiver pränataler Diagnose zu einem Abbruch der Schwangerschaft, gelten die gesetzlichen Regelungen der §§ 218 und 218a StGB. Ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen (p. c.) ist gemäß § 218a Abs. 1 StGB nicht strafbewehrt, wenn die Schwangere die Bescheinigung einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle nach § 219 Abs. 2 Satz 2 StGB vorlegt, der Eingriff durch einen Arzt oder eine Ärztin durchgeführt wird und zwischen der Beratung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs mindestens 3 Tage liegen. Im Fall einer medizinischen Indikation ist der Schwangerschaftsabbruch prinzipiell ohne zeitliche Begrenzung bis zum Geburtsbeginn möglich (Deutsch und Spickhoff 2014; Neidert 2008).

§ 218a Abs. 2 StGB definiert den Sonderfall der medizinischen Indikation als gegeben, »wenn 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«.





Mittels bisheriger nichtinvasiver pränataler Diagnostik können Hinweise auf chromosomale Abweichungen wie Trisomien meist erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche p. c. erlangt werden (beispielsweise im Ersttrimesterscreening oder durch Auffälligkeiten im Ultraschallbild).<sup>49</sup> Somit ist für einen Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen pränatalen Befund derzeit zumeist eine medizinische Indikation nötig (Wolff und Graumann 2016).

Zur derzeitigen gesetzlichen Praxis eines straffreien Schwangerschaftsabbruches auf Basis einer medizinischen Indikation gibt es sehr unterschiedliche rechtswissenschaftliche Positionen. So wird von einigen Autoren kritisiert, dass der Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation zeitlich nicht limitiert ist und bei der gültigen Gesetzeslage bis zum Einsetzen der Eröffnungswehen möglich ist (von Dewitz 2009; Gärditz 2012; Neidert 2008). Hierin sehen Gärditz (2012) und von Dewitz (2009) eine Diskriminierung von werdenden behinderten Kindern. Andere Autoren bemängeln insbesondere die gesetzliche Unklarheit bezüglich der medizinischen Indikation nach §218a Abs. 2 StGB. Diese hat 1995 die bis dahin geltende »embryopathische Indikation« ersetzt, die einen Schwangerschaftsabbruch bei fetalen Fehlbildungen nach einer verpflichtenden Beratung und bis zur 22. Schwangerschaftswoche erlaubte. Bei der seit 1995 geltenden medizinischen Indikation gibt es keine Fristbegrenzung, keine Beratungspflicht und die vorliegenden fetalen Diagnosen bleiben unerfasst (Beckmann 1998; Nicklas-Faust und Wagner-Kern 2003). Dazu führen Deutsch und Spickhoff (2014, S. 694) aus: »Es ist misslich, dass die Konkretisierung dieser ›Indikationen‹ so gut wie ausschließlich durch Zivilgerichte unter dem Aspekt der potenziellen Arzthaftung und nicht unter demjenigen der Strafwürdigkeit erfolgt«, dass also Ärzte und Ärztinnen vorrangig belangt werden, wenn sie eine Fehlbildung nicht erkennen. Die Grenzen der medizinischen Indikation hingegen werden selten gerichtlich verhandelt. Das heißt, es findet sich in der Rechtsprechung keine Bestimmung, welche fetalen oder maternalen Diagnosen nicht unter die medizinische Indikation fallen sollten. Bemängelt wird zudem, dass die konkreten medizinischen Diagnosen, auf denen die medizinische Indikation der Schwangerschaftsabbrüche fußen, nicht an das Bundesamt für Statistik gemeldet werden (Beckmann 1998; von Dewitz 2009; Neidert 2008). Inwiefern die jeweilige Indikation tatsächlich medizinisch und nicht sozial begründet ist, bleibt daher offen: »Die Trauer, Angst und Sorge über die Aussicht, ein behindertes Kind zu bekommen, können nicht ohne weiteres mit Krankheiten gleichgesetzt werden. Trotzdem wird jede Frau bei einem schwerwiegenden Befund problemlos eine medizinische Indikation für die Abtreibung attestiert bekommen« (van den Daele 2005, S. 208).

Tolmein (2012, S. 432 f.) kritisiert, dass der Gesetzgeber mit Blick auf die Pränataldiagnostik »eine konsistente Handhabung auf Basis eines klar

---

<sup>49</sup> Einige der invasiven Verfahren sind zwar bereits zu einem früheren Zeitpunkt möglich, dann jedoch mit einem deutlich erhöhten Fehlgeburtsrisiko.



erkennbaren ethisch-rechtlichen Konzepts« vermissen lasse. Tolmein zufolge hat sich »der Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Frau und den rechtlich schwerer greif- und realisierbaren Interessen von Menschen mit Behinderungen ... nicht grundlegend entspannt, die Konfrontation wurde aber über die Jahre in eine routinierte Praxis überführt«.

---

#### 3.1.2 Richtlinien zur Durchführung und zu möglichen Konsequenzen von PND

Zwei Richtlinien erläutern und ergänzen die zuvor dargestellten gesetzlichen Grundlagen aus Strafgesetzbuch, Gendiagnostikgesetz und Schwangerschaftskonfliktgesetz (Tab. 3.1): die Mutterschaftsrichtlinien sowie die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen.

Die *Mutterschaftsrichtlinien* traten 1966 in Kraft und regeln die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (zuletzt geändert am 21. April 2016). Die Mutterschaftsrichtlinien legten den Grundstein dafür, dass die Schwangerenversorgung eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen wurde, und zielten darauf ab, die Säuglings- und Müttersterblichkeit zu reduzieren. Sie ermöglichten es erstmals allen Schwangeren – unabhängig von einer angenommenen oder diagnostizierten Erkrankung – ärztliche Betreuung und medizinische Versorgung während und unmittelbar nach der Schwangerschaft zu nutzen. Die aktuelle Fassung benennt als ihr vorrangiges Ziel die »frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten« (Abs. 2, S.2). Als Risikoschwangerschaften definieren die Richtlinien solche Schwangerschaften, in denen die Vorgeschichte der Mutter oder die erhobenen Befunde auf ein erhöhtes Risiko für die Schwangere und das Ungeborene hindeuten. Beispielsweise zählen dazu Vorerkrankungen der Schwangeren (schwere Adipositas, Diabetes mellitus, Nieren- oder Leberschäden), Komplikationen in vorangegangenen Schwangerschaften sowie auffällige Befunde in der aktuellen Schwangerschaft (Mehrlinge, vorzeitige Wehen, Blutungen). Die Kriterien zur Bestimmung einer Risikoschwangerschaft sind im sogenannten Mutterpass aufgeführt, den jede Schwangere nach Feststellung der Schwangerschaft erhält. Der Mutterpass dient darüber hinaus dazu, durchgeführte Untersuchungen und ihre Ergebnisse zu dokumentieren.

Gemäß Mutterschaftsrichtlinien haben Schwangere das Anrecht auf eine Reihe präventiver Untersuchungen, darunter drei Ultraschalluntersuchungen. Die Inanspruchnahme der Untersuchungen ist freiwillig, der Arzt oder die Ärztin müssen zuvor das Einverständnis der Schwangeren einholen (Francke und Regenbogen 2002). Risikoschwangeren stehen umfangreichere Angebote der medizinischen Betreuung und Untersuchung zur Verfügung, z. B. auch Methoden der invasiven Pränataldiagnostik wie Amniozentesen oder Chorionzottenbiopsien. Die Mutterschaftsrichtlinien werden regelmäßig überarbeitet und an



neue epidemiologische Faktoren und den medizinisch-technischen Fortschritt angepasst. Die Schwangerenvorsorge hat in Deutschland und international wesentlich dazu beigetragen, die Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu reduzieren (Vetter und Goeckenjan 2013).<sup>50</sup> Gleichwohl sehen einige Fachleute die »Überversorgung« von Schwangeren kritisch, beispielsweise, dass in Deutschland im europäischen Vergleich am häufigsten Ultraschalluntersuchungen pro Schwangerschaft durchgeführt werden und dass 99 % der Schwangeren mehr Untersuchungen erhalten, als die Mutterschaftsrichtlinien vorsehen (Schäfers und Kolip 2015). Andere Autoren kritisieren die geringe Sensitivität des mehrstufigen Ultraschallscreenings (IQWiG 2008; Scheibler et al. 2010) sowie die fehlende Evidenz des Befund- und Anamnesekatalogs im Mutterpass (Schling et al. 2009) bzw. der medizinischen Schwangerenvorsorge allgemein (Schild et al. 2008).

Die zweiten im Kontext der medizinischen Schwangerenbetreuung relevanten Richtlinien sind die *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*, die die Bundesärztekammer 1998 veröffentlicht hat (Tab. 3.1). Diese sind nicht rechtlich bindend, sondern haben den Charakter einer fachlichen Handlungsempfehlung. Sie definieren Ziel und Umfang pränataler Diagnostik, geben Hinweise zur Information und Beratung der Schwangeren und zur Nachsorge. Im Abschnitt zu den ethischen Aspekten der pränatalen Diagnostik (Abschnitt 9, S. A-3241) führen die Richtlinien das zentrale ethische Dilemma in diesem Themenfeld aus: »Das zentrale ethische Problem der pränatalen Diagnostik ist die Frage nach einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch bei Nachweis einer Erkrankung oder Behinderung des werdenden Kindes. Bei einer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch geraten alle Beteiligten – Schwangere und Ärzte – unvermeidlich in den Konflikt mit dem Tötungsverbot. Die Pluralität der Wertsetzungen ermöglicht für diesen Konflikt keine von allen Menschen gleichermaßen akzeptierte Lösung. Entscheidungen können nur im Einzelfall erarbeitet werden.« Der daran anschließende Abschnitt behandelt juristische Aspekte der Pränataldiagnostik; er weist explizit darauf hin, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin verpflichtet sind, auf Diagnosemöglichkeiten zur Detektierung von »Schäden« am Fetus hinzuweisen. »Unterläßt der Arzt diesen Hinweis oder eine medizinisch begründete Diagnosemaßnahme, in die die Schwangere eingewilligt hat, so verletzt er den Behandlungsvertrag und ist gegebenenfalls schadenersatzpflichtig« (Abschnitt 10, S. A3241).

Mit Beschluss des Gendiagnostikgesetzes im Jahr 2009 wurde die Gendiagnostik-Kommission (GEKO) gegründet, die am Robert-Koch-Institut angesiedelt ist und sich aus 15 Sachverständigen verschiedener Disziplinen sowie drei Patienten-/Verbrauchervertretern zusammensetzt. Ihre Aufgabe ist es, Richt-

---

50 So hat sich die Säuglingssterblichkeit zwischen 1995 und 2005 von 5,3 Sterbefälle auf 3,3 pro 1.000 Lebendgeburten verringert, die Müttersterblichkeit von 4,4 auf 3,3 je 100.000 Lebendgeborene (Bundesregierung 2017).

linien für verschiedene Teilbereiche des Gendiagnostikgesetzes zu erarbeiten. Zu den bislang erarbeiteten, für die Pränataldiagnostik relevanten Richtlinien zählen die Richtlinien zur genetischen Beratung,<sup>51</sup> zur vorgeburtlichen Untersuchung<sup>52</sup> und zur vorgeburtlichen Risikoabklärung<sup>53</sup>. Sie legen beispielsweise fest, wie eine genetische Beratung erfolgen sollte und welche Qualifikationen die beratenden Ärzte und Ärztinnen dafür benötigen.

Darüber hinaus liegen Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) vor, die Standards bei der Durchführung von Ultraschalluntersuchungen und Dopplersonografie, insbesondere auch im Kontext invasiver Pränataldiagnostik, definieren.

---

### 3.1.3 Gerichtsurteile im Kontext von Pränataldiagnostik

Zu der Frage, inwiefern behandelnde Ärzte und Ärztinnen zivilrechtlich belangt werden können, wenn sie pränatal eine vorhandene Behinderung des Fetus nicht erkennen, gibt es eine Reihe von Gerichtsurteilen, die zu unterschiedlichen Antworten gelangten. So wies das Oberlandesgericht München 2016 eine Klage ab, in der die Eltern von den behandelnden Ärzten Schadensersatz und Schmerzensgeld gefordert hatten, weil die Behinderung (Trisomie 21) der Tochter pränatal nicht erkannt worden war (Zeit Online 2016).

Vorherige Urteile anderer Gerichte waren zu anderen Schlüssen gekommen. Sie urteilten größtenteils auf Basis der von 1976 bis 1995 geltenden embryopathischen Indikation, die einen Schwangerschaftsabbruch bei schweren fetalen Fehlbildungen und nach einer Pflichtberatung innerhalb der ersten 22 Schwangerschaftswochen p. c. erlaubte (Beckmann 1998). So sprach beispielsweise das Oberlandesgericht Hamm 1991 einer Mutter, deren Sohn 1982 mit Trisomie 21 geboren wurde, allen erforderlichen Unterhaltsaufwand zu (Az. 3U 129/85). Auch die klagenden Eltern eines Sohnes, der 1996 ohne Arme und mit deformierten Beinen zur Welt kam, bekamen in allen Instanzen Recht. So musste nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes die behandelnde Ärztin – die vorgeburtlich die Deformationen nicht erkannt hatte – für den Unterhalt des Kindes aufkommen (Az. VI ZR 136/01; siehe auch Rath 2001).

---

51 Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) über die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG (Gendiagnostik-Kommission 2017).

52 Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung nach § 15 Abs. 1 Satz 1 GenDG für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos oder des Fötus während der Schwangerschaft oder nach der Geburt gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 1d GenDG (Gendiagnostik-Kommission 2013b).

53 Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Durchführung der vorgeburtlichen Risikoabklärung sowie an die insoweit erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 5 GenDG (Gendiagnostik-Kommission 2013a).



Die elterliche Forderung nach Schadensersatz und Schmerzensgeld, wenn sie ein Kind bekommen haben, das sie bei vorheriger Kenntnis der Behinderung in der Schwangerschaft abgetrieben hätten, werden unter den Stichworten »Kind als Schaden« bzw. »wrongful life« diskutiert (Klinkhammer 1998; für eine umfangreiche Darstellung und Diskussion der deutschen Rechtsprechung zu Kind-als-Schaden-Fällen siehe Salaschek 2018).

Gleichsam in Spiegelung der uneinheitlichen Urteile deutscher Gerichte zu diesem Sachverhalt urteilte auch das oberste deutsche Gericht zur Kind-als-Schaden-Thematik widersprüchlich. So kam der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts am 12. November 1997 zu folgendem Urteil: Ein Ehepaar, das nach Beratung durch einen Genetiker ein zweites Kind mit der gleichen Behinderung bekommen hatte, die auch ihr erstes Kind aufwies, erhielt vom Arzt Schadensersatz für den Unterhalt des Kindes. Der Arzt hatte den Eltern in einer genetischen Beratung vor der zweiten Schwangerschaft mitgeteilt, es sei äußerst unwahrscheinlich, dass ein weiteres Kind mit derselben genetischen Störung wie das erstgeborene Kind geboren werden würde. In seinem Urteil wertete der Erste Senat es allerdings ausdrücklich als »unzulässig, die Existenz des Kindes selbst als Schaden anzusehen.« Nicht das Kind stelle den Schaden dar, sondern der »durch die planwidrige Geburt des Kindes ausgelöste Unterhaltsaufwand« (Az. 1 BvR 479/92 – Rn. 28).

Der Erste Senat definierte es als Aufgabe der betreuenden Ärzte und Ärztinnen, den Wünschen der werdenden Eltern nach einem nichtbehinderten Kind entgegenzukommen: »Soweit Ärzte in diesem Bereich tätig werden, steht ihre ärztliche Fachkompetenz im Dienst einer von Verantwortung getragenen Elternschaft, wenn die Eltern um der wirtschaftlichen Absicherung bereits geborener Kinder willen oder aus Sorge vor Überforderung – hier durch die Geburt eines zweiten schwerstgeschädigten Kindes – von der Zeugung weiterer Kinder absehen wollen. Zivilrechtliche Haftung für Schlechterfüllung kann in derartigen Fällen die Akzeptanz der Eltern für die dennoch geborenen und in die Familie aufgenommenen Kinder erhöhen« (Az. 1 BvR 479/92 – Rn. 73).

Zu einem ähnlichen Urteil gelangte der Erste Senat im Fall einer anderen, ebenfalls unerwünschten Geburt. Nach einer misslungenen Sterilisation bekam die Ehefrau des vermeintlich unfruchtbar gemachten Ehemannes ein Kind und klagte daraufhin mit Erfolg auf Schadensersatz seitens des behandelnden Urologen (Az. 1 BvR 479/92).

Im Widerspruch zu den beschriebenen Urteilen des Ersten Senats hatte der Zweite Senat bereits am 28. Mai 1993 festgestellt, dass weder Kind noch Kindesunterhalt als Schaden gewertet werden könnten und deshalb auch kein Schadensersatz angezeigt sei: »Eine rechtliche Qualifikation des Daseins eines Kindes als Schadensquelle kommt hingegen von Verfassungs wegen (Art. 1 Abs. 1 GG) nicht in Betracht. Die Verpflichtung aller staatlichen Gewalt, jeden Menschen in seinem Dasein um seiner selbst willen zu achten ... verbietet es, die



Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen. Die Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Haftung für ärztliche Beratungsfehler oder für fehlgeschlagene Schwangerschaftsabbrüche ... ist im Blick darauf der Überprüfung bedürftig« (Az. 2 BvF 2/90 und 4, 5/92, Abschnitt D/V, Abs. 6, Sätze 8 bis 10). In der Zusammenschau hat sich »aufgrund der Vorgaben des BVerfG ... die Rechtsprechung hier in schwere Widersprüche verwickelt« (Honsell 2009, S. 1692).

---

#### 3.1.4 Methodenbewertungsverfahren zu NIPT des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Der G-BA spielt als oberstes Beschlussgremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung der deutschen Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem Deutschlands. Er setzt sich aus insgesamt 13 Vertreter/-innen der Leistungserbringer (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Zahnärzte) und der gesetzlichen Krankenversicherer sowie drei unparteiischen Mitgliedern zusammen. Auch Vertreter von Patientenorganisationen nehmen an den Sitzungen des GBA teil, verfügen jedoch nicht über Stimmrecht. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. »Viele Entscheidungen des G-BA sind für die Akteure im Gesundheitssystem unmittelbar bindend, sodass die Rolle des G-BA im deutschen Gesundheitssystem auch mitunter als »kleiner Gesetzgeber« beschrieben wird« (Latal et al. 2017, S. 345).

Eine der Hauptaufgaben des G-BA besteht darin, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bewerten. Hierbei erhält er medizinisch-wissenschaftliche Unterstützung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das IQWiG analysiert verfügbare Literatur zu möglichen Nutzen und Risiken von Arzneimitteln bzw. medizinischen Verfahren und erstellt auf dieser Basis Berichte. Diese Berichte dienen dem G-BA in der sogenannten Methodenbewertung, also der Entscheidung über die Übernahme von Arzneimitteln und Verfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, als wesentliche Entscheidungsgrundlage.

Am 18. August 2016 gab der G-BA bekannt, ein Bewertungsverfahren einzuleiten zu nichtinvasiven, molekulargenetischen Pränataltestverfahren zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 13, 18, und 21 bei Risikoschwangeren. Gemäß § 135 Abs. 1 SGB V zielt das Methodenbewertungsverfahren auf eine Überprüfung »des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden«. Der Fokus des Bewertungsverfahrens liegt auf einem Vergleich von NIPT mit den derzeit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten invasiven Methoden zur Pränataldiagnostik wie der Chorionzottenbiopsie und Amniozentese (G-BA 2016a). Das Methodenbewertungsverfahren des G-BA stellt eine



Fortführung des Erprobungsverfahrens zu NIPT für Trisomie 21 dar. Dieses Erprobungsverfahren war im April 2014 gestartet und durch LifeCodexx, den ersten Anbieter von NIPT in Deutschland, beantragt worden (LifeCodexx 2016).

In die Bewertung von NIPT sollten nach Wunsch des G-BA auch Einschätzungen der Fachöffentlichkeit, des Deutschen Ethikrates<sup>54</sup> und der Gendiagnostikkommission einfließen (G-BA 2017b). Der G-BA soll das Methodenbewertungsverfahren gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 125 SGB V Abs. 1) innerhalb von höchstens 3 Jahren abschließen. Für das Methodenbewertungsverfahren zu NIPT plant der G-BA die Entscheidung für August 2019; im Juni 2018 erschien der Abschlussbericht zur Evidenzbewertung des IQWiG. Dieser nimmt eine Bewertung der NIPT-Verfahren für die Bestimmung des Risikos für eine fetale Trisomie 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften vor. Was genau eine Risikoschwangerschaft mit Blick auf die drei Trisomieformen ausmacht, bleibt im Bericht offen; »ausschlaggebend sind anamnestische wie auch diagnostische Merkmale« (IQWiG 2018a, S. 1). Anhand von 23 Studien zu den diagnostischen Eigenschaften der NIPT gelangte das IQWiG zu dem Fazit, dass die Anwendung des NIPT bei Risikoschwangeren dazu führen würde, dass sich das Fehlgeburtsrisiko durch weniger invasive Verfahren gegenüber dem derzeitigen Stand »vermutlich« reduzieren würde. »Bei diesem Vorgehen wird allerdings weiterhin ein größtmäßig nahezu unveränderter Teil der Feten mit Trisomie 21 nicht erkannt, nämlich bei schwangeren Frauen mit geringerem Risiko. Die Anwendung des Tests bei allen schwangeren Frauen würde fast alle Feten mit Trisomie 21 erkennen« (IQWiG 2018a, S. 22). Zu Sensitivität und Spezifität der NIPT für die Erkennung der Trisomien 13 und 18 konnte keine Aussage getroffen werden. Ebenso wenig spielten die ethischen Fragestellungen zu NIPT im Bericht des IQWiG eine Rolle; diese seien »dem G-BA als Beschlussgremium bekannt« und wurden daher »im Rahmen dieses Berichts nicht bearbeitet« (IQWiG 2018a, S. 85).

Der »technizistische Tunnelblick des Untersuchungsdesigns«, der »die Behinderung des Fötus unreflektiert als zu diagnostizierendes Problem« voraussetzt, stieß auf öffentliche Kritik (Achtelik 2018, S. 32). Zunächst sei das Verständnis des medizinischen Nutzens von NIPT politisch zu klären und dafür solle das Methodenbewertungsverfahren pausiert werden, fordern zivilgesellschaftliche Vereine in einer gemeinsamen Stellungnahme zum IQWiG-Bericht (BioSkop et al. 2018). In eine ähnliche Richtung deutet die Erklärung von acht Bundestagsabgeordneten verschiedener Fraktionen, die die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen und parlamentarischen Debatte unterstreichen. Ebenso heben sie hervor, dass die Frage ungeklärt sei, »was denn eigentlich der ›Nutzen«

---

54 Der Deutsche Ethikrat verzichtet (laut telefonischer Auskunft durch Herrn Dr. Joachim Vetter, dem Leiter der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates, am 5. Juli 2018) auf eine Positionierung zum Methodenbewertungsverfahren zu NIPT unter Verweis auf seine Stellungnahme zur Zukunft der genetischen Diagnostik 2013.



solcher Tests ist, der eine Finanzierung über die gesetzlichen Krankenkassen nötig macht« (Beeck et al. 2018, S. 2).

Parallel zum Methodenbewertungsverfahren der NIPT soll das IQWiG eine Entscheidungshilfe für Versicherte über Möglichkeiten und Grenzen vorgeburtlicher genetischer Diagnostik erarbeiten. Diese soll insbesondere auch deutlich machen, »dass neben dem Recht auf Wissen und Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt bei der vorgeburtlichen genetischen Diagnostik gleichermaßen ein Recht auf Entscheidungsfreiheit und Nichtwissen besteht« (G-BA 2017b). Die Erarbeitung eines solchen Informationsangebotes für werdende Eltern sei keinesfalls als Vorentscheidung im Methodenbewertungsverfahren zu NIPT zu bewerten: »Je nachdem, welchen Beschluss der G-BA nach Abschluss der Beratungen zu diesen molekulargenetischen Tests fasst, wird die Versicherteninformation angepasst« (G-BA 2017b). Diese Versicherteninformation wird von der kritischen Zivilgesellschaft als Schritt in die falsche Richtung gesehen, da sie die Frage, ob die Gesellschaft den NIPT überhaupt will, einfach übergeht: »Eine noch mögliche offene Debatte über die gesellschaftspolitischen Konsequenzen wird auf eine ›persönliche‹ Entscheidungsfrage verengt« (Könninger und Braun 2017a, S. 12).

Die Einleitung des Methodenbewertungsverfahrens durch den G-BA als einen ersten Schritt hin zu NIPT als reguläre Kassenleistung rief öffentliche Kritik und eine umfangreiche Medienberichterstattung hervor. So kritisierte ein Bündnis aus Gen-ethischem Netzwerk, Deutscher Gesellschaft für Hebammenwissenschaft, Diakonie Württemberg und anderen Vereinen, dass das Methodenbewertungsverfahren für NIPT überhaupt auf der Tagesordnung des G-BA gekommen ist. Die Kriterien »diagnostischer Nutzen« und »medizinische Notwendigkeit«, nach denen der Test im Methodenbewertungsverfahren beurteilt wird, klammern ihnen zufolge essenzielle Fragen aus (Gen-ethisches Netzwerk et al. 2016). Ethische und gesellschaftliche Auswirkungen der Einführung eines solchen Tests im Methodenverfahren würden keine Rolle spielen, bemängelt wurde außerdem die mangelnde Kommunikation mit der Öffentlichkeit im Allgemeinen und der Zivilgesellschaft im Besonderen.

In eine ähnliche Richtung zielte der offene Brief von vier Abgeordneten des Deutschen Bundestages an den G-BA, in dem sie ihre Sorge zum Ausdruck brachten, dass sich NIPT durch die Kassenzulassung zu einer Regelleistung für alle Schwangeren entwickeln könnte. Zudem machten die Verfasser deutlich, dass aus dem Angebot einer solchen niedrighwelligen Testung in der frühen Schwangerschaft ein sozialer Druck hin zu einer Entscheidung gegen ein behindertes Kind erwachsen könne: »Die Möglichkeit, sehr früh und ›risikoarm‹ zu testen, könnte auch die gesellschaftliche Erwartung erzeugen, diese Angebote nutzen zu müssen. Damit erhöhen sich möglicherweise auch der Druck und die individuelle Verantwortung, ein ›perfektes‹ Kind zu gebären. Eltern, die sich dann gegen den Test oder wissentlich für ein behindertes Kind entscheiden,





könnten immer mehr in Erklärungsnoté geraten« (Hüppe et al. 2016). Zudem verwiesen die Autoren und Autorinnen auf die von ihnen initiierte interfraktionelle Kleine Anfrage »Vorgeburtliche Blutuntersuchung zur Feststellung des Down-Syndroms« (Kleine Anfrage mit Antwort siehe Bundesregierung 2015).

Der G-BA antwortete auf den offenen Brief der Bundestagsabgeordneten unmittelbar nach der Sitzung, in der die Entscheidung zur Einleitung des Methodenbewertungsverfahrens gefallen war. In seiner öffentlichen Antwort betonte der G-BA, dass er eine parlamentarische Diskussion und Willensbildung zu NIPT sehr begrüße, »denn gerade weil fundamentale ethische Grundfragen unserer Gesellschaft berührt sind, ist nach unserer gemeinsamen Überzeugung auch der Parlamentsgesetzgeber gefordert, hier Grenzen und Bedingungen zu definieren« (G-BA 2016b). Über mögliche Grenzziehungen müsse das Parlament als Gesetzgeber befinden und nicht der G-BA. Die medizinisch-fachliche Fokussierung des Methodenbewertungsverfahrens können den grundsätzlichen ethischen Fragestellungen, die im Fall von NIPT berührt seien, nur bedingt gerecht werden.<sup>55</sup> Sowohl der G-BA als auch die Bundesregierung (2015) haben auf eine mögliche Positionierung des Deutschen Ethikrates zu NIPT verwiesen, die dieser gleichwohl unter Verweis auf seine Stellungnahme zur Zukunft der genetischen Diagnostik von 2013 ablehnte (Fußnote 54).

Auch die Medienberichterstattung griff die Entscheidung zur Aufnahme des Methodenbewertungsverfahrens zu NIPT auf (z. B. Becker 2016; BILDplus 2016; Kaiser und Wiegelmann 2016; Richter-Kuhlmann 2016; Schäfers 2017). Die Wochenzeitung Die Zeit hatte sich bereits im Vorfeld intensiv mit Fragen von pränataler Diagnostik und den gesellschaftlichen Folgen beschäftigt, mit einem besonderen Fokus auf Kindern und Menschen mit Down-Syndrom und unter der Frage »Wer darf leben?« (Stockrahm et al. 2015).

Im Vorfeld der Markteinführung von NIPT hatte im Jahr 2012 der damalige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, ein Gutachten zur Zulässigkeit pränataldiagnostischer, nichtinvasiver Bluttests vergeben. In seiner Stellungnahme kam der Gutachter Gärditz (2012, S. 21) zu dem Fazit, dass NIP-Testverfahren keinesfalls in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden sollten: »Eine Finanzierung der Anwendung von PraenaTest durch die Gesetzliche Krankenversicherung oder durch die Dienstherren im Rahmen der beamtenrechtlichen Beihilfe im Krankheitsfall ist im Hinblick auf die allgemeine Grundrechtsbindung (Art. 1 Abs. 3 GG) gemessen am insoweit unmittelbar anwend-

---

55 Der G-BA sieht sich auch für » fundamentale ethische Grundfragen unserer Werteordnung« zuständig, hebt jedoch hervor, dass er diese » weder allein beantworten kann noch allein beantworten darf« (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016b). Beobachter des NIPT-Methodenbewertungsverfahrens vertreten teils andere Positionen: »Man darf nicht darauf vertrauen, dass der G-BA die – wirklichen oder vermeintlichen ethischen und sozialen Probleme der NIPD im Methodenbewertungsverfahren ›miterledigt‹. Täte er dies, überschritte er seine Kompetenzen« (Huster 2017, S. 285).



baren Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG [Verbot der Benachteiligung wegen Behinderung] unzulässig«. <sup>56</sup>

Auf dieses Gutachten antwortete LifeCodexx, der Hersteller des PraenaTest, mit einem eigenen Rechtgutachten, das zum gegenteiligen Schluss kam. Ein Verbot von nichtinvasiven Pränataltests sei weder unter den geltenden Rechtsbedingungen möglich, noch sei es durch mögliche zukünftige Gesetze mit dem Grundgesetz in Einklang zu bringen (Hufen 2013, S. 57). Eine Diskriminierung behinderter Embryos und Feten sei durch den Test auszuschließen, da dieser lediglich der Diagnostik diene und »in der bloßen Untersuchung keine Benachteiligung« liege (Hufen 2013, S. 56).

Zusammenfassend zeigt sich sowohl in der rechtswissenschaftlichen als auch in der öffentlichen Debatte zur (Nicht-)Zulassung von nichtinvasiven, molekulargenetischen Testverfahren eine große Vielstimmigkeit.

---

## 3.2 Regelungen in europäischen Nachbarstaaten

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zu pränataldiagnostischen Angeboten und ihrer Nutzung in vier europäischen Staaten gegeben. Dabei werden auch in Kürze die jeweiligen Gesetzgebungen zu Schwangerschaftsabbrüchen zusammengefasst. Die Auswahl der vier Staaten Vereinigtes Königreich, Dänemark, Niederlande und Schweiz erfolgte aufgrund der geografischen Nähe zu Deutschland sowie der markanten Unterschiedlichkeit bei der Schwangerschaftsvorsorge in den nationalen Gesundheitssystemen. Die geografische Nähe spielt im Kontext pränataldiagnostischer Angebote und gesetzlicher Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen seit vielen Jahren eine zentrale Rolle, da sie Schwangeren eine Nutzung der nachbarstaatlichen Angebote ermöglicht. Zum Beispiel nutzten viele Frauen in der BRD in den 1970er Jahren niederländische Kliniken, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen (Der Spiegel 1973, S. 130).

---

### 3.2.1 Vereinigtes Königreich

Das Vereinigte Königreich verfügt über ein Gesundheitswesen (National Health Service), das über die Steuern und Sozialversicherungsbeiträge finanziert und dessen Haushalt vom Finanzminister kontrolliert wird (Crombag et al. 2014, S. 442). Alle britischen Bürger/-innen und alle legalen Einwanderer/-innen müssen für die meisten medizinischen Leistungen keine Eigenanteile bezahlen. Die

---

56 Die zitierten Stellen im Grundgesetz im Wortlaut: »Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.« (Art. 1 Abs. 3 GG); »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.« (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG).



Gesundheitsdienste in England, Schottland, Wales und Nordirland sind getrennt voneinander organisiert, bieten aber vergleichbare Leistungen (Zastiral 2018).

Im Rahmen der Nationalen Gesundheitsversorgung können schwangere Frauen eine Reihe von kostenfreien pränataldiagnostischen Untersuchungen nutzen; so steht es seit 2010 allen schwangeren Frauen frei, ein Ersttrimesterscreening (mit Nackentransparenzmessung und Ermittlung zweier Blutmarkerwerte) durchzuführen. Ergibt sich im Screening eine Wahrscheinlichkeit für ein fetales Down-Syndrom von 1:150 oder höher, können die Schwangeren eine invasive Diagnostik in Anspruch nehmen. Das Ersttrimesterscreening wird von über 60% der Schwangeren in England genutzt, eine invasive Diagnostik von weniger als 2% (Vassy et al. 2014, S. 69). Neben dem Ersttrimesterscreening, das zwischen der 10. und der 14. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, können Frauen im Vereinigten Königreich alternativ auch den sogenannten Quadrupletest nutzen, der zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft durchgeführt wird (14. Bis 20. SSW), auf Serummarkern basiert und ausschließlich auf fetales Down-Syndrom testet (Crombag et al. 2014; UKNSC 2016). Darüber hinaus kann zwischen der 18. und 20. Schwangerschaftswoche eine Ultraschalluntersuchung zum Ausschluss von fetalen Fehlbildungen genutzt werden (Farrimond und Kelly 2013, S. 732).

Seit dem Jahr 2012 können Schwangere NIPT für die Trisomien 13, 18 und 21 durchführen lassen, sofern sie diese selbst bezahlen. Eine Studie des Nationalen Instituts für Gesundheitsforschung zu einer möglichen Aufnahme der NIPT in die Gesundheitsversorgung kam 2015 zu dem Schluss, dass Schwangeren mit einem im Ersttrimesterscreening ermittelten Risiko für ein fetales Down-Syndrom von über 1:150 zunächst ein nichtinvasiver Bluttest kostenfrei angeboten werden sollte. Den Berechnungen der Autor/-innen zufolge würden dadurch jährlich 102 Fälle von Down-Syndrom zusätzlich pränatal erkannt, es würden 4.870 invasive Verfahren weniger durchgeführt und pro Jahr könnten 25 eingriffsbedingte Fehlgeburten verhindert werden. Die nationale Gesundheitsversorgung würde somit – insbesondere durch die verringerte Anzahl von invasiven Eingriffen – jährlich 337.000 britische Pfund einsparen (Chitty et al. 2015, S. 6). In Reaktion auf diese und andere Studien sollten NIPT im Laufe des Jahres 2018 für solche Schwangere kostenfrei verfügbar sein, für die im Ersttrimesterscreening ein Risiko von mindestens 1:150 für eine fetale Trisomie 13, 18 oder 21 ermittelt wurde (Nuffield Council on Bioethics 2017a, S. 36). Es ist zu erwarten, dass ein Großteil der Schwangeren, die den NIPT angeboten bekommen, diesen nutzen werden. In einer vergleichenden Studie zur Akzeptanz pränataler Untersuchungen zeigte sich, dass Frauen aus England und den Niederlanden im Vergleich mit Frauen aus anderen europäischen Ländern besonders großen Wert darauf legen, dass der Test die Schwangerschaft nicht gefährdet (Hill et al. 2016, S. 971 f.).



Tab. 3.2 Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüche im nationalen Vergleich

	D	UK: Eng/Wls	DK	NL	CH
ETS (Erstattung)	Eigenleistung	kostenfrei	kostenfrei	ab 36 Jahre kostenfrei	kostenfrei
NIPT (Erstattung)	Eigenleistung	für Risikoschwangere kostenfrei (ab 1 : 150)	für Risikoschwangere kostenfrei (ab 1 : 300, nur DS)	für Risikoschwangere kostenfrei (ab 1 : 200); andere: Eigenanteil	für Risikoschwangere kostenfrei (ab 1 : 1.000)
pränatale Erkennungsrate DS gesamt*	71 %	61 %	87 % (2016)	61 %	90 %
pränatale Erkennungsrate Spina bifida gesamt*	89 %	94 %	k.A.	95 %	97 %
SSA auf Verlangen/ in Notlage	bis 12. SSW p. c.	bis 24. SSW	bis 12. SSW	bis 22. SSW	bis 12. SSW p. m.
SSA med. Indikation/ fetale Anomalie	ohne Frist	ohne Frist	bis 22. SSW; letale Fehlbildungen: ohne Frist	bis 24. SSW	ohne Frist
SSA pro 1.000 Frauen	6,0	14,2	13,2	7,3	6,3
SSA fetaler Befund pro 1.000 Geburten	3,6	4,8	3,5	1,4	7,4

DS: Down-Syndrom; ETS: Ersttrimesterscreening mit Nackenfaltenmessung und Bestimmung von Blutmarkern; NIPT: nichtinvasiver Pränataltest; SSA: Schwangerschaftsabbruch; SSW: Schwangerschaftswoche

\* 2012–2016; Daten außer DK aus jeweiligen nationalen EUROCAT-Zentren

Eigene Darstellung nach Bundesamt für Statistik der Schweiz 2017; Crombag et al. 2014; EUROCAT 2018a u. 2018b; Garne et al. 2010, S. 662; Gissler et al. 2012, S. 327; Wale 2016; WHO et al. 2017



Die Empfehlung des National Screening Committee des Vereinigten Königreichs (UKNSC) im Januar 2016, NIPT für Risikoschwangere im Rahmen der nationalen Gesundheitsversorgung anzubieten, führte zu einem breiten gesellschaftlichen Dialog. So gab es eine Kampagne unter dem Titel »Don't Screen Us Out« (etwa »Sortiert uns nicht aus«), die auch von 34 Mitgliedern des englischen Parlamentes unterstützt wurde und die darauf zielte, die Einführung von NIPT erst dann zu gestatten, wenn werdenden Eltern ausgewogene und nicht direktive Informationen zu angeborenen Behinderungen zur Verfügung gestellt werden (Ravitsky 2017, S. S37).

Einen weiteren Eckpunkt in der öffentlichen Debatte zu NIPT bildete die TV-Dokumentation »A World without Down's Syndrome?«, die im Oktober 2016 von der BBC ausgestrahlt wurde. Die Dokumentation der britischen Schauspielerin, Moderatorin und Komikerin Sally Phillips, selbst Mutter eines Sohnes mit Down-Syndrom, stellt die Frage, welche gesellschaftlichen Folgen NIPT haben werden und ob eine Welt ohne Menschen mit Down-Syndrom als wünschenswert anzusehen ist. Die Dokumentation erhielt breite öffentliche Aufmerksamkeit und regte eine intensive Debatte an (Burch 2017; Ravitsky 2017). Diese erfuhr eine weitere Zuspitzung, als bekannt wurde, dass sich das Royal College der Geburtshelfer und Gynäkologen des Vereinigten Königreichs (RCOG) dafür ausgesprochen hatte, NIPT allen Schwangeren anzubieten, da durch die Vermeidung von Kindern mit Down-Syndrom Kosten eingespart werden könnten (Ravitsky 2017).

Als schließlich im Herbst 2017 Wald et al. (2017) eine Studie veröffentlichten, die eine automatische Verknüpfung von Ersttrimesterscreening mit NIPT an britischen Krankenhäusern dokumentierte und sich für eine Ausweitung dieser Praxis aussprach, sahen sich Kritiker/-innen bestätigt. In der Studie waren die Blutproben von Frauen, die ein Ersttrimesterscreening in Anspruch genommen hatten, bei dem eine Wahrscheinlichkeit von 1 : 800 oder höher für das Vorliegen einer fetalen Trisomie 13, 18 oder 21 ermittelt wurde, ohne Kontaktaufnahme mit den betroffenen Schwangeren direkt für eine nichtinvasive Pränataltestung genutzt werden. Anstelle einer nichtdirektiven Rücksprache mit den Schwangeren und einer ausführlichen Aufklärung setzte diese Studie Effizienz und größtmögliche Entdeckungsraten von Feten mit autosomalen Trisomien in den Mittelpunkt. Als wesentliche Vorteile dieses Vorgehens benennen die Autoren der Studie, dass die Frauen nicht mit den beunruhigenden Zwischenergebnissen des Ersttrimesterscreenings belastet würden, sondern direkt das (aussagekräftigere) NIPT-Resultat erhielten. Zudem ließen sich durch die eingesparten Beratungen vor Inanspruchnahme des NIPT Ressourcen sparen (Wald et al. 2017, S. 4 f.). Der Nuffield Council on Bioethics (2017b) kritisierte die Studie und die Vorschläge für eine automatisierte Nutzung von NIPT umgehend als einen Rückschritt in der Debatte.



Die anglikanische Kirche verabschiedete in ihrer Generalsynode im Februar 2018 einstimmig eine Erklärung, die Menschen mit Down-Syndrom als wichtige und wertvolle Mitglieder der Gemeinschaft würdigte: »Menschen mit Down-Syndrom haben ebenso viel zu geben und zu teilen wie jeder andere auch – ihre Stärken und Beiträge mögen manchmal anders ausfallen als die anderer, aber sie sind keinesfalls weniger wichtig oder weniger wert« (General Synod of the Church of England 2018, S. 1).<sup>57</sup> Die Diagnose Down-Syndrom sollte Eltern nicht als schlechte Nachricht vermittelt und schwangere Frauen weder unter expliziten noch impliziten Druck gesetzt werden, NIPT zu nutzen (General Synod of the Church of England 2018, S. 7).

Derzeit kommen im Vereinigten Königreich bei einer Gesamtbevölkerung von gut 65 Mio. Menschen und 774.835 Geburten jährlich etwa 750 Kinder mit Down-Syndrom zur Welt, insgesamt leben ca. 40.000 Menschen mit Trisomie 21. Zugleich werden 90 % der Schwangerschaften, bei denen ein fetales Down-Syndrom pränatal diagnostiziert wird, abgebrochen (Gee 2016; Mortimer 2017).

Schwangerschaftsabbrüche sind in England und Wales seit 1967 ohne zeitliche Begrenzung im Schwangerschaftsverlauf erlaubt und kostenfrei, wenn eine fetale Anomalie vorliegt. Die Grundlage dafür bildet der Abortion Act 1967, der in England, Wales und Schottland gilt, in Schottland jedoch durch einen abweichenden strafrechtlichen Rahmen flankiert wird. Der Abortion Act 1967 gilt in Nordirland nicht, dort werden Schwangerschaftsabbrüche sehr restriktiv geregelt (Wale 2016, S. 204). Ein Abbruch ohne fetale Auffälligkeiten ist in Nordirland nur bei Lebensgefahr für die Mutter erlaubt oder wenn sie als suizidgefährdet gilt (Der Standard 2016; Levels et al. 2014, S. 99); ein Abbruch bei fetalen Auffälligkeiten ist gesetzlich nicht erlaubt (Boyd 2010). In England, Wales und Schottland ist ein Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 24 Wochen legal, sobald zwei Ärzte bzw. Ärztinnen der Schwangeren bescheinigen, dass ihr die Schwangerschaft seelisch oder körperlich schaden könnte.

In England, Wales und Schottland können Schwangere im Rahmen der nationalen Gesundheitsversorgung eine breite Anzahl von pränataldiagnostischen Untersuchungen nutzen, zu denen unter bestimmten Bedingungen ab 2018 auch nichtinvasive Pränataltests zählen werden. Ein Schwangerschaftsabbruch ist bei fetalen Auffälligkeiten bis zum Ende der Schwangerschaft gesetzlich möglich.

---

57 Im Original: »People with Down's syndrome have as much to give and share as anyone – their strengths and contributions may sometimes be different from those of others, but they are no less significant or less worthy of cherishing.«

---

### 3.2.2 Dänemark

Dänemark verfügt wie die anderen skandinavischen Länder über einen kommunal organisierten Gesundheitsdienst, der über Steuern finanziert wird und allen Einwohnern weitgehend kostenfrei zur Verfügung steht (Crombag et al. 2014, S. 442; Schölkopf 2010, S. 38 f.). Traditionell wird dem dänischen Gesundheitssystem und den in ihm tätigen Fachleuten von den Bürger/-innen großes Vertrauen entgegengebracht, Arzt-Patienten-Beziehungen gestalten sich vergleichsweise unhierarchisch, und die Patientenzufriedenheit ist sehr hoch (Lou et al. 2016b, S. 98; Wendt 2003, S. 388).

Dänemark hat als erste Nation weltweit ein landesweites kostenfreies Pränatalscreening für Trisomie 21 eingeführt. Über 90% der Schwangeren nutzen dieses (Crombag et al. 2014; Schwennesen et al. 2008). 1994 wurde der Triple Test eingeführt und 10 Jahre später, 2004, durch das Ersttrimesterscreening ersetzt (Christiansen 2010). Dies führte zu einer deutlich erhöhten Quote von pränatalen Diagnosen von Trisomie 21 und zu einer Halbierung der jährlichen Anzahl von lebendgeborenen Babys mit Down-Syndrom (Lou et al. 2018). Seit 2004 liegt die Zahl von Kindern, die jährlich mit dem Down-Syndrom zur Welt kommen, in Dänemark stabil zwischen 23 und 35 Lebendgeburten (bei 5,7 Mio. Einwohnern und 61.614 Lebendgeburten im Jahr 2016). Die meisten Lebendgeborenen mit Down-Syndrom wurden erst postnatal diagnostiziert. So gab es beispielsweise 2016 155 prä- und postnatale Diagnosen einer Trisomie 21 und 27 Lebendgeburten mit Trisomie 21, von denen lediglich neun pränatal bekannt waren. Über 93% der dänischen Schwangeren entschieden sich nach einer pränatalen Diagnose einer Trisomie 21 für einen Schwangerschaftsabbruch (Lou et al. 2018, S. 200). Ob die 18 Mütter, die 2016 ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt brachten, dessen Trisomie nicht pränatal erkannt worden war, das Screening abgelehnt oder im Screening ein unauffälliges Ergebnis erhalten hatten, ist nicht bekannt. Festhalten lässt sich in jedem Fall eine breite Nutzung der pränataldiagnostischen Angebote in Dänemark: »Schwangere dänische Frauen stehen einem kostenfreien flächendeckenden Pränatalscreening sehr positiv gegenüber« (eigene Übersetzung von: Lou et al. 2018, S. 201).<sup>58</sup> Diese Haltung scheint auch unter dänischen Ärzten und Ärztinnen sowie Hebammen weiter verbreitet zu sein als etwa in den Niederlanden oder im Vereinigten Königreich (Crombag et al. 2014, S. 446).

Seit 2017 können Frauen mit einem auffälligen Ergebnis<sup>59</sup> im Ersttrimesterscreening dieses nicht nur durch invasive Verfahren überprüfen, sondern

---

58 Im Original: »Danish pregnant women are very positive towards a free-for-all, comprehensive prenatal screening program.«

59 Voraussetzung sind eine Wahrscheinlichkeit von 1:300 für das Vorliegen einer Trisomie 21 bzw. 1:150 für das Vorliegen einer Trisomie 13 oder 18, auffällige Serumwerte, eine erhöhte Nackentransparenz, vorherige Schwangerschaften mit Trisomien oder ein mütterliches Alter von über 45 Jahren (Lou et al. 2018, S. 198).



alternativ einen nichtinvasiven Pränataltest durchführen lassen. Die Mehrheit der Schwangeren (80 %) entscheidet sich nach einem auffälligen Ergebnis gleichwohl für ein invasives Verfahren – wohl auch deshalb, weil dieses ein breiteres Diagnosespektrum bietet (Lou et al. 2018, S. 199).

Die starke Nutzung pränataldiagnostischer Angebote durch dänische Schwangere korrespondiert mit einer allgemeinen positiven Haltung der Dänen gegenüber Pränataldiagnostik und gegenüber selektiven Schwangerschaftsabbrüchen (Uldall und Norup 2013, S. 231). So zeigte sich in der Untersuchung von Wolf et al. (2015), dass einer der wichtigsten Prädiktoren für die Nichtinanspruchnahme des Ersttrimesterscreenings eine *nicht* dänische Herkunft der Schwangeren war.

Innerhalb Dänemarks gibt es trotz des vermeintlichen Konsenses zur Pränataldiagnostik auch kritische Stimmen, die beispielsweise in den dänischen Richtlinien zur pränataldiagnostischen Beratung eine zu starke Betonung liberaler und marktorientierter Werte sehen oder infrage stellen, warum der Risikowert, ab dem zu invasiven Verfahren geraten wird (1:300 für das Vorliegen eines fetalen Down-Syndroms) über der Wahrscheinlichkeit für eine verfahrensinduzierte Fehlgeburt liegt. Damit würde die Möglichkeit, dass ein Kind mit Down-Syndrom geboren wird, als schwerwiegender beurteilt als die Möglichkeit, dass ein gesunder Fetus durch das invasive Verfahren einen Abort erleidet (Schwennesen et al. 2008, S. 17). Andere Stimmen befürchten, dass es zunehmend schwierig wird für werdende Eltern, sich bewusst für ein Kind mit Down-Syndrom zu entscheiden, und dass in Zukunft keine Kinder mit Down-Syndrom mehr in Dänemark zur Welt kommen könnten (Wezel 2014).

Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen sind bis zur 12. Schwangerschaftswoche erlaubt. Dänemark gehörte zu den Vorreitern bei der Liberalisierung des Abtreibungsrechts in Westeuropa und eröffnete bereits 1973 die Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen (Levels et al. 2014, S. 98). Bei fetalen Fehlbildungen kann eine Schwangere in Dänemark bis zur 22. Schwangerschaftswoche die Schwangerschaft abbrechen, lediglich bei letalen Fehlbildungen auch darüber hinaus (Christiansen 2010).

Dänemark zeigt sich zusammenfassend als ein Land mit einer intensiv genutzten, staatlich finanzierten und gesellschaftlich breit akzeptierten Praxis der Pränataldiagnostik, in der ein Großteil der Feten mit Down-Syndrom pränatal erkannt und nicht ausgetragen wird.

---

#### 3.2.3 Niederlande

Die Niederlande verfügen über ein Sozialversicherungssystem, das über Beiträge der Versicherten, Arbeitgeberleistungen und Steuern finanziert wird und in dem die Krankenversicherungen und die Gesundheitsdienstleister einen





großen Einfluss auf die Ausgestaltung des Leistungsspektrums haben (Crombag et al. 2014, S. 442; Schölkopf 2010, S. 68 f.). In den Niederlanden gelten Schwangerschaft und Geburt als normale physiologische Zustände, die nicht übermäßig medikalisiert werden sollten. Zudem spielen Hebammen und Hausärzt/-innen in der Versorgung von Schwangeren eine wichtige Rolle, und sie sind für viele Schwangere die zentralen Ansprechpartner (Crombag 2016). So findet ein Viertel der Geburten als Hausgeburten statt und ein weiteres Viertel ambulant in hebammengeleiteten Kreissälen (Vassy et al. 2014, S. 70). In Deutschland werden zum Vergleich nur 2 % der Kinder nicht im Krankenhaus zur Welt gebracht (QUAG 2018).

In den Niederlanden gibt es einen Anspruch auf eine Reihe von pränataldiagnostischen Untersuchungen, etwa auf das Ersttrimesterscreening für schwangere Frauen ab 36 Jahren (de Walle 2010). Das Ersttrimesterscreening (das in den Niederlanden zumeist als Down-Syndrom-Screening bezeichnet wird) ist seit 2004 für Schwangere ab 36 Jahren kostenfrei; Schwangere unter 36 Jahren können das Ersttrimesterscreening durchführen lassen, wenn sie es selbst bezahlen (es kostet etwa 170 Euro; van Schendel et al. 2017a). Dieses Angebot nutzt jedoch mit weniger als 30 % nur ein vergleichsweise geringer Teil der Schwangeren. Damit weisen die Niederlande im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, die das Ersttrimesterscreening routinemäßig anbieten (etwa Dänemark mit 90 % Nutzungsrate), und Ländern, die das Ersttrimesterscreening nach genauer Beratung anbieten (wie England, wo 74 % der Schwangeren das Ersttrimesterscreening durchführen lassen), deutlich geringere Screeningraten auf (Crombag 2016, S. 146 ff.). Dies mag verschiedene Gründe haben, etwa, dass das Down-Syndrom-Screening in den Niederlanden nur für Schwangere ab 36 Jahren und für andere Schwangere mit erhöhtem Risiko kostenfrei ist oder dass das Recht auf Nichtwissen in der Beratung zum Pränatalscreening deutlich vermittelt wird (Crombag et al. 2014, S. 441). »Wenn für das Ersttrimesterscreening ein Eigenanteil zu bezahlen ist, während zugleich alle anderen schwangerschaftsbezogenen Gesundheitsleistungen kostenfrei sind, zeigt dies, dass das Screening nicht ›einfach‹ Routine ist, und so wurde das Ersttrimesterscreening in den Niederlanden nicht Teil der normalen Schwangerschaftsvorsorge wie etwa in Dänemark« (eigene Übersetzung von: Crombag et al. 2014, S. 446).<sup>60</sup>

Bei den Schwangeren, die das Ersttrimesterscreening nicht durchführen lassen, fanden sich in qualitativen Befragungen zwei grundlegende Argumentationsmuster. Während die eine Gruppe die mangelnde Testgenauigkeit des Ersttrimesterscreenings und die möglicherweise anschließende invasive Diag-

---

60 Im Original: »Charging a fee for DSS [Down's syndrome screening] where all other pregnancy related healthcare is covered conveys a message that to have screening is not ›just‹ routine, and thus DSS in the Netherlands has not become normalised in antenatal care as it has, for example, in Denmark.«



nostik ablehnte, sah die andere Gruppe in einer fetalen Trisomie 21 keinen hinreichenden Grund zum Schwangerschaftsabbruch (Crombag 2016, S. 99 f.).

Andere pränatale Untersuchungen, die nicht gezielt nach chromosomalen Anomalien suchen und die zeitlich nicht mehr auf die Möglichkeit eines selektiven Schwangerschaftsabbruches ausgerichtet sind, wie etwa das Zweittrimesterscreening, weisen deutlich höhere Teilnahmequoten von etwa 80 % auf. Diese Unterschiede erklärt Crombag (2016, S. 153) in ihrer Untersuchung zum Down-Syndrom-Screening folgendermaßen: »Eine allgemein positive Haltung zum Down-Syndrom und eine negative Haltung zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie ein Screeningprogramm, das für junge Frauen vermeintlich nicht vonnöten ist, erklären höchstwahrscheinlich die niedrigen niederländischen Teilnehmeraten [beim Ersttrimesterscreening = Down-Syndrom-Screening]« (eigene Übersetzung von: Crombag 2016, S. 153).<sup>61</sup>

Die von Crombag konstatierte positive Haltung gegenüber Menschen mit Down-Syndrom findet sich gleichwohl nicht in den Erhebungen zu Schwangerschaftsabbrüchen nach der Diagnose eines fetalen Down-Syndroms wieder. Zwischen 2000 und 2013 lag der prozentuale Anteil der Schwangerschaften, die nach der pränatalen Diagnose eines fetalen Down-Syndroms abgebrochen wurden, weitgehend stabil zwischen 79 % und 94 %. Dass der Anteil der mit Down-Syndrom geborenen Kinder dennoch konstant bleibt, mag daran liegen, dass viele Schwangere das Ersttrimesterscreening zur Erkennung des Down-Syndroms nicht in Anspruch nehmen (de Groot-van der Mooren et al. 2018, S. 160 ff.).

Im Vergleich zeigen die Niederländerinnen eine besonders niedrige Nutzungsquote des Ersttrimesterscreenings, eine besonders hohe Ablehnung von verfahrensbezogenen Abortrisiken bei Pränataldiagnostik und eine insgesamt deutlich höhere Ablehnung pränataldiagnostischer Verfahren im Allgemeinen als andere Europäerinnen (Hill et al. 2016, S. 971 ff.). Gleichzeitig zeigten niederländische Schwangere in Befragungen eine hohe Bereitschaft, nichtinvasive Pränataltests zu nutzen (von 82 % bei Verweij et al. 2013).

Nichtinvasive Pränataltests sind in den Niederlanden derzeit für alle Schwangeren verfügbar. Dies ist der zweite Schritt einer zweiteiligen Studie zur Nutzung von NIPT in den Niederlanden, die 2014 mit einer ersten Erprobungsstudie begann (Trident-1) und deren zweite Phase 2017 folgte (Trident-2). Im Rahmen von Trident-1 wurde ab April 2014 NIPT allen Schwangeren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine fetale Trisomie 21, 18 oder 13 angeboten. Das individuelle Risiko wurde im Ersttrimesterscreening ermittelt und als Risikoschwangere galt dabei, wer eine Wahrscheinlichkeit von 1 : 200 oder größer für das Vorliegen einer der drei genannten fetalen Trisomien aufwies oder bei wem bereits

---

61 Im Original: »A generally positive attitude towards Down syndrome and a negative attitude towards termination of pregnancy, and a screening program that conveys the message that screening is not necessary for young women, most probably accounts for the low Dutch uptake rates.«



in einer vorherigen Schwangerschaft eine der drei fetalen Trisomien diagnostiziert worden war (Tamminga et al. 2017, S. 412). In den ersten 5 Monaten, in denen NIPT für Risikoschwangere in den Niederlanden verfügbar waren, ließ die Mehrheit der Risikoschwangeren (85,7%) einen NIPT durchführen. NIPT erkannte 97,4% der vorliegenden fetalen Trisomien 21, 18 und 13. In lediglich 0,4% der Fälle gaben die Tests fälschlicherweise an, dass eine Trisomie vorliege. Insgesamt stellte die Begleitforschung eine Reduktion in der Durchführung invasiver Methoden von 62% fest (Oepkes et al. 2016, S. 1083).

Parallel zu Trident-1 für Risikoschwangere startete im April 2017 Trident-2, das bis einschließlich März 2020 läuft und in dessen Rahmen allen schwangeren Frauen, unabhängig vom individuellen Risiko, für 175 Euro Eigenbeteiligung die Nutzung eines NIPT angeboten wird, die restlichen Kosten von 285 Euro pro Test übernimmt der niederländische Staat. Dieser bezuschusst die acht Krankenhäuser, die die Tests durchführen, mit insgesamt 26 Mio. Euro (Katholische Nachrichtenagentur 2017; Tamminga et al. 2017). Die Durchführung eines Ersttrimesterscreenings ist mit einem etwa gleich hohen Beitrag für die Schwangere verbunden (168 Euro). Durch die allgemeine Verfügbarkeit wird von einer zukünftigen Nutzung von etwa 50% der Schwangeren ausgegangen. Allerdings ist ein Antrag auf eine Verlängerung der Finanzierung von NIPT für Nichttrisikoschwangere über März 2020 hinaus jüngst im niederländischen Parlament gescheitert, sodass es voraussichtlich ab April 2020 keine staatliche Finanzierung der NIPT unabhängig vom individuellen Risiko mehr geben wird (Achtelik 2017; van Ast 2017).

Die Einführung von NIPT in den Niederlanden war von einer breiten gesellschaftlichen Debatte begleitet, die unter anderem um Befürchtungen kreiste, dass ein sozialer Druck zur Nutzung der NIPT in einer Art kollektiven Eugenik münden könnte (van Schendel et al. 2017a). Vergleichbare Diskussionen gab es bereits in der Vergangenheit bei der Einführung neuer pränataldiagnostischer Verfahren. So führte etwa 1987 eine TV-Dokumentarreihe zu Analysemöglichkeiten des humanen Genoms zu einer intensiven gesellschaftlichen Debatte. Die Dokumentation trug den Titel »Besser als Gott« und stellte die Frage, ob Menschen mit Behinderungen auch in der Zukunft willkommen sein würden. Die diese Dokumentarreihe intensiv begleitende mediale Berichterstattung stellte Parallelen zu den sogenannten Euthanasie- und Eugenikvorhaben im Nationalsozialismus her. Neben der Angst vor einer »Eugenik von unten« sind weitere zentrale Befürchtungen, die die öffentliche Debatte zu Pränataldiagnostik in den Niederlanden bis heute wesentlich beeinflussen, eine mögliche »Medikalisierung« der Schwangerschaft und ein wachsender sozialer Druck auf Schwangere, Kinder mit Behinderungen zu »vermeiden« (van El et al. 2012).

Bei einer diagnostizierten nicht letalen fetalen Fehlbildung ist es Schwangeren in den Niederlanden gesetzlich erlaubt, die Schwangerschaft bis zur 24. Schwangerschaftswoche abubrechen, nach diesem Zeitpunkt besteht



lediglich die Möglichkeit, bei schweren Fehlbildungen des Fetus einen bereits erfolgten Abbruch rückwirkend durch ein zentrales Expertenkomitee von der Strafverfolgung auszunehmen (de Walle 2010). Diese Möglichkeit wird jedoch wenig genutzt (Gevers 2013, S. 448).

Schwangerschaften ohne fetale Befunde können bis zur 22. Schwangerschaftswoche abgebrochen werden, wenn ein Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin geführt und eine anschließende fünftägige Bedenkzeit eingehalten wurde (Der Standard 2016; Levels et al. 2014, S. 99). Damit haben die Niederlande europaweit eine der liberalsten Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch und zugleich eine der niedrigsten Quoten von Schwangerschaftsabbrüchen – wohl aufgrund umfassender Aufklärung und einfachen Zugangs zu Verhütungsmitteln (BpB 2016).

Die Niederlande bilden zusammenfassend eine Art Gegenpol zu Dänemark, da pränataldiagnostische Angebote mit selektiver Zielrichtung (Ersttrimesterscreening) überdurchschnittlich selten genutzt werden und ein vergleichsweise großer Teil von bis zu einem Drittel der Schwangeren gänzlich auf Pränataldiagnostik verzichtet (Hill et al. 2016). Dies mag auch im Zusammenhang stehen mit der besonderen Struktur der niederländischen Schwangerenversorgung, die in erster Linie durch Hausärzt/-innen und Hebammen erfolgt. Inwiefern sich die geringe Nutzung durch die Verfügbarkeit des NIPT ändern wird, bleibt abzuwarten. NIPT haben ebenso wie vorhergehende Neuerungen in der Pränataldiagnostik breite gesellschaftliche Debatten inspiriert, in denen die Angst vor einer »Eugenik von unten« eine wesentliche Rolle spielt.

---

#### 3.2.4 Schweiz

Das Schweizer Gesundheitssystem gilt als hochentwickeltes, leistungsfähiges und kostenintensives System. So steht es an dritter Stelle der weltweit pro Einwohner teuersten Gesundheitswesen (nach den USA und Norwegen) und weist europaweit die höchste Selbstbeteiligung der Bürger/-innen für ihre gesundheitliche Versorgung auf (Flintrop 2003). Alle Einwohner/-innen der Schweiz sind Mitglieder in der obligatorischen Krankenversicherung, zahlen hierfür einen monatlichen Grundbetrag sowie einen Eigenanteil an den in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen (Gerlinger und Reiter 2012).

Im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung ist eine Reihe von pränataldiagnostischen Untersuchungen für Schwangere kostenfrei verfügbar, beispielsweise auch das Ersttrimesterscreening (Addor 2010). Seit dem 15. Juli 2015 können Schwangere, deren Ergebnis des Ersttrimesterscreenings auf eine mittlere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer fetalen Trisomie hinweist (Voraussetzung ist ein Risikowert von 1:1.000 oder größer), kostenfrei einen



nichtinvasiven Pränataltest durchführen lassen (Brauer et al. 2016; Bundesamt für Gesundheit der Schweiz 2015). Damit war die Schweiz das erste europäische Land, das NIPT Risikoschwangeren im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung kostenfrei anbot (Vinante et al. 2018, S. 2).

Aus der Schweiz liegen daher bereits erste Ergebnisse dazu vor, wie sich die Nutzung von NIPT verändert, sobald NIPT kostenfrei verfügbar sind. Vinante et al. (2018) verglichen die Nutzung von NIPT am Baseler Universitätsspital vor und nach der Kostenübernahme im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung. Dabei zeigt sich nach der Kostenübernahme (1) eine deutliche Zunahme in der Nutzung von NIPT (von 9 % auf 23 % aller Schwangeren), (2) eine Verringerung des Anteils der Schwangeren, die nach dem ETS keine weiteren pränataldiagnostischen Verfahren nutzen (von 14 % auf 5 % der Hochrisikoschwangeren) und (3) eine leichte Abnahme bei der Nutzung invasiver Verfahren (von 57 % auf 48 % der Hochrisikoschwangeren). Die Zunahme in der NIPT-Nutzung fällt besonders bei den Hochrisikoschwangeren (von 25 % auf 52 %) und bei den Schwangeren mit »mittlerem Risiko« (von 21 % auf 72 %) sehr deutlich aus (Vinante et al. 2018, S. 3).

Bemerkenswerterweise scheint mit der Aufnahme der NIPT in die obligatorische Krankenversicherung auch eine Verschiebung der Risikogruppen stattgefunden zu haben. So gab es vor dem Jahr 2015 drei Risikogruppen, deren im Ersttrimesterscreening ermittelte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer fetalen Aneuploidie bei größer als 1:50 (Hochrisikogruppe), bei 1:50 bis 1:300 (mittleres Risiko) oder bei unter 1:300 (Niedrigrisikogruppe) lag (Manegold-Brauer et al. 2014). Mit der Übernahme des NIPT in die obligatorische Krankenversicherung haben sich die Einteilungen deutlich verschoben. Ein hohes Risiko für eine Aneuploidie weist nun auf, wer im Ersttrimesterscreening ein Ergebnis von größer als 1:100 erzielt (7 % der Schwangeren), ein mittleres Risiko liegt fortan bei einem Ergebnis zwischen 1:100 und 1:1.000 (18 % der Schwangeren) und ein geringes Risiko beginnt bei einem Ergebnis von unter 1:1.000 (75 % der Schwangeren; Vinante et al. 2018, S. 2). Für Schwangere mit hohem und mittlerem Risiko ist die Durchführung eines NIPT kostenfrei.

Die Studienautor/-innen ziehen auf Basis der Nutzungszahlen ein positives Fazit zur Einführung der nichtinvasiven Pränataltests: »Die Einführung von NIPT in die Schweizer Gesundheitsversorgung gibt allen Frauen die gleiche Möglichkeit, sich anhand individueller Risiken anstelle von ökonomischen Faktoren für Pränataltests zu entscheiden und begrenzt NIPT zugleich auf ein Fünftel der Schwangeren« (eigene Übersetzung von: Vinante et al. 2018, S. 4).<sup>62</sup>

---

62 Im Original: »The implementation of NIPT in the Swiss national healthcare system provides women with an equal opportunity to choose prenatal testing based on risk rather than on economic factors, while at the same time limiting NIPT to approximately one-fifth of the population.«

Es finden sich insgesamt nur wenige Belege für eine breite gesellschaftliche Debatte zur Einführung von NIPT in der Schweiz. Brauer et al. (2016, S. 136 f.) beschreiben zwar, dass Behindertenorganisationen und gentechnologiekritische Verbände monierten, dass der Test Sicherheit vorgaukle und zu einer Selektion behinderter Kinder führen werde. Sie befürchteten zudem, dass die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen infolge der Einführung des NIPT sinken werde. Diese Kritik scheint aber wenig öffentlichen Widerhall gefunden zu haben und wird von anderen öffentlichen Akteuren wie den medizinischen Fachgesellschaften oder dem Hebammenverband nicht geteilt; erstere begrüßten die Einführung des NIPT, der Hebammenverband steht pränatalen genetischen Untersuchungen grundsätzlich neutral gegenüber (Brauer et al. 2016, S. 136 f.).

In der Schweiz hat die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche nach der 17. Woche durch die Einführung der NIPT nicht zugenommen; die Anzahl der mit Down-Syndrom geborenen Kinder hat sich zwischen 2012 von 1,1 pro 1.000 Geburten und 2016 auf 0,8 pro 1.000 Geburten verringert (Niederer 2017).

Das zentrale Gesetz zu genetischen Untersuchungen, das auch pränatale Untersuchungen umfasst – das Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GMUG) –, wird derzeit überarbeitet. Diese Überarbeitungen des 2007 erstmals in Kraft getretenen Gesetzes sollen den Fortschritten im Bereich der genetischen Analysen und der international angebotenen, kommerziellen Gentests gerecht werden. Der Novellierungsentwurf sieht mit Blick auf pränatale Untersuchungen unter anderem vor, dass das Geschlecht des Fetus zukünftig erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche mitgeteilt werden darf. Mit dieser veränderten Frist sollen geschlechtsbezogene Abtreibungen verhindert werden. Denn in der Schweiz ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche p. m. möglich (Bundesamt für Justiz der Schweiz 2002; Levels et al. 2014). Dafür muss die Frau eine Notlage geltend machen, diese muss nicht objektiv bestätigt werden. Nötig ist zudem ein persönliches Beratungsgespräch (NEK 2016). Nach der 12. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch nach ärztlicher Indikation möglich, um die »Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage« der Schwangeren abzuwenden (Strafgesetzbuch der Schweiz, § 119 Abs. 1). Bei fetalen Fehlbildungen sind Schwangerschaftsabbrüche gemäß dem Gesetz ohne zeitliche Begrenzung möglich, jedoch nach der 24. Schwangerschaftswoche unüblich (Addor 2010).

Zusammenfassend ist die Schweiz bei der Einführung von NIPT europaweit ein Vorreiter, indem sie die NIPT als erstes Land in die kostenfreie Gesundheitsversorgung aufgenommen und dabei die niedrigsten Zugangsschwellen gesetzt hat. Bereits ab einem mittleren Risiko von größer als 1 : 1.000 für eine fetale Trisomie steht es Schwangeren offen, kostenfrei einen NIPT zu nutzen.



Im Vergleich der vier Staaten zeigt sich eine große Vielfalt bei den Regelungen zum Zugang zu pränataldiagnostischen Angeboten und in der Gestaltung der Schwangerschaftsabbruchgesetzgebung (Tab. 3.2). So wird deutlich, dass die Schweiz und Dänemark einen niedrigschwelligen Zugang zu pränataldiagnostischen Untersuchungen fördern und sehr hohe pränatale Erkennungsraten von fetalen Anomalien aufweisen. In den Niederlanden werden vergleichsweise wenig pränataldiagnostische Untersuchungen durchgeführt und daher kommt es seltener zu Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund von fetalen Anomalien. Dies steht wahrscheinlich in Zusammenhang mit einer grundsätzlich geringen Medikalisierung der Schwangerschaft und einer breiten gesellschaftlichen Debatte zu Chancen und Grenzen von Pränataldiagnostik. Das Vereinigte Königreich vollzieht die Einführung von NIPT in sein nationales Gesundheitswesen 2019 und hat im Vorfeld eine breite wissenschaftliche Untersuchung wie auch einen umfassenden gesellschaftlichen Diskurs zu den Potenzialen von NIPT initiiert. In der Mehrzahl der betrachteten Länder existiert ein mehrstufiges Screeningprogramm zur Erkennung von (chromo-somalen) Anomalien, das mit dem Ersttrimesterscreening beginnt und anhand dessen Schwangere mit erhöhtem Risiko identifiziert. Im Gesamtvergleich zeigt sich, dass die angebotenen pränataldiagnostischen Untersuchungen sehr unterschiedlich genutzt werden, aus ihnen in unterschiedlichem Maße selektive Schwangerschaftsabbrüche resultieren und sie von sehr unterschiedlich intensiv geführten gesellschaftlichen Debatten begleitet werden.





---

## 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen

Das folgende Kapitel behandelt die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und ethischen Herausforderungen der Pränataldiagnostik im Allgemeinen und der nichtinvasiven Pränataltests im Speziellen. Dabei liegt der Fokus im ersten Teil (Kap. 4.1) auf dem Informationsstand und dem Interesse von schwangeren Frauen hinsichtlich Pränataldiagnostik. Die Leitfragen hierfür sind: Welche Beratungsangebote gibt es? Welche Inhalte stehen im Zentrum dieser Beratungen? Wie bewerten die Frauen die Beratungsangebote, welche Themen sind ihnen wichtig, was kommt gegebenenfalls zu kurz?

Im zweiten Teil (Kap. 4.2) geht es um verschiedene Akteursgruppen, die für den Bereich der Pränataldiagnostik zentral sind – entweder, weil sie potenzielle Nutzerinnen oder Anbietende pränataldiagnostischer Untersuchungen sind (Frauen; Ärztinnen und Ärzte), oder, weil sie unmittelbare berufliche oder persönliche Interessen mit der Pränataldiagnostik verbinden (psychosoziale Beratungsstellen; Hebammen; Herstellerunternehmen; Gemeinsamer Bundesausschuss). Abschließend wird ein Blick auf die gesellschaftlichen Positionen zu Behinderung und Pränataldiagnostik geworfen.

Im dritten Teil (Kap. 4.3) stehen zwei gesellschaftliche Teilgruppen im Zentrum, die von Pränataldiagnostik besonders betroffen sind: einerseits Menschen mit Down-Syndrom, deren Behinderung die Entstehung und Entwicklung der Pränataldiagnostik wesentlich geprägt hat, und andererseits Frauen und Mädchen als Betroffene einer Praxis des geschlechtsbezogenen Schwangerschaftsabbruchs.

Der vierte Teil (Kap. 4.4) widmet sich den schwerwiegenden ethischen Fragen, die mit Pränataldiagnostik verknüpft sind. Dabei sollen und können die ethischen Fragen nicht beantwortet, sondern in erster Linie aufgezeigt und benannt werden. Ein breites Panorama von Sichtweisen verdeutlicht, dass die fundamentalen ethischen Fragen zur Pränataldiagnostik keine richtigen und falschen Antworten kennen, sondern gesellschaftlich und politisch verhandelt werden müssen.

---

### 4.1 Informationsstand von Schwangeren zu Pränataldiagnostik, Beratungsangebote und -inhalte

Die Information, Aufklärung und Beratung der schwangeren Frau zu Pränataldiagnostik, möglichen pränataldiagnostisch erkennbaren Krankheiten und ihrem Recht auf Nichtwissen und selbstbestimmte Entscheidungen stehen im

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Zentrum der Schwangerenbegleitung sowohl durch Ärzte und Ärztinnen als auch durch psychosozial Beratende.

---

#### 4.1.1 Informationsstand von (schwangeren) Frauen zu PND

Die Mehrzahl der schwangeren Frauen hat sich mit Pränataldiagnostik vor der frauenärztlichen Beratung zu diesem Thema nicht beschäftigt. »Das Thema PND, und damit der Umgang mit einer Behinderung oder Krankheit des Ungeborenen, passt gerade in der frühen Schwangerschaft nicht zur Stimmung der Vorfriede auf das Kind«, konstatiert Schumann (2012, S. 19), selbst als niedergelassene Frauenärztin tätig. Schwangere Frauen interessieren sich in erster Linie für positiv besetzte Themen wie die Entwicklung des Kindes im Mutterleib, den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt selbst (Renner 2006, S. 26). Informationen zu bedrohlichen Aspekten wie Früh- und Fehlgeburten, plötzlichem Kindstod und Vererbung von genetischen Krankheiten landeten in einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Interessenrangfolge auf den letzten Plätzen. Vorgeburtliche Diagnostik war zwar auch kein bevorzugtes Thema der Schwangeren, wurde aber immerhin von über der Hälfte der Befragten als relevant eingeschätzt (Renner 2006).

Wie informieren sich schwangere Frauen zum Thema Pränataldiagnostik? Als wichtigste Informationsquelle nannten Schwangere den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin (75 %), danach folgten Infobroschüren (69 %) und Hebammen (68 %). Als hilfreichste Informationsquellen wurden Hebammen, Internet und Bücher bewertet (Renner 2006, S. 25). Das Internet nutzten zum Erhebungszeitpunkt 2004 40 % der befragten Frauen zur Informationssuche.

Der Arzt oder die Ärztin sind in der Meinungsbildung schwangerer Frauen zu Pränataldiagnostik von zentraler Bedeutung. Schwangere Frauen schreiben ihrem behandelnden Arzt (52 %) neben ihrem Partner (56 %) den größten Einfluss auf ihre Entscheidung für oder gegen die Nutzung von Pränataldiagnostik zu (Renner 2006, S. 45). Sie haben sehr großes (60 %) oder eher großes (40 %) Vertrauen in die Richtigkeit der ärztlichen Diagnosen (Renner 2006, S. 49). In einer Befragung des Sozialdienstes katholischer Frauen nannten sogar 90 % der befragten Schwangeren den Arzt oder die Ärztin als wesentliche beeinflussende Person für ihre Entscheidung zu PND-Untersuchungen. Damit war er/sie für sie von größerer Wichtigkeit als der/die Partner/in (59 %; SkF 2015, S. 49). Der Arzt oder die Ärztin war zugleich die Person, von der aus Sicht der Schwangeren am ehesten Druck ausgeübt wurde, PND in Anspruch zu nehmen. Allerdings betraf dies nur jede zehnte Schwangere (SkF 2015, S. 51).

Ob die Schwangeren mit den ihnen dargebotenen Informationen kompetent umgehen können, erscheint unklar. So konstatieren viele Autoren ein begrenztes Fachwissen der Frauen zu Pränataldiagnostik und Schwierigkeiten bei der Interpretation der medizinischen Begrifflichkeiten und Risikoangaben (Brauer et al.



2016; Feldhaus-Plumin 2012; Schwennesen et al. 2008; Tschudin et al. 2009). Die von Schumann (2012) befragten deutschen Gynäkologen und Gynäkologinnen bewerteten die Fähigkeit ihrer schwangeren Patientinnen und deren Partner, mit pränataldiagnostischen Informationen umzugehen, auf einer Schulnotenskala mit 3 bis 4. In der Befragung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gaben drei Viertel der befragten Schwangeren an, den Begriff »Pränataldiagnostik« zu kennen. Allerdings definierten fast 40 % dieser Frauen den Begriff falsch und verwechselten ihn häufig mit der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge. Somit zeigt sich in der Zusammenschau, »dass etwa die Hälfte der befragten Frauen, die zwischen der 20. und 40. Woche schwanger sind, den Begriff »Pränataldiagnostik« entweder überhaupt nicht kennen oder etwas Falsches darunter verstehen« (Renner 2006, S. 38). In einer jüngeren, unveröffentlichten Befragung von Schwangeren in Bremen, die Janna Wolff durchgeführt und in Wolff und Graumann (2016, S. 39) zusammengefasst hat, wurden diese Ergebnisse bestätigt. Hier lag der Anteil derjenigen Frauen, denen der Begriff der Pränataldiagnostik bekannt war, bei 62 %. Allerdings zählten die Befragten bei der Kontrollfrage auch Maßnahmen der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge wie Blutdruck messen (82 %) und Wiegen (78 %) am zweit- bzw. Dritthäufigsten – nach der Ultraschalluntersuchung (85 %) – zu den pränataldiagnostischen Verfahren. Es ist folglich anzunehmen, dass auch hier Vorsorge und Pränataldiagnostik für viele Schwangere keine getrennten Konzepte darstellten. Gleichwohl fühlten sich in der Befragung von Wolff zwei Drittel der Schwangeren ausreichend über Pränataldiagnostik informiert. In der Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) fühlten sich sogar 82 % der Schwangeren ausreichend über Pränataldiagnostik informiert (Renner 2006, S. 10).

Ungeachtet der Begriffsunklarheit beim Thema Pränataldiagnostik nimmt die große Mehrheit der Schwangeren pränataldiagnostische Untersuchungen (v.a. Fehlbildungultraschall und Ersttrimesterscreening) in Anspruch – 85 % in der BzgA-Befragung und 79 % in der Studie von Wolff (Renner 2006, S. 32; Wolff und Graumann 2016, S. 39). In der Bertelsmann-Befragung gaben 84 % der Frauen an, mehr als die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen drei Ultraschalluntersuchungen genutzt zu haben (Schäfers und Kolip 2015, S. 6).

(Schwangere) Frauen haben zusammenfassend oftmals kein genaues Verständnis von Pränataldiagnostik, nutzen diese nichtsdestotrotz mehrheitlich. Die für sie zentrale Informationsquelle sind der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin. Für die Ärzte und Ärztinnen stellt sich folglich die Aufgabe, Patientinnen mit geringem Vorwissen im Rahmen ihrer haftungsrechtlichen Handlungszwänge über Pränataldiagnostik aufzuklären und nicht direktiv zu beraten. Für viele von ihnen bedeutet dies eine beträchtliche Herausforderung (Kap. 4.2.2).

---

#### 4.1.2 Inhalte der Beratung

Die Beratung zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik regelt in erster Linie das Gendiagnostikgesetz (GenDG) (Kap. 3.1.1). Es sieht vor, dass die Schwangere vor der Durchführung einer pränataldiagnostischen Maßnahme genetisch zu beraten ist und zwar auf eine allgemeinverständliche und ergebnisoffene Art und Weise. Im Zentrum der medizinisch-genetischen Beratung stehen die »möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit einer Vornahme oder Nichtvornahme der genetischen Untersuchung und ihren vorliegenden oder möglichen Untersuchungsergebnissen« (§ 10 Abs. 3 GenDG). Des Weiteren sollen Möglichkeiten zur psychischen und physischen Unterstützung thematisiert werden, wenn die Beratene durch die Untersuchung und/oder ihr Ergebnis belastet ist. Die Schwangere soll in diesem Rahmen auch auf ihren psychosozialen Beratungsanspruch nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hingewiesen werden (§ 15 Abs. 3 GenDG). Die psychosoziale Beratung (s.u.) selbst ist freiwillig und keine Voraussetzung für die Durchführung der Pränataldiagnostik.

Bei der genetischen Beratung vor Pränataldiagnostik, die unter Arztvorbehalt steht (§ 11 GenDG), stehen fünf inhaltliche Aspekte im Vordergrund. Dies sind (1) die derzeitigen Untersuchungsmöglichkeiten, (2) die Risiken der Untersuchung(en), (3) die Aussagekraft und mögliche Aussageeinschränkungen eines auffälligen Befundes, (4) die möglichen Konsequenzen der pränatalen Befunde und (5) die Alternativen bei einer Entscheidung gegen die Untersuchung (Stumm und Entezami 2013). Jede genetische Beratung folgt dabei den Prinzipien der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme, dem individuellen Recht auf Entscheidung, der Nichtdirektivität und Ergebnisoffenheit der Beratung sowie dem Recht auf Nichtwissen (Nippert und Neitzel 2007; Schindelhauer-Deutscher und Henn 2014).

In ihrem Positionspapier zu »Pränataldiagnostik – Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch« beschreibt die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG 2004, S. 11) das ärztliche Gespräch als die Grundlage für die medizinische Begleitung der Schwangerschaft. Im Gespräch sollen der Arzt oder die Ärztin sachliche Informationen darstellen, sicherstellen, dass die Patientin die Informationen verstanden hat (Aufklärung), und schließlich gemeinsam mit der Schwangeren die dargestellten Informationen auf die Situation der Schwangeren, ihre Wünsche und Werte beziehen (Beratung) (Woo-phen und Rummer 2009, S. 131).

Seit Januar 2010 sind mit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes Ärztinnen und Ärzte, die eine fetale Abweichung diagnostizieren, verpflichtet, die Schwangere auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen (§ 2a SchKG). Die Ärzte und Ärztinnen sind aufgefordert, die Diagnose verständlich darzustellen und neben der Diagnose, Prognose und möglichen



Handlungsoptionen auch auf die psychische und emotionale Reaktion der Schwangeren einzugehen. Die Indikationsstellung für einen Abbruch der Schwangerschaft darf frühestens 3 Tage nach der Diagnose erfolgen, und die Schwangere muss schriftlich bestätigen, dass sie auf die Möglichkeit der psychosozialen Beratung hingewiesen wurde. Auch ohne Verdacht auf eine fetale Fehlbildung und ohne bestehende Schwangerschaft hat grundsätzlich »jeder Mann und jede Frau« das Recht, eine Beratung zu Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft bei einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen (§ 2 SchKG).

Der beratende Arzt oder die beratende Ärztin ist folglich »Partner und Autorität zugleich« (Woopen und Rummer 2009, S. 132), er oder sie ist dem Wohl der Patientin verpflichtet und verfügt zugleich über das relevante Fachwissen und die Kompetenz, über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden.

Dies verhält sich bei einer psychosozialen Beraterin grundlegend anders. Diese kann keine Entscheidungen treffen, die für die Schwangere maßgeblich sind (etwa zum Vorliegen einer medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch), sondern nur versuchen, die Frau zu stärken und zu unterstützen: »Während sich das Vertrauen der Frau dem Arzt gegenüber darauf richtet, dass er das Richtige für sie tun wird, richtet es sich der Beraterin gegenüber darauf, dass sie ihr dabei hilft, das Richtige für sich selbst zu tun und zu entscheiden. Trägt die ärztliche Beratung den Charakter einer Behandlungsberatung, so ist die psychosoziale Beratung vor allem als Beratungsbehandlung zu verstehen« (Woopen und Rummer 2009, S. 132).

Während also in der ärztlichen Beratung der Fokus darauf liegt, durch die Weitergabe medizinischer Informationen aufzuklären und anhand dieser zu entscheiden, steht im Zentrum der psychosozialen Beratung die individuelle Frau (oder das Paar) mit ihren Bedürfnissen und Emotionen. Psychosoziale Beratungsstellen richten sich von ihrem Grundverständnis her an alle Menschen, die sich vor, während oder nach einer Schwangerschaft mit situationsbedingten Fragen und Konflikten beschäftigen (Schwangerschaftskonfliktgesetz § 2 Abs. 1; Wolff und Graumann 2016, S. 54). Folglich fallen auch Fragen zur Inanspruchnahme, zum Einsatz und zu möglichen Konsequenzen von pränataldiagnostischen Untersuchungen in den Aufgabenbereich der psychosozialen Beratung. Eine im Gutachten von Wolff und Graumann (2016, S. 55) zitierte psychosoziale Beraterin beschreibt ihr Aufgabenspektrum folgendermaßen: »Wir bieten Beratung vor, während und nach PND an ... Vorher geht es überhaupt um die Frage: Will ich überhaupt Untersuchungen und wenn ja, welche will ich und was tue ich, wenn das Ergebnis nicht so ausfällt, wie ich es mir wünsche? ... Währenddessen [während des Wartens auf das Untersuchungsergebnis] geht es darum, dass man versucht, mit der Frau das auszuhalten, was da an Phantasien kommt, was sich entwickelt. ... Und nach Befund, da geht es natürlich meistens

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

um eine Entscheidungssituation für oder gegen Abbruch, für oder gegen [das] Kind, mit all dem, was das dann bedeutet an Fragen für das eigene Leben: Was trauen wir uns zu, wie können wir das tragen, welche Phantasien haben wir? ... Alles das spielt da eine Rolle.«

Im Allgemeinen läuft die psychosoziale Beratung dabei in drei Schritten ab. Zunächst ermittelt die Beraterin die emotionale Situation der Frau oder des Paares und deckt den gegebenenfalls bestehenden Wissensbedarf mit verständlichen Informationen; dann klärt sie auf und verbindet somit die kognitive und die emotionale Ebene zu einer persönlichen Auseinandersetzung und Bewertung; und schließlich berät sie hinsichtlich möglicher Handlungsoptionen vor dem Hintergrund der vorhandenen Ressourcen (SkF 2015; Wassermann et al. 2010).

Insbesondere wenn die Diagnose einer fetalen Fehlbildung vorliegt, benötigen die werdenden Eltern eine nichtdirektive, empathische und ergebnisoffene Begleitung. »Die Themen rund um die Pränataldiagnostik betreffen die Grenzen der menschlichen Existenz. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, die ›unmögliche‹ Entscheidungen sind« (Wassermann et al. 2010, S. 181). Um eine gemeinsame Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft zu treffen, benötigen die werdenden Eltern Informationen und Verständnis für die Schwere der Entscheidung. »Fragen, die in die Zukunft weisen, was fühle ich, wenn ich in drei Jahren auf die Entscheidung zurückblicke, können zur Klärung und zum Treffen der Entscheidung hilfreich sein« (Lampe und Schüßler 2015, S. 323). Schließlich geht es häufig auch darum, die Grenzen der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten wahrzunehmen und zu benennen und den häufig mit pränataldiagnostischen Verfahren verbundenen Zeitdruck zu lindern (Wassermann et al. 2010).

---

### 4.1.3 Beurteilung der Beratung

Im Folgenden wird zunächst die Beurteilung der Beratung durch die schwangeren Frauen selbst dargestellt, gefolgt von der ärztlichen Beurteilung der Beratung. Da mit den gesetzlichen Änderungen zur genetischen Beratung Kritik an der Qualifikation der Ärzte laut geworden war, werden zunächst die Kritik und im Anschluss empirische Ergebnisse zur Beratungsqualifikation von Gynäkologinnen und Gynäkologen zusammengefasst. Abschließend wird ein Blick darauf geworfen, inwiefern die durch die Gesetzesänderung intendierte bessere Verzahnung ärztlicher und psychosozialer Beratung gelungen ist.

---

#### Beurteilung der ärztlichen Beratung durch die Frauen

Wie beurteilen Frauen die ärztliche Beratung zur Pränataldiagnostik? Die beiden bereits genannten Studien, die die Nutzung und Bewertung von Pränataldiag-



nostik durch Schwangere in Deutschland in den Fokus nehmen (Renner 2006; SkF 2015), zeigen eine positive Bewertung der ärztlichen Beratung. So gaben in der Befragung des Sozialdienstes katholischer Frauen große Mehrheiten an, im ärztlichen Gespräch sei ihnen genug Zeit eingeräumt worden (95 %), es sei ihnen mit Empathie begegnet worden (93 %) und das Gespräch habe ausreichend Informationen enthalten (90 %). Zwei Drittel der Frauen gaben an, dass das ärztliche Beratungsgespräch ihnen geholfen habe, sich für oder gegen PND zu entscheiden (SkF 2015, S. 39). In der Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gaben fast alle befragten Frauen an, sich bei ihren behandelnden Ärzten, Ärztinnen und Hebammen »gut aufgehoben« gefühlt zu haben (Renner 2006, S. 39). Themen, über die sich die Schwangeren mehrheitlich nicht ausreichend informiert fühlten, waren mögliche psychische und ethische Belastungen bei einer fetalen Abweichung, Alternativen zur Pränataldiagnostik und Kontaktmöglichkeiten zu einer psychosozialen Beratung (Renner 2006, S. 47 f.). Allerdings fanden diese Befragungen vor der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes statt, sodass sich insbesondere die Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen in der Zwischenzeit intensiviert haben kann.

Diese Einschränkung gilt ebenfalls für die Befragungsergebnisse von Frauen, die einen auffälligen fetalen Befund in der Pränataldiagnostik erhalten hatten. Dies betraf jede 20. von der BzGA befragte Frau. Diese Teilgruppe war im Rückblick weitgehend zufrieden mit der ärztlichen Beratung zur Art und zu möglichen Ursachen der festgestellten Entwicklungsstörung (70 %). Auch die vom Arzt oder von der Ärztin gegebenen Informationen zu Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft (58 %) sowie zu vor- und nachgeburtliche Therapie- und Fördermöglichkeiten (60 %) bewertete jeweils über die Hälfte der betroffenen Frauen positiv. Überwiegend negativ beurteilten sie allerdings die Beratung zu den Folgen für sie selbst und ihre Familie (52 %) und zur Vorbereitung auf ein Leben mit einem behinderten Kind (71 %). Auch die Vermittlung an weiterführende Hilfen bewerteten zwei Drittel (64 %) der befragten Schwangeren mit auffälligem Befund als (sehr) schlecht (Renner 2006, S. 51). Noch schlechter schnitt lediglich die Beratung über Kontaktmöglichkeiten zu anderen Betroffenen und Selbsthilfegruppen ab (76 % eher/sehr schlecht).

---

#### **Beurteilung der psychosozialen Beratung durch die Frauen**

In der Vermittlung genuin medizinischer Fakten schneidet folglich das ärztliche Beratungsgespräch bei den meisten befragten Frauen sehr gut ab. Hinsichtlich der mit der Pränataldiagnostik verknüpften ethischen, sozialen und psychischen Fragen zeigen sich die befragten Frauen hingegen weniger zufrieden. Kann eine psychosoziale Beratung diese Fragen auffangen und zur Zufriedenheit der Schwangeren beantworten?

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Eindeutig ja, so lautet die Antwort aller bisherigen Erhebungen zu diesem Thema. So zeigten sich in der Auswertung einiger Modellprojekte zur psychosozialen Beratung zur Pränataldiagnostik in Nordrhein-Westfalen über 90 % der beratenen Frauen sehr zufrieden und beurteilten die Beratung als sehr hilfreich. Insbesondere habe ihnen geholfen, dass die Beratungssituation einen neutralen Ort dargestellt habe, an dem sie ihre Gefühle reflektieren konnten und Verständnis durch die Beraterin erfuhren (Wassermann et al. 2010). Eine ähnlich große Zufriedenheit zeigte sich auch in der nicht repräsentativen Evaluationsstudie des Sozialdienstes der katholischen Frauen zu den eigenen sozialpsychologischen Beratungsleistungen. 96 % der Frauen fühlten sich verstanden, 94 % fanden es entlastend zu wissen, dass sie die Beratung auch weiterhin aufsuchen konnten, und 82 % fühlten sich in ihrer weiteren Schwangerschaft durch die umfassende Beratung sicherer (SkF 2015, S. 40 f.). In der Studie von Rohde und Woopen (2007, S. 81) gaben auch 2 Jahre nach dem ersten Beratungsgespräch noch fast drei Viertel der befragten Frauen an, dass die Beratung hilfreich bei der Bewältigung der schwierigen Lebenssituation gewesen sei. Fast alle Befragten (98 %) gaben zudem an, dass sie eine solche Beratung auch anderen Frauen empfehlen würden (Rohde und Woopen 2007, S. 110).

---

#### **Beurteilung der psychosozialen und der eigenen Beratung durch Ärzte und Ärztinnen**

Die befragten Frauen berichten folglich einhellig von einer großen Entlastung und Unterstützung durch die psychosoziale Beratung. Diese Einschätzung wird durch die behandelnden Ärzte und Ärztinnen gestützt. Eine sehr große Mehrheit von ihnen gab an, in ihrer eigenen Arbeit durch die psychosoziale Beratung entlastet worden zu sein (87 %). Nahezu alle erklärten zudem, dass ihre Patientinnen von der Beratung profitiert hätten (97 %; SkF 2015, S. 74).

Mit Blick auf ihre eigenen Beratungsleistungen zeigen sich befragte Ärzte und Ärztinnen selbstkritisch. So beschreiben sich viele beratend tätige Ärzte und Ärztinnen in Befragungen als klar direktiv. Beispielsweise gab nur ein Viertel der befragten US-amerikanischen Spezialist/-innen für fetomaternalen Medizin an, bei schweren fetalen Fehlbildungen wie Anenzephalie oder Trisomie 13 oder 18 nicht direktiv zu beraten (DiMiceli-Zsigmond et al. 2015, S. 459). Auch die von Crowe (2014, S. 227) in ihrer Dissertation zu Schwangerschaftsabbrüchen bei nichttödlichen fetalen Anomalien befragten beratenden Ärzte und Ärztinnen und Sozialarbeiter/-innen bezeichneten sich häufig selbst als »nicht nicht-direktiv«, ohne dabei zwangsläufig die Patienten zu einer bestimmten Entscheidung zu leiten. Statt Neutralität sehen sie Transparenz als wichtiges Leitprinzip ihrer Beratung. In der Befragung von Wolff und Graumann (2016, S. 52 f.) reflektiert eine Ärztin beispielhaft über ihr eigenes Beratungsverständnis und beschreibt sich als nicht gänzlich neutral: »Ich unterstütze ganz ... eindeu-





tig die Frauen, die sich dagegen [gegen weiterführende PND] entscheiden. ... Wenn jetzt jemand mit 38 sagt: ›Nee, wir haben uns das überlegt. Wir wollen das nicht.‹, sage ich: ›Finde ich gut.‹ ... Mehr sage ich auch nicht, aber ... ich höre es auch öfter mal von Schwangeren, die vorher woanders waren, dass sie so ein schlechtes Gewissen eingeredet kriegen und das finde ich fürchterlich ..., weil ... daraus eben doch so ein bisschen ... die Einstellung spricht: Die [Kinder mit Behinderung] sollen gar nicht auf die Welt kommen. ... Von daher bin ich da natürlich in dem Sinne auch jetzt nicht total objektiv. Klar.«

Ärzte und Ärztinnen beobachten auch bei ihren Kollegen und Kolleginnen, dass diese direktiv beraten. In der Studie von Woopen et al. (2013, S.21) gab etwa die Hälfte der bei einem auffälligen pränatalen Befund hinzugezogenen Ärztinnen und Ärzte an, dass sie häufig oder manchmal den Eindruck hatten, die Schwangere habe sich bereits für einen Abbruch entschieden, bevor sie sie beraten hatten. Als häufigsten Grund für die bereits getroffene Entscheidung der Schwangeren zum Abbruch nannten sie, dass die Schwangere im Erstgespräch mit dem/der Pränataldiagnostiker/-in beeinflusst worden war. Diesen Eindruck teilen auch einige der psychosozialen Berater/-innen.

Neben dieser Selbstkritik in Bezug auf die geforderte Nichtdirektivität gab und gibt es erhebliche Kritik an der Qualifikation von Frauenärztinnen und Ärzten für die genetische Beratung zu Pränataldiagnostik. Die deutsche Gesellschaft für Humangenetik kritisierte beispielsweise stark, dass der nach Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes entstandene gestiegene Bedarf nach genetischer Beratung durch wenig umfangreiche und qualitativ mangelhafte Fortbildungen für andere Facharztgruppen aufgefangen werden sollte: »Es gilt zu verhindern, dass jeder andere Facharzt mit einer Schmalspurgenetik aus einem Wochenendkurs die Aufgaben eines Facharztes für Humangenetik übernimmt« (Reis 2012, S.138). Auch der Medizinrechtsanwalt Oliver Tolmein bemängelt die in vielen Fällen dürftige Qualifikation der beratenden Ärzte und Ärztinnen. Nicht einmal die von den Humangenetikern/-innen vorgesehenen, ohnehin schon niedrigen Standards würden in der Praxis eingehalten: »Selbst die wenigen gesetzlichen Mechanismen, die vor Diskriminierung via Pränataldiagnostik schützen sollen, funktionieren also nicht« (Wagenmann 2012, S.32). Den Hintergrund dieser Kritiken stellte unter anderem die Kürzung der ursprünglich auf 72 Stunden angesetzten Fortbildung zur humangenetischen Beratung auf eine eintägige Veranstaltung mit Multiple-Choice-Wissenskontrolle dar, die zum Teil auch online von zuhause aus ausgefüllt werden kann (Müller-Jung 2012). Die Fortbildung zur humangenetischen Beratung ist mit Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes nötig geworden, um als Frauenarzt oder -ärztin Pränataldiagnostik anbieten und durchführen zu können.

Die Zweifel an der Qualifikation zur genetischen Beratung bestätigen sich teilweise in der bislang einzigen deutschen Erhebung zu Qualität und Inhalten der ärztlichen Beratung im Kontext genetischer Pränataldiagnostik nach den

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

gesetzlichen Änderungen. Dazu haben Schmitz et al. (2017) Interviews und quantitative Befragungen mit niedergelassenen Gynäkolog/-innen und Pränatalmediziner/-innen in Deutschland durchgeführt. Sie stellten hinsichtlich der ärztlichen Beratung fest, dass es große Handlungsspielräume der Ärzte und Ärztinnen und sehr unterschiedliche inhaltliche und formale Ausgestaltungen der Beratungsgespräche gab. Dies gilt auch für den Informations- und Qualifikationsstand zu Pränataldiagnostik, der bei den Ärzten sehr ungleich ausfiel. Dies mag daran liegen, dass die jeweils erworbenen Qualifikationen sehr stark voneinander abwichen: »Nur ein kleiner Teil (24,3 %, n = 42) hatte die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung über einen 72-Stunden-Kurs nach Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission erworben. Alle übrigen Ärzte haben die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung in Form verschiedener online, schriftlich oder als Präsenzttest zur Verfügung gestellter Wissenskontrollen der zuständigen Ärztekammern erlangt« (Schmitz et al. 2017, S. 32). Gleichzeitig bestand eine hohe Motivation der befragten Ärzte und Ärztinnen, zukünftig bessere Fortbildungen zu besuchen. Etwa die Hälfte aller Befragten vertrat die Meinung, dass diese notwendig seien, und zeigte sich interessiert, selbst an solchen Fortbildungen teilzunehmen.

Mit Blick auf die Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen kommen Roth et al. (2013, S. 492) zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Vermittlungen an psychosoziale Beratungsstellen seit der Einführung des §2a SchKG leicht zugenommen hat. Aus der Sicht der von Wolff und Graumann (2016, S. 57 f.) befragten psychosozialen Beraterinnen sind Frauen, die auf Initiative des Arztes oder der Ärztin den Weg in die Beratungsstelle gefunden haben, jedoch eine große Ausnahme. So berichtet eine der 2016 von ihnen interviewten Beraterinnen: »Ganz häufig merke ich, dass Ärzte die Beratungsstellen nur in Entscheidungskonflikten im Blick haben. ... Wenn überhaupt, dann kommen die Frauen aus anderen Gründen. Oder ... über andere Kanäle als über Ärzte.« Eine andere Beraterin teilt diese Erfahrung: »Ich hatte noch keinen Beratungsfall, wo es von den Ärzten ausgegangen ist. ... Ich persönlich ... erlebe es, dass Paare dann, wenn sie entweder entschieden sind, ihr Kind zu bekommen, oder wenn sie so eine starke Ambivalenz haben, dass sie auch offen dafür sind, zu sehen, wie geht denn das mit einem Kind mit Behinderung, dass sie dann daran Interesse haben.«

Gerade im Fall eines auffälligen pränatalen Befundes kann neben der Vermittlung an eine psychosoziale Beratungsstelle auch die Weiterleitung an Selbsthilfegruppen oder an Behindertenverbände hilfreich sein. Dies wird durch die behandelnden Frauenärzte und -ärztinnen nur selten veranlasst, wie Wooten et al. (2013, S. 29 f.) zeigen. Wenn ein Kontakt hergestellt wurde, dann in den allermeisten Fällen durch die schwangere Frau selbst (86 % der Fälle).



In der Zusammenschau zeigt sich, dass schwangere Frauen mit der ärztlichen Beratung zu Pränataldiagnostik mehrheitlich zufrieden sind. Verbesserungsbedarf sehen sie insbesondere dahingehend, dass auch ethische, soziale und psychische Fragen stärker thematisiert werden sollten. Hierfür eignet sich prinzipiell eine zusätzliche psychosoziale Beratung. Die gesetzlichen Änderungen zur verstärkten Vermittlung von ärztlicher an die psychosoziale Beratung scheinen leichte Effekte erzielt zu haben. Selbstkritisch sehen die im Bereich der Pränataldiagnostik tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre eigene Nichtdirektivität in der Beratung und ihre fachliche Qualifikation zur genetischen Beratung.

---

## 4.2 Akteurs- und Interessengruppen im Bereich PND

*Schwangere Frauen* und ihre behandelnden *Ärzte und Ärztinnen* stehen als Anwendende im Zentrum der praktischen Nutzung von Pränataldiagnostik. Viele Schwangere lassen sich darüber hinaus in der Schwangerschaft durch eine *Hebamme* begleiten. *Psychosoziale Beratungsstellen* bieten Begleitung und Aufklärung in allen die Schwangerschaft betreffenden Fragen, sodass auch sie mittelbar in die Nutzung von PND einbezogen sind. *Behindertenrechtsgruppen, gentechnologiekritische Vereine und andere zivilgesellschaftliche Organisationen* haben sich in den letzten Jahren stark für eine öffentliche Debatte zu den nichtinvasiven Pränataltests eingesetzt und in diesem Rahmen auch den *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* für die Eröffnung des Methodenbewertungsverfahrens von NIPT kritisiert, zu dem im Sommer 2019 eine Entscheidung erwartet wird. Der G-BA entscheidet dann über die Übernahme der Kosten für NIPT durch die gesetzlichen Krankenkassen. Der Antrag für das Methodenbewertungsverfahren wurde von einem *Herstellerunternehmen* gestellt. Außer von den direkt verbundenen Akteuren wird der Diskurs über Pränataldiagnostik auch von der Wahrnehmung und Darstellung des Themas Behinderung in der *Gesellschaft* im Allgemeinen und in den *Medien* im Besonderen geprägt.

Diese acht Perspektiven auf Pränataldiagnostik sind nicht erschöpfend; beispielsweise findet sich wenig zum Erleben und Mitentscheiden von *werdenden Vätern* in der wissenschaftlichen Literatur, sodass diese Sichtweise leider unbeleuchtet bleiben muss.<sup>63</sup> Die Haltungen von *evangelischer und katholischer Kirche* werden teilweise im Abschnitt zur psychosozialen Beratung und im letzten Teil zu den ethischen Fragen aufgegriffen, in Ermangelung einer aktuellen

---

63 Eine Ausnahme bildet die Studie von Gersthahn (2013), die auf Interviews mit werdenden Vätern nach einem pränatalen Befund basiert.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Positionierung zu den nichtinvasiven Verfahren jedoch nicht als eigenständige Perspektive dargestellt.

---

#### 4.2.1 Frauen

Schwangere Frauen befinden sich in vielerlei Hinsicht in einem Zwischenstatus, der von Ambivalenzen und Unsicherheiten geprägt sein kann. Dazu zählt, dass sie als werdende Mütter einerseits noch nicht Mutter sind, zugleich aber die Interessen des werdenden Kindes bereits vorwegnehmen müssen (etwa hinsichtlich der Vermeidung von potenziell fruchtschädigenden Umweltfaktoren wie Alkohol, Röntgenstrahlung und Nikotin). Sie sind bei regelmäßigen medizinischen Vorsorgeterminen zwar Patientinnen, aber ohne krank oder therapiebedürftig zu sein, und stehen der Notwendigkeit gegenüber, mit großen Unwägbarkeiten zu planen (etwa hinsichtlich des Geburtsorts, der Säuglingspflege etc.). Der Sozialdienst katholischer Frauen fasst diese Phase des Lebens folgendermaßen zusammen: »Schwangerschaft und Geburt stellen einzigartige und unwiderrufliche Erfahrungen im menschlichen Leben dar, die die unterschiedlichsten Gefühle und Konflikte auslösen können. Die Nähe und Präsenz von neuem Leben und gleichzeitigen Risiken wie Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod können zu Ängsten und großen Unsicherheiten führen« (SkF 2015, S. 13).

Eine der Entscheidungen, die Schwangere mit Blick auf die (angenommenen) Interessen des werdenden Kindes und zugleich auf die eigenen Interessen treffen müssen, ist die Frage nach der Nutzung pränataler Diagnostik: Soll diese überhaupt genutzt werden? Falls ja, welche Verfahren, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Ziel? Wie in der Einleitung beschrieben, kann pränataldiagnostisch erworbenes Wissen einerseits zu einer besseren perinatalen Versorgung des Kindes führen, etwa wenn bestimmte Fehlbildungen (Herzfehler, Spina bifida) die Wahl eines spezialisierten Geburtsortes und/oder eines bestimmten Geburtsmodus nahelegen; andererseits kann auch ein Spannungsfeld resultieren zwischen dem Informationsbedürfnis der Schwangeren und ihrem Wunsch, das werdende Kind nicht zu gefährden, etwa durch die verfahrensbezogenen Risiken invasiver Diagnostiken.

Obwohl 85 % der Frauen neben den drei regulären Ultraschallscreenings mindestens eine pränataldiagnostische Maßnahme (am häufigsten den Fehlbildungultraschall) durchführen ließen (Kap. 4.1.1), zeigten sich die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung befragten (werdenden) Mütter ambivalent in ihrer Haltung zu Pränataldiagnostik. Einerseits sahen die meisten Frauen PND als mögliche Entlastung der Schwangeren (»weil es die Sorge vor einer Erkrankung des Kindes nehmen kann«; 82 %) und als Bestärkung (»macht für Frauen die Schwangerschaft sicherer«; 76 %). Andererseits sahen sie PND auch als belastend (»belastet Frauen sehr stark, weil sie Entscheidungen über Leben und Tod ihres ungeborenen Kindes fällen müssen«; 62 %), potenziell



diskriminierend («trägt zur Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen bei»; 30 %) und verunsichernd an («ruft erst die Ängste vor einem behinderten Kind bei den Frauen hervor»; 30%; Renner 2006, S. 41).

In einer jüngeren, allerdings nicht bevölkerungsrepräsentativen Befragung des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF 2015) bestätigte sich diese zwiespältige Einschätzung. Hier gaben sogar fast zwei von drei Frauen an, dass PND Ängste vor einem behinderten Kind wecken würde (64 %). Gleichzeitig denken 74 % der Frauen, dass PND zu einer Entlastung führt, weil sie die Sorge vor einer Krankheit des werdenden Kindes nehmen kann. Aus diesen Widersprüchen folgt die große Mehrheit der Frauen (82 %), dass es nicht immer leicht sei, sich gegen eine PND-Untersuchung zu entscheiden, »wenn man unsicher ist, ob die Untersuchung für einen persönlich richtig oder falsch ist« (SkF 2015, S. 44 f.). Die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von PND (und dazu, welche Verfahren gegebenenfalls genutzt werden sollen) wird für die einzelne Frau dadurch erschwert, dass sie die Entscheidung auf Basis eines begrenzten Wissens treffen muss, oft Unsicherheiten über Eintrittswahrscheinlichkeit und Schweregrad verschiedener Abweichungen und Behinderungen bestehen, in der Entscheidung die (angenommenen) Interessen des werdenden Kindes berücksichtigt werden sollten und die Entscheidung unter Zeitdruck getroffen werden muss – schließlich gelten für die meisten Verfahren klare Fristen, bis zu welcher Schwangerschaftswoche sie durchgeführt werden können. Zugleich befinden sich viele Schwangere in einem vielstimmigen und komplexen Entscheidungsumfeld, in dem teils diametrale Positionen und Empfehlungen an sie herangetragen werden. Dazu zählen divergierende verfahrensbezogene Risikoeinschätzungen, unterschiedliche Erfahrungen und Empfehlungen im sozialen Umfeld und gegebenenfalls die Suche nach einer gemeinsamen Haltung in ihrer Partnerschaft (Brauer et al. 2016, S. 99).

Im Rückblick bewerteten die von der BzGA repräsentativ befragten Frauen die von ihnen jeweils in Anspruch genommenen pränataldiagnostischen Verfahren zu mehr als drei Viertel (77 %) positiv, und mehr als zwei Drittel (69 %) würden sie in einer zukünftigen Schwangerschaft erneut durchführen lassen (Renner 2006, S. 42).

Hinsichtlich der seit Sommer 2012 in Deutschland verfügbaren nichtinvasiven pränataldiagnostischen Verfahren zeigt sich in bisherigen Studien eine hohe Nutzungsbereitschaft. So geben etwa drei von vier Frauen in Befragungen an, NIPT in Zukunft nutzen zu wollen (bei Tischler et al. 2011: 72 %; bei Lewis et al. 2013: 80 %). Einer der wichtigsten Vorhersagefaktoren für die Nutzung eines NIPT stellt die Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung bzw. die nationale Gesundheitsversorgung dar (Vahanian et al. 2014). Im Rahmen der Erprobungsstudie von NIPT in den Niederlanden begrüßten 96 % dieses Angebot (von insgesamt 682 Schwangeren). Fast alle Schwangeren, die einen NIPT genutzt und ein unauffälliges Ergebnis erhalten hatten, fühlten sich (eher)

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

beruhigt (97 %). Insgesamt bereuten nahezu alle befragten Frauen (solche mit auffälligem Ergebnis miteingeschlossen) die Durchführung des NIPT nicht (98 %). Etwa die Hälfte (54 %) vertrat die Ansicht, dass NIPT allen schwangeren Frauen, unabhängig vom individuellen Risiko, angeboten werden sollten (van Schendel et al. 2017b).

Befragt dazu, wie sie mit einem auffälligen Ergebnis eines NIPT umgehen würden, zeigte sich in einer anderen Studie ein Drittel der Frauen unschlüssig, ein Drittel gab an, die Schwangerschaft vermutlich abbrechen zu wollen, und ein Drittel würde sie wahrscheinlich fortsetzen (Tischler et al. 2011, S. 1295). In der niederländischen Studie zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Wahl des pränatalen Diagnostikverfahrens und der Absicht, die Schwangerschaft bei Vorliegen eines Down-Syndroms zu beenden: So gaben 87 % der Nutzerinnen invasiver Diagnostik an, die Schwangerschaft bei einer Diagnose von Trisomie 21 abzubrechen, aber nur 58 % der NIPT-Nutzerinnen. Für die Trisomien 13 und 18 galten diese Unterschiede ebenso, wenn auch in abgeschwächter Form (Abbruchbereitschaft bei Nutzerinnen invasiver Verfahren 95 %; bei NIPT: 78 %). Die Autoren und Autorinnen schließen daraus, dass viele der NIPT-Nutzerinnen pränatale Diagnostik gezielt in Anspruch nehmen, um sich auf ein Leben mit einem behinderten Kind vorzubereiten (van Schendel et al. 2016).

Lässt sich dies verallgemeinern? Aus welchen Gründen nehmen Schwangere pränataldiagnostische Verfahren in Anspruch? In der repräsentativen Befragung der BzGA rangierte als wichtigster Grund an erster Stelle mit 62 % die »Sicherstellung der Gesundheit des Babys«. Ebenfalls viel Zustimmung erhielten die Beweggründe, eine »Entscheidungshilfe für Schwangerschaftsabbruch bei Behinderung« (44 %) oder einen »Hinweis auf gesundheitliche Probleme des Babys« (42 %) zu erhalten. Deutlich weniger häufig sollte die PND dazu dienen, die »Versorgung des Babys im Falle einer Behinderung« zu planen (23 %; Renner 2006, S. 36).

Zudem nehmen Frauen die Inanspruchnahme von pränataler Diagnostik häufig als den Standardweg wahr. Zumeist vertrauen sie ihrem behandelnden Arzt oder ihrer behandelnden Ärztin sowie dem Gesundheitssystem im Allgemeinen und entscheiden auf der Grundlage der ärztlichen Empfehlungen und der verfügbaren medizinischen Optionen (etwa hinsichtlich der Krankenkassenleistungen). Mithilfe pränataldiagnostischer Verfahren können sie sich zudem darüber vergewissern, dass der Fetus gedeiht (Schwennesen et al. 2008). In ihren Untersuchungen in der Schweiz stellten Brauer et al. (2016, S. 6) fest, »dass Frauen oft fälschlicherweise annehmen, sie könnten mithilfe solcher Tests die Gewissheit über die Geburt eines gesunden Kindes erhalten«.

Schwangere Frauen zeigen eine hohe Bereitschaft, für Zusatzleistungen und pränataldiagnostische Verfahren zu bezahlen (Schäfers und Kolip 2015). Dies liegt wohl zum einen daran, dass individuelle Prävention gegen Lebensrisiken als selbstverständlich angesehen wird (Feyerabend 2017), und zum anderen



daran, dass die behandelnden Ärzte und Ärztinnen die entsprechenden Leistungen aus Angst vor Haftungsklagen häufig direkt anbieten. Daraus entsteht oft die Wahrnehmung, es sei unverantwortlich, pränataldiagnostische Angebote abzulehnen (Haker 2012): »Die Schwangere kann sich kaum den ›Behandlungsangeboten‹ des die potenzielle Haftungssituation verspürenden Arztes entziehen, wenn sie sich nicht dem Vorwurf der ›Verantwortungslosigkeit‹ aussetzen möchte« (von Dewitz 2009, S. 82). Damit einher geht auch die Hoffnung, die pränataldiagnostischen Verfahren könnten die einer Schwangerschaft inhärenten Unsicherheiten und Unplanbarkeiten etwas lindern und gleichsam eine »Freigabe zum Mutterglück« erteilen, wie die Autorin Sandra Schulz (2017, S. 53) in ihrem autobiografischen Bericht festhält: »Nur, dass es nie Entwarnung gibt, nie Erlösung von der Unsicherheit, nie Eindeutigkeit, sondern nur Etappensiege und Wahrscheinlichkeiten.«

Die dieser Unsicherheit zugrundeliegende Angst vor einem behinderten Kind teilte in der Befragung der BzGA über die Hälfte der schwangeren Frauen. Als wichtigste Gründe dafür wurden die angenommene »große zeitliche« (85 %) und »große finanzielle« Belastung (74 %) genannt. Bemerkenswerterweise hielten es die befragten Schwangeren für wahrscheinlicher, dass ein behindertes Kind von Verwandten (68 %) und Freunden (66 %) akzeptiert würde als von ihnen selbst (65 %) oder von ihren Partnern (61 %). Mehr als zwei Drittel (67 %) der Befragten stimmten der Aussage zu, dass ein behindertes Kind eine Belastung für die eigene Partnerschaft darstellen würde. 43 % befürchteten Belastungen für die Geschwister des behinderten Kindes (Renner 2006, S. 43). Ein Drittel der Frauen gab an, ein behindertes Kind nicht akzeptieren zu können (35 %), ein Sechstel konnte sich ein behindertes Kind in ihrem Leben »gut vorstellen« (18 %). Diese Ergebnisse decken sich mit Daten aus anderen Befragungen (van den Daele 2005; Nippert und Neitzel 2007) und lassen sich dahingehend interpretieren, dass »selektive Einstellungen bei schwangeren Frauen (und in der Bevölkerung im Allgemeinen) weit verbreitet sind und auf großes Verständnis stoßen« (van den Daele 2005, S. 213).

Dabei lässt sich anhand soziodemografischer Merkmale nicht zuverlässig vorhersagen, ob sich eine Schwangere für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft mit einem behinderten Kind entscheidet. Wolff und Graumann (2016, S. 43) schreiben dazu auf der Basis selbst erhobener Daten: »Eine ausführliche Analyse der im Land Bremen erhobenen Daten von 2016 ergab keine eindeutigen Hinweise auf Zusammenhänge einzelner Aspekte in Bezug auf eine Entscheidung für bzw. gegen ein Kind mit einer genetischen Abweichung. Das bedeutet, dass weder ein vorhandener Kontakt zu Menschen mit Behinderung noch der Beziehungsstatus, das Alter, das Vorhandensein anderer leiblicher Kinder oder der Bildungsstand einen ausschlaggebenden Einfluss auf diese Entscheidung zu haben scheint. Besonders erwähnenswert ist, dass auch die Zugehörigkeit zu einer Religion (hauptsächlich vertreten waren bei dieser

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Erhebung das Christentum mit 51 % und der Islam mit 19 %, bei einem Wert von 25 % für ›Ich fühle mich keiner Religion zugehörig‹) diese Entscheidung der im Land Bremen befragten Frauen nicht maßgeblich zu beeinflussen scheint.«

Zusammenfassend wird deutlich, dass schwangere Frauen pränataldiagnostische Angebote in erster Linie in Anspruch nehmen, weil sie dies als »Standardweg« wahrnehmen. Zudem hoffen sie, dass ihnen pränataldiagnostische Verfahren die Gesundheit des werdenden Kindes bestätigen. Gleichzeitig weckt die Pränataldiagnostik bei einer Mehrheit der Frauen die Angst vor einem behinderten Kind erst. Ein Fünftel der schwangeren Frauen scheint eine stabil positive Sicht auf Menschen mit Behinderungen zu haben und kann sich auch ein Leben mit einem behinderten Kind gut vorstellen. Die große Mehrheit verknüpft mit der Möglichkeit, ein behindertes Kind zu bekommen, in erster Linie Ängste um die eigene zeitliche und finanzielle Autonomie und um die Partnerschaft.

---

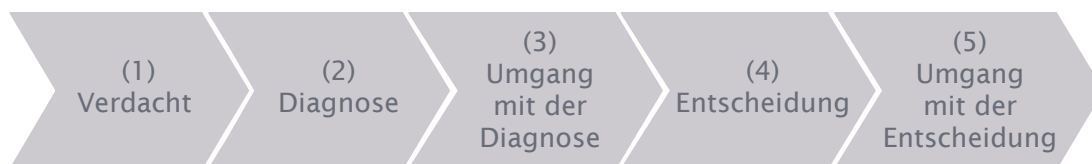
### Zur besonderen Situation von Frauen, die ein behindertes Kind erwarten

Erhärtet sich der Verdacht zu einer medizinischen Diagnose, stehen die werdenden Eltern vor einem längeren Prozess des Umgangs damit, den Abbildung 4.1 grafisch zusammenfasst. Die einzelnen Prozessschritte und die Interessen und Bedürfnisse der werdenden Eltern zu diesen Zeitpunkten werden im Folgenden chronologisch zusammengefasst.

Werden Frauen mit dem (1) *Verdacht* konfrontiert, dass ihr werdendes Kind eine (schwerwiegende) Fehlbildung aufweist, lassen sie in aller Regel eine invasive Diagnostik durchführen, um den Verdacht abzuklären. Während der Wartezeit auf die Diagnose vermeiden schwangere Frauen und ihre Partner häufig Diskussionen darüber, wie sie mit der Diagnose einer Fehlbildung umgehen sollen. Stattdessen wählen sie eine Strategie, die Lou et al. (2016a) als »unschuldig bis zum Beweis der Schuld« beschreiben: Sie gehen von einem gesunden Fetus aus, vermeiden Gedanken über mögliche Behinderungen und versuchen, die Schwangerschaft wie gewohnt fortzuführen.

---

Abb. 4.1 Prozessablauf bei auffälligem fetalem Befund



Eigene Darstellung



Die meisten werdenden Eltern, die die Nachricht erhalten, dass ihr werdendes Kind schwere Fehlbildungen aufweist, werden von dieser (2) *Diagnose* heillos überrascht und empfinden sie als Schock (Fleming et al. 2016; Lampe und Schüßler 2015; Lou et al. 2016b): »Die plötzliche und meist unvorbereitete Konfrontation mit einem Verdacht oder mit der Diagnose einer kindlichen Fehlbildung oder Erkrankung trifft deshalb Frauen und auch ihre Partner bzw. Familien in der Regel wie ein ›Hammerschlag‹; die Reaktion reicht von Fassungslosigkeit und Verzweiflung bis hin zur Schockreaktion, in der kein klarer Gedanke mehr möglich ist« (Wassermann et al. 2010, S. 180). Die werdenden Eltern erfahren in diesem Moment verschiedenste Verluste gleichzeitig, beispielsweise verlieren sie die Hoffnung auf ein gesundes Kind, auf eine unbeschwerte Schwangerschaft und die Zukunftspläne als Familie mit gesundem Kind (Carlsson et al. 2015).

Beim (3) *Umgang mit der Diagnose* wünschen sich die werdenden Eltern zeitnahe und verlässliche Informationen und eine verständnisvolle, nicht directive und zugewandte Begleitung durch Ärzte und Ärztinnen und andere medizinische Fachkräfte – bevorzugt konstant durch die gleichen Personen (Carlsson et al. 2015; Lampe und Schüßler 2015). Das werdende Kind sollte unabhängig von seiner Fehlbildung von den Ärzten mit Respekt thematisiert werden. Häufig beschäftigt »die Vorstellung, mit einem Kind, das eine Behinderung hat, in der Öffentlichkeit ›ausgestellt‹ und kritischen Bemerkungen ausgesetzt zu sein, schwangere Frauen stark« (Brauer et al. 2016, S. 102). Uneindeutige Befunde über das Ausmaß der Abweichung des Kindes verunsichern sie zusätzlich. Umgekehrt erleben sie es als entlastend, wenn die Schwere der Entscheidung anerkannt wird und ihnen die Gelegenheit gegeben wird, ihre Gefühle auszudrücken. Die Frauen benötigen Zeit für ihre Entscheidung und möchten in ihrem Vorgehen akzeptiert und empathisch begleitet werden (Lampe und Schüßler 2015). Eine besondere Schwierigkeit stellt es dar, wenn die werdenden Eltern uneins darüber sind, wie mit dem Befund umzugehen ist (Korenromp et al. 2007).

Die Entscheidungsfindung bleibt – auch bei guter Beratung, empathischer Begleitung und umfangreicher Information – für die werdenden Eltern eine Überforderung. Dabei helfen auch vorherige Annahmen und Überlegungen wenig, beschreibt Sandra Schulz (2017, S. 208) in ihrem Erfahrungsbericht: »Man solle sich vorher überlegen, welche Konsequenzen eine Untersuchung für einen hätte, ist ein oft gehörter Ratschlag. Ich bin mir nicht sicher, ob er die Wahrheit trifft. Denn es gibt Dinge, bei denen dem Menschen die Phantasie für das eigene Gefühl fehlt. Wer weiß schon, wie er eines Tages das eigene Sterben schafft? Wer kann seine Gedanken voraussehen, sollte er auf einmal über den Tod des eigenen Kindes nachdenken müssen?« Die Autorin selbst hat sich nach langem Ringen für die Geburt ihrer Tochter mit Down-Syndrom und schwerem Herzfehler entschieden.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Oftmals soll die Entscheidung zeitnah gefällt werden, etwa, um die Schwangerschaft vor Beginn der extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes abbrechen zu können. Dieser Entscheidungsdruck verkompliziert die Entscheidung zusätzlich: »Innerhalb weniger Tage soll zwischen Leben und Tod entschieden werden, dieses Faktum führt zur Aktivierung archaischer Phantasien, die mit der Polarisierung zwischen gut und böse, liebender Mutter und Kindsmörderin einhergehen. Wer bedroht das Leben von wem? Spaltung, Projektion, projektive Identifizierung bis hin zur Dissoziation sind die dazugehörenden Abwehrmechanismen« (Lampe und Schüßler 2015, S. 320).<sup>64</sup>

Wenn die Eltern die (4) *Entscheidung* getroffen haben, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen werden, sind sie weiterhin auf die Unterstützung und empathische Begleitung durch das medizinische Personal angewiesen (Korenromp et al. 2007). Für Eltern, die die Schwangerschaft mit einem schwer behinderten Kind fortsetzen, ist es wichtig, dass sie von den behandelnden Mediziner/-innen und anderen Fachkräften weiterhin mit einer positiven Haltung als werdende Eltern anerkannt und unterstützt werden, dass also beispielsweise die Vorsorgeuntersuchungen und Geburtsvorbereitungen in ähnlicher Weise ermöglicht und begleitet werden wie bei anderen Schwangeren auch (Fleming et al. 2016; Lou et al. 2016b). Für Eltern, die die Schwangerschaft beenden, ist es wichtig, dass diese Entscheidung von den begleitenden Medizinern und Medizinerinnen akzeptiert und nicht offen negativ bewertet wird (Lou et al. 2016b). Zudem ist es für sie wichtig, ausreichend Zeit für ihre Trauer und für den Abschied von ihrem toten Kind eingeräumt zu bekommen (Lampe und Schüßler 2015).

Was sich werdende Eltern von schwer behinderten Kindern hinsichtlich ihrer medizinischen Begleitung und Betreuung wünschen, untersuchten Guon et al. (2014) mit einer Befragung von Eltern, deren Kinder mit einer Trisomie 13 oder 18 zur Welt kamen, insbesondere zu den Erfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt, nachdem die Diagnose gestellt war. Ein Großteil der Eltern berichtete von sehr negativen und wertenden Kommentaren seitens der medizinischen Fachkräfte, etwa, dass das Kind geistig tot sein würde (55%), dass es die Ehe der Eltern zerstören (28%) oder ein sinnloses (55%) bzw. leidvolles (68%) Leben führen würde. Über die Hälfte der befragten Eltern (61%) fühlte sich unter Druck gesetzt, die Schwangerschaft zu beenden (Guon et al. 2014, S. 312). Im Rückblick wünschten sich die Eltern, dass im Beratungsgespräch ausgewogene Informationen gegeben und die Werte und Entscheidungen der Eltern respektiert worden wären. Eine wichtige Rolle spielen dabei die gewählten Abbildungen von Menschen mit dieser Abweichung. Die grafische Darstellungsform der jeweiligen Behinderung weicht in der medizinischen Literatur

---

64 Ein von vielen Seiten gelobtes Begleitbuch für werdende Eltern, Angehörige und an der Elternperspektive interessiertes Fachpersonal stellt das Buch »Weitertragen. Wege nach pränataler Diagnose« von Fezer Schadt und Erhardt-Seidl (2018) dar.



stark von der Darstellung ab, die etwa auf Selbsthilfewebseiten von Elterninitiativen zu sehen ist: Während die medizinischen Bilder oft nackte, unzufriedene und deformiert wirkende Neugeborene zeigen, stellen die Bilder von Angehörigen einzigartige, bekleidete und zufrieden wirkende Kinder dar. Diese Darstellungsweise steht in der medizinischen Tradition der grafischen Gleichsetzung von Gesundheit mit Schönheit und von Krankheit/Abweichung mit Hässlichkeit, die eine Distanzierung des Betrachtenden von dem oder der Abgebildeten fördert (Gilman 1995).

Hinsichtlich des retrospektiven (5) *Umgangs mit der Entscheidung* zu Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft gibt es wenige Studienergebnisse. Rohde und Woopen (2007) befragten Frauen nach einer fetopathologischen Diagnose zu ihrer Entscheidung für oder gegen Schwangerschaftsabbruch bzw. eine selektive Mehrlingsreduktion. Nach 6 Monaten hielt mit 58 % mehr als die Hälfte aller Frauen ihre jeweilige Entscheidung weiterhin für richtig; bei den verbleibenden 42 % herrschten darüber Unsicherheit und Zweifel (Rohde und Woopen 2007, S. 56 u. 90). Frauen, die die Schwangerschaft abgebrochen hatten, waren etwas häufiger unsicher über ihre getroffene Entscheidung bzw. würden diese eher revidieren als die Frauen, die die Schwangerschaft fortgesetzt hatten (Rohde und Woopen 2007, 56; 90). Die Ergebnisse von Heider und Steger (2014) weisen in eine ähnliche Richtung: Auch sie befragten Frauen zu ihrer Zufriedenheit mit ihrer individuellen Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch der Schwangerschaft, nachdem sie pränatal die Diagnose einer schweren fetalen Fehlbildung erhalten hatten. Ein Drittel der Frauen stimmte ihrer Entscheidung rückblickend nicht mehr umfassend zu und ein weiteres Drittel war sehr verunsichert. Die jeweils erfassten großen Anteile von Frauen, die an ihrer Entscheidung rückblickend zweifeln, werfen ein Licht darauf, wie schwer die Entscheidung ist und wie lange sie die betroffenen Frauen belastet.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die werdenden Eltern von der pränatalen Diagnose einer fetalen Fehlbildung schwer belastet werden und dass sie im sich daran anschließenden Prozess des Umgangs damit – unabhängig davon, ob die Schwangerschaft fortgesetzt wird oder nicht – eine empathische und zugewandte Begleitung durch Mediziner/-innen und anderes Fachpersonal brauchen.

---

### 4.2.2 Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2016 waren in Deutschland 18.253 Ärzte und Ärztinnen in der Geburtshilfe und Gynäkologie tätig, davon 11.500 ambulant, also als niedergelassene oder angestellte Ärzte in einer Praxis (63 %), und 5.944 stationär, das heißt im Krankenhaus beschäftigt (33 %; Bundesärztekammer 2017). In der Schwange-

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

renbegleitung tätig sind in erster Linie die niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen, zum Teil mit pränataldiagnostischer Spezialisierung.

Die Schwangerenbegleitung unterscheidet sich von dem sonst handlungsleitenden Heilungsauftrag der Medizin insofern, als erstens die Schwangerschaft einen normalen physiologischen Zustand und keine behandlungsbedürftige Krankheit darstellt und zweitens der Arzt oder die Ärztin sich zwei Patient/-innen zugleich gegenübersteht – der werdenden Mutter und dem werdenden Kind. Die Rechte und Interessen dieser beiden Patient/-innen stehen potenziell im Konflikt; insbesondere, wenn ein gewünschter Schwangerschaftsabbruch im Sinne der reproduktive Autonomie der Schwangeren dem Lebensrecht des Ungeborenen entgegen steht (Schmitz 2016; Wolff und Graumann 2016, S. 45 f.). Die ärztliche Beratung wird dabei durch das Gendiagnostikgesetz, das Schwangerschaftskonfliktgesetz, die Mutterschaftsrichtlinien und die Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission geregelt (Kap. 3.1).

Für Gynäkolog/-innen stellen sich im Rahmen der Pränataldiagnostik vor allem zwei Herausforderungen, wie Wolff und Graumann (2016) auf der Basis von Interviews herausarbeiten. Zum einen hebt die Pränataldiagnostik die Einheit von werdender Mutter und entstehendem Kind auf. Der Arzt oder die Ärztin müssen versuchen, den Interessen beider Patient/-innen zu dienen. Zum anderen zeigt sich bei den Schwangeren eine zunehmende Verunsicherung, die sich unter anderem auf die für pränataldiagnostische Verfahren nötige Aufklärung zurückführen lässt. Dazu führt einer der interviewten Ärzte aus: »Man muss sich ja Folgendes vorstellen: Jede Form von Vorsorgemaßnahme hat ja immer eine gute und eine schlechte Seite. ... Die gute Seite ist, dass man unter Umständen Leuten das Leben rettet. Die schlechte Seite ist, dass man die Frauen ja beängstigen muss. ... Das heißt, die Voraussetzung für jede Form von Vorsorge ist eine Beängstigung ... und ... diese Schwangerenvorsorge nimmt ja immer größeren Raum ein und deswegen wird die Beängstigung einfach auch größer« (Wolff und Graumann 2016, S. 52)

Zunehmend kämen viele Schwangere bereits sehr verunsichert in die ärztliche Sprechstunde, berichten die interviewten Gynäkolog/-innen. Dies führen sie unter anderem auf die starke Internetnutzung zur Gewinnung von Informationen über den Schwangerschaftsverlauf und mögliche Risiken zurück. Im Interview sagt ein Gynäkologe: »Die Frauen ... Also sie rechnen nicht mehr damit, dass alles gut geht, was ja das Hochwahrscheinliche ist, sondern sie rechnen damit, dass etwas schiefgeht ... und das ist natürlich eine Situation, die viel Angst macht« (Wolff und Graumann 2016, S. 52).

Auch für die Gynäkolog/-innen kann die Pränataldiagnostik im Rahmen der Schwangerenbegleitung zur Belastung werden (Schumann 2007). Dies gilt insbesondere, wenn sich dabei auffällige Befunde zeigen, die die Schwangere in schwere Konflikte bringen. Etwa die Hälfte der Pränataldiagnostiker/-innen



wünschten sich in der Befragung von Woopen et al. (2013, S.22) deshalb eine externe Supervision zur Unterstützung.

Es steht den Ärzten und Ärztinnen nicht frei zu entscheiden, ob sie Pränataldiagnostik im Rahmen ihrer medizinischen Begleitung anbieten oder nicht. Denn auch unabhängig von der eigenen Haltung gegenüber Pränataldiagnostik sind Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf das Haftungsrecht gehalten, Risiken und Diagnosemöglichkeiten darzustellen (von Dewitz 2009): »Wo genau die Grenzen der Informationspflicht liegen, ist oft nicht klar. Vorsichtshalber wird der Arzt daher eher mehr als weniger Testoptionen anbieten« (van den Daele 2005, S.224). Aus Angst vor zivilrechtlichen Klagen bei Nichterkennen oder Nichtmitteilen von (möglichen) Fehlbildungen des werdenden Kindes neigen Gynäkolog/-innen dazu, »alles zu sehen und zu sagen, um später juristisch nicht belangt zu werden« (Schumann 2012, S. 18). Dieser Druck, pränatal Behinderungen zu erkennen und zu benennen, drückt sich auch in gestiegenen Versicherungspolicen für Frauenärzte und -ärztinnen aus: So zahlen Gynäkolog/-innen im Vergleich zu anderen Fachärzten sehr hohe Haftpflichtbeiträge, und für Ärzte und Ärztinnen, die sich erstmalig mit einer eigenen Praxis niederlassen, ist es schwierig, überhaupt in eine Haftpflichtversicherung aufgenommen zu werden (Diekämper 2011; Dreimann und Fenger 2018; Pohl 2013).<sup>65</sup>

Weitere Rahmenbedingungen, die die medizinische Schwangerenbetreuung prägen, sind der Zeitmangel und die teils fehlende finanzielle Honorierung von Aufklärungs- und Informationsgesprächen (Feldhaus-Plumin 2012; Schmitz 2016). Besonders relevant ist dies bei der Beratung zur Pränataldiagnostik.

Zugleich erfordern die Komplexität und der schnelle technisch-diagnostische Fortschritt im Bereich der genetischen PND eine beständige Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte und zum Teil auch eine Anpassung an den neusten Stand der Technik. Niedergelassene Mediziner/-innen mit eigenen Praxen sind häufig nicht so gut vernetzt und in Fortbildungen eingebunden wie Mediziner/-innen in Krankenhäusern oder großen Gemeinschaftspraxen. Dadurch sind sie stärker auf die leicht verfügbaren Informationen der Hersteller angewiesen, die naturgemäß nicht interessenfrei kommunizieren (Brauer et al. 2016, S. 168 f.). In der Befragung von Schmitz et al. (2017, S. 34) nannten die Ärzte, die NIPT entweder bereits anboten oder planten, dies zu tun, deutsche Fachzeitschriften wie das Ärzteblatt als wichtigste Informationsquelle (85%). An zweiter Stelle folgten schriftliche Informationen des Anbieters (z. B. Broschüren und Webseiten; 75%). Die große Nutzung der Anbieterinformationen »ist gerade mit Blick auf die deutlich marktgesteuerte Implementierung der NIPT-Verfahren und das z. T. aggressive Marketing der Firmen kritisch zu hinterfragen« (Schmitz et al. 2017, S. 34).

---

65 In der Gynäkologie und Geburtshilfe fällt zwar im Vergleich mit anderen Fachdisziplinen eine eher geringe Anzahl von Behandlungsfehlervorwürfen an, diese sind jedoch hinsichtlich der Schadenaufwendungen besonders umfangreich (Dreimann/Fenger 2018).

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Nichtinvasive Pränataltests scheinen derzeit in erster Linie durch spezialisierte Pränatalmediziner/-innen angeboten zu werden und bislang eher seltener durch nicht auf Pränatalmedizin spezialisierten Gynäkolog/-innen. Dies zeigen die Befragungsergebnisse von Schmitz et al. (2017), denen zufolge ein Großteil der spezialisierten Pränatalmediziner/-innen ihren Patientinnen NIPT anbot (87%), aber nur weniger als die Hälfte der nicht auf Pränatalmedizin spezialisierten Gynäkolog/-innen (40%).

NIPT fügen sich ein in ein breites Angebot von pränatalen Diagnostikverfahren, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht finanziert werden, sondern als individuelle Gesundheitsleistungen von Schwangeren selbst finanziert und in Anspruch genommen werden können. Die Zunahme von IGeL im Bereich der Schwangerenbetreuung wird vielfach kritisch gesehen – insbesondere mit Blick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis (Schäfers und Kolip 2015; Schmitz 2016).

Pränataldiagnostische Verfahren gehen seit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes mit veränderten Anforderungen an die Beratung einher. Durch die Anpassungen sollte nicht zuletzt die Verzahnung zwischen medizinischer und psychosozialer Beratung gefördert werden. Die Ärzte und Ärztinnen sehen die Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz als ursächlich für einen gestiegenen Zeitaufwand für die Beratung und für die Erhöhung ihres Haftungsrisikos an. Zugleich bemängeln sie eine nicht ausreichende Honorierung der geforderten Beratungsleistungen (Woopen et al. 2013, S.34). Insgesamt beurteilen die von Woopen et al. (2013, S.50 ff.) befragten Ärzte die Gesetzesänderung ambivalent. Ob die 2010 in Kraft getretenen Änderungen tatsächlich dazu beigetragen haben, eine bessere Verzahnung zwischen medizinischer Beratung durch Ärzte und Ärztinnen und psychosozialer Beratung außerhalb der Arztpraxen zu fördern, muss offenbleiben (Kap. 4.1.3). Zweifel daran nähren u.a. die Befragungsergebnisse von Horstkötter et al. (2012, S.5), die ermittelten, dass ein Drittel der befragten Gynäkolog/-innen angab, im zurückliegenden Quartal keine ihrer Patientinnen mit einem auffälligen pränatalen Befund an eine psychosoziale Beratungsstelle überwiesen zu haben.

Zusammenfassend wird deutlich, dass frauenärztliches Handeln unter vielfältigen Zwängen stattfindet: Zeitdruck, mangelnde Honorierung von Arzt-Patienten-Gesprächen, Sorgen vor haftungsrechtlichen Konsequenzen und eine stiegende Zahl von pränataldiagnostischen IGe-Leistungen. Neben der Zeit für Beratung selbst fehlt vielen Ärzten und Ärztinnen auch die Zeit für eine umfassende Weiterbildung zu neuen pränataldiagnostischen Verfahren wie NIPT, sodass eine große Mehrheit von ihnen auf Herstellerinformationen zurückgreift.

---

### Positionen der medizinischen und humangenetischen Fachgesellschaften zu NIPT

NIPT werden auch innerhalb der Ärzteschaft intensiv diskutiert. Dabei zeigen sich zwischen den verschiedenen involvierten Fachgesellschaften deutliche Unterschiede in der Bewertung. Die als Dachgesellschaft aller Frauenärzte und -ärztinnen fungierende Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) sieht in den nichtinvasiven pränatalen Gentests »keinen ethischen Dammbbruch«. Ethisch-gesellschaftlichen Diskussionsbedarf sieht die DGGG (2012) hingegen bei pränataldiagnostischen Verfahren, die das gesamte Genom des Fetus auslesen. Aus der Gesamtgenomanalyse ließen sich in den seltensten Fällen konkrete Diagnosen ableiten, sondern lediglich Wahrscheinlichkeiten und Risiken. Inwiefern diese in manifeste Erkrankungen mündeten, ließe sich zumeist nicht voraussagen. Die Nutzung fetaler Analysen des Gesamtgenoms müsse daher »sorgfältig erörtert werden« (DGGG 2012).

Der Berufsverband der niedergelassenen Pränatalmediziner (BVNP) als Interessenvertretung der ambulant tätigen Pränatalmediziner/-innen begrüßt prinzipiell eine Übernahme der Kosten für die Durchführung eines NIPT durch die Krankenkasse. Allerdings soll ihm zufolge ein NIPT nur bei vorliegender Indikation und in Kombination mit qualifizierter Beratung und umfassender Ultraschalluntersuchung angewandt werden (BVNP 2016). Auch die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) betont in ihren Stellungnahmen zum NIPT, dass vor einem genetischen Bluttest eine Ultraschalluntersuchung erfolgen sollte. Da nur 10% der Fehlbildungen genetisch bedingt seien und in den meisten Fällen deshalb eine Diagnose per Ultraschall nötig sei, sei der nichtinvasive Bluttest »nur dann angezeigt ..., wenn bei der Schwangeren eine erhöhte Besorgnis bezüglich der Trisomien 21, 18 und 13 bestünde« (DEGUM 2016). Sinnvoll ist aus ihrer Sicht (DEGUM 2017a), den Feinultraschall am Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels und den umfassenden Organultraschall zwischen der 20. und 22. Schwangerschaftswoche als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkasse einzuführen, da »so die Mehrzahl der organischen, genetischen Anomalien bei Ungeborenen identifiziert werden könne.« Die DEGUM sieht folglich weniger einen Bedarf nach der Finanzierung von NIPT, sondern danach, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen in die Mutterschaftsrichtlinien aufzunehmen.

Sehr kritisch äußert sich demgegenüber die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) zu NIPT. Sie hält die neuen nichtinvasiven Tests für eine »janusköpfige« Neuerung: »Auch wenn es für die einzelne Schwangere ein Segen sein kann, früh und ungefährlich eine sichere Aussage darüber zu erhalten, ob ihr Kind eine Trisomie hat oder nicht, kann diese neue Technik gefährliche Folgen haben für den Umgang mit Schwangerschaft und sich negativ auswirken auf das gesellschaftliche Klima gegenüber Behinderung« (DGPF 2013).

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Dieser kritischen Einschätzung steht die Position der Humangenetiker/-innen diametral gegenüber. So begrüßt die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) »ausdrücklich« die Erprobung der neuen NIPT-Verfahren durch den G-BA und lehnt eine Einschränkung auf Risikoschwangere ab. Der Test solle keiner Schwangeren vorenthalten, aber auch keiner Schwangeren aufgezungen und immer durch qualifizierte genetische Beratung flankiert werden (GfH 2014). In einer früheren Stellungnahme hatte die GfH (2012) hervorgehoben, dass eines der Hauptprobleme im Zusammenhang mit NIPT in der »Sicherstellung der Kapazität und Qualität einer kompetenten individuellen und umfassenden Beratung« liege. Zudem könne die gesellschaftliche Haltung gegenüber erkennbaren Behinderungen und Entwicklungsstörungen durch die Tests verändert werden. Notwendig sei daher eine umfassende, dauerhafte und breit angelegte interdisziplinäre Diskussion, in die auch die Nutzer/-innen von NIPT eingebunden werden sollten (GfH 2012). Ähnlich äußert sich der Bundesverband deutscher Humangenetiker (BVDH), der eine gesellschaftliche Debatte dazu fordert, »ob und wie der immanente Zwang auf Schwangere zur Durchführung von Untersuchungen auf genetische Veränderungen begrenzt werden kann und welche Folgen die abzusehende technische Weiterentwicklung derartiger Testsysteme auf die Gesellschaft haben kann« (BVDH 2012).

Ähnlich wie die GfH begrüßt auch der Ethik-Ausschuss des Deutschen Ärztinnenbundes eine Übernahme von NIPT in die gesetzlichen Krankenkassenleistungen und hält es für »nicht vertretbar«, wenn finanzschwache Frauen die riskanteren invasiven Verfahren als Kassenleistung erhalten, nicht aber die risikoärmeren NIPT. Zugleich warnt der Deutsche Ärztinnenbund davor, dass die Ergebnisse der NIPT bereits vor der vollendeten 12. SSW p. c. vorliegen können. Ein auffälliges Ergebnis im NIPT könnte zu einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenregelung führen, ohne dass das NIPT-Ergebnis durch ein invasives Verfahren bestätigt wurde. Als grundsätzliche Gedanken hält der Ärztinnenbund darüber hinaus fest: »Die Inklusion von Menschen mit Behinderung ist und bleibt verpflichtend eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und jeder Form von Diskriminierung ist entgegenzuwirken. Der möglicherweise gesellschaftlich ausgeübte Druck zur Pränataldiagnostik, der auf Schwangere unverkennbar bereits ausgeübt wird, lässt sich nicht durch ein Verbot von NIPT vermeiden« (Deutscher Ärztinnenbund 2017).

Es spiegeln sich in den Positionen der Fachgesellschaften zentrale Argumente des wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurses wider: die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit, nach umfassenden pränatal erhobenen genetischen Daten, nach der zugrundeliegenden Haltung gegenüber Behinderung und nach der Aussagekraft der NIPT im Vergleich zu weniger spezifischen Verfahren.



---

### 4.2.3 Psychosoziale Beratungsstellen

Neben den Ärzten und Ärztinnen als Beratende im Kontext von Pränataldiagnostik spielen auch psychosoziale Beratungsstellen eine Rolle in der Schwangerschaftsbegleitung – insbesondere bei Schwangerschaftskonflikten. Für schwangere Frauen besteht laut Schwangerschaftskonfliktgesetz ein Beratungsanspruch auf freiwillige psychosoziale Beratung (§ 12 Abs. 1 SchKG).<sup>66</sup> Insbesondere bei einem positiven pränatalen Befund soll der schwangeren Frau durch den betreuenden Arzt bzw. die betreuende Ärztin eine psychosoziale Beratung in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle vorgeschlagen und bei Bedarf vermittelt werden. Die Beratungsstellen benötigen eine staatliche Anerkennung gemäß § 9 SchKG, um durch staatliche oder kirchliche Mittel über das jeweilige Bundesland bzw. die Diözesen finanziert werden zu können.

Die psychosoziale Beratung von Frauen vor, während oder nach der Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen erfolgt in Deutschland durch anerkannte psychosoziale Beratungsstellen, deren Mitarbeiter/-innen durch festgelegte Qualifikations- und Fortbildungsanforderungen speziell für diesen Bereich ausgebildet wurden. Generell ist es außer Ärzten und Ärztinnen solchen Personen möglich, in der psychosozialen Beratung zu arbeiten, die in ihrer Ausbildung eine psychosoziale Grundausbildung absolviert haben (z. B. Psychologie, Sozial- und Heilpädagogik, Soziale Arbeit). Die formale Qualifikation dieser Berater/-innen wird durch § 6 Abs. 3 SchKG normiert. Darüber hinaus wird die Qualität der Beratung durch weitere Qualifikationsvorgaben auf Landesebene sichergestellt. Obwohl es keine einheitlichen und übergreifenden Regelungen für die institutionelle professionelle psychosoziale Beratung gibt, hat sich bundesweit ein einheitlicher Beratungsstandard durchgesetzt, der sich auf professionsinterne Regelungen unterschiedlicher Träger und Anbieter zurückführen lässt (u. a. Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Deutsches Rotes Kreuz, Sozialdienst katholischer Frauen, pro familia etc.) (Rummer 2013, S. 43 ff.).

Dabei muss festgehalten werden, dass die Mehrzahl der psychosozialen Beratungsstellen keine (16 %) oder nur vereinzelt (53 %) Beratung nach einem auffälligen Befund durchführen (Woopen et al. 2013, S. 15). Offenbar wird die psychosoziale Beratung von Frauen vor allem bei anderen Fragen, die sich in Bezug auf ihre Schwangerschaft und Familienplanung ergeben, nachgefragt. Die Hauptaufgabe in der psychosozialen Beratung liegt offensichtlich in der allgemeinen Begleitung und Beratung schwangerer Frauen (Woopen et al. 2013, S. 15).

Die meisten Frauen, die einen positiven fetalen Befund während der Schwangerschaft hatten und eine psychosoziale Beratung in Anspruch nahmen, schätzten sich selbst vor der Beratung als entschieden für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch ein. Dennoch gab jede vierte Befragte an, dass die

---

<sup>66</sup> Dieser Abschnitt stammt mit kleinen Änderungen aus dem Gutachten von Wolff und Graumann 2016.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Beratung einen Einfluss auf ihre letztendliche Entscheidung hatte, was die Relevanz der Beratung verdeutlicht (Rohde und Woopen 2007, S. 35).

Psychosoziale Beratungsstellen spielen in der Begleitung pränataldiagnostischer Untersuchungen insgesamt bislang eher eine Nebenrolle. Diese Rolle wurde durch die Änderungen im SchKG jedoch gestärkt. Schwangere, die eine psychosoziale Beratung in Anspruch genommen haben, beurteilen diese sehr positiv.

---

#### 4.2.4 Hebammen

Hebammen können in der Begleitung von Schwangeren eine wichtige Rolle spielen. So sehen die Mutterschaftsrichtlinien vor, dass die regelmäßig stattfindenden (zunächst monatlichen) Untersuchungen der Schwangeren »auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpaß dokumentiert werden [können], wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen« (Mutterschaftsrichtlinien, A7, S. 7).

Hebammen können folglich die Entscheidungsfindung zur Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik und ggf. den Prozess der Diagnostik begleiten. Dabei können sie den Eltern eine andere Begleitung ermöglichen, als es Ärzten in den Handlungszwängen von Klinik und Praxis oftmals möglich ist. Die Beratung durch die Hebamme umfasst ein Beziehungsangebot vor, während und nach der PND und kann bezogen auf die persönliche Lebenssituation und von Medizin und Humangenetik unabhängig erfolgen (Ensel 2006, S. 242). Aus Sicht der Hebammen erschwert der frühe Zeitpunkt, zu dem sich werdende Eltern für oder gegen die Nutzung der ersten pränataldiagnostischen Untersuchungsmethoden entscheiden müssen (9.-12. SSW), die Entscheidungsfindung. In der frühen Schwangerschaft etabliert sich die Beziehung zum wachsenden Kind gerade erst und die Frauen sind »oft noch nicht oder gerade erst ›in ihrer Schwangerschaft angekommen« (Ensel 2006, S. 243).

Insbesondere bei einer pränatalen Diagnose einer fetalen Auffälligkeit, können Hebammen als Wegbegleitung und Seelsorgerinnen »der Fels in der Brandung sein« (Fezer Schadt und Erhardt-Seidl 2018, S. 48). Dadurch, dass sie auch Hausbesuche machen und den Schwangeren in einer anderen Rolle gegenüber treten als die begleitenden Ärzte und Ärztinnen, können sie eine umfassendere Begleitung vor, während und nach der Geburt bieten: »Aufgrund ihrer



Sichtweise der Schwangerschaft als physiologischen Prozess, ihres ganzheitlichen Betreuungsansatzes und der damit einhergehenden Nähe zu den Frauen ergeben sich neben diesen grundlegenden Aufgaben auch ethische Verpflichtungen für die Hebamme bei der Begleitung vor, während und nach der Pränataldiagnostik« (Ensel 2014, S. 163). Dabei kann die Hebamme die werdenden Eltern in ihrer jeweils individuellen Auseinandersetzung unterstützen und ihnen helfen, eine Haltung zu entwickeln, die ihre individuellen Werte und Erfahrungen widerspiegelt. Sie kann Sachwissen vermitteln und die Beziehung zum ungeborenen Kind als Kraftquelle in Konflikten stärken (Ensel 2014, S. 167 ff.).

In ihren öffentlichen Stellungnahmen zu Pränataldiagnostik zeigen sich deutsche Interessenvertretungen von Hebammen zurückhaltend. So lässt sich lediglich eine Positionierung eines Berufsverbandes zu Pränataldiagnostik finden. In einer Stellungnahme zur Erprobungsrichtlinie zu NIPT durch den G-BA, die dem derzeit laufenden Methodenbewertungsverfahren vorausging, hebt die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft vier Aspekte hervor: die Notwendigkeit einer unabhängigen Überprüfung der Testgüte der erprobten NIPT, die Möglichkeit, dass es durch NIPT zu einer Ausweitung von PND kommt, die Erfordernis, das Ziel der fetalen Chromosomendiagnose zu definieren («so stellt sich die Frage nach dem medizinischen Nutzen der Kenntnis eventueller Chromosomenanomalien»), sowie die Bedeutung der genetischen und psychosozialen Beratung insbesondere nach einer positiven Diagnose (DGHWi 2014).

Hebammen können in der Schwangerschaft und insbesondere in der Entscheidungsfindung über die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik sowie gegebenenfalls über den Umgang mit den pränataldiagnostischen Ergebnissen eine wichtige Begleitung für werdende Eltern darstellen.

---

### 4.2.5 Behindertenrechtsgruppen und andere zivilgesellschaftliche Akteure

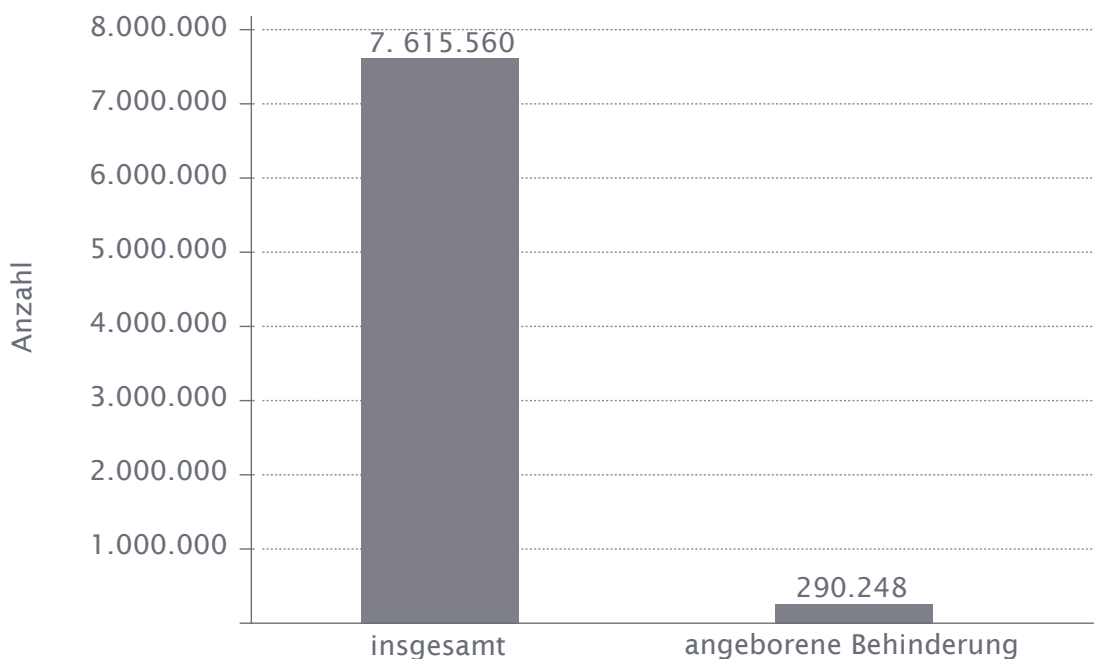
Etwa jeder zehnte Einwohner Deutschlands ist schwerbehindert, 2015 waren dies 7,6 Mio. Menschen. Nur ein Bruchteil dieser Menschen, nämlich knapp 4%, ist aufgrund einer angeborenen Behinderung schwerbehindert. Der allergrößte Teil der Schwerbehinderungen wird durch Krankheiten und Unfälle im Lebensverlauf verursacht (Abb. 4.2).

Wie leben Menschen mit Behinderung in Deutschland? Welche Einschränkungen erleben sie, welche Chancen eröffnen sich ihnen? In der Gesamtschau zeigt sich ein gemischtes Bild: Einerseits gab es in den letzten Jahren eine Reihe von gesetzlichen und gesellschaftlichen Neuerungen, die auf eine verbesserte Inklusion zielen. Von besonderer Bedeutung war und ist hierfür die UN-

4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen

Behindertenrechtskonvention, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2006 verabschiedet wurde und in Deutschland im März 2009 in Kraft getreten ist. Sie präzisiert und konkretisiert die allgemeinen Menschenrechte für behinderte Menschen und wirkt auf eine umfassende gesellschaftliche Veränderung hin zu einer verbesserten Anerkennung behinderter Menschen hin (Graumann 2014). Zugleich berichten Menschen mit Behinderungen europaweit über merkliche Einschränkungen hinsichtlich ihrer Teilhabe an Freizeitaktivitäten (61 % der Befragten) und im Bereich der außerhäuslichen Mobilität (53 %; Prütz und Lange 2016, S. 1112 f.). Im Berufsleben haben es schwerbehinderte Menschen schwerer als ihre Kolleg/-innen ohne Behinderung – gleichzeitig hat sich ihre Lage am Arbeitsmarkt durch gezielte politische Förderung in den letzten Jahren deutlich verbessert (Bundesagentur für Arbeit 2017).

Abb. 4.2 Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland insgesamt und aufgrund angeborener Behinderungen



Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2017

Zusammenfassend bleibt ein uneindeutiges Bild: »Die gesellschaftlichen Signale sind ambivalent: Einer zunehmenden Leistungs- und Machbarkeitsorientierung in Wirtschaft und Gesellschaft, welche die Perspektiven des Lebens mit Behinderung einschränkt, stehen gesteigerte Inklusionsanstrengungen von Politik und Gesellschaft, aber auch gesteigerte Inklusionsmöglichkeiten aufgrund technologischer Innovationen gegenüber« (Brauer et al. 2016, S. 150).



Menschen mit und ohne angeborene Behinderungen engagieren sich vielfältig in Vereinen und Interessenvertretungen. Einige dieser Interessenvertretungen haben sich durch öffentliche Stellungnahmen zur Pränataldiagnostik geäußert (Braun und Könninger 2017b; Gen-ethisches Netzwerk et al. 2016; Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik 2017). Viele behinderte Menschen und ihre Verbände nehmen die Praxis vorgeburtlicher Selektion als bedrohlich wahr, da sie zum einen ihr eigenes Existenzrecht infrage gestellt sehen und zum anderen um die langfristigen gesellschaftlichen Folgen fürchten, wenn Behinderte als minderwertiger Teil der Gesellschaft wahrgenommen werden (van den Daele 2005, S. 226). Dies gelte umso mehr, da die Entwicklung der pränatalen Bluttests in Deutschland durch die Bundesregierung gefördert worden ist (Heinrichs et al. 2012). Indem die Propagierung pränataldiagnostischer Verfahren Behinderungen implizit oder explizit als verhinderbar und verhinderungswürdig darstelle, werde es werdenden Eltern zunehmend schwergemacht, eine Schwangerschaft mit einem behinderten Kind zu akzeptieren und fortzusetzen. Es werde selbstverständlich davon ausgegangen, dass es ein normaler elterlicher Wunsch sei, sich ein »perfektes Kind« aussuchen zu können (Farri- mond und Kelly 2013).

Aus diesem Grund fordern verschiedene Behindertenrechtsverbände, gentechnologiekritische Vereine, kirchliche Organisationen und andere zivilgesellschaftliche Zusammenschlüsse in einer gemeinsamen Stellungnahme, dass pränatalmedizinische Verfahren, die keinen therapeutischen Zweck verfolgen, sondern lediglich der Selektion von werdenden Kindern mit Abweichungen dienen, aus der Regelversorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen genommen werden sollten (AKF et al. 2017). Zudem lehnen sie eine Neuaufnahme von pränataldiagnostischen Verfahren mit selektiver Zielsetzung in die Regelversorgung entschieden ab: »Tests auf Behinderungen stellen diese prinzipiell als verhinderungswürdig heraus. Wenn diese in die Regelversorgung übernommen werden, suggeriert das den Schwangeren, der Gesellschaft und den Menschen, die mit dieser Behinderung leben, dass gesellschaftlich anerkannt und angestrebt wird, die Geburt von Menschen mit dieser Behinderung zu verhindern« (AKF et al. 2017). Es sei zentral, dass Menschen mit den Abweichungen, nach denen pränataldiagnostische Verfahren suchen, in die gesamtgesellschaftliche Debatte miteinbezogen werden.

Andere kritische Positionen halten ein Verbot von NIPT auf Basis der derzeitigen Rechtsgrundlage für nicht möglich und plädieren für eine Anpassung des Gendiagnostikgesetzes. Derzeit sind pränataldiagnostische Verfahren mit einigen Einschränkungen grundsätzlich erlaubt. Dies solle umgekehrt werden dahin, dass pränataldiagnostische Verfahren grundsätzlich nicht angewandt werden dürfen, sondern nur in Sonderfällen. Eine schwangere Frau müsste dann vor der Durchführung von pränataldiagnostischen Verfahren darlegen, dass sie eine Schwangerschaft mit einem behinderten Kind abbrechen müsste

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

wegen der daraus für sie resultierenden psychischen und/oder physischen Belastungen. In diesem Sinne schlägt der Fachanwalt für Medizinrecht Oliver Tolmein vor: »Besser wäre, wenn das Gendiagnostikgesetz formulieren würde: Eine Pränataldiagnostik findet grundsätzlich nicht statt, außer in Konstellationen, wie sie jetzt der Paragraph 218a Abs. 2 formuliert – nur dass es dann eben vor der Pränataldiagnostik um eine drohende psychische Erkrankung gehen würde; Pränataldiagnostik dürfte also nur dann gemacht werden, wenn klar ist: Diese Frau hält es psychisch nicht aus, ein behindertes Kind zu bekommen« (Wagenmann 2012, S. 34).

Diese skizzierten Ansätze zum Umgang mit Pränataldiagnostik im Allgemeinen und den NIPT im Speziellen geben die Positionen von organisierten und oft sehr fachkundigen Personen wieder. Wie aber sehen Angehörige von Menschen mit den Behinderungen, auf die NIPT zielen, die neuen Testverfahren? Es gibt bislang keine Befragungen von Elternpaaren zu diesem Thema, sondern ausschließlich von Müttern. In den USA befragte Mütter von Kindern mit Down-Syndrom sehen dabei die nichtinvasiven Bluttests zwiespältig (Kellogg et al. 2014). Einerseits könnte sich eine Mehrheit (59 %) vorstellen, zukünftig selbst einen solchen Test in Anspruch zu nehmen. Mehr als zwei Drittel der Befragten (67 %) befürworten zudem, dass nichtinvasive Tests für alle Frauen zur Verfügung stehen sollten. Andererseits befürchten sie negative gesamtgesellschaftliche Konsequenzen durch die Verfügbarkeit der pränatalen, nichtinvasiven Gentests. So nehmen sie an, dass der Test zu einer erhöhten Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen nach der Diagnose von fetalem Down-Syndrom führt (88 %), dass er die soziale Benachteiligung von Menschen mit Down-Syndrom verstärkt (57 %) und die Bereitstellung von staatlichen Hilfen für Menschen mit Down-Syndrom verringert (64 %).

Dass die befragten Mütter einerseits eine freie Zugänglichkeit des Tests befürworten und andererseits um seine gesellschaftlichen Folgen fürchten, mag sich dadurch erklären lassen, dass der Test für sie nur eine untergeordnete Rolle bei der Entscheidung für oder gegen ein Kind mit Down-Syndrom spielt. Nur eine Minderheit der Befragten nahm an (16 %), dass die Verfügbarkeit des Tests der wichtigste Faktor ist, der die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nach einer fetalen Down-Syndrom-Diagnose bestimmt. Vielmehr hielt jeweils annähernd ein Drittel in der Frage des Schwangerschaftsabbruchs entweder die individuellen moralischen oder religiösen Überzeugungen für entscheidend (36 %) oder die der Familie zum Diagnosezeitpunkt bereitgestellten Informationen (30 %; Kellogg et al. 2014).



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Situation von Menschen mit Behinderungen in den letzten Jahrzehnten sowohl hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen als auch hinsichtlich ihrer beruflichen Teilhabe deutlich verbessert hat. Menschen mit angeborenen Behinderungen stellen in der großen Gruppe der schwerbehinderten Menschen in Deutschland eine kleine Minderheit dar. Viele zivilgesellschaftliche Akteure sehen in der pränataldiagnostischen Suche nach Feten mit Abweichungen eine Diskriminierung und positionieren sich gegen die breite gesellschaftliche Nutzung von Pränataldiagnostik. Angehörige von Menschen mit Down-Syndrom, als Menschen mit einer genetischen Besonderheit, die pränatal besonders im Fokus steht, sehen die neuen, nichtinvasiven Verfahren deutlich ambivalenter. Sie halten die Tests nicht für den zentralen Einflussfaktor, der darüber entscheidet, wie viele Babys mit Down-Syndrom zukünftig geboren werden.

### 4.2.6 Herstellerunternehmen von NIPT

Wie im Kapitel 2.1.2 dargestellt, gibt es in Deutschland eine rege Nachfrage nach pränataldiagnostischen Zusatzleistungen, die durch die Schwangere individuell zu finanzieren sind. Beispielhaft zeigt sich das Nachfragepotenzial an den Berichten einzelner Hersteller bzw. Arztpraxen mit pränataldiagnostischem Schwerpunkt. So gibt die Firma LifeCodexx als Herstellerin des PraenaTests anlässlich des 5. Jahrestages ihres Markteintrittes an, im entsprechenden Zeitraum »mehr als 80.000 PraenaTest-Analysen durchgeführt [zu haben]; ungefähr jede zweite Blutprobe war von einer Schwangeren aus Deutschland« (LifeCodexx 2017). Die Zahl der den PraenaTest in Deutschland durchführenden Praxen und Kliniken sei in den 5 Jahren von etwa 70 auf über 3.000 medizinische Einrichtungen gestiegen; ein weiteres Wachstum sei zu erwarten. Dazu passen die Angaben des Berliner Zentrums für Pränataldiagnostik und Humangenetik Kuddamm-199, dass sich die Zahl der bei ihnen durchgeführten Tests von 2013 mit 381 zu 2017 mit 1.968 mehr als verfünffacht hat (Stumm/Schröer 2018, S. 24).

Der deutsche Testhersteller LifeCodexx ist es auch, der ein Jahr nach der Markteinführung des Tests den Antrag auf Eröffnung eines Erprobungsverfahrens beim Gemeinsamen Bundesausschuss stellte, um eine Aufnahme des Tests in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwirken. Dass Hersteller von Medizinprodukten ein Erprobungsverfahren beim G-BA anstoßen können, ermöglicht seit 2012 das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Auch die Erstattung des Tests durch die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz geht auf einen entsprechenden Antrag von LifeCodexx zurück (LifeCodexx 2017). LifeCodexx hatte zuvor für die Entwicklung und Evaluation des PraenaTests eine finanzielle Förderung in Höhe von 224.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

erhalten (Bundesregierung 2015, S. 11). Weitere 1,4 Mio. Euro flossen in insgesamt drei Forschungsprojekte zu nichtinvasiven Pränataldiagnostikverfahren, eines davon mit explizitem Fokus auf die vorgeburtliche Erkennung einer fetalen Trisomie 21 (Bundesregierung 2015, S. 10 f.). Auch die Forschungsförderung der Europäischen Kommission finanzierte die Entwicklung nichtinvasiver Pränataldiagnostik durch das interdisziplinäre Netzwerk SAFE (Special Non-invasive Advances in Fetal and Neonatal Evaluation) mit 12 Mio. Euro (Chitty et al. 2008, S. 83).

Die öffentliche Finanzierung und der Einfluss der Herstellerunternehmen auf eine mögliche Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung macht aus Sicht der Kritiker/-innen deutlich, »dass die Herstellerfirmen bis heute die Etablierung der Tests bestimmen« (Könninger und Braun 2017b). Solche kritischen Positionen zum politischen Einfluss der Testhersteller finden sich auch im Deutschen Ärzteblatt, das an alle Ärzte und Ärztinnen gesendet wird und eine breite Leserschaft hat: »Es kann und darf nicht sein, dass Privatunternehmen die Schwangerenvorsorge in einen Absatzmarkt verwandeln, der politisch und berufsrechtlich weitgehend unkontrolliert und so beschleunigt ist, dass keine Zeit zum Nachdenken bleibt« (Feyerabend und Huster-Sinemillioglu 2014, S. A1806). Zudem sei eine grundsätzliche Reflexion darüber vonnöten, inwiefern staatliche Forschungsförderung wissenschaftliche und wirtschaftliche Unternehmungen unterstützt, die gesellschaftliche Werturteile über Behinderungen vorweg nehmen: »Am Beispiel des PraenaTests wird einmal mehr deutlich: Nicht das einzelne Produkt ist auf die ethischen und körperpolitischen Konsequenzen hin zu befragen, sondern eine Forschungs- und Förderungspolitik, die sehr vielfältig die Entwicklung molekularer Analysemethoden mit bedenklichen Qualitätsurteilen fördert« (Feyerabend 2014, S. 137).

Diese Sicht schließt an eine breitere Debatte in der Medizin an, die die Rolle von Unternehmen in der Entwicklung, Ausgestaltung, Verbreitung und Evaluation von pränataldiagnostischen Verfahren thematisiert. So heben Befürworter einer starken Rolle von medizintechnischen Unternehmen in der Entwicklung neuer Diagnoseverfahren hervor, dass die finanziellen und personellen Ressourcen von Unternehmen eine schnelle und umfassende Ausgestaltung und Übernahme neuer Techniken in den medizinischen Markt erst möglich machen. Die finanzielle Macht von Unternehmen in der Förderung von medizinischer Forschung, die neue fortpflanzungsmedizinische Techniken und Verfahren entwickelt, sichert ihnen einen großen Einfluss. Diesen Einfluss sehen die Kritiker mit Sorge, denn neben der Forschungsförderung engagieren sich finanzstarke Medizinunternehmen auch in der Blockade von Innovationen – beispielsweise, wenn diese den eigenen Marktanteil gefährden: »Die größeren Unternehmen können die Entwicklung neuer Methoden und Verfahren gefährden, indem sie gegen neue Akteure auf dem Markt prozessieren. Kleinere Labore oder Firmen können die Prozesskosten nicht aufbringen und ziehen sich aus der Entwick-



lung zurück« (eigene Übersetzung von: Evans und Vermeesch 2016, S. 1175).<sup>67</sup> In den USA ist die Auseinandersetzung mit Interessenkonflikten die aus einer Förderung medizinischer Forschung durch die Industrie resultieren können, weiter fortgeschritten als in Deutschland, aber auch in Deutschland wird sie zunehmend geführt (Becker-Brüser 2010; Ganser 2011; Klemperer 2009).

Welche wirtschaftlichen Interessen hinter medizinischen und diagnostischen Neuerungen stecken, zeigen aktuelle Rechtsstreits. In den USA gibt es derzeit medienwirksame gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Testherstellern, in denen es um die Verletzung von Patentrechten geht. Zu Beginn des Jahres 2018 wurde die Firma Roche zur Zahlung von 27 Mio. US-Dollar an den Konkurrenten Illumina verurteilt. Auch vor deutschen Gerichten läuft ein vergleichbarer Rechtsstreit (Baldus 2016; Laqua 2018). Dabei wird deutlich, dass medizinisches und unternehmerisches Handeln unterschiedlichen Handlungsmaximen folgen: Schadensabwendung auf der einen Seite, Gewinnstreben und Profitmaximierung auf der anderen (Beck-Gernsheim 2016, S. 111 f.).

Die schwierige Vereinbarkeit medizinischer und wirtschaftlicher Handlungsmaximen wird auch in der öffentlichen Darstellung der Testverfahren deutlich. So belegen zwei voneinander unabhängige Untersuchungen (Farrell et al. 2015; Skirton et al. 2015), dass die Darstellung der Tests auf den Webseiten der Hersteller inhaltliche Lücken aufweist. Beispielsweise legen viele Herstellerunternehmen keine Nachweise zu den dargestellten Informationen vor. Bei der Hälfte der untersuchten Webseiten fehlte der Hinweis, dass zur Überprüfung der Ergebnisse eines NIPT ein invasives Verfahren nötig ist. Ebenfalls über die Hälfte der Webseiten zu NIPT gaben falsche Testgütern an. Nur jede sechste Webseite informierte, dass NIPT nur einen Teil der angeborenen Anomalitäten erfassen, und nur jede zwanzigste Webseite klärte darüber auf, dass unklare Testergebnisse bzw. Testausfälle möglich sind (Skirton et al. 2015). »Die auf vielen Webseiten dargestellten Informationen entsprechen nicht den berufsständischen Empfehlungen. Vonnöten sind Leitlinien, die dafür sorgen, dass Herstellerfirmen von Pränataltests im Internet sachlich richtige und verständliche Informationen bereitstellen« (eigene Übersetzung von: Skirton et al. 2015, S. 1167).<sup>68</sup> Zu einem ähnlichen Fazit kommen Farrell et al. (2015) in ihrer Untersuchung von Webseiten von Testherstellern und Analyselaboren. Explizit für den deutschsprachigen Raum haben Baldus et al. (2016, S. 60 f.) die Testinformationen von sechs NIPT-Herstellerunternehmen verglichen. Die Autor/-innen konstatieren analog zu Skirton et al. (2015) unter anderem eine lückenhafte

---

67 Im Original: »The bigger companies can threaten the development of the new methods and protocols by suing new players. Smaller laboratories or companies cannot pay the litigation costs and refrain from developments.«

68 Im Original: »The information provided on many websites does not comply with professional recommendations. Guidelines are needed to ensure that companies offering prenatal testing via the internet provide accurate and comprehensible information.«

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Darstellung der Evidenz der Tests und eine Verschleierung der selektiven Konsequenzen der Tests.

Generell betonen die Testhersteller in ihrer öffentlichen Darstellung ausschließlich die positiven Folgen, die mit einem unauffälligen Testergebnis verknüpft sind. So betonen sie, dass ihre Produkte dazu dienen, Wissen und Informationen über die Schwangerschaft zu gewinnen und Gewissheit über die Gesundheit des werdenden Kindes zu erlangen. Sie heben damit auf die Kontrolle und Steuerbarkeit eines biologischen Prozesses ab, der durch die Tests keinesfalls gelenkt, sondern lediglich überprüft werden kann: »Konstruiert werden Erzählfiguren von verantwortungsvollen und beschützenden Müttern, die sich umfassend informieren und keine Wissenslücke riskieren. Wissen figuriert dabei als Ermächtigungsmittel, es ist empowering, heißt es etwa bei Sequenom. Wozu die Ermächtigung dient, bleibt unausgesprochen« (Baldus 2016, S. 11).

Auch das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik und das Genethische Netzwerk monieren die Selbstdarstellung verschiedener Testhersteller. Im Juni 2014 legten die zwei Netzwerke gemeinsam eine Beschwerde beim Deutschen Werberat gegen die Werbeprospekte und Onlinewerbung verschiedener Hersteller für pränataldiagnostische Bluttests ein. Die Werbung sei ableistisch, reduziere also Menschen auf ihre körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und werte Menschen mit Beeinträchtigungen als minderwertig ab: »In dem hier beanstandeten Werbematerial wird durchweg als selbstverständlich vorausgesetzt, dass Menschen mit bestimmten genetischen Abweichungen beziehungsweise mit den damit verbundenen Beeinträchtigungen minderwertig sind – aber eben ohne diese Botschaft auch nur mit einem Satz direkt auszusprechen« (Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik und Genethisches Netzwerk 2014). In seiner Antwort gibt der Deutsche Werberat an, in der beanstandeten Werbung keine Formulierungen erkennen zu können, die Menschen mit Down-Syndrom herabwürdigen: »Ob solche Tests an sich wünschenswert sind, vermag der Deutsche Werberat nicht zu beurteilen. Hierbei handelt es sich um grundsätzliche gesellschaftspolitische Debatte« (Deutscher Werberat 2014).

In der Gesamtheit scheint der Markt für nichtinvasive Pränataltests auch in Deutschland ein Wachstumsmarkt zu sein, den die Hersteller durch den Antrag auf Eröffnung des Erprobungsverfahrens beim G-BA weiter auszubauen suchen. Sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch von zivilgesellschaftlichen Verbänden wird die Rolle der Herstellerunternehmen bei der Etablierung der Tests und hinsichtlich der öffentlichen Darstellung der Tests kritisch gesehen.

---

### 4.2.7 Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Sommer 2016 ein Methodenbewertungsverfahren für nichtinvasive Pränataltests eröffnet (G-BA 2016a), das bei einem positiven Entscheid die Finanzierung dieser Tests für Risikoschwangere im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen zukünftig ermöglichen kann (Kap. 3.1.4). Die Entscheidung soll bis Sommer 2019 fallen. An der Eröffnung des Methodenbewertungsverfahrens zu den NIPT gab es rege Kritik, unter anderem von einem Zusammenschluss von kirchlichen, technologiekritischen, in der Schwangerenbegleitung und/oder Behindertenvertretung aktiven Vereinen (Gen-ethisches Netzwerk et al. 2016) sowie von Bundestagsabgeordneten verschiedener Fraktionen (Hüppe et al. 2016).

Josef Hecken, der seit 2012 Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses ist und in dieser Funktion das Methodenbewertungsverfahren eröffnet hat, sieht die Kritik als teilweise ungerechtfertigt an. In einem Interview verteidigte er sich gegen die Vorwürfe im Zusammenhang mit dem Methodenbewertungsverfahren und bezeichnete die öffentliche Debatte um NIPT »teilweise als verlogen, wenn es um Menschenwürde und Behinderung geht« (Deckers und Mihm 2016). Es sei nicht zu verantworten, werdenden Eltern einen weitgehend nebenwirkungsfreien Test vorzuenthalten, wenn sie zugleich die invasiven Verfahren mit den mit ihnen einhergehenden höheren Risiken im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten bekommen könnten. Da der Test längst auf dem Markt für jene Frauen verfügbar ist, die ihn bezahlen können und wollen, sei es »nicht nur Doppelmoral, sondern auch Zwei-Klassen-Medizin«, wenn finanziell schlechter gestellte Frauen die risikoreichere Fruchtwasseruntersuchung in Kauf nehmen müssten (Deckers und Mihm 2016).

Mit Blick auf den offenen Brief der Bundestagsabgeordneten hob er hervor, dass es der Bundestag selbst war, der Herstellern von Medizinprodukten die gesetzliche Möglichkeit eröffnet hat, einen Antrag auf Eröffnung eines Methodenbewertungsverfahrens stellen zu können. Dies geschah im Jahr 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Vor diesem Hintergrund hätte der G-BA das Methodenbewertungsverfahren nicht aus ethischen Gesichtspunkten ablehnen können, wie von einigen Kritiker/-innen gefordert. Das ethische Problem sieht Hecken eher darin, den Test nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten: »Ich hielte es für unethisch, wenn wir es nach einem positiven Ergebnis des umfassenden Methodenbewertungsverfahrens bei der Fruchtwasseruntersuchung mit ihren Risiken belassen und auf ein risikoärmeres Verfahren verzichten würden, womöglich um Frauen abzuschrecken« (Deckers und Mihm 2016).

Während das Interview Heckens persönliche Ansichten wiedergibt, hat sich auch der G-BA als Gremium zu den Vorwürfen positioniert. Der G-BA nimmt die »Gefahr der selektiven Verhinderung von Schwangerschaften, insbesondere

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

mit fetaler Trisomie 21« (G-BA 2016a) ernst, sieht aber »gerade weil fundamentale ethische Grundfragen unserer Gesellschaft berührt sind« den parlamentarischen Gesetzgeber in der Pflicht, »hier Grenzen und Bedingungen zu definieren« (G-BA 2016b). Das Methodenbewertungsverfahren ziele darauf, ein neues Untersuchungsverfahren oder Medikament auf seinen medizinischen Nutzen im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen zu befragen und nicht über die ethische Vertretbarkeit und die gesellschaftliche Wünschbarkeit dieser Verfahren und Medikamente zu urteilen. Dies sei Aufgabe eines gesellschaftlichen Diskurses, der im Bundestag entschieden werden solle: »Klare und eindeutige Antworten, die für uns handlungsleitend sein könnten, fehlen aber bislang« (G-BA 2016b). Diese Einschätzung, dass es eine Überfrachtung des Gremiums sei, wenn es die ethischen und grundlegend gesellschaftlichen Fragen mitverhandeln müsste oder sollte, wird von einigen Autoren geteilt (Huster 2017; Wagenmann 2012). Um der ethischen Dimension dennoch gerecht werden zu können, plante der G-BA »bedeutsame gesellschaftliche Organisationen wie beispielsweise den Deutschen Ethikrat« (G-BA 2016b) in das Methodenbewertungsverfahren einzubeziehen. Der Ethikrat lehnte eine Teilnahme am Methodenbewertungsverfahren mit Verweis auf seine Stellungnahme von 2013 gleichwohl ab.<sup>69</sup>

Der G-BA sieht sich öffentlicher Kritik ausgesetzt für die Eröffnung des Methodenbewertungsverfahrens zu NIPT für Risikoschwangere für fetale Trisomie 13, 18 und 21. Dieser Kritik begegnet er durch öffentliche Stellungnahmen, in denen er darauf verweist, dass die Verantwortung für eine breite gesellschaftliche Debatte nicht beim G-BA, sondern beim Parlament und bei den Ethikräten liege.

---

#### 4.2.8 Bevölkerung und Öffentlichkeit

Behinderung ist etwas, das gesellschaftlich als nah und fern zugleich wahrgenommen wird. Nah, da ein großer Teil der Bevölkerung Menschen mit Behinderungen aus seinem persönlichen Umfeld kennt. So hat mehr als jede/-r fünfte Bürger/-in hat in seiner Familie oder seinem Verwandten- und Bekanntenkreis Kontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung<sup>70</sup> (22%), und etwa ebenso viele Bürger/-innen kennen aus ihrem persönlichen Umfeld einen Menschen mit ausschließlich körperlicher Behinderung (18%; Lebenshilfe 2014, S.3). Diese Daten zeigen, dass ein großer Teil der Bevölkerung mit Beeinträchti-

---

69 Diese Information stammt aus einem Telefonat mit Herrn Dr. Vetter, dem Leiter der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates, vom 5. Juli 2018.

70 Der Begriff »geistige Behinderung« wird von einigen Betroffenen abgelehnt. An dieser Stelle wird er dennoch verwendet, um die Wortwahl der Befragung, die im Auftrag der Lebenshilfe durchgeführt wurde, wiederzugeben.



gungen und Behinderungen vertraut ist – entweder durch sein persönliches Umfeld oder als direkt Betroffene (Prütz und Lange 2016).

Gleichzeitig erscheint Behinderung vielen Menschen auch als etwas Fernes, das Mitleid und Berührungsängste weckt. So zeigte das das Demoskopie-Institut Allensbach in einer repräsentativen Befragung, welche Begriffe deutsche Bürger/-innen mit Menschen mit geistiger Behinderung verbinden (Lebenshilfe 2014). Die große Mehrheit der Befragten sah geistig Behinderte als »hilfsbedürftig« an (88 %), etwas mehr als die Hälfte der Befragten verband zudem die Begriffe »lebensfroh« (57 %), »ausgegrenzt« und »Mitleid« (jeweils 56 %) mit Menschen mit geistiger Behinderung. Jede(r) Zweite (49 %) gab an, gegenüber geistig behinderten Menschen Berührungsängste zu empfinden (Lebenshilfe 2014, S.7). In einer Befragung im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle geben sogar drei Viertel (73 %) der Bürger/-innen an, »es einfach nicht gewohnt zu sein, mit Behinderten unverkrampft umzugehen«. Gleichzeitig, so die sehr große Mehrheit der Befragten (92 %), benötigten Behinderte besonderen Schutz, »weil sie sich selbst nicht helfen können«. Im Berufsleben hätten Menschen mit Behinderung deshalb nur wenig Chancen (so 84 % der Befragten; Flaig 2009, S.76).

Diese Einschätzung von Menschen insbesondere mit kognitiven und Lernbeeinträchtigungen illustrieren, was sozialwissenschaftliche Forscher als defizitorientierte Sicht auf Behinderung beschreiben. Während Menschen ohne Behinderung oftmals in erster Linie die mit einer Behinderung einhergehenden Einschränkungen und Unterschiede sehen, also darauf fokussieren, was Behinderten im Vergleich zum Nichtbehinderten fehlt, stellen Menschen mit Behinderungen eher ihre individuellen Ressourcen und Fähigkeiten in den Vordergrund. Für sie sind die von Dritten wahrgenommenen Einschränkungen alltäglich, weil gegeben, und durch ihre Ressourcen potenziell auszugleichen. So nehmen sich Menschen mit Behinderungen als ebenso wertvoll, positiv eingestellt und mit guten Eigenschaften ausgestattet wahr wie Nichtbehinderte (van den Daele 2005, S.227).

Auch wenn Menschen ohne Behinderung ihre Mitbürger/-innen mit Behinderung zumeist vor allem über ihre Beeinträchtigungen charakterisieren, hat sich die gesamtgesellschaftliche Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung hin zu einer größeren Offenheit und Akzeptanz verändert. So befürworten in repräsentativen Umfragen über 80 % die schulische Integration von Kindern mit Behinderung in Regelschulen, über 90 % haben nichts gegen eine Nachbarschaft mit Behinderten und über 80 % nichts gegen die Anwesenheit von geistig Behinderten im gemeinsamen Urlaubshotel einzuwenden (van den Daele 2005, S.241 ff.). Die tatsächlich gelebte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sieht die Hälfte der Bevölkerung als verbesserungswürdig an (46 %). Konkreten Verbesserungsbedarf sieht die Bevölkerung bei der Verkehrsmittelnutzung (78 %) und hinsichtlich der Gleichberechtigung am Arbeitsplatz (68 %; IfD Allensbach 2011).

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Gleichzeitig halten es große Mehrheiten der Bevölkerung für normal und akzeptabel, wenn eine Frau ihre Schwangerschaft aufgrund von Fehlbildungen des Kindes abbricht. So geben zwei Drittel (65 %) der im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes Befragten an, es in Ordnung zu finden, »wenn eine Frau, die ein behindertes Kind erwartet, abtreibt« (Flaig 2009, S. 77). In anderen Erhebungen liegen die Zustimmungsraten noch deutlich höher. So gaben in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung ALLBUS des GESIS-Instituts 88 % der Befragten an, dass es erlaubt sein sollte, die Schwangerschaft abzubrechen, »wenn das Baby mit hoher Wahrscheinlichkeit eine ernsthafte Schädigung haben wird«. Eine Minderheit von 12 % der Befragten lehnte dies ab (GESIS 2013). Damit stand ein »geschädigtes Baby« an dritter Stelle der Zustimmung zu möglichen Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch. Ein noch größerer Anteil der Befragten wollte einen Schwangerschaftsabbruch lediglich bei einer Gesundheitsgefährdung der Frau durch die Schwangerschaft (95 %) bzw. bei einer Schwangerschaft infolge einer Vergewaltigung (90 %) erlauben. Gefragt nach dem Zeitraum, in dem ein Schwangerschaftsabbruch bei einem Ungeborenen mit angeborenen Abweichungen möglich sein sollte, gab über die Hälfte an, dieser solle jederzeit möglich sein (51 %), ein gutes Drittel plädierte für eine Begrenzung auf die ersten drei Schwangerschaftsmonate (38 %) und 11 % lehnten den Abbruch unabhängig vom Zeitpunkt ab (GESIS 2013). Ähnliche Zustimmungsraten berichten auch Meidert und Nebel (2013).

Diese Dualität von einer einerseits positiven Einschätzung von gesellschaftlicher Inklusion von Menschen mit Behinderung und andererseits der großen Zustimmung zum (zeitlich unbegrenzten) Abbruch von Schwangerschaften mit behinderten Feten mag widersprüchlich erscheinen. Van den Daele (2005, S. 243) sieht dies als zwei getrennte Phänomene und folgert, »dass auch in der Bevölkerung die *Ablehnung der Behinderung*, die sich in den hohen Abtreibungsraten nach pränatalem Befund spiegelt, tatsächlich nicht die *Ablehnung behinderter Menschen* bedeutet« (Hervorhebung im Original).

Was bedeutet diese gesamtgesellschaftlich ambivalente Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung für die Einführung den neuen nichtinvasiven Bluttests? Ist die ambivalente Sichtweise auf Behinderung Ausgangspunkt oder Ergebnis der pränataldiagnostischen Fortschritte?

Ein wirklich breiter gesellschaftlicher Diskurs zu pränataler Diagnostik, den neuen Verfahren und den sozialen Folgen und ihrer Erwünschtheit hat in Deutschland noch nicht stattgefunden, während es in den bioethischen und sozialwissenschaftlichen Fachöffentlichkeiten international rege Diskussionen über NIPT gibt und gegeben hat (Farrimond und Kelly 2013). Kritische Stimmen sehen die rasche Markteinführung der Verfahren einschließlich der finanziellen Unterstützung der Testentwicklung durch die Bundesregierung als wesentliche Ursache für die fehlende öffentliche Diskussion: »Ob diese Art Test auf den Markt kommen sollte, konnte nicht Gegenstand einer breiten gesellschaft-

lichen Debatte werden. So wurden mit Produktentwicklung und Markteinführung bereits Fakten geschaffen, ohne dass es zuvor eine gesellschaftliche Reflexion darüber gegeben hätte, ob die Gesellschaft den damit eingeschlagenen Weg wirklich gehen will« (Könninger und Braun 2017b, S. 8).

Öffentliche Impulse zu einer Debatte gab es zu zwei Zeitpunkten, stellen Braun und Könninger fest. Die erste »unaufgeforderte und antagonistische« Intervention der Zivilgesellschaft fand zum geplanten Markteintritt des Praena-Tests im Jahr 2011 statt und die zweite zur Eröffnung des G-BA-Verfahrens im Sommer 2014. Beide Interventionen problematisierten den NIPT, erreichten aber lediglich die Aufmerksamkeit interessierter Teilöffentlichkeiten. Eine breite Debatte konnten diese Interventionen daher nicht ersetzen: »Für die Auseinandersetzung mit den vielbeschworenen ethischen und gesellschaftlichen Grundsatzfragen fühlt sich niemand wirklich zuständig. Bundestag und Ethikrat sind auf die Einladung, die gesellschaftliche Debatte zu initiieren, bisher nicht eingegangen« (Braun und Könninger 2017b, S. 14).

In den bisherigen (teil)öffentlichen Debatten, die ab dem Jahr 2011 von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Mitgliedern des Deutschen Bundestages angestoßen wurden, spielten laut der Analyse von Braun und Könninger (2017b, S. 10 f.) fünf Themen eine zentrale Rolle: (1) der Lebensschutz, also die Kritik an Schwangerschaftsabbrüchen im Allgemeinen, (2) die Sorge vor einer Verstärkung von Diskriminierung und Ableism<sup>71</sup>, (3) die Medikalisierung der Schwangerschaft durch die Gleichsetzung von Schwangerschaft mit Krankheit und Risikomanagement, (4) die Entsolidarisierung der Gesellschaft u. a. durch eine Verschiebung der Verantwortlichkeiten auf die individuelle Ebene und (5) die Herausforderung des »information overload« durch die Ausweitung des Diagnosespektrums der Tests und die damit steigenden Anforderungen an Aufklärung und Beratung. Parallel dazu stand und steht die Frage im Raum, ob NIPT einen medizinischen Zweck verfolgen. Dazu stehen sich zwei gegensätzliche Positionen gegenüber, von denen die eine postuliert, dass NIPT für medizinische Zwecke verwendet werden sollten, jede darüberhinausgehende Anwendung aber ethisch problematisch ist (etwa zur Geschlechtsbestimmung). Die gegenteilige Position sieht überhaupt keinen medizinischen Nutzen von NIPT, weil diese keine therapeutischen Optionen eröffnen, sondern lediglich die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruches (Braun/Könninger 2017b, S. 11).

Zur Haltung der Bevölkerung gibt es bislang kaum Erhebungen. Erste qualitative Studien aus den Niederlanden und Großbritannien zeigen teils sehr gegensätzliche Positionen der Befragten (Farrimond und Kelly 2013; van Schendel et al. 2014). Farrimond und Kelly (2013; siehe auch Kelly und Farrimond 2012)

---

71 *Ableism* beschreibt die Bewertung eines Menschen(lebens) anhand der Fähigkeiten, über die ein Mensch verfügt. Eine Person, die – beispielsweise aufgrund einer Behinderung – über andere Fähigkeiten verfügt, als die als wertvoll angesehenen, erscheint nach dieser Denkweise als minderwertig und ausschlusswürdig (Wolbring 2009).

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

ermittelten vier grundsätzliche Meinungsgruppen. Die erste Gruppe sah in NIPT eine Diskriminierung von Behinderten, da sie die Möglichkeit der pränatalen Selektion eröffneten (38 % der Befragten). Die individuelle Lebenszufriedenheit stehe nicht in Abhängigkeit von den jeweiligen körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, betonten Vertreter dieser Position. Zudem befürchtete diese Gruppe eine Ausweitung der Tests auf nicht krankheitsbezogene Eigenschaften und eine Veränderung des gesellschaftlichen Klimas hin zu einer rein leistungsorientierten Sicht auf den Menschen.

Die zweite Meinungsgruppe sah NIPT keinesfalls als Diskriminierung, sondern als zu begrüßende klinische Anwendung, die die werdenden Eltern entlasten und beruhigen könne (28 % der Befragten). Eine Ausweitung auf möglichst viele schwere Krankheiten wurde begrüßt. Die dritte Gruppe sah die Anwendung von NIPT für schwere Krankheiten ebenfalls positiv (8 % der Befragten), betonte dabei jedoch gleichzeitig eine Begrenzung der gescreenten Krankheitsbilder, z. B. sollten im Erwachsenenalter auftretende Krankheiten nicht Teil des Tests sein dürfen. Die vierte und letzte Gruppe legte den Fokus auf die freie Wahl des Einzelnen und lehnte Überlegungen hinsichtlich »Designerbabys« nicht grundsätzlich ab (4 %). Alle vier Meinungsgruppen lehnten eine Anwendung von NIPT außerhalb des klinischen Bereichs (etwa durch kommerzielle oder Direct-to-Consumer-Angebote) ebenso wie eine Pflicht zum Testen grundsätzlich ab (Farrimond und Kelly 2013). In der niederländischen Studie von van Schendel et al. (2014) zeigten sich ähnliche Positionen. Daraus lässt sich schließen, dass sie nicht auf die jeweilige nationale Bevölkerung beschränkt sein dürften.

Die Positionen in der Bevölkerung bilden sich, so ist anzunehmen, auf der Basis eigener Wertvorstellungen, Erfahrungen und im Dialog mit dem sozialen Umfeld und werden durch die Medienberichterstattung beeinflusst. Wie aber thematisieren deutsche Medien die nichtinvasiven Pränataltests? In der medialen Berichterstattung zur Markteinführung nichtinvasiver genetischer Pränataltests herrscht eine Darstellung vor, die die Pränataltests einerseits als im Vergleich zu invasiven Verfahren als individuell risikoarm und andererseits als gesamtgesellschaftlich risikoreich darstellt. Dabei erscheinen die Tests hinsichtlich ihrer potenziell selektiven Wirkung, der massiven Erhebung von genetischen Informationen und der Verstärkung des elterlichen Wunsches nach einem »perfekten Kind« als Bedrohung (Sänger 2013, 2014). Während (werdende) Eltern und Mütter in der Berichterstattung zu NIPT kaum zu Wort kommen, stehen sie doch für die meisten Journalisten in der Hauptverantwortung: »Eltern werden als individuell verantwortlich für Selektion und steigende Abtreibungszahlen präsentiert« (Sänger 2013, S. 21).

Über das Leben als Mensch mit Down-Syndrom oder als Familie mit einem Kind mit Down-Syndrom erfährt man in der medialen Berichterstattung hingegen wenig. Auch spielt das Thema der gesellschaftlichen Inklusion von Men-





schen mit Behinderung nur am Rande eine Rolle. »Als Leerstelle der Berichterstattung über den neuen Bluttest fällt zudem auf, dass ökonomische Fragen danach, wer wie von dem Angebot und der Einführung des Tests profitiert, keine Rolle spielen« (Sänger 2013, S.23). Kurz gefasst bleiben ökonomische und gesellschaftliche Faktoren in der medialen Berichterstattung weitgehend außen vor, und die individuelle Entscheidung der werdenden Eltern für oder gegen ein Kind mit einer pränatal erkannten Behinderung erscheint als zentrales, zu problematisierendes Element. Indem die Berichterstattung insbesondere die individuelle Selektionsentscheidung problematisiert, nimmt sie eine Haltung ein, die der breiten Zustimmung in der Bevölkerung zum selektiven Schwangerschaftsabbruch nach einem pränatalen Befund zuwiderläuft.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass in der deutschen Bevölkerung eine ambivalente Haltung gegenüber menschlichen Behinderungen vorherrscht. Einerseits wird eine breite gesellschaftliche Inklusion begrüßt, gleichzeitig aber auch die pränatale Selektion behinderter Feten gutgeheißen. Eine breite gesellschaftliche Diskussion zu den sozialen Chancen und Herausforderungen von pränataler Diagnostik allgemein und nichtinvasiven Testverfahren im Speziellen steht bislang aus. Eine größere Medienberichterstattung fand bislang in erster Linie punktuell, etwa zum Markteintritt des pränatalen Bluttests im Sommer 2012 und zum Start des Prüfungsverfahrens beim G-BA 2016 statt. Zivilgesellschaftliche Akteure und der G-BA erhoffen sich vom Parlament einen Anstoß zu einer intensiveren öffentlichen Debatte.

---

### 4.3 Gesellschaftliche Teilgruppen im Fokus der Pränataldiagnostik

Pränataldiagnostik erlaubt es, immer umfangreicheres Wissen über das werdende Kind zu erhalten. Dabei entscheiden die gesellschaftlichen Werte und Diskurse wesentlich mit darüber, welches Wissen als relevant anzusehen ist und welches nicht. Welche Eigenschaften des Kindes sind für werdende Eltern von so großem Interesse, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch motivieren können? Während in einigen asiatischen Ländern wie China und Indien auch ein gesetzliches Verbot die geschlechtsbezogene Abtreibung nicht einhegen kann, spielt in den meisten europäischen Ländern das Geschlecht keine Rolle bei der Entscheidung über die Fortsetzung der Schwangerschaft. Im Zentrum der europäischen Nutzung von Pränataldiagnostik stehen Herzfehler, Fehlbildungen des zentralen Nervensystems und genetische Abweichungen. Sowohl ein großer Teil der pränataldiagnostischen Verfahren als auch der ethischen Debatte fokussiert auf die Trisomie 21 als häufigste nicht letale, aber folgenreiche chromosomale Abweichung. In diesem Kapitel werden zunächst die gesellschaftlichen

Perspektiven auf und für Menschen mit Trisomie 21 behandelt; anschließend wird das Problem der Geschlechtsselektion mittels Pränataldiagnostik beleuchtet.

---

#### **4.3.1 Down-Syndrom im Fokus pränataler Diagnostik: gesellschaftliche Perspektiven auf und für Menschen mit Trisomie 21**

Im Zentrum der pränatalen Diagnostik – dies wird besonders beim nichtinvasiven Bluttest deutlich – stehen die autosomalen Trisomien 13, 18 und 21. Aufgrund der relativen Häufigkeit und vermutlich auch Bekanntheit steht die Trisomie 21 dabei besonders im Fokus der Diagnostik (IQWiG 2017). Die (möglichst frühe) Diagnose des Down-Syndroms spielte bereits bei der Etablierung und Ausbreitung der invasiven Pränataldiagnostik eine wichtige Rolle (Löwy 2014) – die erste durch invasive Pränataldiagnostik gestellte Diagnose war eine Trisomie 21. Die seitdem erreichten Fortschritte in der PND zielen wesentlich auch auf eine frühere und vollständigere Detektion von Feten mit Down-Syndrom. Nicklas-Faust (2014, S. 63) bewertet die Trisomie 21 deshalb als die »Leitbehinderung« für die Entwicklung der Pränataldiagnostik. Dies sei gleichwohl überraschend: »Bemerkenswert ist, dass ausgerechnet die gezielte Suche nach Menschen mit Down-Syndrom eigentlich unverständlich ist: Sie selbst wie auch ihre Familien, die das Kind mit Down-Syndrom zumeist nicht missen möchten, haben in aller Regel eine gute Lebensqualität« (Nicklas-Faust 2014, S. 68).

Auch Henn und Schmitz (2012, A1308) sehen die Fokussierung pränataler Diagnostikverfahren auf das Down-Syndrom kritisch. So halten sie mit Blick auf die nichtinvasiven Gentests fest: »Als für die betroffenen Familien verheerender Kollateralschaden wird dadurch das in der Bevölkerung ohnehin schon weit verbreitete, medizinisch wie ethisch durch nichts begründbare Bild des Down-Syndroms als diejenige Form von Behinderung verfestigt, mit der ein Kind keinesfalls geboren werden dürfe.« Menschen mit Down-Syndrom weisen einige charakteristische Merkmale auf, die sie auch für medizinische Laien recht leicht erkennbar machen, beispielsweise mandelförmige Augen, einen eher flachen Hinterkopf und eine insgesamt kleinere Statur: »Menschen mit Down-Syndrom sehen anders aus als andere. Sie sind in der speziellen und einzigartigen Situation, dass sie immer erkennbar sind, sowohl vor- als auch nachgeburtlich« (de Bragança 2014, S. 106). Dadurch, dass sie für Dritte leicht als Menschen mit Down-Syndrom zu erkennen sind, sind sie zugleich als Träger/-innen eines Merkmals zu erkennen, das vorgeburtlich diagnostiziert werden kann. Familienexterne, die Kinder mit Down-Syndrom mit einem Kommentar bedenken wie »Sowas muss doch heute nicht mehr sein«, zielen damit just auf die pränatale Erkennbarkeit und damit implizierte Vermeidbarkeit (Hallbauer 2009). Dass den Eltern mit Kindern mit Down-Syndrom in ihrem sozialen Umfeld häufig Unverständnis entgegengebracht wird, ist aus der Arbeit von Selbsthil-



feengruppen bekannt. Ob sich dieses Unverständnis kausal auf die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik zurückführen lässt, ist allerdings bislang nicht systematisch untersucht worden (Wolff und Graumann 2016, S. 10).

Während die Akzeptanz abgenommen haben mag für Eltern, die sich für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom entscheiden,<sup>72</sup> haben zugleich die medizinischen und sozialen Unterstützungsmöglichkeiten für die Familien zugenommen. Dies führt zu einem Paradox zwischen gesellschaftlicher Ablehnung und Förderung: »Es war noch nie so leicht, einen Fötus mit Trisomie 21 zu identifizieren in einer Gesellschaft, die billigt, dass diese Chromosomenstörung ein legitimer Abtreibungsgrund ist. Und es war noch nie so leicht, ein Kind mit Down-Syndrom großzuziehen in einer Gesellschaft, die, zu Recht, stolz darauf ist, dass sie sich um Inklusion bemüht« (Schulz 2017, S. 198).

Allerdings sind die medizinischen, sozialen und technischen Unterstützungsleistungen für Familien mit behinderten Kindern zwar erreichbar, erfordern jedoch nach wie vor ein konstantes Engagement und beachtliche Ressourcen von Seiten der Eltern (Giering und Hofmann 2017, S. 30). So schildern viele Eltern von behinderten Kindern ihr Familienleben als freudvoll, den beständigen Aufwand zur Beschaffung der benötigten Unterstützungsleistungen allerdings als sehr kräftezehrend. In der Kindernetzwerkstudie von 2014, der deutschlandweit größten Studie zur Lebenssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern, zeigt sich, dass die Gesundheit und das Wohlbefinden der Eltern im Vergleich zu anderen Familien deutlich schlechter ausfallen: »Die Hauptbelastungen der Familien betreffen die wirtschaftliche und die soziale Situation und weniger die Bewältigung von Krankheit und Behinderung innerhalb der Familie« (Kofahl und Lüdecke 2014, S. 21). Die Schwierigkeiten, Informationen und Beratung zu bestehenden Angeboten und Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten, stellen ebenso eine Hürde dar wie die Vielfalt der zuständigen Ansprechpartner. Beispielhaft schildert die Autorin Mareice Kaiser im Interview ihre Erfahrungen beim Aufziehen ihrer behinderten Tochter: »Wenn du ein behindertes oder chronisch krankes Kind bekommst, wirst du zur Bittstellerin. Es erfordert Mut, ein behindertes Kind zu bekommen, du musst dich immer rechtfertigen. Du brauchst für dein Kind Dinge, die andere Kinder nicht brauchen – therapeutische Hilfsmittel etwa. Und dann kommt jemand von der Krankenkasse und sagt, nein, das kriegst du nicht oder nur die schlechtere Variante davon. Das macht klein, hält klein und sorgt dafür, dass Eltern – oft sind es die Mütter – behinderter Kinder nicht arbeiten können, weil sie die ganze Zeit damit beschäftigt sind, die Bürokratie, die für die Pflege ihres Kindes nötig ist, zu bewerkstelligen. Dahinter steckt ein System, ein

---

72 Dabei handelt es sich um einen subjektiven Befund, der von interviewten Familien mit Kindern mit Down-Syndrom des Öfteren genannt wird. Eine vergleichende Untersuchung zur gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit Down-Syndrom und ihren Familien im Zeitverlauf existiert nach unserer Kenntnis nicht.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

kleines System in einem großen System in einer Gesellschaft, die keine Menschen mit Behinderung will und sie als Belastung empfindet. Der normale Vorgang, wenn ich ein Hilfsmittel bei der Krankenkasse beantrage, ist, dass es erst mal abgelehnt wird. Dann muss ich einen Widerspruch schreiben – und es wird doch bewilligt. Das kostet Geld, Zeit, Nerven und Selbstbewusstsein. Die Dinge, die man braucht, sind ja oft genau die, die eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen, etwa ein Therapiestuhl, damit meine Tochter in die Kita gehen kann. Dafür muss man ständig kämpfen« (Mayrhauser 2016).

Als einen der wichtigsten Gründe für die Nutzung von Pränataldiagnostik nannte eine Mehrheit der befragten Schwangeren, dass ein behindertes Kind ihren Lebensalltag und die Geschwisterkinder stark belasten würde (Nippert und Neitzel 2007, S. 764). Mehr als zwei Drittel (67 %) der Befragten sahen ein behindertes Kind darüber hinaus als Belastung für die eigene Partnerschaft (Renner 2006, S. 43). Die Angst davor, dass ein behindertes Kind die Familie als Ganzes, die Paarbeziehung und Geschwisterkinder strapazieren könnte, scheint weit verbreitet zu sein. Zumindest für Familien mit Kindern mit Down-Syndrom lässt sich dies empirisch jedoch kaum belegen. So unterscheiden sich Familien mit Kindern mit Down-Syndrom in ihrer Funktionsfähigkeit auf individueller, partnerschaftlicher und familiärer Ebene nicht von Familien mit Kindern ohne Down-Syndrom (van Riper et al. 1992). Auch wenn Eltern von Kindern mit Trisomie 21 teilweise eine höhere Stressbelastung zeigen, reagieren sie mit Resilienz und nach eigener Beschreibung gut oder sehr gut auf die Mehrbelastung (van Riper 2007). Insgesamt zeigt sich ein Bild von familiärer Normalität, in dem das Wohlbefinden der Familienmitglieder größtenteils von den gleichen Faktoren beeinflusst wird wie in anderen Familien. »In der Gesamtschau der Kindheit zeigt sich, dass für die meisten Familien ein Kind mit Down-Syndrom keine Last und kein reiner Empfänger familiärer Zuwendung ist. Tatsächlich scheint es einen positiven Beitrag zu leisten« (eigene Übersetzung von: Cunningham 1996, S. 89).<sup>73</sup> So sind in einer US-amerikanischen Befragung von annähernd 2.000 Eltern von Kindern mit Down-Syndrom 97 % der Befragten stolz auf ihr Kind, 99 % lieben es, und nur kleine Minderheiten schämen sich für ihr Kind (5 %) oder bereuen, es bekommen zu haben (4 %; Skotko et al. 2011, S. 2339).

Geschwister von Kindern mit Down-Syndrom haben ein positives Selbstbild, ihre Entwicklung verläuft ähnlich wie bei anderen Familien auch, und die Beziehungen innerhalb der Familie werden als ebenso gut oder sogar besser beschrieben als in Familien mit Kindern ohne Down-Syndrom (Cuskelly et al. 2009; van Riper 2000). Als herausforderndste Phase für die Eltern wird die Jugend der Kinder mit Down-Syndrom beschrieben, da diese nicht in gleichem

---

73 Im Original: »Thus the picture, in childhood, is that the child with Down syndrome is not a burden and mere recipient of family care for most families. In fact they appear to make a positive contribution.«



Maße selbstständig werden wie nichtbehinderte Jugendliche und zudem in dieser Phase häufig soziale Kontakte zu nichtbehinderten Peers verlieren (Cunningham 1996). Insgesamt werden die Ehen von Eltern von Kindern mit Down-Syndrom sogar etwas seltener geschieden als von Eltern von Kindern ohne chromosomale Abweichungen (Cunningham 1996; Urbano und Hodapp 2007). Die Befürchtungen von schwangeren Frauen mit Blick auf ein mögliches Familienleben mit einem Kind mit Down-Syndrom scheinen folglich in der Realität mehrheitlich nicht zuzutreffen.

Und wie sehen sich Menschen mit Down-Syndrom selbst? In einer Befragung im Vereinigten Königreich stellten Barter et al. (2017) fest, dass Menschen mit Down-Syndrom Trisomie 21 als etwas Chronisches, Negatives und Beschränkendes beschreiben, als etwas, das sie gegenüber anderen Menschen abwertet. Viele Befragte verneinten zugleich, selbst das Down-Syndrom zu haben. Ihr eigenes Leben nahmen sie als positiv und lebenswert wahr und stellten eigene Errungenschaften und Fähigkeiten in den Mittelpunkt. Analog zu dieser Selbstbeschreibung sehen auch viele Menschen, die beruflich oder privat häufig Kontakt mit Menschen mit Down-Syndrom pflegen, die Behinderung nicht als konstituierendes Merkmal, sondern gleichsam als einen unter vielen Aspekten, die einen Menschen ausmachen. Katja de Bragança, die gemeinsam mit Kolleg/innen mit Down-Syndrom das Magazin »Ohrenkuss« herausgibt, beschreibt ihre Sichtweise beispielsweise so: »Ich glaube, dass viele meiner Kollegen relativ ähnlich wären, wenn sie kein Down-Syndrom hätten. Und ich kann mir in guten Momenten sogar jeden von Ihnen [gemeint waren die Zuhörer des Vortrags] mit Down-Syndrom vorstellen. Das Down-Syndrom macht nur ein paar Prozent des Menschen aus« (de Bragança 2014, S. 119).

Befragt zu ihrer Position zu pränataldiagnostischen Methoden zur Detektion von Feten mit Down-Syndrom, zeigen sich Menschen mit Down-Syndrom ambivalent. Die von Barter et al. (2017) Befragten sahen pränatale Tests einerseits als Möglichkeit zur Vorbereitung auf die Geburt eines behinderten Kindes an, beschrieben diese Geburt jedoch aus Sicht der Eltern zugleich als persönliche Tragödie. »Man mag annehmen, dass pränatale Tests außerhalb der Wahrnehmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stattfinden. Allerdings scheint es, dass einige der expliziten und impliziten Botschaften in der Gestaltung und Durchführung der Tests Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durchaus erreichen« (eigene Übersetzung von: Barter et al. 2017, S. 403).<sup>74</sup>

Die pränatalen Tests stellen ein Mittel dar, vorgeburtlich Behinderungen zu erkennen, sie determiniert jedoch nicht allein, wie viele Kinder mit Down-Syndrom zur Welt kommen. Vielmehr wirkt eine Reihe von Faktoren darauf ein,

---

74 Im Original: »There may be the assumption that prenatal testing goes on without the awareness of individuals with intellectual disabilities. However, it would appear that some of the implicit and explicit messages contained within testing policies and practice do reach individuals with intellectual disabilities.«

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

wie viele Neugeborene eine Trisomie 21 aufweisen. Einige der Faktoren sind durch politische Gestaltungsentscheidungen unmittelbar beeinflussbar, andere eventuell mittelbar und einige schließlich auch nicht. Zu den Faktoren, die bestimmen, wie viele Kinder mit Down-Syndrom geboren werden, zählen (Brauer et al. 2016; Heider und Steger 2014):

- › *Das durchschnittliche Alter der schwangeren Frauen:* Je höher das Alter der schwangeren Frauen ist, desto höher fällt der Anteil der Schwangerschaften mit einem Fetus mit Down-Syndrom aus.
- › *Die Haltung der schwangeren Frauen und ihrer Partner:* Da die werdenden Eltern im Sinne der reproduktiven Autonomie über Fortsetzung oder Abbruch entscheiden, spielen ihre Haltung zu Behinderung und ihre Erfahrungen mit Menschen mit Behinderung eine zentrale Rolle.
- › *Das gesellschaftliche Klima und verfügbare Unterstützungsleistungen:* Vermutlich entscheiden sich werdende Eltern, wenn sie die Wahl haben, eher für die Geburt eines behinderten Kindes, wenn sie davon ausgehen, dass ihre Entscheidung akzeptiert oder sogar begrüßt wird und sie Unterstützungsleistungen im Bereich der medizinischen Versorgung, Bildung und Betreuung erhalten.
- › *Die Leistungsfähigkeit und Verfügbarkeit der pränatalen Diagnostik:* Je niedrigschwelliger pränatale Diagnostik ist und je effizienter sie Behinderungen detektiert, desto mehr Feten mit Fehlbildung werden diagnostiziert. Eine leistungsfähigere und niedrigschwellig verfügbare Pränataldiagnostik verringert die Zahl der geborenen Kinder mit Down-Syndrom (sofern an die pränatale Erkennung die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs geknüpft ist).
- › *Die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch:* Es ist anzunehmen, dass bei niedrigschwelliger Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch (hinsichtlich nötiger Beratung, Kosten, Indikationen, Fristenregelungen), mehr Schwangerschaften nach einem auffälligen pränatalen Befund abgebrochen werden als bei einem restriktiven Zugang.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass mehrheitlich weder Menschen mit Down-Syndrom noch Familien mit einem Kind mit Down-Syndrom unter der Behinderung zu leiden scheinen. Obwohl die soziale, medizinische und edukative Unterstützung dazu beitragen kann, dass Menschen mit Down-Syndrom ein zufriedenes und vergleichsweise langes Leben führen können, gilt das Down-Syndrom als »Leitbehinderung« der Pränataldiagnostik. Dies gilt auch und gerade für nichtinvasive Verfahren, die bei der Erkennung von fetalem Down-Syndrom deutlich höhere Sensitivitäten aufweisen als bei allen anderen gescreenten Abweichungen (IQWiG 2017).

---

### 4.3.2 Geschlechtsselektion mittels Pränataldiagnostik

Zu den Informationen, die pränatale Diagnostik hervorbringen kann, gehört das Geschlecht des werdenden Kindes. In Deutschland ist es Ärzten und Ärztinnen erst nach der vollendeten 12. SSW (p. c.) gestattet, werdenden Eltern das Geschlecht des Fetus mitzuteilen, um geschlechtsbezogene Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden. Dies gibt das Gendiagnostikgesetz in § 15 Abs. 1 vor.

In einigen Staaten ohne vergleichbar effiziente gesetzliche Regelungen sind Praktiken der vorgeburtlichen Geschlechterselektion weit verbreitet, die in einem eklatanten Ungleichgewicht hinsichtlich des Frauenanteils an der jeweiligen nationalen, aber auch an der internationalen Bevölkerung resultieren. So werden derzeit jedes Jahr über 1,6 Mio. Frauen »zu wenig« geboren. Dieses Defizit ergibt sich im Vergleich zu der erwarteten Anzahl von neugeborenen Mädchen bei einer natürlichen Geschlechterverteilung.<sup>75</sup> Etwa 90 % der fehlenden weiblichen Neugeborenen sind auf die Selektionspraktiken in China und Indien zurückzuführen. Seit den 1990er Jahren hat mit Ausbreitung und Verbesserung der pränatalen Ultraschalluntersuchungen die vorgeburtliche Geschlechterselektion insbesondere in Ländern wie Armenien, Aserbaidschan, China, Indien und Vietnam zugenommen (Bongaarts und Guilмото 2015, S.253).

Soziokulturelle Rahmenbedingungen, die eine vorgeburtliche Geschlechterselektion begünstigen, sind eine starke Bevorzugung männlicher Nachkommen, ein einfacher Zugang zu pränataler Diagnostik und eine niedrige Geburtenrate. Insgesamt beläuft sich das weltweite Defizit von Frauen – aufgrund pränataler geschlechtsbezogener Schwangerschaftsabbrüche und erhöhter weiblicher Sterblichkeit in vielen Teilen der Welt – auf derzeit über 126 Mio. (Bongaarts und Guilмото 2015). Der geschlechtsbezogene Schwangerschaftsabbruch ist in einer Mehrheit der betroffenen Länder zwar gesetzlich verboten (z. B. in Indien, China, Südkorea), findet aber dennoch weiterhin Anwendung (Das Gupta 2018). NIPT können ab der 7. Schwangerschaftswoche das Geschlecht des heranwachsenden Kindes bestimmen. Dies könnte, in Kombination mit dem Onlinehandel von nichtchirurgischen Mitteln zum Schwangerschaftsabbruch,<sup>76</sup> dazu führen, dass nichtinvasive Bluttests zur vorgeburtlichen Geschlechtsselektion genutzt werden (Osipenko und Szczepura 2011).

Wesentliche Gründe für die Bevorzugung des männlichen Nachwuchses liegen in den Normen der Agrargesellschaften. Gemäß diesen Normen verlassen Töchter nach der Heirat den elterlichen Haushalt und gehören gleichsam nicht mehr zur Familie. »Mit der Heirat gingen Frauen in die Familie des Mannes

---

75 Bei einer natürlichen Geschlechterverteilung ergibt sich ein Verhältnis von 105 bis 106 neugeborenen Jungen pro 100 neugeborenen Mädchen (Armitage und Colton 2005: »Sex Ratio at Birth«.

76 Als Beispiele für Webseiten, mittels derer Frauen unabhängig vom Herkunftsland Medikamente zum Schwangerschaftsabbruch erhalten können, siehe z. B. <https://safe2choose.org/> oder [www.howtouseabortionpill.org/](http://www.howtouseabortionpill.org/) (28.3.2019).

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

über. In der Herkunftsfamilie sorgte die Einheirat von Schwiegertöchtern für neue Arbeitskräfte, was den Wert von Söhnen erst recht unterstrich« (Das Gupta 2018, S.82).

Mit der zunehmenden Urbanisierung und der steigenden Bildung gerade auch von Frauen und Mädchen nivelliert sich in einigen der betroffenen Länder das Ungleichgewicht in der Geschlechterverteilung Neugeborener (etwa in Südkorea, z. T. auch in China und Nordwestindien). Durch die Auflösung der traditionellen Agrargesellschaften und durch die Einführung von sozialen Sicherungssystemen wie Altersrenten sind Eltern im Alter weniger auf ihre Kinder angewiesen und die Kinder können ihre Eltern unabhängig(er) von Geschlechternormen unterstützen (Das Gupta 2018).

Auch wenn Menschen aus »westlichen Ländern« Söhne gegenüber Töchtern im Allgemeinen eher nicht vorziehen, weisen einzelne Studien darauf hin, dass geschlechtsbezogene Abtreibungen bei kulturellen bzw. ethnischen Minderheiten auch in Industrieländern vorkommen (Dondorp et al. 2015, S. 1443). In Deutschland führen entsprechende gesetzliche Regelungen und die stringente Umsetzung dieser Regelungen durch Ärztinnen und Ärzte dazu, dass geschlechtsbezogenen Schwangerschaftsabbrüche kaum stattfinden können. In anderen europäischen Ländern wie der Schweiz oder Großbritannien gibt es derzeit Diskussionen darüber, ob vergleichbare Regelungen vonnöten sind (Brauer et al. 2016; Nuffield Council on Bioethics 2017a).

Zusammengefasst führen geschlechtsbezogene Schwangerschaftsabbrüche global gesehen zu einem verringerten Frauenanteil an der Weltbevölkerung und zu damit einhergehenden sozialen Problemen (Das Gupta 2018). In Europa sind geschlechtsbezogene Schwangerschaftsabbrüche ebenfalls möglich und teilweise auch dokumentiert. Andere europäische Staaten diskutieren die Einführung gesetzlicher Schutzfristen analog zur deutschen Regelung im Gendiagnostikgesetz.

---

#### 4.4 Ethische Fragen mit Blick auf PND/NIPT

Nichtinvasive Pränataltests mögen aus der Sicht vieler Schwangerer und Ärzte und Ärztinnen ein Fortschritt sein, erlauben sie doch genetische Analysen des fetalen Erbguts, ohne die Schwangerschaft durch verfahrensbezogene Risiken zu gefährden. Aus gesellschaftlicher, politischer und ethischer Perspektive fällt die Bewertung der nichtinvasiven Pränataltests und der Pränataldiagnostik als Ganzes (vielen) deutlich schwerer. Im Folgenden werden einige der ethischen Fragen und Positionen zu (nichtinvasiver) Pränataldiagnostik dargestellt. Eine konsensuale Beantwortung durch Gesellschaft und Politik ist aufgrund der



Werteunterscheide nicht möglich, und auch die Wissenschaft<sup>77</sup> kann hierauf keinen spezifischen Anspruch erheben. Ihre Aufgabe aber ist es, den notwendigen gesellschaftlichen Dialog durch die Bereitstellung von fundiertem und aufbereitetem Wissen zu informieren, so wie es der vorliegende Bericht versucht.

---

#### 4.4.1 PND als gesellschaftliches Werturteil über Behinderung?

Ein wesentlicher Punkt, der insbesondere von zivilgesellschaftlichen Vereinen, Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen vorgebracht wird, zielt auf das der Pränataldiagnostik zugrundeliegende Werturteil. So hebt beispielsweise die Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 der UN-Behindertenrechtskonvention hervor, dass zwar den einzelnen Schwangeren bzw. den einzelnen Paaren selbst keine Diskriminierung vorgeworfen werden könne, wenn sie pränataldiagnostische Verfahren in Anspruch nähmen. Die pränataldiagnostischen Verfahren selbst jedoch seien eindeutig diskriminierend: »Die Selbstverständlichkeit, mit der vorgeburtliche Untersuchungen angeboten und in Anspruch genommen werden, mit denen die Existenz von Kindern mit Behinderung vermieden werden soll, ist Ausdruck von gesellschaftlichen Lebenswerturteilen. Darin zeigt sich ihr diskriminierender Charakter« (Staatliche Koordinierungsstelle 2013, S. 6).

In der ethischen Debatte hingegen existieren unterschiedliche Einschätzungen dazu, ob Pränataldiagnostik eine Diskriminierung darstellt oder nicht (Gesang 2003). Wenn Pränatal- oder Präimplantationsdiagnostik als diskriminierend beurteilt werden, wird zunächst einmal nahegelegt, dass die Embryonen selbst, die die Anlage für eine Krankheit oder Behinderung tragen, diskriminiert werden (Berning 2011; Schockenhoff 2005). Düwell (2008) dagegen argumentiert, dass zwischen einem Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüchen aus anderen Gründen ein »fundamentaler Unterschied« in dem zugrundeliegenden »Werturteil« selbst besteht: In der Entscheidung für den Abbruch nach Pränataldiagnostik wird nicht zum Ausdruck gebracht, kein Kind haben zu wollen, sondern ein Kind mit einer solcher Behinderung nicht haben zu wollen. Ob dies als »echte Selektion« anzusehen sei, hänge davon ab, welchen moralischen Status man dem Ungeborenen zuweise. Wenn man dem Ungeborenen keinen vollen moralischen Status zuweise, könne aber zumindest von einer »Stigmatisierung von Menschen mit Behinderung« gesprochen werden (Düwell 2008, S. 214 ff.). Ähnlich argumentiert die Philosophin Weyma Lübke (2007) mit Blick auf staatliche Regulierungsaufgaben. Sie sieht im Kontext der Pränataldiagnostik zwar eine staatliche

---

77 Mit »der Wissenschaft« sind hier verschiedene Disziplinen der außer- und inneruniversitären Forschung gemeint, sowohl sozialwissenschaftliche und ethische als auch medizinische und rechtswissenschaftliche.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Verpflichtung, die reproduktive Freiheit der Eltern zu schützen, hält aber dennoch eine gewisse »Mitbetroffenheit«, die sich in den Positionen von Mitgliedern der Behindertenbewegung zeige, für nachvollziehbar: »Es geht gar nicht, advokatorisch, um die Betroffenheit des Embryos oder Fötus in seinen Rechten, sondern es geht um die eigene Betroffenheit: die Betroffenheit als Angehöriger einer Gruppe, über die (so der Vorwurf) durch Zulassung der betreffenden Verfahren von Staats wegen Unwerturteile gefällt werden. Es kommt dann gar nicht darauf an, was für einen rechtlichen oder moralischen Status die selektierte Entität hat. Entscheidend ist, dass die fraglichen Regelungen mit einer Entität, die auf die Geburt eines behinderten Kindes hinausläuft, einen anderen Umgang gestatten als mit einer Entität, die auf die Geburt eines nichtbehinderten Kindes hinausläuft« (Lübbe 2007).<sup>78</sup>

Die geltenden gesetzlichen Regelungen erlauben einen Abbruch der Schwangerschaft bei medizinischer Indikation bis zur Geburt. Menschen mit Merkmalen, die pränatal diagnostiziert und als Grundlage für Schwangerschaftsabbrüche herangezogen werden, wehren sich dagegen, dass Feten, die die gleichen Merkmale wie sie aufweisen, pränatal erkannt und infolge dessen häufig nicht ausgetragen werden (IöThE 2017; NEK 2016; Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik und Gen-ethisches Netzwerk 2014)

Ein gängiges Argumentationsmuster, das Behindertenrechtler/-innen und technologiekritische Aktivist/innen hinterfragen, liegt darin, dass es im Sinne des heranwachsenden Kindes sei, nicht geboren zu werden (Holch und Jung 2001). Schließlich führe die Abweichung zu Leiden und dies gelte es (pränatal) zu verhindern. Hetzel (2007) sieht in der umstandslosen Gleichsetzung von Behinderung und Leid eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung. Die Gleichsetzung von Leiden und Behinderung ist sprachlich tief verankert und findet sich daher häufig in der medialen Darstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen: Diese sind »an den Rollstuhl gefesselt« bzw. »leiden an« der jeweiligen Behinderung (Maskos 2015, S. 310 f.).

Auch ein Sondervotum zur Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur Zukunft der genetischen Diagnostik deutet in diese Richtung der Gleichsetzung von Behinderung und Leid. In dem Sondervotum halten acht der 26 Mitglieder fest: »Frauen, die Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, wollen damit in aller Regel ihrer allgemeinen Verantwortung für das zukünftige Wohlergehen des Kindes gerecht werden. Unter bestimmten Umständen kann das aus der Sicht der Schwangeren bedeuten, sich zuletzt gegen das Austragen des Ungeborenen zu entscheiden« (Deutscher Ethikrat 2014, S. 504).

Sigrid Graumann (2014), ebenfalls Mitglied des Deutschen Ethikrates, kritisiert die dieser Argumentation zugrundeliegende Gleichsetzung von Behinderung und Leiden, die in erster Linie aus der Sicht Nichtbehinderter formuliert

---

78 Dieser Absatz stammt mit geringen Änderungen aus dem Gutachten von Wolff und Graumann 2016.



sei und dazu diene, pränataldiagnostische Verfahren ethisch zu legitimieren. Das Leiden, das hier vorrangig verhindert werden soll, sei das Leiden der Eltern durch die Geburt eines behinderten Kindes, so Graumann (2014, S. 71). Dieser Konflikt lässt sich als Widerstreit zwischen Fürsorge für das werdende Kind und Selbstfürsorge beschreiben. »Wer sich schlicht nicht in der Lage sieht, mit einem Kind mit Behinderung zu leben, kann nicht dazu verpflichtet werden. Für die Frage, was eine Frau oder ein Paar zu können meint, sind allerdings äußere Rahmenbedingungen ausschlaggebend« (IöThE 2017, S. 10). Um folglich Eltern dazu zu ermutigen, ein Leben mit einem behinderten Kind als ein für sie lebbares, nicht primär von Leiden bestimmtes zu sehen, sind soziale, medizinische und materielle Unterstützungsleistungen vonnöten, die die zusätzlichen Erschwerisse durch ein Kind mit Behinderung abfedern.

Die Praxis der Pränataldiagnostik steht dabei insbesondere deshalb in der Kritik, weil sie in Deutschland mit der Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches verknüpft ist. Rechtlich ist ein Schwangerschaftsabbruch nach der 12. SSW p. c. gemäß § 218a Abs. 2 StGB nur dann möglich, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Diese liegt vor, wenn ein Schwangerschaftsabbruch »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«. Praktisch gilt die medizinische Indikation als lückenloser Ersatz für die bis 1995 geltende embryopathische Indikation, da beide rechtlichen Regelungen de facto Schwangerschaftsabbrüche bei fetalen Fehlbildungen ermöglichen (Beckmann 1998; van den Daele 2005; Nicklas-Faust und Wagner-Kern 2003).

Die Frage danach, ob es moralisch vertretbar ist, dass eine Schwangerschaft mit einem behinderten Fetus in Deutschland rechtlich bis kurz vor Einsetzen der Geburt abgebrochen werden kann, findet sich sowohl in medialen Positionen zum Thema als auch in wissenschaftlichen. So schreibt der Journalist Matthias Thieme (2016a), selbst Vater einer Tochter mit Down-Syndrom: »Wir schützen die Sumpfschildkröte und den Feldhamster, die Hornotter und die Rotbauchunke per Gesetz – aber bei unserer eigenen Spezies sind wir längst nicht mehr so sicher, wer noch dazugehören soll, wer gesund und effizient genug ist« (Thieme 2016a). Pränataldiagnostik unterscheidet sich von sonstigem ärztlichem Handeln dadurch, dass sie Befunde hervorbringt, die zumeist nicht geheilt werden können. Ohne die Möglichkeit einer ursächlichen Therapie der jeweils diagnostizierten Abweichung stellt sich daher für viele werdende Eltern die Frage, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder nicht. Diese Problematik besteht seit Aufkommen der Pränataldiagnostik und ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor 40 Jahren und wird seither kontrovers diskutiert: »Die Kernfrage bleibt, ob es erlaubt sein soll, menschliches Leben zu töten, nur weil es von der Norm abweicht« (Thieme

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

2016a; siehe dazu auch Nippert und Neitzel 2007, S.758). Dabei steht, wie Düwell (2008, S.216) zusammenfasst, das Gut der autonomen Entscheidung der Schwangeren über ihren Körper dem Gut des gleichen Lebensrechts eines werdenden Kindes mit Behinderungen gegenüber.

Mit Blick auf die nichtinvasiven Pränataltests stellt sich die Frage der selektiven Schwangerschaftsabbrüche bei fetalen Abweichungen insofern neu, als es zum einen wahrscheinlich ist, dass durch eine verstärkte Nutzung dieser risikoarmen Verfahren mehr Schwangere mit einem pränatalen Befund konfrontiert werden, und zum anderen die Gefahr von selektiven Schwangerschaftsabbrüchen ohne verifizierte Diagnose besteht. So weisen erste Studien zur Nutzung von NIPT darauf hin, dass Schwangere mit auffälligem Befund sich zu einem nicht geringen Teil zu einem Abbruch entscheiden, ohne eine weitere Diagnostik in Anspruch zu nehmen. Dar et al. (2014, 527.e6) erhoben in einer Gesamtstichprobe von 17.885 Schwangeren, dass von den 356, die ein Ergebnis erhielten, das auf ein hohes Risiko für eine Aneuploidie hinwies, 22, d. h. 6%, die Schwangerschaft ohne weitere Diagnostik abbrechen ließen.

Schließlich stellt sich auch die Frage, wann welche fetalen Diagnosen einen medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruch begründen können. Oder anders gefragt: In welchen Fällen kann eine fetale Beeinträchtigung »eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren« verursachen? Mit der Reform des §218a weg von der embryopathischen hin zur medizinischen Indikation hat nach Ansicht vieler Ärzte »der Gesetzgeber ... den Ärzten mehr noch als bei der alten Indikationslösung den ›schwarzen Peter‹ zugeschoben« (Schumann und Schmidt-Recla 1998, S.502). Die Unklarheit darüber, wann genau die in §218a geforderten Bedingungen erfüllt sind, »verschärft ... für die Ärzteschaft als Berufsstand die Problematik, im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Erwartungen, gesetzlichen Vorgaben und ärztlichem Ethos Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik durchzuführen« (Bachmann et al. 1998, S.640). Da es keine Liste fetaler Abweichungen gibt, die ein behandelnder Arzt oder eine Ärztin zu Rate ziehen kann, um zu entscheiden, ob ein Schwangerschaftsabbruch (bei entsprechendem Wunsch der Schwangeren) medizinisch induziert ist oder nicht, finden sich Berichte zu Schwangerschaftsabbrüchen lediglich aufgrund einer erhöhten Nackentransparenzdichte ohne genetische Auffälligkeiten (Ewert 2017) oder wegen einer gut therapierbaren Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (Keller 2007).

In der Schweiz gilt eine vergleichbare rechtliche Regelung wie in Deutschland; auch hier ist ein Schwangerschaftsabbruch nach der 12. SSW möglich, um »von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage« abzuwenden. Die Schweizer Ethikkommission hat vor diesem Hintergrund erörtert, ob es ethisch sinnvoll ist, konkrete fetale Diagnosen zu benennen, deren Vorliegen einen



gesetzlich straffreien Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt. Dabei konstatiert die Ethikkommission einen Zwiespalt: »Einerseits steigen Diskriminierungs- und Stigmatisierungsgefahren durch Regelungen, wenn der Schweregrad einer Einschränkung oder Schädigung rechtlich präzise festgelegt wird, der als Bedingung für einen genetischen Test vorliegen muss; hier geschieht sozusagen indirekt, wenn auch ungewollt, eine Einteilung in lebenswertes und lebensunwertes Leben. Andererseits bringt das Offenlassen der Bedingungen, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen, die Gefahr mit sich, dass auch wegen Bagatellen oder ›mangelnder Perfektion‹ Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden« (NEK 2016, S. 14). Schließlich gelangt die Schweizer Ethikkommission zu dem Schluss, dass sich der Schweregrad und die subjektive Zumutbarkeit der Beeinträchtigung des werdenden Kindes für die werdenden Eltern nicht verallgemeinern oder objektivieren lassen und dass deshalb die Einzelentscheidung des Paares oder der Schwangeren die einzig mögliche inhaltliche Richtschnur sein kann (NEK 2016, S. 15).

Stellt es eine Diskriminierung dar, wenn eine Schwangerschaft mit einem behinderten Fetus anders als bei einem nichtbehinderten Fetus auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft abgebrochen werden kann? Falls ja, handelt es sich »lediglich« um eine Diskriminierung des behinderten Fetus oder der bereits geborenen Menschen mit der gleichen Behinderung? Inwiefern verändert sich der gesellschaftliche Blick auf Menschen mit Behinderung durch selektive Schwangerschaftsabbrüche? Zu diesen Fragen gibt es unterschiedliche Antworten, die sich in den sehr unterschiedlichen Bewertungen von Pränataldiagnostik widerspiegeln.

---

#### 4.4.2 Auswirkungen von PND auf die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft

»At the end of the day, the goal of all research in prenatal screening and diagnosis is to help families have healthy children« schreiben Ghidini und Bianchi (2017, S. 4) zur grundlegenden Motivation bei der Entwicklung und Nutzung von Pränataldiagnostik – der Wunsch nach einem gesunden Kind als Leitmotiv. Wie weit darf dieser Wunsch führen? Haben die Eltern ein Recht auf ein gesundes Kind? Eltern haben sicherlich zumeist den Wunsch nach einem glücklichen und erfolgreichen Kind; einem Kind, dem der Weg durchs Leben leichtfallen möge. Bislang haben sie allerdings nur sehr beschränkte Möglichkeiten, sich pränatal ein Kind auszusuchen, das besonders gesund, glücklich und erfolgreich zu werden verspricht.

Die Forschung zu den pränatal erkennbaren, genetischen Grundlagen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen (Ghidini und Bianchi 2017; Govaerts et al. 2017) weist den Weg hin zu einer pränatalen Detektion von

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Veranlagungen für Krankheiten wie Depressionen oder Schizophrenie. Vor die Wahl gestellt, ob sie eine Schwangerschaft mit einem Kind fortführen möchten, das eine weitgehend unbestimmte, vermeintlich aber erhöhte Wahrscheinlichkeit für solche Erkrankungen hat, entschieden sich in einer niederländischen Studie 19% der werdenden Eltern für einen Schwangerschaftsabbruch (Govaerts et al. 2017). Was wäre, wenn das werdende Kind mit großer Wahrscheinlichkeit eine Lernschwierigkeit entwickeln würde oder eine Lese-Rechtschreib-Schwäche? Oder eine Neigung zu Übergewicht hätte? Wo endet das Recht auf ein gesundes Kind, wenn es denn ein Recht darauf gibt? Welche Selektionsrechte haben Eltern, welche Möglichkeiten dürfen Mediziner/-innen anbieten und unterstützen? Inwiefern ist die Gemeinschaft Einzelnen gegenüber verpflichtet, deren Vorstellungen von einem gesunden Kind zu realisieren? Wo liegen die Grenzen?

Bereits zur Marktzulassung der ersten nichtinvasiven Pränataltests formulierte Greely die Sorge vor einer unbegrenzten Ausdehnung der pränatalen Selektionsmöglichkeiten in der Fachzeitschrift *Nature*: »Die Angst vor Eugenik wird ansteigen, wenn sich diese Tests von schweren Krankheiten über weniger schwere Erkrankungen auf nicht-medizinische Eigenschaften ausweiten – heute Selektion anhand des Geschlechts, morgen anhand von Haut-, Haar- und Augenfarbe und schließlich vielleicht sogar anhand von Merkmalen wie kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten« (eigene Übersetzung von: Greely 2011, S.290).<sup>79</sup> Das deutsche Gendiagnostikgesetz zielt darauf ab, Grenzen zu setzen, indem es die Geschlechtsmitteilung erst nach der 12. Schwangerschaftswoche p. c. erlaubt und die pränatale Ermittlung von Erkrankungsdispositionen auf bestimmte genetische Eigenschaften des Embryos oder Fetus reduziert, »die nach dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik seine Gesundheit während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen« (§ 15 Abs. 1 GenDG).

Eine weitere Sorge mit Blick auf die pränatale Ermittlung von Krankheitsrisiken des Ungeborenen richtet sich darauf, dass dadurch das Schwangerschaftserleben in negativer Weise »medikalisiert« und die Bindung an das werdende Kind erschwert werden könnte (Allyse et al. 2015; NEK 2016). Während die Schwangerschaft bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein eine Zeit der »guten Hoffnung« war (Duden 2002), in der Schwangere sich auf die eigenen körperlichen Beobachtungen und Intuitionen verließen, ergänzen Schwangere ihre Körperwahrnehmung heute gezielt durch die technische »Überwachung« im Rahmen der medizinischen Vorsorge (Sänger et al. 2013): »So wird nunmehr eine möglichst frühzeitige und umfassende Pränataldiagnostik vielfach als willkommene und unverzichtbare ›Qualitätskontrolle‹ auf dem Weg zu einem gesunden Kind angesehen.« (Schindelhauer-Deutscher/Henn 2014, S. 378)

---

79 Im Original: »Fears of eugenics will increase as such testing moves from fatal diseases to less serious medical conditions and then on to non-medical characteristics – sex selection today; skin, hair and eye colour tomorrow; perhaps, eventually, traits such as cognitive or physical abilities.«



Der Begriff der Medikalisierung geht wesentlich auf Ivan Illich zurück, der in seinem 1975 erschienen Buch »Die Nemesis der Medizin« die Medikalisierung des Lebens beschreibt und kritisiert.<sup>80</sup> Mit Medikalisierung ist – auch hinsichtlich Schwangerschaft und Geburt – gemeint, »dass Körperprozesse medizinisch betreut werden, obwohl kein Behandlungsbedarf besteht« (Niekrenz 2017, S.219). Dabei werden sowohl der Begriff selbst als auch sein Zustandekommen ambivalent bewertet (Niekrenz 2017; Schücking 1994; Vetter 2002). Denn einerseits wird die medizinische Begleitung von Schwangerschaft und Geburt von vielen Frauen seit Einführung der Mutterschaftsregeln 1966 intensiv in Anspruch genommen, (Niekrenz 2017; Vetter 2002). Zudem zielt sie wesentlich darauf, die mütterliche und kindliche Mortalität und Morbidität in Schwangerschaft und Geburt zu senken, die in Deutschland bis in die 1980er Jahre deutlich über denen anderer europäischer Länder, v.a. in Skandinavien, lagen (Schücking 1994). Seit den 1950er Jahren hat sich die Quote von über 100 Todesfällen pro 100.000 Lebendgeburten auf 20,6 im Jahr 1980 und schließlich 4,6 im Jahr 2012 reduziert (Welsch et al. 2016, 1185) und liegt damit auf skandinavischem Niveau (WHO 2015). Andererseits scheiden sich die Geister daran, inwiefern die erfolgte Medikalisierung ursächlich für diesen Rückgang ist und ob nicht die Mehrheit der Schwangeren (mit weitgehend unproblematischen Schwangerschaftsverläufen) durch eine Hebamme besser betreut wäre: »Die quasi implizite Definition von Schwangerschaft als kontrollbedüftigem Risikofall – eben als Krankheit! – für die Mehrzahl der Frauen macht sie trotz ihres eigenen Wissens um die Normalität des Zustandes unsicher und befangen. Die Gesamtsituation der Medikalisierung von Schwangerschaft verhindert Gesundheit« (Schücking 1994, S.30).

Im Zentrum der Medikalisierung stehen dabei gleichermaßen die Schwangere und ihr wachsendes Kind, dessen potenzielle Abweichungen zunehmend bereits vor der Geburt entdeckt werden. Samerski (2002) zeigt in ihrer Untersuchung von genetischen Beratungsgesprächen bei 30 Frauen, dass in diesen Gesprächen statistisches, populationsbezogenes Wissen auf die Einzelne übertragen und diese somit zu einer Entscheidung zum Umgang mit diesem Wissen genötigt wird. Diese individuelle Entscheidungslast hat auch gesamtgesellschaftliche Konsequenzen. Die grundsätzlich durch Pränataldiagnostik ermöglichte Selektion werdender Kinder, so Graumann (2014, S.79), führe zu einer Verschiebung der gesellschaftlichen Werte: »Die unbedingte Annahme und damit Anerkennung des Kindes ohne Berücksichtigung seiner zu erwartenden Eigenschaften und Fähigkeiten war bislang die geltende gesellschaftliche Norm. Dabei ist wichtig, dass eine Schwangerschaft im Grunde die extremste Form

---

80 Mit Blick auf die frühe Pränataldiagnostik und im Gefolge Illichs beschreibt Duden (1994) die zunehmende technische Vermittlung von Schwangerschaft, die mit der Nutzung des Ultraschalls in der medizinischen Schwangerenbegleitung begonnen hat, als verwalteten und technokratischen Zugriff auf die Frau.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

einer existenziellen Abhängigkeit einer Person von einer anderen Person ist. ... Jedes ungeborene Kind ist existenziell abhängig davon, von seiner Mutter bedingungslos angenommen zu werden. Die Pränataldiagnostik eröffnet nun die Möglichkeit, die Annahme eines Kindes vorab von seiner genetischen Konstitution abhängig zu machen. Dadurch verändert sich die gesellschaftliche Norm.« Teil der gesellschaftlichen Norm sei es nunmehr und in zunehmendem Maße, pränataldiagnostische Verfahren zu nutzen und das Lebensrecht ungeborener behinderter Kinder infrage zu stellen. Anstatt die Frauen dahingehend zu unterstützen, ein behindertes Kind nicht auszutragen, könnte sich die gesellschaftliche Unterstützung auch darauf richten, Frauen zu bestärken, ihr (behindertes) Kind freiwillig anzunehmen (Graumann 2014). Erschwert die Pränataldiagnostik diese Annahme? Binden sich Schwangere nur unter Vorbehalt an ihr heranwachsendes Kind, wenn dessen Gesundheit noch nicht pränataldiagnostisch »bestätigt« ist? Fördert die Verbreitung und Vertiefung pränataldiagnostischer Verfahren eine »Schwangerschaft auf Probe«?

Diese Fragen müssen offenbleiben und harren der Klärung, beispielsweise durch eine vergleichende sozial- und kulturwissenschaftliche Forschung, aber auch durch Ansätze anderer Disziplinen. Für die gesellschaftliche Bewertung nichtinvasiver Verfahren wären differenzierte Erkenntnisse dazu von großer Bedeutung.

---

#### 4.4.3 Genetische Informationen und einhergehende Herausforderungen

Genetische Analysen werden zunehmend häufiger, umfassender und detaillierter durchgeführt. Der Umgang mit diesen wachsenden Daten(mengen) stellt sowohl den Einzelnen wie auch die Gesellschaft als Ganze vor verschiedene Herausforderungen. Diese betreffen vor allem vier Bereiche (Deutscher Ethikrat 2014, S. 498): (1) den Datenschutz, bei der PND insbesondere mit Blick auf das werdende Kind, (2) die Interpretation der Daten und deren Vorhersage, (3) die Beratung vor und nach der genetischen Analyse sowie (4) die Monopolisierung von Daten, Wissen und Technik bei wenigen Herstellern.

Ad 1: Genetische Analysen erzeugen Daten, die für das gesamte Leben des Individuums Bestand haben und die für verschiedene Lebenszusammenhänge relevant sein können (Lebensplanung, Berufswahl, Elternschaft, Versicherungen etc.). Genetische Informationen können zudem über die getestete Person hinaus auch Bedeutung für nahe Verwandte haben, etwa wenn sich Veranlagungen für erblich bedingte Erkrankungen zeigen. Von einem Erwachsenen kann erwartet werden, dass er zur Erhebung dieser Daten sein informiertes Einverständnis gibt. Dies gilt hingegen nicht für ein Kind, sei es bereits auf der Welt oder noch ungeboren. Bei der Erhebung von genetischen Informationen über das werdende Kind muss aus ethischer Sicht das Recht des Kindes auf eine





offene Zukunft bedacht werden. Dem Kind sollte, soweit möglich, die freie Wahl über seine Lebenspläne und Lebensgestaltungen gelassen werden. Dieses Recht kann tangiert werden, wenn vorgeburtliche Untersuchungen genetische Daten erheben, die das Kind naturgemäß nicht zu erheben gewünscht hat und die sich, anders als andere gesundheitliche Daten, nicht ändern werden (Brauer et al. 2016, S. 285; Nuffield Council on Bioethics 2017a, S. 115). Die neuen Möglichkeiten der NIPT sollten deshalb von einer gesellschaftlichen Debatte darüber flankiert werden, wie viele genetische Informationen werdende Eltern von ihrem werdenden Kind haben wollen und dürfen und wie der Zugang zu diesen Informationen geregelt sein soll (Dohr und Bramkamp 2014).

Ad 2: Eine große Herausforderung stellt sich bei der Interpretation der genetischen Analyseergebnisse und der Vorhersage darüber, wie sich die genetischen Anlagen im Lebensverlauf ausprägen und auswirken werden. Dies gilt sowohl für verhältnismäßig häufige und vergleichsweise gut untersuchte genetische Besonderheiten wie das Down-Syndrom als auch in besonderer Form für Befunde mit unklarer klinischer Bedeutung (Gendiagnostik-Kommission 2016). Bei diesen auch VUS («variants of unknown significance») genannten genetischen Varianten gibt es lediglich Hinweise darauf, welche klinisch relevanten Eigenschaften bzw. Abweichungen mit ihnen einhergehen. Diese sind nicht verlässlich zu quantifizieren und können gerade deshalb für große Verunsicherung bei den werdenden Eltern sorgen (Allyse et al. 2015). Die mit den modernen Sequenziermethoden einhergehenden »beinahe unbegrenzten Möglichkeiten der Ausweitung« (Schmitz 2016, S. 443) auf genetische Variationen unklarer Bedeutung werden deshalb von vielen Mediziner/-innen und anderen Wissenschaftler/-innen kritisch gesehen (Minear et al. 2015a; NEK 2016; Schmitz 2016). Variationen im Genom dürften zudem nicht einseitig negativ betrachtet werden, hebt der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zur Zukunft der genetischen Diagnostik hervor. Genetische Vielfalt sei eine zentrale Grundlage der evolutionären Anpassung. Darüber hinaus lasse sich die Einschätzung der individuellen Lebensqualität nicht auf medizinische oder genetische Diagnosen reduzieren (Deutscher Ethikrat 2014).

Neben genetischen Varianten mit unklarer klinischer Bedeutung können genetische Analysen auch Befunde erbringen, die nicht erwünscht waren. Zufallsbefunde sind Ergebnisse einer Untersuchung, die nicht im Zusammenhang mit dem Ziel der durchgeführten Untersuchung stehen, die jedoch gleichwohl einen medizinischen Wert für die Patienten haben können (Brauer et al. 2016). Zufallsbefunde können Hinweise auf Krankheiten geben, die im Kindes- oder Erwachsenenalter auftreten, die behandelbar sind oder nicht, die schwere oder weniger schwerwiegende Krankheitsrisiken bergen, und schließlich können sie den Trägerstatus für nach den Mendelschen Gesetzen vererbte Krankheiten bestimmen. Als beispielhafte nicht-intendierte Befunde von nichtinvasiven Pränataltests kann die Entdeckung einer mütterlichen Mosaik-Trisomie in den

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

Geschlechtschromosomen gelten (Schmitz 2016). Solche Zufallsbefunde sind nicht selten, wie eine belgische Untersuchung bei über 9.000 Schwangeren zeigt (Brison et al. 2017), bei der bei 10% der Schwangeren mittels NIPT mütterliche Abweichungen im Genom (sogenannte Kopienzahlvarianten) festgestellt wurden. Prinzipiell müssen solche Zufallsbefunde nicht von Nachteil für die werdenden Mütter sein, sie sollten allerdings durch eine Beratung vor und nach der Untersuchung eingebettet werden. Wie kann mit solchen Befunden umgegangen werden – sowohl ex ante (also im Sinne einer informierten Einwilligung in die Möglichkeit, Zufallsbefunde mitgeteilt zu bekommen) als auch ex post (also nach ihrer Feststellung)?

Ad 3: Diese Frage leitet unmittelbar über zu der Herausforderung, zu den (möglichen) Ergebnissen genetischer Analysen sach- und adressatengerecht zu beraten. Gerade zu den seltenen genetisch bedingten Erkrankungen sowie zu genetischen Variationen mit unklarer Ausprägung gibt es keine vergleichenden Studien, anhand derer sich Wahrscheinlichkeitsaussagen zur Prognose treffen ließen. Damit generieren (vorgeburtliche) genetische Analysen mit ausgedehntem Diagnosespektrum potenziell Ergebnisse, die für die medizinischen Berater/-innen kaum zu interpretieren und für die beratenen werden Eltern kaum nachzuvollziehen sind: »Wie eine umfassende, an den Erfahrungen und Werten der jeweiligen Schwangeren bzw. des jeweiligen Paares orientierte Beratung bei einem derartig ausgeweiteten diagnostischen Spektrum zu vielen sehr seltenen Erkrankungen ablaufen soll, ist nur schwer vorstellbar, der ›information overload‹ für die Schwangere beinahe unvermeidlich« (Schmitz 2016, S. 443). Wie kann und soll in der humangenetischen Analyse und Beratung mit der Möglichkeit von Befunden mit unklarer klinischer Bedeutung umgegangen werden? Wie kann ex ante eine informierte Entscheidung getroffen werden, welche Variationen diagnostiziert werden sollen und welche nicht? Wie können und sollen werdende Eltern auf Zufallsbefunde vorbereitet werden?

Ad 4: Eine weitere gesellschaftlich-politische Herausforderung liegt in der Konzentration der erzeugten Daten bei wenigen Herstellern bzw. Anbietern genetischer Tests und dadurch einer potenziellen Monopolisierung von Verfahrenstechniken, technologischem Fachwissen und Erkenntnissen. »Ein anderes Problem besteht darin, dass die genetische Diagnostik zunehmend in wenigen außeruniversitären Großlaboren durchgeführt wird, da die Investitionskosten der Analysegeräte und bioinformatischen Programme hoch sind und wegen der ständigen Weiterentwicklung der Technik kontinuierlich anfallen. Zumindest die Daten von ambulanten Patienten, bei denen eine genetische Diagnostik nicht mehr an Universitätskliniken durchgeführt wird, stehen daher der akademischen Medizin immer weniger zur Verfügung. Dadurch wird die klinische Forschung nachhaltig beeinträchtigt« (Deutscher Ethikrat 2014, S. 493).



Durch Pränataldiagnostik erhobene genetische Daten werfen aus ethischer Sicht Fragen zum Schutz, Besitz und zur Nutzung dieser Daten und zur Schwierigkeit von Interpretation, Prognose und Beratung auf. Je umfangreicher die erhobenen genetischen Daten ausfallen, desto tiefergreifender erscheinen die damit verknüpften ethischen Bedenken.

---

#### 4.4.4 Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu Menschenleben

Während in Deutschland Überlegungen, die Menschenleben mit Blick auf ihre wirtschaftliche Nutzbarkeit bewerten, seit der kritischen Aufarbeitung der sogenannten Euthanasiemorde im Nationalsozialismus (Aly 2013) und der zivilgesellschaftlichen »Krüppelbewegung« ab den 1970er Jahren (Heiden 2017) gesellschaftlich abgelehnt werden, spielt in anderen Ländern die Be- und damit Abwertung behinderten Lebens durchaus eine Rolle in der Diskussion um Pränataldiagnostik. Dies wird besonders in der angelsächsischen Debatte deutlich, die Kosten-Nutzen-Rechnungen zu Pränataldiagnostik und explizit auch die Frage nach Kostenersparnissen für das Sozialsystem durch eine pränatale Erkennung von Behinderungen und den zumeist folgenden Abbruch der Schwangerschaften thematisieren. So fordert Benn (2016, S.482), dass nichtinvasive Pränataltests auf ein breiteres Spektrum von genetischen Abweichungen ausgedehnt werden sollten und nennt dabei als wesentliches Argument mögliche Einsparungen durch Schwangerschaftsabbrüche bei positiven Diagnosen (»savings mainly through pregnancy terminations«).

In der gleichen Logik der Kostenersparnis durch Verhinderung behinderten Lebens und noch expliziter in der Wortwahl beschreiben Walker et al. (2015) die Lebenskosten eines Menschen mit Down-Syndrom als »substanziell«. Der abzusehende medizinische Fortschritt und die daraus resultierende verlängerte Lebensdauer von Menschen mit Trisomie 21 würden die Kosten zukünftig zusätzlich steigen lassen (Walker et al. 2015, S.445). Deshalb sei es zu begrüßen, dass sich mittels NIPT eine große Anzahl von Geburten von Kindern mit Down-Syndrom vermeiden ließe. Ähnlich argumentieren auch Ohno und Caughey (2013), die neben den Kosten für das Gesundheitssystem auch die Folgen für die Lebensqualität der Mutter in ihre Berechnung des »gesellschaftlichen Nutzens« von NIPT miteinschließen. Die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom stellt in ihrem Modell die höchste (und langfristige) Verringerung der mütterlichen Lebensqualität dar. Die Auswirkungen von NIPT auf die Lebensqualität der Neugeborenen bzw. nicht ausgetragenen Kinder fand in dem Modell hingegen keine Berücksichtigung. Ihre Aufnahme, so die Autoren, hätte die Ergebnisse »verzerrt«, da ein mögliches Resultat einer positiven Diagnose im Schwangerschaftsabbruch liege (Ohno und Caughey 2013, S.632). Während also in dieser Berechnung die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom als

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

worst-case-Szenario für die Lebensqualität der Mutter betrachtet wird, spielt die Perspektive der Menschen mit Down-Syndrom (und der Einfluss eines pränatalen Screenings auf ihre Lebensqualität) in der Berechnung keine Rolle. Dies zeigt, dass Fragen nach dem Lebensrecht und Lebensglück von Behinderten hier keine Rolle spielen sollen. Ihr Ausschluss dient folglich dazu, ein Ergebnis zu erreichen, in dem die Verhinderung von behinderten Neugeborenen als »objektiv lohnenswert« erscheint. In ihrem Vergleich eugenischer Denkmuster und Argumente des 20. Jahrhunderts mit aktuellen pränataldiagnostischen Praktiken und Argumentationen sieht Iltis (2016, S. 338) nicht zuletzt in der Betonung der Kosten von Menschen mit Behinderung eine große Parallelität vergangener pro-eugenischer und heutiger pro-pränataldiagnostischer Diskurse.

Menschenleben nach Kosten und Nutzen zu berechnen, verstößt gegen fundamentale ethische Grundpfeiler gesellschaftlichen Zusammenlebens (beispielsweise gegen die Art. 1 und 2 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und Art. 1 bis 3 GG). Für Ungeborene gelten diese Rechte offensichtlich nicht in allen Gesellschaften uneingeschränkt, wie die zitierten Berechnungen zur Vermeidung behinderten Lebens vor Augen führen.

---

#### 4.4.5 Späte Schwangerschaftsabbrüche als ethisches Problem

Neben der Selektivität von Schwangerschaftsabbrüchen nach pränataler Diagnostik wird auch der Zeitpunkt eines (selektiven) Schwangerschaftsabbruches in der ethischen Debatte um Pränataldiagnostik und ihre Folgen kontrovers diskutiert. Von besonderer ethischer Bedeutung ist dabei die Frage, ob und unter welchen Umständen ein Schwangerschaftsabbruch erlaubt sein sollte, wenn der Fetus bereits eine Reife erlangt hat, die ihm eine eigenständige Lebensfähigkeit außerhalb des Mutterleibs erlaubt. Dabei besteht eine extrauterine Lebensfähigkeit frühestens ab der 22. Schwangerschaftswoche p. m.; das jüngste überlebende Frühgeborene Europas kam 2010 in Fulda nach 21 Wochen und 5 Tagen Schwangerschaft zur Welt (Perske 2014).

Aus ethischer, medizinischer und teils auch rechtswissenschaftlicher Sicht besteht ein grundlegender Konflikt darin, dass werdende Kinder an und nach der Grenze zur eigenständigen Lebensfähigkeit im Rahmen der medizinischen Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB bis zum Einsetzen der Geburtswehen abgetrieben werden können. Dies geschieht bei späten Schwangerschaftsabbrüchen zumeist durch intrauterine Tötung des Fetus (Fetozid) und anschließender Geburt. Käme das Kind lebend zur Welt, wäre der Arzt oder die Ärztin verpflichtet, alles für den Erhalt seines Lebens zu tun (von Dewitz 2009; Gevers 2013; Neidert 2008).

Ethiker/-innen vertreten sehr unterschiedliche Positionen zu Schwangerschaftsabbrüchen; für einige ist dabei der späte Schwangerschaftsabbruch besonders problematisch. Typischerweise werden in der Bioethik drei verschie-

dene Strömungen in Bezug auf den »moralischen Status« des Embryos/Fetus als werdendem Kind unterschieden (Graumann 2011):<sup>81</sup> Für Vertreterinnen und Vertreter *liberaler* Positionen ist der moralische Status eines Wesens in Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Rationalität und Handlungsfähigkeit begründet, die menschlichen Embryonen und Feten fehlen. In einer Güterabwägung mit den Interessen der Frau, die eine Schwangerschaft abbrechen will, habe ihr Leben daher eine eher geringe Schutzwürdigkeit. Für Vertreterinnen und Vertreter *konservativer* Positionen dagegen kommt jedem menschlichen Wesen von der Zeugung an ein voller moralischer Status und damit die grundsätzliche Schutzwürdigkeit seines Lebens zu. Ein Schwangerschaftsabbruch wäre folglich immer moralisch zu verurteilen, wenn nicht gleichrangige Güter wie die Gesundheit oder das Leben der Frau auf dem Spiel stehen. Eine *Zwischenposition* geht von einem zunehmenden moralischen Status mit der fortschreitenden Entwicklung menschlicher Embryonen und Feten aus und leitet daraus eine »begrenzte Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens« ab. Dieser Sicht folgend werden vor allem Abbrüche in der fortgeschrittenen Schwangerschaft als moralisch problematisch angesehen (Simon 2008). Diese Position besitzt offenbar eine hohe Plausibilität und hat sich auch in der Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch niedergeschlagen. Als hochproblematisch werden in diesem Zusammenhang vor allem die späten Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataldiagnostik an der Grenze zur eigenständigen Lebensfähigkeit des Kindes angesehen.

Das Konzept einer zunehmenden Schutzpflicht gegenüber dem wachsenden Kind spiegelt sich auch in der Gesetzgebung vieler europäischer Länder wider. Wenn die extrauterine Lebensfähigkeit des Fetus erreicht ist – etwa mit der 24. Schwangerschaftswoche p. m. –, steht in vielen Ländern der Schutz des Fetus über den Interessen der werdenden Mutter (Gevers 2013). So ist in Italien, Spanien sowie Schweden ein Schwangerschaftsabbruch nach Eintritt der extrauterinen Lebensfähigkeit gesetzlich nicht erlaubt, in den Niederlanden ist er strafbar und nur in Ausnahmefällen retrospektiv durch ein zentrales Gremium entschuldbar (Habiba et al. 2009, S. 1346).

Als moralisches Problem in der Praxis stellt sich das Dilemma der späten Schwangerschaftsabbrüche für in der Geburtshilfe tätige Fachkräfte mit besonderer Deutlichkeit, da sie sich einerseits um die Gesundheit Frühgeborener bemühen und gleichzeitig Schwangerschaften im Rahmen der medizinischen Indikation beenden, bei denen der Fetus gegebenenfalls extrauterin lebensfähig wäre. Wernstedt et al. (2005, S. 766) sehen folglich in der aktuellen gesetzlichen Regelung eine unauflösbar missliche Lage, deren Lösung in der jetzigen Form auf die behandelnden Mediziner/-innen übertragen wird: »Eine Vermeidung

---

81 Dieser Absatz stammt weitgehend wortgleich aus dem Gutachten von Wolff und Graumann 2016, S. 67. Die Begriffe liberal und konservativ werden dabei im Bezug auf philosophische Strömungen verwendet und nicht im Sinn politischer oder gesellschaftlicher Positionen.

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

des moralischen Dilemmas, ein ungeborenes Kind durch Fetozyd zu töten und ein geborenes mit allen Mitteln der Intensivmedizin am Leben zu erhalten, ist nur zu erreichen, wenn entweder ein Schwangerschaftsabbruch ab der extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes ohne Ausnahmen strafbar ist oder aber von dem Grundsatz Abstand genommen wird, ungeborenes Leben unterliege dem gleichen Tötungsverbot wie geborenes.«

Mit ihrer Skepsis gegenüber der derzeitigen Handhabung stehen Wernstedt et al. (2005) nicht allein. In ihrem Vergleich zur Handhabung des späten Schwangerschaftsabbruchs in verschiedenen europäischen Ländern stellen Habiba et al. (2009) fest, dass in Deutschland die Skepsis gegenüber der derzeitigen gesetzlichen Regelung (ohne Frist bei medizinischer Indikation) unter den Ärzten besonders groß ist. So gaben 36% der befragten klinischen Gynäkologen und Gynäkologinnen aus Deutschland an, eine restriktivere Regelung des Spätabbruchs zu befürworten (Habiba et al. 2009, S. 1343). Lediglich in Italien war die Quote der Ärzte und Ärztinnen, die eine restriktivere Regelung von Spätabbrüchen befürworteten, höher (50%). Diese Befragung macht deutlich, dass deutsche Ärzte und Ärztinnen im Vergleich zu ihren Kolleg/-innen aus anderen europäischen Staaten die geltende Regelung zum Spätabbruch besonders skeptisch sehen.

Wie eine restriktivere Regelung aussehen könnte, skizziert Neidert (2008), der sich dafür ausspricht, Schwangerschaftsabbrüche nach der extrauterinen Lebensfähigkeit des Kindes (nach Vollendung der 20. Schwangerschaftswoche p. c.) in § 218a Abs. 2 StGB grundsätzlich auf den Fall einer Lebensbedrohung der Schwangeren zu begrenzen.

Gleichwohl gibt es auch gegenteilige Positionen. So befürwortet Gevers (2013, S. 447) es, späte Schwangerschaftsabbrüche zu gestatten, wenn nach fachkundiger medizinischer Meinung eine Behandlung nach der Geburt »pointless«, also sinnlos sei. Als Beispiele benennt er ernste, unheilbare Krankheiten und Behinderungen (»serious, incurable disease or handicap«). Dies eröffnet Interpretationsspielräume, die – in Abhängigkeit von den individuellen Erfahrungen und Werten – in unterschiedlichen Urteilen darüber münden dürften, wann eine Behinderung »schwer« ist. Im Vereinigten Königreich ist die Diagnose eines fetalen Down-Syndroms einer der Hauptgründe für Spätabtreibungen auch in der 24. Schwangerschaftswoche (Habiba et al. 2009, S. 1347), für Deutschland liegen keine Zahlen vor (Kap. 2.2.2). Auch Grahe und Schild (2018) sprechen sich für die Zulässigkeit von späten Schwangerschaftsabbrüchen bei fetalen Anomalien aus. »Wer A sagt, muss auch B sagen können«, lautet dabei ihr zentrales Argument: Wer Pränataldiagnostik anbietet und dabei auffällige Befunde auch nach der 24. Schwangerschaftswoche feststellt, sollte den Schwangeren auch die Option des Abbruchs anbieten können. Dies entspricht der derzeitigen Regelung in Deutschland.

---

#### 4.4.6 PND als Voraussetzung einer reproduktiven Autonomie der Schwangeren

Im ärztlichen Handeln sind Diagnose, Prognose und Therapie eng miteinander verbunden, wobei die Therapie den Kern dieser drei Handlungsschritte darstellt, auf den Diagnose und Prognose ausgerichtet sind. Bei der Pränataldiagnostik zielt die Erstellung von Diagnosen und Prognosen in den meisten Fällen jedoch nicht auf eine Therapie, sondern auf die reproduktive Autonomie der Schwangeren bzw. des Paares als zentrales ethisches Gut (Schmitz 2016). Was ist damit gemeint? Reproduktive Autonomie beschreibt das Recht von Individuen, Fragen, die ihre Fortpflanzung betreffen, selbst entscheiden zu können. Im deutschen Recht wird der Begriff der reproduktiven Autonomie nicht explizit benannt, aber durch das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung (Art. 2 GG) und durch den Schutz der Familie (Art. 6 GG) als Grundrecht geschützt (Beier 2013).

Zeitgeschichtlich spielte das Schlagwort der reproduktiven Autonomie in den 1970er Jahren im Kontext der Frauenbewegung eine zentrale Rolle und war verknüpft mit der Forderung nach einem freien Zugang zu Verhütungsmitteln und ärztlich durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen (Levels et al. 2014; Wolff und Graumann 2016). Mittlerweile wird der Begriff vor allem im Bereich neuer fortpflanzungsmedizinische Verfahren wie In-vitro-Fertilisation und Pränataldiagnostik genutzt und soll dabei zumeist Forderungen nach einer stärkeren Liberalisierung untermauern (Beier 2013). Das gern genutzte Schlagwort wird gleichwohl zumeist sehr unscharf definiert und verwendet (Schmitz 2016).

Auch im Kontext der nichtinvasiven Verfahren wird es herangezogen, um einen möglichst niedrigschwelligen Zugang aller Schwangeren zu diesen Tests zu fordern. So sehen beispielsweise Rolfes und Schmitz (2016), der Vorsitzende des Ethikrats, Peter Dabrock (Zeit Online 2018), sowie das Ludwig Boltzmann Institut (2018) die Chancengleichheit hinsichtlich der reproduktiven Autonomie verletzt, wenn der Zugang zu NIPT von den finanziellen Ressourcen der Schwangeren abhängt: »Bei privater Finanzierung von NIPT besteht angesichts der höheren Genauigkeit von NIPT die Gefahr, dass T21/Down-Syndrom ein Problem sozial-benachteiligter Familien wird, was eine soziale Stigmatisierung noch verstärken würde« (Ludwig Boltzmann Institut 2018, S.9). Diese ethische Herausforderung spiele in der gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Debatte um NIPT bislang eine zu geringe Rolle, betonen Rolfes und Schmitz (2016).

Andere Autor/-innen hegen Zweifel an der Gültigkeit des Konzepts der reproduktiven Autonomie. So geht etwa Beier (2013, S.71) davon aus, »dass der Verweis auf reproduktive Autonomie eine politische Strategie darstellt, um tiefer liegende Fragen der ethischen Bewertung moderner Fortpflanzungstechnologien aus dem Diskurs auszublenden«. Durch die diskursive Ausweitung des Begriffes parallel zum technisch-medizinischen Fortschritt in der Pränataldiagnostik gelte

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

nicht mehr nur die Entscheidung gegen ein Kind (im Sinne der Abtreibungsdebatte in den 1970er Jahren) als Teil der reproduktiven Autonomie, sondern zunehmend auch die Zeugung eines Kindes sowie die Zeugung eines bestimmten Kindes. »Mit der Berufung auf Wahlfreiheit wird die Entscheidung gegen ein Kind (Abtreibung) mit Entscheidungen für ein Kind oder sogar für ein bestimmtes Kind gleichgesetzt. Die Rede von einem Recht auf Reproduktionsfreiheit stiftet dabei zusätzlich Verwirrung. ... [Zudem] lässt die Rede von einem Recht auf ein Kind dieses als bloßes Objekt elterlicher Ansprüche erscheinen. Damit werden die besonderen ethischen Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung jedoch übergangen« (Hervorhebung im Original; Beier 2013, S. 88 f.).

Während Beier (2013) reproduktive Autonomie folglich als einen »Kampfbegriff« für eine breite Liberalisierung der Fortpflanzungsmedizin versteht, zweifeln andere in erster Linie daran, dass es in den alltäglichen Interaktionen zwischen Patientin und Arzt bzw. Ärztin überhaupt Raum für autonome Entscheidungen gibt. Dies liege an der oft geringen Informiertheit der Frauen und ihrem Beratungsanspruch an den Arzt sowie an Routinisierungseffekten in der ärztlichen Beratung und Behandlung. Die meisten Frauen sind bei der Wahrnehmung ihrer reproduktiven Autonomie, also der Wahlfreiheit bei Entscheidungen im Kontext von Fortpflanzung und Schwangerschaft, auf einordnende Informationen angewiesen, die ihnen vor allem der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin geben kann. So ist es, wie Schmitz (2013, S. 363) nicht ohne Ironie feststellt, häufig so, dass man als Patient/-in die Ärzte und Ärztinnen bevollmächtigt, einem zu sagen, wozu man sie bevollmächtigen soll; man also im klinischen sowie ambulanten Alltag die individuellen Freiheiten gar nicht zu nutzen im Stande ist.

Eine weitere Gefahr für die individuelle reproduktive Autonomie liegt nach Ansicht etwa der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin der Schweiz (NEK) in der Routinisierung bei pränataldiagnostischen Verfahren. Gemeint ist damit eine im Einzelfall unreflektierte Anwendung eines (pränatalen) Testverfahrens, das »standardmäßig« und ohne genauere Erörterung schwangeren Frauen angeboten und von diesen mehrheitlich genutzt wird (NEK 2016, S. 16). Eine Routinisierung läuft dem Ideal der reproduktiven Autonomie zuwider, wird aber durch die »involvierten kommerziellen Interessen der Anbieter des Tests gefördert« (NEK 2016, S. 16). Auch Gekas et al. (2016, S. 20) sehen die »aggressiven Marketingmethoden« der Hersteller mit Blick auf die informationelle und körperliche Selbstbestimmung der Frauen kritisch. Schließlich, so Gekas et al., nutzten viele Ärzte die Informationen der Hersteller bei ihrer Beratung von Schwangeren und erschwerten somit eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung der Schwangeren. Gerade die nichtinvasiven Pränataltests könnten leicht zu »einer weiteren Blutabnahme« in einer Reihe von Routinebluttests in der Schwangerschaft werden.



Mit Blick auf die Routinisierung sieht die NEK (2016) die Übernahme des Tests durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung der Schweiz deshalb ambivalent: Einerseits ermögliche sie einen egalitären Zugang zu NIPT und sei damit eine Grundvoraussetzung für die reproduktive Autonomie aller Schwangeren (unabhängig von deren finanziellen Ressourcen), gleichzeitig führe sie aber zu einer breiteren Nutzung von NIPT und damit potenziell auch zu einer Routinisierung der Anwendung. Die deutsche Gendiagnostik-Kommission (2016, S. 50) bemängelt zudem die unklare Trennung von Untersuchungen im Rahmen der allgemeinen Schwangerenvorsorge gegenüber genuin pränataldiagnostischen Zielen: »Als kritisch wird auch die mangelnde klare Trennung therapeutischer Intentionen (Rhesus-Inkompatibilität) mit den klassischen, auf die reproduktive Autonomie der Schwangeren ausgerichteten pränataldiagnostischen Intentionen in der Arzt-Schwangeren-Interaktion bei NIPT angesehen.«

Das Konzept der reproduktiven Autonomie stellt das Recht des Individuums auf freie Entscheidungen zur eigenen Fortpflanzung in den Mittelpunkt. An diesem Punkt entzündet sich ebenfalls Kritik, die eine Verschiebung gesellschaftlicher Diskussionen und Verantwortlichkeiten auf die individuelle Ebene konstatiert (IMEW 2018; Schwennesen et al. 2008). Die Schwangere, so lautet diese Sichtweise, werde vor eine große Anzahl von individuell verfügbaren Handlungsmöglichkeiten gestellt, wobei an jede Entscheidung die Frage nach der nächsten Option geknüpft werde (etwa nach der Inanspruchnahme von PND, nach der Auswahl und der Reihenfolge der Verfahren, nach dem Umgang mit dem Ergebnis etc.). Grundsätzliche gesellschaftliche Fragen – etwa danach, wie viel man pränatal über das werdende Kind wissen sollte bzw. darf oder danach, welche Fehlbildungen einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen – würden damit auf die einzelne Schwangere übertragen.

Darin unterscheidet sich der Umgang mit der reproduktiven Autonomie im Kontext von Pränataldiagnostik vom Umgang mit anderen Autonomiekonzepten, beispielsweise zum selbstbestimmten Tod: »Während über die Kraft einer Patientenverfügung viel diskutiert wird und es eine breite öffentliche Debatte zum Wert des Lebens an seinem Ende gibt, mit einer klaren gesellschaftlichen Position gegen aktive Sterbehilfe auch bei schwerster Erkrankung, gibt es wenig Diskussion über den Wert von krankem/behindertem Leben an seinem Anfang und ob vor der Geburt darüber verfügt werden darf. Stattdessen wird der einzelnen Schwangeren unter dem Titel ›Selbstbestimmung nach informierter Entscheidung‹ zugemutet, sich für oder gegen PND zu entscheiden und damit in die Bewertung einzusteigen. Aber ist das Selbstbestimmung, wenn PND die Regel und nicht die Ausnahme ist? Ist es Selbstbestimmung, bei Trisomie 21 einen Abbruch zu wünschen – oder ist das nicht nur die Konsequenz aus dem Angebot, das Frauen vorher durch PND bekommen, eine Zumutung, die gesellschaftlich an sie herangetragen wird? Haben wir nicht tatsächlich inzwischen eine ›Allianz zur Selektion‹, nie so ausgesprochen – das Wort ist zu sehr negativ

besetzt –, aber gesellschaftlich toleriert und von den Ärzten und Ärztinnen umgesetzt? Bei der jeder nur verantwortungsvoll seine Arbeit tut und keiner schuld ist? Verantwortlich ist am Ende nur die Frau selbst?« (Schumann 2007, S. 41).

Die Kritik an der Nutzung des Schlagwortes der reproduktiven Autonomie und der teils fragwürdigen praktischen Umsetzung des Konzepts sollte gleichwohl nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Selbstbestimmung der (schwangeren) Frau, auch und gerade im Konfliktfall von zentraler Bedeutung ist: »Die Verantwortung der schwangeren Frau gegenüber ihrem ungeborenen Kind ist eine moralische Selbstverpflichtung, die nicht von außen erzwungen werden kann und darf. Würde die Frau trotz eines sie beunruhigenden pränataldiagnostischen Befunds zum Austragen der Schwangerschaft gezwungen werden, wäre das – ebenso wie umgekehrt die erzwungene Abtreibung nach einem solchen Befund – eine Verletzung ihres Rechts auf Selbstbestimmung und auf körperliche und seelische Integrität« (EKFUL et al. 2013, S. 13).

---

#### 4.4.7 Pränataldiagnostik und der Begriff des Risikos

Die Schwierigkeit, medizinisches Wissen, das sich auf ein abstraktes Kollektiv bezieht, auf die eigene Situation zu übertragen und vermittels dieser Übertragung weitreichende Entscheidungen zu treffen, findet sich auch mit Blick auf die Rolle von Risiken in der medizinischen Schwangerschaftsbegleitung. Risiko ist ein – auch in der Schwangerschaftsvorsorge – oft genannter Begriff. Anders als die neutrale »Wahrscheinlichkeit« rückt er ein nicht wünschenswertes Ergebnis in den Fokus, das als mögliche Begleiterscheinung in Kauf genommen werden kann oder muss. Kristiansen und Bonfadelli (2014, S. 299) definieren das Risiko als »die Entscheidung, einen Nutzen zu genießen und dabei einen zukünftigen Schaden mit einer mehr oder weniger gut bestimmbareren Eintrittswahrscheinlichkeit und einem ungewissen Ausmaß in Kauf zu nehmen.« Übertragen auf die Situation von Schwangeren aus der Sicht der Pränataldiagnostik besteht der Nutzen in der Schwangerschaft bzw. dem Erwarten eines (leiblichen) Kindes, der mögliche Schaden liegt in einer möglichen Behinderung des Kindes (Diekämper 2011, S. 74). Zur Minimierung der Schadenswahrscheinlichkeit dienen die Pränataldiagnostik und ein bewusstes Vermeiden von externen Faktoren, die dem Embryo bzw. Fetus schaden können (wie Nikotin, Alkohol, Nährstoffmangel, Diabetes). Die schwangerschaftsbezogenen Risiken variieren dabei von Frau zu Frau, wobei das (allgemein steigende) Alter der Schwangeren einen der einflussreichsten Risikofaktoren für chromosomale Anomalien des werdenden Kindes darstellt.

Doch das Risiko variiert nicht nur zwischen verschiedenen Personen, sondern auch in Abhängigkeit von den verfügbaren Techniken, das Risiko zu benennen. Aus unwägbareren und nicht zu quantifizierenden Gefahren macht der technologische Fortschritt Risiken, die mit neuen Entscheidungsmöglichkeiten



einhergehen, wie Luhmann (1997, S.328) pointiert festhält: »Wenn es Regenschirme gibt, kann man nicht mehr risikofrei leben: Die Gefahr, daß man durch Regen naß wird, wird zum Risiko, das man eingeht, wenn man den Regenschirm nicht mitnimmt. Aber wenn man ihn mitnimmt, läuft man das Risiko, ihn irgendwo liegenzulassen.« Die Technologien, die Gefahren abwehren sollen, bringen diese also erst ins Bewusstsein. Sind mehr pränatale Tests verfügbar, steigt das Bewusstsein für angeborene Fehlbildungen.

Für die einzelne Schwangere oder die werdenden Eltern besteht dabei die Herausforderung darin, bevölkerungsbezogene Häufigkeitsangaben (etwa zur altersbezogenen Wahrscheinlichkeit, mit einem Kind mit Down-Syndrom schwanger zu sein) auf sich selbst zu übertragen. Dabei fehlt ihnen die Vergleichsbasis, um die seitens der Ärzte genannten Risikowerte praktisch einzuschätzen: Wann ist ein Risikowert hoch, wann niedrig? Wollen die werdenden Eltern weitergehende (invasive) Diagnostik nutzen – und falls ja, ab welchem Wahrscheinlichkeitswert? Die Entscheidung, wie mit einem solchen Risiko umzugehen ist, bleibt im Sinne der Patientenautonomie weitgehend den schwangeren Frauen überlassen und kann beträchtliche Verunsicherung auslösen (Schwennesen et al. 2008).

Dies gilt insbesondere für die als Teil der Ultraschalldiagnostik durchgeführte Suche nach sogenannten Softmarkern. Softmarker sind sonografisch darstellbare Besonderheiten, die auf eine Behinderung hinweisen können, aber diese keineswegs treffsicher diagnostizieren können. Im Gegenteil: Nur etwa 30 % der Kinder, die einen Softmarker aufweisen, weisen tatsächlich eine Behinderung auf. In der Mehrheit der Fälle verursachen auffällige Softmarker folglich eine Verunsicherung der werdenden Mütter, ohne dass beim Kind eine tatsächliche Abweichung vorliegt (Nicklas-Faust 2014). Softmarker für Trisomie 21 können im Ultraschallbefund beispielsweise eine vergrößerte Nackentransparenz, sogenannte »white spots« in der Herzregion, verkürzte Oberschenkel bzw. Oberarmknochen sowie eine große Fruchtwassermenge sein.

Die Gefahr einer fetalen Fehlbildung übersetzt sich je nach angewandtem pränatalmedizinischen Verfahren in unterschiedlichste Risikokalkulationen, die zum Teil auch miteinander kombiniert werden (etwa beim Ersttrimesterscreening). Ähnlich wie in Luhmanns Beispiel mit dem Regenschirm führt die Verfügbarkeit von pränataldiagnostischen Verfahren dazu, dass der oder die Einzelne sich für oder gegen eine Nutzung entscheiden und mit den Konsequenzen dieser Entscheidung leben muss. Die Steigerung des Wissens führt somit oft zu einer Zunahme von Unsicherheit, die der oder die Einzelne in Handlungsentscheidungen umsetzen muss. Samerski und Henkel (2015, S.83) beschreiben dies kritisch als »Tendenz zur individuellen Responsibilisierung angesichts von probabilistischen Risiken«.

Manchmal, so macht Thieme (2016b) deutlich, verdeckt der Risikobegriff die Vielfalt der dahinterstehenden Lebensrealitäten: »was nützt eine Mitteilung,

^  
› 4 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und ethische Herausforderungen  
v

der Bluttest habe eine 60-prozentige Wahrscheinlichkeit auf Down-Syndrom ergeben? ... Über das Leben mit einem solchen Kind, über das Potenzial an Glück und Erfüllung erfahren die Mütter und Väter nichts. Sie geraten in einen Tunnel aus vermeintlicher Risikovermeidung. Und werden dabei von Medizern oft blind gemacht für die Chancen des Lebens, zum Beispiel: für ihr mögliches und glückliches Leben mit einem behinderten Kind. Vor dem Lebensrisiko, ein solches Kind nicht zu bekommen, wird selten gewarnt.«

Auch zivilgesellschaftliche Vereine wehren sich gegen die Beschreibung von Menschen mit Behinderung als »Risiko«. So beanstanden das Netzwerk gegen Selektion durch PND und das Gen-ethische Netzwerk in ihrer Beschwerde gegen die Werbung für NIPT beim Deutschen Werberat die häufige Verwendung des Wortes »Risiko« auf den Webseiten und in den Broschüren der Testhersteller: »Die häufige Verwendung des Risiko-Begriffs vermittelt, dass Menschen mit Trisomien minderwertig sind, denn ›Risiko‹ ist im allgemeinen Sprachgebrauch ein Synonym für ein unerwünschtes und zu vermeidendes Unglück« (Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik und Gen-ethisches Netzwerk 2014).

Neben der Gleichsetzung von Behinderung und Risiko spielt darüber hinaus auch ein gänzlich anders gelagertes Risiko für Kritiker/-innen der neuen, nichtinvasiven Verfahren eine zentrale Rolle, nämlich das Verfahrensrisiko. Anders als invasive Verfahren der Pränataldiagnostik gehen mit den nichtinvasiven Gentests lediglich die Risiken einer Blutentnahme einher und es besteht kein verfahrensbedingtes Risiko für eine Fehl- oder Frühgeburt. Aus Sicht einiger Autor/-innen kann gerade die Risikofreiheit der NIPT dazu führen, dass sich schwangere Frauen stärker verpflichtet fühlen, den Test zu nutzen – schließlich kann anders als bei den invasiven Verfahren kein medizinisches Risiko als nachvollziehbare Begründung herangezogen werden (Vanstone et al. 2014, S.520). In diesem Sinne betont auch Munthe (2015), dass das soziale Risiko des medizinisch »risikofreien« Verfahrens NIPT darin liegt, dass die vermeintliche Risikofreiheit viele Schwangere dazu bringt, ein NIPT durchzuführen, ohne zuvor über die daraus möglicherweise folgenden Konsequenzen nachgedacht zu haben (etwa hinsichtlich der Fortsetzung der Schwangerschaft).

In der Pränataldiagnostik findet sich folglich eine Reihe von Risiken: Neben dem Risiko ein behindertes Kind zu bekommen, existieren weitere: das Risiko, ein wachsendes Kind durch Pränataldiagnostik zu verlieren, das Haftungsrisiko der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, das Risiko, falsche Entscheidungen zu treffen (für oder gegen die Nutzung und für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft) und schließlich das Risiko, dass sich gesellschaftliche Werte durch Pränataldiagnostik grundlegend verändern.



Der Begriff des Risikos und die gesellschaftliche Nutzung und Betrachtung von Pränataldiagnostik sind zusammenfassend eng miteinander verwoben. Worin jeweils das Risiko und worin der Nutzen liegt, wird von verschiedenen Werten aus sehr unterschiedlich beantwortet. So ermöglicht es Pränataldiagnostik, die Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines behinderten Kindes zu quantifizieren, sie führt dabei gleichzeitig zu einem umfangreichen Haftungsrisiko der behandelnden Ärzte und Ärztinnen und birgt zudem potenziell das Risiko, gesellschaftliche Werte zu verändern – möglicherweise bis hin zu einer Inverantwortungnahme werdender Eltern, ausschließlich gesunde Kinder zu bekommen.



---

## 5 Resümee und Handlungsfelder

Pränataldiagnostik umfasst alle Untersuchungen in der Schwangerschaft, die Informationen über das Kind erzeugen (sollen) und dabei unter anderem nach Hinweisen für kindliche Erkrankungen oder Fehlbildungen suchen. Pränataldiagnostik zielt damit zum einen darauf, die Schwangerschaft und die spätere Geburt so begleiten zu können, dass Mutter und Kind vor Schaden bewahrt bleiben. Zum anderen ermöglicht es die Pränataldiagnostik in Kombination mit den geltenden gesetzlichen Regelungen werdenden Müttern, pränatal Wissen über mögliche Fehlbildungen zu erhalten. Weist der Fetus Anomalien auf, können Schwangere im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechts und auf Basis der gesetzlichen Grundlagen über die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden. Der im Kontext des Schwangerschaftsabbruches bestehende Konflikt zwischen dem Lebensrecht des werdenden Kindes und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau zeigt sich folglich hier in besonderer Form, da es zumeist um das Lebensrecht eines Fetus mit Anomalien geht und die Abbrüche häufig in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium erfolgen.

---

### 5.1 Möglichkeiten, Rahmenbedingungen, Umfang und Anwendung der PND

---

#### Verfahren und Untersuchungsspektrum der Pränataldiagnostik

Je nach Eingriffstiefe werden zwei Formen der Pränataldiagnostik unterschieden: invasive und nichtinvasive Verfahren. Zu den invasiven Verfahren, die bereits seit 40 Jahren unter bestimmten Voraussetzungen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, zählen die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), die Chorionzottenbiopsie (Plazentabiopsie) und die Chordozentese (fetale Blutentnahme). Invasive Verfahren gehen mit eingriffsbedingten Risiken einher, zu denen unter anderem eine erhöhte Fehlgeburtsrate zählt. Nichtinvasive Verfahren bergen deutlich geringere eingriffsbedingte Risiken, haben jedoch keine diagnostische Genauigkeit, sodass auffällige Befunde aus nichtinvasiven Verfahren immer invasiv überprüft werden sollten. Die bekannteste und intensiv genutzte Technik nichtinvasiver Pränataldiagnostik ist die Ultraschallmethode, mit der sich die fetale Entwicklung der Organe und des Skeletts beurteilen lässt.

Seit Sommer 2012 ist in Deutschland ein neues pränatalmedizinisches Verfahren verfügbar, das wahlweise als nichtinvasive Pränataldiagnostik, als nichtinvasiver Pränataltest, als neuer Bluttest für Schwangere, als zellfreier DNA-Test oder kurz schlicht als NIPT oder NIPD bezeichnet wird. Grundlage des

Verfahrens ist die Analyse der zellfreien DNA des Fetus im Blut der Mutter. Diese stammt genau genommen aus der Plazenta, ist aber zumeist identisch mit dem fetalen Erbgut. Mittels einer Blutabnahme und anschließender molekular-genetischer Analyse lässt sich anhand dieses Tests bestimmen, ob das werdende Kind eine genetische Auffälligkeit aufweist. Eine besonders hohe Testgüte weisen die nichtinvasiven Pränataltests für die autosomale Trisomie 21 (Down-Syndrom) und in abgeschwächter Form für die Trisomien 13 und 18 (Patau- und Edwards-Syndrome) auf.

Pränataldiagnostische Forschung strebt sowohl nach einer Erweiterung des diagnostischen Umfangs (also der Art und Zahl der zu erkennenden Krankheiten und Abweichungen) als auch nach einer Erweiterung des diagnostischen Methodeninventars. Hinsichtlich des Umfangs zielen genetische Analysen sowohl anhand von nichtinvasiv als auch von invasiv gewonnenen DNA-Proben darauf, ein zunehmend umfassendes Bild möglicher Abweichungen im Genom zu detektieren. Dabei sollen zukünftig auch kleinste Veränderungen im Erbgut (Mikroduplikationen, -deletionen oder -translokationen) pränatal erkannt werden können. Hinsichtlich des Methodeninventars streben viele Forscher schon seit geraumer Zeit danach, intakte fetale Zellen nichtinvasiv zu gewinnen – im Gegensatz zu zellfreier fetaler DNA placentaren Ursprungs. Intakte fetale Zellen finden sich sowohl im mütterlichen Blut als auch im Zervixmucus, allerdings gibt es bislang kein einfaches Verfahren, um diese Zellen eindeutig und verlässlich als fetal zu erkennen.

Schwangere in Deutschland nutzen ein breites Spektrum pränataldiagnostischer Untersuchungen. Fast alle Schwangeren nehmen die drei in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen in Anspruch, die jeweils etwa um die 10., die 20. und die 30. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. Darüber hinaus nutzt die große Mehrheit der Schwangeren weitere nichtinvasive Verfahren, wie feindiagnostische Ultraschalluntersuchungen, das Ersttrimesterscreening oder biochemische Screenings. Ein großer Teil dieser zusätzlichen Untersuchungen sind individuelle Gesundheitsleistung, sodass die Kosten von der Schwangeren zu tragen sind. Zur Nutzung der nichtinvasiven DNA-Tests gibt es keine deutschlandweiten Erhebungen, die Veröffentlichungen der Hersteller und einzelner Pränatalpraxen weisen auf eine steigende Nachfrage hin. Der Preis für die Durchführung eines NIPT ist seit der Marktzulassung deutlich gesunken und beginnt nunmehr, je nach Testumfang, bei 199 Euro.

Alle verfügbaren nichtinvasiven Pränataltests untersuchen auf die autosomalen Trisomien 13, 18 und 21 und können das fetale Geschlecht bestimmen. Die meisten Tests ermöglichen zudem ein Screening auf Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen und auf genetische Mikrodeletionen. Dabei zeichnet sich eine zukünftige Erweiterung des Testspektrums ab. Die Testgüten für ein Screening auf Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen und auf





Mikrodeletionen liegen bislang deutlich unter den Testgütern für die autosomalen Trisomien und erzeugen häufig falsch-positive Ergebnisse (das heißt, dass das Testergebnis fälschlicherweise das Vorliegen der jeweiligen Abweichung anzeigt). Nichtinvasive Pränataltests können keine Fehlbildungen des Neuralrohrs oder des Herz-Kreislauf-Systems ermitteln, sondern lediglich genetische Abweichungen. Organische oder neuronale Fehlbildungen lassen sich ausschließlich in bildgebenden Verfahren (Ultraschall, Magnetresonanztomografie) feststellen.

Schwangerschaften, in denen sich eine fetale Anomalie zeigt, werden häufig abgebrochen. Dabei hängt die Bereitschaft, die Schwangerschaft fortzusetzen, stark vom fetalen Befund ab. Für die Trisomien 13, 18 und 21 liegen die Abbruchraten erhebungsübergreifend bei über 85 %.

---

## Rechtliche Grundlagen

Sowohl die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als auch der Einsatz genetischer Pränataldiagnostik werden in Deutschland durch eine Reihe von Gesetzen und Richtlinien geregelt. Die wichtigsten drei Gesetze im Kontext der Pränataldiagnostik sind (1) das *Gendiagnostikgesetz*, das die Voraussetzungen für eine genetische Untersuchung (auch des Ungeborenen) festlegt und beispielsweise bestimmt, dass erst im Erwachsenenalter auftretende genetisch determinierte Krankheiten nicht pränatal diagnostiziert werden dürfen, (2) das *Schwangerschaftskonfliktgesetz*, das Vorgaben zu Beratungsansprüchen von Schwangeren macht und die Voraussetzungen für einen medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbruch definiert, sowie (3) die Fristenregelung und die Indikationenregelungen zum Schwangerschaftsabbruch im *Strafgesetzbuch* (§§ 218 u. 219 StGB). Die *Mutterschaftsrichtlinien* legen die medizinische Schwangerenversorgung als Teil der Regelversorgung über die gesetzliche Krankenversicherung fest und definieren konkrete zu erbringende Leistungen (beispielsweise die drei Regelultraschalluntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft). Im Zuge des pränataldiagnostischen Fortschritts kam es zu Gerichtsprozessen, in denen es um ärztliche Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldpflichten ging, wenn ein Kind wider Erwarten mit Behinderung zur Welt gekommen war. Dies schlägt sich bis heute in hohen Versicherungspolicen für in der Schwangerenbegleitung und Geburtshilfe tätige Ärzte und Ärztinnen und in dem ärztlichen Wunsch nieder, sich durch das Anbieten pränataldiagnostischer Untersuchungen haftungsrechtlich abzusichern.

Der Blick auf benachbarte europäische Staaten zeigt eine große Vielfalt hinsichtlich der Regelungen zum Zugang zu pränataldiagnostischen Angeboten und der Gestaltung der Schwangerschaftsabbruchgesetzgebung. Dänemark und die Schweiz weisen ein mehrstufiges Screeningprogramm auf, das von den Schwangeren intensiv genutzt wird und das mittels Ersttrimesterscreening

bereits im ersten Drittel der Schwangerschaft jene Schwangeren identifiziert, deren Feten eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für chromosomale Anomalien aufweisen. Anschließend vertiefende Diagnostiken können diese Wahrscheinlichkeit präzisieren. Als Folge dieser umfangreichen Screeninguntersuchungen zeigen Dänemark und die Schweiz sehr hohe pränatale Erkennungsraten von fetalen Anomalien. Die Niederlande bilden in vielerlei Hinsicht einen Gegenpol zu diesen beiden Ländern, da die Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt dort traditionell vergleichsweise gering ist und europaweit die geringste Abbruchquote bei fetalen Anomalien festzustellen ist. Die Einführung neuer pränataldiagnostischer Verfahren wurde in den Niederlanden zumeist von einer breiten gesellschaftlichen Debatte begleitet. Das Vereinigte Königreich verortet sich gleichsam zwischen diesen Polen der Skepsis gegenüber Pränataldiagnostik auf der einen Seite und ihrer Routinisierung auf der anderen Seite. Der Vergleich zeigt, dass Pränataldiagnostik in verschiedenen nationalen Gesundheitssystemen und -kulturen sehr unterschiedlich verstanden und genutzt wird.

---

### **Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik**

Für Deutschland gilt, dass die meisten schwangeren Frauen über ein eher begrenztes Vorwissen zu Pränataldiagnostik verfügen und als wesentliche Informationsquelle ihren behandelnden Arzt oder ihre behandelnde Ärztin angeben. Mit der ärztlichen Beratung zu Pränataldiagnostik sind sie mehrheitlich zufrieden. Verbesserungsbedarf sehen sie insbesondere dahingehend, dass auch ethische, soziale und psychische Fragen stärker thematisiert werden sollten. Um solche Fragen zu adressieren, eignet sich die prinzipiell allen Schwangeren offenstehende psychosoziale Beratung. Die gesetzlichen Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz zur verstärkten Vermittlung von ärztlicher an die psychosoziale Beratung scheinen leichte Änderungen bewirkt zu haben. Selbstkritisch sehen die im Bereich der Pränataldiagnostik tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre eigene Nichtdirektivität in der Beratung und ihre fachliche Qualifikation zur genetischen Beratung. Nur wenige Schwangere nehmen bislang psychosoziale Beratungsangebote zu Pränataldiagnostik wahr; sofern sie dies tun, bewerten sie diese sehr positiv.

Schwangere Frauen in Deutschland nutzen in ihrer großen Mehrheit pränataldiagnostische Untersuchungen auch über die drei regulären Ultraschalluntersuchungen hinaus. Diese intensive Nutzung liegt vor allem daran, dass schwangere Frauen pränataldiagnostische Angebote als »Standardweg« wahrnehmen. Zudem hoffen sie, dass ihnen pränataldiagnostische Verfahren die Gesundheit des werdenden Kindes bestätigen. Gleichzeitig weckt die Pränataldiagnostik bei einer Mehrheit der Frauen erst die Angst vor einem behinderten Kind. Ein Fünftel der schwangeren Frauen scheint eine stabil positive Sicht auf Menschen mit Behinderungen zu haben und kann sich auch ein Leben mit



einem behinderten Kind gut vorstellen. Die große Mehrheit verknüpft mit der Möglichkeit, ein behindertes Kind zu bekommen, in erster Linie Ängste um die eigene zeitliche und finanzielle Autonomie und um die Partnerschaft.

Erhalten werdende Eltern die Diagnose einer schweren fetalen Fehlbildung, belastet sie dies schwer. An die Diagnose schließt sich ein Prozess des Umgangs damit an, der in die Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft mündet und der eine empathische und zugewandte Begleitung durch Mediziner/-innen und anderes Fachpersonal erfordert.

Betrachtet man die Lebensrealität von Familien mit Kindern mit Down-Syndrom, zeigt sich, dass die Mehrheit der Familien nicht unter der Behinderung ihres Kindes »leiden«, sondern sie ihr besonderes Kind als wertvollen und bereichernden Aspekt ihres Familienlebens ansehen (Kap. 4.3.1). Als belastend wird hingegen der bürokratische und organisatorische Aufwand erlebt, den die Familien zur Förderung ihres Kindes bei einer Vielzahl von Ansprechpartnern (Krankenkassen, Ämter und Behörden auf Landes- sowie auf kommunaler Ebene) aufbringen müssen.

Für Frauenärztinnen und -ärzte stellen die pränataldiagnostischen Angebote in der medizinischen Schwangerenbegleitung insofern eine Herausforderung dar, als dass sie in einem Kontext stattfinden, der ärztlichem Handeln vielfältige Zwänge auferlegt: Zeitdruck, mangelnde Honorierung von Arzt-Patienten-Gesprächen, Sorgen vor haftungsrechtlichen Konsequenzen und eine wachsende Anzahl von individuellen Gesundheitsleistungen. Neben der Zeit für ihre Beratungstätigkeit fehlt vielen Ärzten und Ärztinnen auch die Zeit für eine umfassende Weiterbildung zu neuen pränataldiagnostischen Verfahren wie NIPT, sodass eine große Mehrheit von ihnen auf Herstellerinformationen zurückgreift.

Diese dienen zwangsläufig den Interessen der Testhersteller, die einen wachsenden Markt von pränatalen genetischen Tests nicht zuletzt durch den Antrag auf Eröffnung des Erprobungsverfahrens beim G-BA weiter auszubauen suchen. Sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch von zivilgesellschaftlichen Verbänden wird die Rolle der Herstellerunternehmen bei der Etablierung und der öffentlichen Darstellung der Tests kritisch beurteilt. Viele zivilgesellschaftliche Verbände<sup>82</sup> sehen in der pränataldiagnostischen Suche nach Feten mit Abweichungen eine Diskriminierung und möchten eine unreflektierte breite gesellschaftliche Nutzung von Pränataldiagnostik verhindern.

Dabei richtete sich ihre Kritik in den vergangenen Jahren insbesondere auf den G-BA, der ein Methodenbewertungsverfahren für nichtinvasive Pränataltests eröffnet hat, auf dessen Grundlage bis Sommer 2019 darüber entschieden werden soll, ob diese Tests Risikoschwangeren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei angeboten werden. Der Kritik an diesem

---

82 Zu diesen zivilgesellschaftlichen Kritikern gehören beispielweise Vereine zur Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen, Kirchenverbände und gentechnologiekritische Vereine.

Bewertungsverfahren begegnet der G-BA mit dem Verweis darauf, dass die Verantwortung für eine breite gesellschaftliche Debatte nicht bei ihm, sondern beim Parlament und ggf. dem Deutschen Ethikrat liege.

Die Zulassung nichtinvasiver Pränataltests im Sommer 2012 und die Eröffnung des Methodenbewertungsverfahrens beim G-BA im Sommer 2016 führten vorübergehend zu einer größeren Medienberichterstattung. Eine gesellschaftliche Diskussion zu den sozialen Herausforderungen von pränataler Diagnostik im Allgemeinen und von nichtinvasiven Testverfahren im Speziellen im Spannungsfeld zwischen individueller Entscheidung und kollektivem Umgang damit steht jedoch bislang aus. Die Debatte beschränkte sich bislang vor allem auf professionell Involvierte wie Humangenetiker/-innen, Ärzte und Ärztinnen und psychosoziale Berater/-innen. Nicht nur der G-BA, sondern auch zivilgesellschaftliche Akteure erhoffen sich für die Zukunft vom Deutschen Bundestag einen Anstoß zu einer umfassenden öffentlichen Debatte.

---

### **Ethische, politische und soziale Fragen zu Pränataldiagnostik**

Eine differenzierte gesellschaftliche Diskussion der sozialen Chancen und Herausforderungen von Pränataldiagnostik müsste eine Reihe ethischer, politischer und sozialer Fragen aufgreifen, darunter:

- > *Stellt Pränataldiagnostik ein gesellschaftliches Werturteil über Behinderung dar?* Wie lassen sich selektive Schwangerschaftsabbrüche ethisch rechtfertigen und welche gesellschaftlichen Auswirkungen haben sie? Geht mit der Zulassung von pränataldiagnostischen Verfahren, die Behinderungen detektieren können und sollen, ein Unwerturteil über Menschen mit (dieser) Behinderung einher? Stellt es eine Diskriminierung dar, wenn eine Schwangerschaft mit einem behinderten Fetus anders als bei einem nichtbehinderten Fetus auch bei fortgeschrittener Schwangerschaft abgebrochen werden kann? Falls ja, handelt es sich um eine Diskriminierung des behinderten Fetus oder der bereits geborenen Menschen mit der gleichen Behinderung? Inwiefern verändert sich der gesellschaftliche Blick auf Menschen mit Behinderung durch selektive Schwangerschaftsabbrüche?
- > *Verändert Pränataldiagnostik die Wahrnehmung von Schwangerschaft und Elternschaft?* Binden sich Schwangere nur unter Vorbehalt an ihr werdendes Kind, wenn dessen Gesundheit noch nicht pränataldiagnostisch »bestätigt« ist? Fördert die Verbreitung und Vertiefung pränataldiagnostischer Verfahren eine »Schwangerschaft auf Probe«? Oder ist es einfach eine Entscheidungshilfe für werdende Eltern?
- > *Welche Herausforderungen bergen genetische Informationen für werdende Eltern, das zukünftige Kind und behandelnde Ärzte und Ärztinnen?* Wie viele und welche genetischen Informationen über ihr werdendes Kind sollen werdende Eltern erlangen dürfen? Wie kann und soll mit Befunden



umgegangen werden, deren klinische Bedeutung unklar ist? Wie kann eine fundierte Beratung mit den Möglichkeiten einer immer umfassenderen genetischen Analyse umgehen?

- > *Könnte und sollte das ethische Dilemma später Schwangerschaftsabbrüche anders als bislang rechtlich gerahmt werden? Wie soll damit umgegangen werden, dass einerseits ungeborene Kinder bei medizinischer Indikation auch jenseits der extrauterinen Lebensfähigkeit durch Fetozid getötet werden und gleichzeitig ein geborenes Kind mit allen Mitteln der Intensivmedizin am Leben erhalten wird?*
- > *Welchen Stellenwert hat Pränataldiagnostik für die reproduktive Autonomie der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern? Wie kann reproduktive Autonomie in der pränataldiagnostischen Praxis aussehen? Haben die Eltern ein Recht auf Wissen über ihr werdendes Kind? Wie weit muss dieses gehen, damit werdende Eltern selbstbestimmt über die Schwangerschaft entscheiden können? Woher kommt schließlich der Begriff der reproduktiven Autonomie und wie hat sich seine Nutzung verändert? Ist er mittlerweile in erster Linie ein »Kampfbegriff« für eine breite Liberalisierung der Fortpflanzungsmedizin? Oder dient er der Verschiebung von Verantwortlichkeiten auf die individuelle Ebene der Schwangeren bzw. des Paares?*
- > *Welche Rolle spielt der Risikobegriff, wenn über Pränataldiagnostik gesprochen wird? Welche Risiken gehen mit Pränataldiagnostik einher, sowohl individuell, als auch gesellschaftlich? Was meint »Risiko« im Kontext von Pränataldiagnostik? Welche impliziten Botschaften gehen mit der Verwendung des Begriffs »Risiko« einher?*

Die durch die Pränataldiagnostik im Allgemeinen und neue Verfahren der nicht-invasiven DNA-Analyse im Speziellen aufgeworfenen Fragen berühren verschiedene gesellschaftliche Handlungsfelder. Welche Optionen sich in Hinsicht auf die Forschungsförderung, die rechtliche Gestaltung und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eröffnen, skizzieren die folgenden Abschnitte.

---

## 5.2 Gesellschaftliche Herausforderungen im Kontext von PND

Der medizinisch-technische Stand und die derzeitige Nutzung von Pränataldiagnostik bergen gesellschaftliche Herausforderungen, die sich unter den Stichworten (1) Wissenslücken zur derzeitigen pränataldiagnostischen Praxis, (2) individueller und gesellschaftlicher Umgang mit den wachsenden Möglichkeiten der Genomanalyse und (3) schwierige Rahmenbedingungen für eine informierte Entscheidung Schwangerer zusammenfassen lassen. Nach der Darstellung der Herausforderungen folgen mögliche Handlungsoptionen im Bereich von Forschung und Datenerfassung, Dialog, Beratung und Teilhabe sowie Regulierung.

---

## Wissenslücken zur derzeitigen pränataldiagnostischen Praxis

Die Nutzung von Pränataldiagnostik und die aus dieser Nutzung resultierenden Folgen vollziehen sich an entscheidenden Schnittstellen gleichsam in einer Blackbox. Beispielsweise gibt es keine bundesweiten, krankenkassen- und einrichtungsübergreifenden Erhebungen dazu, welche pränataldiagnostischen Verfahren von Schwangeren mit welchen Intentionen genutzt werden, über welches Vorwissen die Schwangeren verfügen und wie sie die Nutzung der Pränataldiagnostik rückwirkend beurteilen. Ebenso fehlen konkrete Daten dazu, wie oft Schwangere durch auffällige Befunde in Konfliktsituationen geraten und wie sie mit diesen umgehen. Wie häufig, bei welchen fetalen Anomalien und zu welchem Zeitpunkt Schwangerschaften in Deutschland abgebrochen werden, bleibt ebenfalls weitgehend im Dunkeln.

Anhand der Schwangerschaftsabbrüche auf der Basis medizinischer Indikationen lassen sich vage Trends erkennen, doch zum einen werden vielerorts Zweifel daran geäußert, dass die in der Bundesstatistik aufgeführten Schwangerschaftsabbrüche die reale Anzahl medizinisch induzierter Schwangerschaftsabbrüchen korrekt wiedergeben (CDU/CSU 2001; Foth 2004; Graumann 2011, S. 124; Schnabel 2016) und zum anderen werden die fetalen und/oder maternalen Diagnosen, die der Ausstellung einer medizinischen Indikation zugrunde liegen, nicht systematisch erhoben.<sup>83</sup>

Weitere Wissenslücken tun sich auf mit Blick auf das ärztliche Handeln (Feyerabend und Huster-Sinemillioglu 2014; Schumann 2012): Wann entscheiden sich Ärzte und Ärztinnen dafür, eine medizinische Indikation auszustellen, wann dagegen? Nach welchen Kriterien beurteilen sie verschiedene pränataldiagnostische Verfahren? Welches Bild haben sie von Behinderung? Wie sieht die ärztliche Beratungsrealität aus (etwa hinsichtlich des vermittelten Sachwissens, der Nichtdirektivität, der Anpassung an den Wissenstand und die Bedürfnisse der zu Beratenden)? Spiegelt sich die persönliche ärztliche Einstellung zu PND und Behinderung in den Entscheidungen der Schwangeren für oder gegen die Nutzung von PND und für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft wider? Und welche Rolle spielen dabei die werdenden Väter? Zu diesen Fragen gibt es bislang keine ausreichende Wissensbasis, sodass ein grundlegender gesellschaftlicher Aspekt der Pränataldiagnostik – der ärztlich-professionelle Umgang mit werdendem behindertem Leben – einer umfassenden wissenschaftlichen Beschreibung und Analyse bislang nicht zugänglich ist.

---

83 Ein Beispiel für eine Datenerfassung und -auswertung zu medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüchen geben Dettmeyer et al. (2017), die für die zwischen 2012 und 2016 am Universitätsklinikum Gießen durchgeführten Abbrüche u. a. die Art der Erkrankung der Feten und auch die medizinische und psychosoziale Beratung dokumentieren.

---

### **Individueller und gesellschaftlicher Umgang mit den wachsenden Möglichkeiten der Genomanalyse**

Eine Herausforderung, die mit neuen Verfahren und der Erweiterung von Diagnosemöglichkeiten im Bereich der Pränataldiagnostik einhergeht, ist die Hervorbringung umfangreicher genetischer Daten und die Frage, wie damit individuell und gesellschaftlich umgegangen werden soll. So erfordert die gestiegene Anzahl erkennbarer genetischer Besonderheiten eine differenzierte humangenetische Beratung, um eine informierte Einwilligung zu genetischen Analysen zu gewährleisten. Dies betrifft für den Bereich der Pränataldiagnostik insbesondere die vorgeburtliche Erkennung von genetischen Variationen, deren klinische Bedeutung unklar ist. Eine vorgeburtliche Diagnose solcher Variationen beim werdenden Kind kann die Eltern verunsichern, ohne Vorteile durch frühe therapeutische Interventionen zu ermöglichen.

Die zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Genomanalyse spiegeln sich zudem in der sukzessiven Erweiterung des Testspektrums vieler pränataldiagnostischer Anbieter. Diese folgt nach Ansicht vieler Mediziner/-innen weniger klinischen Bedarfen als vielmehr der Marktlogik, um durch ein erweitertes Testspektrum gegenüber der Konkurrenz zu bestehen. Die beschriebenen Entwicklungstendenzen zur Ausweitung niedrigschwellig verfügbarer (vorgeburtlicher) genetischer Untersuchungen führen zu einem erhöhten Beratungsaufwand, um eine informierte Einwilligung zu genetischen Analysen zu ermöglichen. Die Zunahme an genetischen Testoptionen in Kombination mit unklaren klinischen Prognosen erschweren eine solche Beratung enorm – zumal die Anzahl der in der Beratung tätigen Humangenetiker/-innen begrenzt ist. 2017 waren in Deutschland 327 Fachärzte und -ärztinnen für Humangenetik ambulant und stationär tätig (Bundesärztekammer 2018, S. 14).

Mögliche Antworten auf diese Herausforderungen liegen darin, die Anforderungen an die Qualifikation von genetisch beratenden Ärzten und Ärztinnen anzupassen sowie in der Regulierung der vorgeburtlich zu erlangenden genetischen Informationen.

---

### **Schwierige Rahmenbedingungen für eine informierte Entscheidung Schwangerer**

Im Kontext der Pränataldiagnostik treffen die Interessen der Testhersteller, der schwangeren Frauen und der behandelnden Ärzte und Ärztinnen aufeinander, und oftmals scheint es in der Zusammenschau nicht eindeutig, ob die getroffenen Entscheidungen eher Ausdruck der informationellen und reproduktiven Selbstbestimmung der schwangeren Frau sind oder eher ein Produkt dieses Aufeinandertreffens. Beispielsweise verfügen schwangere Frauen meist über begrenztes Wissen zur Pränataldiagnostik und geben als für sie wichtigste

Informationsquelle ihren behandelnden Arzt oder Ärztin an. Die Ärzte und Ärztinnen berichten ihrerseits von Zeitdruck bei der Beratung und Behandlung und von der Sorge vor Haftungsklagen, wenn sie pränataldiagnostische Angebote und Befunde nicht deutlich genug machen (Schmitz et al. 2017). Als ihre zweitwichtigste Informationsquelle zu genetischer Pränataldiagnostik geben Ärzte und Ärztinnen Herstellerinformationen an und beurteilen ihre eigene Beratungsleistung häufig als »nicht nichtdirektiv« (Crowe 2014; Wolff und Graumann 2016). In Deutschland wird die Einführung der neuen Tests in die ärztliche Praxis und hinsichtlich einer möglichen Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse als stark herstellergetrieben beschrieben (Feyerabend 2017; IMEW 2018; Könninger und Braun 2017b). Wie kann unter diesen Umständen eine informierte Entscheidung der schwangeren Frauen gefördert werden?

---

### 5.3 Handlungsfelder zur PND

---

#### Forschung und Datenerfassung

Um die skizzierten Herausforderungen – insbesondere hinsichtlich der informierten Entscheidung Schwangerer – genauer eingrenzen und beschreiben zu können, bietet sich eine Förderung von *Forschungsvorhaben* an, die zum einen an der Praxis ärztlicher Beratung ansetzen und zum anderen im Sinne des Verbraucherschutzes die unterschiedlichen Testverfahren verschiedener Hersteller miteinander vergleichen. So sollte weitaus detaillierter als bislang untersucht werden, welchen Informationsstand schwangere Frauen zu Pränataldiagnostik aufweisen und welchen Informationsbedarf sie tatsächlich haben (sowohl mit Blick auf die Inhalte als auch die Darstellungsform) (Brauer et al. 2016).

Hinsichtlich der verschiedenen NIPT-Angebote, die seit Jahren für Schwangere auf Selbstzahlerbasis verfügbar sind, könnte ein Vergleich verschiedener Testverfahren, der jeweilig genutzten Algorithmen, der Detektionsraten sowie der Datenschutzpraxis im Sinne des Verbraucherschutzes dazu beitragen, dass Frauen, die einen NIPT durchführen wollen, sich informiert und bewusst für einen der verfügbaren Hersteller entscheiden können (Baldus 2016; Dohr und Bramkamp 2014). Europäische Nachbarstaaten wie die Niederlande und Großbritannien haben eigene Testverfahren mit Analysen in staatlichen Krankenhäusern entwickelt, die die staatliche Gesundheitsversorgung und die schwangeren Frauen von den Angeboten und Preisen der Testhersteller weitgehend unabhängig machen.

In Bezug auf die gesellschaftliche Ebene und die Wissenslücken zur derzeitigen PND-Praxis zeigt sich ein Desiderat umfassenderer Forschung zu den gesellschaftlichen Folgen von Pränataldiagnostik: Verändert die Verfügbarkeit von Pränataldiagnostik das Erleben von Schwangerschaft und Elternschaft?





Fördert dies eine »Schwangerschaft auf Probe«? Und mit Blick auf die durch Pränataldiagnostik aufgeworfenen Entscheidungszwänge: Wie leben Familien, die eine Schwangerschaft aufgrund einer fetalen Anomalie abgebrochen haben, mit dieser Entscheidung? Welche Rahmenbedingungen können den Trauerprozess erleichtern? Wie leben Familien, die sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden haben, mit dieser Entscheidung? Welche Rahmenbedingungen beeinflussen ihre Lebenszufriedenheit? Zu diesen Fragen liegen erste Erkenntnisse vor (z. B. Heider und Steger 2014; Rohde und Woopen 2007), die jedoch zumeist aus eher kleinen, oft regional begrenzten Studien stammen und einer gezielten Vertiefung bedürfen. Zu spezielleren sozialwissenschaftlichen Fragestellungen (wie etwa zur Schwangerschaft als soziale Rolle) liegen zudem einzelne, vor allem qualitative Studien vor, u. a. von Schwennesen et al. (2008), Samerski (2002), sowie Mozygamba (2011), vor.

Die Wissenslücken zur PND gründen teilweise auch auf fehlenden statistischen Daten. Hinsichtlich der *Datenerfassung* bei medizinisch induzierten Schwangerschaftsabbrüchen fehlt etwa bislang in der Bundesstatistik jeglicher Hinweis, ob eine fetale Fehlbildung zur Ausstellung der Indikation geführt hat und falls ja, welche (Baldus et al. 2016). Ob der im novellierten Schwangerschaftskonfliktgesetz festgelegte Beratungsanspruch von Frauen, die ihre Schwangerschaft auf Grundlage einer medizinischen Indikation abgebrochen haben, zuvor genutzt wurde oder nicht, ist weder in der Bundes- noch in einer anderen Statistik erfasst. Würden diese Lücken gefüllt, ließen sich Entwicklungen im Bereich der Pränataldiagnostik sehr viel besser nachvollziehen: etwa, ob die gestiegene Anzahl von Spätabbrüchen auf fetale Anomalien zurückzuführen ist, und falls ja, welche der fetalen Anomalien zu späten Schwangerschaftsabbrüchen führen.

---

#### **Dialog, Beratung und Teilhabe**

In den wenigen bisherigen Studien zum Informationsstand von Schwangeren in Deutschland zeigt sich ein eher begrenztes Wissen über Pränataldiagnostik. Der veränderte *Beratungsanspruch* im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist eine Antwort darauf; Evaluationen zur Umsetzung dieses Anspruches zeigen jedoch, dass eine psychosoziale Beratung zumeist nur im Konfliktfall wahrgenommen wird und es hinsichtlich der Kooperation von Ärzten und Ärztinnen, psychosozialen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden noch Förderbedarf gibt. Der Aufbau regionaler Kontaktdatenbanken und interprofessioneller Kooperationsnetzwerke könnte hierbei Abhilfe schaffen. Gleichwohl sehen die Honorarregelungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte wenig Spielraum für Beratung und Netzwerkpflege vor, sodass eventuell auch strukturelle Anreize vonnöten sind.

Mit Blick auf den Fortschritt in der Genomanalyse und die Unsicherheiten, die bei der Interpretation solcher Analysen für werdende Eltern entstehen können, liegt eine Möglichkeit, um die Qualität der Beratung auch durch Nicht-Humangenetiker/-innen verbindlich zu gestalten, darin, die nötigen Qualifikationen oder Vorschriften an die neuen genetischen Analysemethoden anzupassen. Die vielfach geäußerte Kritik an der für die genetische Beratung nötigen Qualifikation, die in erster Linie auf den als zu gering empfundenen inhaltlichen und zeitlichen Umfang der Aus- und Weiterbildung zielt, belegt, dass hier von vielen Humangenetiker/-innen Verbesserungsbedarf gesehen wird. Eine solche Vertiefung der Fortbildungsvorgaben liegt in erster Linie in der Hand der für die Weiterbildung zuständigen Landesärztekammern sowie bei den medizinischen Fachgesellschaften, die durch Stellungnahmen und Leitlinien Empfehlungen für ärztliches Handeln geben.

Für die Verbesserung bestehender *Informations- und Beratungsangebote* erscheint sowohl ein Ausbau der Fort- und Weiterbildung der pränataldiagnostisch tätigen Ärzte und Ärztinnen als auch die Erarbeitung von unabhängigen und adressatengerechten Informationsmaterialien sinnvoll. Solche Informationsmaterialien sollten sowohl für Schwangere als auch Ärzte und Ärztinnen erstellt werden und die Themen Pränataldiagnostik und IGeL allgemein, einzelne pränataldiagnostische Verfahren sowie nicht zuletzt die durch die Tests ermittelbaren Behinderungen umfassen (Baldus et al. 2016; Schmitz 2016; Zerres 2015). Bezüglich angemessener Informationen für Schwangere könnte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verstärkt tätig werden. Leicht verfügbare und verständliche Informationsangebote können im besten Fall das Bewusstsein sowohl der Ärzte und Ärztinnen als auch der werdenden Eltern dafür stärken, dass sich Pränataldiagnostik von anderen schwangerschaftsbezogenen medizinischen Leistungen dahingehend unterscheidet, dass sie die werdenden Eltern vor fundamentale Entscheidungskonflikte stellen kann.

Was die gesellschaftliche *Teilhabe* von Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen angeht, besteht nach wie vor grundsätzlicher Verbesserungsbedarf. Vor dem Hintergrund, dass eine der zentralen Befürchtungen von schwangeren Frauen darin liegt, mit einem behinderten Kind ihre finanzielle und zeitliche Autonomie zu verlieren, und Studien gezeigt haben, dass die Lebenszufriedenheit von Familien mit behinderten Kindern bei einer Berufstätigkeit der Mutter höher liegt, bietet sich ein Förderkonzept zur Ermöglichung mütterlicher Berufstätigkeit mit Kindern mit Behinderung an. Als zielführende Maßnahmen gelten eine Zentralisierung der Leistungen für Menschen mit Behinderungen und ihrer Familien (bislang sind für verschiedene Leistungen

Kranken- und Pflegekassen, Kommunen oder das Land zuständig)<sup>84</sup> sowie ein Ausbau unbürokratischer Unterstützungsleistungen, wie sie in anderen europäischen Ländern realisiert werden (Baldus et al. 2016). Die Zugangsschwellen zu staatlichen Hilfen abzubauen und Unterstützungsangebote auszubauen, könnte eine sozialpolitische Antwort auf als hoch empfundene Abbruchraten nach der pränataldiagnostischen Feststellung einer fetalen Behinderung darstellen.<sup>85</sup>

Schließlich erscheint es, parallel zum Methodenbewertungsverfahren zu nichtinvasiven Pränataltests des Gemeinsamen Bundesausschusses, wünschenswert, einen *breiten gesellschaftliche Austausch* zu den Chancen und Grenzen von Pränataldiagnostik, von genetischem Wissen und zum vorgeburtlichen Umgang mit Behinderung zu initiieren, zu denen Interessenvertreter/-innen zentraler gesellschaftlicher Gruppen ebenso eingeladen werden wie die breite Öffentlichkeit. Ein solcher gesamtgesellschaftlicher Diskurs kann von der Politik über die Medien in die Gesellschaft getragen werden und sollte das Spektrum der Positionen zum Thema möglichst realistisch abbilden.<sup>86</sup> Da das Methodenbewertungsverfahren bereits im zweiten Halbjahr 2019 abgeschlossen sein wird, fordern zivilgesellschaftliche Gruppen ein Moratorium des Verfahrens beim G-BA, um ohne Zeitdruck die grundlegende Frage zu debattieren, inwiefern bzw. unter welchen Voraussetzungen pränataldiagnostische Verfahren gesellschaftlich wünschenswert sind (Tolmein 2018).

Für den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung bietet sich die Möglichkeit, ausgehend vom vorliegenden TAB-Bericht, ggf. gemeinsam mit dem Gesundheitsausschuss und weiteren Ausschüssen, über aktuelle Handlungsnotwendigkeiten und Handlungszuständigkeiten zur Regulierung der Pränataldiagnostik zu diskutieren – und zwar am besten vor Abschluss des G-BA-Verfahrens im Sommer 2019. Nach einem möglichen Beschluss des G-BA über die Aufnahme der nichtinvasiven Pränataltests in die Mutterschaftsrichtlinien und damit der Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung wird der Spielraum für gesellschaftliche und politische Debatten begrenzt sein.

---

84 Die Kindernetzwerkstudie, die deutschlandweite größte Erhebung zur Situation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern hält die Zentralisierung auf eine Anlaufstelle für eine der wichtigsten politischen Maßnahmen zur Entlastung der Familien. 9 von 10 befragten Elternpaaren unterstützen diese Forderung: »Eltern wünschen sich bei Fragen des Leistungsrechts eine einzige Anlaufstelle, bei der alle Ansprüche aus dem Sozialgesetzbuch zusammenlaufen und die Beratung und Leistung aus einer Hand gewährleistet« (Kofahl und Lüdecke 2014, S. 33).

85 Das in mehreren Stufen in Kraft tretende Bundesteilhabegesetz will hier Abhilfe schaffen; inwiefern dies gelingt, können zukünftige Untersuchungen wie die Kindernetzwerkstudie u. a. zeigen.

86 In diese Richtung gehen auch die Ergebnisse des BMBF-Projektes zu »Partizipation in technisch-gesellschaftlichen Innovationsprozessen mit fragmentierter Verantwortung: das Beispiel nicht-invasive Pränataldiagnostik«, die eine Partizipationsplattform zu NIPT empfehlen (BMBF 2017, S. 9).

---

## Regulierung

In Bezug auf die Regulierung des Zugangs zu nichtinvasiven Testverfahren dürfte die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der NIPT in die Schwangerenvorsorge der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend sein: »Eine nennenswerte Steuerung des Diagnostikangebotes dürfte allein über den Finanzierungsmechanismus zu erreichen sein. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass, sobald die Krankenkassen die Kosten übernehmen, die Verbindung von elterlicher Nachfrage und ärztlichem Liquidationsinteresse die Nutzung der Diagnostik in die Höhe treibt« (van den Daele 2005, S.225). Der G-BA entscheidet im Sommer 2019 darüber, ob für Schwangere mit einem erhöhten Risiko für eine fetale Trisomie 13, 18 oder 21 nichtinvasive Testverfahren im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kostenlos verfügbar sein werden. Wie die Schwangeren mit erhöhtem Risiko ermittelt werden sollen, ist bislang offen. Anders als in anderen Ländern ist das Ersttrimesterscreening zur Ermittlung des individuellen Risikos für eine fetale Trisomie in Deutschland keine Kassenleistung. Besteht das Ziel in einer möglichst umfassenden vorgeburtlichen Erfassung fetaler Anomalien, kann der NIPT gleichwohl nicht das Mittel der Wahl sein, schließlich entdeckt er nur drei chromosomale Anomalietyper zuverlässig. Vielmehr wäre dann analog zu den Beispielen der Schweiz und Dänemarks über eine Ausdehnung der sonografischen Screeninguntersuchungen nachzudenken (wie etwa der Feinultraschalluntersuchungen nach dem ersten und dem zweiten Schwangerschaftsdrittel), die bislang nur in Einzelfällen von den Krankenkassen übernommen werden (Baldus et al. 2016; DEGUM 2017a).

Folgt man dem Minderheitenvotum des Ethikrates (2014, S.503), der Position einiger Mitglieder des 18. Bundestages (Hüppe et al. 2016) und zahlreicher in der Schwangerenberatung tätiger Vereine sowie anderer zivilgesellschaftlicher Verbände (Gen-ethisches Netzwerk et al. 2016; BioSkop et al. 2018), erscheint eine weitere Ausdehnung pränataldiagnostischer Verfahren ohne therapeutische Intention nicht wünschenswert. Liegt das Ziel darin, eine weitere Ausdehnung von PND zu verhindern, sollte eine Regulierung dahingehend erfolgen, die ärztliche Haftung bei vorgeburtlichem Nicht-Erkennen von Behinderungen einzugrenzen und Pränataldiagnostik nicht als Standardoption für alle Schwangeren anzubieten. Einen konkreten Vorschlag skizziert der Medizinrechtsanwalt Oliver Tolmein in Wagenmann (2012) als eine »Umkehrung der Beweislast«. Pränataldiagnostische Verfahren wären seinem Vorschlag zufolge nur zugänglich, wenn die schwangere Frau vorher darlegt, dass eine Behinderung des werdenden Kindes sie derartig belasten würde, dass nur ein Abbruch der Schwangerschaft ihr Abhilfe verschaffen könnte. Dies würde indes eine recht umfassende Novellierung mindestens des § 15 Abs. 1 des Gendiagnostikgesetzes erfordern. Eine weitere Maßnahme, die weniger umfangreich und weniger weitreichend wäre, liegt in einer strengeren Kontrolle des Direct-to-Consumer-Markete-



tings der Testherstellerfirmen, das sich, wie viele Wissenschaftler/-innen einhellig festhalten, in der »Grauzone zwischen Information und Marketing« bewegt (Brauer et al. 2016, S. 339; Farrell et al. 2015; Skirton 2015).

Als Antwort auf die Fortschritte im Bereich der Genomanalyse besteht eine weitere Handlungsoption im Bereich der Regulierung darin, dass genetisch zugängliche Wissen, das an Patienten bzw. werdende Eltern weitergegeben werden darf, zu reduzieren. Beispielsweise könnten Befunde mit unklarer klinischer Bedeutung aus der pränataldiagnostischen Analyse ausgeschlossen werden, sofern keine konkrete Indikation vorliegt.

Ein ethisch, gesellschaftlich und politisch kontroverses Thema stellen die Spätabbrüche von Schwangerschaften dar. Mit Blick auf die Regulierung wäre zu fragen, ob Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation grundsätzlich auch bei anzunehmendem Eintritt der extrauterinen Lebensfähigkeit des Fetus möglich sein sollen. Viele europäische Nachbarstaaten begrenzen diese Möglichkeit auf eine Lebensgefahr der Mutter und lassen medizinisch induzierte Schwangerschaftsabbrüche andernfalls nur etwa bis zur 24. Schwangerschaftswoche zu. Ein wesentliches Ziel bei der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes lag darin, die Anzahl der Spätabbrüche zu verringern. Dass die absolute und relative Anzahl von Spätabbrüchen in den letzten Jahren zugenommen hat, verweist darauf, dass das Ziel nicht erreicht wurde. Insgesamt erscheint eine Spezifizierung der Regelungen zum medizinischen Schwangerschaftsabbruch im Interesse der Schwangeren und der Ärzte und eine zukünftige Aufgabe für den Gesetzgeber. So legt § 218a Abs. 2 StGB fest, dass ein medizinischer Schwangerschaftsabbruch nur dann vorgenommen werden darf, wenn er dazu dient, »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« (eigene Hervorhebung): »Woraus die im Sinne des § 218a Abs. 2 geforderte Unzumutbarkeit resultiert, bedarf einer aufrichtigeren Betrachtung als der aktuelle Gesetzeswortlaut es andeutet ...; [deshalb] braucht es eine Reform des Paragraphen § 218a StGB« (Baldus et al. 2016, S. 37). Eine weitere Frage an den Gesetzgeber betrifft die rechtlich weitgehend ungeklärte Regelung des Fetozids, also der intrauterinen Tötung von potenziell extrauterin lebensfähigen Feten (Neidert 2008).





---

## 6 Literatur

---

### 6.1 In Auftrag gegebenes Gutachten

Wolff, J.; Graumann, S. (2016): Aktueller Stand und Entwicklungen von Pränataldiagnostik. Unter Mitarbeit von Adam Gasiorek-Wiens, Talea Stüwe und Lisa Koopmann, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

---

### 6.2 Weitere Literatur

- Abou Tayoun, A.; Spinner, N.; Rehm, H.; Green, R.; Bianchi, D. (2018): Prenatal DNA Sequencing. Clinical, Counseling, and Diagnostic Laboratory Considerations. In: Prenatal Diagnosis 38(1), S.26-32
- Abramowicz, J.; Kremkau, F.; Merz, E. (2012): Ultraschall in der Geburtshilfe. Kann der Fötus die Ultraschallwelle hören und die Hitze spüren? In: Ultraschall in der Medizin – European Journal of Ultrasound 33(3), S.215–217
- Achtelik, K. (2017): NL: Finanzierung NIPT abgelehnt. In: Gen-ethischer Informationsdienst 243, S.32
- Achtelik, K. (2018): Technische Logik – schlecht gemacht. In: Gen-ethischer Informationsdienst 244, S.31–32
- Achtelik, K.; Könninger, S. (2018): Kommentar zum Bericht »Aktueller Stand und Entwicklungen von Pränataldiagnostik« des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag zur Frage der Akteur\_innen und des Behinderungsmodells. Gen-ethisches Netzwerk. Berlin
- Addor, M.-C. (2010): Switzerland. In: EUROCAT: Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe. Newtownabbey, S.29–30
- Agarwal, A.; Sayres, L.; Cho, M.; Cook-Deegan, R.; Chandrasekharan, S. (2013): Commercial landscape of noninvasive prenatal testing in the United States. In: Prenatal Diagnosis 33(6), S.521–531
- AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V) et al. (2017): Keine Aufnahme weiterer selektiver Untersuchungen in die Regelversorgung! Stellungnahme, [www.gen-ethisches-netzwerk.de/prae-nataldiagnostik/keine-aufnahme-weiterer-selektiver-untersuchungen-die-regelversorgung](http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/prae-nataldiagnostik/keine-aufnahme-weiterer-selektiver-untersuchungen-die-regelversorgung) (27.3.2019)
- Allyse, M.; Chandrasekharan, S. (2015): Too much, too soon? Commercial provision of noninvasive prenatal screening for subchromosomal abnormalities and beyond. In: Genetics in Medicine 17(12), S.958–961
- Allyse, M.; Minear, M.; Berson, E.; Sridhar, S.; Rote, M.; Hung, A.; Chandrasekharan, S. (2015): Non-invasive prenatal testing: a review of international implementation and challenges. In: International Journal of Women's Health 7, S.113–126
- Almer, S. (2010): Schwangerschaftskonfliktgesetz. In: Der Gynäkologe 43(1), S.32–34
- Aly, G. (2013): Die Belasteten. ›Euthanasie‹ 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt a.M.



- aQua (Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2011): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2010. Göttingen, <http://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/>
- aQua (2012): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011. Göttingen, <http://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/>
- aQua (2013): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012. Göttingen, <http://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/>
- aQua (2014): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2013. Göttingen, <http://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/>
- aQua (2015): 16/1 – Geburtshilfe Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2014. Göttingen, <http://sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/>
- Armitage, Peter; Colton, Theodore (2005): *Encyclopedia of Biostatistics*. Chichester
- Asenbaum, U.; Brugger, P.; Woitek, R.; Furtner, J.; Prayer, D. (2013): Indikationen und Technik der fetalen Magnetresonanztomographie. In: *Der Radiologe* 53(2), S. 109–115
- van Ast, M. (2017): Kamer stemt tegen vergoeding NIP-test voor zwangere vrouwen. In: *Algemeen Dagblad*, 12.9.2017, [www.ad.nl/politiek/kamer-stemt-tegen-vergoeding-nip-test-voor-zwangere-vrouwen~ac7e155a/](http://www.ad.nl/politiek/kamer-stemt-tegen-vergoeding-nip-test-voor-zwangere-vrouwen~ac7e155a/) (26.3.2019)
- Bachmann, K.-D.; Berg, D.; Dudenhausen, J.; Grauel, E.; Grimm, T.; Gründel, J. et al. (1998): Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. In: *Der Gynäkologe* 31(7), S. 639–642
- Baldus, M. (2016): Dominanz des Marktes. In: *Gen-ethischer Informationsdienst* 237, S. 11–13
- Baldus, M.; Dickmann, M.; Gasiorek-Wiens, A.; Gossen, R.; Hager, M.; Henking, T. et al. (2016): Pränataldiagnostik im Diskurs. Akademie für politische Bildung, Tutzing, [www.tutzing-diskurs.de/wp-content/uploads/2018/01/Praenataldiagnostik-im-Diskurs-DE-Maerz-2017.pdf](http://www.tutzing-diskurs.de/wp-content/uploads/2018/01/Praenataldiagnostik-im-Diskurs-DE-Maerz-2017.pdf) (27.3.2019)
- Ball, R.; Caughey, A.; Malone, F.; Nyberg, D.; Comstock, C.; Saade, G. et al. (2007): First and second-trimester evaluation of risk for Down syndrome. In: *Obstetrics and Gynecology* 110(1), S. 10–17
- Barter, B.; Hastings, R.; Williams, R.; Huws, J. (2017): Perceptions and Discourses Relating to Genetic Testing. Interviews with People with Down Syndrome. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 30(2), S. 395–406
- Batra, M. (2016): Ultrasonographic Evaluation of Neural Tube Defects at 11–14 Weeks. In: *J. Fetal Med.* 3(3), S. 121–125
- Becker, K. (2016): Streit um Test zur Früherkennung von Trisomie 21. In: *Süddeutsche Zeitung Online*, 16.8.2016, [www.sueddeutsche.de/gesundheit/down-syndrom-umstrittener-bluttest-1.3123320](http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/down-syndrom-umstrittener-bluttest-1.3123320) (27.3.2019)
- Becker, R.; Wegner, R.-D. (2006): Detailed screening for fetal anomalies and cardiac defects at the 11-13-week scan. In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 27(6), S. 613–618
- Becker-Brüser, W. (2010): Objektive Forschung der Pharmaindustrie ist nicht möglich. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104(3), S. 183–189
- Beck-Gernsheim, E. (2016): *Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge – Risiken – Nebenwirkungen*. Salzburg/Wien
- Beckmann, R. (1998): Der »Wegfall« der embryopathischen Indikation. In: *MedR* 16(4), S. 155–161



- Beeck, J.; Henke, R.; Kappert-Gonther, K.; Kober, P.; Rüffer, C.; Schmidt, D. et al. (2018): Vorgeburtliche Bluttests – wie weit wollen wir gehen? Berlin, [www.corinna-ruelfer.de/vorgeburtliche-bluttests-interfraktionelles-papier/](http://www.corinna-ruelfer.de/vorgeburtliche-bluttests-interfraktionelles-papier/) (27.3.2019)
- Beier, K. (2013): Reproduktive Autonomie als biopolitische Strategie. Eine Kritik des liberalen fortpflanzungsmedizinischen Diskurses aus bioethischer Perspektive. In: Finkelde, D.; Inthorn, J.; Reder, M. (Hg.): Normiertes Leben. Biopolitik und die Funktionalisierung ethischer Diskurse. Frankfurt am Main, S. 69–92
- Benn, P. (2016): Expanding non-invasive prenatal testing beyond chromosomes 21, 18, 13, X and Y. In: *Clinical genetics* 90(6), S. 477–485
- Berning, J. (2011): Zwischen Kinderwunsch und Selektion. Die Behindertenverbände zur Präimplantationsdiagnostik (PID). Marburg
- Bettelheim, D.; Krampl-Bettelheim, E. (2014): Nichtinvasiver pränataler Test auf Trisomie 21. In: *Paediatr. Paedolog. Austria* 49(5), S. 14–18
- Bianchi, D. (2015): Pregnancy. Prepare for unexpected prenatal test results. In: *Nature* 522(7554), S. 29–30
- BILDplus (2016): Debatte um Bluttests: Wann darf ich mich gegen ein Kind entscheiden? 19.8.2016, [www.bild.de/ratgeber/leben-und-wissen-verbraucherportal/leben-und-wissen/schwangerschaftsabbruch-47386736.bild.html](http://www.bild.de/ratgeber/leben-und-wissen-verbraucherportal/leben-und-wissen/schwangerschaftsabbruch-47386736.bild.html) (27.3.2019)
- BioSkop; GeN; Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (2018): Gemeinsame Stellungnahme zum Bericht der IQWiG: »Nicht invasive Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften«: Moratorium für den Bluttest! Berlin, [https://gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2018-07/2018\\_07\\_04-stellungnahme-gen\\_iqwig.pdf](https://gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2018-07/2018_07_04-stellungnahme-gen_iqwig.pdf) (27.3.2019)
- Bjerregaard, L.; Stenbakken, A.; Andersen, C.; Kristensen, L.; Jensen, C.; Skovbo, P.; Sørensen, A. (2017): The rate of invasive testing for trisomy 21 is reduced after implementation of NIPT. In: *Danish Medical Journal* 64(4), A5359
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2017): Zukünfte erforschen und gestalten. Forschungsergebnisse der Innovations- und Technikanalyse. Berlin, [www.zukunft-verstehen.de/application/files/2415/0719/2486/BMBF\\_ITA\\_barr.pdf](http://www.zukunft-verstehen.de/application/files/2415/0719/2486/BMBF_ITA_barr.pdf) (27.3.2019)
- Bobbert, M. (2009): Pränatale genetische Diagnostik: historische Entwicklung und sozialethische Bewertung. In: Klügel, R.; Mayer-Lewis, B. (Hg.): Ungewisse Zeiten im Zeitalter der Pränataldiagnostik: »Unter anderen Umständen schwanger«. DONUM VITAE in Bayern e.V., Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, Augsburg, S. 16–24
- CDU/CSU (2011): Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder. Antrag der Abgeordneten Dr. Maria Böhmer ... und der Fraktion der CDU/CSU, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6635, Berlin
- Bongaarts, J.; Guilimoto, C. (2015): How Many More Missing Women? Excess Female Mortality and Prenatal Sex Selection, 1970-2050. In: *Population and Development Review* 41(2), S. 241–269
- Boyd, P. (2010): UK. In: EUROCAT: Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe. Newtownabbey, S. 31–33
- BpB (Bundeszentrale für politische Bildung) (2016): Zwischen legal und verboten: Abtreibungen in Europa. Hintergrund aktuell, 3.6.2016, Bonn, [www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/228817/abtreibungen-in-europa](http://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/228817/abtreibungen-in-europa) (27.3.2019)
- BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) (2003): Bundesauswertung 2002 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf



- BQS (2004): Bundesauswertung 2003 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf
- BQS (2005): Bundesauswertung 2004 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf
- BQS (2006): Bundesauswertung 2005 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf
- BQS (2007): Bundesauswertung 2006 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf
- BQS (2008): Bundesauswertung 2007 Modul 16/1: Geburtshilfe. Düsseldorf
- BQS (2009): BQS-Bundesauswertung 2008 Geburtshilfe. Düsseldorf
- de Bragança, K. (2014): Perspektivwechsel in Arbeit: Das Projekt Ohrenkuss, 1997-2013. In: Propping, P.; Schott, H. (Hg.): Auf dem Wege zur perfekten Rationalisierung der Fortpflanzung? Perspektiven der neuesten genetischen Diagnostik. Dokumentation des Leopoldina-Gesprächs am 16. und 17. Februar 2013 in Halle (Saale), Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, S. 106–139
- Brauer, S.; Strub, J.-D.; Bleisch, B.; Bolliger, C.; Büchler, A.; Filges, I. et al. (2016): Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. TA-SWISS, Zürich
- Braun, K.; Könninger, S. (2017a): Aus der Logik aufgerüttelt? In: Gen-ethischer Informationsdienst 240, S. 8–11
- Braun, K.; Könninger, S. (2017b): Pränataldiagnostik – die »organisierte Verantwortungslosigkeit«?! In: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik: Pränataldiagnostik: eine organisierte Verantwortungslosigkeit?! Dokumentation der Netzwerktagung 2017. Rundbrief 29, Hamburg, S. 5–14
- Brisson, N.; van den Bogaert, K.; Dehaspe, L.; van den Oever, J.; Janssens, K.; Blaumeiser, B. et al. (2017): Accuracy and clinical value of maternal incidental findings during noninvasive prenatal testing for fetal aneuploidies. In: Genetics In Medicine 19(3), 306–313
- Bundesagentur für Arbeit (2017): Blickpunkt Arbeitsmarkt – Situation schwerbehinderter Menschen. Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Nürnberg, <https://statistik.arbeitsagentur.de/> (27.3.2019)
- Bundesamt für Gesundheit der Schweiz (2015): Faktenblatt Pränatal-Screening für Trisomie. Schweizerische Eidgenossenschaft, Bern, [www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/leistungen-bei-mutterschaft/faktenblatt-pr%C3%A4natal-screening-f%C3%BCr-trisomie.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/leistungen-und-tarife/leistungen-bei-mutterschaft/faktenblatt-pr%C3%A4natal-screening-f%C3%BCr-trisomie.pdf) (27.3.2019)
- Bundesamt für Justiz der Schweiz (2002): Fristenregelung tritt am 1. Oktober in Kraft. Bern, [www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2002/13.html](http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/aktuell/news/2002/13.html) (27.3.2019)
- Bundesamt für Statistik der Schweiz (2017): Schwangerschaftsabbrüche. Neuchâtel, [www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html) (27.3.2019)
- Bundesärztekammer (2017): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016. Bundesgebiet insgesamt. Berlin, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/) (27.3.2019)
- Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Bundesgebiet gesamt. Berlin, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/) (27.3.2019)
- Bundesregierung (2015): Vorgeburtliche Blutuntersuchung zur Feststellung des Down-Syndroms. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Hubert Hüppe ... – Drucksache 18/4406–. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/4574, Berlin



- Bundesregierung (2017): Entwicklung der Kaiserschnitttrate in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Ulle Schauws, Maria Klein-Schmeink ... und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/12645 –. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/12767, Berlin
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder. Bonn, [www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter](http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter) (27.3.2019)
- Burch, L. (2017): A world without Down's syndrome? Online resistance on Twitter: #worldwithoutdowns and #justaboutcoping. In: *Disability & Society* 32(7), S. 1085–1089
- Burkhardt, T.; Zimmermann, R. (2018): Schwangerenberatung vor Pränataldiagnostik. In: *Der Gynäkologe* 51(1), S. 32–36
- BVDH (Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.) (2012): Stellungnahme des BVDH zum Test auf fetale Trisomie 21 aus mütterlichem Blut. Berlin, [www.bvdh.de/newsdownload/100/PraenaTest\\_Stellungnahme\\_BVDH\\_2507\\_2012.pdf](http://www.bvdh.de/newsdownload/100/PraenaTest_Stellungnahme_BVDH_2507_2012.pdf) (27.3.2019)
- BVNP (Berufsverband niedergelassener Pränatalmediziner e.V.) (2016): Stellungnahme des BVNP zu den nichtinvasiven pränatalen Testverfahren (NIPT). Hürth, [www.bvnp.de/media/1-2016-12-07-stellungnahme-nipt-bvnp-de-pdf/](http://www.bvnp.de/media/1-2016-12-07-stellungnahme-nipt-bvnp-de-pdf/) (27.3.2019)
- Carlsson, T.; Bergman, G.; Karlsson, A.-M.; Wadensten, B.; Mattsson, E. (2016): Experiences of termination of pregnancy for a fetal anomaly. A qualitative study of virtual community messages. In: *Midwifery* 41, S. 54–60
- Carlsson, T.; Bergman, G.; Melander M.; Wadensten, B.; Mattsson, E. (2015): Information following a diagnosis of congenital heart defect. Experiences among parents to prenatally diagnosed children. In: *PloS one* 10(2), e0117995
- Cereda, A.; Carey, J. (2012): The trisomy 18 syndrome. In: *Orphanet journal of rare diseases* 7(81), S. 1–14
- Chen, L.; Gu, H.; Li, J.; Yang, Z.-Y.; Sun, X.; Zhang, L. et al. (2016): Comprehensive maternal serum proteomics identifies the cytoskeletal proteins as non-invasive biomarkers in prenatal diagnosis of congenital heart defects. In: *Scientific Reports* 6, S. 19248
- Chitty, L.; Cameron, L.; Daley, R.; Fisher, J.; Hill, M.; Jenkins, L. et al. (2015): RAPID non-invasive prenatal testing (NIPT) evaluation study. Executive summary. National Institute for Health Research, London
- Chitty, L.; van der Schoot, C.; Hahn, S.; Avent, N. (2008): SAFE – the Special Non-invasive Advances in Fetal and Neonatal Evaluation Network. Aims and achievements. In: *Prenatal Diagnosis* 28(2), S. 83–88
- Christiansen, M. (2010): Denmark. In: *EUROCAT: Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe*. Newtownabbey, S. 11–12
- Crombag, N. (2016): Explaining low uptake for Down syndrome screening in the Netherlands (and predicting utilisation of other programmes). UMC Repository, Utrecht
- Crombag, N.; Vellinga, Y.; Kluijfhout, S.; Bryant, L.; Ward, P.; Iedema-Kuiper, R. et al. (2014): Explaining variation in Down's syndrome screening uptake: comparing the Netherlands with England and Denmark using documentary analysis and expert stakeholder interviews. In: *BMC Health Services Research* 14, S. 437–448
- Crowe, L. (2014): Termination of pregnancy for non-lethal fetal anomaly: Professional perspectives. Dissertation. Newcastle University, Institute of Health and Society, Newcastle <https://theses.ncl.ac.uk/dspace/handle/10443/3644>



- Cunningham, C. (1996): Families of children with Down syndrome. In: *Down Syndrome Research and Practice* 4(3), S. 87–95
- Cuskelly, M.; Hauser-Cram, P.; van Riper, M. (2009): Families of Children with Down Syndrome: What We Know and What We Need to Know. In: *Down Syndrome Research and Practice* 12(3), S. 105–113
- van den Daele, W. (2005): Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Selektion und Auswirkung auf die Lage behinderter Menschen. In: Annemarie Gethmann-Siefert und Stefan Huster (Hg.): *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik: Europäische Akademie zur Erforschung von Folgen Wissenschaftlich-Technischer Entwicklungen*, Graue Reihe 38, Bad Neuenahr-Ahrweiler, S. 206–254
- Dar, P.; Curnow, K.; Gross, S.; Hall, M.; Stosic, M.; Demko, Z. et al. (2014): Clinical experience and follow-up with large scale single-nucleotide polymorphism-based noninvasive prenatal aneuploidy testing. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 211(5), 527.e1-527.e17
- Das Gupta, M. (2018): Gleichberechtigung. Die Rückkehr der Mädchen. In: *Spektrum der Wissenschaft* 41(1), S. 80–84
- Deckers, D.; Mihm, A. (2016): »Das wäre Zwei-Klassen-Medizin«. Im Gespräch: Josef Hecken, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 14.12.2016, S. 4
- Dederich, M. (2018): Monster, Krüppel, ExpertInnen in eigener Sache. Zur Geschichte des Behinderungsbegriffs. Was hat die UN-Behindertenrechtskonvention mit Pränataldiagnostik zu tun? Vortrag auf der Jahrestagung, Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, 16.6.2018, Essen
- DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) (2016): Untersuchung in der Frühschwangerschaft. Gute Beratung der werdenden Mutter erforderlich. Pressemitteilung, 18.10.2016, Berlin, [www.degum.de/en/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/untersuchung-in-der-fruehschwangerschaft.html](http://www.degum.de/en/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/untersuchung-in-der-fruehschwangerschaft.html) (27.3.2019)
- DEGUM (2017a): Vorgeburtliche Untersuchungen. Erblich bedingte Erkrankungen?! Was Eltern wissen sollten. Pressemitteilung, 8.3.2017, Berlin, [www.degum.de/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/vorgeburtliche-untersuchungen.html](http://www.degum.de/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/vorgeburtliche-untersuchungen.html) (27.3.2019)
- DEGUM (2017b): Zu viele kindliche Fehlbildungen bleiben unentdeckt. Pressemitteilung, 29.11.2017, Berlin, [www.degum.de/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/zu-viele-kindliche-fehlbildungen-bleiben-unentdeckt.html](http://www.degum.de/aktuelles/presse-medien/pressemitteilungen/im-detail/news/zu-viele-kindliche-fehlbildungen-bleiben-unentdeckt.html) (27.3.2019)
- DEGUM (2018): Qualitätsanforderungen an die Geburtshilfliche Ultraschalldiagnostik (DEGUM-Stufe I) im Zeitraum 19. bis 22. Schwangerschaftswoche. SK Gynäkologie & Geburtshilfe, Berlin
- Der Spiegel (1973): Es passiert. In: *Der Spiegel* 13, 26.3.1973, S. 130, [www.spiegel.de/spiegel/print/d-42645267.html](http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-42645267.html) (27.3.2019)
- Der Standard (2016): Abtreibungsregelungen im europäischen Vergleich. In: *Der Standard*, 10.4.2016, <http://derstandard.at/2000034582765/Abtreibungsregelungen-in-europaeischen-Laendern> (27.3.2019)
- Dettmeyer, R.; Lang, J.; Axt-Fliedner, R.; Birngruber, C.; Tinneberg, H.-R.; Degenhardt, J. (2017): Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code - Real-life Data from the »Gießen Model«. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 77(4), S. 352–357

- Deutsch, E.; Spickhoff, A. (2014): *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht*. Berlin
- Deutscher Ärztinnenbund (2017): *Stellungnahme: Sollen nicht-invasive Pränataltests in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen werden?* Berlin, [www.aerztinnenbund.de/](http://www.aerztinnenbund.de/) (27.3.2019)
- Deutscher Ethikrat (2013): *Die Zukunft der genetischen Diagnostik - von der Forschung in die klinische Anwendung. Stellungnahme*, 30.4.2013, Berlin, [www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/die-zukunft-der-genetischen-diagnostik](http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/die-zukunft-der-genetischen-diagnostik) (27.3.2019)
- Deutscher Ethikrat (2014): *Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung*. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 18(1), S. 485–506
- Deutscher Werberat (2014): *Internetwerbung für pränataldiagnostische Tests*. Berlin, 9.7.2014. Brief an Gen-ethisches Netzwerk, [www.gen-ethisches-netzwerk.de/files/Antwort%20Werberat.pdf](http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/files/Antwort%20Werberat.pdf) (27.3.2019)
- von Dewitz, C. (2009): *Diskriminierung ungeborener Kinder mit Behinderungen durch die gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch*. In: *Zeitschrift für Lebensrecht* 2009(3), S. 74–87
- DGGG (2004): *Pränataldiagnostik– Beratung und möglicher Schwangerschaftsabbruch*. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin, [www.skf-dachstiftung.de/DGGGStellungnahmePraenataldiagnostik.pdf](http://www.skf-dachstiftung.de/DGGGStellungnahmePraenataldiagnostik.pdf) (27.3.2019)
- DGGG (2012): *Genetische Diagnostik in der Schwangerschaft. Stellungnahme der DGGG zur nichtinvasiven genetischen Pränataldiagnostik*. Berlin, [www.dggg.de/start/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/genetische-diagnostik-in-der-schwangerschaft-stellungnahme-der-dggg-zur-nicht-invasiven-genetischen-pranataldiagnostik-68/](http://www.dggg.de/start/presse-news/pressemitteilungen/mitteilung/genetische-diagnostik-in-der-schwangerschaft-stellungnahme-der-dggg-zur-nicht-invasiven-genetischen-pranataldiagnostik-68/) (27.3.2019)
- DGHWi (2014): *Stellungnahme zur Richtlinie zur Erprobung der nichtinvasiven Pränataldiagnostik. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)*. In: *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft* 2, S. 265–269
- DGPFG (2013): *»Ihr Kinderlein kommet« – wie gilt das im Jahre 2014? DGPFG-Stellungnahme Nicht-Invasive Pränataldiagnostik (NIPD)*. Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hamburg/Hannover, <https://dgpfg.de/blog/nicht-invasiven-praenataldiagnostik-nipd-dgpfg-stellungnahme/> (27.3.2019)
- Dharajiya, N.; Namba, A.; Horiuchi, I.; Miyai, S.; Farkas, D.; Almasri, E. et al. (2015): *Uterine leiomyoma confounding a noninvasive prenatal test result*. In: *Prenatal Diagnosis* 35(10), S. 990–993
- Diekämper, J. (2011): *Reproduziertes Leben. Biomacht in Zeiten der Präimplantationsdiagnostik*. Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2011. Bielefeld
- DiMiceli-Zsigmond, M.; Williams, A.; Richardson, M. (2015): *Expecting the Unexpected. Perspectives on Stillbirth and Late Termination of Pregnancy for Fetal Anomalies*. In: *Anesthesia and Analgesia* 121(2), S. 457–464
- Dohr, A.; Bramkamp, V. (2014): *Nicht invasive Pränataltests NIPT*. In: *pro familia medizin; der familienplanungsrundbrief* 16(2), S. 1–8, [www.profamilia.de/index.php?id=9575](http://www.profamilia.de/index.php?id=9575) (27.3.2019)
- Donald, I.; MacVigar, J.; Brown, T. (1958): *Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound*. In: *The Lancet* (June 7), S. 1188–1195



- Dondorp, W.; de Wert, G.; Bombard, Y.; Bianchi, D.; Bergmann, C.; Borry, P. et al. (2015): Non-invasive prenatal testing for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. In: *European Journal of Human Genetics* 23(11), S. 1438–1450
- Dreimann, A.; Fenger, H. (2018): Rechtsprechung im Bereich der Haftung in Gynäkologie und Geburtshilfe. In: *Der Gynäkologe* 51(1), S. 69–73
- Duden, B. (1994): *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. München
- Duden, B. (2002): Entkörperungen in der Moderne — Zur Genese des diagnostischen (Frauen-) Körpers zwischen Nachkrieg und heute. In: Kuhlmann, E.; Kollek, R. (Hg.): *Konfiguration des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Wiesbaden, S. 121–133
- Düwell, M. (2008): *Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche*. Stuttgart, Weimar
- Eberbach, W. (2010): Das neue Gendiagnostikgesetz. In: *Medizinrecht* 28(3), S. 155–163
- EKFUL; BeB; DEKV (2013): *Pränataldiagnostik und Schwangerschaftskonflikt aus ethischer Sicht. Positionspapier der evangelischen Verbände EKFuL, BeB und DEKV als Grundlage für die Kooperation bei der Beratung und Begleitung schwangerer Frauen und ihrer Partner. Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.; Bundesverband evangelische Behindertenhilfe; Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.* Berlin
- van El, C.; Pieters, T.; Cornel, M. (2012): Genetic screening and democracy. Lessons from debating genetic screening criteria in the Netherlands. In: *Journal of Community Genetics* 3(2), S. 79–89
- Ensel, A. (2006): Verantwortung im Kontext der Pränatalen Diagnostik. In: *Die Hebamme* (19), S. 241–245
- Ensel, A. (2014): Pränatale Diagnostik. In: Ayerle, G. (Hg.): *Schwangerenvorsorge durch Hebammen*. Stuttgart, S. 141–181
- Entezami, M.; Krommydakis, T.; Knoll, U.; Hagen, A.; Albig, M.; Gasiorek-Wiens, A. et al. (2005): First Line Softmarkers in Routine Screening – Unacceptable High Incidence. In: *Ultraschall in der Medizin – European Journal of Ultrasound* 26(S 1)
- EUROCAT (2018a): *Prenatal Detection Rates - Down Syndrome. Proportion of Down Syndrome cases prenatally diagnosed, 2011-2015. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies*. Ispra
- EUROCAT (2018b): *Prenatal Detection Rates - Spina Bifida (Excluding genetic conditions). Proportion of Spina Bifida (Excluding genetic conditions) cases prenatally diagnosed, 2011-2015. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies*. Ispra
- EUROCAT Central Registry (2014): *Special report: Geographic Inequalities in Public Health Indicators Related to Congenital Anomalies. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies. University of Ulster, Newtownabbey, www.eurocat-network.eu/content/Special-Report-Geographical-Inequalities.pdf* (27.3.2019)
- EUROCAT Central Registry (2016a): *Prenatal Detection Rates – All Anomalies (Excluding genetic conditions). Proportion of All Anomalies (Excluding genetic conditions) cases prenatally diagnosed, 2011-2015. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies. University of Ulster, Newtownabbey, www.eurocat-network.eu/PrenatalScreeningAndDiagnosis/PrenatalDetectionRates/AllAnomalies(Excludinggeneticconditions)* (27.3.2019)

- EUROCAT Central Registry (2016b): Prevalence tables of congenital anomalies. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies. University of Ulster. Newtownabbey, [www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables](http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables) (27.3.2019)
- EUROCAT Central Registry (2018): Prevalence tables of congenital anomalies until 2016. EUROCAT: European surveillance of congenital anomalies. University of Ulster. Newtownabbey, [www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalence-tables](http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalence-tables) (27.3.2019)
- European Commission (2014): On effective, accessible and resilient health systems. Communication from the Commission. (COM(2014) 215 final). Brüssel
- Evans, M.; Vermeesch, J. (2016): Current controversies in prenatal diagnosis 3: industry drives innovation in research and clinical application of genetic prenatal diagnosis and screening. In: *Prenatal Diagnosis* 36(13), S. 1172–1177
- Ewert, L. (2017): Plötzlich ist da diese Falte im Nacken. *Pränataldiagnostik und Abtreibung*. In: *taz, die tageszeitung*, 22.10.2017, [www.taz.de/15455285/](http://www.taz.de/15455285/) (27.3.2019)
- Farrell, R.; Agatista, P.; Mercer, M.; Coleridge, M. (2015): Online direct-to-consumer messages about non-invasive prenatal genetic testing. In: *Reproductive Biomedicine & Society Online* 1(2), S. 88–97
- Farrimond, H.; Kelly, S. (2013): Public viewpoints on new non-invasive prenatal genetic tests. In: *Public Understanding of Science* 22(6), S. 730–744
- Feldhaus-Plumin, E. (2012): Zur Frage pränataler Diagnostik als Routine und der Zweit-rangigkeit psychosozialer Beratung. In: *BZgA (Hg.): Vorgeburtliche Untersuchungen. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2/2012, Frankfurt am Main S. 14–17
- Feyerabend, E. (2014): Ein kritischer Zwischenruf zur Marktdynamik nichtinvasiver Pränataldiagnostik. In: Steger, F.; Ehm, S.; Tchirikov, M. (Hg.): *Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht*. Berlin, S. 133–141
- Feyerabend, E. (2017): Riskante Strukturen. Ökonomische Bedingungen pränatal-diagnostischer Selektion. In: *Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hg.): Pränataldiagnostik: eine organisierte Verantwortungslosigkeit?! Dokumentation der Netzwerktagung 2017*. Berlin, 23.-25.6.2017. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik. Hamburg, S. 15–21
- Feyerabend, E.; Huster-Sinemillioglu, A. (2014): Genanalysen in der Schwangerenvorsorge. Keine Zeit zum Nachdenken. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111(42), A-1806. [www.aerzteblatt.de/archiv/162880/Genanalysen-in-der-Schwangerenvorsorge-Keine-Zeit-zum-Nachdenken](http://www.aerzteblatt.de/archiv/162880/Genanalysen-in-der-Schwangerenvorsorge-Keine-Zeit-zum-Nachdenken) (27.3.2019)
- Fezer Schadt, K.; Erhardt-Seidl, C. (2018): Weitertragen. Wege nach pränataler Diagnose: Begleitbuch für Eltern, Angehörige und Fachpersonal. Salzburg
- Fiorentino, F.; Bono, S.; Pizzuti, F.; Duca, S.; Polverari, A.; Faieta, M. et al. (2017): The clinical utility of genome-wide non invasive prenatal screening. In: *Prenatal Diagnosis* 37(6), S. 593–601
- Flaig, B. (2009): Forschungsprojekt Diskriminierung im Alltag. Wahrnehmung von Diskriminierung und Antidiskriminierungspolitik in unserer Gesellschaft. Baden-Baden
- Fleming, V.; Iljuschin, I.; Pehlke-Milde, J.; Maurer, F.; Parpan, F. (2016): Dying at life's beginning. Experiences of parents and health professionals in Switzerland when an »in utero« diagnosis incompatible with life is made. In: *Midwifery* 34, S. 23–29



- Flieger, P.; Schönwiese, V. (2015): Disability Studies und Partizipation in der Forschung – über ein Projekt zum Bildverständnis von Behinderung. In: Degener, T.; Diehl, E. (Hg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Schriftenreihe bpb 1506, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 345–351
- Flintrop, J. (2003): Schweizer Gesundheitswesen: Vorbild mit Selbstzweifeln. In: Deutsches Ärzteblatt 100(8), A450-A455
- Flöck, A.; Tu, N.-C.; Rüländ, A.; Holzgreve, W.; Gembruch, U.; Geipel, A. (2017): Non-invasive prenatal testing (NIPT): Europe's first multicenter post-market clinical follow-up study validating the quality in clinical routine. In: Archives of Gynecology and Obstetrics
- Foth (2004): Überlegungen zur Spätabtreibung. In: Juristische Rundschau 2004(9), S. 367–370
- Francke, R.; Regenbogen, D. (2002): Die ärztliche Betreuung der schwangeren Frau nach den Vorgaben der Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. In: Medizinrecht 20(4), S. 174–179
- Ganser, A. (2011): Interessenkonflikte in der medizinischen Forschung und Vorschläge für deren Minimierung. In: Lieb, K.; Klemperer, D.; Ludwig, W.-D. (Hg.): Interessenkonflikte in der Medizin. Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten. Berlin, S. 255–264
- García-Pérez, L.; Linertová, R.; Álvarez-de-la-Rosa, M.; Bayón, J.; Imaz-Iglesia, I.; Ferrer-Rodríguez, J.; Serrano-Aguilar, P. (2018): Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13. A systematic review. In: The European Journal of Health Economics 9(7), S. 979–991
- Gärditz, K. (2012): Gutachtliche Stellungnahme zur Zulässigkeit des Diagnostikprodukts »PraenaTest«. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Berlin
- Garne, E.; Khoshnood, B.; Loane, M.; Boyd, P.; Dolk, H. (2010): Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation. A European register-based study. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 117(6), S. 660–666
- Garten, L.; von der Hude, K. (2014): Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Berlin. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-41806-8>
- Gee, A. (2016): A world without Down's syndrome? In: BBC News Magazine, 29.9.2016, [www.bbc.com/news/magazine-37500189](http://www.bbc.com/news/magazine-37500189) (27.3.2019)
- Gekas, J.; Langlois, S.; Ravitsky, V.; Audibert, F.; van den Berg, D.; Haidar, H.; Rousseau, F. (2016): Non-invasive prenatal testing for fetal chromosome abnormalities: review of clinical and ethical issues. In: The Application of Clinical Genetics 9, S. 15–26
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2016a): Nicht-invasive Pränataldiagnostik bei Risikoschwangerschaften – G-BA beginnt Verfahren zur Methodenbewertung – Beratungen zur Erprobung ruhend gestellt. Pressemitteilung, 18.8.2016, Berlin, [www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/635/](http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/635/) (27.3.2019)
- G-BA (2016b): Antwort auf den Offenen Brief zur Einleitung eines Methodenbewertungsverfahrens für eine nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD). 19.8.2016, Berlin
- G-BA (2017a): Erweitertes Neugeborenen-Screening. Elterninformation zur Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen bei Neugeborenen. Berlin



- G-BA (2017b): Möglichkeiten und Grenzen vorgeburtlicher genetischer Diagnostik: G-BA bringt Entscheidungshilfe für werdende Eltern auf den Weg. Pressemitteilung, 16.2.2017, Berlin, [www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/668/](http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/668/) (27.3.2019)
- Gembruch, U.; Merz, E. (2010): Viele wichtige Aspekte nicht erfasst. In: *Frauenarzt* 51(3), S. 209–211
- Gendiagnostik-Kommission (2013a): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Durchführung der vorgeburtlichen Risikoabklärung sowie an die insoweit erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß 23 Abs. 2 Nr. 5 GenDG. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56(7), S. 1023–1027
- Gendiagnostik-Kommission (2013b): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung nach 15 Abs. 1 Satz 1 GenDG für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos oder des Fötus während der Schwangerschaft oder nach der Geburt gemäß 23 Abs. 2 Nr. 1d GenDG. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56(7), S. 1028–1029
- Gendiagnostik-Kommission (2016): Zweiter Tätigkeitsbericht der Gendiagnostik-Kommission. Zweiter Bericht gemäß § 23 Abs. 4 Gendiagnostikgesetz (GenDG) für den Zeitraum 1.1.2013 bis 31.12.2015. Robert-Koch-Institut, Berlin, [www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Taetigkeitsbericht/Taetigkeitsbericht\\_02.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Taetigkeitsbericht/Taetigkeitsbericht_02.pdf?__blob=publicationFile) (27.3.2019)
- Gendiagnostik-Kommission (2017): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60(8), S. 923–927
- General Synod of the Church of England (2018): Valuing People with Down's Syndrome. Unter Mitarbeit von Mark Sheard. The Achbishops' Council. London, [www.churchofengland.org/sites/default/files/2018-01/GS%20202088%20-%20Valuing%20People%20with%20Down%27s%20Syndrome.pdf](http://www.churchofengland.org/sites/default/files/2018-01/GS%20202088%20-%20Valuing%20People%20with%20Down%27s%20Syndrome.pdf) (27.3.2019)
- Gen-ethischer Informationsdienst (2017): Fünfjahresbilanz von LifeCodexx. In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GiD)*, 243, S. 32
- Gen-ethisches Netzwerk; Verein zur Beobachtung der Biowissenschaften; Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik; Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft; Diakonie Württemberg; Cara: Beratungsstelle zu Schwangerschaft und Pränataldiagnostik (2016): Offener Brief an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aus Anlass von Tagesordnungspunkt 8.2.1 der öffentlichen Sitzung des G-BA am 18. August 2016. 12.8.2016, Berlin
- Gerlinger, T.; Reiter, R. (2012): Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz. Dossier Gesundheitspolitik, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, [www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72950/finanzierung](http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72950/finanzierung) (27.3.2019)
- Gersthahn, C. (2013): Entscheidungsprozesse im Kontext von Pränataldiagnostik – inhaltsanalytische Auswertung von Partnerbefragungen. Dissertation. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Medizinische Fakultät, Bonn, <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2013/3212/3212.htm> (27.3.2019)



- Gesang, B. (2003): Sind Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik Mittel eines eugenischen und behindertenfeindlichen Gesundheitssystems? In: Robertson, C. (Hg.): Der perfekte Mensch. Genforschung zwischen Wahn und Wirklichkeit. Schriften des Instituts für Angewandte Kulturwissenschaft der Universität Karlsruhe (TH) 8, Baden-Baden, S. 121–140
- GESIS (2013): ALLBUS 2012. Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Studiennummer 4614), Mannheim/Köln
- Gevers, S. (2013): Late Abortion in Case of Severe Foetal Abnormality. In: *European Journal of Health Law* 20(5), S. 445–449
- GfH (2012): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH) zur Analyse fetaler DNA aus dem mütterlichen Blut. München, [www.gfhev.de/de/leitlinien/LL\\_und\\_Stellungnahmen/2012\\_11\\_12\\_GfH\\_Stellungnahme\\_Analyse\\_fetale\\_DNA.pdf](http://www.gfhev.de/de/leitlinien/LL_und_Stellungnahmen/2012_11_12_GfH_Stellungnahme_Analyse_fetale_DNA.pdf) (27.3.2019)
- GfH (2014): Die GfH kommentiert erste Schritte zur Erprobung der nicht invasiven Pränataldiagnostik (NIPD) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). München, [www.gfhev.de/de/Newsletter/Archiv/gfh\\_newsletter\\_2014\\_01.htm](http://www.gfhev.de/de/Newsletter/Archiv/gfh_newsletter_2014_01.htm) (27.3.2019)
- Ghidini, A.; Bianchi, D. (2017): Prenatal testing for neuropsychiatric disorders. In: *Prenatal Diagnosis* 37(1), S. 3–5
- Giering, B.; Hofmann, U. (2017): Wie meistern besondere Familien ihren Alltag? In: Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hg.): Pränataldiagnostik: eine organisierte Verantwortungslosigkeit?! Dokumentation der Netzwerktagung 2017. Berlin, 23.–25.6.2017. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Hamburg
- Gilman, S. (1995): *Picturing health and illness. Images of identity and difference*. Baltimore
- Gissler, M.; Fronteira, I.; Jahn, A.; Karro, H.; Moreau, C.; Oliveira da Silva, M. et al. (2012): Terminations of pregnancy in the European Union. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119(3), S. 324–332
- Govaerts, L.; Srebniak, M.; Diderich, K.; Joosten, M.; Riedijk, S.; Knapen, M. et al. (2017): Prenatal diagnosis of susceptibility loci for neurodevelopmental disorders – genetic counseling and pregnancy outcome in 57 cases. In: *Prenatal Diagnosis* 37(1), S. 73–80
- Grahe, I.-D.; Schild, R. (2018): Späte Schwangerschaftsabbrüche bei fetalen Anomalien. In: *Der Gynäkologe* 51(1), S. 37–45
- Graumann, S. (2011): Zulässigkeit später Schwangerschaftsabbrüche und Behandlungspflicht von zu früh und behindert geborenen Kindern – ein ethischer Widerspruch? In: *Ethik in der Medizin* 23(2), S. 123–134
- Graumann, S. (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention und der Anspruch behinderter Menschen auf gesellschaftliche Anerkennung – sozialetische Überlegungen zur Praxis der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. In: Duttge, G. (Hg.): »Behinderung« im Dialog zwischen Recht und Humangenetik. Göttinger Schriften zum Medizinrecht 17, Göttingen, S. 71–82
- Graw, J. (2015): *Genetik*. Berlin/Heidelberg
- Greely, H. (2011): Get ready for the flood of fetal gene screening. In: *Nature* 469(7330), S. 289–291
- Greene, N.; Copp, A. (2014): Neural tube defects. In: *Annual Review of Neuroscience* 37, S. 221–242

- de Groot-van der Mooren, M.; Tamminga, S.; Oepkes, D.; Weijerman, M.; Cornel, M. (2018): Older mothers and increased impact of prenatal screening. Stable livebirth prevalence of trisomy 21 in the Netherlands for the period 2000-2013. In: *European Journal of Human Genetics* 26(2), S. 157–165
- Groth, K.; Skakkebaek, A.; Høst, C.; Gravholt, C.; Bojesen, A. (2013): Clinical review. Klinefelter syndrome--a clinical update. In: *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 98(1), S. 20–30
- Guissart, C.; Dubucs, C.; Raynal, C.; Girardet, A.; Tran Mau Them, F.; Debant, V. et al. (2017): Non-invasive prenatal diagnosis (NIPD) of cystic fibrosis. An optimized protocol using MEMO fluorescent PCR to detect the p.Phe508del mutation. In: *Journal of Cystic Fibrosis* 16(2), S. 198–206
- Guon, J.; Wilfond, B.; Farlow, B.; Brazg, T.; Janvier, A. (2014): Our children are not a diagnosis: the experience of parents who continue their pregnancy after a prenatal diagnosis of trisomy 13 or 18. In: *American Journal of Medical Genetics. Part A* 164A(2), S. 308–318
- Habiba, M.; Da Frè, M.; Taylor, D.; Arnaud, C.; Bleker, O.; Lingman, G. et al. (2009): Late termination of pregnancy. A comparison of obstetricians' experience in eight European countries. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116(10), S. 1340–1349
- Haker, H. (2012): Verantwortliche Elternschaft und pränatale Diagnostik. In: BZgA (Hg.): *Vorgeburtliche Untersuchungen. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2/2012, Frankfurt a.M., S. 32–35
- Hallbauer, M. (2009): »Sowas muss doch heute nicht mehr sein...«. Gedanken zur Pränataldiagnostik (PND). In: *Leben Lachen Lernen* (39), [www.down-syndrom.at/themen/medizinische-themen/sowas-muss-doch-nicht-sein.html](http://www.down-syndrom.at/themen/medizinische-themen/sowas-muss-doch-nicht-sein.html) (27.3.2019)
- Hawkins, A.; Stenzel, A.; Taylor, J.; Chock, V.; Hudgins, L. (2013): Variables influencing pregnancy termination following prenatal diagnosis of fetal chromosome abnormalities. In: *Journal of Genetic Counseling* 22(2), S. 238–248
- Haymon, L.; Simi, E.; Moyer, K.; Aufox, S.; Ouyang, D. (2014): Clinical implementation of noninvasive prenatal testing among maternal fetal medicine specialists. In: *Prenatal Diagnosis* 34(5), S. 416–423
- Heiden, H.-G. (2017): Von der Bettelbruderschaft zur Menschenrechtsbewegung. In: *Sozial Extra* 41(2), S. 14–18
- Heider, U.; Steger, F. (2014): Individuelle Entscheidungsfindung nach pränatal diagnostizierter schwerer fetaler Fehlbildung. In: *Ethik in der Medizin* 26(4), S. 269–285
- Heinrichs, B.; Spranger, T.; Tambornino, L. (2012): Ethische und rechtliche Aspekte der Pränataldiagnostik. In: *MedR* 30(10), S. 625–630
- Henn, W.; Schmitz, D. (2012): Pränataldiagnostik: Paradigmenwechsel. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109(25), A1306-A1308
- Hetzel, M. (2007): *Provokation des Ethischen. Diskurse über Behinderung und ihre Kritik. Beiträge zur Philosophie, Neue Folge, Heidelberg*
- Hill, M.; Johnson, J.-A.; Langlois, S.; Lee, H.; Winsor, S.; Dineley, B. et al. (2016): Preferences for prenatal tests for Down syndrome: an international comparison of the views of pregnant women and health professionals. In: *European Journal of Human Genetics* 24(7), S. 968–975
- Holch, C.; Jung, R. (2001): Bioethik: Was ist ein Mensch? Ein Lebensschützer und ein Pragmatiker diskutieren. Hubert Hüppe und Reinhard Merkel im Gespräch. In: *Chrismon*, 1.8.2001, <https://chrismon.evangelisch.de/artikel/2013/hueppe-merkel-20251> (27.3.2019)



- Honsell, H. (2009): Wächter oder Herrscher – Die Rolle des Bundesverfassungsgerichts zwischen Recht und Politik. In: *Zeitschrift für Wirtschaftsrecht* 30(36), S. 1689-1697
- Hook, E.; Mutton, D.; Ide, R.; Alberman, E.; Bobrow, M. (1995): The natural history of Down syndrome conceptuses diagnosed prenatally that are not electively terminated. In: *American Journal of Human Genetics* 57(4), S. 875–881
- Hook, E. (1981): Rates of chromosome abnormalities at different maternal ages. In: *Obstetrics and Gynecology* 58(3), S. 282–285
- Horstkötter, N.; Roth, A.; Rummer, A.; Woopen, C. (2012): Das Schwangerschaftskonfliktgesetz und seine Umsetzung: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes »Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch(§imb-pnd)«. In: BZgA (Hg.): *Vorgeburtliche Untersuchungen. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, 2/2012, Frankfurt a.M., S. 3–8
- Hübner, C. (2014): Pränataldiagnostik. In: *medgen* 26(4), S. 372–373
- Hufen, F. (2013): Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung frühzeitiger pränataler Diagnostik. Dargestellt am Beispiel des Diagnoseprodukts PraenaTest. Rechtsgutachten erstattet im Auftrag der Firma LifeCodexx AG, Konstanz. LifeCodexx. Konstanz. [https://lifecodexx.com/wp-content/uploads/2015/03/Jan-2013\\_PraenaTest\\_Zur\\_verfassungsrechtlichen\\_Beurteilung\\_fruehzeitiger\\_praenataler\\_Diagnostik\\_Friedhelm\\_Hufen.pdf](https://lifecodexx.com/wp-content/uploads/2015/03/Jan-2013_PraenaTest_Zur_verfassungsrechtlichen_Beurteilung_fruehzeitiger_praenataler_Diagnostik_Friedhelm_Hufen.pdf) (27.3.2019)
- Hüppe, H.; Rüffer, C.; Schmidt, D.; Vogler, K. (2016): TOP 8.2.1. der 91. Öffentlichen G-BA Sitzung am 18. August 2016. Offener Brief an den Gemeinsamen Bundesausschuss, 17.8.2016, Berlin
- Hurford, E.; Hawkins, A. Hudgins, L.; Taylor, J. (2013): The decision to continue a pregnancy affected by Down syndrome: timing of decision and satisfaction with receiving a prenatal diagnosis. In: *Journal of Genetic Counseling* 22(5), S. 587–593
- Huster, S. (2017): Der Gemeinsame Bundesausschuss als Ethikbehörde? In: *MedR* 35(4), S. 282–286
- IfD Allensbach (2011): *Gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung*. Institut für Demoskopie Allensbach. Allensbach. [www.ifd-allensbach.de/uploads/tx\\_studies/7634\\_Gesellschaftliche\\_Teilhabe.pdf](http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/7634_Gesellschaftliche_Teilhabe.pdf) (27.3.2019)
- Iltis, A. (2016): Prenatal screening and prenatal diagnosis. Contemporary practices in light of the past. In: *Journal of Medical Ethics* 42(6), S. 334–339
- IMEW (Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft) (2018): *Kurzfassung der Studie: »Partizipation in technisch-gesellschaftlichen Innovationsprozessen mit fragmentierter Verantwortung am Beispiel der nicht-invasiven Pränataldiagnostik«*. Unter Mitarbeit von Kathrin Braun, Sabine Könniger, Katrin Grüber, Diana Schneider und Ulrike Baureithel. Berlin. [www.imew.de/fileadmin/Dokumente/Volltexte/Tagungen\\_2018/IMEW-Projekt-NIPD-Kurzfassung\\_2018.pdf](http://www.imew.de/fileadmin/Dokumente/Volltexte/Tagungen_2018/IMEW-Projekt-NIPD-Kurzfassung_2018.pdf) (27.3.2019)
- IöThE (2017): *Fortpflanzungsmedizin und Behinderung*. Unter Mitarbeit von Maria Katharina Moser und Ulrich H.J. Körtner. *Argumentarium* 4, Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie in Österreich, Wien. <https://diakonie.at/ethik> (27.3.2019)
- IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2016): *Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2015*. Berlin. [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GE' BH\\_2015\\_BUAW\\_V02\\_2016-07-07.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2015/16n1gebh/QSKH_16n1-GE' BH_2015_BUAW_V02_2016-07-07.pdf) (28.3.2019)

- IQTIG (2017): Geburtshilfe: Qualitätsindikatoren. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2016. Berlin, [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2016/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2016\\_BUAW\\_V02\\_2017-07-12.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2016/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2016_BUAW_V02_2017-07-12.pdf) (28.3.2019)
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2008): Ultraschallscreening in der Schwangerschaft: Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien. Abschlussbericht S05-03, Köln, [www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoeseverfahren/s-projekte/s05-03-ultraschall-screening-in-der-schwangerschaft-testguete-hinsichtlich-der-entdeckungsrate-fetaler-anomalien.1176.html](http://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoeseverfahren/s-projekte/s05-03-ultraschall-screening-in-der-schwangerschaft-testguete-hinsichtlich-der-entdeckungsrate-fetaler-anomalien.1176.html) (27.3.2019)
- IQWiG (2017): Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikoautosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. Vorbericht. Köln, [www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoeseverfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html](http://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoeseverfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html) (27.3.2019)
- IQWiG (2018a): Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. Abschlussbericht. Köln, [www.iqwig.de/download/S16-06\\_Nicht-invasive-Praenataldiagnostik-NIPD\\_Abschlussbericht\\_V1-0.pdf](http://www.iqwig.de/download/S16-06_Nicht-invasive-Praenataldiagnostik-NIPD_Abschlussbericht_V1-0.pdf). (27.3.2019)
- IQWiG (2018b): Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. Dokumentation der Anhörung zum Vorbericht. (S16-06), Köln
- Irving, C.; Richmond, S.; Wren, C.; Longster, C.; Embleton, N. (2011): Changes in fetal prevalence and outcome for trisomies 13 and 18. A population-based study over 23 years. In: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 24(1), S. 137–141
- Jain, C.; Kadam, L.; van Dijk, M.; Kohan-Ghadr, H.-R.; Kilburn, B.; Hartman, C. et al. (2016): Fetal genome profiling at 5 weeks of gestation after noninvasive isolation of trophoblast cells from the endocervical canal. In: *Science Translational Medicine* 8(363), 363re4
- Jaquier, M.; Klein, A.; Boltshauser, E. (2006): Spontaneous pregnancy outcome after prenatal diagnosis of anencephaly. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(8), S. 951–953
- von Kaisenberg, C.; Jonat, W.; Kaatsch, H.-J. (2005): Spätinterruptio und Fetozyd -- das Kieler Modell. Juristische und gynäkologische Überlegungen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 102(3), A133-A136
- Kaiser, T.; Wiegmann, L. (2016): Frühe Diagnose: Der Kampf um den Test auf das Down-Syndrom. In: *Welt Online*, 23.8.2016, [www.welt.de/wirtschaft/article157810488/Der-Kampf-um-den-Test-auf-das-Down-Syndrom.html](http://www.welt.de/wirtschaft/article157810488/Der-Kampf-um-den-Test-auf-das-Down-Syndrom.html) (27.3.2019)
- Karmiloff-Smith, A.; Al-Janabi, T.; D'Souza, H.; Groet, J.; Massand, E.; Mok, K. et al. (2016): The importance of understanding individual differences in Down syndrome. In: *F1000Research* 5-389, DOI: 10.12688/f1000research.7506.1
- Katholische Nachrichtenagentur (2017): Niederlande erlaubt Pränataltest für alle Schwangeren. In: [aerzteblatt.de](http://aerzteblatt.de), 31.3.2017, [www.aerzteblatt.de/nachrichten/73893/Niederlande-erlaubt-Praenataltest-fuer-alle-Schwangeren](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73893/Niederlande-erlaubt-Praenataltest-fuer-alle-Schwangeren) (27.3.2019)
- Keller, C. (2007): Im Zweifel gegen das Leben. In: *Der Tagesspiegel*, 10.9.2007, [www.tagesspiegel.de/berlin/abtreibung-im-zweifel-gegen-das-leben/1037280.html](http://www.tagesspiegel.de/berlin/abtreibung-im-zweifel-gegen-das-leben/1037280.html) (27.3.2019)



- Kellogg, G.; Slattery, L.; Hudgins, L.; Ormond, K. (2014): Attitudes of mothers of children with down syndrome towards noninvasive prenatal testing. In: *Journal of Genetic Counseling* 23(5), S. 805–813
- Kelly, S.; Farrimond, H. (2012): Non-invasive prenatal genetic testing: a study of public attitudes. In: *Public Health Genomics* 15(2), S. 73–81
- Kersting, A.; Bäß, E. (2002): Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation. In: *Der Gynäkologe* 35(8), S. 785–795
- Kidszun, A.; Linebarger, J.; Walter, J.; Paul, N.; Fruth, A.; Mildenerger, E.; Lantos, J. (2016): What If the Prenatal Diagnosis of a Lethal Anomaly Turns Out to Be Wrong? In: *Pediatrics* 137(5), DOI: 10.1542/peds.2015-4514
- Kitzman, J.; Snyder, M.; Ventura, M.; Lewis, A.; Qiu, R.; Simmons, L. et al. (2012): Non-invasive whole-genome sequencing of a human fetus. In: *Science Translational Medicine* 4(137), 137ra76. DOI: 10.1126/scitranslmed.3004323
- Klemperer, D. (2009): Interessenkonflikte und Beeinflussung. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103(3), S. 133–135
- Klinkhammer, Gisela (1998): Kind als »Schaden«: Ein Spiegelbild der Gesellschaft? In: *Deutsches Ärzteblatt* 95(31-32), A-1892-A-1893
- Klinkhammer, G.; Richter-Kuhlmann, E. (2013): Praenatest: Kleiner Test, große Wirkung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110(5), A-166-A-168, [www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=134267](http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=134267) (27.3.2019)
- Kofahl, C.; Lüdecke, D. (2014): Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention, Berlin
- Kohl, T.; Gembruch, U. (2015): Der Fetus als Patient - Chirurgische und medikamentöse Therapie. In: Schneider, H.; Husslein, P.-W.; Schneider, K.-T. (Hg.): *Die Geburtshilfe. Living Reference Work, Continuously updated edition.* Springer Reference Medizin, Berlin, Heidelberg, S. 321–339
- Könninger, S.; Braun, K. (2017a): Unternehmensfreundliche Selbstbestimmung für Schwangere. »Versicherteninformation« über genetische Tests beauftragt. In: *Bioskop* 78, S. 12–13
- Könninger, S.; Braun, K. (2017b): Pränataltest für Trisomie 21: Unternehmensfreundliche Regelung. In: *taz, die tageszeitung*, 26.2.2017, [www.taz.de/!5383714/](http://www.taz.de/!5383714/) (27.3.2019)
- Korenromp, M.; Page-Christiaens, G.; van den Bout, J.; Mulder, E.; Visser, G. (2007): Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 196(2), 149.e1-11
- Kozłowski, P. (2016): Nichtinvasive pränatale Tests. Überblick über die Grundlagen und den Einsatz der Methoden. In: *Der Gynäkologe* 49(6), S. 415–421
- Krapp, M. (2018): Möglichkeiten zur Integration der NIPD in die bestehende Schwangerenvorsorge. Vortrag auf der Tagung »Nicht-invasive Pränataldiagnostik als GKV-Leistung? Medizinische, ethische und rechtliche Fragen«, 18.4.2018, Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum, Hannover
- Kristiansen, S.; Bonfadelli, H. (2014): Risikoberichterstattung und Risikoperzeption. Reaktionen von Medien und Bevölkerung in der Schweiz auf den AKW-Unfall in Fukushima. In: Wolling, J.; Arlt, D. (Hg.): *Fukushima und die Folgen. Medienberichterstattung, öffentliche Meinung, politische Konsequenzen.* Nachhaltigkeits-, Energie- und Umweltkommunikation, Bd. 2, Ilmenau, S. 297–321
- Lampe, A.; Schüßler, G. (2015): Psychosoziale Aspekte in der Fortpflanzungsmedizin. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61(4), S. 309–326

- Lantos, J. (2016): Trisomy 13 and 18--Treatment Decisions in a Stable Gray Zone. In: *JAMA* 316(4), S. 396–398
- Laqua, M. (2018): Roche muss 27 Mio. US-Dollar in IP-Streit zahlen. In: *transkript*, 29.1.2018, <https://transkript.de/news/roche-muss-27-mio-us-dollar-in-ip-streit-zahlen.html> (27.3.2019)
- Latal, A.; Freistühler, M.; Roeder, N.; Franz, D. (2017): Gemeinsamer Bundesausschuss. In: *Z Herz- Thorax- Gefäßchir* 31(5), S. 344–349
- Lebenshilfe (2014): Gesellschaftliche Teilhabesituation von Menschen mit Behinderung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Berlin, <http://bthg.lebenshilfe.de/wData/downloads/presse/Allensbach-Studie-Internet.pdf> (28.3.2019)
- Lee, C.; Scherer, S. (2010): The clinical context of copy number variation in the human genome. In: *Expert Reviews in Molecular Medicine* 12, e8, DOI: 10.1017/S1462399410001390
- Lenhard, W. (2005): Der Einfluss pränataler Diagnostik und selektiven Fetozids auf die Inzidenz von Menschen mit Behinderung. In: *Leben mit Down-Syndrom* 49, S. 10–17
- Leonard, S. (2017): Current Concepts in Noninvasive Prenatal Screening (NIPS). In: *Journal of Fetal Medicine* 4(3), S. 125–130
- Levels, M.; Sluiter, R.; Need, A. (2014): A review of abortion laws in Western-European countries. A cross-national comparison of legal developments between 1960 and 2010. In: *Health Policy* 118(1), S. 95–104
- Lewis, C.; Silcock, C.; Chitty, L. (2013): Non-invasive prenatal testing for Down's syndrome. Pregnant women's views and likely uptake. In: *Public Health Genomics* 16(5), S. 223–232
- Liao, C.; Wei, J.; Li, Q.; Li, L.; Li, J.; Li, D. (2006): Efficacy and safety of cordocentesis for prenatal diagnosis. In: *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 93(1), S. 13–17
- LifeCodexx (2013): Erste Konsensusempfehlung zum Einsatz nicht invasiver Pränataltests aus mütterlichem Blut (NIPT). Pressemitteilung, 15.5.2013, Konstanz, <https://lifecodexx.com/erste-konsensusempfehlung-zum-einsatz-nicht-invasiver-praenataltests-aus-muetterlichem-blut-nipt/> (27.3.2019)
- LifeCodexx (2016): PraenaTest® einen Schritt näher an Kassenerstattung. Pressemitteilung, 18.8.2016, Konstanz, <https://lifecodexx.com/praeenatest-einen-schritt-naeher-an-kassenerstattung/> (27.3.2019)
- LifeCodexx (2017): LifeCodexx AG hat mit dem PraenaTest die Pränataldiagnostik in den letzten 5 Jahren nachhaltig verändert. Pressemitteilung, 22.8.2017, Konstanz, <https://lifecodexx.com/lifecodexx-ag-hat-mit-dem-praeenatest-die-praenataldiagnostik-in-den-letzten-5-jahren-nachhaltig-veraendert/> (27.3.2019)
- Lindinger, A.; Schwedler, G.; Hense, H.-W. (2010): Prevalence of congenital heart defects in newborns in Germany. Results of the first registration year of the PAN Study (July 2006 to June 2007). In: *Klinische Pädiatrie* 222(5), S. 321–326
- Lo, Y.; Corbetta, N.; Chamberlain, P.; Rai, V.; Sargent, I.; Redman, C.; Wainscoat, J. (1997): Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. In: *The Lancet* 350(9076), S. 485–487



- Loane, M.; Morris, J.; Addor, M.-C.; Arriola, L.; Budd, J.; Doray, B. et al. (2013): Twenty-year trends in the prevalence of Down syndrome and other trisomies in Europe: impact of maternal age and prenatal screening. In: *European Journal of Human Genetics* 21(1), S. 27–33
- Lotto, R.; Smith, L.; Armstrong, N. (2017): Clinicians' perspectives of parental decision-making following diagnosis of a severe congenital anomaly. A qualitative study. In: *BMJ Open* 7(5), e014716, DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014716
- Lou, S.; Nielsen, C.; Hvidman, L.; Petersen, O.; Risør, M. (2016a): Coping with worry while waiting for diagnostic results: a qualitative study of the experiences of pregnant couples following a high-risk prenatal screening result. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(1), S. 321
- Lou, S.; Nielsen, C.; Hvidman, L.; Petersen, O.; Risør, M. (2016b): »What do you think?« the collaborative practices of choice and care in a Danish obstetric ultrasound unit. In: *Anthropology & Medicine* 23(1), S. 86–101
- Lou, S.; Jensen, L.; Petersen, O.; Vogel, I.; Hvidman, L.; Møller, A.; Nielsen, C. (2017): Parental response to severe or lethal prenatal diagnosis: a systematic review of qualitative studies. In: *Prenatal Diagnosis* 37(8), S. 731–743
- Lou, S.; Petersen, O.; Jørgensen, F.; Lund, I.; Kjaergaard, S.; Vogel, I. (2018): National screening guidelines and developments in prenatal diagnoses and live births of Down syndrome in 1973-2016 in Denmark. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 97(2), S. 195–203
- Löwy, I. (2014): How genetics came to the unborn. 1960-2000. In: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 47 Pt A, S. 154–162
- Lübbe, W. (2007): »Das Beste für unser Kind« vs. »das beste Kind«. Kategorienprobleme liberaler Eugenik. In: *Information Philosophie* 35, S. 16–25
- Ludwig Boltzmann Institut (2018): Screening mit nicht-invasiven pränatalen Tests (NIPTs) auf fetale Trisomien T21, 18, 13. HTA-Projektbericht 103, Ludwig Boltzmann Institut, Wien, <http://eprints.hta.lbg.ac.at/1153/#> (27.3.2019)
- Luhmann, N. (1997): Die Moral des Risikos und das Risiko der Moral. In: Gotthard Bechmann (Hg.): *Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung*. Wiesbaden, S. 327–338
- Manegold-Brauer, G.; Lapaire, O.; Hösli, I.; Hahn, S. (2015): Pränatale Diagnostik. Molekularbiologische Methoden. In: Schneider, H.; Husslein, P.-W.; Schneider, K.-T. (Hg.): *Die Geburtshilfe. Living Reference Work, Continuously updated edition*. Springer Reference Medizin, Berlin, Heidelberg, S. 117–128
- Manegold-Brauer, G.; Kang B.; Hahn, S.; de Geyter, C.; Buechel, J.; Hoesli, I.; Lapaire, O. (2014): A new era in prenatal care. Non-invasive prenatal testing in Switzerland. In: *Swiss Medical Weekly* 144, w13915. DOI: 10.4414/smw.2014.13915
- Maskos, R. (2015): Bewunderswert an den Rollstuhl gefesselt – Medien und Sprache in einer noch nicht inklusiven Gesellschaft. In: Theresia Degener und Elke Diehl (Hg.): *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht - Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe*. Schriftenreihe bpb 1506, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 308–319
- Mayrhauser, A. (2016): »Wusstet ihr das schon vorher?«. Interview mit Mareice Kaiser. Heinrich-Böll-Stiftung, Gunda-Werner-Institut, Berlin, [www.gwi-boell.de/de/2016/11/11/wusstet-ihr-das-schon-vorher](http://www.gwi-boell.de/de/2016/11/11/wusstet-ihr-das-schon-vorher) (27.3.2019)
- Meberg, A. (2008): Critical heart defects--the diagnostic challenge. In: *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992) 97(11), S. 1480–1483



- Meck, J.; Kramer D.; Matyakhina, L.; Aviram, A.; Trunca, C.; Pineda-Alvarez, D. et al. (2015): Noninvasive prenatal screening for aneuploidy. Positive predictive values based on cytogenetic findings. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 213(2), 214.e1-5. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.04.001
- Meidert, N.; Nebel, K. (2013): Moralpolitik am Beispiel von Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Eine vergleichende Längsschnittstudie von Gesellschaft und politischen Akteuren. In: *ZPol* 23(1), S. 77–102
- Merz, E.; Eichhorn, K.-H.; von Kaisenberg, C.; Schramm, T. (2012): Aktualisierte Qualitätsanforderungen an die weiterführende differenzierte Ultraschalluntersuchung in der pränatalen Diagnostik (= DEGUM-Stufe II) im Zeitraum von 18 + 0 bis 21 + 6 Schwangerschaftswochen. In: *Ultraschall in der Medizin – European Journal of Ultrasound* 33(6), S. 593–596
- Meyer, R.; Liu, G.; Gilboa, S.; Ethen, M.; Aylsworth, A.; Powell, C. et al. (2016): Survival of children with trisomy 13 and trisomy 18. A multi-state population-based study. In: *American Journal of Medical Genetics. Part A* 170A (4), S. 825–837
- Minear, M.; Alessi, S.; Allyse, M.; Michie, M.; Chandrasekharan, S. (2015a): Noninvasive Prenatal Genetic Testing. Current and Emerging Ethical, Legal, and Social Issues. In: *Annual Review of Genomics and Human Genetics* 16, S. 369–398
- Minear, M.; Lewis, C.; Pradhan, S.; Chandrasekharan, S. (2015b): Global perspectives on clinical adoption of NIPT. In: *Prenatal Diagnosis* 35(10), S. 959–967
- Morris, J.; Garne, E.; Wellesley, D.; Addor, M.-C.; Arriola, L.; Barisic, I. et al. (2014): Major congenital anomalies in babies born with Down syndrome. A EUROCAT population-based registry study. In: *American Journal of Medical Genetics. Part A* 164A(12), S. 2979–2986
- Mortimer, C. (2017): UK birth rate: Number of children being born in Britain hits 10-year low. In: *The Independent* 20.11.2017, [www.independent.co.uk/news/uk/home-news/uk-birth-rate-latest-number-babies-born-lowest-decade-a8066101.html](http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/uk-birth-rate-latest-number-babies-born-lowest-decade-a8066101.html) (27.3.2019)
- Mozygemba, K. (2011): *Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung.* Bern
- Müller-Jung, J. (2012): Genetische Beratung wird zur Farce. Ärzte bekommen das neue Zertifikat quasi geschenkt. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 15.2.2012, N1
- Munthe, C. (2015): A new ethical landscape of prenatal testing: individualizing choice to serve autonomy and promote public health: a radical proposal. In: *Bioethics* 29(1), S. 36–45
- Nagaoka, S.; Hassold, T.; Hunt, P. (2012): Human aneuploidy: mechanisms and new insights into an age-old problem. In: *Nature Reviews Genetics* 13(7), S. 493–504
- Neidert, R. (2008): Späte Schwangerschaftsabbrüche als Problem des Gesetzgebers. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 51(8), S. 842–849
- NEK (Nationale Ethikkommission) (2016): Überlegungen zur ethischen Einschätzung des Nicht-Invasiven Pränatal-Tests (NIPT). Stellungnahme Nr. 26/2016, Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin der Schweiz NEK, Bern, [www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/DEF\\_NEK\\_Stellungnahme\\_NIPT\\_A4\\_DE\\_web.pdf](http://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/DEF_NEK_Stellungnahme_NIPT_A4_DE_web.pdf) (28.3.2019)
- Nelson, K.; Rosella, L.; Mahant, S.; Guttman, A. (2016): Survival and Surgical Interventions for Children with Trisomy 13 and 18. In: *JAMA* 316(4), S. 420–428



- Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hg.) (2017): Pränataldiagnostik: eine organisierte Verantwortungslosigkeit?! Dokumentation der Netzwerktagung 2017. Berlin, 23.-25.6.2017, Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, Hamburg
- Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik; Gen-ethisches Netzwerk (2014): Beschwerde gegen Werbung für die pränataldiagnostischen Tests Panorama, Harmony und PraenaTest., 19.6.2014. Offener Brief an Deutscher Werberat, Berlin
- Nicklas-Faust, J. (2014): Behinderung als soziale Konstruktion und Pränataldiagnostik. In: Duttge, G. (Hg.): »Behinderung« im Dialog zwischen Recht und Humangenetik. Göttinger Schriften zum Medizinrecht 17, Göttingen, S. 59–69
- Nicklas-Faust, J.; Wagner-Kern, M. (2003): Medizinisch-soziale Indikation und embryopathischer Befund: Zur andauernden (Reform-)Debatte über § 218a Abs. 2 StGB. In: Gesundheitsrecht (11), S. 340–344
- Niederer, A. (2017): Das Down-Syndrom stirbt nicht aus. In: Neue Zürcher Zeitung, 21.12.2017, [www.nzz.ch/wissenschaft/das-down-syndrom-stirbt-nicht-aus-ld.1341683](http://www.nzz.ch/wissenschaft/das-down-syndrom-stirbt-nicht-aus-ld.1341683) (28.3.2019)
- Niekrenz, Y. (2017): Schwangerschaft und Geburt. In: Gugutzer, R.; Klein, G.; Meuser, N. (Hg.): Handbuch Körpersoziologie. Wiesbaden, S. 217–229
- Nippert, I.; Neitzel, H. (2007): Ethische und soziale Aspekte der Pränataldiagnostik: Überblick und Ergebnisse aus interdisziplinären empirischen Untersuchungen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56(9), S. 758–771
- Norton, M.; Jacobsson, B.; Swamy, G.; Laurent, L.; Ranzini, A.; Brar, H. et al. (2015): Cell-free DNA analysis for noninvasive examination of trisomy. In: The New England Journal of Medicine 372(17), S. 1589–1597
- Nuffield Council on Bioethics (2017a): Non-invasive prenatal testing. Ethical issues. London
- Nuffield Council on Bioethics (2017b): Nuffield Council on Bioethics raises concerns about the »reflex« prenatal screening test for Down's syndrome. London. <http://nuffieldbioethics.org/news/2017/nuffield-council-bioethics-raises-concerns-reflex-prenatal-screening> (28.3.2019)
- Oepkes, D.; Yaron, Y.; Kozłowski, P.; Rego de Sousa, M.; Bartha, J.; van den Akker, E. et al. (2014): Counseling for non-invasive prenatal testing (NIPT): what pregnant women may want to know. In: Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 44(1), S. 1–5
- Oepkes, D.; Page-Christiaens, G.; Bax, C.; Bekker, M.; Bilardo, C.; Boon, E. et al. (2016): Trial by Dutch laboratories for evaluation of non-invasive prenatal testing. Part I-clinical impact. In: Prenatal Diagnosis 36(12), S. 1083–1090
- Ohno, M.; Caughey, A. (2013): The role of noninvasive prenatal testing as a diagnostic versus a screening tool--a cost-effectiveness analysis. In: Prenatal Diagnosis 33(7), S. 630–635
- Osipenko, L.; Szczepura, A. (2011): Non-invasive fetal sexing: medical test or a new tool for sex selection? In: Diversity in Health and Care 8(1), S. 37–44
- Pal, S. (2011): Neural Tube Defects. In: US Pharmacist 36(1), S. 11
- Papsdorf, M.; Wöckel, A. (2018): Normaler Schwangerschaftsverlauf und normale Geburt. In: Kranke, P. (Hg.): Die geburtshilfliche Anästhesie. Berlin, S. 195–214
- Pawelec, M.; Dżugalik, M.; Pietras, J.; Belza, Ł.; Latkowski, Ł. (2015): Medical and Ethical Considerations Related to Viable Fetuses with Trisomy 13 in the 36th Week of Pregnancy - a Review of the Literature. In: Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University 24(5), S. 911–921

- Perske, J. (2014): 21-Wochen-Frühchen Frieda ist putzmunter. In: Die Welt, 1.3.2014, [www.welt.de/gesundheit/article125324846/21-Wochen-Fruehchen-Frieda-ist-putzmunter.html](http://www.welt.de/gesundheit/article125324846/21-Wochen-Fruehchen-Frieda-ist-putzmunter.html) (28.3.2019)
- Petersen, J.; Jahn, A. (2008): Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective. A prospective study in Germany. In: *Birth* (Berkeley, Calif.) 35(1), S. 41–49
- Pohl, D. (2013): Arzthaftpflicht: Der Markt schrumpft weiter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110(1-2), A18-A20
- Porreco, R.; Garite, T.; Maurel, K.; Marusiak, B.; Ehrich, M.; van den Boom, D. et al. (2014): Noninvasive prenatal screening for fetal trisomies 21, 18, 13 and the common sex chromosome aneuploidies from maternal blood using massively parallel genomic sequencing of DNA. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 211(4), 365.e1-12. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.03.042
- Prütz, F.; Lange, C. (2016): Daten zu Behinderung und Teilhabe in Deutschland. Anforderungen, Auswertungsmöglichkeiten und Ergebnisse. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59(9), S. 1103–1116
- QUAG (2018): Geburtenzahlen in Deutschland. In *Deutschland geborene Kinder klinisch und außerklinisch*. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe – QUAG e.V., Storkow
- Ranke, M.; Saenger, P. (2001): Turner's syndrome. In: *The Lancet* 358(9278), S. 309–314
- Rath, C. (2001): Kein Skandalurteil. In: *taz, die tageszeitung*, 24.6.2001, [www.taz.de/!1103267/](http://www.taz.de/!1103267/) (28.3.2019)
- Ravitsky, V. (2017): The Shifting Landscape of Prenatal Testing. Between Reproductive Autonomy and Public Health. In: *The Hastings Center Report* 47 Suppl 3, S34-S40
- Re, L.; Birkhoff, J. (2015): The 47, XYY syndrome, 50 years of certainties and doubts. A systematic review. In: *Aggression and Violent Behavior* 22, S. 9–17
- Reis, A. (2012): Von einer Humangenetik hin zu einer Medizinischen Genetik. In: *Medizinische Genetik* 24(2), S. 138–140
- Reiss, R.; Discenza, M.; Foster, J.; Dobson, L.; Wilkins-Haug, L. (2017): Sex chromosome aneuploidy detection by noninvasive prenatal testing: helpful or hazardous? In: *Prenatal Diagnosis* 37(5), S. 515–520
- Renner, I. (2006): Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik. Erhebung: Januar bis Oktober 2004. Repräsentativbefragungen: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Richter-Kuhlmann, E. (2016): Nichtinvasive Pränataldiagnostik. Geringes Risiko, elementare Fragen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113(35-36), A-1519
- van Riper, M. (2000): Family Variables Associated with Well-Being in Siblings of Children with Down Syndrome. In: *Journal of Family Nursing* 6(3), S. 267–286
- van Riper, M. (2007): Families of children with Down syndrome: Responding to »a change in plans« with resilience. In: *Journal of Pediatric Nursing* 22(2), S. 116–128
- van Riper, M.; Ryff, C.; Pridham, K. (1992): Parental and family well-being in families of children with down syndrome. A comparative study. In: *Res. Nurs. Health* 15(3), S. 227–235
- Rohde, A.; Woopen, C. (2007): Psychosoziale Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik. Evaluation der Modellprojekte in Bonn, Düsseldorf und Essen. Köln
- Rolfes, V.; Schmitz, D. (2016): Unfair discrimination in prenatal aneuploidy screening using cell-free DNA? In: *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology* 198, S. 27–29

- Roters, D. (2018): Das Methodenbewertungsverfahren zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD). Perspektive des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Vortrag auf der Tagung »Nicht-invasive Pränataldiagnostik als GKV-Leistung? Medizinische, ethische und rechtliche Fragen«, 18.4.2018, Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum. Hannover
- Roth, A.; Horstkötter, N.; Rummer, A.; Woopen, C. (2013): Vermittlung an psychosoziale Beratungsstellen bei Pränataldiagnostik. In: *Der Gynäkologe* 46(7), S. 488–493
- Rummer, A. (2013): Vernetzung und Kooperation in der Schwangerenberatung und Betreuung bei Pränataldiagnostik: gesetzlicher Hintergrund, Rahmenbedingungen und ihre Umsetzung in die Praxis. In: Wewetzer, C.; Winkler, M. (Hg.): *Beratung schwangerer Frauen. Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik*. Stuttgart, S. 34–54
- Salaschek, S. (2018): 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. *MedR-Schriftenreihe Medizinrecht*, Berlin/Heidelberg. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-55241-4>
- Samerski, S. (2002): *Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung*. Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2001. Münster
- Samerski, S.; Henkel, A. (2015): Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. In: *Berliner Journal für Soziologie*. 25(1-2), S. 83–110
- Sänger, E. (2013): Früher, sicherer, einfacher? Die Einführung des Bluttests auf Down-Syndrom im Spiegel der Printmedien. In: *Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik* (Hg.): *Keine Angst vor großen Fragen: Vorgeburtliche Diagnostik zwischen Ethik und Monetik*. Rundbrief Nr. 26, 22.-24. Februar 2013, Berlin, S. 16–23
- Sänger, E. (2014): »Mutters Blut, Kindes Schicksal«. In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GiD)* 224, S. 15–17
- Sänger, E.; Dörr, A.; Scheunemann, J.; Treusch, P. (2013): *Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern- Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen*. In: *Gender* (1), S. 56–71
- Sarimski, K. (2015): Entwicklungsprofil, Verhaltensmerkmale und Familienerleben bei Kindern mit Down-Syndrom – Erste Ergebnisse der Heidelberger Down-Syndrom-Studie. In: *Empirische Sonderpädagogik* 7(1), S. 5–23
- Schäfers, B. (2017): Pränataldiagnostik: Wissen und Gewissen. In: *Deutschlandfunk*, 31.1.2017, [www.deutschlandfunk.de/pranataldiagnostik-wissen-und-gewissen.886.de.html?dram:article\\_id=377461](http://www.deutschlandfunk.de/pranataldiagnostik-wissen-und-gewissen.886.de.html?dram:article_id=377461) (28.3.2019)
- Schäfers, R.; Kolip, P. (2015): Zusatzangebote in der Schwangerschaft: Sichere Rundumversorgung oder Geschäft mit der Unsicherheit? In: *Gesundheitsmonitor – ein Newsletter der Bertelsmannstiftung* 3, S. 1–15, [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17\\_Gesundheitsmonitor/Newsletter\\_Ueberversorgung\\_in\\_der\\_Schwangerschaft\\_20150727.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Ueberversorgung_in_der_Schwangerschaft_20150727.pdf) (28.3.2019)
- Scharf, A.; Frenzel, J.; Axt-Fliedner, R. (2018): Invasive Pränataldiagnostik: Abortrisiken reevaluiert. In: *Frauenarzt* 59(1), S. 33–36
- Scharf, A. (2014): Konsensusempfehlung zu nicht invasiven Pränataldiagnostiktests (NIPT) aus mütterlichem Blut. Konsensus D - A - CH zu Einsatz und Weiterentwicklung. In: *Gynäkologie* 1, S. 22–24



- Scharf, A.; Stumm, M. (2013): Molekulargenetische nichtinvasive Pränataldiagnostik-Tests. In: *Frauenarzt* 54(11), S. 1082–1086
- Scheibler, F.; J. Kleijnen, J.; Soares-Weiser, K.; Kulier, R.; Lange, S.; Kulig, M. (2010): Testgüte des Ultraschallscreenings in der Schwangerschaft. Welchen Einfluss haben die Erfahrung der Untersucher und die Qualität der Geräte? (IQWiG-Bericht S05-03). In: *Frauenarzt* 51(3), S. 202–209
- van Schendel, R.; van El, C.; Pajkrt, E.; Henneman, L.; Cornel, M. (2017a): Implementing non-invasive prenatal testing for aneuploidy in a national healthcare system: global challenges and national solutions. In: *BMC Health Services Research* 17(1), S. 670
- van Schendel, R.; Kleinveld, J.; Dondorp, W.; Pajkrt, E.; Timmermans, D.; Holtkamp, K. et al. (2014): Attitudes of pregnant women and male partners towards non-invasive prenatal testing and widening the scope of prenatal screening. In: *European journal of human genetics* 22(12), S. 1345–1350
- van Schendel, R.; Page-Christiaens, G.; Beulen, L.; Bilardo, C.; de Boer, M.; Coumans, A. et al. (2016): Trial by Dutch laboratories for evaluation of non-invasive prenatal testing. Part II-women's perspectives. In: *Prenatal Diagnosis* 36(12), S. 1091–1098
- van Schendel, R.; Page-Christiaens, G.; Beulen, L.; Bilardo, C.; de Boer, M.; Coumans, A. et al. (2017b): Women's Experience with Non-Invasive Prenatal Testing and Emotional Well-being and Satisfaction after Test-Results. In: *Journal of Genetic Counseling* 26(6), S. 1348–1356
- Schild, R.; Meurer, B.; Hart, N.; Goecke, T.; Feige, A. (2008): Die Schwangerenvorsorge im Normalkollektiv - was ist evidenzbasiert? In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 68(1), S. 52–61
- Schindelhauer-Deutscher, H.; Henn, W. (2014): Genetische Beratung bei Pränataldiagnostik. In: *Medizinische Genetik* 26(4), S. 374–381
- Schling, S.; Hillemanns, P.; Gross, M. (2009): Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 213(2), S. 42–48
- Schmid, M. (2016): Nichtinvasive pränatale Tests in der Zukunft. In: *Der Gynäkologe* 49(6), S. 437–441
- Schmid, M.; Klaritsch, P.; Arzt, W.; Burkhardt, T.; Duba, H.; Häusler, M. et al. (2015): Drei Länder – Empfehlung zum Einsatz von Nicht-invasiven pränatalen Tests (NIPT) zur Analyse der zellfreien DNA (cfDNA) im mütterlichen Blut zum Screening auf fetale Chromosomenstörungen in der klinischen Praxis. In: *Ultraschall in der Medizin – European Journal of Ultrasound* 36(5), S. 507–510
- Schmitz, D. (2013): A new era in prenatal testing. Are we prepared? In: *Medicine, Health Care, and Philosophy* 16(3), S. 357–364
- Schmitz, D. (2016): Ethische Herausforderungen der neuen nichtinvasiven Pränataltestung. In: *Der Gynäkologe* 49(6), S. 442–447
- Schmitz, D.; Henn, W.; Rolfes, V.; Ohnhäuser, T. (2017): Medizinische Beratung – Gut gerüstet? Ärztliche Beratung im Kontext genetischer Pränataldiagnostik in Deutschland. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 77(01), S. 31–35
- Schnabel, U. (2016): »Wir bewegen uns da auf einem sehr schmalen Grat«. Ein Gespräch mit dem Perinatalmediziner Wolf-Henning Becker. In: *Die Zeit*, 6.11.2016, [www.zeit.de/2016/44/schwangerschaftsabbruch-24-wochen-film-umgang](http://www.zeit.de/2016/44/schwangerschaftsabbruch-24-wochen-film-umgang) (28.3.2019)



- Schneidermeier, S. (2015): Wandel der Pränataldiagnostik im letzten Jahrzehnt. Eine statistische Auswertung der durchgeführten pränataldiagnostischen Untersuchungen der Jahre 2000 bis 2010 am Institut für Humangenetik des Klinikums der LMU München. Dissertation. Ludwigs-Maximilians-Universität, Institut für Humangenetik, München. [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/18880/1/Schneidermeier\\_Susanne.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/18880/1/Schneidermeier_Susanne.pdf) (28.3.2019)
- Schockenhoff, E. (2005): Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik. In: Schockenhoff, E. (Hg.): Medizinische Ethik im Wandel. Grundlagen - Konkretionen - Perspektiven. Ostfildern, S.216–232
- Schölkopf, M. (2010): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin
- Schücking, B. (1994): Schwangerschaft – (k)eine Krankheit? In: Busse, R. (Hg.): Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 23, Hamburg, S.22–35
- Schulz, S. (2017): »Das ganze Kind hat so viele Fehler«. Die Geschichte einer Entscheidung aus Liebe. Reinbek
- Schumann, C. (2007): Veränderungen in der gynäkologischen Praxis durch Pränataldiagnostik. In: BZgA (Hg.): Pränataldiagnostik. Frankfurt am Main (FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, 1/2007), S.38–42
- Schumann, C. (2012): »Die PND wird auch weiterhin für mich eines der schwierigsten Kapitel unseres Fachgebietes sein.« Pränataldiagnostik in der frauenärztlichen Praxis. In: BZgA (Hg.): Vorgeburtliche Untersuchungen. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, 2/2012, Frankfurt am Main, S.18–22
- Schumann, E. (2010): Ärztliche Beratungspflichten nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz. In: Der Gynäkologe 43(6), S.537–540
- Schumann, E.; Schmidt-Recla, A. (1998): Die Abschaffung der embryopathischen Indikation-eine ernsthafte Gefahr für den Frauenarzt? In: MedR 16(11), S.497–504
- Schwemmler, C.; Ptok, M. (2013): Häufiges Syndrom, selten diagnostiziert. Das Triple-X-Syndrom. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 161(1), S.40–45
- Schwennesen, N.; Nordahl S.; Koch, L. (2008): Beyond informed choice: Prenatal risk assessment, decision-making and trust. In: Etikk i Praksis. Nordic Journal of Applied Ethics 2(1), S.11–31
- Senz, K.; Humphrey, W.; Lee, V.; Shaffer, B.; Caughey, A. (2016): 765. The impact of trisomy 13 on perinatal outcomes. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology 214(1), S400-S401
- Simon, A. (2008): Später Schwangerschaftsabbruch und passive Sterbehilfe beim Neugeborenen: Moralische Dilemmata zur Lebensfähigkeit. In: Wewetzer, C.; Wernstedt, T. (Hg.): Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Kultur der Medizin 25, Frankfurt am Main, S.57–65
- SkF (Sozialdienst katholischer Frauen) (2015): Beratung im Kontext der pränatalen Diagnostik. Eine Handreichung für die Praxis. Landesverband Bayern e.V., München
- Skirton, H. (2015): Direct to consumer testing in reproductive contexts--should health professionals be concerned? In: Life Sciences, Society and Policy 11, S.4. -0018-3
- Skirton, H.; Goldsmith, L.; Jackson, L.; Lewis, C.; Chitty, L. (2015): Non-invasive prenatal testing for aneuploidy: a systematic review of Internet advertising to potential users by commercial companies and private health providers. In: Prenatal Diagnosis 35(12), S.1167–1175

- Skotko, B.; Levine, S.; Goldstein, R. (2011): Having a son or daughter with Down syndrome. Perspectives from mothers and fathers. In: *American Journal of Medical Genetics. Part A* 155A(10), S. 2335–2347
- Snijders, R.; Sundberg, K.; Holzgreve, W.; Henry, G.; Nicolaidis, K. (1999): Maternal age- and gestation-specific risk for trisomy 21. In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 13(3), S. 167–170
- Staatliche Koordinierungsstelle (2013): Bioethik – Menschen mit Behinderungen – UN-BRK. Positionspapier der Staatlichen Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK. Staatliche Koordinierungsstelle nach Artikel 33 UN-Behindertenrechtskonvention, Berlin. [www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/ArbeitKO/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen\\_node.html](http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Koordinierungsstelle/ArbeitKO/Veroeffentlichungen/Veroeffentlichungen_node.html) (28.3.2019)
- Starostzik, C. (2016): Erklärtes Ziel: Ein möglichst autonomes Leben in hoher Qualität. In: *pädiatrie: Kinder- und Jugendmedizin hautnah* 28(6), S. 55–58
- Statistisches Bundesamt (2016): Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2015 (biologische Geburtenfolge) nach Bundesländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html) (28.3.2019)
- Statistisches Bundesamt (2017): Gesundheit: Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3, Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html) (28.3.2019)
- Steele, M.; Breg, W. (1966): Chromosome analysis of human amniotic-fluid cells. In: *The Lancet* 287(7434), S. 383–385
- Stockrahm, S.; Schadwinkel, A.; Lüdemann, D. (2015): Wer darf leben? Ein Multimedia-Dossier zum Down-Syndrom. In: *Zeit Online*, 13.5.2015, [www.zeit.de/feature/down-syndrom-praenataldiagnostik-bluttest-entscheidung](http://www.zeit.de/feature/down-syndrom-praenataldiagnostik-bluttest-entscheidung) (28.3.2019)
- Storm, W. (2005): Sind Menschen mit Down-Syndrom intelligent? In: *Leben mit Down-Syndrom* (49), S. 26–28
- Stumm, M.; Entezami, M. (2013): Pränataldiagnostik. Aktuelle medizinische Aspekte. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56(12), S. 1662–1669
- Stumm, M.; Schröer, A. (2018): Sollen die Indikationen für nichtinvasive Pränataltests erweitert werden? In: *Der Gynäkologe* 51(1), S. 24–31
- Taglauer, E.; Wilkins-Haug, L.; Bianchi, D. (2014): Review: Cell-free fetal DNA in the maternal circulation as an indication of placental health and disease. In: *Placenta* 35 (February; Supplement), S64-S68
- Tamminga, S.; van Dussen, L.; Verweij, E.; de Boer, M.; Cornel, M.; Henneman, L. (2017): What do people want to know about NIPT? Content analysis of questions emailed to national NIPT information websites. In: *Prenatal Diagnosis* 37(4), S. 412–415
- Taneja, P.; Snyder, H.; de Feo, E.; Kruglyak, K.; Halks-Miller, M.; Curnow, K.; Bhatt, S. (2016): Noninvasive prenatal testing in the general obstetric population. Clinical performance and counseling considerations in over 85 000 cases. In: *Prenatal Diagnosis* 36(3), S. 237–243
- Tegnander, E.; Williams, W.; Johansen, O.; Blaas, H.-G.; Eik-Nes, S. (2006): Prenatal detection of heart defects in a non-selected population of 30,149 fetuses--detection rates and outcome. In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 27(3), S. 252–265



- Thieme, M. (2016a): Warum ich mein Kind mit Down-Syndrom besonders liebe. Abtreibungs-Debatte. In: Berliner Morgenpost, 21.6.2016, [www.morgenpost.de/familie/article208329389/Warum-ich-mein-Kind-mit-Down-Syndrom-besonders-liebe.html](http://www.morgenpost.de/familie/article208329389/Warum-ich-mein-Kind-mit-Down-Syndrom-besonders-liebe.html) (28.3.2019)
- Thieme, M. (2016b): Eltern als Selektierer. Debatte Pränataltests und ihre Folgen. In: taz, die tageszeitung, 28.11.2016, [www.taz.de/!5357522/](http://www.taz.de/!5357522/) (28.3.2019)
- Thorp, J.; Helfgott, A.; King, E.; King, A.; Minyard, A. (2005): Maternal death after second-trimester genetic amniocentesis. In: *Obstetrics and Gynecology* 105(5 Pt 2), S. 1213–1215
- Tischler, R.; Hudgins, L.; Blumenfeld, Y.; Greely, H.; Ormond, K. (2011): Noninvasive prenatal diagnosis. Pregnant women's interest and expected uptake. In: *Prenatal Diagnosis* 31(13), S. 1292–1299
- TK (Techniker Krankenkasse) (2016): Was ist die Schwangerenvorsorge? [www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/die-schwangerenvorsorge-2009442](http://www.tk.de/techniker/service/gesundheits-und-medizin/schwangerschaft-und-geburt/die-schwangerenvorsorge-2009442) (28.3.2019)
- Tolmein, O. (2012): Selbstbestimmungsrecht der Frau, Pränataldiagnostik und die UN-Behindertenrechtskonvention. In: *Kritische Justiz* 45(4), S. 420–434
- Tolmein, O. (2018): Was hat die UN-Behindertenrechtskonvention mit Pränataldiagnostik zu tun? Vortrag auf der Jahrestagung. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik. 16.6.2018, Essen
- Tschudin, S.; Holzgreve, W.; Conde, N.; Alder, J.; Bitzer, J.; Tercanli, S. (2009): Wie beurteilen Schwangere die pränatale Beratung und was wissen sie im Anschluss daran? In: *Ultraschall in der Medizin – European Journal of Ultrasound* 30(2), S. 157–162
- UKNSC (UK National Screening Committee) (2016): UKNSC non-invasive prenatal testing (NIPT) recommendation. London. [https://legacyscreening.phe.org.uk/polydb\\_download.php?doc=602](https://legacyscreening.phe.org.uk/polydb_download.php?doc=602) (26.3.2019) vorübergehend unavailable
- Uldall, S.; Norup, M. (2013): Attitudes among Danes toward prenatal testing and termination of pregnancy. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 92(2), S. 230–233
- Urbano, R.; Hodapp, R. (2007): Divorce in Families of Children with Down Syndrome. A Population-Based Study. In: *Am J Ment Retard* 112(4), S. 261
- Vahanian, S.; Baraa A.; Yeh, C.; Chavez, M.; Kinzler, W.; Vintzileos, A. (2014): Patient acceptance of non-invasive testing for fetal aneuploidy via cell-free fetal DNA. In: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 27(1), S. 106–109
- Vanstone, M.; King, C.; de Vrijer, B.; Nisker, J. (2014): Non-Invasive Prenatal Testing. Ethics and Policy Considerations. In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 36(6), S. 515–526
- Vassy, C.; Rosman, S.; Rousseau, B. (2014): From policy making to service use. Down's syndrome antenatal screening in England, France and the Netherlands. In: *Social Science & Medicine* (1982) 106, S. 67–74
- Verweij, E.; de Boer, M.; Oepkes, D. (2014): Non-invasive prenatal testing for trisomy 13. More harm than good? In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 44(1), S. 112–114
- Verweij, E.; Oepkes, D.; de Boer, M. (2013): Changing attitudes towards termination of pregnancy for trisomy 21 with non-invasive prenatal trisomy testing. A population-based study in Dutch pregnant women. In: *Prenatal Diagnosis* 33(4), S. 397–399





- Vetter, K. (2002): Die Medikalisierung der Geburtshilfe – gibt es Alternativen? In: Künzel, W.; Kirschbaum, M. (Hg.): Gießener Gynäkologische Fortbildung 2001. 22. Fortbildungskurs für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Berlin/Heidelberg, S. 82–87
- Vetter, K. (2016): NIPD – ein Dambruch in der pränatalen Diagnostik? In: Der Gynäkologe 49(6), S. 448–450
- Vetter, K.; Goeckenjan, M. (2013): Schwangerenvorsorge in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56(12), S. 1679–1685
- Vinante, V.; Keller, B.; Huhn, E.; Huang, D.; Lapaire, O.; Manegold-Brauer, G. (2018): Impact of nationwide health insurance coverage for non-invasive prenatal testing. In: International Journal of Gynaecology and Obstetrics 141, S. 189–193
- Wagenmann, U. (2012): »Das Problem liegt ganz woanders«. Interview mit Oliver Tolmein. In: Gen-ethischer Informationsdienst 214, S. 32–34
- Wagner, P.; Hoopmann, M.; Kagan, K. (2017): Das Ersttrimester-Screening. Ein Auslaufmodell in der Ära der zellfreien DNA? In: Der Gynäkologe 304(6831), S. 867–871
- Wald, N.; Huttly, W.; Bestwick, J.; Old, R.; Morris, J.; Cheng, R. et al. (2017): Prenatal reflex DNA screening for trisomies 21, 18, and 13. In: Genetics in Medicine 20(8), S. 825–830
- Waldschmidt, A. (2015): Disability Studies als interdisziplinäres Forschungsfeld. In: Degener, T.; Diehl, E. (Hg.): Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht - Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Schriftenreihe bpb 1506, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 334–344
- Wale, J. (2016): Don't forget the legal framework. In: Medical Law International 15(4), S. 203–215
- Walker, B.; Jackson, B.; LaGrave, D.; Ashwood, E.; Schmidt, R. (2015): A cost-effectiveness analysis of cell free DNA as a replacement for serum screening for Down syndrome. In: Prenatal Diagnosis 35(5), S. 440–446
- de Walle, H. (2010): The Netherlands. In: EUROCAT (Hg.): Special Report: Prenatal Screening Policies in Europe. Newtownabbey, S. 23–25
- Wapner, R.; Babiarz, J.; Levy, B.; Stosic, M.; Zimmermann, B.; Sigurjonsson, S. et al. (2015): Expanding the scope of noninvasive prenatal testing. Detection of fetal microdeletion syndromes. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology 212(3), 332.e1–9
- Ward, R.; Modell, B.; Petrou, M.; Karagozlu, F.; Douratsos, E. (1983): Method of sampling chorionic villi in first trimester of pregnancy under guidance of real time ultrasound. In: BMJ 286(6377), S. 1542–1544
- Wassermann, K.; Woopen, C.; Rohde, A. (2010): Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung. In: Der Gynäkologe 43(2), S. 179–186
- Weise, A.; Mrasek, K.; Liehr, T. (2014): Zytogenetische und molekularzytogenetische Methoden in der Pränataldiagnostik. In: medgen 26(4), S. 391–397
- Wellesley, D.; Dolk, H.; Boyd, P.; Greenlees, R.; Haeusler, M.; Nelen, V. et al. (2012): Rare chromosome abnormalities, prevalence and prenatal diagnosis rates from population-based congenital anomaly registers in Europe. In: European journal of human genetics 20(5), S. 521–526
- Welsch, H.; Wischnik, A.; Lehner, R. (2016): Müttersterblichkeit. In: Schneider, H.; Husslein, P.; Schneider, K.-T. (Hg.): Die Geburtshilfe. Berlin, S. 1181–1194
- Wendt, C. (2003): Vertrauen in Gesundheitssysteme. In: Berliner Journal für Soziologie 13(3), S. 371–393



- Wernstedt, T.; Beckmann, M.; Schild, R. (2005): Entscheidungsfindung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 65(8), S. 761–766
- Wezel, M. (2014): Downsyndrom: Eins von 800. In: *Die Zeit*, 11.5.2014, [www.zeit.de/gesellschaft/familie/2014-05/down-syndrom-praenataldiagnostik-one-in-eight-hundred](http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2014-05/down-syndrom-praenataldiagnostik-one-in-eight-hundred) (28.3.2019)
- WHO (World Health Organization) (2015): Maternal mortality. Data by country. Genf. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15> (28.3.2019)
- WHO; HRP (Human Reproduction Programme); UN (United Nations) (2017): Global Abortion Policies Database. Genf. <http://srhr.org/abortion-policies/> (28.3.2019)
- WHO; World Bank (2011): World report on disability. Genf. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf) (28.3.2019)
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016): Informationen zu Risikoschwangerschaften und zur Pränataldiagnostik. Dokumentation, WD 9-3000-056/16, Deutscher Bundestag, Berlin
- Wisser, J. (2013): Pränataldiagnostik. In: *Der Gynäkologe* 46(3), S. 183–192
- Wolbring, G. (2009): Die Konvergenz der Governance von Wissenschaft und Technik mit der Governance des »Ableism«. In: *Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis* 18(2), S. 29–35
- Wolf, H.; Wulff, C.; Ekelund, C.; Sundberg, K.; Tabor, A. (2015): Characteristics of first trimester screening non-responders in a high uptake population. In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 46, S. 10
- Wollenschein, M.; Gustke, M.; Woopen, C.; Rohde, A. (2007): Erleben einer erneuten Schwangerschaft nach vorhergehendem Schwangerschaftsabbruch bei pathologischem PND-Befund – Alles vergessen und ein neuer Anfang? In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56(9), S. 741–757
- Woopen, C.; Horstkötter, N.; Roth, A.; Rummer, A. (2013): Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (Simb-pnd). Abschlussbericht. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin. [www.bmfsfj.de/blob/jump/94040/interdisziplinare-beratung-praenataldiagnostik-schwangerschaftsabbruch-data.pdf](http://www.bmfsfj.de/blob/jump/94040/interdisziplinare-beratung-praenataldiagnostik-schwangerschaftsabbruch-data.pdf) (28.3.2019)
- Woopen, C.; Rummer, A. (2009): Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch. In: *Medizinrecht* 27(3), S. 130–138
- Wou, K.; Feinberg, J.; Wapner, R.; Simpson, J. (2015): Cell-free DNA versus intact fetal cells for prenatal genetic diagnostics. What does the future hold? In: *Expert Review of Molecular Diagnostics* 15(8), S. 989–998
- Wren, C.; Irving, C.; Griffiths, J.; O’Sullivan, J.; Chaudhari, M.; Haynes, S. et al. (2012): Mortality in infants with cardiovascular malformations. In: *European Journal of Pediatrics* 171(2), S. 281–287
- Yaron, Y. (2016): The implications of non-invasive prenatal testing failures: a review of an under-discussed phenomenon. In: *Prenatal Diagnosis* 36(5), S. 391–396
- Zastiral, S. (2018): Eine Grippewelle - und das System wankt. Englands NHS-Gesundheitsdienst. In: *Der Spiegel*, 15.1.2018, [www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/grossbritannien-gesundheitssystem-nhs-in-england-in-der-krise-a-1187911.html](http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/grossbritannien-gesundheitssystem-nhs-in-england-in-der-krise-a-1187911.html) (28.3.2019)
- Zeit Online (2016): Eltern scheitern mit Schmerzensgeldklage für behindertes Kind. 4.2.2016, [www.zeit.de/gesellschaft/2016-02/muenchen-klage-unterhalt-schmerzengeld-trisomie-21-diagnose-schwangerschaft-frauenarzt](http://www.zeit.de/gesellschaft/2016-02/muenchen-klage-unterhalt-schmerzengeld-trisomie-21-diagnose-schwangerschaft-frauenarzt) (28.3.2019)



- Zeit Online (2018): Ethikratchef für Trisomiebluttest als Kassenleistung. 12.10.2018, [www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/prae-nataldiagnostik-ethikrat-schwangerschaft-down-syndrom-kassenleistung](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-10/prae-nataldiagnostik-ethikrat-schwangerschaft-down-syndrom-kassenleistung) (28.3.2019)
- Zerres, K. (2015): Nicht-invasive genetische Pränataldiagnostik - eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 219(2), S. 69–72
- ZI (2018): Antwort auf die Anfrage des Büros für Technikfolgen-Abschätzung zu Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. Unter Mitarbeit von Joachim Heuer. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
- Zimpel, A. (2016): Trisomie 21. Was wir von Menschen mit Down-Syndrom lernen können: 2000 Personen und ihre neuropsychologischen Befunde. Göttingen, <http://dx.doi.org/10.13109/9783666701757>



---

## 7 Anhang

---

### 7.1 Abbildungen

Abb. 1.1	Pränataldiagnostische Untersuchungen im Schwangerschaftsverlauf	26
Abb. 2.1	Methoden und Verfahren der Pränataldiagnostik	38
Abb. 2.2	Nutzung invasiver PND im Zeitverlauf	44
Abb. 2.3	Häufigkeit von chromosomalen Anomalien nach Syndromen in der Schwangerschaft	65
Abb. 2.4	Häufigkeit chromosomaler Abweichungen in Abhängigkeit vom mütterlichen Alter	66
Abb. 2.5	Fetale Fehlbildungen und Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1990–2014	74
Abb. 2.6	Häufigkeit chromosomaler Anomalien und Schwangerschafts- abbrüche nach Befund in Deutschland 1990–2015	75
Abb. 2.7	Häufigkeit von Trisomie 21 und Schwangerschaftsabbrüche nach Befund in Deutschland 1987–2015	76
Abb. 2.8	Medizinisch induzierte Schwangerschaftsabbrüche nach vollendeter Schwangerschaftswoche p. c. in Deutschland im Jahr 2016 (absolute Häufigkeiten)	78
Abb. 2.9	Schwangerschaftsabbrüche: (1) nach medizinischer Indikation, (2) Spätabbrüche in Deutschland 1997–2009	79
Abb. 2.10	Schwangerschaftsabbrüche: (1) nach medizinischer Indikation, (2) Spätabbrüche in Deutschland 2010–2017	79
Abb. 4.1	Prozessablauf bei auffälligem fetalem Befund	130
Abb. 4.2	Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland insgesamt und aufgrund angeborener Behinderungen	142

---

## 7.2 Tabellen

Tab. 2.1	Invasive Verfahren der Pränataldiagnostik im Vergleich	41
Tab. 2.2	Nichtinvasive Verfahren der Pränataldiagnostik im Überblick	46
Tab. 2.3	Verfahren zur Analyse zellfreier fetoplazentarer DNA im mütterlichen Blut	52
Tab. 2.4	In Deutschland verfügbare zellfreie DNA-Tests mit Testoptionen, Preisen und Bearbeitungszeiten	59
Tab. 2.5	Pränatal untersuchte Chromosomenabweichungen in der Übersicht	68
Tab. 3.1	Aktuelle rechtliche Regelungen im Überblick	88
Tab. 3.2	Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbrüche im nationalen Vergleich	102

---

## 7.3 Abkürzungen

AC	Amniozentese
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BVDH	Bundesverband deutscher Humangenetiker
BVNP	Berufsverband niedergelassener Pränatalmediziner e.V.
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
cff-DNA	cell-free fetal DNA (zellfreie, fetale DNA)
CHD	congenital heart defects
CVS	Chorionzottenbiopsie
DEGUM	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGPFG	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe
DNA	Desoxyribonukleinsäure
ETS	Ersttrimesterscreening
FiSH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEKO	Gendiagnostik-Kommission
GenDG	Gendiagnostikgesetz
GfH	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz

GMUG	Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (in der Schweiz)
IGeL	individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MRT	Magnetresonanztomografie
NEK	Nationale Ethikkommission
NGS	Next Generation Sequencing
NIPD	nichtinvasive Pränataldiagnostik
NIPT	nichtinvasiver Pränataltest
p. c.	post conceptionem
p. m.	post menstruationem
PAPP-A	pregnancy-associated plasma protein A
PND	Pränataldiagnostik
RCOG	Royal College der Geburtshelfer und Gynäkologen des Vereinigten Königreichs
SAFE	special non-invasive advances in fetal and neonatal evaluation
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
Skf	Sozialdienst katholischer Frauen
SSA	Schwangerschaftsabbruch
SSW	Schwangerschaftswoche
StGB	Strafgesetzbuch
UKNSC	National Screening Committee des Vereinigten Königreichs
VUS	variants of unknown significance

---

## 7.4 Glossar

**Ableism; Ableismus:** Beurteilung von Menschen anhand von als zentral erachteten Fähigkeiten («abilities»), deren Fehlen als minderwertig angesehen wird. Der Begriff stammt aus der US-amerikanischen Behindertenbewegung und beinhaltet u. a. behindertenfeindliche Praktiken.

**Amniozentese:** pränataldiagnostisches Verfahren zur Entnahme von Fruchtwasser mittels Hohlnadel durch die Bauchdecke schwangerer Frauen. Im Anschluss können die im Fruchtwasser befindlichen fetalen Zellen extrahiert, vermehrt und ihre DNA und Chromosomen analysiert werden.

**Aneuploidie:** Veränderung des Genoms, bei der ein einzelnes Chromosom eines Chromosomensatzes fehlt oder überzählig vorliegt. Beim Menschen treten Trisomien (dreifaches Vorliegen eines Chromosoms) und Monosomien (einfaches statt zweifaches Vorliegen eines Chromosoms) mit meist pathologischen, oft letalen Folgen auf.

**Chorionzottenbiopsie:** pränataldiagnostisches Verfahren zur Entnahme von Plazentagewebe mittels Hohlnadel zumeist durch die Bauchdecke schwangerer Frauen. Die Chorionzotten sind Ausstülpungen des fetalen Plazentagewebes, an denen der Stoffaustausch mit dem mütterlichen Blutkreislauf stattfindet. Die Mehrheit der

Plazentazellen stammt vom Embryo ab, enthält also dessen Genom, das im Anschluss zytogenetisch untersucht werden kann.

Chromosomen: fadenförmige, aus DNA und Proteinen bestehende Strukturen, die einen wesentlichen Teil der Erbinformationen speichern und bei höheren Lebewesen in jedem Zellkern enthalten sind. Die Chromosomen lassen sich in Autosomen (beim Menschen 1.-22. Chromosomenpaar) und Geschlechtschromosomen (Gonosomen; 23. Chromosomenpaar) unterteilen.

DNA: Abkürzung für den englischen Begriff desoxyribonucleic acid (dt. Desoxyribonucleinsäure). Dabei handelt es sich um ein Biomolekül, das in den Chromosomen vorkommt und bei allen Lebewesen den Träger der Erbinformation und damit die materielle Basis der Gene darstellt.

Down-Syndrom: klinisches Erscheinungsbild von Menschen mit einer Trisomie des 21. Chromosoms (oder von Teilen davon). Der Name geht auf den englischen Arzt John Langdon Down zurück, der das Syndrom als erster wissenschaftlich beschrieb.

Edwards-Syndrom: klinisches Erscheinungsbild von Menschen mit einer Trisomie des 18. Chromosoms; benannt nach dem britischen Humangenetiker John Hilton Edwards.

Embryo: werdender Mensch in der frühesten Entwicklungsphase der Schwangerschaft, also von der Verschmelzung der Zellkerne von Ei- und Samenzelle bis zum Abschluss der Organbildung nach etwa 9 Wochen. Nach diesem Zeitpunkt spricht man vom Fetus.

Ersttrimesterscreening: frühe pränataldiagnostische Untersuchung zwischen 12. und 14. Schwangerschaftswoche, bei der Ultraschallmessungen (u. a. zur Nackentransparenz), mütterliches Alter sowie Markerwerte aus dem mütterlichen Blut zu einer Wahrscheinlichkeitsberechnung für das Vorliegen einer fetalen Trisomie herangezogen werden. Die Nackentransparenz misst die im Ultraschall erkennbare vorübergehende Ansammlung von Flüssigkeit im Nacken des Fetus. Eine überdurchschnittliche Breite dieser Flüssigkeitsansammlung gilt als Indikator für eine chromosomale Abweichung.

Fetus: werdendes Kind in der Gebärmutter nach Ausbildung der Organe (vorher Embryo) bis zur Geburt.

Gen: funktionelle Grundeinheit des Erbgutes bzw. Genoms, d. h. ein Abschnitt auf der DNA, welcher die Information für die Bildung eines Proteins oder zur Steuerung anderer Gene birgt. Gene bzw. die Genprodukte vermitteln sowohl die Strukturen als die Stoffwechselfvorgänge eines Organismus, seiner Organe und Zellen. Alle Zellen eines Individuums besitzen denselben Bestand an Genen. Allerdings sind in den verschiedenen Zelltypen und in Abhängigkeit von äußeren Reizen jeweils spezifische Sets von Genen aktiv.

Genom: die gesamte Erbinformation einer Zelle bzw. eines Organismus.

individuelle Gesundheitsleistung (IGeL): Diagnose- und Behandlungsmethoden, die von ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Seite angeboten werden und die nicht zum festgeschriebenen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören. Solche Leistungen müssen gesetzlich Versicherte zu meist selbst bezahlen.

intrauterin: innerhalb der Gebärmutter (Uterus) befindlich.

Klinefelter-Syndrom: klinisches Erscheinungsbild bei Männern, die ein doppeltes X-Chromosom zusätzlich zum Y-Chromosom aufweisen (XXY); benannt nach Harry F. Klinefelter, einem US-amerikanischen Arzt und Endokrinologen.



- Monosomie: einfaches statt zweifaches Vorliegen eines Chromosoms; Beispiel: Monosomie X oder Turner-Syndrom bei Frauen.
- nichtdirektiv: Methode oder Verhaltensweise in der Beratung, bei der der oder die Beratene eine möglichst umfassende und neutrale Darstellung der relevanten Informationen erhält und über mögliche Entscheidungswege in Kenntnis gesetzt wird, ohne dabei seiner freien Entscheidung beraubt zu werden.
- Patau-Syndrom: klinisches Erscheinungsbild von Menschen mit einer Trisomie des 13. Chromosoms; seltenste der drei autosomalen Trisomieformen 13, 18 und 21; benannt nach dem deutsch-amerikanischen Humangenetiker Klaus Patau.
- post menstruationem (p.m.); post conceptionem (p.c.): Beide Zählweisen beziehen sich auf die Bestimmung des Gestationsalters (des Schwangerschaftsfortschritts), wobei erstere Zählweise ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung einsetzt, zweite ab der (angenommenen) Befruchtung. Zwischen beiden Zählweisen liegen etwa 2 Wochen. Die p. m.-Zählweise ist in der Medizin gebräuchlicher und wird auch in diesem Bericht verwendet (soweit nicht anders hervorgehoben).
- Schwangerschaftswoche (SSW): eine durchschnittliche Schwangerschaft dauert etwa 38 Wochen ab der Befruchtung der Eizelle (p. c.) bzw. 40 Wochen ab dem ersten Tag der letzten Regelblutung (p. m.). Reif geborene Kinder haben eine Tragzeit von mindestens 37 vollendeten Schwangerschaftswochen (p. m.).
- Trisomie: dreifaches statt zweifaches Vorliegen eines Chromosoms mit meist pathologischen Folgen; Beispiele: Trisomien der Chromosomen 13 (Patau-Syndrom), 18 (Edwards-Syndrom) und 21 (Down-Syndrom).
- Turner- oder Ullrich-Turner-Syndrom: klinisches Erscheinungsbild bei Frauen, bei denen eines der beiden Geschlechtschromosomen (XX) fehlt oder strukturell verändert ist. Benannt nach dem amerikanischen Arzt Henry Turner und dem deutschen Kinderarzt Otto Ullrich.
- Versorgungsstufe: im vorliegenden Bericht bezeichnet Versorgungsstufe den Grad der fachlichen Qualifikation zur Pränataldiagnostik, insbesondere im Bereich der Sonografie (Ultraschall). Die Deutsche Gesellschaft für Ultraschalldiagnostik (DEGUM) bildet Ärzte und Ärztinnen für verschiedene sonografische Fachgebiete aus und zertifiziert die jeweils erreichte Qualifikationsstufe von I bis III. Während Ärzte und Ärztinnen der Qualifikationsstufe I die Grundversorgung stellen, bieten Pränataldiagnostiker und Pränataldiagnostikerinnen der Stufen II/III Betreuung auf einer höheren Versorgungsstufe an.
- zellfreie fetoplazentare DNA: DNA der fetal Seite der Plazenta (des Mutterkuchens), die im Blut der Schwangeren zirkuliert. Diese hat sich zuvor aus den sie ursprünglich beherbergenden Zellkernen gelöst und findet sich ohne Zellhülle und in Bruchstücken im mütterlichen Blut.



**BÜRO FÜR TECHNIKFOLGEN-ABSCHÄTZUNG  
BEIM DEUTSCHEN BUNDESTAG**

Karlsruher Institut für Technologie

Neue Schönhauser Straße 10  
10178 Berlin

Tel.: +49 30 28491-0  
[buero@tab-beim-bundestag.de](mailto:buero@tab-beim-bundestag.de)  
[www.tab-beim-bundestag.de](http://www.tab-beim-bundestag.de)  
[@TABundestag](https://www.instagram.com/TABundestag)

[Home](#) › [Presse](#) › [Aktuelles](#) › [Meldung](#) **Vorlesen**  ▶

19.09.2019 | Aktuelle Meldung | Nr. 021

## Gemeinsamer Bundesausschuss von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen lässt Bluttests auf Trisomien (NIPD) als Kassenleistung zu

*Zur Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), sogenannte nicht-invasive Bluttests auf Trisomien (NIPD) als Leistungen der Kassenleistung zuzulassen, erklärt der Pressesprecher der Deutschen Bischofskonferenz, Matthias Kopp:*

„Wir sehen den heutigen Beschluss des G-BA, nicht-invasive pränataldiagnostische Tests als Kassenleistung zuzulassen, aus ethischen Gründen kritisch. Die Entscheidung berührt den Schutz des ungeborenen Lebens aus unserer Sicht auf empfindliche Weise, denn sie könnte die Entwicklung eines generellen Screenings auf eine Vielfalt von genetischen Auffälligkeiten und Eigenschaften im Rahmen der Pränataldiagnostik fördern. Bei jeder Schwangerschaft wäre eine Prüfung vorgeschaltet, die nicht ausschließlich therapeutische Ziele verfolgt und die automatisch mit der Frage verknüpft wird, ob die Schwangerschaft fortgeführt oder abgebrochen werden soll. Nicht-invasive pränataldiagnostische Tests verstärken so die Tendenz, eine Schwangerschaft zuerst als ‚Schwangerschaft auf Probe‘ zu betrachten. Das lehnen wir aufgrund der Schutzwürdigkeit jedes menschlichen Lebens ab dem Zeitpunkt der Zeugung ab.

Besonders bedauern wir, dass die Forderung, die Kostenübernahme auf eine Anwendung der Tests nach der 12. Schwangerschaftswoche zu beschränken, nicht nachgekommen wurde. Die frühe Anwendung der Tests erhöht das Risiko eines ‚Abtreibungsmechanismus‘ weiter, da sich eine Frau nach einem positiven Testergebnis für einen Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungslösung entscheiden kann, ohne die Gründe dafür im Beratungsgespräch offenbaren zu müssen. Auch wenn die Kosten nur ‚in begründeten Einzelfällen bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken‘ übernommen werden sollen, reicht diese Einschränkung nicht, um dieser Tendenz entgegenzuwirken. Die leichte Zugänglichkeit, die geringen Kosten und die hohe Sicherheit des Bluttests senken die Hemmschwelle und erhöhen den Druck auf Frauen, sich für eine Anwendung zu entscheiden.

Es entsteht der Eindruck, dass die nicht-invasive Pränataldiagnostik harmlos sei und die berechtigten Sorgen der werdenden Eltern um das Wohl ihres ungeborenen Kindes beseitigen könne. Dies täuscht aber über die mit dieser Diagnostik verbundenen schwerwiegenden ethischen und persönlichen Fragen und auch die gesellschaftlichen Konsequenzen hinweg. Deshalb braucht es aus unserer Sicht einerseits einen breit angelegten gesellschaftlichen Diskurs, der sich grundsätzlich mit der Frage beschäftigt, wie der gesellschaftliche Umgang mit Krankheit und Behinderung ist und andererseits ein umfassendes Angebot ärztlicher und psychosozialer Beratung für werdende Eltern.“

[Zurück](#)



## GRUNDLAGEN

[Bibel](#)

[Konzilstexte](#)

[Synodentexte](#)

[Erwachsenenkatechismus](#)

[Weltkatechismus](#)

## SERVICE

[Bistumskarte](#)

[Pfarreiensuche](#)

[Bischofskonferenzen in Europa](#)

[RSS](#)

## PARTNER

[www.katholisch-werden.de](http://www.katholisch-werden.de)

[www.katholisch.de](http://www.katholisch.de)

[www.katholische-theologie.info](http://www.katholische-theologie.info)

[www.rpp-katholisch.de](http://www.rpp-katholisch.de)

[www.katholische-schulen.de](http://www.katholische-schulen.de)

[www.weltkirche.de](http://www.weltkirche.de)

[www.internetseelsorge.de](http://www.internetseelsorge.de)

[www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

[www.kirche.tv](http://www.kirche.tv)

[Home](#) > [Presse](#) > [Aktuelles](#) > [Meldung](#) **Vorlesen**  ▶06.07.2012 | [Pressemeldung](#) | Nr. 108

## Weihbischof Losinger warnt vor selektiven Folgen des neuen Bluttests für Schwangere

### „Gefahr eines Turboeffekts in der genetischen Diagnostik“

Weihbischof DDr. Anton Losinger (Augsburg), Mitglied im Deutschen Ethikrat, hat vor den selektiven Folgen des neuen Trisomie-Tests der Biotech-Firma LifeCodexx gewarnt. „Mit den Behindertenverbänden teile ich die Befürchtung, dass dieser Test zu einer schiefen Ebene in der Selektion menschlichen Lebens zu werden droht. Der geplante Bluttest für Schwangere lässt mit einem hohen Maß an statistischer Sicherheit Aussagen darüber zu, ob das ungeborene Kind ‚Trisomie 21‘ hat. Es besteht die reale Gefahr, dass der Test zu einem Turboeffekt bei der Verwerfung von Embryonen führt.“

In Zukunft werden nach Losingers Einschätzung zu noch günstigeren Preisen, mit höherer Geschwindigkeit und größerer analytischer Präzision genetische Defekte entdeckt werden können. Das hat, wenn man die bisherige Praxis ärztlicher Beratung und den gesellschaftlichen Druck auf Eltern behinderter Kinder berücksichtigt, eine deutlich schnellere Verwerfung von menschlichen Embryonen mit abweichendem genetischem Befund und damit einen Trend zur Abtreibung zur Folge. „Bald wird man wohl auch zu den Kosten eines USB-Sticks sämtliche Chromosomen ‚screenen‘ können. Dadurch erhöht sich die Lebensgefahr für ungeborene Kinder mit genetischen Defekten beträchtlich. Denn schon jetzt führen laut Statistik der Behindertenverbände rund 90 Prozent der Trisomie-Verdachtsfälle zum Tod des Embryos“, so Losinger.

Die Selektion menschlichen Lebens nach genetischen Kriterien verstößt gegen das absolute Achtungsgebot der Menschenwürde, die jedem Menschen, auch dem Menschen mit einer erwarteten Behinderung von Lebensbeginn an zukommt und stellt eine unmittelbare Gefährdung des Lebensrechts dar. Auch und gerade Menschen mit einem genetischen Defekt haben Würde und ein Lebensrecht. „Hier braucht es auch ein ärztliches Standesrecht und ein Versicherungssystem, bei dem ein Arzt nicht in Haftung tritt, wenn er bei Auftreten eines genetischen Defektes Eltern nicht warnt. Generell steht das hohe Engagement von Staat und Gesellschaft bei der Integration von Behinderten in bizarrem Widerspruch zum ‚Prinzip Selektion‘, das am Anfang des menschlichen Lebens mit Behinderung betrieben wird.“

Weil der Test im Gegensatz zu einer bisherigen Fruchtwasseruntersuchung kein Risiko für Mutter und Kind in sich birgt, ist davon auszugehen, dass die Hemmschwelle das ungeborene Leben auf genetische Abweichung testen zu lassen, stark sinken wird. Hier ist in der ethischen Bewertung zu differenzieren: Pränatale Untersuchungen sind dann als positiv zu bewerten, wenn mit ihrer Hilfe die Gesundheit des Kindes geprüft werden kann, um dann – teilweise bereits vor der Geburt – therapeutisch reagieren zu können.

Wenn pränatale Untersuchungen jedoch zu dem Zweck durchgeführt werden, gezielt nach genetischen Abweichungen zu suchen, um das Kind dann abzutreiben, sind sie ethisch und moralisch nicht zu vertreten. Kritiker weisen darauf hin, dass zukünftig über den neuen risikoarmen Bluttest auch das Geschlecht oder andere Krankheitssymptome bestimmt werden könnten. Aufgrund der einfachen und risikoarmen Durchführung, könnte er zu einer Routineuntersuchung werden.

[Zurück](#)



## GRUNDLAGEN

[Bibel](#)

[Konzilstexte](#)

[Synodentexte](#)

[Erwachsenenkatechismus](#)

[Weltkatechismus](#)

## SERVICE

[Bistumskarte](#)

[Pfarreiensuche](#)

[Bischofskonferenzen in Europa](#)

[RSS](#)

## PARTNER

[www.katholisch-werden.de](http://www.katholisch-werden.de)

[www.katholisch.de](http://www.katholisch.de)

[www.katholische-theologie.info](http://www.katholische-theologie.info)

[www.rpp-katholisch.de](http://www.rpp-katholisch.de)

[www.katholische-schulen.de](http://www.katholische-schulen.de)

[www.weltkirche.de](http://www.weltkirche.de)

[www.internetseelsorge.de](http://www.internetseelsorge.de)

[www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)

[www.kirche.tv](http://www.kirche.tv)

# Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung

STELLUNGNAHME





# Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung

STELLUNGNAHME

30. April 2013

## **Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat**

Vorsitzende: Prof. Dr. med. Christiane Woopen

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin

Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252

E-Mail: [kontakt@ethikrat.org](mailto:kontakt@ethikrat.org)

[www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)

© 2013 Deutscher Ethikrat, Berlin

Alle Rechte vorbehalten.

Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.

Layout: Torsten Kulick

Umschlaggestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg

ISBN 978-3-941957-45-9

# Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG .....	7
2	NATURWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN .....	8
2.1	Grundbegriffe und Fakten .....	8
2.1.1	Genetik und Epigenetik .....	8
2.1.2	Diagnostische, prognostische und prädiktive genetische Analyse ....	14
2.2	Genetische Einflüsse auf Gesundheit und Lebensgestaltung .....	16
2.2.1	Einleitung .....	16
2.2.2	Monogen verursachte Entwicklungsstörungen, Erkrankungen und Behinderungen .....	19
2.2.3	Multifaktoriell bedingte Störungen und Erkrankungen .....	24
2.2.4	Chromosomenstörungen .....	25
2.2.5	Genetische Einflüsse mit Relevanz für die Lebensführung .....	27
2.3	Neue Entwicklungen von Methoden der genetischen Diagnostik .....	29
2.3.1	Prinzipien der molekulargenetischen Analyse .....	29
2.3.2	Neue Hochdurchsatz-Methoden zur Ermittlung genetischer Daten ..	32
2.3.3	Neue bioinformatische Methoden zur Analyse genetischer Daten ....	38
2.3.4	Konsequenzen der Hochdurchsatz-Analytik für die genetische Diagnostik .....	41
2.3.5	Sammlungen genetischer Proben und Daten .....	42
2.3.6	Methoden für die nichtinvasive pränatale Gendiagnostik .....	43
2.4	Aussagekraft genetischer Tests .....	49
2.4.1	Technische Zuverlässigkeit .....	50
2.4.2	Prädiktive Übertragung statistischer Risiken auf Einzelpersonen ....	53
2.4.3	Interpretation komplexer Zusammenhänge .....	57
2.5	Anwendungsbereiche der Gendiagnostik .....	61
2.5.1	Präkonzeptionelle genetische Diagnostik .....	61
2.5.2	Präimplantationsdiagnostik .....	63
2.5.3	Pränatale genetische Diagnostik .....	63
2.5.4	Postnatale genetische Diagnostik zu Zwecken der Prognose und Therapieplanung .....	66
2.5.5	Prädiktive genetische Diagnostik auf monogene Krankheiten .....	67
2.5.6	Prädiktive genetische Diagnostik bei multifaktoriellen Erkrankungen .....	69
2.5.7	Direct-to-Consumer-Tests .....	70

3	DER RECHTLICHE ORDNUNGSRAHMEN .....	73
3.1	Verfassungsrechtliche Grundlagen und Maßstäbe .....	73
3.2	Einfachrechtliche Regelungen .....	75
3.2.1	Das Gendiagnostikgesetz .....	76
3.2.2	Medizinproduktrecht und Gendiagnostik .....	92
3.2.3	Genetische Diagnostik im Embryonenschutzgesetz .....	98
3.2.4	Genetische Diagnostik im Schwangerschaftskonfliktgesetz .....	99
3.2.5	Regelungen zur Kostenübernahme für genetische Untersuchungen durch die gesetzliche Krankenversicherung .....	100
3.2.6	Datenschutzrecht .....	104
3.3	Der internationale Rechtsrahmen .....	109
4	ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN .....	112
4.1	Ausgangspunkte und Unterscheidungen .....	112
4.2	Postnatale Gentests .....	114
4.2.1	Krankheits- und Gesundheitsverständnis .....	114
4.2.2	Selbstbestimmung und Verantwortung .....	119
4.2.3	Gerechtigkeit und Solidarität .....	130
4.2.4	Konsequenzen für einzelne Problembereiche .....	137
4.3	Pränataldiagnostik .....	148
4.3.1	Selbstbestimmung und Fortpflanzungsfreiheit der Schwangeren .....	149
4.3.2	Selbstbestimmung des zukünftigen Kindes .....	161
4.3.3	Gesellschaftliche Implikationen .....	163
5	ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN .....	168
	SONDERVOTUM 1 .....	182
	SONDERVOTUM 2 .....	185
	LITERATURVERZEICHNIS .....	189
	ABKÜRZUNGEN .....	195
	GLOSSAR .....	197

# 1 EINLEITUNG

In den letzten Jahren wurden die Methoden der genetischen Analyse rasant weiterentwickelt. Die neuen Anwendungen sollen die Aufklärung von Krankheitsursachen und Risikoprognosen verbessern und zu neuen Therapieansätzen beitragen. Offen ist allerdings, wie schnell und in welchem Ausmaß sie jeweils Eingang in die klinische Praxis finden. Genetische Befunde können potenziell weitreichende Konsequenzen haben. So hat die aktuelle Diskussion über den nichtinvasiven pränatalen Test zur Feststellung von Trisomie 21 aufgezeigt, dass neue diagnostische Verfahren tiefgreifende gesellschaftliche Fragen zum Beispiel bezüglich der Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung aufwerfen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung den Deutschen Ethikrat beauftragt, eine Stellungnahme zur Zukunft der genetischen Diagnostik zu erarbeiten. Der Ethikrat sieht es im Rahmen dieses Auftrags nicht nur als seine Aufgabe an, Empfehlungen für politische Entscheidungsträger<sup>1</sup> vorzulegen. Er möchte auch die schwierigen und komplexen naturwissenschaftlichen und medizinischen Informationen der neuen Entwicklungen und Methoden der genetischen Diagnostik sowie die sich daraus ergebenden ethischen Fragen darstellen, um die wichtige gesellschaftliche Diskussion und Bewusstseinsbildung zu fördern. Dabei möchte er auch verdeutlichen, dass eine einseitig defizitorientierte Sichtweise auf genetische Variation zu kurz greift. Er unterstreicht, dass die Frage nach der Lebensqualität nicht auf medizinische oder genetische Befunde reduziert werden darf.

---

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

## 2 NATURWISSENSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

### 2.1 Grundbegriffe und Fakten

#### 2.1.1 Genetik und Epigenetik

Die **Genetik** (Vererbungslehre) ist ein Teilgebiet der Biologie und befasst sich mit der Grundlage der Vererbung, also mit der Weitergabe von Erbanlagen entweder an die nächste Generation einzelner Zellen oder an einen neuen Organismus. Die **Epigenetik** befasst sich im Unterschied dazu mit den Mustern der *Aktivität* der Erbanlagen in verschiedenen Geweben und biologischen Situationen sowie den Mechanismen, die diese Aktivität steuern. Der **Genotyp** bezeichnet die Gesamtheit der Erbanlagen bei Betrachtung eines ganzen Organismus oder lokalisiert einzelne Genabschnitte im Genom. Der **Phänotyp** ist das gesamte Erscheinungsbild des Menschen, gekennzeichnet durch anatomische, physiologische, biochemische und psychische Merkmale. Als Phänotyp kann man auch einzelne Eigenschaften (z. B. Augenfarbe) charakterisieren.

Die Erbanlagen eines Menschen sind im Zellkern jeder Körperzelle in Form von 23 Chromosomenpaaren enthalten. 23 Chromosomen stammen vom Vater, 23 von der Mutter. Hinzu kommen wenige Gene, die außerhalb des Zellkerns in den Mitochondrien, den „Kraftwerken“ der Zelle<sup>2</sup>, liegen und sämtlich von der mütterlichen Eizelle stammen. Grundsätzlich besteht ein Chromosom aus einem DNA-Molekül von der Gestalt einer Doppelhelix, die in Proteinmolekülen „verpackt“ ist.

---

2 Mitochondrien sind von einer Doppelmembran umschlossene Strukturen („Organelle“) im Zellplasma. Sie haben wichtige Funktionen für den Energiestoffwechsel der Zelle und besitzen eine eigene Erbsubstanz, die allerdings nur einen Teil der von den Mitochondrien selbst benötigten genetischen Informationen codiert. Die restlichen in Mitochondrien eingesetzten Proteine werden von Genen, die im Zellkern liegen, codiert.

Die Erbinformation liegt als Abfolge von Nukleotid-Bausteinen vor, analog zu einem Text, der ein „Alphabet“ aus nur vier verschiedenen Nukleotid-„Buchstaben“ benutzt.<sup>3</sup> Die gesamte DNA des Menschen umfasst etwa 3,2 Milliarden Buchstaben im einfachen (haploiden) Chromosomensatz<sup>4</sup>, also 6,4 Milliarden Buchstaben im doppelten (diploiden) Satz von 46 Chromosomen. Die Gesamtheit der DNA mit ihrer Abfolge von spezifischen Nukleotidbausteinen wird als **Genom** bezeichnet.

Bei 22 der 23 Chromosomenpaare sind die Sequenzen der beiden jeweils vom Vater und der Mutter stammenden Chromosomen einander fast gleich. Man bezeichnet diesen Chromosomentyp als **Autosomen** und ordnet diese als zueinander „homolog“ zu. Im Mittel weist der Text homologer Chromosomen etwa alle 1.000 Buchstaben eine Abweichung auf. Diese Nukleotidabweichungen sind ein Maß für die genetische Ähnlichkeit zwischen zwei homologen Chromosomen.

Das 23. Chromosomenpaar ist das Geschlechtschromosomenpaar (**Gonosomen**); hier sind das X-Chromosom und das nur beim Mann auftretende Y-Chromosom sehr viel deutlicher voneinander unterschieden. Frauen haben zwei X-Chromosomen, während Männer ein X-Chromosom und ein Y-Chromosom in jeder Körperzelle tragen.<sup>5,6</sup>

- 
- 3 Chemisch definiertes Alphabet, bestehend aus den Buchstaben G, T, A, C – nämlich den strukturell-chemisch unterschiedenen Nukleotid-Bausteinen Guanin, Thymin, Adenin, Cytosin –, im Kettenmolekül zugeordnet. Für die Herstellung eines Proteinmoleküls, das ebenfalls ein Kettenmolekül darstellt, wird der 4-Buchstaben-Text der DNA zunächst in einen 4-Buchstaben-Text der RNA (Alphabet: G, U, A, C) umgeschrieben („Transkription“) und von dort in ein 20-Buchstaben-Alphabet von Proteinbausteinen (Aminosäuren) übertragen („Translation“).
  - 4 In einem Drucktext entspräche das ca. 1,8 Millionen Seiten, etwa 24.000 enzyklopädischen Bänden.
  - 5 Das bedeutet, dass im Gegensatz zum weiblichen Geschlecht das männliche Geschlecht einen erheblichen Anteil des Genoms (nämlich die Information auf dem X-Chromosom) in nur einfacher Ausgabe, nicht als Zweifachkopie, besitzt. Das Y-Chromosom ist klein und enthält zwar wichtige, aber zahlenmäßig geringe Geninformationen. Dies erklärt, dass einige genetische Defekte (im X-Chromosom) fast ausschließlich das männliche Geschlecht betreffen.
  - 6 Die beschriebene Zuordnung von Geschlechtschromosomensatz und biologischem Geschlecht trifft in seltenen Fällen nicht zu. Es gibt auch

Da alle Körperzellen aus der befruchteten Eizelle auf dem Wege der Zellteilung hervorgehen, weisen sie alle das gleiche Genom auf.<sup>7</sup> Man kann also für das Individuum gültige genetische Informationen aus jeder zellkernhaltigen Körperzelle in jedem Stadium der Entwicklung gewinnen.

Vor jeder Teilung einer Körperzelle wird zunächst für jedes der 46 Chromosomen durch Neusynthese der DNA-Stränge eine nahezu exakt buchstabengetreue Kopie hergestellt. Für eine Zellteilung werden die 46 Chromosomen der Zelle somit zunächst verdoppelt. Bei der folgenden Teilung erhält jede Tochterzelle dann einen vollständigen diploiden Chromosomensatz. Vereinzelt kann es beim Kopiervorgang zu Ablesefehlern kommen, die man als **Mutationen** bezeichnet. Geschieht dies bei der Bildung einer Körperzelle, dann spricht man von **somatischer Mutation**. Kommt es bei der Bildung einer Keimzelle (Eizelle oder Samenzelle) zu einer Mutation, dann trägt der gesamte nach einer Befruchtung entstehende Organismus eine **Keimbahnmutation**, die deshalb auch mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent auf seine Nachkommen vererbt werden kann. Die allermeisten Mutationen sind nach derzeitigem Kenntnisstand für das Individuum „neutral“, das heißt ohne Folgen. Einige können sich jedoch als schädlich, andere als nützlich für die Entwicklung des Körpers oder seine Funktionen erweisen. Indem Mutationen an Nachkommen weitergegeben werden, tragen sie als unterschiedliche Genvarianten, bezeichnet als **Allele**, zur genetischen Variabilität in einer Population bei. Das Auftreten verschiedener Allele an einem **Genort** (*Locus*)<sup>8</sup> in einer Population bezeichnet man als **Polymorphismus**.

---

Männer und Frauen, deren biologisches Geschlecht sich aufgrund eines abweichenden Geschlechtschromosomensatzes oder anderer körperlicher Besonderheiten anders begründet, sowie intersexuelle Personen, die sich aufgrund solcher Besonderheiten nicht eindeutig als männlich oder weiblich einordnen (vgl. dazu Deutscher Ethikrat 2012).

7 Mit wenigen Unterschieden, bedingt durch im Laufe des Lebens erworbene „somatische“ Mutationen.

8 Genort: genau lokalisierter Abschnitt in der DNA-Sequenz des Genoms, kann analytisch durch direkte Sequenzierung oder durch Bindung (Hybridisierung)



Dies bedeutet, dass das Genom aller Menschen zwar die gleiche Grundstruktur aufweist, dass jedoch jeder Mensch über eine große Anzahl von individuellen Allelen verfügt. Bei zwei nicht miteinander verwandten Menschen finden sich ca. fünf Millionen Einzelnukleotid-Polymorphismen (*single nucleotide polymorphism*, SNPs)<sup>9</sup> sowie ca. 30.000 sogenannte Kopienzahl-Variationen (*copy number variants*, CNV)<sup>10</sup>. **Insertionen** (Einfügungen) oder **Deletionen** (Entfernungen) von längeren DNA-Abschnitten treten nur gelegentlich auf.

Als **Gen** bezeichnet man einen Abschnitt der DNA, der den **Code**, die „Bauanleitung“ für ein bestimmtes **Genprodukt** (RNA, Protein) enthält. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der Regel der in einem Gen enthaltene Code für ein Genprodukt wiederholt durch nicht codierende DNA-Sequenzen unterbrochen wird. Die codierenden DNA-Abschnitte in einem Gen bezeichnet man als **Exons**, die nicht codierenden als **Introns**. Durch einen komplizierten Mechanismus werden bei der Synthese der Genprodukte die Introns entfernt („gespleißt“). Beim Spleiß-Prozess sind oftmals mehrere verschiedene Kombinationen möglich, die zu unterschiedlichen Genprodukten führen, sodass die tatsächliche Anzahl funktionell unterschiedlicher Genprodukte ein Mehrfaches von der Anzahl der Gene in der DNA-Sequenz betragen kann.

Man schätzt, dass im menschlichen Genom etwa 25.000 Gene vorhanden sind. Sie machen zusammen nur etwa 2 Prozent der gesamten DNA-Sequenz aus. Die Funktion der restlichen 98 Prozent des Genoms, die nicht codierend sind, ist noch nicht endgültig geklärt. Die bisherigen Erkenntnisse aus dem „ENCODE“-Projekt (*ENCyclopedia Of DNA Elements*),

---

an eine spezifische Teilsequenz präzise angesprochen werden (analog zur Stichwortsuche in Texten).

- 9 SNP: Ersetzung eines Nukleotids durch eines der drei möglichen anderen an einer genau definierten Position des Genoms und entsteht meist durch Kopierfehler bei der Synthese von DNA oder bei der Reparatur von DNA-Schäden.
- 10 CNV: individuelle Unterschiede in der Anzahl von Wiederholungen gewisser Sequenzabschnitte an bestimmten Orten im Genom.

das zum Ziel hat, alle funktionellen Elemente des menschlichen Genoms zu charakterisieren, legen nahe, dass ein Anteil von mindestens 80 Prozent der nicht codierenden DNA eine Rolle im komplexen System der Genregulation spielt.<sup>11</sup>

Die **Ribonukleinsäure** (RNA) ist das primäre Ablesungsprodukt der DNA. Ein Teil der entstehenden RNA-Moleküle dient als Zwischenstation für die Proteinsynthese (sogenannte *messenger RNA*, mRNA). Die Nukleotidabfolge der DNA wird zunächst in mRNA und diese dann in die Aminosäureabfolge des Proteins umcodiert. Die meisten RNA-Moleküle werden allerdings nicht als Code für die Proteinsynthese verwendet. Für eine wachsende Anzahl solcher nicht codierenden RNA-Moleküle hat man stattdessen eigenständige Funktionen bei vielen zellulären Prozessen gefunden, die ihnen eine wichtige Rolle bei Entwicklung, Stoffwechsel, Genregulation und Krankheitsentstehung zuweisen.<sup>12</sup>

Die Aktivität des Genoms wird durch **epigenetische Veränderungen** reguliert. Diese beeinflussen die Ablesung der Geninformation, ohne die DNA-Sequenz selbst zu verändern. Ein Hauptmechanismus für epigenetische Veränderungen sind biochemische und strukturelle Modifikationen der DNA und der Histon-Proteine, um die der DNA-Strang gewickelt ist.<sup>13</sup> Auch bestimmte Genprodukte (RNA oder Proteine) können die Ablesbarkeit von Genen dauerhaft beeinflussen. Epigenetische Veränderungen bestimmen so, ob und wann in einer Zelle Gene für die Ablesung zugänglich sind und somit in RNA-Moleküle und Proteine übersetzt werden können.

---

11 Vgl. Ecker et al. 2012; The ENCODE Project Consortium 2012; Thurman et al. 2012; Neph et al. 2012; Gerstein et al. 2012; Djebali et al. 2012. Der früher gebrauchte Ausdruck Junk-DNA („Schrott“-DNA) dürfte für den Großteil der nicht codierenden DNA jedenfalls nicht zutreffend sein.

12 Vgl. Li et al. 2012; Rederstorff/Hüttenhofer 2010.

13 Die chemische epigenetische Veränderung der DNA geschieht überwiegend durch den Prozess der DNA-Methylierung. Hierbei werden Methylgruppen an bestimmte Basen im Genom angefügt. Bei den Histonen werden mitunter einige Aminosäuren verändert, wodurch sich ihre räumliche Struktur verändert. Die Anlagerung von Proteinen an die spezifischen Methylierungsmuster der DNA und die modifizierten Regionen der Histone beeinflusst dann die Zugänglichkeit der betroffenen Genregionen.

Epigenetische Veränderungen beginnen schon in der Embryonalentwicklung und werden bei jeder Zellteilung an die Tochterzellen weitergegeben. Sie können sehr stabil sein und die Genaktivität ein Leben lang oder sogar bis in nachfolgende Generationen beeinflussen. Manche epigenomischen Muster sind hingegen veränderlich und können zum Beispiel durch Ernährungsverhalten, psychische Belastungen oder Umwelteinflüsse verändert werden. Die Gesamtheit der epigenetischen Modifikationen eines bestimmten Zelltyps bezeichnet man als **Epigenom**.<sup>14</sup>

Zur epigenetischen Modifikation kommen weitere Prozesse, welche die Genaktivität kurzfristiger beeinflussen, einschließlich der *Menge* eines Genprodukts, die in einer gegebenen Situation gebildet wird. Dazu gehören die Produkte von Kontrollgenen an anderen Orten (Transkriptionsfaktoren, Repressionsfaktoren)<sup>15</sup> ebenso wie zum Beispiel Stoffwechselprodukte oder Hormone<sup>16</sup>.

Das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren unterliegt ebenfalls einer komplizierten genetisch-epigenetischen Regulation und entscheidet über das aktuelle wirksame **Expressionsprofil**<sup>17</sup> und das dauerhafte **epigenetische Profil** eines bestimmten Zelltyps.

Der Genotyp ist erblich im klassischen Sinne des Begriffs, dass er nämlich von den biologischen Eltern anteilig auf die Nachkommen übertragen wird. Das epigenetische Profil einer Zelle ist hingegen erblich nur in dem eingeschränkten Sinne, dass es bei einer Zellteilung an die Tochterzellen weitergegeben

---

14 Das International Human Epigenome Consortium will 1.000 humane Epigenome nach gemeinsam vereinbarten Standards entschlüsseln, 70 davon im Rahmen des im September 2012 gestarteten, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten „Deutschen Epigenom-Programms“ (DEEP). Ziel ist, eine komplette Karte mit allen Steuerungsmechanismen des menschlichen Genoms zu erarbeiten.

15 DNA-bindende regulatorische Proteine, die die Umwandlung eines Gens in seine Genprodukte befördern (Transkriptionsfaktoren) beziehungsweise verhindern (Repressionsfaktoren).

16 Botenstoff im Stoffwechsel.

17 Gesamtheit der tatsächlich in Genprodukte übersetzten (aktiven) Gene in einer Zelle zu einem definierten Zeitpunkt.

wird. Bei der Bildung von Keimzellen findet eine „Reprogrammierung“ des epigenetischen Profils auf einen Anfangszustand statt. Welche epigenetischen Merkmale auf die nächste Generation übergehen, ist gegenwärtig Gegenstand der Forschung.<sup>18</sup>

### 2.1.2 Diagnostische, prognostische und prädiktive genetische Analyse

Eine genetische Analyse hat die Aufklärung der genetischen Struktur eines Objekts (Zelle, Gewebe, Organismus) zum Ziel. Sie ermittelt insbesondere

- » die Anzahl und mikroskopische Struktur der Chromosomen (zytogenetische Analyse) oder
- » die molekulare Feinstruktur (Sequenz) der DNA oder
- » die molekulare Feinstruktur (Sequenz) von Genprodukten (RNA, Protein).

Erst die Ermittlung von Details der Nukleotidsequenz einer RNA oder der Aminosäuresequenz eines Proteins ist eine molekulargenetische Analyse. Die in zahlreichen biochemischen Laboruntersuchungen vorgenommene Ermittlung der vorhandenen Menge eines Proteins ist hingegen noch keine genetische Analyse.

Die genetische Analyse kann sich auf Fragen von sehr unterschiedlichem Umfang und Inhalt beziehen. Sie kann einzelne, genau definierte Genorte untersuchen. Sie kann aber auch verschiedene **genomweite Ansätze** mit jeweils unterschiedlichen Datenmengen verfolgen. Eine eher punktuelle genomweite

---

<sup>18</sup> Die Ernährung der Eltern beispielsweise kann nach derzeitigem Stand der Forschung epigenetische Spuren in den Keimzellen der Eltern beziehungsweise in den Körper- und Keimzellen eines sich entwickelnden Kindes während der Schwangerschaft hinterlassen, sodass die Auswirkungen dieser vererbten Genaktivität noch in der Enkelgeneration die Gesundheit beeinflussen können (vgl. Alam et al. 2012; Ferguson-Smith/Patti 2011).

Analyse kann zum Beispiel das individuelle Spektrum von Polymorphismen (meist SNPs oder SNP-Haplotypen<sup>19</sup>) eines Genoms ermitteln. Im Rahmen der **Exomsequenzierung** werden alle für Proteinmoleküle codierenden Genabschnitte vollständig erfasst. Die **Gesamtgenomsequenzierung** hat die Untersuchung der Gesamtheit der Nukleotidsequenzen in allen 23 Chromosomenpaaren zum Ziel.

Das Ergebnis einer genetischen Analyse erhält erst durch das Wissen um seine phänotypische Bedeutung Aussagekraft für das untersuchte Individuum oder die untersuchte Gruppe. Eine genetische Analyse kann zu **nicht medizinischen oder medizinischen Zwecken** durchgeführt werden. Für den nicht medizinischen Bereich gibt es neben wissenschaftlichen Zwecken (wie z. B. anthropologischen Studien) insbesondere im kommerziellen Bereich in Form von **Direct-to-Consumer-Tests** (vgl. Abschnitt 2.5.7) zahlreiche Angebote, beispielsweise Abstammungsanalysen oder Untersuchungen zur Ermittlung von für die Lebensführung relevanten genetischen Faktoren, die zum Beispiel mit bestimmten Fähigkeiten wie Nahrungsverwertung oder sportlichem Talent assoziiert sind.

Im klinisch-medizinischen Bereich zielt die Analyse hingegen unmittelbar auf eine **Diagnostik**, etwa wenn bei einer ärztlichen Konsultation für einen Menschen eine konkrete Frage nach dem Vorliegen einer vererbten oder erworbenen genetischen Abweichung entsteht. Man untersucht dazu entweder das Chromosomenspektrum oder die Buchstabenfolge an einem oder mehreren Genorten. In einer **Panel-Diagnostik** können alle Genorte, die für eine bestimmte Diagnose relevant sein können, gleichzeitig untersucht werden. Genetische Analysen zu medizinischen Zwecken können sich auch auf die Feststellung von Genvarianten in Genen richten, die für die

---

19 Haplotypen: definierte Varianten definierter Sequenzabschnitte kurzer oder mittlerer Länge an einer bestimmten Stelle eines bestimmten Chromosoms, die in der Regel unverändert vererbt werden. Sie können durch bestimmte SNP-Muster auf ein und demselben Chromosom identifiziert und charakterisiert werden.

Wirkung oder den Abbau von Medikamenten zuständig sind (Pharmakogenetik). Bei der Krebsdiagnostik richten sie sich auf ererbte oder erworbene Veränderungen in Genen, deren Varianten sich krebsfördernd (Onkogene) oder krebshemmend (Tumorsuppressorgene) auswirken können.

**Prognostische genetische Diagnostik** hat bei gegebener Diagnose einer Krankheit eine Vorhersage über den zu erwartenden weiteren Krankheitsverlauf zum Ziel. Von besonderer Bedeutung kann hier die Charakterisierung der Genexpression in bestimmten Geweben sein (**epigenetische Analyse**). Speziell im Tumorgewebe lassen sich in manchen Fällen so die Therapieempfindlichkeit und der vermutliche weitere Verlauf des Krebswachstums prognostizieren.<sup>20</sup>

Bei **prädiktiver Diagnostik** liegt im Unterschied zu den vorherigen Anlässen noch kein relevanter Phänotyp, also weder eine manifeste Krankheit noch eine Funktionseinschränkung, vor. Die genetische Untersuchung hat vielmehr eine **Voraussage** zum Ziel, nämlich ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit und unter welchen sonstigen Bedingungen bei einer Person ein bestimmter Phänotyp entstehen könnte.

## **2.2 Genetische Einflüsse auf Gesundheit und Lebensgestaltung**

### **2.2.1 Einleitung**

Gene beeinflussen den Organismus durch die Muster und das Ausmaß, in denen die in ihnen enthaltene Information in verschiedenen Zellen abgelesen, das heißt in Genprodukte (RNA- und Proteinmoleküle) umgesetzt wird. Sie liefern Baupläne für die strukturellen und funktionellen Elemente des Organismus. Die Umsetzung dieser Baupläne bildet in der Gesamtheit der genetischen und epigenetischen Prozesse eines Organismus

---

<sup>20</sup> Vgl. Hoheisel 2012.

ein komplexes Netzwerk von Wechselwirkungen, die in einem relativ stabilen Gleichgewicht des Organismus ablaufen. In Abhängigkeit von Geschlecht, Lebensalter, Ernährung, Psyche, Lebensweise und äußeren Bedingungen, aber auch von genetischen Varianten, gibt es eine Vielzahl von möglichen unterschiedlichen Gleichgewichtszuständen. Ein Teil dieser Gleichgewichtszustände wird vom Individuum oder seiner Umgebung jedoch als Abweichung vom „Normalen“, gegebenenfalls als Störung, als Krankheit oder als Behinderung erlebt.

Das Vorhandensein einer einzelnen bestimmten Genvariante (Genotyp) und eines speziellen Merkmals im Phänotyp eines Individuums ist zunächst nichts weiter als ein Zusammentreffen, eine **Koinzidenz**. Findet sie sich statistisch gehäuft bei zahlreichen Individuen einer Bevölkerungsgruppe, dann spricht man von **Assoziation**. Diese kann rein zufällig auftreten. Auf eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen dem bestimmten Genmerkmal und dem speziellen Körpermerkmal kann man nur schließen, wenn es eine zusätzliche (etwa molekular- oder zellbiologische) Evidenz gibt.

In manchen Fällen ist ein bestimmter Genotyp die alleinige direkte („monogene“) Ursache für einen veränderten Phänotyp, beispielsweise dann, wenn der Phänotyp durch eine Funktionseinschränkung eines durch das zugehörige Gen codierten Proteins bedingt ist. Ein Beispiel hierfür sind Defekte im Beta-Globin-Gen, die dazu führen, dass im Körper ein Mangel an funktionsfähigem Hämoglobin entsteht, das für den Sauerstofftransport im Blut zuständig ist. Eine betroffene Person leidet an der Krankheit Beta-Thalassämie.

In anderen Fällen besteht ein komplexes Ursachengefüge, an dem auch Genvarianten beteiligt, jedoch nicht alleinige Ursache sind. So erhöht die ApoE4-Variante des Gens, das den Bauplan für das Fettstoffwechselprotein Apolipoprotein E codiert, das Risiko, an Alzheimer-Demenz zu erkranken, führt jedoch nicht unweigerlich zum Ausbruch der Krankheit. Träger einer Kopie dieser Genvariante haben ein ungefähr verdoppeltes, Träger von zwei Kopien ein bis zu zehnfach höheres

Erkrankungsrisiko, aber viele Träger erkranken nie. Viele bekannte Faktoren – andere Genvarianten, ethnische Zugehörigkeit oder Geschlecht und vermutlich eine große Anzahl weiterer unbekannter Faktoren – beeinflussen das Erkrankungsrisiko, sodass derzeit von Fachleuten nicht empfohlen wird, aufgrund des ApoE-Genotyps eine Vorhersage über ein individuelles Risiko zu treffen.<sup>21</sup>

Durch den Vergleich der Befunde vieler Probanden kann zwar bei starker Assoziation der Merkmale auch ohne direkte Kenntnis der molekularen Wirkkette eine diagnostisch verwertbare Aussage aufgrund statistischer Wahrscheinlichkeit getroffen werden. So weiß man beispielsweise bis heute nicht genau, wie die ApoE4-Variante das Alzheimer-Risiko beeinflusst. Die stärkste Form der Assoziation liegt dann vor, wenn, wie im Fall der Beta-Thalassämie, biologische Plausibilität und statistische Assoziation von Genotyp und Phänotyp zusammentreffen.

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, wie genetische Faktoren für den Phänotyp besonders relevant werden können. Es können einerseits spontane und seltene Veränderungen von Genen vorliegen, deren funktionelle Konsequenzen einen Organismus erheblich vom Durchschnitt abheben und einen Gleichgewichtszustand innerhalb des Normalbereichs unmöglich machen. Andererseits können sich Verhaltensweisen oder Umweltbedingungen so stark ändern, dass ein eigentlich genetisch „normal“ ausgestatteter Organismus unter diesen Bedingungen nicht mehr normal funktionieren kann.

Für die erstgenannte Möglichkeit sind Mutationen an strukturell wichtigen Genen ursächlich, die dazu führen, dass essenzielle Proteine gar nicht oder nur in schadhafter Form produziert werden, wie das oben beschriebene Beispiel der Beta-Thalassämie zeigt. Der Körper kann dann ungeachtet der Umweltbedingungen nicht normal funktionieren.

---

21 Vgl. Goldman et al. 2011.



Typisch für die zweitgenannte Möglichkeit sind die sogenannten Zivilisationskrankheiten. Hier geht die Evolutionsmedizin davon aus, dass die genetische und physische Konstitution vieler Menschen hervorragend an die vorzivilisatorischen Umweltbedingungen angepasst war, jedoch nicht mehr an die Bedingungen moderner städtischer Lebensweise. Die erst seit wenigen Jahrzehnten mögliche industrielle Herstellung hoch raffinierter Mehl- und Zuckerprodukte hat zum Beispiel die Zusammensetzung von Lebensmitteln so stark verändert, dass genetische Regelkreise, die sich im Verlauf der menschlichen Evolution an ein ganz anderes Nahrungsmittelangebot angepasst hatten, nicht mehr störungsfrei funktionieren. Genvarianten etwa, die die effektive Speicherung von Nahrungszucker in Form von Fettgewebe als Energiereserve befördern, dürften zu Zeiten, in denen es Süßes nur während einer kurzen Erntezeit in Form von Früchten im Überfluss gab, ein natürlicher Überlebensvorteil gewesen sein. Angesichts der in der Zivilisationsgesellschaft möglichen ständigen Verfügbarkeit süßer Speisen kann eine solche Zuckerverwertung hingegen zum zivilisatorischen Risiko werden, wenn sie zu Fettleibigkeit und einem gestörten Insulinstoffwechsel<sup>22</sup> beiträgt. Der Einfluss genetischer Variation auf die Gesundheit kann daher häufig nur im Kontext der jeweiligen Umweltbedingungen beurteilt werden.<sup>23</sup>

### **2.2.2 Monogen verursachte Entwicklungsstörungen, Erkrankungen und Behinderungen**

Unter einer **monogenen** Krankheitsanlage versteht man eine Mutation, die in einem einzelnen Gen lokalisiert ist und die beim Träger mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer genetisch

---

22 In der Bauchspeicheldrüse produziertes Hormon, das den Blutzuckerspiegel reguliert.

23 Vgl. Eaton/Konner/Shostak 1988.

bedingten Entwicklungsstörung, Erkrankung oder Behinderung führen kann.

Solche Mutationen können unterschiedlichen Erbgängen folgen. Beim **rezessiven Erbgang**<sup>24</sup> trägt jeder Elternteil eine Mutation in einem der beiden homologen Chromosomen, ist aber selbst nicht erkrankt, weil er auf dem anderen homologen Chromosom eine nicht betroffene Kopie der Erbanlage trägt, deren Funktion ausreicht, um die Mutation zu kompensieren. Die Eltern sind damit **heterozygote Träger** der Mutation. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 25 Prozent erbt ein Kind von beiden Eltern jeweils dasjenige Chromosom, das die krankheitsverursachende Mutation trägt. Dieser Sachverhalt erklärt auch, weshalb rezessive Erkrankungen häufiger auftreten, wenn die Eltern nahe miteinander verwandt sind, da beide Verwandten mit größerer Wahrscheinlichkeit Überträger des gleichen mutierten Gens sein können.

Beim **dominanten Erbgang**<sup>25</sup> zeigt sich das Merkmal bereits dann, wenn eines der beiden homologen Chromosomen eines Individuums die Mutation trägt, sodass in der Regel auch mindestens ein Elternteil bereits von der Krankheit betroffen ist und die Mutation mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent auf das Kind übergeht.

Beim **X-chromosomalen (geschlechtsgebundenen) Erbgang** erbt das Kind das mutierte X-Chromosom von der Mutter (Wahrscheinlichkeit 50 Prozent). Deren zweites, nicht mutiertes Chromosom stellt die reguläre Genfunktion sicher. Bei einem Sohn fehlt eine solche Kompensationsmöglichkeit, weil er kein zweites X-Chromosom, sondern stattdessen ein Y-Chromosom geerbt hat. Eine Tochter hingegen hat in der Regel vom Vater ein nicht mutiertes X-Chromosom geerbt und ist deshalb nur Überträgerin der Krankheitsanlage und nicht selbst betroffen.

---

24 Rezessiv hier = bei den Eltern verborgen.

25 Dominant hier = von einer Generation auf die nächste „durchschlagend“.

Sowohl rezessive als auch X-chromosomal vererbte Krankheiten sind häufig in ihrer Symptomatik sehr schwerwiegend und nicht wirksam therapierbar. Sie verlaufen zudem oft bereits im Kindes- oder Jugendalter tödlich. Von den dominanten Erbkrankheiten hingegen werden manche erst in späteren Lebensjahren klinisch manifest (z. B. Huntington-Krankheit, adulte Form der myotonen Dystrophie).

Im Prinzip können erbliche Mutationen in jedem Gen als zufälliger Kopierfehler bei der Neusynthese der DNA für die Bildung einer Ei- oder Samenzelle entstehen. Bisher sind bereits über dreieinhalbtausend Genmutationen näher charakterisiert worden, die an der Entstehung von Phänotypen, speziell Krankheiten, ursächlich beteiligt sind. Für eine ähnliche Zahl von Phänotypen wird eine solche Verursachung zumindest vermutet.<sup>26</sup> Mit einem weiteren Anstieg der Anzahl aufgeklärter Assoziationen zwischen Genmutation und Krankheit ist zu rechnen. Die meisten Genmutationen finden sich allerdings nur in einzelnen Familien und sind daher in der Statistik für die gesamte Bevölkerung nur in sehr geringer Häufigkeit vertreten. Unter den monogenen Störungen sind die rezessiv vererbten deutlich häufiger als die dominanten. Monogene Störungen treten in Europa ca. zwölfmal unter 1.000 Geburten auf. Insgesamt sind monogene Abweichungen mit Krankheitswert etwa drei- bis viermal häufiger als Chromosomenstörungen. Es gibt Schätzungen, dass jeder Mensch im Mittel ein heterozygoter Träger für vier bis fünf krankheitsverursachende Mutationen ist.

Existieren mehrere genetische Faktoren (z. B. Mutationen), die unabhängig voneinander ein bestimmtes Merkmal (z. B. Krankheit) verursachen können, dann spricht man von **Heterogenität**. Finden sich bei verschiedenen Individuen unterschiedliche Mutationen („Allele“) in einem bestimmten

---

<sup>26</sup> Abruf der Statistik der OMIM-Datenbank (*Online Mendelian Inheritance in Man*) am 4. März 2013: 3.730 Phänotypen, deren molekulare Grundlage bekannt ist. Online im Internet: <http://omim.org/statistics/entry> [4.3.2013].

Genort der beiden homologen Chromosomen, dann spricht man von **allelischer Heterogenität**. Ein Beispiel ist das CFTR-Gen.<sup>27</sup> Es wurden bereits mehr als eintausend verschiedene Mutationen beschrieben, die bei verschiedenen Individuen das gleiche Krankheitsbild der Mukoviszidose (zystischen Fibrose) verursachen können, mit je nach vorliegender Mutation unterschiedlichem Schweregrad des Verlaufs. Allelische Heterogenität<sup>28</sup> ist bei monogenen genetischen Defekten sehr häufig.<sup>29</sup>

Von **Locus-Heterogenität** spricht man, wenn ein gleicher (oder ähnlicher) Phänotyp durch Mutationen auf verschiedenen Genorten verursacht oder mit verursacht sein kann. Ein Beispiel ist die *Retinitis pigmentosa*, eine erbliche Augenkrankheit<sup>30</sup>, bei der Mutationen auf verschiedensten Genorten, zum Teil mit unterschiedlichem Erbgang, verantwortlich gemacht werden.

In vielen Fällen erlaubt die Kenntnis einer einzelnen Genveränderung sogar bei als monogen klassifizierten Störungen nicht den eindeutigen Rückschluss auf das Auftreten oder die Ausprägung von Symptomen. Einige mögliche Gründe werden nachfolgend aufgeführt:

**Verminderte Penetranz** besteht, wenn ein genetisch verursachter Phänotyp sich bei einigen Trägern der Mutation deutlich, bei anderen (oft nahe verwandten) Trägern hingegen nur abgeschwächt oder gar nicht ausprägt. Beispiele für verminderte Penetranz sind die sogenannten Brustkrebs-Gene BRCA1 und BRCA2. Ein Teil der Trägerinnen entwickelt im Laufe des Lebens Brust- oder Eierstockkrebs (50 bis 80 Prozent je nach Mutation), der andere Teil nicht. Bislang kann man

---

27 CFTR = Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator.

28 Bezeichnung für unterschiedliche Mutationen (Allele) in einem bestimmten Genort, die zu ähnlichen oder identischen Phänotypen führen.

29 Deshalb benötigt man bei vielen Phänotypen DNA-Chips, die zahlreiche unterschiedliche Mutationen identifizieren und trotzdem zu falsch negativen Befunden führen können, wenn eine bisher noch nicht beschriebene Mutation vorliegt.

30 Erkrankung der Netzhaut, die zu Nachtblindheit, grauem Star und anderen Sehbehinderungen führt.

nicht vorhersagen, zu welcher Gruppe eine betroffene Frau gehört.

Von **variabler Expressivität**<sup>31</sup> spricht man, wenn zwar alle Träger eines Genotyps den Phänotyp aufweisen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung, sodass der Schweregrad der Krankheit variiert (z. B. milde vs. schwere Form des Marfan-Syndroms<sup>32</sup>). Die variable Expressivität von Genen kann auf epigenetische Veränderungen zurückzuführen sein (vgl. Abschnitt 2.1.1).

In Fällen variabler Penetranz und Expressivität eines monogen verursachten Defekts ist es auch möglich, dass die Ausprägung des Phänotyps noch von Allelen an anderen Genorten abhängt, die noch nicht charakterisiert worden sind. Ist ein ursächliches Zusammenspiel mit anderen Genorten hingegen bekannt, spricht man auch von einer **oligogen** verursachten Störung.<sup>33</sup> Dabei wird eine – häufig zunächst als monogen eingestufte – Behinderung oder Krankheit in manchen Fällen erst dann ausgelöst, wenn zwei Gene gleichzeitig betroffen sind. So kann die bereits genannte Augenkrankheit Retinitis pigmentosa beispielsweise nicht nur von verschiedenen Einzelmutationen ausgelöst werden, sondern auch von Kombinationen aus zwei<sup>34</sup> oder drei<sup>35</sup> Genmutationen.

Damit bestehen fließende Übergänge zwischen monogen und multifaktoriell bedingten Phänotypen.

Zahlreiche monogene Defekte prägen sich bereits vorgeburtlich oder in der frühen Kindheit als Syndrome aus, die durch ein sehr variables Bild von leichten bis schweren Fehlbildungen verschiedener Organe einschließlich der Haut, des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparates und des Nervensystems gekennzeichnet sind. In nur wenigen Fällen

---

31 Expressivität: Ausprägungsstärke eines Phänotyps bei gleichem Genotyp.

32 Marfan-Syndrom: vererbte fehlerhafte Struktur der Bindegewebe des Körpers, mit je nach Fall geringfügigen bis schweren Symptomen der Stabilität von Körperorganen.

33 Vgl. Badano/Katsanis 2002.

34 Vgl. Kajiwara/Berson/Dryja 1994.

35 Vgl. Katsanis 2004.

ist dieses Symptombild so typisch, dass man bereits klinisch auf einige wenige oder ein einziges infrage kommendes Gen als Ursache schließen kann (z. B. Glasknochenkrankheit). In den meisten Fällen können die verschiedensten Genorte für ein Syndrom monogen oder in Verbindung mit einem oder wenigen anderen Genen verantwortlich sein.

Die genaue Aufklärung des genetischen Status solcher Patienten mag in vielen Fällen keine spezifischen Heilungschancen eröffnen, ist aber als genaue Diagnose für die Betroffenen und ihre Umgebung für einen selbstbestimmten Umgang mit den resultierenden Beschwerden und Behinderungen von Nutzen. Vereinigungen von Betroffenen können sich darüber hinaus organisieren, um einander bei der Bewältigung der krankheitsbezogenen Probleme zu beraten und zu helfen. In einer solchen Selbsthilfe liegt ein Nutzen einer genauen diagnostischen Aufklärung auch dann, wenn keine ursachenorientierte Therapie verfügbar ist.

### **2.2.3 Multifaktoriell bedingte Störungen und Erkrankungen**

Im Unterschied zu der oben beschriebenen Verursachung von Krankheiten durch einzelne oder wenige Gene sind bei der Entstehung von Volks- und Zivilisationskrankheiten neben der genetischen Konstitution eines Menschen eine Vielzahl weiterer Faktoren (z. B. Umwelteinflüsse, Ernährungs- und Lebensstil, Medikamentenwirkung) ursächlich beteiligt. Zu dieser Gruppe gehören unter anderem Arteriosklerose, Herzinfarkt, Adipositas (Fettleibigkeit), Diabetes Typ 2, einige Krebsformen (insbesondere von Lunge, Darm, Brustdrüse), ferner Bluthochdruck und metabolisches Syndrom, bipolare Gemütsstörung<sup>36</sup> sowie gewisse Allergien und

---

<sup>36</sup> Multifaktoriell bedingte psychische Störung, bei der die Stimmung der Betroffenen zwischen Manie und Depression wechselt.

Hautkrankheiten. Im Unterschied zu monogenen Krankheiten ist die Genkonstellation sehr viel komplexer strukturiert. Das Gleiche gilt für die damit zusammenhängenden komplexen Phänotypen. Zwischen dem komplexen Genotyp und dem komplexen Phänotyp besteht zudem ein ebenfalls komplexer Wirkungszusammenhang, der nicht einfach in der Addition der beteiligten Faktoren besteht, sondern in einer nicht linearen Wechselwirkung.

Bei den multifaktoriell verursachten Krankheiten ist es nicht zweckmäßig, genetische Abweichungen durchgehend als (potenziell schädliche) Mutationen anzusprechen. Oft handelt es sich vielmehr um in der Bevölkerung weit verbreitete Polymorphismen. Ihr möglicher Einfluss auf Krankheit und Gesundheit ergibt sich erst im komplexen Zusammenhang mit anderen genetischen, epigenetischen und Umweltfaktoren.

Erfasst man die an zwei, mehreren oder zahlreichen Genorten vorhandenen Genvarianten als kombinierten Genotyp, so wird von **polygener** genetischer Konstellation gesprochen, die als Ursache für komplexe Phänotypen infrage kommt. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer Kombination von Genmerkmalen, die unabhängig voneinander wirken, und einem komplexen Genotyp, bei dem sich die vorhandenen Genvarianten in ihren Auswirkungen auf den Phänotyp gegenseitig durch Verstärkung, Abschwächung oder Aktivitätskontrolle beeinflussen.

## 2.2.4 Chromosomenstörungen

Chromosomenstörungen führen häufig schon beim Ungebornen zu schweren Schäden. Man unterscheidet zwischen numerischen und strukturellen Chromosomenstörungen. Eine **numerische Chromosomenstörung** (Aneuploidie) liegt vor, wenn für ein bestimmtes Chromosom im Genom mehr als zwei Kopien (Polysomie, z. B. Trisomie 21) oder nur eine Kopie (Monosomie) vorliegen. Es handelt sich um Störungen, die

zumeist spontan während der Bildung der Geschlechtszellen aus deren Vorläuferzellen durch Störungen bei der Verteilung der Chromosomen entstehen.<sup>37</sup> Alle autosomalen Monosomien und die meisten Polysomien sind letal, das heißt, sie führen zu Fehlgeburten oder zum Tod sehr bald nach der Geburt. Einige autosomale Aneuploidien beeinträchtigen die Lebensfähigkeit nicht so stark.<sup>38</sup> Trisomie 21 (Down-Syndrom) ist die bei Neugeborenen häufigste Chromosomenstörung dieser Art. Sie führt zu einer verlangsamten Entwicklung, geht meist mit geistigen Beeinträchtigungen einher und kann mit leichten bis schweren körperlichen Fehlbildungen insbesondere an Herz, Lunge und Magen-Darm-Trakt verbunden sein. Heutzutage liegt die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom aufgrund einer optimierten Therapie und sozialer Einbindung bei fast 60 Jahren.<sup>39</sup>

---

37 Chromosomenstörungen gehören zu den „genetischen Eigenschaften“ im Verständnis des Gendiagnostikgesetzes (§ 3 Nr. 4). Sie sind auch „ererbte“ im Sinne der Nr. 4, denn sie entstehen vor der Befruchtung. „Vererbt“ im Sinne der Genetik kann eine Chromosomenstörung sein, wenn bei einem Elternteil in allen Körperzellen eine balancierte Translokation oder eine Trisomie vorliegt und die sich bildende Geschlechtszelle keinen normalen Chromosomensatz erhält. Weit häufiger sind allerdings spontan bei der Reifungsteilung zur Keimzelle entstehende fehlerhafte Chromosomensätze. Ein hoher Prozentsatz aller Samenzellen ist aneuploid. Bei Eizellen ist die Aneuploidie-Rate im unteren einstelligen Prozentbereich, nimmt aber mit steigendem Alter der Frau deutlich zu.

38 Trisomie 13 und 18 kann mit einer mehrjährigen Lebensdauer vereinbar sein. Das Gleiche kann für weitere autosomale Polysomien und Monosomien gelten, wenn nur ein Teil des Chromosoms betroffen ist (partielle Aneuploidie) und/oder wenn die Aneuploidie erst während der Embryonalentwicklung in einer Zelle auftritt und somit nur an einen Teil der Körperzellen vererbt wird (genetisches Mosaik). Menschen mit Pallister-Killian-Syndrom zum Beispiel haben ein Tetrasomie-12p-Mosaik; sie tragen in einem Teil ihrer Körperzellen den kurzen Arm (p) von Chromosom 12 vierfach. Die Lebenserwartung und Gesundheit von Menschen mit solchen eingeschränkten Aneuploidien hängt vom Ausmaß der betroffenen Zellen beziehungsweise der überzähligen oder fehlenden Chromosomenteile ab.

39 Vgl. Glasson et al. 2002.



Einige Aneuploidien der Geschlechtschromosomen (z. B. Klinefelter-Syndrom<sup>40</sup>, Turner-Syndrom<sup>41</sup>) sind nicht letal und in der Bevölkerung bei milderer Ausprägung von Symptomen häufiger als autosomale Aneuploidien.

**Strukturelle Chromosomenstörungen** liegen meist als Translokation vor. Dies bedeutet, dass bestimmte Abschnitte eines Chromosoms sich in einem anderen Bereich dieses Chromosoms befinden als bei der ganz überwiegenden Mehrheit der Population, in einigen Fällen sogar auf einem anderen Chromosom. Solche Anomalien können „balanciert“ sein; das bedeutet, dass die Gesamtmenge des Erbgutes nicht verändert ist, sondern lediglich einige Abschnitte umgelagert sind. Träger solcher Translokationen (Populationshäufigkeit ca. 1:500) sind selbst unauffällig, aber es besteht für ihre Kinder die Gefahr, dass bei der Reifung der Keimzellen ein unbalancierter chromosomaler Status mit Vermehrung oder Reduktion des genetischen Materials entsteht, der meist mit mehrfachen und oft schweren Fehlbildungen sowie erheblichen Störungen des zentralen Nervensystems verbunden ist. Solche Störungen sind meist letal und können die Ursache mehrfacher spontaner Aborte sein.

## 2.2.5 Genetische Einflüsse mit Relevanz für die Lebensführung

Neben den oben beschriebenen Zusammenhängen zwischen Genotyp und gesundheitlichen Störungen gibt es auch zunehmend Erkenntnisse zu genetischen Faktoren, deren Relevanz sich auf die Lebensweise bezieht, ohne unmittelbare Relevanz

---

40 Numerische Chromosomenstörung der Geschlechtschromosomen, die ausschließlich Männer betrifft, die neben dem Y-Chromosom zwei X-Chromosomen tragen.

41 Monosomie X; Erkrankung aufgrund einer gonosomalen Monosomie, bei der nur ein X-Chromosom vorliegt; führt neben Unfruchtbarkeit zu Kleinwüchsigkeit und Störungen von Organsystemen.

für Krankheiten oder gesundheitliche Störungen (Lifestyle-Tests). Hier gibt es bereits Testangebote, die beispielsweise die Aufklärung individueller genetischer Komponenten für die Neigung zu Nikotin-, Koffein- und Alkoholabhängigkeit, für die Disposition zu erhöhter Risikobereitschaft, die individuelle Tendenz zu Sommersprossen- oder Glatzenbildung<sup>42</sup>, eine Disposition zu Beibtheit, das Talent für bestimmte Sportarten oder intellektuelle Sonderbegabungen<sup>43</sup> und sogar die Partnerwahl<sup>44</sup> zum Ziel haben.

Während die genannten Beispiele mitunter reinen Kuriositätenwert haben und häufig wissenschaftlich nur dürftig, zum Beispiel auf Grundlage einzelner kleinerer Studien fundiert sind, gibt es auch Bemühungen, Erkenntnisse über genetische Einflüsse in Bereichen zu nutzen, die von nachhaltiger Relevanz für Lebensführung, Wohlbefinden und – zumindest indirekt – auch Gesundheit sein können. Beispielhaft sei hier das Stichwort Nutrigenomik genannt, unter dem Bemühungen zusammengefasst werden, den Einfluss genetischer Faktoren auf die Verwertung von Nahrungsmitteln zu verstehen.<sup>45</sup> Auch hier gibt es bereits kommerzielle Angebote, die auf Grundlage des individuellen genetischen Profils beispielsweise Ernährungs- oder Sportempfehlungen aussprechen, etwa um individualisierte Gewichtsreduktionsstrategien zu begründen.<sup>46</sup> Hierbei ist zu bedenken, dass genetische Einflüsse auf solche für die Lebensführung relevanten komplexen Aspekte immer in einem ebenfalls sehr komplexen Zusammenhang mit epigenetischen Faktoren sowie mit den Umwelt- und Lebensbedingungen der Person wirken. Es ist somit bislang unklar, wie

---

42 Hier beispielhaft das Angebot eines „Lifestyle-Genetest-Packs“. Online im Internet: <http://www.genetest-deutschland.de/factoid> [4.3.2012].

43 Vgl. online im Internet: <https://www.23andme.com/health/Measures-of-Intelligence> [4.3.2013]. Die Firma kommuniziert hier aufgrund einer Studie den möglichen genetischen Einfluss einer einzelnen Genvariante auf bis zu sechs Punkte im Intelligenzquotienten (vgl. Gosso et al. 2006).

44 Vgl. online im Internet: <http://www.genepartner.com> [19.2.2013].

45 Vgl. Nielsen/El-Soheemy 2012.

46 Vgl. zum Beispiel online im Internet: <http://www.cogap.de> [13.2.2013].

aussagekräftig die ermittelten Daten sind und welche Relevanz sie für die Lebensführung besitzen.<sup>47</sup>

Die Grenze zwischen genetischer Beeinflussung der Lebensführung und Gesundheit ist mitunter schwer zu ziehen, wie das Beispiel der Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS) illustriert. Von der LRS sind ca. 5 Prozent der schulpflichtigen Kinder betroffen. An ihrer Entstehung sind nach derzeitigem Forschungsstand genetische Abweichungen in deutlichem Ausmaß beteiligt. In einem Forschungsprojekt wird derzeit an der Entwicklung eines Gentests für Vorschulkinder gearbeitet, der zusammen mit einer spezifischen Messung von Hirnaktivitäten eine Risikoabschätzung für die Ausbildung dieses Merkmals ermöglichen soll. Durch eine möglichst frühzeitige Ermittlung von Risikoträgern würde die Chance eröffnet, schon im 3. Lebensjahr Maßnahmen gegen die Ausbildung der LRS zu ergreifen.<sup>48</sup> LRS umfasst nach Definition der Weltgesundheitsorganisation „Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“.<sup>49</sup> Dieser Störungsbegriff ist nicht identisch mit dem Krankheitsbegriff der Medizin.

## **2.3 Neue Entwicklungen von Methoden der genetischen Diagnostik**

### **2.3.1 Prinzipien der molekulargenetischen Analyse**

Methoden der molekulargenetischen Analyse ermöglichen die direkte Untersuchung von DNA-Sequenzen nach Isolierung von Genmaterial aus einer Gewebeprobe. Seit den 1980er-Jahren dominieren in zahlreichen methodischen Varianten zwei Prinzipien der genetischen Analyse beim

---

47 Vgl. de Roos 2013.

48 Vgl. online im Internet: <http://www.legascreen.de/projektziel.html> [30.10.2012]; Grimm 2011.

49 Online im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f8o-f89.htm> [6.2.2013].

Menschen: Oligonukleotid-Hybridisierung und Polymerase-Kettenreaktion.

**Oligonukleotid-Hybridisierung:** Dieses Verfahren ermöglicht in einer Zell- oder Gewebeprobe den Nachweis eines in seiner Sequenz *bekannt*en kurzen DNA-Bruchstücks (sogenanntes Oligonukleotid, mit einer Länge von bis zu etwa 100 Basenpaaren). Die Hybridisierungstechnik bildet die Grundlage von DNA-Microarrays, bei denen geringste Mengen spezifischer DNA als Markierung (Reporter) auf Trägeroberflächen (Chips) aufgetragen werden, um spezifische komplementäre DNA-Sequenzen durch Bindung (Hybridisierung) und Markierung zu identifizieren.<sup>50</sup> So kann man eine große Anzahl von verschiedenen Genen oder Genvarianten aus einer individuellen Probe einer Feinanalyse unterziehen. Das Verfahren kann auch zum Nachweis von mRNA, nicht codierender RNA und anderen RNA-Proben eingesetzt werden, um die Expression von DNA zu erfassen. Hierzu wird die jeweils nachzuweisende RNA meist zunächst mittels des Enzyms Reverse Transkriptase in cDNA<sup>51</sup> „umgeschrieben“ und als DNA nachgewiesen.

**Die PCR-basierte Sequenzierung:** Diese Methode ermöglicht die Aufklärung der *unbekannt*en Sequenz von DNA-Abschnitten bis hin zur Sequenzierung des gesamten Genoms eines Individuums. Mithilfe der Polymerase-Kettenreaktion (*polymerase chain reaction*, PCR) wird der zu sequenzierende DNA-Einzelstrang unter Einsatz von farblich oder radioaktiv

---

50 Zu jeder DNA-Sequenz gibt es genau eine **komplementäre** Sequenz, bei der in der Buchstabenfolge jeweils A gegen T sowie G gegen C und umgekehrt ausgetauscht sind. Sequenz und die zu ihr komplementäre Sequenz zeigen unter bestimmten Analysebedingungen eine starke Tendenz, sich hochspezifisch aneinander zu binden (sequenzspezifische Hybridisierung). Dies nutzt man zum buchstabenexakten Nachweis von Sequenzen. Bringt man ein Oligonukleotid als „Sonde“ auf einen Chip, dann „fischt“ es die komplementäre Sequenz, falls sie in der Probe vorhanden ist, aus einer Anzahl von Bruchstücken heraus. Diese Bindung kann man durch radioaktive, fluoreszenzoptische oder anderweitige Markierung nachweisen. Man kann die Hybridisierungsbedingungen so gestalten, dass entweder nur die exakt komplementäre Sequenz nachgewiesen wird oder dass auch Teilsequenzen mit einer oder einigen Punktabweichungen erfasst werden.

51 cDNA: komplementäre DNA (engl. *complementary DNA*); Form der DNA, die mithilfe eines Enzyms aus mRNA synthetisiert wird.

gekennzeichneten Nukleotiden kopiert und die Reihenfolge der Nukleotide anhand dieser Markierung sichtbar gemacht. Dies erlaubt die Diagnose von Punktmutationen und die Ermittlung von Teilsequenzen von bis zu ca. 1.000 Basenpaaren.

Die PCR-basierte Sequenzierung ist zwar schon länger ein äußerst wichtiges Forschungswerkzeug, hatte aber lange wegen des Aufwandes und der Kosten nur eine begrenzte Bedeutung für die klinische Anwendung. Dies ändert sich derzeit aufgrund sinkender Kosten und neuer Hochdurchsatz-Methoden (vgl. Abschnitt 2.3.2).

**Nanoporesequenzierung:** Ein neuer Ansatz wird bei der sogenannten Nanoporesequenzierung verfolgt. Hier identifiziert man die Sequenz von DNA- oder RNA-Strängen oder sogar von Proteinen beim Durchtritt durch molekülgroße Poren mittels nukleotid-spezifischer elektrischer Signale.<sup>52</sup> Da die Sequenz hier von einem einzelnen Molekül abgelesen werden kann, könnten so künftig noch schnellere und präzisere Analysen mit noch geringerem Probenmaterial möglich werden.

**Nachweisstrategie:** Für die ethische und rechtliche Bewertung der Analyse umfangreicherer individueller Genomabschnitte ist es wichtig, den prinzipiellen Unterschied von Hybridisierungsmethode und PCR-Sequenzierung im Auge zu behalten. Bei Hybridisierungsverfahren werden vorgegebene *bekannte* Sequenzen gezielt und spezifisch in einer Probe gesucht und entweder nachgewiesen oder ausgeschlossen, während mit der PCR-Sequenzierung *nicht bekannte* Sequenzen durch Neusynthese eines komplementären DNA-Strangs analysiert werden. Das bedeutet für die medizinische Anwendung, dass man beim Hybridisierungsprinzip das Resultat auf die Beantwortung einer genau eingegrenzten Frage (etwa nach einer bestimmten Punktmutation unter einer medizinischen Verdachtsdiagnose) beschränken kann, während das Neusyntheseprinzip alle vorhandenen Sequenzinformationen vervielfältigt und neben der Antwort auf gezielte Fragen auch

---

52 Vgl. Bahrami et al. 2012; Luan/Stolovitzky/Martyna 2012.

zahlreiche Überschussinformationen und daraus resultierende nicht erwartete oder für die konkrete medizinische Fragestellung nicht benötigte Nebenbefunde liefern kann.

### 2.3.2 Neue Hochdurchsatz-Methoden zur Ermittlung genetischer Daten

Seit etwa zehn Jahren haben die Verfahren der genetischen Analyse eine rasante Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit erfahren. Die aktuelle Weiterentwicklung der oben genannten Methoden erlaubt eine zunehmend schnellere und dabei hoch auflösende Sequenzierung des gesamten Genoms. Durch kombinierten Einsatz von Miniaturisierung, Automatisierung und massenhafte parallele Durchführung der Analyse einzelner Sequenzabschnitte, gefolgt von einem integrierten Einsatz bioinformatischer Auswertungsmethoden gelingt es zunehmend, immer mehr DNA-Information kostengünstig mithilfe immer kleinerer Probenmengen in immer kürzerer Zeit zu gewinnen. Außerdem gelingt es durch neuartige Nukleotidmarkierungen und Detektionsmethoden, die Reihenfolge der Nukleotide schneller und leichter zu erfassen.

Zur Ermittlung umfangreicherer Sequenzinformation – bis hin zum gesamten Genom – muss man die zu untersuchende DNA enzymatisch in zahlreiche Bruchstücke „zerschneiden“ und einzeln sequenzieren (*shotgun sequencing*). Die sich teilweise überlappenden Bruchstücke bringt danach ein Computerprogramm etwa vergleichbar dem Prinzip des Dominospiels in die richtige Reihenfolge (*sequence assembly*, Sequenz-Zusammensetzung).

Weitere Schritte einer umfangreichen Sequenzierung umfassen die Fehlerkorrektur, die Assemblierung sowie die Zuordnung von Teilsequenzen an die korrekte Lokalisation im zutreffenden Chromosom und damit im gesamten Genom. Erst in diesem Stadium der Erstellung einer Genomsequenz ist eine interpretierende Untersuchung von funktionell relevanten

genetischen Varianten des gesamten Chromosoms sinnvoll möglich.<sup>53</sup> Dabei ergeben sich besondere Herausforderungen für die Genauigkeit der Sequenzierung massenhaft erzeugter DNA-„Schnipsel“. Fehlerquellen bestehen bereits vor der eigentlichen Sequenzierung, weil das Probenmaterial vervielfältigt werden muss. Ferner ist die PCR nicht völlig fehlerfrei. Weiterhin können auch bei der Ablesung einer Sequenz durch die optischen Nachweismethoden Unsicherheiten oder Fehler auftreten. Auch die erwähnte Assemblierung kann zu Fehlern führen, weil im gesamten Genom zahlreiche sehr ähnliche oder gar identische Abschnitte mehrfach auftreten. Viele Fehler kann man entdecken und korrigieren, wenn die DNA vielfach sequenziert wird, was aber mit spürbaren Zusatzkosten verbunden ist.

Die Gesamtheit aller genannten, auf Hochleistung und Hochdurchsatz getrimmten methodischen Strategien bezeichnet man als *next generation sequencing*, mit dem es perspektivisch möglich wird, das gesamte individuelle Genom einzelner Personen mit moderatem Aufwand und zu moderaten Kosten zu bestimmen.

Nach aktueller Einschätzung sind in den nächsten Jahren weitere technische Fortschritte für die aktuell populären Hochdurchsatz-Sequenziermethoden, angeführt von Roche, Illumina und Life Technologies, zu erwarten, mit Potenzial für weiter sinkende Kosten. Derzeit kann ein komplettes Genom innerhalb weniger Tage mit einem Materialkostenaufwand von ca. 10.000 US-Dollar mit der erforderlichen Genauigkeit sequenziert werden. Gesamtgenomsequenzierung innerhalb weniger Tage für weniger als 1.000 US-Dollar gilt dabei als realistisches Ziel für die nächsten 5 bis 10 Jahre.<sup>54</sup> Nicht enthalten

---

53 Man muss berücksichtigen, dass die weitaus überwiegende Anzahl von Genvarianten (vor allem SNPs), die in einer ethnisch definierten Population gefunden werden, vollständig neutral sind. Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die funktionell relevanten „Signale“ aus diesem „Rauschen“ herauszufiltern.

54 Vgl. Vorträge der Anhörung des Deutschen Ethikrates am 22. März 2012 in Berlin. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/anhoerungen/multiplex-und-high-throughput-diagnostik> [11.9.2012].

sind in diesen Preisprojektionen allerdings die Kosten für die Interpretation der umfangreichen und komplexen Daten. Diese dürften trotz entsprechender Fortschritte in der Bioinformatik (vgl. Abschnitt 2.3.3) auch weiterhin hoch bleiben.<sup>55</sup>

Fortschritte bei hochauflösenden DNA-Microarrays (DNA-Chips) führen bei vielen genetischen Fragestellungen ebenfalls zu erheblichen Zeit- und Kostenersparnissen. So ist es nunmehr möglich, mithilfe von Chips den individuellen Genotyp (Mutationen, SNPs, CNVs) von Millionen Orten im gesamten Genom gleichzeitig zu bestimmen.

Hochdurchsatz-Methoden können auch dafür verwendet werden, epigenetische Profile aus speziellen Gewebeproben (Markierungen der DNA; Epigenom) oder der RNA<sup>56</sup> (Genaktivitätsprofile; Transkriptom<sup>57</sup>) zu ermitteln.

Der Einsatz von Hochdurchsatz-Methoden zielt zwar grundsätzlich auf die schnelle Ermittlung großer Datenmengen; die konkreten Strategien und der dabei ermittelte Datenumfang können sich aber je nach Erkenntnisinteresse unterscheiden:

- >> Panel-Diagnostik: Suche nach einer potenziell sehr großen Anzahl von verschiedenen Genvarianten an beliebig zahlreichen, aber stets vorgegebenen Genorten, zum Beispiel für die Aufklärung der infrage kommenden genauen

---

55 Vgl. Mardis 2010.

56 Das in der Zelle realisierte RNA-Spektrum wird üblicherweise indirekt festgestellt. Hierzu werden die Moleküle in sequenzanaloge sogenannte cDNA zurückverwandelt und diese mit den gängigen Verfahren sequenziert.

57 Die Gesamtheit aller umgeschriebenen RNA in einem konkreten Zelltyp wird als Transkriptom bezeichnet. Es bestimmt den Entwicklungs- und Funktionszustand der unterschiedlichen mehr als 200 Zell- und Gewebetypen im Körper. Entwicklungsstörungen, Funktionsverluste und selbst Tumorentstehung können wahrscheinlich auch durch quantitative Verschiebungen relevanter nicht codierender RNA-Moleküle ausgelöst werden, ohne dass dies im Genotyp ablesbar ist. Für eine breite diagnostische Nutzung dieses Potenzials sind allerdings mehr Informationen und umfangreiche Methodenentwicklungen erforderlich. Es wird gegenwärtig intensiv untersucht, welche epigenetischen Einflüsse auf die Expression von Genen durch DNA-Modifikationen, welche durch Veränderungen der Proteinhülle der DNA und welche schließlich durch nc-RNA-Wirkung bedingt sind.



genetischen Ursachen für einen unklaren Komplex von Symptomen (Syndrom). Hierfür wäre das Hybridisierungsverfahren mit entsprechend umfangreichen Mikroarrays besonders geeignet; die Sequenzierung beschränkt sich dann von vorneherein auf die zuvor ausgewählten Gene. Man kann heute bereits Hunderte und in naher Zukunft voraussichtlich Tausende von spezifischen Genvarianten mittels DNA-Chips nachweisen.

- » Genomweite Chipanalysen: Ähnlich wie bei der Panel-Diagnostik wird hier ebenfalls eine potenziell sehr große Anzahl von Genvarianten gleichzeitig untersucht. Der Unterschied liegt vor allem in der Fragestellung. Mit genomweiten Chipanalysen wird weniger der Anspruch verfolgt, die individuelle genetische Grundlage für ein bestimmtes Syndrom durch die Berücksichtigung aller potenziell relevanten bekannten Genvarianten zu untersuchen. Stattdessen werden sie breiter angelegt und sind in der Regel hinsichtlich der Vielfalt von Merkmalen, die für Gesundheit oder Lebensführung relevant sein können, auf jeweils wenige potenziell beteiligte Genvarianten beschränkt.
- » Exomsequenzierung: Hier werden alle Exons sequenziert, das heißt nur die Abschnitte des Genoms, die für Proteine codieren. Die Gesamtheit der Exone bildet das Exom, das nur 50 Millionen der insgesamt 4,6 Milliarden Buchstaben des Genoms umfasst. Somit ist eine Exomsequenzierung billiger und weniger fehlerhaftig als die Sequenzierung des gesamten Genoms. Man erreicht diese Beschränkung dadurch, dass man vor der Analyse die Exons mithilfe spezieller „molekularer Angelruten“ aus dem Gesamtgenom „herausfängt“, hybridisiert und dann erst sequenziert. Dabei findet man normalerweise bei einer Person 10.000 bis 50.000 Genvarianten, je nach verwendeter Technik.<sup>58</sup> Zur Identifizierung von krankheitsrelevanten, pathogenen Mutationen werden Strategien für eine Priorisierung

---

58 Vgl. Neveling/Hoischen 2012.

entwickelt, um die abschließende Analyse auf 150 bis 200 individuelle Varianten beschränken zu können.

Bisherige Erfahrungen aus klinischen Studien deuten darauf hin, dass die Diagnose-Möglichkeiten von seltenen monogenen Erkrankungen verbessert werden. Die Exomsequenzierung bietet ein erhebliches diagnostisches Potenzial zur Aufklärung monogener Erkrankungen mit weitgehend identischem Phänotyp, die aber auf Mutationen in unterschiedlichen Genen beruhen können (z. B. Fanconi-Anämie<sup>59</sup> oder Bardet-Biedl-Syndrom<sup>60</sup>). Auch für einige Krankheiten, deren Ursachen bisher klinisch nicht eindeutig identifizierbar waren, konnte mithilfe von Exomsequenzierungen eine molekulare Diagnose erstellt werden, zum Beispiel bei Patienten mit ungeklärter geistiger Behinderung<sup>61</sup>. In Studien konnten schon für mehr als 50 Krankheiten neue relevante Gene identifiziert werden.<sup>62</sup> Es gibt erste Beispiele, dass solche Diagnosen durchaus ein Potenzial für neue Therapieansätze aufweisen können.<sup>63</sup> Die Genvarianten im Exom sind bei Weitem nicht so komplex zu analysieren wie diejenigen im gesamten übrigen Genom. Sie können daher bessere Aussagen als eine Sequenzierung des Genoms liefern, vor allem zu monogenen Krankheitsdispositionen.

>> Gesamtgenomsequenzierung: Hier ist die Aufklärung der „Textfolge“ des gesamten Genoms das Ziel, also die haploide Nukleotidabfolge in allen 46 Chromosomen. Gesamtgenomsequenzierung findet derzeit vor allem in der

---

59 Autosomal rezessiv vererbte Form einer Anämie, die unter anderem zu Minderwuchs und Nierenfehlbildungen führt.

60 Autosomal rezessiv vererbtes Fehlbildungssyndrom, das unter anderem zu Nierenfunktionsstörungen, Adipositas und geistiger Behinderung führen kann.

61 Vgl. de Ligt et al. 2012; Rauch et al. 2012.

62 Vgl. Neveling/Hoischen 2012, 10.

63 So konnte beispielsweise die ACAD9-Mutation bei Patienten mit Komplex-1-Defizienz, einer durch Genmutation hervorgerufenen Schädigung der Mitochondrien, identifiziert werden und dadurch eine Riboflavin-Therapie (ein Vitamin aus dem B-Komplex) mit Erfolg durchgeführt werden (vgl. Haack et al. 2010).

Grundlagenforschung statt, wurde jedoch bereits in einzelnen klinischen Pilotprojekten eingesetzt, um für Patienten mit ungeklärtem klinischen Phänotyp eine genetische Ursachenabklärung zu ermöglichen. Die Gesamtgenomsequenzierung ermöglicht hier im Vergleich zur Exomsequenzierung zusätzlich die Identifizierung krankheitsrelevanter Genvarianten in den nicht codierenden Abschnitten des Genoms.<sup>64</sup>

In den letzten beiden Jahren sind erste Schritte in Richtung größerer klinischer Forschungsprojekte getan worden. Ende 2011 startete das National Human Genome Research Institute in den USA sein multidisziplinäres Programm „Clinical Sequencing Exploratory Research“.<sup>65</sup> Im Dezember 2012 wurde in Großbritannien entschieden, dass bis zu 100.000 Patienten mit Krebs und seltenen Erkrankungen sequenziert werden sollen.<sup>66</sup> Im Oktober 2012 wurden auf der Konferenz der Europäischen Gesellschaft für medizinische Onkologie die Ergebnisse einer französischen Großstudie vorgestellt, in der von 402 Brustkrebspatientinnen das ganze Genom mit dem Ziel sequenziert wurde, die Grundlagen für eine personenbezogene Therapieentscheidung zu verbessern.<sup>67</sup>

Bisher begrenzen die Sequenzierkosten und insbesondere die Schwierigkeiten und Kosten der Dateninterpretation die Anwendung einer Gesamtgenomsequenzierung noch erheblich. Wenn eines Tages die Sequenzierung des individuellen Genoms verhältnismäßig einfach für größere Bevölkerungskollektive zusammen mit einer Vielzahl von phänotypischen Merkmalen möglich sein wird, wäre

---

64 Vgl. Gonzaga-Jauregui/Lupski/Gibbs 2012.

65 Online im Internet: <http://www.genome.gov/27546194> [4.3.2013].

66 Vgl. Ankündigung des britischen Premierministers vom 10. Dezember 2012. Online im Internet: <http://www.number10.gov.uk/news/dna-tests-to-fight-cancer> [4.3.2013].

67 Vgl. Pressemitteilung der European Society for Medical Oncology vom 30. September 2012. Online im Internet: [http://www.esmo.org/about-esmo/press-office/esmo-2012-press-releases/view.html?tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=1625](http://www.esmo.org/about-esmo/press-office/esmo-2012-press-releases/view.html?tx_ttnews[tt_news]=1625) [12.3.2013].

es allerdings vorstellbar, dass aus den wachsenden Datenbanken von Genom-Phänotyp-Profilen eine Fülle von bioinformatischen Algorithmen entwickelt werden könnte, deren Anwendung auf das Genom des individuellen Patienten (Kunden) zu Prognosen sehr unterschiedlichen Charakters führen wird: medizinisch relevante wie irrelevante Vorhersagen und solche aus der Grauzone dazwischen.

### 2.3.3 Neue bioinformatische Methoden zur Analyse genetischer Daten

Die neuen Verfahren liefern im Vergleich zu älteren Methoden so umfangreiche Datenmengen, dass sie mit traditionellen Methoden nicht mehr gehandhabt, aufgearbeitet, gespeichert, korrigiert und interpretiert werden können. Deshalb ist auf dem Gebiet der Genomforschung die **Bioinformatik** in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer strategischen Disziplin der Molekulargenetik geworden, ohne die Erkenntnisfortschritte nicht mehr möglich wären.

Mithilfe bioinformatischer Methoden wird auf eine umfangreiche, im internationalen Wettbewerb herangereifte Softwarebibliothek zugegriffen. Mit ihr ist die Primärdatenerfassung aus der Sequenzierung und den Hybridisierungstechniken mittels Hochdurchsatz-Design überhaupt erst möglich. Auch die Assemblierung (Zusammenfügung) von größeren Genomabschnitten aus den „zerstückelten“ Primärdaten (DNA-Abschnitten) erfordert präzise arbeitende statistische und kombinatorische Algorithmen. Mit diesen Verfahren werden darüber hinaus wichtige diagnostische Analysen der Plausibilitätskontrolle und des Fehlernachweises bewerkstelligt. Schließlich leistet die bioinformatische Software auch einen Beitrag zum Personendatenschutz in den umfangreichen Datenbanken, einschließlich verlässlicher Algorithmen zur Pseudonymisierung und gegebenenfalls Decodierung zwecks dringend gewordener Kontaktaufnahme mit den Datenspendern.

Ein weiteres, äußerst wichtiges Anwendungsgebiet der Bioinformatik ist die **Annotation**, mit der relevante Informationen über die Muster der genomischen Daten vermerkt werden. Dazu gehört zum Beispiel die Auffindung von codierenden Abschnitten und den Steuerungssignalen am Anfang und am Ende von Genabschnitten, die Identifizierung von regulatorischen Abschnitten sowie von Exons und Introns, der Nachweis von Spleißsignalen oder die zellbiologische Charakterisierung der Funktion beziehungsweise des Funktionsausfalls von Mutationen.

Nach der primären Analyse der Daten folgt die eigentliche molekulargenetische Interpretation, die auf leistungsfähigen mathematisch-statistischen und kombinatorischen Methoden der mathematischen Linguistik und Textanalyse beruht. Ihr Ziel ist die Verknüpfung unterschiedlicher biologischer Informationen. So können Analysen der verschiedenen Abschnitte in einem Genom oder der Architektur verschiedener physiologischer und biochemischer Teilgebiete eines Organismus oder vergleichend zwischen verschiedenen Organismen bis hin zu artüberschreitenden Verknüpfungen durchgeführt werden. Dabei bemüht sich die Bioinformatik, das angestammte Gebiet der mathematischen Genanalyse zu überschreiten und auch verschiedene Ebenen des Phänotyps in die Betrachtung einzubeziehen.<sup>68</sup>

Es muss allerdings einschränkend hinzugefügt werden, dass viele Aussagen der Bioinformatik den Charakter einer induktiv gewonnenen Hypothese haben und mit den traditionellen experimentellen Methoden konkret nachuntersucht und validiert werden müssen. Des Weiteren bleibt es generell eine Herausforderung, wenn auf der Grundlage allgemeiner epidemiologischer Erkenntnisse Schlussfolgerungen (auch im

---

68 Vgl. hierzu zum Beispiel den bioinformatischen Ansatz zur Genomanalyse unter Einbeziehung anderer klinischer relevanter Daten, der derzeit am Hasso-Plattner-Institut entwickelt und in der Krebsdiagnostik an der Berliner Charité getestet wird. Online im Internet: <http://epic.hpi.uni-potsdam.de/Home/HigProject> [19.2.2013].

Sinne einer Risikoprognose) für den konkreten medizinischen Einzelfall gezogen werden sollen.

Die Möglichkeiten, mithilfe der Bioinformatik sehr umfangreiche Datenmengen aus verschiedenen biologischen Ebenen zu verknüpfen und genetische Informationen somit kontextgebunden zu analysieren, stehen auch im Mittelpunkt der seit einem Jahrzehnt bestehenden neuen Disziplin der **Systembiologie**. Ein drängendes Problem der modernen Genomik ist angesichts des enormen Faktenvolumens (mit begleitendem, intensivem statistischen Rauschen) die Multidimensionalität der nicht linearen Verknüpfungen zwischen den verschiedenen biologischen Ebenen. Die Systembiologie strebt eine Integration dieser zersplitterten Teilaspekte in einer Computermodellierung biologischer Systeme an.

Im medizinisch relevanten Bereich dieser Entwicklungen werden dynamische Modelle der in Zellen und Geweben ablaufenden materiellen Prozesse<sup>69</sup> mit der Regulationsebene, die in Signalnetzwerken mit umfangreicher Vorwärts-, Rück- und Querverkopplung organisiert ist, mathematisch verknüpft. Bislang war dieses Konzept vor allem bei der Analyse weniger komplexer biologischer Systeme (Bakterien, [Hefe-] Pilze) erfolgreich. Vom systembiologischen Ansatz erhofft man sich künftig auch Fortschritte im Verständnis multifaktorieller Krankheiten.<sup>70</sup> Hier befindet sich das Forschungsgebiet allerdings noch in einem frühen Entwicklungsstadium.

---

69 In Zellen und Geweben des Organismus besteht ein ständiges Fließgleichgewicht mit ständiger Erneuerung sämtlicher molekularer Elemente mithilfe von Stofftrennung an Membranen, Stofftransport zwischen Organen und durch Zellmembranen, sowie katalytisch beschleunigten Stoffumwandlungen der Zellbestandteile statt. Die Steuerung erfolgt durch Signalkaskaden und Signalnetzwerke, die in diese Prozesse regulierend eingreifen.

70 Siehe hierzu zum Beispiel die Förderschwerpunkte des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Systembiologie. Online im Internet: <http://www.bmbf.de/de/1140.php> [12.9.2012].

### 2.3.4 Konsequenzen der Hochdurchsatz-Analytik für die genetische Diagnostik

Keiner der sich rapid entwickelnden gendiagnostischen Testansätze geht über die in den 90er-Jahren entstandenen methodischen Grundprinzipien wesentlich hinaus. Die meisten Verfahren basieren weiterhin auf dem Nachweis von Sequenzen mittels Hybridisierung durch Oligonukleotid-Sonden oder mittels einer künstlich erfolgenden Vervielfältigung der Probensequenz (PCR). Alle Weiterentwicklungen beruhen auf ständiger Beschleunigung, auf extremer Miniaturisierung und auf massenhafter Parallelisierung der seit Langem bekannten Nachweisverfahren, ergänzt durch eine enorm leistungsfähig gewordene Bioinformatik.

Aus den neuen Methoden können sich Konsequenzen für Medizin und Gesellschaft ergeben, die die ethische Beurteilung vor neue Herausforderungen stellen werden. Das Ultra-Hochdurchsatz-Prinzip verändert den Erkenntnischarakter genetischer Analysen erheblich:

- » Massenanstieg von genetischen Elementardaten. Dies bringt insbesondere neue Herausforderungen für den Datenschutz mit sich.
- » Tendenz zu unspezifischen „Suchverfahren“ anstelle einer gezielten diagnostischen Untersuchung. Das auf eine bestimmte Mutation – etwa in einer Familie – gerichtete Verfahren wird durch eine breite Panel-Diagnostik oder gar genomweite Analysen bis hin zur Gesamtgenomsequenzierung ersetzt. Dieser breitere, weniger spezifische Blick führt zu komplexeren Anforderungen an die Aufklärung und Beratung von Patienten beziehungsweise Kunden.
- » Tendenz zu umfassenden Wahrscheinlichkeitsaussagen. Diese werden aus dem genetischen Datenprofil mittels Anwendung statistischer Populationsdaten (Datenbanken) aufgrund der Zugehörigkeit zu Risikogruppen abgeleitet; sie treten neben gezielte genetische Untersuchungen, die

den individuellen Phänotyp der untersuchten Person berücksichtigen.<sup>71</sup> Auch dies erschwert eine umfassende, verständliche Aufklärung und entsprechend informierte Zustimmung vor und nach der Untersuchung – für Berater wie für die untersuchte Person.

### 2.3.5 Sammlungen genetischer Proben und Daten

Bei der Interpretation genetischer Analysen spielen Datenbanken eine immer größere Rolle. So bedarf es zu einer weiteren Validierung von Exomanalysen umfangreicher Genotyp- und Phänotyp-Datenbanken.

Um weitere Fortschritte in der Analyse und Interpretation von Sequenzdaten zu erzielen, bedarf es zunehmend komplex zusammengesetzter und international vernetzter Biodatenbanken, die Daten unterschiedlicher Herkunft, auch aus der breiten medizinischen Praxis, sammeln und der genetischen Forschung zur Verfügung stellen. Hier kann es zu einer bedenklichen Monopolisierung bei privaten Unternehmen kommen, für die hier ein Beispiel angeführt sei. Die Firma Myriad Genetics hat ein Patent auf die Brustkrebsdiagnostik entwickelt, welches sie in den USA konsequent durchgesetzt hat. Bei der Interpretation der Sequenzierungsergebnisse ist die Unterscheidung klar pathogener Varianten von Varianten mit unklarer klinischer Relevanz wichtig. Myriad Genetics hat mit den klinischen Informationen der eingesendeten Proben sowie den Ergebnissen vieler diagnostischer Untersuchungen über die Jahre eine große Datenbank aufbauen können, die eine bessere Klassifikation der Pathogenität von Varianten

---

71 Die Wahrscheinlichkeitsaussage entsteht aus dem Vergleich der individuellen genetischen Konstellation mit der Konstellation einer Vergleichsgruppe (Population). Die individuellen Besonderheiten definieren sich vor dem Hintergrund der Population und nicht primär aus der Person heraus. Tendenziell kann ein persönliches Profil nur aus der begrenzten Anzahl der bereits definierten Profile entnommen werden, die in der Datenbank vorhanden sind.



erlaubt. Diese Information stellt sie weder für die medizinische Forschung noch für die klinische Anwendung zur Verfügung. Das bedeutet, dass die Firma durch diese Datenbank eine Monopolstellung für die nahezu exklusive Durchführung der entsprechenden Diagnostik erhält.<sup>72</sup>

Ein anderes Problem besteht darin, dass die genetische Diagnostik zunehmend in wenigen außeruniversitären Großlaboren durchgeführt wird, da die Investitionskosten der Analysegeräte und bioinformatischen Programme hoch sind und wegen der ständigen Weiterentwicklung der Technik kontinuierlich anfallen. Zumindest die Daten von ambulanten Patienten, bei denen eine genetische Diagnostik nicht mehr an Universitätskliniken durchgeführt wird, stehen daher der akademischen Medizin deshalb immer weniger zur Verfügung. Dadurch wird die klinische Forschung nachhaltig beeinträchtigt.

### **2.3.6 Methoden für die nichtinvasive pränatale Gendiagnostik**

Für die Feststellung genetischer Eigenschaften ist biologisches Material notwendig, das entweder nichtinvasiv (z. B. Speichelprobe), geringfügig invasiv (z. B. Blutentnahme) oder invasiv (z. B. Tumorbiopsie) gewonnen wird. Speziell für vorgeburtliche genetische Untersuchungen standen bislang zur Gewinnung fetalen Gewebes nur invasive Methoden zur Verfügung (Chorionzotten-Biopsie, Amniozentese). Diese Probeentnahme ist mit einem Fehlgeburtsrisiko von 0,5 bis 1 Prozent belastet.<sup>73</sup> Nichtinvasive Methoden (z. B. die Ultraschalluntersuchung des Embryos oder Fetus) konnten hingegen bis vor Kurzem nur indirekte Hinweise auf die genetische

---

72 Vgl. dazu Cook-Deegan et al. 2012.

73 Vgl. Tabor/Alfirevic 2010.

Konstitution eines Embryos oder Fetus<sup>74</sup> geben, die oft am Anfang weiter gehender genetischer Diagnostik stehen. Allerdings liefert ein weiterführender, differenzierter Ultraschall<sup>75</sup> wichtige Informationen über die phänotypische Ausprägung bestimmter Merkmale wie zum Beispiel Fehlbildungen am Gehirn, Herzen und an inneren Organen.

Inzwischen sind auch genetische Untersuchungen embryonaler oder fetaler DNA aus mütterlichem Blut technisch möglich geworden. Solche nichtinvasiven Untersuchungen können bereits im ersten Schwangerschaftstrimenon eingesetzt werden.<sup>76</sup>

Die nichtinvasive pränatale Gendiagnostik (NIPD) basiert auf dem Umstand, dass trotz des durch die Plazenta getrennten Blutkreislaufs von Mutter und Fetus eine geringe Menge zellfreier DNA und RNA und eine kleine Anzahl von Zellen des Fetus in das Blut der Frau gelangen. Nach Entnahme einer Blutprobe von einer schwangeren Frau (für sie gering invasiv, für den Fetus nichtinvasiv) erhält man somit aus dem Blutserum neben ihrer eigenen DNA auch immer Bruchstücke embryonaler beziehungsweise fetaler DNA. Diese Bruchstücke werden sequenziert und es wird ermittelt, welche Bestandteile von der Mutter und welche vom Fetus stammen.<sup>77</sup>

---

74 Bis zum Abschluss der Organbildung wird die sich entwickelnde Leibesfrucht als **Embryo** bezeichnet, danach –ab der neunten Entwicklungswoche – als **Fetus**.

75 Vgl. Merz et al. 2004; Merz et al. 2012.

76 Das erste Schwangerschaftstrimester oder Trimenon wird medizinisch als der Zeitraum der ersten 12 Wochen ab dem ersten Tag der letzten Monatsblutung definiert. Da die eigentliche Befruchtung durchschnittlich zwei Wochen nach diesem Zeitpunkt stattfindet, ist der Fetus am Ende des ersten Trimenons tatsächlich erst 10 Wochen alt. Man bezeichnet dies in der gynäkologischen Zählung dennoch als Ende der 12. Schwangerschaftswoche. Eine andere Definition wird im deutschen Recht verwendet, das sich an den Entwicklungswochen nach der Befruchtung orientiert: § 218a StGB zählt die „Wochen seit der Empfängnis“ (*post conceptionem*, p. c.). Sofern nicht durch den Zusatz p. c. anders angegeben, wird im Text die gynäkologische Zählung verwendet.

77 Die DNA des Nachkommen stammt ursprünglich von der Mutter *und* vom Vater. Der väterliche Anteil kann vom mütterlichen unterschieden werden. Mütterliche und von der Mutter geerbte kindliche DNA sind schwieriger zu unterscheiden.

Kindliche DNA kann bereits ab der 4. bis 5. Schwangerschaftswoche im Blutserum der Frau in Form von kurzen Bruchstücken (ca. 140 Basenpaaren) gefunden werden. Je weiter die Schwangerschaft fortschreitet, desto höher steigt die Konzentration an kindlicher DNA im Blutserum der Frau, von 9 Prozent in der frühen Schwangerschaft auf 20 Prozent im zweiten Trimenon.<sup>78</sup>

Eine technische Schwierigkeit des Verfahrens besteht darin, dass im Blut neben den fetalen DNA-Spuren stets auch ein bis zu 20-facher Überschuss an DNA-Bruchstücken der Frau vorhanden ist. Die Hälfte dieser mütterlichen Sequenzen ist wegen des Erbganges auch beim Fetus vertreten und muss je nach Untersuchungsinteresse (vgl. unten) von ihnen unterschieden werden. Um die genetische Ausstattung des Embryos/Fetus von derjenigen seiner Mutter zu unterscheiden, kommen epigenetische und genetische Markierungen zur Identifizierung und Auszählung von kindlichen und mütterlichen Sequenzen zum Einsatz.<sup>79</sup> Dabei wird zunehmend auch die oben beschriebene Hochdurchsatz-Sequenzierung eingesetzt, um mütterliche und embryonale/fetale DNA zu untersuchen und dabei selbst feinste quantitative Unterschiede zu ermitteln.<sup>80</sup>

Ist die fetale DNA einmal identifiziert beziehungsweise quantifiziert worden, kann die An- oder Abwesenheit bestimmter Gensequenzen oder deren relative Häufigkeit untersucht werden. Mehrere Diagnoseszenarien kommen infrage:

**Suche nach Aneuploidien:** Eine numerische Chromosomenanomalie kann nachgewiesen werden, wenn die Blutprobe eine signifikant größere Anzahl an fetalen Sequenzbruchstücken des entsprechenden Chromosoms enthält als erwartet.

---

78 Vgl. Hill et al. 2012, 640.

79 Eine epigenetische Unterscheidung kann zum Beispiel darauf beruhen, dass das plazentare DNA-Methylierungsmuster anders ausfällt als das mütterliche. Gegenwärtig werden zahlreiche Varianten dieser Mess- und Auswertungsprinzipien erprobt (vgl. zum Beispiel Chim et al. 2008; Tong et al. 2010).

80 Studien ergaben, dass dieser Ansatz für die klinische Praxis geeignet ist (vgl. Chiu/Lo 2012, 405).

In Deutschland wird ein Test auf Trisomie 21, 18 und 13 (PraenaTest) aufgrund der Vorgaben seines Anbieters derzeit ab der 12. Schwangerschaftswoche angeboten<sup>81</sup>; vergleichbare Tests sind im Ausland teilweise schon ab der 10. Schwangerschaftswoche erhältlich<sup>82</sup>. Inzwischen wurde gezeigt, dass sich mit dieser Methode prinzipiell auch subchromosomale Anomalien wie duplizierte oder fehlende Chromosomenteile diagnostizieren lassen.<sup>83</sup>

**Diagnose von Merkmalen, die bei der Mutter nicht vorhanden sind:** Sucht man in der fetalen DNA nach Merkmalen, die ausschließlich vom Vater geerbt wurden oder beim Fetus neu entstanden sind, stellt sich das Problem der Unterscheidung zwischen mütterlicher und fetaler DNA nicht. Erbkrankheiten und andere genetische Abweichungen, die bei der Mutter nicht vorliegen, lassen sich deshalb potenziell leichter mit einer nichtinvasiven pränatalen Gendiagnostik identifizieren.

Dies ist zum Beispiel beim Einsatz der Methode zur Geschlechtsbestimmung des Fetus der Fall. Hier sucht man nach Sequenzen, die spezifisch für das Y-Chromosom sind und demgemäß bei der Mutter nicht vorkommen. Da hier keine präzise Quantifizierung notwendig ist, braucht dieser Test weniger Untersuchungsmaterial und kann technisch gesehen ab der 7. Woche durchgeführt werden.<sup>84</sup> Nach dem Gendiagnostikgesetz darf der Schwangeren allerdings das Geschlecht des Ungeborenen erst nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche mitgeteilt werden, es sei denn, die Pränataldiagnostik betrifft eine geschlechtsgebundene Erbkrankheit wie zum Beispiel die Muskeldystrophie Duchenne<sup>85</sup>.

---

81 Tests auf weitere Trisomien werden bisher nicht in Deutschland aber zum Beispiel in den USA auch für Aneuploidien der Geschlechtschromosomen angeboten. Vgl. online im Internet: <http://www.verinata.com/providers/provider-overview> [5.3.2013].

82 Vgl. online im Internet: [http://www.panoramatest.com/patients\\_faqs](http://www.panoramatest.com/patients_faqs) [8.3.2013].

83 Vgl. Srinivasan et al. 2013.

84 Vgl. Hill et al. 2012, 640.

85 Eine X-chromosomal rezessiv vererbte, meist tödlich verlaufende Erkrankung, die zu Muskelschwäche und Muskelschwund führt.

Nach dem gleichen Prinzip ist es möglich, mithilfe von nichtinvasiver pränataler Gendiagnostik den Fetus auf einzelne Gendefekte zu testen, die bei der Mutter nicht vorliegen. Dies ist beispielsweise bei autosomal-dominanten Krankheiten (wie z. B. Huntington-Krankheit oder Myotone Dystrophie<sup>86</sup>) der Fall, wenn sie in der betroffenen Familie von väterlicher Seite vererbt werden oder auf **De-novo**-Mutationen<sup>87</sup> beruhen (wie z. B. bei Achondroplasie, einer Wachstumsstörung, die überwiegend durch Neumutationen entsteht).

Bei rezessiven Erbkrankheiten, wie beispielsweise Mukoviszidose, Beta-Thalassämie und Sichelzellanämie<sup>88</sup>, kann man zudem eine Betroffenheit des Fetus ausschließen, wenn sich die väterliche Mutation von der mütterlichen Variante zum Beispiel durch einen nahegelegenen SNP klar unterscheiden lässt. Wird die väterliche Mutation dann bei der Analyse der fetalen DNA nicht gefunden, kann man davon ausgehen, dass der Fetus äußerstenfalls heterozygot und somit nicht betroffen ist.

**Diagnose mütterlicherseits vererbter Merkmale:** Neue Technologien machen es seit Kurzem möglich, auch von der Mutter vererbte Genvarianten nichtinvasiv zu diagnostizieren. Im Unterschied zu den oben genannten Szenarien, bei denen nur überprüft werden muss, ob das beim Ungeborenen mutierte Allel im mütterlichen Blut vorhanden ist oder nicht, muss für die positive Diagnose einer homozygot von beiden Eltern ererbten rezessiven oder einer von der Mutter ererbten dominanten Mutation die mütterliche DNA von der fetalen DNA eindeutig getrennt werden, damit ermittelt werden kann, ob das Ungeborene das mütterliche Genmerkmal geerbt

---

86 Autosomal dominant vererbte Muskelerkrankung, die zu fortschreitenden körperlichen und geistigen Behinderungen führen kann und im mittleren Lebensalter zum Tod führt.

87 Dabei handelt es sich um eine Mutation, die nicht von den Eltern vererbt wurde, sondern beim betroffenen Individuum neu aufgetreten ist.

88 Rezessive vererbte Blutkrankheit mit einer krankhaften Veränderung des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin), die zu sichelzelloförmigen roten Blutkörperchen (Erythrozyten) führt; tritt gehäuft in Afrika und bei der afrikanischstämmigen Bevölkerung der USA auf.

hat. Dazu ist ein Vergleich der fetalen DNA mit der DNA der Mutter oder sogar beider Eltern nötig.<sup>89</sup>

**Pränatale Gesamtgenomanalyse:** Erste Pilotstudien haben inzwischen gezeigt, dass sich sogar die Sequenz des gesamten fetalen Genoms durch die vergleichende Analyse der DNA-Bruchstücke aus dem Blut der Frau mit dem separat sequenzierten Genom der Mutter<sup>90</sup> beziehungsweise beider Eltern<sup>91</sup> ermitteln lässt. Dies eröffnet technisch für die Zukunft auch die Perspektive, dass pränatal eine breite nichtinvasive genetische Diagnostik durchgeführt werden kann, die gleichzeitig nach Aneuploidien und allen möglichen auf einzelnen Genorten befindlichen Krankheitsanlagen sucht und dabei zusätzlich zahlreiche, nicht unmittelbar medizinisch relevante Eigenschaften des zukünftigen Kindes auffindet.

**Prädiktion von Schwangerschaftskomplikationen:** Die nichtinvasiven pränatalen Diagnostik-Methoden ermöglichen außerdem Hinweise auf mögliche Komplikationen während der Schwangerschaft, wie beispielsweise Präeklampsie<sup>92</sup>, Frühwehen und eingeschränktes Wachstum des Fetus. Dies beruht darauf, dass bei Schwangerschaftskomplikationen die Anzahl der fetalen Zellen im mütterlichen Blut zunimmt, wenn die krankhaft veränderte Plazenta durchlässiger ist. Hier kommt es somit auf den Vergleich der Anzahl fetaler gegenüber mütterlicher DNA-Bruchstücke an.<sup>93</sup>

Methoden, die eine präzise Identifizierung und Quantifizierung fetaler DNA erfordern, sind derzeit mit Ausnahme der Tests auf ausgewählte Trisomien noch nicht so weit fortgeschritten, dass sie in der klinischen Praxis eingesetzt werden könnten. Für die Zukunft zeichnet sich jedoch ab, dass mit dem Einsatz von Hochdurchsatz-Verfahren sowohl

---

89 Vgl. Lam et al. 2012.

90 Vgl. Fan et al. 2012.

91 Vgl. Kitzman et al. 2012.

92 Eine in der späten Schwangerschaft auftretende Erkrankung (auch als Schwangerschaftsvergiftung bezeichnet), die wirksam nur durch die Entbindung des Kindes behandelt werden kann.

93 Vgl. Kavanagh et al. 2010, 1906.

Chromosomenstörungen als auch monogene Defekte und die Risiken immunologischer Schwangerschaftskomplikationen (z. B. Rh-Unverträglichkeit<sup>94</sup>) bereits im ersten Trimenon der Schwangerschaft nichtinvasiv aufgezeigt werden können. Für viele kindliche Merkmale bringt eine so frühe Diagnostik allerdings keinen therapeutischen Vorteil, allenfalls einen frühen Erkenntnisgewinn, oft aber auch nur schwer interpretierbare Wahrscheinlichkeiten für Normabweichungen, die gegebenenfalls zu weiteren Untersuchungen Anlass geben. Es gibt jedoch auch Merkmale, bei denen eine Therapie bereits früh in der Schwangerschaft einsetzen könnte (etwa bei genetischen Störungen des Hormonhaushaltes).

## 2.4 Aussagekraft genetischer Tests

Genetische Tests und ihre Aussagekraft sind sowohl in der Forschung als auch in der klinischen Anwendung von großer Bedeutung. Während es in der Forschung besonders darauf ankommt zu beurteilen, wie gut ein Test auf der technischen Ebene funktioniert, kommen bei der medizinischen Anwendung genetischer Tests weitere Herausforderungen hinzu. Denn es müssen hier drei Aspekte berücksichtigt werden: erstens die technische Zuverlässigkeit eines Tests, zweitens die Anwendung von epidemiologisch gesicherten Erkenntnissen über statistische Risiken auf Einzelpersonen und drittens die verlässliche Interpretation des Testergebnisses aufgrund komplexer Zusammenhänge zwischen Genotyp und Phänotyp.

---

94 Blutgruppenunverträglichkeit gegen den Rhesusfaktor zwischen Rh-negativer Mutter (Rh-) und Rh-positivem Kind (Rh+).

## 2.4.1 Technische Zuverlässigkeit

Die Aussagekraft eines Tests hängt davon ab, wie empfindlich und wie verlässlich der Test im konkreten Anwendungsfall eine richtige Aussage ergibt.<sup>95</sup> Ein Testergebnis kann auch bei sorgfältiger Durchführung mit kleinen und kleinsten Fehlern behaftet sein, sodass es gelegentlich zu einem objektiv falschen Ergebnis kommen kann.

Die technische Güte eines Tests wird durch seine **Spezifität** und seine **Sensitivität** angezeigt.

Ein genetischer Test ist zu 100 Prozent spezifisch, wenn er nur Merkmalsträger anzeigt, keine Nicht-Merkmalsträger. Mit sinkender Spezifität eines Tests steigt das Risiko, dass er Personen, die keine Merkmalsträger sind, fälschlich als solche erfasst; dies bezeichnet man dann als **falsch positive** Testergebnisse.

Ein genetischer Test ist zu 100 Prozent sensitiv, wenn er jeden Merkmalsträger erfasst. Mit sinkender Sensitivität eines Tests steigt das Risiko, dass er Merkmalsträger übersieht; diese bezeichnet man dann als **falsch negative** Testergebnisse.

Eine falsch positive Diagnose kann schädliche Konsequenzen haben, wenn sie zu eingreifenden präventiven oder therapeutischen Maßnahmen Anlass gibt, die gar nicht notwendig wären.

Eine falsch negative Diagnose kann schädliche Konsequenzen haben, wenn dadurch notwendige oder nützliche therapeutische oder präventive Maßnahmen unterbleiben.

Falsch positive und falsch negative Testergebnisse können durch technische Probleme verursacht sein, zum Beispiel durch Kopierfehler bei Klonierungsschritten, welche gerade bei der DNA-Analyse oft nötig sind, um überhaupt genügend Untersuchungsmaterial für den Test zu erhalten.

---

95 Hinzu kommen weitere Kriterien, mit denen die technische Belastbarkeit und Aussagekraft beschrieben werden, wie Präzision, Robustheit und zum Beispiel Linearität bei quantitativen Bestimmungen.



Die Spezifität und Sensitivität kann man quantitativ ausdrücken. Für die Beurteilung der Aussagekraft eines Tests benötigt man neben Sensitivität und Spezifität noch die Kenntnis der in der konkret zu untersuchenden Bevölkerungsstichprobe zu erwartenden Prävalenz, das heißt des Anteils an Merkmalsträgern (Positiven). Mit diesen Informationen kann man die zu erwartende Rate falsch positiver und falsch negativer Testergebnisse aus einer für die Häufigkeit eines Merkmals (z. B. einer Krankheit) repräsentativen Stichprobe berechnen.<sup>96</sup>

Selbst bei sehr empfindlichen und hochspezifischen Tests bleibt in der Praxis immer ein Restrisiko für falsch positive oder falsch negative Ergebnisse, und zwar in der Regel im Bereich niedriger einstelliger Prozentsätze.

Ist die Krankheit sehr selten, wird die Aussagekraft des Tests dadurch entwertet, dass es aufgrund der großen Zahl nicht betroffener Testpersonen erheblich mehr falsche als richtige Positive geben kann. Ist die Krankheit häufig und der Test nicht hinreichend spezifisch, dann tendiert der Test dazu, sehr viele Risikoträger als nicht betroffen einzustufen.

Setzt man einen Test oder eine Gruppe von Tests zum Screening in der gesamten Bevölkerung ein, dann ist zu beachten, dass die meisten genetisch bedingten krankheitswertigen Merkmale, auf die gesamte Bevölkerung bezogen, sehr selten

---

96 Hierzu werden die folgenden Formeln eingesetzt:

- sens (%) = Häufigkeit (%) positiver Testergebnisse bei Merkmalsträgern
- spez (%) = Häufigkeit (%) negativer Testergebnisse bei Nicht-Merkmalsträgern  
(Diese Definition mag wegen des schwankenden alltäglichen Sprachgebrauchs von „spezifisch“ nicht unmittelbar einleuchten. Man sieht jedoch leicht ein, dass ein 100-prozentig spezifischer Test nur richtige, das heißt keine falschen Positiven anzeigen darf und die Formel für spez (%) dann 100 Prozent ergibt.)
- präv = relativer Anteil der Merkmalsträger in der Stichprobe (Prävalenz; Wert zwischen 0 und 1)
- Rate an falsch positiven Testergebnissen (%) =  $100 * (1 - \text{präv}) * (100 - \text{spez}) / \{(1 - \text{präv}) * (100 - \text{spez}) + \text{präv} * \text{sens}\}$
- Rate an falsch negativen Testergebnissen (%) =  $100 * \text{präv} * (100 - \text{sens}) / \{\text{präv} * (100 - \text{sens}) + (1 - \text{präv}) * \text{spez}\}$
- Verhältnis falscher zu richtigen positiven Testergebnissen =  $100 * (1 - \text{präv}) * (100 - \text{spez}) / (\text{präv} * \text{sens})$

sind. Ein solcher Screening-Test ergibt dann folglich tendenziell mehr falsch positive als zutreffend positive Diagnosen.<sup>97</sup> Sucht man mit einem komplexen Test nach einer großen Anzahl verschiedener seltener Mutationen an vielen Genorten (in Zukunft denkbar über den Weg der Gesamtgenomsequenzierung mit ungezielter Suche nach allen möglichen genetischen Abweichungen), dann werden falsch positive Ergebnisse in großer Zahl vorkommen. Hinzu kommt, dass bei monogenen Defekten (wegen zahlreicher nicht erfasster seltener Allele) deren allelische Heterogenität kaum erschöpfend zu testen ist. In diesem Fall ist zusätzlich eine hohe Anzahl an falsch negativen Diagnosen zu erwarten, da Merkmalsträger mit seltenen verursachenden Allelen vom Test nicht erkannt werden.

Bei einer möglichen breiten künftigen Anwendung der Gesamtgenomsequenzierung in der Bevölkerung wäre abzusehen, dass solche Häufungen zu erheblichen Problemen sowohl bei der epidemiologischen Auswertung als auch bei der Beurteilung des konkreten Einzelfalles führen würden. Wie dargestellt, können falsche Diagnosen beiderlei Typs das Screening zum Ratespiel machen, wenn die Tests nicht hochgradig spezifisch und sensitiv sind und bei genetisch heterogen verursachten Merkmalen dabei nicht zuverlässig das gesamte genetische Ursachenspektrum abdecken.

Die Wiederholung von Tests oder die Validierung ihrer Ergebnisse mithilfe anderer Methoden kann helfen, Fehlinterpretationen aufgrund technisch bedingter falscher Diagnosen vorzubeugen. Dies ist allerdings mit hohem Kostenaufwand verbunden.

---

97 Ein illustratives Beispiel wird in Abschnitt 2.5.3 für die nichtinvasive Pränataldiagnostik durchgerechnet.

## 2.4.2 Prädiktive Übertragung statistischer Risiken auf Einzelpersonen

Bei der Anwendung genetischer Tests zur Prognose und Prädiktion kommt zu der in 2.4.1 beschriebenen technischen Unsicherheit hinzu, dass aus den Befunden einer anonymisierten Stichprobe vieler Menschen für den **einzelnen** Patienten oder Kunden ein persönliches Risiko abgeleitet wird, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine bei einem Teil der Stichprobe beobachtete Verknüpfung zwischen einem bestimmten Genotyp und einem bestimmten Phänotyp auch bei ihm künftig zutreffen wird. Dafür leitet man aus den Häufigkeiten in der repräsentativen Stichprobe Schätzwerte für die Wahrscheinlichkeit dieser Verknüpfung in der Gesamtpopulation ab und wendet diese auf die untersuchte Person an. Für das Individuum wird somit keine **Diagnose** gestellt, sondern eine **Risikoabschätzung** vorgenommen. Hieraus ergibt sich eine zusätzliche Gefahr falscher *Voraussagen*.

Bei prädiktivem Einsatz von Tests geht es um Voraussagen aufgrund von Merkmalen, die auf die mögliche spätere Ausprägung einer Krankheit hindeuten können. Hier gibt es meist keine hundertprozentige Gewissheit über eine spätere tatsächliche Ausprägung einer Krankheit, weil weitere (noch unbekannte) Merkmale hinzukommen müssen, oder weil nicht vorhersehbare Einflüsse bis zum Krankheitsbeginn auftreten und diesen beeinflussen oder gar verhindern. Auch wenn der Test den **Genotyp** korrekt anzeigen mag, ist eine individuelle Vorhersage auch aus diesem Grund nur als Risiko-Angabe möglich.

Wenn ein für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe ermitteltes Krankheits*risiko* in eine *Voraussage* für eine konkrete Person übersetzt wird, nämlich dass sie *voraussichtlich* erkrankt wird, und dies später jedoch nicht eintritt, dann lässt sich dies für diesen konkreten Fall im Nachhinein in Analogie zur oben beschriebenen technischen Testgüte als „falsch positive *Voraussage*“ bezeichnen. Eine in diesem Sinne „falsch positive“

Prädiktion kann ebenso wie ein aus technischen Gründen falsch positives Testergebnis schädliche Konsequenzen haben, wenn sich die betroffene Person auf dieser Grundlage belastenden therapeutischen oder präventiven Maßnahmen unterzieht (z. B. Brustamputation und Eierstockentfernung bei Vorhersage einer erblichen Wahrscheinlichkeit für Brustkrebs).

Analog dazu kann es zu „falsch negativen *Voraussagen*“ kommen, wenn eine Krankheit für eine konkrete Person *nicht* als wahrscheinlich vorhergesagt wird, dann aber später doch eintritt. Die „falsch negative“ Voraussage kann ernste Folgen haben, wenn man gegen die Krankheit hätte präventiv vorgehen können (z. B. mit regelmäßigen Kontrolluntersuchungen beim Arzt).

Die Problematik der prädiktiven Anwendung statistischer Risiken auf Einzelpersonen sei an einem einfachen fiktiven Beispiel erläutert:

Bei 600 weiblichen Personen werden die BRCA-Gene auf Brustkrebsmutationen untersucht. Anschließend wird registriert, welche Frauen jeweils bis an ihr Lebensende an Brustkrebs erkranken. Es ergeben sich die folgenden Zahlen<sup>98</sup> für die Verteilung von Genotyp (BRCA-Mutationen oder normaler Genotyp) und lebenslanger Brustkrebsinzidenz (das heißt Gesamtanzahl an Brustkrebserkrankungen):

	Brustkrebs	kein Brustkrebs	Summe
BRCA-Mutation	20	10	30
Normaler Genotyp	57	513	570
Summe	77	523	600

Tabelle 1: Brustkrebsinzidenz in Abhängigkeit vom Genotyp

<sup>98</sup> Der Anschaulichkeit halber bleibt die Darstellung bei absoluten Zahlen. Mit Division durch 600 lassen sich alle Eintragungen in Schätzungen von Wahrscheinlichkeit umrechnen.

Es handelt sich hier also um eine Krankheit, die sich im Laufe des Lebens bei 13 Prozent (77/600) der Gruppe herausbildet. Bei ihr kommt der mutierte Genotyp in 26 Prozent (20/77) der Fälle vor, bei Gesunden hingegen nur in 2 Prozent (10/523).

Aus der Tabelle lässt sich ersehen, dass die BRCA-Mutation mit dem Auftreten von Brustkrebs **statistisch assoziiert** ist, also anteilig häufiger bei an Brustkrebs erkrankten als bei gesunden Frauen vorkommt. Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, eine solche Assoziation quantitativ zu beschreiben. Ein Beispiel ist das **Quotenverhältnis** (*odds ratio*). Es ist als Kreuzproduktverhältnis<sup>99</sup> definiert – in der Tabelle:

$$\frac{20 \times 513}{57 \times 10} = 18$$

Der Ergebniswert drückt aus, wie viel größer das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, für Mutationsträgerinnen ist, verglichen mit Nicht-Mutationsträgerinnen – in diesem Fall 18-mal größer.

Aus den Tabellendaten lassen sich für ein **Individuum** aus der gleichen Bevölkerungsgruppe wie der in der Stichprobe untersuchten Frauen folgende Vorhersagen treffen:

**Voraussage des Krankheitsrisikos:** Trägerinnen der Mutation haben eine Wahrscheinlichkeit von 67 Prozent (20/30)<sup>100</sup>, dass Brustkrebs bei ihnen ausbrechen wird. Für Trägerinnen des normalen Allels beträgt die Wahrscheinlichkeit hingegen nur 10 Prozent (57/570)<sup>101</sup>.

---

99 Um ein Kreuzproduktverhältnis zu errechnen, werden zunächst die in der Tabelle jeweils „über Kreuz“ stehenden Einträge multipliziert und die Ergebnisse dann dividiert. Hier also das Produkt von Brustkrebskranken *mit* Genmutation (20) und Gesunden *ohne* Genmutation (513) geteilt durch das Produkt von Brustkrebskranken *ohne* Genmutation (57) und Gesunden *mit* Genmutation (10).

100 Anteil der brustkrebsbetroffenen Trägerinnen der Genmutationen an der Gesamtzahl der Trägerinnen der Genmutation.

101 Anteil der brustkrebsbetroffenen Frauen *ohne* Genmutation an der Gesamtzahl der Frauen ohne Genmutation.

Angenommen, man würde aus diesen Zahlen für Trägerinnen der Mutation die Voraussage „wird vermutlich krank werden“ ableiten und für Trägerinnen des normalen Allels die Voraussage „wird vermutlich nicht krank werden“, dann wäre diese Voraussage in 88 Prozent (533/600) zutreffend.

Für immerhin 12 Prozent der getesteten Personen hingegen wird die durch das Gentestergebnis hervorgerufene Erwartung auf das Eintreffen oder Ausbleiben der Krankheit jedoch *nicht* erfüllt, weil die Voraussage sich später als falsch herausstellt:

Für Trägerinnen des normalen Allels, die somit als „frei vom Krankheitsrisiko“ eingestuft werden, ergibt sich eine falsch negative Voraussage in 10 Prozent (57/570) der Fälle; sie bekommen Brustkrebs, obwohl sie das mutierte Gen nicht tragen. Dies liegt daran, dass die überwiegende Mehrzahl der Brustkrebserkrankungen eine andere Ursache hat als eine BRCA-Mutation. Selbst wenn man ein Risiko aufgrund eines mutierten BRCA-Gens also ausschließen kann, bleibt das Erkrankungsrisiko mit 10 Prozent fast genauso hoch wie das Gesamtrisiko der weiblichen Bevölkerung (13 Prozent) – denn nur das spezifische Teilrisiko, genau aufgrund einer BRCA-Mutation zu erkranken, wurde durch den Test herausgerechnet.

Für Trägerinnen des mutierten Allels aus der gleichen Bevölkerung, bei denen ein Krankheitsausbruch aufgrund des Tests für wahrscheinlich gilt, ergibt sich hingegen eine falsch positive Voraussage in 33 Prozent (10/30) der Fälle. Bei diesen Personen wären einschneidende Verhütungsmaßnahmen (z. B. prophylaktische Brustamputation) fehl am Platze.

Das grundsätzliche Problem aller prädiktiven Tests besteht also darin, dass eine Wahrscheinlichkeitsaussage, die für die Bezugspopulation zutrifft, im Einzelfall unzutreffend sein kann.

Die Beurteilung eines prädiktiven Tests und seiner Fehlermöglichkeiten hängt somit entscheidend von der Höhe des

Krankheitsrisikos<sup>102</sup> und der Testqualität ab sowie davon wie nachteilig falsche (falsch positive beziehungsweise falsch negative) Testergebnisse für den Betroffenen sind.

### 2.4.3 Interpretation komplexer Zusammenhänge

Der Umgang mit genetischen Risikoprognosen ist aufgrund der oben beschriebenen Unsicherheiten schon bei vielen monogenen Merkmalen eine schwierige Aufgabe. Die Schwierigkeiten verschärfen sich, wenn komplexe Zusammenhänge zwischen Genotyp und Phänotyp vorliegen.

Im vergangenen Jahrzehnt wurden für zahlreiche komplexe genetisch mit verursachte Merkmale, vor allem für Krankheitsdispositionen, umfangreiche Studien mit sehr großer Probandenanzahl durchgeführt. Hierzu wurden die für die jeweils untersuchten Phänotypen (Krankheiten) charakteristischen Symptome und Befunde registriert und dazu das genomweite Spektrum an individuellen SNP-Varianten oder SNP-Haplotypen<sup>103</sup> ermittelt. Diese Studien sind unter der Sammelbezeichnung „genomweite Assoziationsstudien“ (GWAS) über die statistische Bindung zwischen Genotypen<sup>104</sup> und Phänotypen verschiedener Krankheitsfelder publiziert worden. Sie haben eine umfassende Datenbasis eingebracht, aus denen mit mathematischen Methoden zahlreiche Hypothesen über Genorte

---

102 Die Spannweite reicht hier vom niedrigen einstelligen Bereich, wenn zum Beispiel eine bestimmte Genvariante das Risiko, eine multifaktorielle Krankheit zu bekommen, nur um wenige Prozent erhöht, bis hin zum hohen zweistelligen Bereich bei monogenen Erbkrankheiten mit verminderter Penetranz, wenn eine Genvariante wie beim erblichen Brustkrebs ein erhebliches Erkrankungsrisiko mit sich bringt.

103 Haplotypen sind charakteristische SNP-Muster auf einem gegebenen Chromosom, die in bestimmten Bevölkerungsgruppen auftreten und meist unverändert von Generation zu Generation vererbt werden. Das internationale Haplotyp-Kartierungsprojekt (*HapMap project*) ermittelt die weltweit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen auftretenden SNP-Haplotypen als Grundlage für eine genauere Markierung und Kartierung konstant vererbter Sequenzabschnitte des Genoms.

104 Genau: zwischen vermuteten Genvarianten an durch die Kartierung aufgefundenen assoziierten Genorten.

abgeleitet wurden, die an der Ausbildung komplexer Phänotypen beteiligt sind. Man hat auch versucht, die genotypisch-phänotypischen Assoziationen für die Vorhersage von Erkrankungsrisiken einzusetzen.<sup>105</sup> Dieser Ansatz liegt zum Beispiel einigen Direct-to-Consumer-Testangeboten (DTC) zugrunde, mit denen versucht wird, aus den individuellen genomischen Daten eines Kunden dessen Risiko für ausgewählte Krankheiten zu berechnen (vgl. Abschnitt 2.5.7).

Genomweite Assoziationsstudien sind Kartierungsverfahren. Mit ihnen wird nicht die gesamte DNA-Sequenz untersucht, sondern es werden DNA-Muster, die bei von einem phänotypischen Merkmal betroffenen Personen statistisch gehäuft auftreten, als „Marker“ kartiert. In der Regel ist es nicht der Marker (SNP oder Haplotyp) selbst, der die genetische Abweichung hervorruft, sondern eine dem Marker benachbarte Mutation, die durch genauere Sequenzierung zu identifizieren wäre. Die Grundannahme einer Assoziation von Markern und ursächlichen Varianten muss jedoch nicht in jedem Fall zutreffen. Wenn eine Mutation zum Beispiel sehr „alt“ ist, dann kann eine Kopplung von Marker und Mutation nach vielen Generationen verloren gehen. Die Hypothese einer strikten Assoziation von Marker und Krankheitsursache wird sich erst in einigen Jahren systematisch überprüfen lassen, wenn hinreichend umfangreiche direkte Genotyp-Phänotyp-Studien ohne Zwischenschaltung von Markern als Orientierungshilfen zum Vergleich vorliegen werden.

Nach einer Phase hochgesteckter Erwartungen ist die Beurteilung einer direkten klinischen Anwendung der Ergebnisse von genomweiten Assoziationsstudien vorerst einer deutlichen Ernüchterung gewichen.<sup>106</sup> Die unaufhebbare konzeptionelle Schwierigkeit besteht darin, dass bei multifaktoriell beeinflussten Merkmalen eine große Anzahl von Genorten und eine noch viel größere Zahl von Wechselwirkungen zwischen

---

105 Vgl. Manolio 2010; Pearson/Manolio 2008; Roberts et al. 2012.

106 Vgl. Buchanan/Weiss/Fullerton 2006.



diesen Genorten infrage kommen. Es entsteht unvermeidlich eine Tendenz zur statistischen Überanpassung (*overfitting*)<sup>107</sup> der Zusammenhänge, bei der eigentlich zufällige Zusammenhänge zwischen DNA-Sequenz und Phänotyp als vermeintlich ursächlich interpretiert werden. Ebenso kommt es zu Unteranpassungen (*underfitting*)<sup>108</sup>, bei denen tatsächlich relevante Gene oder Wechselwirkungen zwischen mehreren Genen nicht oder nicht richtig erfasst werden und deshalb der Identifizierung entgehen.

Um den komplexen Zusammenhang zwischen bestimmten Genvarianten und einem multifaktoriell bedingten Phänotyp zu verstehen, sind große Bevölkerungsstudien notwendig. Bei diesen Studien werden neben genetischen Markern Tausende von Parametern zur Beschreibung von Lebensumständen, neurologischen und verhaltenspsychologischen Profilen, des Gesundheitszustandes (Blutwerte, Blutdruck, Hormone etc.) und des Körpers (Größe, Gewicht, Bildungsdaten) erhoben. Die Gesamtheit aller dieser Befunde ist sehr variabel und für jedes Individuum spezifisch. Um aus der Vielzahl aller möglichen Kombinationen Aussagen zu einzelnen Parametern und gegebenenfalls zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen treffen zu können, sind sehr große Stichproben notwendig. Da sich zudem das Zusammenspiel all dieser Faktoren im Laufe des Lebens ändert, sind überdies Langzeituntersuchungen notwendig. Gegenwärtig wird in Deutschland deshalb eine prospektive nationale Kohortenstudie vorbereitet, die ab 2014 200.000 Personen über 20 bis 30 Jahre begleiten soll, um viele der noch offenen Fragen zur Genotyp-Phänotyp-Interaktion zu untersuchen.<sup>109</sup>

---

107 Es werden zufällige Effekte als vermeintliche Ursachenfaktoren nachmodelliert, die sich bei anderen Probanden nicht verifizieren lassen.

108 Der Genotypeinfluss ist mathematisch falsch eingesetzt, sodass systematische Abweichungen zwischen Modell und Daten bleiben, die eine Prädiktion verfälschen.

109 Vgl. online im Internet: <http://www.nationale-kohorte.de/informationen.html> [14.2.2013].

Die bisher veröffentlichten größeren Bevölkerungsstudien haben eine Fülle von „Kandidatengen“ und in ihnen auffällige Polymorphismen ergeben, die für die jeweilige Krankheit als Teilursache infrage kommen, aber fast immer nur in sehr geringem Maße. Es besteht meist keine befriedigende Übereinstimmung zwischen der aufgrund bekannter genetischer Faktoren statistisch modellierten und der in Familienstudien real gemessenen Erblichkeit der Krankheitsmerkmale. Man spricht von *missing heritability*<sup>110</sup> und findet oft keine befriedigende prädiktive Aussagekraft der erarbeiteten mathematischen Modelle. Ungeklärt bleibt oft auch, ob dies an einer nicht berücksichtigten Heterogenität der betreffenden Krankheitsursachen liegt oder ob die Bevölkerungsstichprobe nicht hinreichend homogen war.

Es ist gegenwärtig nicht absehbar, bei welchen multifaktoriellen Krankheiten es künftig gelingen wird, eine zutreffende systembiologische Modellierung des Ursachengefüges zu erarbeiten, die für prädiktive Zwecke (Prävention, vorbeugende Therapie) hinreichend leistungsfähig ist. Das Potenzial für den prädiktiven Einsatz genetischer Diagnostik bei komplex verursachten Krankheiten wird derzeit noch aufgrund der genannten Unklarheiten eher skeptisch beurteilt.<sup>111</sup>

---

110 Dieser Begriff beschreibt das Phänomen, dass es bei der Untersuchung des Einflusses von Genen dazu kommen kann, dass die gefundenen Genvarianten einzeln nur wenige Prozent und gemeinsam nur einen kleinen Anteil der nicht aus dem Genom, sondern zum Beispiel an Zwillings- und anderen Familienstudien ermittelten Erblichkeit des Phänotyps, erklären (vgl. Maher 2008).

111 Vgl. Vorträge der Anhörung des Deutschen Ethikrates am 3. Mai 2012 in Berlin. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/anhoerungen/praediktive-genetische-diagnostik-multifaktorieller-erkrankungen> [11.9.2012].

## 2.5 Anwendungsbereiche der Gendiagnostik

### 2.5.1 Präkonzeptionelle genetische Diagnostik

Die präkonzeptionelle genetische Diagnostik ist eine genetische Untersuchung vor der Zeugung. Ziel ist die Ermittlung der genetischen Veranlagung von Vater und/oder Mutter zwecks Ausschluss einer genetischen Belastung, entweder als ungerichtete Untersuchung oder weil sich eine genetische Anomalie bereits bei einer früheren Schwangerschaft herausgestellt hat beziehungsweise in der Verwandtschaft aufgetreten ist. Ein Verdacht kann auch weniger konkret wegen mehrfacher Fehlgeburten aufkommen.

Je nach Situation wird eine gezielte Suche nach Mutationen in einem bestimmten Gen, nach einer Chromosomentranslokation oder eine Suche nach Anlageträgerschaft für rezessive Defekte beziehungsweise X-chromosomale Defekte durchgeführt. Bei einem positiven Befund müssen die Eltern entscheiden, welche Konsequenzen zu ziehen sind, ob sie zum Beispiel auf ein Kind verzichten, eine künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) mit anschließender Präimplantationsdiagnostik der Embryonen oder eine natürliche Schwangerschaft mit Pränataldiagnostik anstreben.

Bislang wurden präkonzeptionelle Anlageträgertests vorwiegend für eine oder wenige konkrete Erbkrankheiten angeboten und nur für Personen mit einem für diese Krankheiten erhöhten Risiko, das entweder in der Familiengeschichte (mit bereits betroffenen Verwandten) begründet liegt oder in der Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe, in der das Risiko insgesamt erhöht ist (z. B. Tay-Sachs-Syndrom<sup>112</sup> bei askenasischen Juden oder Beta-Thalassämie im Mittelmeerraum).

---

<sup>112</sup> Autosomal rezessiv vererbte Fettstoffwechselstörung, die innerhalb der ersten Lebensjahre zum Tod führt und neben Erblindung mit schweren körperlichen und geistigen Entwicklungsverzögerungen einhergeht; besonders stark verbreitet bei Menschen mit jüdisch-osteuropäischer Herkunft.

Durch die Entwicklung der neuen Hochdurchsatz-Techniken zur Genomanalyse und die hierfür erwartete Kostensenkung ergibt sich in der präkonzeptionellen Gendiagnostik allerdings zunehmend die Möglichkeit, vor der Zeugung nach vielen möglichen genetischen Risiken gleichzeitig zu suchen.

Die Ausweitung der Testmöglichkeiten ist abzusehen; ein Test für knapp 600 Anlageträgerschaften befindet sich derzeit in der klinischen Prüfung.<sup>113</sup> Mehrere Firmen bieten derzeit schon Anlageträgertests für ca. 20 bis zu über 100 Erbkrankheiten gleichzeitig an und vermarkten diese teilweise auch direkt an interessierte Personen ohne Einschaltung eines Arztes.<sup>114</sup>

Mit der Zahl der untersuchten Genorte steigt die Wahrscheinlichkeit, dass genetische Veränderungen gefunden werden, die sich beim Kind als Erbkrankheiten oder genetische Risiken manifestieren könnten. Eine künftige zusätzliche Einbeziehung der Analyse von häufigeren Allelen mit gesundheitlich weniger einschneidenden Konsequenzen oder einem geringen bis moderaten Erkrankungsrisiko könnte neue Herausforderungen für den Umgang mit solchen Informationen und für die Beratung von Paaren mit sich bringen, die solche Diagnostik in Anspruch nehmen.

---

113 Vgl. Kingsmore 2012.

114 In Deutschland vermittelt die Firma bio.logis solche Tests bereits für über 20 Krankheiten direkt an Kunden, unter anderem für Mukoviszidose und Beta-Thalassämie (online im Internet: <https://www.bio.logis.de/pgs/produktnutzen/carrier-status> [20.2.2013]). Direkt über das Internet kann außerdem ein Anlageträgertest auf 40 Krankheiten bei 23andMe bestellt werden (online im Internet: <https://www.23andme.com/health/carrier> [12.9.2012]). In den USA bietet die Firma Pathway Genomics präkonzeptionelle Tests für über 70 rezessive Erbkrankheiten an (online im Internet: <https://www.pathway.com/dna-reports/carrier-status> [12.9.2012]); die Firma Counsyl fragt mit ihrem „Universal Genetic Test“ über 100 Erbkrankheiten ab (online im Internet: <https://www.counsyl.com/diseases> [20.2.2013]). Diese Tests können über den Arzt bestellt werden.

## 2.5.2 Präimplantationsdiagnostik

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) findet die genetische Diagnostik nach In-vitro-Fertilisation am Embryo außerhalb der Gebärmutter statt. Nach geltender Rechtslage ist die PID nur zulässig zur Feststellung der Gefahr einer schwerwiegenden Erbkrankheit oder einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führt (§ 3a ESchG). Es werden mehrere Embryonen befruchtet, um für die Übertragung in den Uterus der Frau solche Embryonen auswählen zu können, die die befürchtete genetische Belastung nicht aufweisen. Technisch wird es zunehmend möglich sein, im Rahmen einer PID über diese eingeschränkte Indikation hinaus auch weitere umfangreiche genetische Daten zu dem *in vitro* vorhandenen Embryo zu generieren. Theoretisch könnte die Analyse in Zukunft auf die Sequenzierung des gesamten Genoms ausgedehnt werden.

## 2.5.3 Pränatale genetische Diagnostik

Bei der pränatalen genetischen Diagnostik wird die Untersuchung vor der Geburt mit genetischem Material des sich entwickelnden Kindes durchgeführt. Sowohl Chromosomenstörungen als auch Veränderungen in spezifischen Genen können dadurch diagnostiziert werden. Derzeit geschieht dies üblicherweise entweder nach Chorionzotten-Biopsie oder nach einer Amniozentese. Beide Methoden bergen ein Fehlgeburtsrisiko von 0,5 bis 1 Prozent<sup>115</sup>, weshalb ihre Anwendung in den Mutterschaftsrichtlinien<sup>116</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses nur für Risikoschwangerschaften empfohlen wird. Zudem wird eine Chorionzotten-Biopsie in der Regel erst ab

---

<sup>115</sup> Vgl. Tabor/Alfirevic 2010.

<sup>116</sup> Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012).

der 11. Schwangerschaftswoche, eine Amniozentese erst ab der 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt.<sup>117,118</sup>

Die in Abschnitt 2.3.6 beschriebenen neu entwickelten nichtinvasiven Verfahren, bei denen Bruchstücke fetaler DNA aus dem mütterlichen Blut untersucht werden, bieten die Möglichkeit, die Risiken des invasiven Eingriffs der Chorionzotten-Biopsie und Fruchtwasseruntersuchung zu vermeiden, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass eine invasive Diagnostik bislang erforderlich bleibt, wenn über Trisomie 21, 18 und 13 hinaus weitere genetische Veränderungen abgeklärt werden sollen. Für die Zukunft werden allerdings auch umfassendere nichtinvasive chromosomale und molekulargenetische Analysemöglichkeiten in Aussicht gestellt. Hinzu kommt mit den zunehmenden Möglichkeiten der Genomanalyse die Perspektive, dass das fetale Genom künftig unabhängig von der DNA-Gewinnungsmethode breiter und unspezifischer als bisher auf alle genetischen Merkmale untersucht werden kann.

Aufgrund der Nichtinvasivität der neuen Testverfahren besteht die Möglichkeit, dass die Nachfrage nach pränatalen Gentests künftig steigen könnte. In diesem Zusammenhang sind zu erwartenden Fehldiagnosen zu berücksichtigen, insbesondere falsch positive Testergebnisse, die eine invasive Folgeuntersuchung oder einen Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen können. Bei einem nichtinvasiven Test auf Trisomie 21, 18 und 13, wie er gegenwärtig in Deutschland als PraenaTest von der Firma Lifecodexx GmbH angeboten wird, wird derzeit von einer Falsch-positiv-Rate von ca. 0,3 Prozent ausgegangen.<sup>119</sup>

---

117 Vgl. Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen (Bundesärztekammer 2003).

118 Zählung der Schwangerschaftswochen nach dem ersten Tag der letzten Monatsblutung.

119 0,2 Prozent nach neuesten Angaben des Herstellers für Fachkreise vom Februar 2013 aufgrund einer Studie von 468 Fällen, 0,3 Prozent als Mittelwert größerer internationaler Studien (vgl. Benn et al. 2012). Dabei ist außerdem zu berücksichtigen, dass die tatsächliche Rate aufgrund statistischer Schwankungen im Bereich zwischen 0,2 und 0,7 variieren könnte und mit größerer Sicherheit erst anhand wesentlich umfangreicherer Studien berechnet werden kann.

Die Bedeutung einer solchen Rate lässt sich in einer Beispielrechnung wie folgt veranschaulichen: Die Wahrscheinlichkeit, mit einem von Trisomie 21 betroffenen Kind schwanger zu werden, liegt bei der Gruppe von Frauen mit erhöhtem Risiko, für die der Test derzeit ausschließlich empfohlen wird, bei ungefähr einem Prozent.<sup>120</sup> Geht man von 30.000 schwangeren Frauen mit diesem Risiko aus<sup>121</sup>, die alle einen nichtinvasiven Test auf Trisomie 21 mit einer Falsch-positiv-Rate von 0,3 Prozent in Anspruch nehmen, erwartet man neben 300 tatsächlich von einer Trisomie 21 betroffenen Schwangerschaften (1 Prozent von 30.000), zusätzlich 89 falsch positiv gestestete Fälle unter den verbleibenden 29.700 nicht betroffenen Schwangerschaften (0,3 Prozent von 29.700). Von insgesamt 389 Testergebnissen, die auf eine Trisomie 21 hindeuten, wären in diesem Beispiel fast ein Viertel falsch positiv.

Ein noch höherer Anteil wäre zu erwarten, falls künftig sinkende Testkosten und der frühzeitig mögliche nichtinvasive Zugang zum Test dazu verleiten würden, den Test auch bei Schwangeren mit geringerem Trisomie-Risiko einzusetzen. Bei einem Risiko für Trisomie 21 von ca. 1:700<sup>122</sup> wäre beispielsweise damit zu rechnen, dass ca. zwei Drittel der Trisomie-21-Diagnosen falsch positiv wären und nur ein Drittel korrekt.<sup>123</sup>

Anbieter empfehlen deshalb, bei Verdacht auf Trisomie den PraenaTest lediglich als (weiteres) Screening einzusetzen

---

120 Durchschnittliche Wahrscheinlichkeit für Schwangere im Alter von 40 Jahren; Grenzwert, für den beim Ersttrimester-Screening häufig eine invasive Folgeuntersuchung empfohlen wird.

121 Angelehnt an die Zahl der Lebendgeborenen 2011, deren Mütter 40 Jahre oder älter waren: 28.470. Vgl. online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneAlter.html> [7.3.2013].

122 Durchschnitt für alle Schwangeren.

123 Dies gilt, falls die Falsch-positiv-Rate des Tests bei diesem Kollektiv ebenso hoch ist wie für Fälle mit höherem Risiko; tatsächlich ist die nichtinvasive Pränataldiagnostik bislang noch unzureichend bei Schwangeren mit niedrigem Risiko getestet worden. Die Modellrechnung mit 30.000 Schwangeren ergibt für ein Risiko von 1:700 43 Ungeborene mit Down-Syndrom und 90 nicht betroffene Ungeborene, deren Mütter dennoch fälschlich ein Trisomie 21 Testergebnis erhalten.

und speziell im positiven Testausfall ein invasives Verfahren zur Sicherung der Diagnose anzuschließen.

Es ist dabei allerdings nicht auszuschließen, dass insbesondere bei einem – technisch möglichen<sup>124</sup> – frühen Einsatz einer nichtinvasiven pränatalen Gendiagnostik in der 10. Schwangerschaftswoche ein Teil der Schwangeren, die ein positives Testergebnis erhalten, die Diagnosesicherung durch einen invasiven Test ablehnt und einen Abbruch der Schwangerschaft unmittelbar (z. B. im Rahmen von § 218a Abs. 1 StGB) anstrebt. Sollte ein solches Entscheidungsverhalten der Schwangeren weitgehend üblich werden, wäre die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nach einem falsch positiven Testergebnis in etwa so hoch wie die Zahl der Fehlgeburten, die sich ereignen würden, wenn alle Schwangeren von vornherein eine invasive Pränataldiagnostik in Anspruch genommen hätten.<sup>125</sup>

## 2.5.4 Postnatale genetische Diagnostik zu Zwecken der Prognose und Therapieplanung

Bei solchen Untersuchungen geht es darum, individuelle Merkmale beziehungsweise Eigenschaften zu ermitteln, die zum Beispiel bei Vorliegen einer bestimmten Krankheit Hinweise auf den künftigen Verlauf der Erkrankung geben. Testergebnisse können frühzeitig auf besonders schwere Verlaufsformen oder besondere Komplikationen hinweisen oder erlauben, durch Vorhersage milder Verlaufsformen Befürchtungen zu entkräften.<sup>126</sup>

---

124 In Deutschland wird der PraenaTest der Firma Lifecodexx zwar erst ab der 12. Schwangerschaftswoche angeboten; vergleichbare Tests sind im Ausland jedoch schon ab der 10. Schwangerschaftswoche erhältlich. Vgl. online im Internet: [http://www.panoramatest.com/patients\\_faqs](http://www.panoramatest.com/patients_faqs) [8.3.2013].

125 Das Fehlgeburtsrisiko nach einer invasiven Pränataldiagnostik liegt nach derzeitigen Schätzungen bei 0,5 bis einem Prozent, das Risiko eines falsch positiven Ergebnisses bei einer nichtinvasiven Pränataldiagnostik bei 0,2 bis 0,7 Prozent.

126 Dies kann zum Beispiel für gewisse Allele für Mukoviszidose der Fall sein.



Mehr und mehr gelingt es auch, auf der Grundlage einer besseren Kenntnis der genetischen und molekularen Mechanismen für die Entstehung einer Krankheit passende Therapien auszuwählen oder sogar zu entwickeln. In diesen Fällen kann eine genetische Diagnostik die Zuordnung des Patienten zu einer bestimmten Fallgruppe erlauben, die mit einem gezielten Medikament erfolgreich behandelt werden kann. Das Ziel kann auch sein, Patienten, bei denen ein Medikament wirkungslos ist, eine Behandlung mit diesem Medikament auch angesichts der Nebenwirkungen zu ersparen.

Solche pharmakogenetischen Tests setzt man zur Feindiagnostik und Therapieplanung derzeit vor allem in der Krebstherapie ein. Es gibt inzwischen aber auch spezifische Bluttests für die klinische Pharmakotherapie bei einer begrenzten Gruppe anderer Krankheiten, zum Beispiel für die Behandlung mit Statinen bei Störungen des Fettstoffwechsels.

Zur Standardbehandlung von Brustkrebs gehört die tägliche Medikamenteneinnahme des Anti-Östrogens<sup>127</sup> Tamoxifen. Dieses Medikament wird von Tausenden von Frauen leitliniengerecht eingenommen. Als Nebenwirkungen sind unter anderem Hitzewallungen, Leberenzym erhöhungen und Gelenkschmerzen bekannt. Bei knapp 10 Prozent der Frauen wirkt dies Medikament überhaupt nicht, bei ca. 20 Prozent nur abgeschwächt. Pharmakogenetische Untersuchungen könnten in solchen Fällen dazu beitragen, Fehlbehandlungen zu vermeiden.

### **2.5.5 Prädiktive genetische Diagnostik auf monogene Krankheiten**

Das klassische Einsatzgebiet genetischer Untersuchungen bei monogen vererbten Krankheiten ist die Differenzialdiagnose

---

<sup>127</sup> Östrogen: Hormon, das besonders im weiblichen Organismus regulatorische Funktionen ausführt.

und Prognose möglicher Fehlbildungen, Stoffwechseldefekte und organischer Syndrome. Ein prädiktiver Einsatz kommt dann infrage, wenn der genetische Befund der Ausbildung des körperlichen Befundes zeitlich vorausgeht. Ein bekanntes Beispiel ist die Huntington-Krankheit. In dem verursachenden Gen, dessen Basenabfolge für die Entstehung der Krankheit verantwortlich ist, befindet sich an einer bestimmten Stelle die mehrfache Wiederholung der Nukleotid-Buchstabenfolge CAG. Bei jedem Träger von mehr als 40 Wiederholungen dieses Basentriplets manifestiert sich die Krankheit<sup>128</sup>; alle Individuen, die klinisch an der Huntington-Krankheit erkranken, tragen diese Veränderungen, in einigen Fällen sogar mehrfache Mutationen, im Gen.

Monogene Krankheitsanlagen können zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht werden, unter anderem auch im Rahmen der bereits oben beschriebenen präkonzeptionellen und pränatalen Tests sowie beim Neugeborenen-Screening, aber auch erst später nach der Geburt oder im Erwachsenenalter. Dies kann aufgrund einer konkreten medizinischen Indikation erfolgen oder als ungerichtetes Suchverfahren. Letzteres wird mit dem Einsatz von Hochdurchsatz-Verfahren für große Bevölkerungsgruppen möglich werden.

Grundsätzlich gilt für prädiktive molekulargenetische Tests auf monogene Krankheiten, dass das Ergebnis in allen Fällen, in denen die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen Genotyp und Krankheit wie oben beschrieben unvollständig ist (vgl. Abschnitt 2.2), nicht zu einer **Diagnose** der Krankheit oder Störung führt, sondern nur noch zu einem statistisch abgeleiteten **Risiko**, nämlich dass sich aufgrund eines „positiven“ genetischen Befundes eine Krankheit entwickeln *könnte*. Hieraus ergeben

---

128 Allerdings erst im vorgeschrittenen Lebensalter, weshalb dieser Fall ein elementares Modell für die Diskussion prädiktiver im Unterschied zu aktueller genetischer Diagnostik ist. Je mehr CAG-Triplets vorhanden sind, desto früher und schwerer tritt die Krankheit auf. Bei 36 bis 40 CAG-Wiederholungen im Huntington-Gen ist die Krankheit nicht sicher vorhersehbar, unter 36 Wiederholungen gelten als normal.

sich in solchen Fällen auch bei der genetischen Beratung zu monogenen Störungen ähnliche Probleme, wie sie nachfolgend für multifaktorielle Krankheiten beschrieben werden.

### **2.5.6 Prädiktive genetische Diagnostik bei multifaktoriellen Erkrankungen**

Bei multifaktoriellen Erkrankungen kann die Ermittlung eines bestimmten Genotyps in den meisten Fällen nicht zur sicheren Diagnose einer Krankheit führen. Vielmehr wird die Diagnose erst klinisch durch Bewertung der Symptome und klassische Laboruntersuchungen oder mittels Bildgebung festgestellt. Dennoch besteht die Hoffnung, durch genetische Analytik ergänzende diagnostische und vor allem prädiktive Hinweise zu gewinnen. Durch die Kenntnis eines genetisch bedingten erhöhten Krankheitsrisikos soll die Motivation erhöht werden, frühzeitig präventive Maßnahmen zu ergreifen.

Bisher wurden mehrere hundert Studien mit genomweiter Assoziationsanalyse (GWAS) mittels DNA-Chips durchgeführt und dabei für eine größere Anzahl von multifaktoriellen Merkmalen mehrere tausend Kandidaten-Genorte für einen Einfluss des Genotyps auf den jeweiligen Phänotyp statistisch signifikant nachgewiesen (vgl. Abschnitt 2.4.3). Ein konsistentes Bild für die prädiktive Gendiagnostik ergibt sich bislang daraus meist noch nicht.

Der Einsatz der genetischen Diagnostik bei Volkskrankheiten führt dagegen bereits jetzt zu Erkenntnissen, wenn es um seltene familiäre Varianten einer Volkskrankheit geht, das heißt, wenn eine Genvariante mit einer deutlich ursächlichen Beteiligung an der Erkrankung, deren Einfluss beim Betroffenen aufgrund Erblichkeit in der Familie vermutet wird, ermittelt wird.<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Weniger als fünf Prozent der Alzheimer-Patienten leiden zum Beispiel an einer monogen verursachten früh ausbrechenden Variante der Krankheit.

## 2.5.7 Direct-to-Consumer-Tests

Die vorgenannten Anwendungsbereiche werden zum Teil seit einigen Jahren auch als sogenannte Direct-to-Consumer-Tests (DTC-Tests) angeboten. Genetische Tests werden frei verkäuflich von Unternehmen – meist über das Internet – im Prinzip der ganzen Bevölkerung angeboten<sup>130</sup>, die vom Kunden ohne Veranlassung durch einen Arzt direkt beim Anbieter oder über Dritte (z. B. Fitnessstudios oder Ernährungsberater) mit Einsenden einer genetischen (Speichel-)Probe bestellt werden können. Die Testergebnisse können in der Regel vom Kunden selbst mittels eines persönlichen Codes bei dem Unternehmen abgerufen werden.

Einer der bekanntesten Anbieter von DTC-Tests ist die US-Firma 23andMe. In Europa bieten derzeit zum Beispiel die Firma easyDNA<sup>131</sup> und in Deutschland die Firma bio.logis<sup>132</sup> eine Auswahl von Testkombinationen mit Listen der zu diagnostizierenden genetischen Veranlagungen direkt über das Internet an.

Die meisten anderen Firmen setzen hingegen auf ein Angebot, das die Sequenzierung ausgewählter Genmerkmale und eine begleitende Analyse und Interpretation umfasst. Zum Angebotsspektrum gehören vor allem Tests von gesundheitlicher Relevanz für die Familienplanung (Anlageträgerschaft), Prävention (Ermittlung von Risikofaktoren für gesundheitliche Störungen) und für die Optimierung der medikamentösen Therapie (Pharmakogenetik).

---

Diesen Fällen liegen Mutationen in einem von drei Genen (Präsenilin-1-Gen, Präsenilin-2-Gen, Amyloid-Precursor-Protein-Gen) zugrunde (vgl. Bertram/Tanzi 2008).

130 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Humangenetik 2011.

131 Online im Internet: <http://www.easydna.ch> [4.3.2013].

132 Online im Internet: <https://www.bio.logis.de> [4.3.2012], zum Beispiel das Paket „carrier“, mit dem eine Liste genetischer Varianten mit Bedeutung für die Familienplanung und Nachkommen getestet wird, das Paket „pharma“ (Verstoffwechslung von bestimmten Medikamenten) oder das Paket „complete“, das alle anderen Pakete umfasst.

Auch Testergebnisse zu genetischen Merkmalen, die mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit monogen oder hoch penetrant zu einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung führen, werden mitunter den Kunden ohne Hinzuziehung eines Arztes mitgeteilt, obwohl die Beeinträchtigung entweder gar nicht oder nur mithilfe invasiver Maßnahmen verhindert oder behandelt werden kann.

Außerdem bieten viele Firmen auch Tests zur Abstammungsanalyse sowie Tests auf Merkmale an, die keine direkte gesundheitliche Relevanz haben, aber Informationen für die Lebensführung liefern sollen. 23andMe beispielsweise testet 57 nicht unmittelbar medizinisch relevante Merkmale. Ihre Aussagen decken ein weites Spektrum von Vorhersagen ab; dieses reicht von spezifischen Geschmacks- und Geruchssensibilitäten, Ernährungsempfehlungen und Reaktionen auf gewisse Sportprogramme bis hin zur Vorhersage von Gedächtnisleistung, Intelligenz, Brustgröße oder Haardichte.<sup>133</sup>

Inwieweit die enormen wirtschaftlichen Erwartungen der DTC-Test-Anbieter und die Befürchtungen der Politik, dass die Nachfrage nach diesen Tests drastisch zunehmen wird, realistisch sind, bleibt abzuwarten. Die ursprünglichen Erwartungen eines expandierenden DTC-Marktes haben sich bisher nicht erfüllt. In den USA haben die Interventionen der Food and Drug Administration dazu geführt, dass DTC-Anbieter solche Gentests, deren Aussagekraft fraglich ist oder mit denen Veranlagungen für schwerwiegende Erkrankungen diagnostiziert werden können, freiwillig zurückgezogen haben. Die DTC-Pioniere DeCODE Genetics und Navigenics stellten das Geschäft 2012 ein, nachdem sie von anderen Firmen aufgekauft worden waren.<sup>134</sup> Andere Anbieter wie Pathway

---

133 Vgl. online im Internet: <https://www.23andme.com/health/all> [4.3.2013].

134 Navigenics wurde von LifeTechnologies gekauft, deCODE Genetics von Amgen. Vgl. online im Internet: <http://www.genomicslawreport.com/index.php/2012/12/10/implications-of-amgendecode-deal-for-genetic-testing-consumers> [14.2.2013]; Allison 2012.

Genomics<sup>135</sup> oder Counsyl<sup>136</sup> (Schwerpunkt präkonzeptionelle Tests) bieten ihre Dienste nach einer ursprünglichen DTC-Phase inzwischen nur noch über Ärzte an. Die Konzentration auf die Wissenschaft und auf Einrichtungen der Krankenversorgung wird wirtschaftlich offenbar als erheblich günstiger eingeschätzt.

---

135 Online im Internet: <https://www.pathway.com> [4.2.2013].

136 Online im Internet: <https://www.counsyl.com> [4.3.2013].

## 3 DER RECHTLICHE ORDNUNGSRAHMEN

Eine wichtige Steuerungsfunktion für die Anwendung gendiagnostischer Verfahren kommt der Rechtsordnung zu.

### 3.1 Verfassungsrechtliche Grundlagen und Maßstäbe

Innerhalb der nationalen Rechtsordnung kommt dem Verfassungsrecht die zentrale Maßstabsfunktion zu. Namentlich in seinem Grundrechtsteil enthält das Grundgesetz zahlreiche Vorgaben (auch) für die gendiagnostische Praxis. Problemstrukturierend lassen sich dabei folgende Unterscheidungen treffen:

(1) Im Mittelpunkt stehen zunächst die grundrechtlichen Schutzgüter derjenigen, an deren Körpermaterial gendiagnostische Maßnahmen durchgeführt werden. Neben der in Art. 1 Abs. 1 GG als unantastbar gewährleisteten Menschenwürde, die aber nur bei schweren Beeinträchtigungen elementarer Persönlichkeitselemente ihre Schutzfunktion entfaltet, sind vor allem folgende Grundrechtsgarantien zu beachten:

- » das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG);
- » das in Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG garantierte allgemeine Persönlichkeitsrecht mit seinen unterschiedlichen Teilgehalten. Dazu zählen
  - der Schutz der Intim- und Privatsphäre,
  - das Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Befugnis des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Offenbarung persönlicher Lebenssachverhalte zu entscheiden,
  - das Recht auf Wissen ebenso wie das Recht auf Nichtwissen als Bedingungen selbstbestimmter Lebensgestaltung;

- » der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und die Diskriminierungsverbote des Art. 3 Abs. 3 GG einschließlich des Verbots der Benachteiligung behinderter Menschen;
- » für bestimmte Konstellationen ferner das Recht auf Fortpflanzung (Art. 6 Abs. 1 GG) und das Elternrecht (Art. 6 Abs. 2 GG).

(2) Darüber hinaus sind aufseiten derjenigen, die gendiagnostische Maßnahmen anbieten und durchführen, die Berufsfreiheit (etwa von Ärzten) gemäß Art. 12 Abs. 1 GG und im Forschungskontext die Wissenschaftsfreiheit (Art. 5 Abs. 2 Satz 1 GG) zu berücksichtigen.

Die genannten Grundrechte wirken dabei auf verschiedenen Funktionsebenen:

- » Sie sind Eingriffsabwehrrechte gegenüber staatlichem Handeln.
- » Sie begründen Schutzrechte und insoweit die Verpflichtung vor allem des Gesetzgebers, die grundrechtlichen Schutzgüter vor Übergriffen privater Dritter zu bewahren.
- » Sie können schließlich unter Umständen auch Leistungsrechte begründen und werden insoweit durch das Sozialstaatsprinzip ergänzt.

Für die gendiagnostische Praxis sind vielfach multipolare Rechtsbeziehungen charakteristisch: Mehrere Grundrechtsträger mit zum Teil gegenläufigen Interessen sind beteiligt, auf die der Staat aufgrund der unterschiedlichen Grundrechtsfunktionen zu reagieren hat. Das ist für die pränatale Gendiagnostik offenkundig, wenn die Informationsgewinnung der Entscheidungsfindung über einen etwaigen Schwangerschaftsabbruch dient. Dies gilt aber auch für etliche Fallgestaltungen in der postnatalen Gendiagnostik – etwa im Verhältnis von Kindern zu ihren Eltern oder im Zusammenhang mit dem (Nicht-)Wissen über den Heterozygoten-Status. Multipolare



Grundrechtsrelationen führen aber regelmäßig zu schwierigen Abwägungsfragen. Wenn der Staat, „Schutz durch Eingriff“ zu erreichen sucht, muss er gleichermaßen den Anforderungen des Übermaßverbotes<sup>137</sup> und des Untermaßverbotes<sup>138</sup> gerecht werden. Wegen der Komplexität dieser Herausforderung kommt insbesondere dem parlamentarischen Gesetzgeber, der die grundrechtswesentlichen Fragen gesetzlich regeln muss, ein beträchtlicher Einschätzungsspielraum zu.

## 3.2 Einfachrechtliche Regelungen

Die Lebens- und Sachbereiche, für die die Gendiagnostik Bedeutung hat, sind vielgestaltig. Das deutsche Recht verzichtet darauf, diese Materie umfassend in einem einzigen Regelwerk zu normieren. Vielmehr existiert ein wichtige Teilbereiche erfassendes „Hauptgesetz“, das Gendiagnostikgesetz, das jedoch durch weitere Regelwerke allgemeineren beziehungsweise besonderen Zuschnitts ergänzt wird. Dadurch entsteht insgesamt ein rechtlicher Ordnungsrahmen, der einzelne wichtige Lebensbereiche einer eingehenden und bereichsspezifischen Regulierung unterwirft, andere ebenfalls bedeutsame Sachgebiete wie etwa die Forschung (soweit diese nicht im Rahmen einer medizinischen Behandlung stattfindet) dagegen weitgehend ausblendet, auf wiederum andere Problemgestaltungen zum Teil mit punktuellen Sonderregelungen reagiert und schließlich allgemeine (das heißt nicht bereichsspezifische) Vorschriften zur Verfügung stellt. Der Inhalt der wichtigsten Regelwerke ist nachfolgend dargestellt. Diese Regelwerke werden durch weitere gesetzliche und untergesetzliche spezielle und allgemeine Vorschriften auf Bundes- und Landesebene ergänzt, auf die, soweit erforderlich, im jeweiligen Kontext

---

137 Dieses gebietet ihm, die abwehrrechtliche Position der betroffenen Grundrechtsträger nicht unverhältnismäßig einzuschränken.

138 Dieses verlangt von ihm einen hinreichend wirksamen Schutz der von privaten Übergriffen betroffenen Schutzgüter.

dieser Stellungnahme eingegangen wird. An dieser Stelle seien etwa das ärztliche Berufsrecht und die rechtlich relevanten fachlichen Standards der beteiligten Professionen erwähnt.<sup>139</sup> Das allgemeine, nicht kodifizierte Medizinrecht, wie es seine Konkretisierung und Ausprägung durch die Rechtsprechung erfahren hat, ist ebenfalls weiterhin gültig, soweit sich aus gesetzlichen Regelungen nicht etwas anderes ergibt.

### 3.2.1 Das Gendiagnostikgesetz

Seit dem 1. Februar 2010 ist das Gendiagnostikgesetz (GenDG) in Kraft.<sup>140</sup>

#### *Anwendungsbereich*

Der Anwendungsbereich des Gesetzes wird durch § 2 in nicht leicht zu überschauender Weise wie folgt bestimmt:

- » Zum einen gilt das Gendiagnostikgesetz „für genetische Untersuchungen und im Rahmen genetischer Untersuchungen durchgeführte genetische Analysen bei geborenen Menschen sowie bei Embryonen und Feten während der Schwangerschaft und den Umgang mit dabei gewonnenen genetischen Proben und genetischen Daten bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken und zur Klärung der Abstammung“.
- » Zum anderen erfasst das Gesetz – unabhängig von einer medizinischen Zwecksetzung – genetische Untersuchungen „im Versicherungsbereich und im Arbeitsleben“.
- » Darüber hinaus knüpfen die Diskriminierungsverbote der §§ 4 und 21 GenDG unmittelbar an den Begriff der

---

<sup>139</sup> Vgl. dazu Taupitz 2009, 63 ff.

<sup>140</sup> Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 31. Juli 2009 (BGBl. I, 2529, 3672); zum Inkrafttreten der einzelnen Regelungen des Gesetzes mit unterschiedlichen zeitlichen Anordnungen für einzelne Vorschriften siehe näher § 27 GenDG.

genetischen Eigenschaften an und erfassen damit nach der Definition in § 3 Nr. 4 auch genetische Merkmale, die nicht über genetische Untersuchungen im Sinne des § 3 Nr. 1 GenDG gewonnen wurden.<sup>141</sup>

§ 2 GenDG umschreibt seinen Anwendungsbereich aber nicht nur positiv. Absatz 2 der Norm grenzt vielmehr negativ bestimmte Lebens- und Sachbereiche von der Geltung des Gesetzes aus. Danach gilt das Gesetz nicht für genetische Untersuchungen und Analysen und den Umgang mit genetischen Proben und Daten zu Forschungszwecken (Nr. 1), aufgrund von strafverfahrensrechtlichen und polizeirechtlichen Vorschriften (Nr. 2a) sowie aufgrund von infektionsschutzrechtlichen Regelungen (Nr. 2b). Ursprünglich war die Regelung des Bereichs der Forschung noch vorgesehen, dies wurde aber im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens fallengelassen.<sup>142</sup> Das Gendiagnostikgesetz findet im Rahmen von Forschungsvorhaben daher nur Anwendung, wenn die genetische Diagnostik neben der Verwendung der Daten für die Forschung auch der medizinischen Behandlung oder einem Heilversuch einer einzelnen Person dient. Die Regelungen des Gendiagnostikgesetzes gelten für geborene Menschen sowie für Embryonen und Feten während der Schwangerschaft. Sie gelten nicht für genetische Untersuchungen eines Toten. Eine weitere Beschränkung des Anwendungsbereichs ergibt sich daraus, dass „genetische Eigenschaften“ im Sinne des Gendiagnostikgesetzes „ererbte oder während der Befruchtung oder bis zur Geburt erworbene, vom

---

141 Stockter, in: Prütting 2012, § 2 Rn. 3; Kern 2012, § 4 Rn. 26. Dafür spricht auch, dass § 1 als Zweck des Gesetzes die Benachteiligung aufgrund genetischer Eigenschaften hervorhebt, ohne dies an genetische Untersuchungen zu knüpfen. Es wäre auch widersinnig, beim Benachteiligungsverbot zu differenzieren nach genetischen Eigenschaften, die im Wege der genetischen Untersuchung nach § 3 Nr. 1 GenDG und solchen, die auf andere Weise gewonnen wurden.

142 In der Gesetzesbegründung wird dies damit begründet, dass es bei der genetischen Forschung um die allgemeine Erforschung von Ursachenfaktoren menschlicher Eigenschaften geht, die nicht auf konkrete Maßnahmen gegenüber einzelnen Personen zielt.

Menschen stammende Erbinformationen“ sind (§ 3 Nr. 4). Die genetische Untersuchung von nach der Geburt erworbenen genetischen Eigenschaften, wie die genetische Untersuchung von Tumorgewebe, etwa um die Therapieempfindlichkeit oder eine Prognose des weiteren Verlaufs der Erkrankung zu ermitteln, unterliegt nicht den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes. Allerdings wird in diesen Fällen häufig auch das ererbte Genom des nicht vom Tumor veränderten Gewebes des Patienten mit untersucht, sodass die Regelungen des Gendiagnostikgesetzes zur Aufklärung und Einwilligung in eine diagnostische genetische Untersuchung gelten. Genetische Untersuchungen und Analysen, die nicht medizinischen Zwecken oder der Klärung der Abstammung dienen oder im Versicherungsbereich oder Arbeitsleben vorgenommen werden, sind nicht vom Gesetz erfasst. Sie sind damit aber nicht verboten. Das gilt auch für Gentests, die dem Ziel der Verbesserung der Lebensführung dienen sollen („Lifestyle-Tests“, vgl. Abschnitt 2.2.5).

### ***Definitionen***

Abschnitt 1 (Allgemeine Vorschriften) regelt neben dem Anwendungsbereich in § 3 die wichtigen Definitionen der gesetzlichen Begriffe. Hervorzuheben sind hier die Definitionen der „genetischen Untersuchung“ und der „genetischen Analyse“, mit denen der Anwendungsbereich des Gesetzes weiter konkretisiert und zu anderen Maßnahmen abgegrenzt wird. Die „genetische Analyse“ ist eine auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete Analyse a) der Zahl und der Struktur der Chromosomen (zytogenetische Analyse), b) der molekularen Struktur der DNA oder RNA oder c) der Produkte der Nukleinsäuren“ (§ 3 Nr. 2a bis c).<sup>143</sup> Die „genetische

---

<sup>143</sup> Oft wird behauptet, dass seit Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes alle medizinischen Untersuchungen, die nicht nur das Erbgut selbst, sondern auch die Genprodukte analysieren, zum Beispiel auch in der Praxis übliche Untersuchungen des Blutes auf Proteine, nun genetische Analysen mit den hohen Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes seien. Dies ist

Untersuchung“ ist eine auf den Untersuchungszweck gerichtete genetische Analyse zur Feststellung genetischer Eigenschaften oder die vorgeburtliche Risikoabklärung (die Phänotypanalysen wie den Ultraschall umfasst), einschließlich der Beurteilung der jeweiligen Ergebnisse (§ 3 Nr. 1a und b).

### **Arztvorbehalt**

Das Gendiagnostikgesetz verlangt zwingend bei einem Gentest zu medizinischen Zwecken<sup>144</sup> (das heißt bei diagnostischen und prädiktiven Gentests zur Abklärung von Krankheitsursachen, Krankheitsdispositionen, Arzneimittelwirkungen und Anlageträgerschaft für eine genetische Erkrankung) die Veranlassung der genetischen Untersuchung und der genetischen Analyse durch einen Arzt, die Durchführung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Technik durch dafür qualifiziertes Personal und die Einhaltung der für die Aufbewahrung

---

nicht richtig. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages erläuterte dies im Gesetzgebungsverfahren auch wie folgt: „Durch die Einfügung ‚auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtete‘ wird klargestellt, dass sämtliche in Nr. 2 genannten Analysen nur dann vom Gesetz erfasst sind, wenn sie der Feststellung genetischer Eigenschaften dienen. Die Cholesterinwertbestimmung bei einer Risikoperson, in deren Familie die familiäre Hypercholesterinämie vorkommt, ist eine Genproduktanalyse, die auf die Feststellung genetischer Eigenschaften abzielt, die für die Erkrankung ursächlich ist. Sie ist damit eine genetische Analyse. Demgegenüber ist die Cholesterinwertbestimmung beim Gesundheits-Check oder zur generellen Abklärung eines Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine Genproduktanalyse, die nicht auf die Feststellung genetischer Eigenschaften gerichtet ist, und somit keine genetische Analyse“ (BT-Drs. 16/12713).

- 144 Das Gesetz unterscheidet bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken diagnostische und prädiktive Untersuchungen (§ 3 Nr. 6). Eine diagnostische genetische Untersuchung ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel a) der Abklärung einer bereits bestehenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung, b) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die zusammen mit der Einwirkung bestimmter äußerer Faktoren oder Fremdstoffe eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung auslösen können, c) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können oder d) der Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die den Eintritt einer möglichen Erkrankung oder gesundheitlichen Störung ganz oder teilweise verhindern können (§ 3 Nr. 7). Eine prädiktive genetische Untersuchung ist eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung a) einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung oder b) einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen (§ 3 Nr. 8).

und Vernichtung der erhobenen genetischen Daten erforderlichen organisatorischen und technischen Maßnahmen (§ 5 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1, § 12). Die Aufklärung und Beratung muss durch einen Arzt erfolgen. Mit dem Arztvorbehalt soll sichergestellt werden, dass diese Diagnostik, bei der in besonderem Maße Grundrechte berührt sind (Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Recht auf Wissen und Nichtwissen der eigenen genetischen Konstitution), zum Schutz der Betroffenen nur im Rahmen der ärztlichen Fachkompetenz stattfindet.

### ***Aufklärung und Einwilligung***

Vor der Einholung der Einwilligung in eine genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken hat der verantwortliche Arzt die betroffene Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufzuklären. § 9 Abs. 2 legt den Inhalt der Aufklärung detailliert fest. Es ist vor allem über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der mit der vorgesehenen genetischen Untersuchung erzielbaren Ergebnisse und deren Bedeutung für eine Erkrankung und über gesundheitliche Risiken, die mit der Kenntnis der Ergebnisse verbunden sind, aufzuklären.<sup>145</sup> Die Einwilligung nach Aufklärung muss sowohl die Entscheidung über den Umfang der genetischen Untersuchung als auch die Entscheidung, ob und inwieweit das Untersuchungsergebnis zur Kenntnis zu geben oder zu vernichten ist, umfassen. Der Arzt hat sich davon zu überzeugen, dass der Betroffene die Erklärungen auch verstanden hat und sich über Wesen, Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung im Klaren ist (§§ 8, 9 GenDG). Die (nur) auf diese Weise wirksame Einwilligung (*informed consent*) ist Voraussetzung für alle diagnostischen und präventiven genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken am Menschen.

---

<sup>145</sup> Siehe hierzu auch die Richtlinie für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken (Gendiagnostik-Kommission 2012a).

Aufgrund der Weiterentwicklung der genetischen Diagnostik wird es möglich, eine immer größere Zahl von genetischen Informationen eines Menschen gleichzeitig mittels DNA-Microarrays auf Chips zu analysieren und mittels Suchverfahren das individuelle Genom ohne konkrete medizinische Fragestellung zu durchsuchen bis hin zur Sequenzierung des gesamten Exoms und Genoms (vgl. Abschnitt 2.3). Auf der rechtlichen Ebene muss geklärt werden, wie angesichts dieser Entwicklung die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes anzuwenden beziehungsweise inwieweit sie abzuändern sind. Insbesondere ist zu regeln, wie mit den voraussichtlich immer zahlreicher anfallenden Überschussinformationen umzugehen ist, also solchen Informationen, die über die von der konkreten medizinischen Fragestellung umfasste genetische Untersuchung hinausgehen. Nach dem Gendiagnostikgesetz ist bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken über alle mit dem gewählten Untersuchungsmittel erzielbaren Informationen über genetische Eigenschaften aufzuklären, und der Betroffene hat sich mit der Einwilligung zu entscheiden, welche der erzielbaren Informationen in die Untersuchung einbezogen und ihm zur Kenntnis zu geben und welche zu vernichten sind.<sup>146</sup> In Anbetracht des Umfangs der mit den neuen

---

<sup>146</sup> In der Gesetzesbegründung heißt es zu § 8, Einwilligung: Entsprechend dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung hat die betroffene Person selbst sowohl über die Vornahme als auch über den Umfang einer genetischen Untersuchung zu medizinischen Zwecken zu entscheiden. Die Entscheidung der betroffenen Person erstreckt sich auch darauf, welche mit dem vorgesehenen genetischen Untersuchungsmittel erzielbaren Informationen über genetische Eigenschaften sowie ob und gegebenenfalls welche bei der Aufklärung benannten möglichen unerwarteten Untersuchungsergebnisse in die genetische Untersuchung einbezogen werden sollen. Zur Aufklärung heißt es in der Begründung zu § 9: Die Aufklärung über die mit dem vorgesehenen Untersuchungsmittel erzielbaren Ergebnisse beschränkt sich auf den Untersuchungszweck, das heißt die mit der Untersuchung abzuklärenden genetischen Eigenschaften. Soweit das vorgesehene Untersuchungsmittel, zum Beispiel ein Multichip, bei der genetischen Analyse weitere als die mit der genetischen Untersuchung abzuklärenden genetischen Eigenschaften zur Verfügung stellt, ist die betroffene Person sowohl darüber vollständig aufzuklären als auch auf die Vernichtung der Überschussinformationen nach § 8 Abs. 1 Satz 2 hinzuweisen. Damit wird der betroffenen Person zugleich die Möglichkeit eröffnet, darüber zu

Methoden zu erzielenden genetischen Informationen wird eine Aufklärung über jede zu erzielende Information über genetische Eigenschaften, vor allem wenn die Methode der vollständigen Exom- oder Genomsequenzierung gewählt wird, oft nicht mehr möglich sein. Es stellt sich die Frage, wie in diesen Fällen die Aufklärung zu gestalten ist, welche Festlegungen konkret in der Einwilligung zu treffen sind oder ob und gegebenenfalls welche Begrenzungen der Informationsgewinnung zum Schutz der Betroffenen bereits auf der technischen Ebene erfolgen sollten. Regelungsbedürftig ist auch, wie bei genetischen Untersuchungen, die nicht den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes unterliegen, weil sie nicht zu medizinischen Zwecken erfolgen, die aber aufgrund der gewählten Methode (wie z. B. der Genomsequenzierung) auch Kenntnisse über genetische Krankheitsdispositionen liefern können, Aufklärung und Einwilligung zu gestalten sind. Eine weitere Frage ist, welche Mitteilungspflichten die ärztliche Person treffen, wenn sich Nebenbefunde ergeben, die nicht Gegenstand der Aufklärung und Einwilligung waren und die möglicherweise für die Gesundheit der betroffenen Person oder ihrer Nachkommen gravierende Auswirkungen haben können.

### ***Genetische Beratung***

§ 10 normiert die Anforderungen an die genetische Beratung, die seit dem 1. Februar 2012 nur noch von für genetische Beratungen qualifizierten Ärzten vorgenommen werden darf (§ 7 Abs. 3, § 27 Abs. 4).<sup>147</sup> Während nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses einer **diagnostischen** genetischen Untersuchung eine genetische Beratung lediglich angeboten werden

---

entscheiden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die mit einem solchen genetischen Untersuchungsmittel erzielbaren Informationen über genetische Eigenschaften in die Untersuchung einbezogen werden sollen.

<sup>147</sup> Siehe hierzu auch die Richtlinie über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung (Gendiagnostik-Kommission 2011a). Nach Auffassung des Deutschen Ethikrates bestehen gegen die Regelungsbefugnis des Bundes (Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG) keine durchgreifenden kompetenziellen Bedenken.



soll und eine ausnahmslos zwingende Pflicht zu einem derartigen Angebot nur bei Feststellung einer nicht behandelbaren Erkrankung oder gesundheitlichen Störung besteht, muss vor einer **prädiktiven** genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses stets eine entsprechende genetische Beratung stattfinden, es sei denn, die betroffene Person hat nach vorheriger schriftlicher Information über die Beratungsinhalte „im Einzelfall“ auf die Beratung schriftlich verzichtet. Die genetische Beratung hat in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen zu erfolgen. Sie sollte in einem persönlichen Gespräch erfolgen.<sup>148</sup> Sie muss insbesondere die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit einer Vornahme oder Nichtvornahme der genetischen Untersuchung und ihren vorliegenden oder möglichen Untersuchungsergebnissen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen der betroffenen Person durch die Untersuchung und ihr Ergebnis umfassen. Ziel ist es, einen verantwortungsbewussten Umgang mit der Entscheidung über eine genetische Untersuchung und mit dem Ergebnis zu erreichen. Ist anzunehmen, dass genetisch Verwandte der betroffenen Person Träger der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften mit Bedeutung für eine vermeidbare oder behandelbare Erkrankung oder gesundheitliche Störung sind, umfasst die genetische Beratung auch die Empfehlung, diesen Verwandten eine genetische Beratung zu empfehlen (§ 10 Abs. 3 Satz 4). Dies gilt auch im Falle der Untersuchung bei einem Embryo oder Fetus.

Das Ergebnis einer genetischen Untersuchung darf nur durch den Arzt, der die genetische Untersuchung verantwortet oder die Beratung durchgeführt hat, und nur direkt dem Betroffenen mitgeteilt werden (§ 11 Abs. 1 GenDG).<sup>149</sup> § 11 Abs. 3

---

<sup>148</sup> Vgl. Gendiagnostik-Kommission 2011a.

<sup>149</sup> Die Richtlinie für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken (Gendiagnostik-Kommission 2012a) regelt unter II.4 die näheren Einzelheiten wie Vertretungsbefugnisse in Ausnahmefällen bei Befundmitteilung.

erlaubt die Mitteilung an Dritte nur mit ausdrücklicher und schriftlicher Einwilligung der betroffenen Person. Zum Teil wird diese Regelung als zu restriktiv empfunden und gefordert, dem Arzt ein eigenständiges Recht zu geben, Verwandte des Betroffenen, die ebenfalls von der diagnostizierten genetischen Erkrankung betroffen sein könnten, auf ihr Risiko hinzuweisen und ihnen eine genetische Beratung zu empfehlen.

### ***Aufbewahrung und Vernichtung genetischer Daten***

Nach § 12 sind die zu medizinischen Zwecken ermittelten Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen in den Untersuchungsunterlagen aufzubewahren. Sie sind unverzüglich zu vernichten, wenn die Aufbewahrungszeit von zehn Jahren abgelaufen ist oder soweit der betroffene Patient sich dafür entschieden hat, das Untersuchungsergebnis nicht zur Kenntnis zu nehmen. Soweit Grund zu der Annahme besteht, dass durch die Vernichtung schutzwürdige Belange des betroffenen Patienten beeinträchtigt würden oder soweit der Betroffene einer längeren Aufbewahrung schriftlich zugestimmt hat, sind die Ergebnisse zu sperren. Diese Regelungen gelten nach § 12 Abs. 2 auch für die von ärztlicher Seite mit der Durchführung der genetischen Analyse beauftragten Einrichtungen (Labore, die die genetische Analyse vornehmen und in der Regel aufbewahren). Es bleibt jedoch unklar, inwieweit Überschussinformationen und Nebenbefunde<sup>150</sup> zu genetischen Eigenschaften, die nicht im Zusammenhang mit der konkreten medizinischen Behandlung stehen, die der Patient aber gemäß seiner Einwilligung in die genetische Untersuchung zur Kenntnis genommen hat und die daher nicht unverzüglich zu vernichten sind, in die Untersuchungsunterlagen aufzunehmen sind oder

---

<sup>150</sup> Unter Überschussinformationen versteht man durch eine genetischen Analyse generierte Informationen, die für die konkrete Fragestellung der Untersuchung nicht benötigt werden oder die unerwartet oder unerwünscht anfallen. Nebenbefunde sind aus Überschussinformationen generierte, über den medizinischen Zweck einer konkretem genetischen Untersuchung hinausgehende Befunde.

nicht. Solche zusätzlichen Informationen können im Zuge der technischen Entwicklung bei Wahl der entsprechenden Untersuchungsmethode in großem Umfang anfallen. Hier besteht Klarstellungsbedarf. Je unkomplizierter, schneller und kostengünstiger genetische Analysen in Zukunft durchgeführt werden können, desto mehr wird die Frage zu beantworten sein, ob unter dem datenschutzrechtlichen Gebot der Datenvermeidung und der Datensparsamkeit (§ 3a BDSG) von einer Speicherung der nicht für eine konkrete medizinische Fragestellung benötigten Daten in den Untersuchungsunterlagen abzusehen ist, da bei einer später notwendigen medizinischen Behandlung eine erneute genetische Untersuchung stattfinden kann.

### ***Genetische Untersuchung bei nicht einwilligungsfähigen Personen***

§ 14 regelt die genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken bei nicht einwilligungsfähigen Personen.<sup>151</sup> Sie ist nur zum unmittelbaren Nutzen des Betroffenen oder ausnahmsweise zur Risikoabschätzung bei der Familienplanung zulässig. Bei ihnen dürfen genetische Untersuchungen nur vorgenommen werden, soweit dies erforderlich ist, um eine genetisch bedingte Erkrankung oder gesundheitliche Störung zu behandeln, zu vermeiden oder ihr vorzubeugen oder wenn sich anders bei einer genetisch verwandten Person im Hinblick auf eine geplante Schwangerschaft nicht klären lässt, ob eine bestimmte genetisch bedingte Erkrankung oder gesundheitliche Störung bei einem künftigen Abkömmling dieser verwandten Person auftreten kann. Die Einwilligung erteilt der gesetzliche Vertreter, der in gleicher Weise wie ein einwilligungsfähiger Betroffener aufzuklären und gegebenenfalls zu beraten ist. Nach § 14 Abs. 3 dürfen nur die für den jeweiligen Untersuchungszweck erforderlichen Untersuchungen der genetischen

---

<sup>151</sup> Siehe hierzu auch die Richtlinie zu genetischen Untersuchungen bei nicht-einwilligungsfähigen Personen (Gendiagnostik-Kommission 2011b).

Probe vorgenommen werden. Andere Feststellungen dürfen nicht getroffen werden. Eine entsprechende Vorgabe findet sich nicht bei den Regelungen zu anderen genetischen Untersuchungen.

### ***Vorgeburtliche genetische Untersuchungen***

§ 15 befasst sich mit vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen. Hier gilt als Besonderheit, dass auch nichtinvasive Suchtests zur Risikoabklärung, wie etwa die Messung der Nackentransparenz durch Ultraschall oder das Ersttrimester-Screening und der Triple-Test, als genetische Untersuchungen definiert werden. Nach § 15 Abs. 1 darf eine genetische Untersuchung vorgeburtlich nur zu medizinischen Zwecken und nur insoweit vorgenommen werden, als die Untersuchung auf bestimmte genetische Eigenschaften des Embryos oder Fetus abzielt, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik seine Gesundheit während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen, oder wenn eine Behandlung des Embryos oder Fetus mit einem Arzneimittel vorgesehen ist, dessen Wirkung durch bestimmte genetische Eigenschaften beeinflusst wird, und die Schwangere nach § 9 aufgeklärt wurde und nach § 8 eingewilligt hat. Allerdings liefert eine genetische Untersuchung auf eine Erbkrankheit auch die Information, ob eine bloße Anlageträgerschaft beim Fetus vorliegt, die seine Gesundheit nicht beeinträchtigt. Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese, vom Untersuchungszweck nicht umfassten Informationen über Anlageträgerschaften vom Arzt mitgeteilt werden dürfen. Vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Ergebnisses ist die Schwangere genetisch zu beraten; ergänzend ist auf den Beratungsanspruch nach § 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz hinzuweisen (§ 15 Abs. 3).<sup>152</sup> Demnach

---

<sup>152</sup> Siehe hierzu auch VI.3 der Richtlinie über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung (Gendiagnostik-Kommission 2011a, 1250).

darf auch der sogenannte PraenaTest (vgl. Abschnitt 2.3.6) in der Pränataldiagnostik – unter der Voraussetzung umfassender Aufklärung, Beratung und Einwilligung der Schwangeren – angewendet werden. Er dient nach seiner derzeitigen Bestimmung medizinischen Zwecken und der Abklärung einer bestehenden oder zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung des Embryos oder Fetus.<sup>153</sup> Der Test ist inzwischen als Medizinprodukt in Verkehr gebracht worden.<sup>154</sup> Wird anlässlich einer vorgeburtlichen Untersuchung das Geschlecht eines Embryos oder Fetus festgestellt, kann dies der Schwangeren mit ihrer Einwilligung nach Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche p. c. mitgeteilt werden. Nach § 15 Abs. 2 darf eine vorgeburtliche genetische Untersuchung, die darauf abzielt, genetische Eigenschaften festzustellen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres ausbricht, nicht vorgenommen werden. Dies soll dem Schutz des Rechts auf Nichtwissen des Kindes dienen. Besondere Regeln gelten für genetische Untersuchungen bei einer nicht einwilligungsfähigen Schwangeren.

---

153 Zu einem anderen Ergebnis gelangt Gärditz in seiner gutachtlichen Stellungnahme zur Zulässigkeit des PraenaTests vom 28. Juni 2012 für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Nach Gärditz ist die Aufklärung über das Vorliegen einer Behinderung, die wie Trisomie 21 aufgrund ihrer genetischen Ursache nicht therapiert werden könne (und auch nicht solle) und deren Folgen erst nach der Geburt durch gezielte Maßnahmen vermindert werden könnten, nicht medizinisch indiziert. Er plädiert dafür, „Diagnosemethoden, die in aller Regel dazu dienen, im Falle einer festgestellten Behinderung die Schwangerschaft abzubrechen, im Hinblick auf Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG [der das Verbot der Benachteiligung Behinderter regelt] verfassungskonform als nicht medizinisch indiziert einzustufen“ (Gärditz 2012, 15 f.). Hierzu ist anzumerken: Auch wenn man davon ausgeht, dass sich der Anwendungsbereich des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG auf den pränatalen Bereich erstreckt (was strittig ist), folgt daraus nicht ein – verfassungsrechtlich gebotenes – Verdikt der Unzulässigkeit einer einzelnen pränataldiagnostischen Intervention. Eine Gegenposition zu Gärditz findet sich in dem im Auftrag der LifeCodexx AG erstellten Rechtsgutachten von Hufen 2013.

154 Das für die Prüfung des PraenaTests zuständige Regierungspräsidium Freiburg hat den Test im Hinblick auf die medizinproduktrechtlichen Anforderungen nicht beanstandet, sodass er in Verkehr gebracht werden kann.

## **Reihenuntersuchungen**

§ 16 enthält besondere Vorschriften für genetische Reihenuntersuchungen.<sup>155</sup> Sie dürfen nur vorgenommen werden, wenn mit der Untersuchung geklärt werden soll, ob die betroffenen Personen genetische Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung haben, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik vermeidbar oder behandelbar ist oder der vorgebeugt werden kann. Die Reihenuntersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die Gendiagnostik-Kommission die Untersuchung im Hinblick darauf, ob die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen und die Untersuchung in diesem Sinne ethisch vertretbar ist, schriftlich bewertet hat.

Beispiel für eine Reihenuntersuchung ist das Neugeborenen-Screening, mit dem eine Reihe von frühzeitig beeinflussbaren Erkrankungen oder Erkrankungsrisiken des Neugeborenen erkannt werden kann. Bis zum Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes wurde das Screening in der Regel von den Hebammen durchgeführt, die auch für die Aufklärung und Einholung der Einwilligung der Sorgeberechtigten des Neugeborenen verantwortlich waren. Seit Inkrafttreten des Gendiagnostikgesetzes gilt, soweit die Untersuchung mittels genetischer Diagnostik erfolgt, jedoch auch hier der Arztvorbehalt. Da befürchtet wird, dass dies dazu führen könnte, dass weniger Neugeborene beziehungsweise deren entscheidungsbefugte Eltern für das Screening erreicht werden, behilft man sich in der Praxis derzeit mit einer das Gesetz uminterpretierenden Regelung in den Kinderrichtlinien<sup>156</sup>, die es den Hebammen in bestimmten Fällen auch weiterhin erlaubt, das Screening durchzuführen.<sup>157</sup>

---

155 Siehe hierzu auch die Richtlinie für die Anforderungen an die Durchführung genetischer Reihenuntersuchungen (Gendiagnostik-Kommission 2012b).

156 Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Gemeinsamer Bundesausschuss 2010).

157 Siehe Bekanntmachung eines Beschlusses über eine Änderung der Kinderrichtlinien vom 16. Dezember 2010 (BAnz 2011 (40), 1013). Darin nimmt

### ***Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission***

Von besonderer Bedeutung ist schließlich der sechste Abschnitt (§ 23), der die Richtlinienkompetenz der Gendiagnostik-Kommission zum Gegenstand hat. Die Regelungen des Gendiagnostikgesetzes sollen nach dem Willen des Gesetzgebers durch Richtlinien der insbesondere für diesen Zweck gegründeten Kommission konkretisiert werden (§ 23). Nach § 23 Abs. 1 Satz 3 bedarf die Geschäftsordnung der Gendiagnostik-Kommission der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Richtlinien sollen nach der Begründung des Gesetzes<sup>158</sup> den Stand der Wissenschaft und Technik jeweils für die in § 23 Abs. 2 genannten Bereiche für Ärzte und nicht ärztliche Sachverständige „festlegen“. Damit geht die Gesetzesbegründung über eine nur deklaratorische Bedeutung der Richtlinien hinaus. Die Gendiagnostik-Kommission geht von der Verbindlichkeit ihrer Richtlinien aus; jedenfalls bestimmt sie jeweils einen Tag für das Inkrafttreten der erlassenen Richtlinien.

Die Regelungskompetenz des Bundes für die Ermächtigung zum Erlass von Richtlinien ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 26, auch soweit Inhalte der ärztlichen Berufsausübung betroffen sind.<sup>159</sup> Auch andere Spezialgesetze des Bundes<sup>160</sup>

---

der Gemeinsame Bundesausschuss zur Zulässigkeit eines Neugeborenen-Screenings durch Hebammen beziehungsweise Entbindungspfleger im Blick auf den Arztvorbehalt des Gendiagnostikgesetzes in § 7 wie folgt Stellung: „Wurde die Geburt durch eine Hebamme verantwortlich geleitet, so soll sie in gegenseitigem Einvernehmen einen verantwortlichen Arzt benennen. Ist eine Benennung ausnahmsweise nicht möglich, hat die Hebamme das Screening in eigener Verantwortung durchzuführen, wenn die Rückfragemöglichkeit an einen Arzt gewährleistet ist.“ Es handelt sich um eine „Lösung praeter legem“, so der stellvertretende Vorsitzende der Gendiagnostik-Kommission Henning Rosenau (2011, 80). Rechtlich ist dies jedoch problematisch, da für eine solche Regelung eine gesetzliche Änderung der missglückten Regelung des Gendiagnostikgesetzes erforderlich ist.

158 BT-Drs. 16/10532; BT-Drs. 16/12713, Begründung zu § 23 Abs. 2, zu Nr. 1, 2, 3, 4 und 5.

159 Nr. 26 gibt dem Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz unter anderem für die medizinisch unterstützte Erzeugung menschlichen Lebens und die Untersuchung und künstliche Veränderung von Erbinformationen.

160 Wie das Medizinproduktegesetz, das Arzneimittelgesetz und das Transplantationsgesetz.

enthalten weitreichende Vorschriften über die Qualifikation und Tätigkeiten von Ärzten sowie Inhalte von Aufklärungsgesprächen.<sup>161</sup> Zudem hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich hervorgehoben, dass der Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG zur Vermeidung von Rechtszersplitterung weit auszulegen ist.<sup>162</sup>

§ 23 Abs. 2 GenDG enthält einen Katalog von Themen, zu denen Richtlinien erlassen werden sollen, macht dabei jedoch durch das Wort „insbesondere“ deutlich, dass dieser Katalog nicht abschließend ist. Die Gendiagnostik-Kommission hat bereits zahlreiche zum Teil sehr detaillierte Richtlinien erlassen, so zu den Anforderungen an die genetische Beratung, zur Qualitätssicherung genetischer Analysen zu medizinischen Zwecken, zur Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für Erkrankungen und gesundheitliche Störungen, zur genetischen Untersuchung Nichteinwilligungsfähiger und zur Abstammungsbegutachtung.

Zum Teil wird bestritten, dass die Gendiagnostik-Kommission für alle in § 23 Abs. 2 GenDG aufgeführten Materialien über eine hinreichende verfassungsrechtliche Legitimation zur Richtlinienggebung verfügt.<sup>163</sup> Dies betrifft wegen der Grundrechtswesentlichkeit vor allem eine Richtlinie gemäß Abs. 2 Nr. 1d über die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung nach § 15 Abs. 1 Satz 1 für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos oder des Fetus während der Schwangerschaft oder nach der Geburt.<sup>164</sup> Insoweit bedürfe es zum Beispiel in Parallele zu den Vorschriften des § 4 Abs. 5 Gentechnikgesetz und § 8 Abs. 4

---

161 Vgl. Kern 2012, § 23, Rn. 11.

162 BVerfG, Urteil vom 24. November 2010, Az. 1 BvF 2/05 (BVerfGE 128, 1, 33 f.).

163 Vgl. Taupitz 2013; Winkler 2011.

164 Die Richtlinie zu § 15 Abs. 1 liegt derzeit erst als Entwurf vor (Gendiagnostik-Kommission 2012c). Die Gendiagnostik-Kommission beschränkt sich darin darauf, den gesetzlichen Wortlaut des § 15 GenDG strukturiert unter Einbeziehung der anderen damit in Zusammenhang stehenden Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes wiederzugeben und begründet dies damit, dass alle wesentlichen Punkte bereits im Gendiagnostikgesetz hinreichend definiert seien und eine weitere Konkretisierung nicht sinnvoll sei.



Stammzellgesetz einer stärkeren gesetzlichen Strukturierung des Verfahrensrechts.

Daneben ergänzen die Mutterschaftsrichtlinien<sup>165</sup> des Gemeinsamen Bundesausschusses die Regelungen zur genetischen Diagnostik des Ungeborenen in Bezug auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt 3.2.5).

### ***Direct-to-Consumer-Tests***

Mit den sogenannten Direct-to-Consumer-Genests (vgl. Abschnitt 2.5.7), mit denen in erheblichem Umfang auch Krankheiten und Krankheitsdispositionen ermittelt werden, können die vorbeschriebenen Standards des Gendiagnostikgesetzes für genetische Tests zu medizinischen Zwecken nicht erfüllt werden. Die genetische Diagnostik wird vom Nutzer direkt beim Anbieter durch Einsendung einer (Speichel-)Probe bestellt, der Anbieter teilt dem Kunden das Ergebnis direkt mit, und meist kann der Kunde das Ergebnis mit einem persönlichen Code digital abrufen. Die Aufklärung, Entnahme der genetischen Probe, Beratung und Befundmitteilung durch einen Arzt findet nicht statt. Aufklärung erfolgt bestenfalls mittels allgemein gehaltener schriftlicher Kundeninformationen oder durch Verweis auf bestimmte Internetportale. Die Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen wird nicht geprüft; ebenso wenig kann geprüft werden, ob die genetische Probe von demjenigen stammt, der die genetische Diagnostik in Auftrag gibt. Weitere rechtliche Fragen ergeben sich daraus, dass bei den Angeboten der DTC-Tests nationale Grenzen überschritten werden und innerstaatliche Normen von Internet-Anbietern aus dem Ausland nicht beachtet werden müssen.

---

<sup>165</sup> Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012).

### 3.2.2 Medizinprodukterecht und Gendiagnostik

Genetische Untersuchungsmittel sind In-vitro-Diagnostika im Sinne der In-vitro-Diagnostika-Richtlinie<sup>166</sup> der Europäischen Union und Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes (MPG)<sup>167</sup>. Die Richtlinie mit ihren Anhängen legt die Produkthanforderungen von In-vitro-Diagnostika fest, die für das Inverkehrbringen eines In-vitro-Diagnostikums erfüllt sein müssen. Das Medizinproduktegesetz setzt die Richtlinie in deutsches Recht um. Es regelt die Herstellung und das Inverkehrbringen<sup>168</sup> von Medizinprodukten, die Vermeidung von Risiken bei ihrer Anwendung und die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten, das heißt den Schutz vor Risiken und Gefahren, die sich unmittelbar aus dem Produkt selbst oder seiner Anwendung ergeben. Das Medizinproduktegesetz regelt nicht die medizinischen Voraussetzungen für die Anwendung und die Interpretation der Messergebnisse der In-vitro-Diagnostika; es regelt daher insbesondere nicht, unter welchen Bedingungen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden darf. Bei den rechtlichen Regelungen zur Verwendung von In-vitro-Diagnostika zur genetischen Untersuchung ist deshalb

---

166 Richtlinie 98/79/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über In-vitro-Diagnostika (ABl. L 331/1 vom 7.12.1998). Sie dient der Harmonisierung der mitgliedstaatlichen Rechtsvorschriften über Produkthanforderungen für In-vitro-Diagnostika.

167 § 3 Nr. 4 MPG: In-vitro-Diagnostikum ist ein Medizinprodukt, das als Reagenz, Reagenzprodukt, Kalibriermaterial, Kontrollmaterial, Kit, Instrument, Apparat, Gerät oder System einzeln oder in Verbindung miteinander nach der vom Hersteller festgelegten Zweckbestimmung zur In-vitro-Untersuchung von aus dem menschlichen Körper stammenden Proben einschließlich Blut- und Gewebespenden bestimmt ist und ausschließlich oder hauptsächlich dazu dient, Informationen zu liefern a) über physiologische oder pathologische Zustände oder b) über angeborene Anomalien oder c) zur Prüfung auf Unbedenklichkeit oder Verträglichkeit bei den potenziellen Empfängern oder d) zur Überwachung therapeutischer Maßnahmen.

168 § 3 Nr. 11 MPG: Inverkehrbringen ist jede entgeltliche oder unentgeltliche Abgabe von Medizinprodukten an andere. [...] Als Inverkehrbringen nach diesem Gesetz gilt nicht a) die Abgabe von Medizinprodukten zum Zwecke der klinischen Prüfung, b) die Abgabe von In-vitro-Diagnostika für Leistungsbewertungsprüfungen, [...].

zu unterscheiden zwischen der technischen Leistungsfähigkeit des In-vitro-Diagnostikums – dies regelt das Medizinproduktegesetz – und dessen Verwendung am Menschen, das heißt den Voraussetzungen für die Veranlassung und Durchführung einer genetischen Untersuchung am Menschen einschließlich der Auswertung der genetischen Analyse und Beurteilung der Ergebnisse im Hinblick auf das Ziel der genetischen Untersuchung – dies regelt das Gendiagnostikgesetz.

In-vitro-Diagnostika bedürfen vor dem Inverkehrbringen keiner Zulassung. Sie dürfen in Verkehr gebracht werden, wenn sie eine CE-Kennzeichnung versehen sind. Mit dieser Kennzeichnung dürfen sie versehen werden, wenn sie die grundlegenden Anforderungen nach § 7 MPG in Verbindung mit Anhang I der In-vitro-Diagnostika-Richtlinie und der Verordnung über Medizinprodukte<sup>169</sup> erfüllen und ein Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen haben, das dem Hersteller selbst obliegt. In der Konformitätsbewertung wird die Übereinstimmung des In-vitro-Diagnostikums mit den rechtlichen Anforderungen der Richtlinie geprüft und bewertet.<sup>170</sup> Insbesondere müssen In-vitro-Diagnostika nach dem allgemein anerkannten Stand der Technik für die vom Hersteller festgelegte Zweckbestimmung<sup>171</sup> geeignet sein.<sup>172</sup> Nach § 19 Abs. 2 MPG ist die Prüfung der Eignung von In-vitro-Diagnostika für den vorgesehenen Verwendungszweck durch eine Leistungsbewertung anhand geeigneter Daten, zum Beispiel

---

169 Medizinprodukte-Verordnung (MPV) vom 20. Dezember 2001 (BGBl. I, 3854), zuletzt geändert am 10. Mai 2010 (BGBl. I, 542).

170 §§ 7, 37 MPG in Verbindung mit Anhang I der IVD-Richtlinie und § 1 MPV.

171 § 3 Nr. 10 MPG: Zweckbestimmung ist die Verwendung, für die das Medizinprodukt in der Kennzeichnung, der Gebrauchsanweisung oder den Werbematerialien nach den Angaben des [Herstellers] bestimmt ist.

172 § 7 MPG in Verbindung mit Anhang I A.3. der IVD-Richtlinie: Sie müssen – soweit zutreffend – die Leistungsparameter insbesondere im Hinblick auf die vom Hersteller angegebene analytische Sensitivität, diagnostische Sensitivität, analytische Spezifität, diagnostische Spezifität, Richtigkeit, Wiederholbarkeit, Reproduzierbarkeit, einschließlich der Beherrschung der bekannten Interferenzen und Nachweisgrenzen erreichen. Zum anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik für genetische Analysen siehe III.1 der Richtlinie für die Anforderungen an die Qualitätssicherung genetischer Analysen zu medizinischen Zwecken (Gendiagnostik-Kommission 2012d).

Daten aus der wissenschaftlichen Literatur, zu belegen.<sup>173</sup> Soweit der Hersteller Aussagen zur „klinischen Validität“ macht, müssen diese richtig sein.<sup>174</sup> Die klinische Validität ist jedoch nicht Gegenstand der Regelungen der In-vitro-Diagnostika-Richtlinie und des Medizinproduktegesetzes. Die klinische Validität ist vom anwendenden Arzt im Rahmen der konkreten diagnostischen Fragestellung zu bewerten und zu verantworten. Von Bedeutung ist dies vor allem für die Interpretation von Ergebnissen im Hinblick auf multifaktoriell bedingte Erkrankungen, mögliche falsch positive und falsch negative Ergebnisse und überhaupt für die Frage, inwieweit das Ergebnis einer genetischen Analyse Bedeutung für die Prognose der physischen und psychischen Konstitution eines Patienten hat.

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union dürfen das Inverkehrbringen von In-vitro-Diagnostika, die ein Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen haben und eine CE-Kennzeichnung tragen, nicht verhindern. Die Vermarktung kann von einem Mitgliedstaat jedoch eingeschränkt oder untersagt werden, wenn dies zur Vermeidung einer Gefährdung der Gesundheit oder Sicherheit von Patienten oder Anwendern erforderlich ist (Art. 8 IVD-Richtlinie). Die Mitgliedstaaten können hierzu vorläufige Maßnahmen treffen (Art. 13

---

173 Bei der Leistungsbewertungsprüfung handelt es sich um die Untersuchung eines In-vitro-Diagnostikums zur Ermittlung der Eignung und Zuverlässigkeit beziehungsweise Leistungsfähigkeit des In-vitro-Diagnostikums im Hinblick auf die Leistungsangaben des Herstellers unter den zu erwartenden Anwendungsbedingungen. Findet im Rahmen der Leistungsbewertungsprüfung eine invasive Probeentnahme an Probanden statt, sind die Vorschriften zu klinischen Prüfungen von Medizinprodukten einzuhalten (§ 24 Abs. 1 in Verbindung mit § 20 ff. MPG sowie Verordnung über klinische Prüfungen von Medizinprodukten [MPKPV] vom 10. Mai 2010 [BGBl. I, 555]). Bei Probeentnahme von Speichel aus der Mundhöhle finden die Regelungen jedoch keine Anwendung (§ 1 Abs. 2 MPKPV).

174 Die klinische Validität einer genetischen Untersuchung bemisst, wie geeignet die Untersuchung ist, in einer Zielpopulation das Vorliegen einer Erkrankung oder gesundheitlichen Störung zu diagnostizieren („diagnostischer Test“) beziehungsweise deren späteres Auftreten vorherzusagen („prädiktiver Test“); siehe III.1 der Richtlinie für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen sowie für die Möglichkeiten, sie zu vermeiden, ihnen vorzubeugen oder sie zu behandeln (Gendiagnostik-Kommission 2012e).

IVD-Richtlinie). Das Inverkehrbringen eines In-vitro-Diagnostikums ist in Deutschland verboten, wenn der begründete Verdacht besteht, dass es die Sicherheit und die Gesundheit der Patienten, der Anwender oder Dritter bei sachgemäßer Anwendung und zweckentsprechender Verwendung über ein vertretbares Maß hinausgehend unmittelbar oder mittelbar gefährdet (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 MPG). Die zuständigen Landesbehörden sind ermächtigt, Maßnahmen zur Beseitigung von Verstößen zu treffen (§ 26 Abs. 2 MPG).<sup>175</sup> Zudem sind nach Art. 1 Abs. 6 IVD-Richtlinie nationale Rechtsvorschriften, nach denen Medizinprodukte nur auf ärztliches Rezept angewendet werden dürfen, zulässig. § 37 MPG ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, durch Rechtsverordnung eine Verschreibungspflicht für Medizinprodukte festzulegen, die die Gesundheit des Menschen auch bei bestimmungsgemäßer Anwendung unmittelbar oder mittelbar gefährden können oder häufig in erheblichem Umfang nicht bestimmungsgemäß angewendet werden, wenn dadurch die Gesundheit von Menschen unmittelbar oder mittelbar gefährdet wird (§ 37 Abs. 2 Nr. 2, Abs. 3 MPG). Es können auch Vertriebswege vorgeschrieben werden, soweit es geboten ist, die erforderliche Qualität des Medizinproduktes zu erhalten oder die bei der Abgabe oder Anwendung notwendigen Erfordernisse für die Sicherheit des Patienten zu erfüllen.

Die Regelungen des Medizinproduktegesetzes werden ergänzt durch die Medizinproduktebetreiber-Verordnung, die Regelungen zur Qualitätssicherung in § 5 und § 23 Abs. 2 Nr. 4 GenDG in Verbindung mit der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission, das ärztliche Berufsrecht und durch internationale DIN-Normen.<sup>176</sup>

---

175 Nach Gärditz 2012 stellt der PraenaTest eine Gefährdung Dritter – nämlich behinderter Ungeborener – im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 1 MPG dar, sein Inverkehrbringen ist nach § 26 Abs. 2 MPG zu verbieten. Anderer Ansicht ist Hufen 2013.

176 Siehe Tabelle 1 in der Richtlinie für die Anforderungen an die Qualitätssicherung genetischer Analysen zu medizinischen Zwecken (Gendiagnostik-Kommission 2012d).

Die EU-Kommission hat am 26. September 2012 den Vorschlag für eine Verordnung über In-vitro-Diagnostika vorgelegt.<sup>177</sup> Die Verordnung soll die Richtlinie zugunsten eines einheitlichen Rechtsrahmens für In-vitro-Diagnostika in der Europäischen Union ablösen. In der Verordnung wird klarer definiert, welche Produkte zu den In-vitro-Diagnostika im Sinne der Verordnung gehören. Explizit werden Gentests genannt, die Informationen für die Prädisposition für einen bestimmten gesundheitlichen Zustand oder für eine bestimmte Krankheit oder über die Wirkung einer Behandlung oder die Reaktion darauf (therapiebegleitende Diagnostika) liefern. Medizinische Software wird ausdrücklich in den Begriffsbestimmungen von In-vitro-Diagnostika genannt. Die rechtlichen Verpflichtungen der Hersteller sind nach vier Risikoklassen (A bis D) gestaffelt. Alle Hersteller müssen ein Qualitätsmanagementsystem unterhalten, um sicherzustellen, dass ihre Produkte den Anforderungen der Verordnung genügen. Neu sind Regelungen zu klinischen Nachweisen, zur Identifizierung, Registrierung und Rückverfolgbarkeit von Produkten. Eine zentrale Datenbank soll eingerichtet werden, in der Informationen zu den auf dem Markt befindlichen In-vitro-Diagnostika, beteiligten Wirtschaftsakteuren, Prüfbescheinigungen sowie zur Vigilanz und Marktüberwachung gesammelt werden. Ziel ist es unter anderem, der Öffentlichkeit Zugang zu allen erforderlichen Informationen über die auf dem Markt befindlichen In-vitro-Diagnostika zu verschaffen.

Gentests beim Menschen und die Untersuchung von Feten auf genetisch bedingte Störungen unterliegen der Klasse C mit der Folge, dass die Konformitätsbewertung, die die Übereinstimmung mit den Anforderungen der Verordnung bewertet, zukünftig von einer unabhängigen benannten Stelle vorgenommen werden muss.

---

177 Vorschlag der Europäischen Kommission für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über In-vitro-Diagnostika (COM/2012/0541 final).

Das Inverkehrbringen von Gentests am Menschen soll künftig folgendem Verfahren unterliegen:

1. Die wichtigsten Dokumente für den Hersteller zum Nachweis der Einhaltung der rechtlichen Anforderungen sind die technische Dokumentation und die EU-Konformitätserklärung. Die Konformitätsbewertung ist unter Mitwirkung einer von den nationalen Behörden jeweils benannten Stelle durchzuführen (Art. 40).
2. Der Hersteller hat einen Kurzbericht über die Sicherheit und Leistung des Produkts zu erstellen. Der Nachweis der Einhaltung der allgemeinen Sicherheits- und Leistungsanforderungen muss auf klinischen Nachweisen beruhen (Art. 47). Die klinischen Nachweise umfassen alle Informationen zur Untermauerung der wissenschaftlichen Validität, zur Analyseleistung (Anhang 1 II: unter anderem Genauigkeit, Wiederholbarkeit, analytische Sensitivität und Spezifität und, soweit die klinische Leistung des Produkts vom Hersteller in der Zweckbestimmung angegeben wird, die diagnostische Sensitivität und Spezifität, positiver und negativer prädiktiver Wert, Wahrscheinlichkeit, erwartete Werte bei nicht betroffenen oder betroffenen Bevölkerungsgruppen). Diese Daten müssen während des gesamten Lebenszyklus des Tests regelmäßig aktualisiert werden. Die Verordnung enthält auch Vorgaben für die Durchführung klinischer Leistungsstudien, um die klinischen Nachweise und belastbare Daten für die Erbringung der vom Hersteller angegebenen bezweckten Leistungen zu gewinnen.
3. Die gesamte Dokumentation wird an die an der Konformitätsbewertung beteiligte benannte Stelle übermittelt und von dieser validiert (Art. 24)
4. Bei therapiebegleitenden Diagnostika, mit denen die Eignetheit eines Arzneimittels bei einem Patienten geprüft wird, ist im Rahmen der Konformitätsprüfung die für Arzneimittelzulassung zuständige nationale Behörde oder die Europäische Arzneimittelagentur zu konsultieren.

5. Die benannte Stelle stellt nach erfolgter Prüfung und Bewertung eine Prüfbescheinigung über die Konzeption aus, wenn die Anforderungen der Verordnung erfüllt sind. Diese Bescheinigung enthält die Ergebnisse der Prüfung und die Bedingungen für ihre Gültigkeit sowie die zur Identifizierung der geprüften Konzeption erforderlichen Angaben, gegebenenfalls eine Beschreibung der Zweckbestimmung des Produkts.

Die EU-Kommission kann zur Unterstützung der Umsetzung dieser Verordnung „EU-Referenzlaboratorien“ benennen, die unter anderem wissenschaftliche Beratung zum Stand der Technik leisten und an der Entwicklung geeigneter Test- und Analyseverfahren zur Verwendung bei Konformitätsbewertungen und Marktüberwachung mitwirken. Dazu werden auch Vorgaben für die vom Hersteller für die Nutzer zu erbringenden Produktinformationen gemacht.

Die Verordnung soll in den Mitgliedstaaten fünf Jahre nach ihrer Verabschiedung unmittelbar gelten.

### **3.2.3 Genetische Diagnostik im Embryonenschutzgesetz**

Ein ethisch besonders umstrittener Bereich der Gendiagnostik, die Präimplantationsdiagnostik (PID), ist vom Gesetzgeber im Jahr 2011 nach Anstoß durch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs<sup>178</sup> im Wege der Ergänzung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) geregelt worden.<sup>179</sup> Der Deutsche Ethikrat hatte zuvor eine umfassende Stellungnahme zu diesem Thema abgegeben.<sup>180</sup> Das Gesetz erlaubt im Rahmen der Herbeiführung einer Schwangerschaft in § 3a ESchG die genetische

---

178 BGH, Urteil vom 6. Juli 2012, Az. 5 StR 386/09 (BGH, NJW 2010, 2672).

179 Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik vom 21. November 2011 (BGBl. I, 2228).

180 Deutscher Ethikrat 2011.



Untersuchung von Zellen eines Embryo *in vitro* unter bestimmten Voraussetzungen: Wenn aufgrund einer genetischen Disposition der Frau und/oder des Mannes für deren Nachkommen ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit besteht, darf der Embryo *in vitro* auf die Gefahr dieser Krankheit genetisch untersucht werden. Des Weiteren ist die Präimplantationsdiagnostik zulässig zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen würde.

Die PID darf erst durchgeführt werden, nachdem eine Ethikkommission die Einhaltung dieser Voraussetzungen geprüft und eine zustimmende Bewertung abgegeben hat. Das Gesetz regelt daneben die Aufklärung der Frau und die Qualitätsanforderungen für die Zulassung der Zentren, die die PID durchführen. Das Gesetz regelt jedoch weder die Methode der bei der PID einzusetzenden genetischen Analyse noch die Art der einzusetzenden technischen Untersuchungsmittel. Die Frage, inwieweit Überschussinformationen und Nebenbefunde schon auf der technischen Ebene bei der Generierung der genetischen Daten durch die genetische Analyse vermieden werden müssen und wie mit Überschussinformationen, wenn sie bei der genetischen Analyse angefallen sind, umzugehen ist, insbesondere, ob sie der Frau mitgeteilt werden dürfen, bleibt unklar. Keinerlei Regelungen existieren auch zur Auswahlentscheidung und zum Umgang mit den Embryonen nach Vorliegen des Ergebnisses der PID. Es steht vielmehr in der Entscheidungsbefugnis der Frau, ob und welche Embryonen sie sich nach der PID übertragen lässt. Die das Gesetz konkretisierende PID-Verordnung tritt am 1. Februar 2014 in Kraft.

### **3.2.4 Genetische Diagnostik im Schwangerschaftskonfliktgesetz**

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz wurde im Jahr 2009 – nach einer intensiven Debatte über die Problematik der

Spätabbrüche von Schwangerschaften – um eine spezielle Regelung zur Aufklärung und Beratung nach Pränataldiagnostik ergänzt.<sup>181</sup> In § 2a wird eine ärztliche Pflicht zur Beratung der Schwangeren eingeführt, wenn sich aufgrund der Pränataldiagnostik dringende Gründe für die Annahme ergeben haben, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist. Dies betrifft sowohl Schädigungen aufgrund genetischer Eigenschaften als auch andere Schädigungen. Diese Beratungspflicht gilt unabhängig vom Stadium der Schwangerschaft und unabhängig von der Frage eines Schwangerschaftsabbruchs. Sie betrifft den Arzt, der die Diagnose der Schwangeren mitteilt, und umfasst die Beratung über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, die Hinzuziehung von Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, die Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen, die Information über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung durch eine Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle und die Herstellung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen, Behindertenverbänden und Beratungsstellen, die mit der zu erwartenden Behinderung des Kindes vertraut sind.

### **3.2.5 Regelungen zur Kostenübernahme für genetische Untersuchungen durch die gesetzliche Krankenversicherung**

Bei der Prüfung, ob die Kosten einer genetischen Untersuchung von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind, ist zwischen genetischen Untersuchungen zur Therapieplanung

---

<sup>181</sup> Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten vom 27. Juli 1992 (BGBl. I, 1398), geändert durch Gesetz vom 26. August 2009 (BGBl. I, 2990).

und sonstigen genetischen Untersuchungen zu unterscheiden. Außerdem ist zu beachten, dass in der vertragsärztlichen Versorgung (ambulante Behandlung) andere Finanzierungsregelungen gelten als im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung.<sup>182</sup>

### ***Genetische Untersuchungen zur Therapieplanung in der vertragsärztlichen Versorgung***

Bei genetischen Untersuchungen zur Therapieplanung (*companion diagnostics*) handelt es sich um eine Leistung zur Krankenbehandlung gemäß § 27 Abs. 1 SGB V. Hat die angewandte Methode zum Zeitpunkt der Leistungserbringung eine eigene Gebührenposition im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM), ist davon auszugehen, dass sie zur vertragsärztlichen Versorgung gehört und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden kann.<sup>183</sup>

Bei einer genetischen Untersuchung, für die noch keine Gebührenposition im EBM ausgewiesen ist, bedarf es einer Klärung, ob es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V handelt. Neu im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist eine Methode, wenn es sich um ein neues medizinisches Vorgehen handelt, dem ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sich von anderen Therapien unterscheidet und dessen systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll.<sup>184</sup>

---

<sup>182</sup> Siehe zur Kostenerstattung genetischer Diagnostik in der gesetzliche Krankenversicherung und zum Folgenden im Einzelnen und umfassend Huster 2012.

<sup>183</sup> Siehe § 87 Abs. 1 und 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V; der einheitliche Bewertungsmaßstab wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse vereinbart. Er bestimmt Inhalt und Höhe der abrechnungsfähigen Leistungen in einem Punktsystem. Für die Abrechenbarkeit einer ärztlichen Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung ist ihre Aufnahme in den EBM erforderlich.

<sup>184</sup> Handelt es sich Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die schon vor dem 1. Januar 1989 zu den vertragsärztlichen Leistungen gehörte, unterliegen sie nicht der Anwendung des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V, da sie dann keine neue Therapie im Sinne dieser Vorschrift sind.

Stellt die genetische Untersuchung im Rahmen der *companion diagnostics* einen Teil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, muss vor der Aufnahme als Gebührenposition in den EBM der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch Richtlinien eine Empfehlung über die Zulässigkeit der Anwendung der Methode im Rahmen des GKV-Systems getroffen haben. Denn anders als in der stationären Krankenversorgung dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis in der jeweiligen Therapierichtung erklärt hat (§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V).

Im Rahmen einer stationären Behandlung im Krankenhaus ist die Erstattung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich nicht von einer Zustimmung des G-BA abhängig; die Leistungen sind hier aus den Fallpauschalen zu finanzieren und gegebenenfalls bei einer Neufestsetzung der Fallpauschalen zu berücksichtigen. Im Rahmen der stationären Behandlung kann der G-BA eine Methode von der Erstattung ausnehmen, wenn eine Prüfung ergibt, dass sie unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung als nicht erforderlich anzusehen ist (§ 137c SGB V).

Betrachtet man eine neue genetische Untersuchungsmethode isoliert, wird sie im Regelfall keine neue Methode im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V sein, weil sie allein keine Leistung zur Krankenbehandlung darstellt. Im Zusammenwirken mit einem anzuwendenden Medikament kann es sich aber um einen unverzichtbaren Teil einer neuen Therapie handeln. Wird die vorherige genetische Diagnostik vor der Anwendung

des Medikaments bei der Zulassung des Fertigarzneimittels vorgeschrieben, führt die Zulassung für das Arzneimittel unmittelbar auch zur Zulassung der vorgeschriebenen Diagnostik.<sup>185</sup> Eine Entscheidung des G-BA erübrigt sich. Zu Konflikten kann es aber kommen, wenn zwar das Arzneimittel zugelassen ist, die genetische Untersuchung aber (noch) keine eigene Gebührenposition im EBM hat. Das Arzneimittel kann dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, die Übernahme der Kosten für die zur Anwendung des Arzneimittels erforderliche vorherige genetische Untersuchung scheitert aber am Fehlen einer Gebührenposition im EBM. Zwar hat der Bewertungsausschuss die Leistungsbeschreibungen im EBM in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Daraus folgt aber nach überwiegender Ansicht in der Rechtslehre nicht die Pflicht, unmittelbar nach Zulassung des Arzneimittels tätig zu werden, sodass einige Zeit bis zur Aufnahme in den EBM vergehen kann. In dieser Zeit wird die neue Methode dann im Regelfall nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Der Versicherte kann sie in dieser Zeit nur im Wege der Kostenerstattung beziehungsweise der Kostenübernahme unter den engen Voraussetzungen eines Systemversagens oder des Vorliegens einer lebensbedrohenden Krankheit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen.<sup>186</sup>

Konflikte sind ebenfalls möglich bei Rezepturarzneimitteln, die bisher in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren. Wenn aufgrund neuer Untersuchungsmethoden genauer bestimmt werden kann, bei welchen Patienten das Rezepturarzneimittel wirkt und bei welchen nicht oder nur mit besonders schwerwiegenden Nebenwirkungen und deshalb der Anwendungsbereich auf die Patienten beschränkt werden soll, deren genetische Disposition eine positive Wirkung erwarten lassen, bedarf es ebenfalls einer Entscheidung

---

185 Vgl. Huster 2012, 19.

186 Siehe ausführlich Huster 2012, 22 ff.

des G-BA. Versicherten, die bisher die Versorgung mit diesem Arzneimittel erhielten, darf diese Behandlungsmöglichkeit jedoch nicht ohne eine hinreichende evidenzbasierte Überprüfung durch den G-BA entzogen werden.

### ***Sonstige genetische Untersuchungen***

Haben die sonstigen genetischen Untersuchungen diagnostische Zwecke, sind sie als Krankenbehandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 SGB V zu qualifizieren und können, soweit im EBM eine Gebührenordnungsposition vorhanden ist, abgerechnet werden.

Prädiktive genetische Untersuchungen können daneben auch als Vorsorgeleistungen oder als Leistungen der Früherkennung von Krankheiten bei entsprechender Validierung in klinischen Studien infrage kommen. Eine Einordnung in diese Leistungsarten dürfte in der Versorgungspraxis zu keinen Problemen führen, soweit entsprechende Gebührenordnungspositionen vorhanden sind.

## **3.2.6 Datenschutzrecht**

Für den Bereich der genetischen Diagnostik zu medizinischen Zwecken regelt das Gendiagnostikgesetz den Datenschutz im Hinblick auf die Aufbewahrung und Vernichtung der Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen und genetischer Proben (§§ 12, 13). Soweit das Gendiagnostikgesetz keine Regelungen enthält, gilt neben strafrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht das Datenschutzrecht des Bundes und der Länder. Das Datenschutzrecht ist daher von unmittelbarer Bedeutung für den Bereich der genetischen Forschung, da diese nicht vom Gendiagnostikgesetz erfasst wird.

Dem Anwendungsbereich des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unterliegen der gesamte Bereich der öffentlich-rechtlichen Tätigkeit des Bundes sowie die nicht-öffentlichen Stellen, soweit sie Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen

verarbeiten (§ 1 Abs. 2 Nr. 3, § 2 Abs. 4). Für die öffentlichen Stellen der Länder gelten die dortigen Landesdatenschutzgesetze.

Dem Anwendungsbereich der Datenschutzgesetze unterliegen nur personenbezogene Daten. Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse, die sich auf eine natürliche Person beziehen. Anonymisierte Daten fallen also nicht unter die datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Für besondere Arten personenbezogener Daten (§ 3 Nr. 9 BDSG) – darunter fallen Gesundheitsdaten und mithin auch genetische Daten – sehen die Datenschutzgesetze besondere Regelungen vor.

Von den Datenschutzgesetzen werden zudem nur Daten lebender Personen erfasst. Soweit es um vererbare Merkmale geht, können Daten Verstorbener allerdings zugleich Daten von lebenden Personen darstellen. Sie unterliegen dann insofern den Datenschutzgesetzen.

### ***Grundprinzipien des Datenschutzrechts***

Datenvermeidung und Datensparsamkeit, § 3a BDSG: § 3a Satz 1 BDSG normiert, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sowie die Auswahl und Gestaltung von Datenverarbeitungssystemen an dem Ziel auszurichten sind, so wenig personenbezogene Daten wie möglich zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen. Wie sich aus § 3a Satz 2 BDSG ergibt, sind personenbezogene Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit dies nach dem Verwendungszweck möglich ist und im Verhältnis zum angestrebten Schutzzweck keinen unverhältnismäßigen Aufwand erfordert. Was unter „anonymisieren“ und „pseudonymisieren“ zu verstehen ist, ergibt sich aus den Legaldefinitionen in § 3 Abs. 6 und 6a BDSG. Danach ist Anonymisieren das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren

natürlichen Person zugeordnet werden können. Pseudonymisieren ist demgegenüber das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt, § 4 Abs. 1 BDSG: Gemäß § 4 Abs. 1 BDSG ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten verboten, soweit dies nicht speziell durch eine Rechtsnorm erlaubt wurde oder der Betroffene eingewilligt hat.

Grundsatz der Zweckbindung, § 14 Abs. 1 BDSG: Gemäß § 14 Abs. 1 BDSG ist eine Speicherung, Veränderung oder Nutzung nur zu dem Zweck zulässig, zu dem die Daten erhoben worden sind. § 14 BDSG enthält jedoch zahlreiche Ausnahmen von diesem Grundsatz, auf die in Bezug auf die Forschung unten noch näher eingegangen wird.

Grundsatz der Transparenz: Ein weiteres Grundprinzip des Datenschutzes ist der in vielen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes zu findende Grundsatz der Transparenz der Datenerhebung. Erst hierdurch wird der Betroffene in die Lage versetzt, die ihm gesetzlich eingeräumten Ansprüche geltend zu machen.<sup>187</sup>

### ***Privilegierungen der Forschung***

Gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 8 und § 14 Abs. 1 BDSG ist, auch ohne Einwilligung des Betroffenen, das Erheben, Speichern, Verändern und Nutzen besonderer Arten personenbezogener Daten – also auch genetischer (Gesundheits-)Daten – zulässig, soweit dies zur Durchführung wissenschaftlicher Forschung erforderlich ist, das wissenschaftliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss von Erhebung und Nutzung erheblich überwiegt und der Zweck der Forschung auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden

---

<sup>187</sup> Vgl. Gola/Schomerus, in Gola et al. 2012, § 33 Rn. 1.



kann. Gemäß § 14 Abs. 5 Nr. 2 BDSG ist zudem unter den gleichen Voraussetzungen die Nutzung der besonderen Daten auch für andere Zwecke beziehungsweise eine Zweckänderung bei der Nutzung der gespeicherten Daten zulässig. In diesen Fällen ist bei der Abwägung zwischen den Belangen der Forschung und dem Interesse der Betroffenen an einem Ausschluss der Nutzung zu anderen Zwecken im Rahmen des öffentlichen Interesses das wissenschaftliche Interesse an dem Forschungsvorhaben besonders zu berücksichtigen.

Ähnliche Vorschriften gelten für die Datenverarbeitung nicht öffentlicher Stellen und öffentlich-rechtlicher Wettbewerbsunternehmen gemäß § 28 Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 6 Nr. 4 BDSG.

Die Datenschutzgesetze der Länder sowie die zum Teil auf Länderebene bestehenden Krankenhaus- beziehungsweise Gesundheitsdatenschutzgesetze und -verordnungen regeln demgegenüber in sehr unterschiedlicher Weise, inwieweit von dem Grundsatz abgewichen werden kann, dass personenbezogene Daten nur für einen im Voraus bestimmten Zweck erhoben und verwendet werden dürfen. In manchen Bundesländern ist die Einwilligung des Betroffenen nur bei der Eigenforschung innerhalb des jeweiligen Krankenhauses entbehrlich, in anderen dagegen auch bei Forschung außerhalb der jeweiligen Einrichtung. Zum Teil wird darauf abgestellt, dass schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden. Andere Bestimmungen erlauben die Verwendung der Daten für Forschungszwecke dagegen schon dann, wenn das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens die schutzwürdigen Belange des Betroffenen überwiegt beziehungsweise erheblich überwiegt; zum Teil wird dabei zusätzlich verlangt, dass der Forschungszweck auf andere Weise nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand erreicht werden kann. Manche Datenschutzgesetze sprechen pauschal von „Forschung“, während andere die Datenverarbeitung nur „für ein bestimmtes Forschungsvorhaben“ erlauben. Teilweise wird ergänzend eine Einbeziehung

von Datenschutzbeauftragten oder Genehmigungsbehörden verlangt.

Mit dem Zweckbindungsgrundsatz verknüpft ist die Frage, wie konkret sich die vom Spender erteilte Einwilligung auf die spätere Verwendung des Proben- und Datenmaterials beziehen muss. Die Auffassungen darüber differieren erheblich. Zum Teil wird verlangt, dass der Spender das konkrete Forschungsprojekt kennen müsse, für das sein Proben- und Datenmaterial verwendet werden soll. Andere lassen die Kenntnis der Forschungsrichtung (z. B. Krebsforschung, Demenzforschung) genügen. Für wieder andere ist eine noch weiter reichende Einwilligung („medizinische Forschung“) ausreichend. Auf der einen Seite wird darauf hingewiesen, dass der Spender keine *informierte* Einwilligung erteilen könne, wenn er nicht wisse, worin genau er einwillinge. Der Zweck „medizinische Forschung“ sei darüber hinaus nicht präzise genug, um dem Spender die Reichweite seiner Einwilligung vor Augen zu führen. Dem wird auf der anderen Seite entgegengehalten, dass es zum Selbstbestimmungsrecht eines Menschen gehöre, sich im Bewusstsein von Unsicherheit auf eben diese Unsicherheit einlassen zu können. Deshalb müsse der Spender nur über die Unsicherheit der konkreten zukünftigen Verwendung aufgeklärt werden und sich damit einverstanden erklären.

Bei internationalen Forschungskooperationen entsteht ein zusätzliches Problem durch unterschiedliche Datenschutzbestimmungen. In manchen Staaten ist die Veröffentlichung von Daten aus Forschungsprojekten eine Bedingung für deren öffentliche Förderung. Bei der Verfügbarkeit von personenbezogenem Vergleichsmaterial<sup>188</sup> besteht allerdings auch bei vollständiger Anonymisierung das Problem der Reidentifizierbarkeit.

---

<sup>188</sup> Vgl. Gymrek et al. 2013.

### 3.3 Der internationale Rechtsrahmen

Die deutsche Rechtsordnung wird in vielfältiger Weise ergänzt und überlagert durch unions- und völkerrechtliche Vorgaben. Nach Unionsrecht sind die Organe der Europäischen Union und die Bundesrepublik, soweit sie Unionsrecht umsetzt, durch die grundrechtlichen Garantien der Europäischen Grundrechte-Charta und die sonstigen EU-Grundrechte gebunden. Art. 21 Abs. 1 der Europäischen Grundrechte-Charta statuiert ein ausdrückliches Verbot der Diskriminierung wegen genetischer Merkmale.

Auf völkerrechtlicher Ebene ist zwischen Völkerrecht im engeren Sinne (*hard law*) und „weichem“ Völkerrecht (*soft law*) zu unterscheiden. Für die gendiagnostische Praxis bedeutsame völkerrechtliche Normen im engeren Sinne sind die relevanten Menschenrechtsverbürgungen der Europäischen Menschenrechtskonvention und der universellen Menschenrechtspakte. Die einschlägigen Gewährleistungen (vor allem Würde-, Integritäts- und Privatsphärenschutz) decken sich in ihrer normativen Wirkkraft zum Teil mit den Grundrechten des Grundgesetzes, auch wenn der völkerrechtliche Menschenwürdeschutz und der Schutz der Wissenschaftsfreiheit deutlich hinter dem des Grundgesetzes zurückbleiben.

Der Schutz des genetischen Codes wird jedoch beispielsweise durch Art. 17 des Internationalen Paktes für bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt) gewährleistet, wie auch durch die Europäische Menschenrechtskonvention. Art. 17 des UN-Zivilpakts schützt die – auch durch den genetischen Code bestimmte – Identität, darüber hinaus *integrity, intimacy and autonomy* der Betroffenen gegen nicht konsentierete Eingriffe. Übergriffe von privater Seite lösen hier eine staatliche Schutzverpflichtung aus. Die völkerrechtlich ebenfalls relevante, bereichsspezifische Biomedizin-Konvention des Europarates und deren Zusatzprotokolle sind dagegen von der Bundesrepublik Deutschland nicht unterzeichnet worden.

Die *Soft-Law*-Normen und Prinzipien der UNESCO-Deklarationen von 1997 (Deklaration über das menschliche Genom), 2003 (Deklaration zum Schutz genetischer Daten) und 2005 (Deklaration über Bioethik und Menschenrechte) entfalten zudem eine faktische Bindungswirkung für die Bundesrepublik. Die jeweiligen Vertragsparteien der UNESCO stimmen dabei grundsätzlich überein, die Inhalte einer Deklaration zum Handlungsmaßstab für nationale Maßnahmen und Regelungen zu machen. Wenn und soweit die Deklaration dies vorsieht, können die Staaten aber in ihrer Gesetzgebung über die Standards einer Deklaration hinausgehen und gegebenenfalls auch bei Vorliegen legitimer Gründe von den Bestimmungen einer UNESCO-Deklaration abweichen. Das Gendiagnostikgesetz entspricht weitgehend den Vorgaben der relevanten UNESCO-Deklarationen. Die UNESCO-Deklarationen enthalten jedoch gerade auch Vorgaben für die Bereiche der Gendiagnostik, die bisher durch das Gendiagnostikgesetz und andere Gesetze in der Bundesrepublik nicht geregelt werden. Dies gilt beispielsweise für den gesamten Bereich der Forschungstätigkeit im Bereich der Gendiagnostik, insbesondere auch im Bereich der Gesamtgenomsequenzierung. Hier sind detaillierte Regelungen zu den Voraussetzungen einer Einwilligung von Patienten und Probanden in den UNESCO-Deklarationen enthalten. Verankert ist in den UNESCO-Deklarationen zudem das wichtige Verbot der Kommerzialisierung des menschlichen Genoms. Als wichtige Vorgaben für den Umgang mit genetischen Daten des Menschen in der Forschung sind folgende Bestimmungen der UNESCO-Deklaration von 2003 hervorzuheben:

Betroffene müssen über das Recht auf Wissen beziehungsweise Nichtwissen über Forschungsergebnisse aufgeklärt werden. Dieses Recht gilt nicht für Daten, die unwiederbringlich anonymisiert wurden oder zu keinen individuellen Ergebnissen führen (Art. 10). Die Aufklärung muss nach einer möglichen Auslegung auch die Möglichkeit von Überschussinformationen und Nebenbefunden einschließen. In Bezug auf

verwandte Personen gilt: Nur sofern es angemessen ist, soll ein Recht auf Nichtwissen (und die Aufklärung darüber) auf Verwandte ausgedehnt werden (Art. 10 Satz 3). Eine Rücknahme der Einwilligung ist ohne Nachteile oder Strafe möglich, außer wenn die Daten unwiederbringlich nicht mehr einer Person zugeordnet werden können (Art. 9). Bei einer Rücknahme besteht grundsätzlich keine Nutzungsbefugnis mehr für diese Daten (Art. 9b). Der Einzelne bleibt also gerade im Bereich der Forschungsaktivitäten Herr seiner Daten. Er hat auch das Recht (Art. 13), auf eigene genetische Daten zuzugreifen, sofern dies technisch möglich ist. Ausnahmen aus Gründen des innerstaatlichen Rechts, im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung oder der öffentlichen Ordnung beziehungsweise der nationalen Sicherheit sind jedoch möglich. Im Grundsatz sollen Daten zudem anonymisiert werden; Ausnahmen können nur gemacht werden, wenn und solange dies für die Forschung erforderlich ist (Art. 14c). In der Deklaration von 2005 gibt es spezielle Regelungen für die Forschung an Nicht-einwilligungsfähigen. Hierzu hat Deutschland jedoch eine einschränkende Erklärung abgegeben, die eine Umsetzung dieser Bestimmungen nicht erlaubt, sofern dies mit Art. 1 Abs. 1 GG nicht vereinbar ist.

## 4 ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN

### 4.1 Ausgangspunkte und Unterscheidungen

Die Wiederkehr alter Fragen im Lichte neuer Techniken sowie spezifische Ängste und Hoffnungen angesichts neuer Möglichkeiten der Gendiagnostik bilden zentrale Herausforderungen für die Ethik.

Es sind insbesondere zwei Aspekte, die bei den neueren Entwicklungen der Gendiagnostik zu berücksichtigen sind: erstens die rapide wachsende Menge an erhebbaren genetischen Informationen über einzelne Menschen und Personengruppen durch Exom- und Gesamtgenomsequenzierung und zweitens der zunehmend niedrigschwellige Zugang zu diesen Informationen, zum Beispiel durch DTC-Angebote oder nichtinvasive Pränataldiagnostik.

Sie berühren drei zentrale ethische Problemfelder: erstens Fragen des Krankheits- und Gesundheitsverständnisses (vgl. Abschnitt 4.2.1), zweitens den Themenkomplex Autonomie, Selbstbestimmung und Verantwortung (vgl. Abschnitt 4.2.2), und drittens gesellschaftliche Aspekte, insbesondere Gerechtigkeit und Solidarität (vgl. Abschnitt 4.2.3). Bei der Erörterung dieser Fragen spielen nicht nur moralische Prinzipien, sondern auch Vorstellungen vom guten Leben sowie grundlegende Überzeugungen zum Menschenbild eine Rolle. Diese Elemente zu benennen und öffentlich diskutierbar zu machen, ist im Rahmen der ethischen Betrachtung ebenso wichtig wie das Bemühen darum, gerechtfertigte und nicht gerechtfertigte Erwartungen und Befürchtungen voneinander zu unterscheiden.

Die ethischen Herausforderungen, die sich aus der Anwendung gendiagnostischer Verfahren ergeben, stellen sich im Fall der pränatalen Diagnostik in anderer Weise dar als beim geborenen Menschen. Die pränatale Erhebung genetischer Merkmale des Ungeborenen kann zu einem Schwangerschaftskonflikt

und zu einer Entscheidung gegen das Leben des Ungeborenen führen. Die ethischen Fragen hinsichtlich der Nutzung postnataler genetischer Tests, also der Information über den geborenen Menschen, betreffen hingegen immer eigene Belange oder die näherer Verwandter. Sie können zwar auch existenzielle Bedeutung haben, führen jedoch nicht zu einer Entscheidung über ein ungeborenes Leben. Die ethischen Probleme prä- und postnataler gendiagnostischer Verfahren werden daher im Folgenden separat behandelt, zudem ist im postnatalen Bereich zwischen einwilligungsfähigen und nicht einwilligungsfähigen Personen zu unterscheiden

Über alle Anwendungsbereiche der genetischen Diagnostik hinweg ergibt sich Differenzierungsbedarf betreffend die folgenden Aspekte:

- » **die Art der Informationen:** Genetische Informationen können krankheitsrelevant oder gesundheitsbezogen sein. Sie können darüber hinaus jenseits gesundheitlicher Aspekte Auswirkungen auf die Lebensführung haben (z. B. im Fall von genetischen Informationen zu sportlichen oder kognitiven Talenten, vgl. Abschnitt 2.2.5). Sie können schließlich ohne Relevanz für die Lebensführung sein (z. B. Test zur „Ohrenschmalzbeschaffenheit“<sup>189</sup>).
- » **die Wahrscheinlichkeit des Auftretens** eines Phänotyps, wenn ein bestimmter Genotyp vorliegt
- » **der voraussichtliche Zeitpunkt** des Auftretens eines bestimmten Phänotyps
- » **der Schweregrad der gesundheitlichen Störung** bei krankheitsrelevanten Informationen
- » **die Beeinflussbarkeit** der gesundheitlichen Störung im Sinne einer **Prävention** oder **Therapie**
- » **der Zeitpunkt der genetischen Untersuchung**
- » **die individuelle Bedeutung** der Prognose für die betroffene Person

---

<sup>189</sup> Vgl. online im Internet: <https://www.23andme.com/health/all> [21.11.2012].

- >> die **technische Zuverlässigkeit und Aussagekraft** des genetischen Tests

Die folgenden Überlegungen greifen die genannten Differenzierungen auf und beziehen sie auf unterschiedliche Problembereiche. Dabei erweist sich vor allen Dingen der Zweck der Untersuchung (medizinisch oder nicht medizinisch) als ethisch bedeutsam. Ethisch relevant ist zudem die Unterscheidung zwischen gendiagnostischen Maßnahmen, die Forschungszwecken dienen sollen, und solchen, die allein dem Patienten/Verbraucher nutzen sollen.

## **4.2 Postnatale Gentests**

### **4.2.1 Krankheits- und Gesundheitsverständnis**

Die neueren Entwicklungen der genetischen Diagnostik können das Krankheits- und Gesundheitsverständnis tiefgreifend beeinflussen. Dies betrifft insbesondere die Einstellung dazu, welche Rolle die genetische Ausstattung bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten spielt und wie sich davon ausgehend Forschung und medizinische Versorgung gestalten. Darüber hinaus wird angesichts der Zunahme genetisch basierter Ermittlungen von Erkrankungsrisiken ein neuer Zwischenzustand zwischen Gesundheit und Krankheit diskutiert, der als neuer Typus des „kranken Gesunden“ bezeichnet werden kann.

#### ***Gene als Krankheitsdeterminanten?***

Die zunehmende Kenntnis genetischer Faktoren bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten und Behinderungen kann zu unterschiedlichen Effekten führen. Zum einen kann es zu einer emotionalen Entlastung kommen, weil eine Krankheit besser verstanden wird und zum Beispiel statt eines eigenen Verschuldens Gene in den Vordergrund der Erklärung rücken,



für die niemand die Verantwortung zu übernehmen hat. So erlaubt die Exomsequenzierung beispielsweise die Aufdeckung genetischer Grundlagen von Syndromen, deren Entstehung bislang ungeklärt war. Betroffene Familien fühlen sich, wenn eine genetische Mutation gefunden wurde, zum Teil erleichtert, zumindest eine Ursache für die Auffälligkeiten und Einschränkungen zu kennen, nachdem sie oftmals schon über lange Zeit viele Ärzte konsultiert haben, um Klarheit zu gewinnen. Gerade wenn es sich bei den Betroffenen um Kinder mit ungeklärten Symptomen handelt, kann das Wissen, dass ein Gendefekt ursächlich ist, Sorgen und Schuldgefühle, dass zum Beispiel Fehlverhalten während der Schwangerschaft die Beeinträchtigungen verursacht haben könnte, verringern. Auch können Eltern besser informierte Entscheidungen über die weitere Familienplanung treffen, wenn klar ist, ob ein von ihnen vererbter oder beim Kind erst neu entstandener Gendefekt vorliegt.

Man erhofft sich darüber hinaus, dass die Kenntnis einer Mutation und eine sich daran anschließende Aufklärung der pathophysiologischen Wege der Symptomentstehung Ansatzpunkte für eine zielgerichtete Therapie erbringen. Im Bereich der sogenannten Pharmakogenetik kann schon jetzt die Kenntnis genetischer Besonderheiten eine effektivere Therapie ermöglichen, da in manchen Fällen die Wirksamkeit eines Medikaments entscheidend von der genetischen Konstitution abhängt. Dies ist zum Beispiel beim Malignen Melanom (Schwarzer Hautkrebs) oder bestimmten Formen von Lungenkrebs der Fall; hier ist die genetische Beschaffenheit des Tumors für die Therapiewahl relevant.<sup>190</sup> Andere genetische Anlagen können die Wirkung und Verstoffwechslung von Medikamenten beeinflussen, weshalb auf der Basis solchen Wissens die Therapie optimiert und Nebenwirkungen vermieden werden können.

Auf der anderen Seite kann eine ausschließliche Konzentration auf genetische Faktoren bei der Entstehung insbesondere

---

<sup>190</sup> Vgl. Chapman et al. 2011.

von multifaktoriellen Krankheiten zur Vernachlässigung anderer biologischer sowie psychosozialer Einflussgrößen führen. Das Ergebnis wäre ein zu enges Krankheitsverständnis, bei dem der komplexe Zusammenhang zwischen Genotyp, Phänotyp und Umwelt- sowie Lebensstilfaktoren ausgeblendet würde. Eine genetisch-biologische Deutungshoheit über Erkrankungsprozesse ist mit der Gefahr verbunden, dass sich Bemühungen um therapeutische Strategien einseitig auf die genetische Dimension beziehen. Häufig wird eine solche eindimensionale Betrachtungsweise als genetischer Determinismus bezeichnet.

Mit den oben geschilderten Risiken einhergehen kann eine einseitige Förderung genetisch-biologischer Forschung unter Vernachlässigung der wissenschaftlichen Untersuchung komplexer Prozesse und Zusammenhänge. Auch könnte die Medizin angesichts eines solch eng geführten Krankheitsverständnisses den Patienten in seinen vielen Dimensionen aus dem Blick verlieren. Dies ist problematisch, weil sich das grundsätzliche Verständnis des Auftrags und des Gegenstands medizinischer Versorgung in den Strukturen des Gesundheitssystems und auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen niederschlägt. Letztlich könnte es zu einer Vernachlässigung wichtiger Behandlungselemente kommen, die sich nicht primär an biologisch-genetischen Befunden, sondern an psychologischen und sozialen Maßstäben orientieren.

### ***Zwischenzustand zwischen Gesundheit und Krankheit?***

Ein gewichtiges Argument gegen den breiten Einsatz prädiktiver genetischer Diagnostik lautet, dass durch die Fortschritte in der genetischen Diagnostik ein neuer Zwischenzustand zwischen Gesundheit und Krankheit geschaffen wird, der sich nicht nur destruktiv auf die Selbstwahrnehmung, sondern auch auf soziale Beziehungen auswirkt: Ein nicht indikationsbezogenes Untersuchungskonzept, das an molekularen Veränderungen ansetzt, um die betreffende Person über ihre

genetischen Krankheitsrisiken aufzuklären, schaffe demnach einen künstlichen Zwischenstatus zwischen Gesunden und Kranken. Der „kranke Gesunde“ sei *noch nicht* Patient, weil bei ihm keine Erkrankung festgestellt werden kann, aber auch *nicht mehr* völlig gesund, da ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen diagnostiziert wird. Durch diese Entwicklung werde eine Art von Vorläufer-Status zum Kranksein eingeführt, bei dem niemand wisse, ob er sich jemals zu einer symptomatischen, mit den bisher gängigen medizinischen Verfahren erfassbaren Krankheit entwickeln werde. Krank sei man dann nicht mehr aufgrund des subjektiven Befindens oder aktuell messbarer Krankheitswerte, sondern weil man durch die Erfassung des genetischen Risikoprofils – bildlich gesprochen – auf einer Art Warteliste verzeichnet werde.

Drei Probleme stehen in einem solchen Szenario im Vordergrund: Erstens kann es gerade bei Voraussagen, die auf ein hohes Erkrankungsrisiko hindeuten, zu einer erheblichen Verunsicherung und Verängstigung des Betroffenen kommen. Möglicherweise nimmt er ganz normale und vorübergehende Erscheinungen schon als erste Krankheitszeichen wahr, richtet sein Leben danach aus und gibt Zukunftspläne auf, die er ansonsten unvoreingenommen zu verwirklichen versucht hätte. So könnte zum Beispiel bei der Vorhersage eines erhöhten Risikos für eine Demenzerkrankung der Betreffende übliche Vergesslichkeiten als erste Anzeichen des Ausbruchs der Krankheit deuten und davon absehen, beispielsweise eine aufwändige Zusatzausbildung zu beginnen.

Zweitens kann es zu Irrtümern und Überinterpretationen kommen, die eine Krankheitserwartung ohne Not im Bewusstsein des Betroffenen verankern, weil der Test eben keine gesicherte Auskunft über die hohe Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung geben kann. Wie in Kapitel 2 erläutert, ist das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren bei der Krankheitsentstehung sehr komplex und Wahrscheinlichkeitsaussagen sind mit großer Vorsicht aufzunehmen. Hier bestehen vielfältige Möglichkeiten für Missverständnisse und

Fehlinterpretationen, auch im Hinblick auf Empfehlungen, wie mit Risiken am besten umzugehen sei. Bereits jetzt gibt es Geschäftsmodelle, bei denen auf der Grundlage von Gentests Präventionsstrategien zum Beispiel in Form von Ernährungsprogrammen oder Sportempfehlungen entwickelt werden. Ohne den Nachweis eines tatsächlichen Nutzens und ohne eine fachkundige Beratung, die angemessen mit der Komplexität und den vielen Unsicherheiten bei der Übersetzung von Gendaten in individuelle Gesundheitsrisiken umzugehen vermag, kann es für den Einzelnen unmöglich sein, sich angemessen zu informieren und zu orientieren.

Drittens kann es zu Belastungen der Angehörigen kommen, die von genetisch ermittelten Krankheitsrisiken gegebenenfalls auch betroffen sind. Blutsverwandte können je nach Konstellation das Risiko ebenfalls tragen. Nicht blutsverwandte Familienangehörige und Freunde sind zumindest in die Lebensentscheidungen einbezogen, die der Betroffene aufgrund des Befundes trifft.

Es gibt aber auch Argumente gegen die Annahme, dass der postulierte Zwischenzustand zwischen Gesundheit und Krankheit zu Problemen führt oder überhaupt ein besonderes Kennzeichen der neuen genetischen Diagnostik ist. Demnach breche sich mit den neueren gendiagnostischen Möglichkeiten keineswegs eine Veränderung Bahn, die unter dem Stichwort „kranke Gesunde“ zu einem tiefgreifenden Wandel im Verständnis von Krankheit und Gesundheit und im persönlichen wie gesellschaftlichen Umgang mit diesen Phänomenen führe. Stattdessen zeige ein Blick über die Gendiagnostik hinaus, dass sich Menschen schon lange mit einem Auseinanderfallen von Diagnostik und subjektivem Krankheitsgefühl und aufgrund dieser Diskrepanz veränderter Selbstwahrnehmung auseinandersetzen müssen. Hoher Blutdruck, der Nachweis eines nicht genetischen Krebsmarkers, ein Ultraschallbefund für eine Zystenniere oder ein positiver HIV-Test zum Beispiel können bei aktuell subjektivem Wohlbefinden sehr klare Indikatoren dafür sein, dass der Betroffene in absehbarer

Zukunft gravierend krank sein und sich auch krank fühlen wird.

Eine mögliche Verunsicherung durch mitunter sehr unsichere prädiktive Gesundheitsinformationen wird von vielen vor diesem Hintergrund in einen größeren Zusammenhang gestellt. Nach dieser Auffassung reiht sich der Umgang mit solchen Informationen in die persönlichen und kulturellen Chancen und Risiken ein, mit der möglichen Diskrepanz zwischen Diagnose und subjektivem Gesundheitsempfinden und dem Einsetzen einer nötigen Therapie oder empfohlenen Verhaltensänderungen umzugehen. Es gehöre zu den Selbstverständlichkeiten des Menschseins in einer modernen Gesellschaft, den Umgang mit technologischen Veränderungen in das eigene Selbstverhältnis und die eigene Lebenspraxis zu integrieren.

Unabhängig davon, welchem dieser Interpretationsansätze man den Vorzug gibt, lässt sich eine ethische Folgerung aus dieser Diskussion mit relativ großer Eindeutigkeit ableiten: Die Anwendung postnataler gendiagnostischer Verfahren verlangt eine Aufklärung über die bleibende Unsicherheit der aus ihnen abgeleiteten Voraussagen. Das mit diesen Verfahren verbundene Ziel besteht nicht darin, die Lebensperspektive von Menschen unsicherer zu machen, sondern ihnen dabei zu helfen, mit Ungewissheiten und Risiken in einem möglichst hohen Maß innerer Klarheit umzugehen.

#### **4.2.2 Selbstbestimmung und Verantwortung**

Die vorstehend skizzierten möglichen Auswirkungen prädiktiver genetischer Diagnostik auf das Verständnis von Krankheit und Gesundheit sind eng verknüpft mit unterschiedlichen Konzepten und Erwartungen zur Autonomie, Selbstbestimmung und Verantwortung von Gentestnutzern. Autonomie, Selbstbestimmung und Verantwortung sind in der Ethik im Allgemeinen wie in der Medizinethik im Besonderen zentrale

Begriffe. Angesichts ihrer großen Bedeutung, insbesondere für die Ethik der Neuzeit, verwundert es nicht, dass diese Begriffe in unterschiedlichen Bedeutungen verwendet werden. Dabei werden die Worte „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ bisweilen auch synonym verwendet, was angesichts ihrer differenzierten Bedeutung und Verwendungsweisen nicht überzeugt. Im Weiteren werden diese Begriffe deshalb in einer Weise unterschieden, die im Folgenden knapp skizziert werden soll.

Der Begriff der Autonomie bezeichnet die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen, aus eigenen Stücken vernünftige Erwägungen anzustellen, mit anderen Individuen Gründe für Handlungen auszutauschen und Entscheidungen verantwortlich zu treffen. Diese Fähigkeit zeichnet den Menschen als moralfähiges Lebewesen aus. Hieraus wird ethisch und rechtlich das Recht auf Selbstbestimmung und auf die Entfaltung der Persönlichkeit ebenso abgeleitet wie die Verantwortung des Einzelnen für sein Handeln, für die ihn dabei leitenden Überzeugungen wie für dessen voraussehbare Folgen.

Selbstbestimmung bezeichnet vor dem Hintergrund dieser dem Menschen grundsätzlich zukommenden Autonomie die Möglichkeit der Realisierung von je eigenen Handlungsentwürfen und Handlungsentscheidungen. Die Realisierung dieser Möglichkeit hängt von konkreten Bedingungen ab. Sie beziehen sich auf Ort und Zeit des individuellen Lebens ebenso wie auf dessen Entwicklungsstadium. Körperliche und seelische Gesundheit sind dafür ebenso von Bedeutung wie Krankheiten oder Behinderungen. Selbstbestimmung ist eine grundlegende anthropologische Idee, deren Realisierung von empirischen Gegebenheiten abhängt. Selbstbestimmung ist zugleich ein rechtlicher Anspruch, der in verschiedenen Rechtssystemen unterschiedlich ausgestaltet ist.

Deshalb ist Selbstbestimmung, bei voller Anerkennung ihres normativen Gehalts, empirisch angewiesen und bezogen auf soziale, kulturelle und individuelle Bedingungen, unter denen der Einzelne lebt. So kann die kognitive und emotionale

Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung zwar gegeben und im Moment der Entscheidung auch nicht durch psychische oder körperliche Beeinträchtigungen eingeschränkt sein, aber die Umstände erlauben ihre Ausübung nicht oder jedenfalls nur unter großer Anstrengung. Im Extremfall kann es sich hier um Zwang handeln. Subtilere Bedrohungen von Selbstbestimmungsmöglichkeiten können durch den Druck einer Gruppe oder durch gesellschaftlich verbreitete Normativitätsvorstellungen entstehen, zum Beispiel wenn der Einzelne meint, sich nicht dagegen wehren zu können oder wenn er diese erst gar nicht kritisch reflektiert.

Wenn Selbstbestimmung im oben skizzierten Sinne verstanden wird als konkrete Entfaltung einer menschlichen Persönlichkeit, dann umfasst sie in rechtlicher und ethischer Hinsicht den Schutz und die Achtung dafür, eigene Entscheidungen und Lebenspläne zu verfolgen.

Auch der Begriff der Verantwortung ist komplex und erfordert die Unterscheidung einer Reihe von Bedeutungen, Formen und Funktionen. Verbreitet ist die Unterscheidung zwischen einer kausalen Verantwortung, die nach der Zurechnung von in der Vergangenheit liegenden Handlungen fragt, einer Rollenverantwortung, die sich in der mit einer bestimmten Funktion verbundenen Zuständigkeit zeigt, sowie einer Folgenverantwortung, die sich auf die Konsequenzen aus gegenwärtigen Handlungen in der Zukunft richtet. Alle drei Bedeutungen haben für den Umgang mit der Gendiagnostik eine erhebliche Bedeutung. Eine kausale Verantwortung betrifft alle, die an zurückliegenden Vorgängen beteiligt waren und für sie rechenschaftspflichtig sind. Die Rollenverantwortung betrifft vor allem diejenigen, die im Rahmen ihrer jeweiligen Profession für die rechtliche Regelung, wissenschaftliche Weiterentwicklung und praktische Anwendung der Gendiagnostik zuständig sind. An der Folgenverantwortung sind alle beteiligt, die sich im demokratischen Prozess daran beteiligen, Regelungen und Vorgehensweisen zu finden, durch die lebensfördernde Chancen der genetischen Diagnostik genutzt

und die mit ihnen verbundenen Gefahren nach Möglichkeit gebannt werden.

Verantwortung enthält ein retrospektives und ein prospektives Element. Zurückschauend stellt sich die Frage nach Ursachen in der Vergangenheit, mit deren Konsequenzen sich der Einzelne und die Gesellschaft heute und morgen auseinandersetzen müssen. Prospektiv geht es darum, rechtzeitig über die künftigen Konsequenzen gegenwärtigen Handelns nachzudenken und unter den verfügbaren Handlungsmöglichkeiten diejenigen zu wählen, die mit der Autonomie und der Selbstbestimmung des Menschen am ehesten vereinbar sind.

Im Zusammenhang mit der prädiktiven genetischen Diagnostik zeigt sich retrospektive Verantwortung besonders deutlich darin, dass die Empfehlung zu einer gendiagnostischen Maßnahme und die Interpretation ihrer Ergebnisse lebensprägende Bedeutung haben kann, und zwar für den unmittelbar Betroffenen, seine Angehörigen und einen Kreis weiterer Familienmitglieder, für die eine vergleichbare Diagnose infrage kommt. Das Nachdenken über diese retrospektive Verantwortung verpflichtet dazu, mit diesen Möglichkeiten so sorgfältig wie möglich umzugehen und auf Aufklärung, Interpretation und Beratung das notwendige Gewicht zu legen. Prospektive Verantwortung zeigt sich gerade dann, wenn ein Entscheidungsspielraum besteht, innerhalb dessen Abwägungen anzustellen sind, über die keine letzte Gewissheit besteht. In diesen Fällen kommt dem Gespräch zwischen den Betroffenen und Ärzten, auf dessen Grundlage die notwendigen Entscheidungen getroffen werden, eine herausragende Bedeutung zu.

### ***Genetische Selbstbestimmung***

Das zentrale (nicht nur rechtliche, sondern auch) ethische Konzept im Kontext der Gendiagnostik ist die Selbstbestimmung als Kernelement menschlicher Persönlichkeit. Sie umfasst nicht nur die Befugnis, selbst darüber zu bestimmen, wem gegenüber genetische Daten offenbart, zu welchen Zwecken sie verarbeitet und verwendet sowie an wen sie übermittelt



werden (informationelle Selbstbestimmung), sondern auch das *Recht auf Wissen* über den eigenen genetischen Status. Besondere Bedeutung erlangt die genetische Selbstbestimmung in der Ausprägung als *Recht auf Nichtwissen*; dieses gewährleistet Schutz vor aufgenötigten genetischen Informationen.

Das Recht auf Wissen wie auf Nichtwissen wird durch das Argument gestützt, dass Wissen um die eigene genetische Ausstattung Einfluss auf die persönliche Entwicklung und die Vorstellungen von einem guten Leben haben kann.<sup>191</sup> Es könnte die Freiheit der persönlichen Entfaltung einschränken, wenn wir wesentliche Elemente unserer Zukunft durch ihre genetische Offenlegung vorwegzunehmen gezwungen wären. Es würde andererseits die Gestaltung unseres Lebens einschränken können, wenn uns der Zugang zu genetischen Informationen über uns selbst verboten wäre (s. u., Abschnitt „Lebensführung und Psychologie“).

Die Möglichkeit, auf eine erweiterte genetische Wissensbasis – die jedoch in der Regel nicht durch die Betroffenen interpretiert werden kann und zum Teil nur eine ungeklärte oder unsichere Aussagekraft hat – zurückgreifen zu können, und die Notwendigkeit, Wahrscheinlichkeitsaussagen in ihrer Bedeutung für die eigene Lebensführung zu interpretieren, können es gleichwohl schwieriger machen, eine verantwortliche und verantwortbare Entscheidung zu treffen. Aus den erweiterten Möglichkeiten des (scheinbaren) Wissens ergibt sich auch ein größerer Bereich möglicher Verantwortung; was früher als Schicksal hingenommen werden musste, kann jetzt in den Bereich bewusster Gestaltung fallen, wenn die Tatsachenbasis verständlich ist und auf die eigene Lebensführung bezogen werden kann. Vererbte genetische Merkmale stellen dabei zusätzlich die besondere Herausforderung dar, dass Entscheidungen über genetisches Wissen neben der entscheidenden Person auch ihre Verwandten betreffen können, wenn diese die gleichen genetischen Anlagen tragen. Vor

---

191 Vgl. Woopen 2000.

diesem Hintergrund gibt es Befürchtungen, dass genetische Diagnosemöglichkeiten, die dem Individuum erhöhte Verantwortungslasten für sich und für andere auferlegen, es immer schwieriger machen könnten, das Nicht-wissen-Wollen im Blick auf molekulare Gesundheitsrisiken gegenüber dem Druck medizinischer Diagnosemöglichkeiten und der Erwartungshaltung von Familienangehörigen und der Gesellschaft tatsächlich durchzuhalten. Wegen der hoch komplexen Fragen im Zusammenhang mit den Verfahren der genetischen Diagnostik ergeben sich höchste Anforderungen an die Aufklärung und Beratung der Person, die eine genetische Untersuchung in Betracht zieht. Eine solche Aufklärung und Beratung ist notwendige Bedingung für eine selbst-bestimmte Entscheidung des Betroffenen.

Unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung ist schließlich auch zu berücksichtigen, dass es in einer freiheitlichen Gesellschaft jedem so lange unbenommen ist, auch aus von anderen schwer nachvollziehbaren Gründen Dinge – sogar selbstschädigende – zu tun, solange andere dadurch nicht beeinträchtigt werden. Um unbeabsichtigte Selbstschädigungen zum Beispiel aufgrund fehlender Informationen oder fehlender Produktqualität möglichst gering zu halten, kommt der Qualität und der Vermittlung von Informationen eine besondere ethische Bedeutung zu.

Im aktuellen ethischen Diskurs stellen sich zahlreiche Fragen. Wie weit reichen das Recht auf Wissen und das Recht auf Nichtwissen? Gilt das Recht auf Nichtwissen ohne Ausnahme, oder gibt es unter bestimmten Bedingungen eine Pflicht zur Mitteilung an Familienangehörige? Selbst wenn man dem Recht auf Nichtwissen als einem individuellen Abwehrrecht einen hohen Rang einräumt, kommt es möglicherweise dort an seine Grenzen, wo schwere gesundheitliche Schäden bei anderen zu befürchten sind. Dann mag ausnahmsweise sogar eine moralische „Pflicht zum Wissen“ entstehen, nämlich sich testen zu lassen und die Weitergabe von Information an Dritte zu ermöglichen.

Das Recht auf Wissen und Nichtwissen kann im Bereich genetischer Diagnostik nur dann angemessen ausgeübt werden, wenn die Person, die untersucht werden möchte, hinreichend informiert ist. Im Gendiagnostikgesetz soll diese ethisch relevante Befähigung zur Selbstbestimmung dadurch gewährleistet werden, dass die betroffene Person vor der Probengewinnung und Testung aufgeklärt worden ist, schriftlich eingewilligt hat und bei der Befundmitteilung durch einen Arzt beziehungsweise (bei einer prädiktiven genetischen Untersuchung) durch einen Facharzt beraten worden ist. Bei zunehmend breiter angelegter genetischer Diagnostik und der daraus resultierenden Mengen von genetischen Informationen, auch solchen, deren Interpretation und Auswirkungen noch unbekannt oder fraglich sind, wird es allerdings kaum noch möglich sein, dass die Betroffenen über alle einzelnen denkbaren Befunde und die möglichen Folgen im Vorhinein vor der Inanspruchnahme jeder genetischen Diagnostik aufgeklärt werden können.

Das Gendiagnostikgesetz hatte sich bereits dieser Frage gestellt. Es regelt für die genetische Diagnostik zu medizinischen Zwecken, dass die ärztliche Person den Betroffenen vor dem Gentest über das vorgesehene Untersuchungsmittel und die damit erzielbaren Ergebnisse aufzuklären und vor der Einwilligung eine Entscheidung des Betroffenen über den Umfang der genetischen Untersuchung und darüber herbeizuführen hat, ob und inwieweit das Untersuchungsergebnis zur Kenntnis zu geben ist oder vernichtet werden soll. Damit ist allerdings noch keine Klarheit darüber hergestellt, in welchem Umfang und mit welcher Differenziertheit aufzuklären und zu beraten ist, wenn eine Analyseverfahren gewählt wird, mit der viele genetische Eigenschaften oder sogar das ganze Genom analysiert werden können und der Betroffene sich vor der Einwilligung nicht auf die Kenntnis nur ganz bestimmter möglicher Untersuchungsergebnisse festgelegt hat und anderes Wissen ablehnt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für alle Gentests die gleichen hohen Anforderungen gelten müssen, wie sie derzeit für die Durchführung der genetischen Diagnostik zu medizinischen Zwecken festgelegt sind. Des Weiteren ist zu klären, inwieweit für alle Gentests am Arztvorbehalt, wie ihn das Gendiagnostikgesetz für Gentests zu medizinischen Zwecken zwingend vorschreibt, festgehalten werden soll und ob dieser auch auf sogenannte Lifestyle-Tests erweitert werden muss. Außerdem ist zu fragen, was für den Fall des individuellen Wunsches des Betroffenen nach einer vollständigen Genomanalyse gelten soll, ohne dass eine medizinische Indikation gegeben ist.

Ethisch wäre denkbar, die Aufklärung über einen Gentest, mit dem eine große Zahl genetischer Eigenschaften diagnostiziert wird, so auszurichten, dass das Potenzial dieser Eigenschaften zur Verursachung gesundheitlicher Störungen nur an Typen von gesundheitlichen Störungen dargelegt wird, ohne dabei in die jeweiligen Details zu gehen. Eine solche Typisierung könnte zum Beispiel anhand eines Sets von Kriterien erfolgen, das die oben (vgl. Abschnitt 4.1) aufgezählten Unterscheidungsmerkmale bezüglich der Art der Information, der Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Phänotyps, des Auftretszeitpunktes, des Schweregrades und der Beeinflussbarkeit berücksichtigt.

Schließlich stellt sich – vor allem angesichts der zu erwartenden Flut an Informationen aus sehr unterschiedlichen medizinischen Bereichen – die Frage, inwieweit Aufklärung und Beratung einer speziell ausgebildeten Profession („genetische Berater“) übertragen werden könnte, wie sie in anderen Staaten bereits etabliert ist. Das Ziel einer genetischen Aufklärung und Beratung muss sein, den Nutzer qualitativ hochwertig, auf der Basis umfassender Kenntnisse auf dem neuesten Stand des Wissens möglichst neutral, nondirektiv zu beraten und zu einer kritischen eigenen Einschätzung zu befähigen. Dies kann von Hausärzten oder Fachärzten gegebenenfalls nicht mehr ohne Weiteres erwartet werden. Ein anderes Problem

besteht bei Personen, die ein starkes, insbesondere finanzielles, Eigeninteresse an der Durchführung einer bestimmten genetischen Diagnostik haben, wie insbesondere Angestellten von Gendiagnose-Unternehmen oder Berater, die von solchen Unternehmen finanziell abhängig sind. Erklärt man die jetzige Form der ärztlichen Beratung für allein maßgeblich, lässt man die offensichtlich zunehmende Zahl von Menschen, die Gentests nachfragen, mit oftmals unseriösen Internetangeboten allein. Hier könnten öffentliche Angebote der Aufklärung über die Möglichkeiten genetischer Diagnostik einschließlich ihrer begrenzten Aussagekraft und über den jeweiligen Stand der Wissenschaft geschaffen werden.

### ***Kultursensible Aufklärung und Beratung***

Neben der grundsätzlichen Schwierigkeit der angemessenen Vermittlung komplexer Informationen für unterschiedliche Zielgruppen kommt in Deutschland als zusätzliche Herausforderung eine interkulturelle Dimension hinzu. Berücksichtigt man, dass ca. 20 Prozent der Menschen in Deutschland einen Migrationshintergrund haben, so sind Arzt-Patienten-Beziehungen oft mit sprachlichen und kulturellen Barrieren behaftet, die auch die Qualität einer genetischen Beratung beeinträchtigen können. Eine Verständigung mit ‚Zufallsdolmetschern‘ aus dem Bekanntenkreis der zu beratenden Person leidet oft unter geringen Übersetzungskompetenzen und kann in der Regel eine wünschenswerte Kommunikation nicht gewährleisten. Dabei können nicht nur Fehlübersetzungen erfolgen, sondern auch Informationen verschwiegen werden, was der Arzt nicht feststellen und/oder überprüfen kann. Auch ein vorhandenes Autoritätsverhältnis zwischen dem Dolmetscher und dem Patienten beziehungsweise Klienten erhöht die Wahrscheinlichkeit eines zensierten Gesprächs, wodurch eine erforderliche authentische Kommunikation ausgeschlossen ist. Diese Schwierigkeiten durch sprachliche Barrieren verhindern nicht nur das Gelingen einer genetischen Beratung, sondern sind zudem mit ethischen und juristischen Problemen

behaftet. Denn dadurch sind die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Entscheidung nicht gewährleistet.

Ebenso sollten die kulturellen Barrieren für eine non-direktive und ergebnisoffene genetische Beratung berücksichtigt werden. Die Verwandtschaftsehe, die mit einem erhöhten Risiko der Entstehung von autosomalen rezessiven Erkrankungen verbunden ist, gilt in manchen Kulturkreisen als eine akzeptierte Praxis. Deswegen sind die Eltern aus diesen Kulturkreisen häufiger Klienten genetischer Beratung. Ein Gespräch über diese Praxis erfordert einen kultursensiblen Zugang zur Thematik und eine kultursensitive Gestaltung eines solchen Gespräches. Aufgrund der kulturellen Barrieren fühlen sich die Ärzte in der genetischen Beratungspraxis oft überfordert.

### ***Lebensführung und Psychologie***

Zu den Argumenten *für* ein umfassendes genetisches Wissen gehören zu erwartende Vorteile für die persönliche Lebensführung, für das familiäre Zusammenleben und für berufliche Entscheidungen. Bezogen auf die Lebensführung wird erwartet, mithilfe genetischer Informationen Entscheidungen treffen zu können, die eine spätere Krankheit verhindern oder mildern können oder die Lebensqualität auf anderer Ebene durch optimale Reaktionen auf das persönliche genetische Potenzial verbessern.

Empirische Studien zeigen jedoch, dass der Anspruch, die eigene voraussichtliche Gesundheitsentwicklung durch Änderungen der Lebensgewohnheiten positiv beeinflussen zu können, durch das tatsächliche Verhalten der meisten Testpersonen zumindest bisher nicht bestätigt wird.<sup>192</sup> Nach einer Auswertung der Reaktionsweisen der Studienteilnehmer mehrerer Studien auf die Mitteilung negativer Testergebnisse

---

<sup>192</sup> Vgl. noch immer umfassend Schröder 2004 und das jüngst erschienene Review von Mand et al. 2012, das zwar die ethische Problematik von genetischen Test bei Minderjährigen für spätmanifestierende Erkrankungen thematisiert, die identifizierten ethischen Herausforderungen gelten aber insgesamt für prädiktive genetische Diagnostik.

scheint eher das Gegenteil der Fall zu sein.<sup>193</sup> Obwohl sich die positiv getesteten Personen ihres Risikos bewusst waren, vertrauten sie offenbar doch eher der Effektivität einer medikamentösen Behandlung als der Umstellung des Lebensstils.<sup>194</sup> Sie setzten ihre Hoffnung darauf, dass die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe bei ihnen persönlich keine Folgen habe; immerhin bekommt ja auch nicht jeder Raucher Lungenkrebs. Zwar begünstigen prädiktive medizinische Gentests nicht generell eine fatalistische Einstellung gegenüber einer möglichen Krankheitsentwicklung, doch führen sie nur in geringem Umfang dazu, die Eigenverantwortlichkeit der Menschen im Sinne eines vorausschauenden Gesundheitsmanagements zu wecken.

Genetisches Wissen kann jedoch auch jenseits messbarer Präventionserfolge einen emotionalen Wert haben. Selbst bei genetischen Merkmalen, bei denen die Einfluss- oder Präventionsmöglichkeiten gering sind, kann ein prädiktiver genetischer Test dazu beitragen, die persönlich empfundene Bedrohung durch ein gesundheitliches Risiko zu reduzieren, sogar bei schwerwiegenden Erkrankungen. Die Motivation kann darin bestehen, die gegenwärtig als quälend oder deprimierend empfundene Unsicherheit zu beenden.<sup>195</sup> Man hofft zwar in erster Linie auf einen entlastenden negativen Befund, um Depression oder Angst zu überwinden und ein neues Selbstverständnis zu entwickeln jenseits der erlebten Unsicherheit, mit einem schweren gesundheitlichen Risiko zu leben. Doch selbst ein schwer erträglicher positiver Befund kann dabei helfen, die eigenen Lebenspläne auf dieses Wissen besser einzustellen. Gentests, die eine solche Klarheit bringen, werden auch als eine Chance für die betroffenen Menschen und ihre Familien gesehen, sich intensiver mit dem eigenen Schicksal oder gesundheitlichen Wahrscheinlichkeiten auseinanderzusetzen

---

193 Vgl. Martaeu 2010.

194 Vgl. Kollek/Lemke 2008; Marteau 2010.

195 Vgl. Kollek/Lemke 2008, 99; Marteau 2010.

und dies zum Beispiel auch bei der Familienplanung zu berücksichtigen. Mehrere Studien weisen zudem darauf hin, dass der Einsatz von zurzeit bestehenden Gentests weniger negative Konsequenzen hat als allgemein vermutet.<sup>196</sup> Die zunehmende Personalisierung, erweiterte Verantwortungsmöglichkeiten im Bereich medizinischer Gesundheitsangebote und auch die leichtere Verfügbarkeit von Gentests werden mitunter auch als Freiheitsgewinn verstanden.<sup>197</sup>

### 4.2.3 Gerechtigkeit und Solidarität

Die ethische Analyse der neuen Entwicklungen der Gendiagnostik muss auch Bezug auf den breiteren gesellschaftlichen Kontext nehmen, in dem sich diese vollziehen. Dabei sind die Prinzipien der Gerechtigkeit und der Solidarität zu berücksichtigen. Gerechtigkeit meint dabei die gleichmäßige und gerechtfertigte Berücksichtigung des jeweils Angemessenen und begründet im sozialen, politischen und rechtlichen Kontext eine Verbindlichkeit, um einen Anspruch als universell und besonders stark zu kennzeichnen. Forderungen aus Solidarität artikulieren dagegen Hilfsforderungen, die sich daraus ergeben, dass diejenigen, die sich wechselseitig zur Solidarität verpflichtet sehen, in einer besonderen Hinsicht gemeinsame Eigenschaften oder Anliegen teilen. Aus dieser gefühlten oder – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – rechtlich verankerten „Schicksalsgemeinschaft“ ergibt sich ein Hilfsgebot für den Stärkeren.

Im Zusammenhang mit der Gendiagnostik stellt sich die elementare Gerechtigkeitsfrage, ob es aufgrund der neueren Entwicklungen der Gendiagnostik zu einer Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit bestimmten genetischen Eigenschaften kommt. Auch die Frage des Zugangs zu

---

<sup>196</sup> Vgl. Heyen 2011.

<sup>197</sup> Vgl. zu dieser Zusammenstellung Mand et al. 2012, 3.



Gentests ist eine Frage der Gerechtigkeit. Solidarität kann zum Beispiel als bedroht angesehen werden, wenn dem Einzelnen über Gebühr Eigenverantwortung für den Einsatz individueller Tests auf genetische Eigenschaften abgefordert wird. Es kann auch umgekehrt einen Beitrag zur Solidarität darstellen, in Kenntnis einer familiären Vorbelastung einen Test durchführen zu lassen, um bei einem negativen Befund Kosten für die Solidargemeinschaft zu vermeiden. Diese könnten sonst aufgrund engmaschiger Früherkennungsuntersuchungen anfallen, wenn die betroffene Person die genetische Diagnostik unter Berufung auf ihr Recht auf Nichtwissen ablehnt.

### *Sorge vor Stigmatisierung und Diskriminierung*

Insbesondere, wenn man genetischen Informationen eine stark deterministische Aussagekraft zutraut, entstehen Befürchtungen vor Stigmatisierung und Diskriminierung nach genetischen Befunden. Dabei verweist Stigmatisierung auf eine soziale Praxis, in der einem Menschen ein Makel zugesprochen wird, wenn er eine bestimmte Eigenschaft hat. Diskriminierung bezeichnet die sich daraus ergebende ungerechtfertigte Ungleichbehandlung, die die Entfaltungsmöglichkeiten des Betroffenen verschlechtert.

Wie der naturwissenschaftliche Teil der vorliegenden Stellungnahme gezeigt hat, gibt es bei genetischen Tests jedoch eine große Bandbreite diagnostischer Aussagen. Entsprechend ist mit unterschiedlicher Eingriffstiefe in das Selbstverständnis der Betroffenen, ihre Lebenswelt und die Gesellschaft zu rechnen. Demgemäß muss die Ethik Bedenken, aber auch Erwartungen differenzieren: Wo genetische Tests auf monogene Erkrankungen wie im Falle der Huntington-Krankheit geradezu deterministische Ergebnisse liefern und im Wesentlichen nur der Zeitpunkt des Eintritts unbestimmt bleibt, dort müssen die geschilderten Bedenken hinsichtlich der Gefahr von Diskriminierung und Stigmatisierung sehr ernst genommen werden.

Unangemessen wäre es aber, solche Stigmatisierungs- und Diskriminierungsängste auf alle anderen Bereiche genetischer

Tests auszudehnen und so Ängste in der Bevölkerung zu schüren und daraus den Bedarf an Regulierungsmaßnahmen abzuleiten. Dies gilt insbesondere für solche Tests, die nur schwache Risiken ermitteln können, bei denen aufgrund des Zusammenspiels von Genom, Umwelt, Verhalten, Ernährung und Expositionen der jeweilige Ausprägungsgrad der Erkrankung ungewiss bleibt, von deren Eintrittszeitpunkt ganz zu schweigen.

Zwar verhindern gegenwärtig die Regeln des Gendiagnostikgesetzes Diskriminierung aufgrund genetischer Eigenschaften im Berufsleben und im Versicherungswesen, aber mit dem Verweis auf rechtliche Regelungen sind noch nicht die Risiken sozialer Praxis bewältigt. Es ist daher sorgfältig zu beobachten, ob sich unterschwellig aus diesem „neuen Wissen“ nicht doch ablehnende Werturteile über Menschen ergeben.

### ***Zugang zu Gentests***

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen kann Gerechtigkeitsprobleme aufwerfen. Jedenfalls in Deutschland würde es verbreitet als eine Verletzung eines elementaren Gerechtigkeitsanspruchs angesehen, wenn ein Einzelner medizinische Leistungen, die zur notwendigen Gesundheitsversorgung gehören, nicht erhielt. Was im sozialrechtlichen Abschnitt dargestellt wurde, entspricht auch einem sozialetischen Ansatz: Gentests, die Bestandteil einer notwendigen Behandlung sind, müssen aus gerechtigkeitstheoretischen Erwägungen von der Gesellschaft getragen werden. Das gilt jedenfalls dann, wenn als Maß der Gerechtigkeit die Möglichkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verstanden wird.

Komplizierter verhält es sich, wenn Gerechtigkeit als Ausgleich von sozialer Ungleichheit verstanden wird und nicht allein als Ermöglichung gesellschaftlicher Inklusion. Dann stellt sich die Frage, ob durch die Verwendung bestimmter Gentests gesundheitliche Ungleichheiten, die nicht nur, aber oftmals (und statistisch gesehen regelmäßig) auch mit gesellschaftlichen Ungleichheiten korrelieren, verstärkt werden. Diese

Tendenz trifft jedenfalls in dem Maße zu, in dem finanziell besser Gestellte auf medizinisch sinnvolle, aber von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht als notwendig oder zweckmäßig und damit als nicht erstattungsfähig eingestufte neuere Gentests zurückgreifen können. Dass Vermögendere sich eine umfangreichere medizinische Versorgung privat hinzukaufen können, ist nichts grundlegend Neues, könnte sich aber im Kontext des behaupteten Trends verstärken.

***Trend zunehmender Verantwortungszuschreibung an den Einzelnen als Herausforderung für Solidarität?***

Solidarität und Eigenverantwortung stehen im Allgemeinen wie besonders in der Gesundheitsversorgung in einem komplexen Spannungsverhältnis. Einerseits wird erwartet, dass der Einzelne seine Belange möglichst eigenverantwortlich regelt. Andererseits benötigt jeder Mensch im Laufe seines Lebens verschiedene Formen von Solidarität: Hilfe in einem Schadensfalle, aber auch Unterstützung durch Gleichgesinnte beim Versuch, gemeinsame Anliegen stark zu machen, schließlich Hilfe und Beistand, um überhaupt Eigenverantwortungsfähigkeit auszubilden. Überdehnungen wie Kurzschlüsse auf beiden Seiten dieses Spannungsverhältnisses sind denkbar: übersteigerte Eigenverantwortungsansprüche unterlaufen eine Kultur der Solidarität. Über Gebühr gewährte Solidarität kann zur Trägheit oder sogar zur Weigerung führen, bestimmte Herausforderungen des eigenen Lebens in eigener Verantwortung anzunehmen; das könnte ein Abwälzen eigener Lasten auf fremde Schultern begünstigen. Daher ist zu fragen, ob die neueren Entwicklungen im Bereich der Gendiagnostik das Spannungsgefüge von Solidarität und Eigenverantwortung belasten.

Das wachsende Interesse an Gentests wird zum Teil als Ausdruck zunehmender Personalisierung gesundheitsbezogener Aktivitäten gesehen.<sup>198</sup> Diese drücke sich vor allem durch

---

198 Vgl. ebd.

eine stärkere Ausbildung von Märkten für Gesundheitsleistungen und damit zusammenhängend möglicherweise durch eine verstärkte Verantwortungszuschreibung an den Einzelnen aus.

Mit dieser Tendenz ist allerdings nicht die vielfach diskutierte sogenannte personalisierte Medizin angesprochen. Denn unter personalisierter Medizin versteht man eine Differenzierung von Patientenkollektiven zum Zwecke zielgenauerer Therapie, die eine für alle Patienten gleich angebotene allgemeine Standardtherapie ersetzen soll. Der Ausdruck stützt sich, begriffsgeschichtlich nicht unproblematisch, auf ein biologisch grundiertes Verständnis von Person, indem er dieses Versprechen präziserer Diagnose und Therapie an genetischen und nicht genetischen Biomarkern ausrichtet. Nur in wenigen Fällen, wie in neuerer Entwicklung von Krebstherapien, gelingt bisher, gestützt auf Gentests, der Einsatz individualisierter Therapiestrategien. Vorrangig kommt es zu einer sogenannten Stratifizierung der Patienten: ihrer Zuordnung zu Risikogruppen als Grundlage für medizinische Interventionen.<sup>199</sup>

Unter einer auf Kommerzialisierung und Verantwortungszuschreibung an den Einzelnen zielende Personalisierung werden andere Trends als die personalisierte Medizin gefasst. Zu ihnen zählen – international zunehmend zu beobachten – die Beschaffung medizinischer Informationen über das Internet, online austauschbare persönliche medizinische Datensätze, die Nutzung von Internetapotheken, Telemedizin, e-Health-Informationen und individuelle Gesundheitsleistungen einschließlich der Direct-to-Consumer-Tests (vgl. Abschnitt 2.5.7).<sup>200</sup>

Grundsätzlich ist es gemäß dem Grundsatz der Subsidiarität zu begrüßen, wenn zuvörderst dem jeweils Betroffenen zugehört, aber auch von ihm erwartet wird, die Probleme, die er lösen kann, selbst zu lösen. Die Frage ist allerdings, ob dies im

---

199 Vgl. Jahrestagung des Deutschen Ethikrates „Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?“ am 24. Mai 2012 in Berlin. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/personalisierte-medizin> [4.3.2013].

200 Vgl. Nuffield Council on Bioethics 2010.

Bereich der Gesundheitsversorgung tatsächlich durchgehend möglich und angemessen ist. Sozialmedizinische Studien zeigen seit vielen Jahren, dass es individuell und vor allem schichtspezifisch zu unterschiedlichen Ausprägungen einer vernünftigen Bewältigung von Krankheitsrisiken gibt. Bei ernstesten Erkrankungen sind individuelle Vorsorgemaßnahmen – ganz unabhängig von jeweiligen Schichten- oder Milieuzugehörigkeiten – allerdings oft sehr begrenzt.

Es gilt deshalb zu bedenken, dass ein solcher Trend zur Privatisierung gesundheitlicher Leistungen im Allgemeinen und von Gentests im Besonderen das Rollenverständnis der Menschen im Gesundheitswesen verändern könnte. Sie erfahren sich dann nicht nur als Patienten oder Ratsuchende oder als Menschen, die in eine Solidaritätsgemeinschaft eingebunden sind, sondern zunehmend als Konsumenten. Diese Selbstwahrnehmung und die Möglichkeit der daraus resultierenden Konsumentenfreiheit sind durchaus legitim. Ihre Stellung kann dann durch Maßnahmen des Verbraucherschutzes gestärkt werden. Als Konsumenten können Nachfragende vordergründig souverän zwischen konkurrierenden Anbietern von Gentests auswählen. Zugleich haben sie aber nicht den Schutz und die Rechtssicherheit des Patienten und Ratsuchenden in einem medizinisch regulierten und auf Standards achtenden Umfeld. Vor allem aber könnte sich die Einstellung zur Solidarität durch den behaupteten Trend ändern.

Dies kann auf zweifache Weise geschehen. Zum einen dadurch, dass der Einzelne selbst sich weniger an die Solidargemeinschaft der Versicherten gebunden sieht. Er sieht sie nur noch als Belastung seiner individuellen Gesundheitsvorsorge. Zum anderen ist es aber auch möglich, dass den Menschen ein Verständnis dafür verloren geht, auch anderen gegenüber solidarisch sein zu sollen, die sich in einem schlechteren Zustand befinden als sie selbst. Sollte es zu solchen Entwicklungen kommen, würden dies diejenigen begrüßen, die schon immer für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitssystem votiert haben. Umgekehrt würden diejenigen, die sich für das

klassische Solidaritätsmodell aussprechen, mit Sorge auf mögliche Trends zu mehr Eigenverantwortung durch zunehmende Bereitstellung genetischer Tests blicken.

Das Wissen um die Komplexität der Entstehung von Krankheiten könnte aber, richtig vermittelt, durchaus auch zu einer Stärkung der Solidarität beitragen: Wenn angesichts komplexer Entstehungsgeschichten die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind, sollte sich niemand in falscher Sicherheit wiegen, er sollte vielmehr die Vorteile einer solidarisch organisierten Krankenversicherung zu schätzen wissen. Dies gilt umso mehr, als gerade Gentests für multifaktorielle Erkrankungen nur wenig aussagekräftige Risikoangaben erzielen, auf deren Grundlage keineswegs auszuschließen ist, dass jemand, der sich auf eine multifaktorielle Krankheit hat testen lassen und ein negatives Ergebnis erhalten hat, diese doch bekommen kann. Ein solches Wissen um die konstitutive Verletzlichkeit des Menschen bildet eine starke Basis für solidarisches Einstehen, dessen Umfang gleichwohl gesellschaftlich auszuhandeln und immer wieder auszutarieren ist.

Die Zurückhaltung darin, dem Einzelnen eine rechtliche Verpflichtung aufzuerlegen, sich bestimmten medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, ergibt sich aus dem Grundsatz der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Davon unberührt ist, ob es nicht gute moralische Gründe gäbe, sich auf bestimmte Veranlagungen testen zu lassen und sein Leben nach dem Ergebnis auszurichten, um Krankheiten vorzubeugen und die Solidargemeinschaft nicht unnötig zu belasten. Das sollte vom Einzelnen in Erwägung gezogen werden, wenn folgenden Kriterien erfüllt sind:

- » hohe Aussagekraft und Verlässlichkeit des Tests
- » ein hoher individueller Nutzen im Sinne der Möglichkeit der Vermeidung oder Behandlung einer schweren Krankheit
- » ein hoher gesellschaftlicher Nutzen im Sinne der Vermeidung hoher Kosten, die durch verzögerte Diagnosestellung,

inadäquate Therapien durch Fehldiagnosen etc. auftreten würden

- >> geringe Wahrscheinlichkeit einer Stigmatisierung der Betroffenen

Wo die genannten Kriterien schwächer werden, sinkt der Grad einer moralischen Verpflichtung, sich auf eine bestimmte Krankheit oder Disposition testen zu lassen. In jedem Fall zeigen diese Überlegungen, dass es bei Solidarität immer um ein Geben und Nehmen geht, also aus der Perspektive moderner Gerechtigkeitstheorien um Fairness. Dies sollte auch im Umgang mit Gentests bedacht sein.

#### **4.2.4 Konsequenzen für einzelne Problembereiche**

##### ***Genomweite Diagnostik und Umgang mit zunehmenden Datenmengen***

Die Fortschritte bei der Analyse individueller DNA-Abweichungen mit leistbarem Aufwand (und vertretbaren Kosten) werden den Anwendungsbereich von Gentests erheblich erweitern. Um eine konkrete medizinische Fragestellung zu beantworten, könnte die genetische Analyse einer mehr oder weniger umschriebenen Genlokalisierung (durch lokal eingegrenzte PCR-Analyse oder gezielt hybridisierende DNA-Chips) künftig häufiger auf große Abschnitte oder auf das gesamte Genom erweitert werden. Die neuen, auf Hochdurchsatz-Methoden basierenden genetischen Untersuchungsstrategien reichen von der Panel-Diagnostik über die Exomsequenzierung bis hin zur Gesamtgenomsequenzierung (vgl. Abschnitt 2.3).

Im Ergebnis werden neben der Identifizierung der Ursachen neuer monogener Störungen auch genauere Prognosen zum Verlauf vorhandener Krankheiten erwartet, ebenso wie umfangreiche prädiktive Voraussagen möglicher monogener oder multifaktorieller Krankheitsveranlagungen. Bei multifaktoriellen Erkrankungen setzt dies die Einbeziehung anderer

Faktoren voraus. Darüber hinaus können sich auch Informationen, die von Relevanz für den allgemeinen Gesundheitszustand oder für Lifestyle-Fragen sein können, ergeben. Eine breite Gendiagnostik mittels Sequenzierung des gesamten Exoms oder Genoms könnte in Zukunft ferner helfen, unklare Erkrankungssymptome aufzuklären, eine unklare gesundheitliche Störung zu diagnostizieren und einer bestimmten Ursache zuzuordnen.

Allerdings wird ein Großteil der in genomweiten Analysen identifizierten Genvarianten auch künftig von ungeklärter biologischer oder gesundheitlicher Relevanz bleiben, was weitere Herausforderungen für den Umgang mit solchen Daten mit sich bringt. Wenn genetische Defekte identifiziert werden, geht dies häufig nicht mit der Möglichkeit effektiver Behandlung oder Prävention der durch sie verursachten gesundheitlichen Störung einher; die Diagnose kann allerdings dennoch für die Betroffenen entlastend wirken (vgl. Abschnitt 4.2.1).

Die Kenntnis der genauen Struktur des eigenen Genoms ist eine höchstpersönliche Information, die zu erlangen und zu interpretieren, grundsätzlich niemandem verwehrt werden kann. Dies kann aber nur für einwilligungsfähige Personen gelten. Denn niemand darf in das Recht auf Wissen und Nichtwissen einer noch nicht einwilligungsfähigen Person eingreifen beziehungsweise ihrer späteren Entscheidung vorgreifen, ohne dass dies unmittelbar zum Wohle und persönlichen Nutzen der betroffenen Person erforderlich wäre. Gesetzliche Regelungen zur genetischen Diagnostik haben für den Schutz des Rechts auf Wissen und Nichtwissen zu sorgen und müssen dem Ziel der Vermeidung von Diskriminierungen wegen genetischer Eigenschaften dienen.

Das Genom eines Menschen mag viele Hinweise auf körperliche und seelische Eigenschaften und Dispositionen enthalten, deren Kenntnis für das Individuum nützlich, gelegentlich sehr wichtig sein kann. Die aus einer genomweiten Analyse gewonnenen Informationen können aber von dramatischer Bedeutung werden, wenn sie die Entdeckung schwerer



genetischer Defekte, nicht behandelbarer Krankheiten oder der Anfälligkeit für psychische Störungen zur Folge haben. Dies kann den Einzelnen psychisch enorm belasten und zum Anlass für seine Diskriminierung durch andere werden. Hier sind Regelungen zum Schutz vor Benachteiligungen erforderlich. Vor allem ist eine adäquate Aufklärung vor der Diagnostik als Voraussetzung für eine informierte Einwilligung und der Schutz der persönlichen Daten vor dem Zugriff Dritter notwendig. Es gilt, Regelungen zu finden, die eine situationsangepasste Aufklärung über Art, Umfang und mögliche Folgen der Diagnostik sicherstellen, auf persönlichen Wunsch hin in einer Detailliertheit, die dem Kenntnisstand der genetischen Forschung entspricht und so aufbereitet ist, dass der nicht speziell ausgebildete Patient oder „Kunde“ sie verstehen kann.

Die Frage des Umfangs der Aufklärung vor Einwilligung stellt sich vor allem für den Umgang mit Überschussinformationen und Nebenbefunden. Die Begriffe „Überschussinformation“ und „Nebenbefunde“ knüpfen immer an der Fragestellung an, die Anlass für die genetische Analyse ist. Das Gendiagnostikgesetz differenziert begrifflich zwischen der genetischen Analyse, das heißt der Feststellung genetischer Eigenschaften mittels zytogenetischer, molekulargenetischer oder Genproduktanalyse (§ 3 Nr. 2) und der „genetischen Untersuchung“, die die auf den Untersuchungszweck gerichtete genetische Analyse meint (§ 3 Nr. 1). Die Frage, inwieweit Überschussinformationen und Nebenbefunde anfallen, hängt mit dem Zweck beziehungsweise dem Ziel der genetischen Untersuchung zusammen. Ist ihr Ziel „nur“ die Genomsequenzierung an sich, ohne dass es um eine bestimmte Fragestellung oder eine bestimmte medizinische Indikation geht, fallen streng genommen keine Überschussinformationen und Nebenbefunde an, weil die Person alles erfahren will, was aus ihrem Genom ablesbar ist. In Anbetracht der daraus resultierenden Flut von Daten ist es nicht möglich, über Art und Bedeutung jedes einzelnen erzielbaren Ergebnisses aufzuklären. Hier müssen andere Formen gefunden werden, über die

möglichen positiven und negativen Folgen einer Gesamtgenomsequenzierung hinreichend zu informieren, ohne sie in allen Einzelheiten spezifizieren zu können. Der Betroffene muss vor der Genomsequenzierung wissen, worauf er sich einlässt, und abschätzen können, ob er die Ergebnisse auch ertragen kann. Ebenso ist zu klären, inwieweit sie noch zum ärztlichen Aufgabenbereich gehört und dem Arztvorbehalt unterstellt bleiben muss.

Auf der bioinformatischen Ebene wird hierzu die Möglichkeit des Einsatzes von Filtern erwogen. Damit könnte trotz Sequenzierung des gesamten Genoms bereits auf der technischen Ebene eine Beschränkung der Ergebnisse auf die mit der genetischen Untersuchung bezweckten Befunde beziehungsweise der Ausschluss von Informationen, deren Kenntnis die untersuchte Person abgelehnt hat, erfolgen.

Für den Fall, dass die Genomsequenz einmal festgestellt worden ist, ist zu regeln, inwieweit sie für spätere medizinische Behandlungen oder Fragestellungen aufbewahrt werden soll und wo diese Aufbewahrung erfolgen könnte. Ebenfalls ist zu regeln, unter welchen Voraussetzungen die Information gegebenenfalls für Forschungszwecke verwendet werden kann. Es wird erwartet, dass eine Genomsequenzierung in Zukunft immer kostengünstiger, schneller und einfacher zu bewerkstelligen sein wird. Daher könnte sich die Frage, ob die in § 12 Abs. 2 GenDG geregelte Pflicht zur Vernichtung der Daten verlängert werden sollte, erledigen. Denn es ist zu berücksichtigen, dass sich Methode und Technik genetischer Analysen ständig weiterentwickeln und kostengünstiger werden. Es besteht die Möglichkeit, später bei medizinischer Notwendigkeit eine neue genetische Analyse nach neuestem Stand der Wissenschaft und Technik beim Patienten zu angemessenen Kosten durchzuführen. Gegen eine langfristige Aufbewahrung von großen Datenmengen spricht zudem das datenschutzrechtliche Grundprinzip der Datensparsamkeit (vgl. Abschnitt 3.2.6).

Schon bei der Wahl der Untersuchungsmethode für eine bestimmte genetische Diagnostik – das heißt entweder

gezielte Suche nach genetischen Mutationen mittels Panels beziehungsweise Chips oder breite Gesamtgenomsequenzierung mit Anfall einer großen Menge von nicht benötigten genomischen Daten – ist das Prinzip der Datensparsamkeit zu berücksichtigen. Die Erhebung von nicht benötigten Daten sollte vermieden werden. Die datensparsamere Methode darf jedenfalls nicht von vornherein nur aus Gründen der Kostenersparnis oder der einfacheren Handhabung abgelehnt werden. Daraus ergeben sich praktische Begrenzungen des Einsatzes der Gesamtgenomsequenzierung.

Die Anforderungen an eine genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken, die das Gendiagnostikgesetz vorschreibt, sind zwar grundsätzlich auch auf die Gesamtgenomsequenzierung im Kontext einer Untersuchung zu medizinischen Zwecken anzuwenden. Sie müssen aber im Zuge der neuen technischen Entwicklungen und der daraus resultierenden medizinischen Fragestellungen präzisiert werden. Hier ist auch von Bedeutung, dass sich die medizinische Indikation im Zuge der neuen Möglichkeiten der genetischen Diagnostik wandeln oder erweitern kann.

### ***Direct-to-Consumer-Tests***

Mit Direct-to-Consumer-Tests (DTC-Tests) wird, meist über das Internet, der Zugang der Nutzer zum Testangebot und zu den Ergebnissen von Gentests ohne Veranlassung durch einen Arzt und ohne die gesetzlich geforderte professionelle ärztliche Aufklärung und Beratung ermöglicht. DTC-Tests werden im Prinzip der gesamten Bevölkerung angeboten. Die angebotenen Tests erfassen eine Vielzahl von genetischen Merkmalen, auch die Ermittlung der Veranlagung für multifaktoriell bedingte Erkrankungen, deren Eintrittswahrscheinlichkeit ebenso offen ist wie ihre konkrete Ausprägung im Falle eines Eintritts. Angeboten werden selbst Gentests zur Diagnostik schwerer Erkrankungen, ohne Rücksicht darauf, ob therapeutische Maßnahmen bei Eintritt der Erkrankung möglich wären. Sie umfassen darüber hinaus oft auch sogenannte Lifestyle-Tests

(vgl. Abschnitt 2.2.5), die über die genetische Diagnostik in der medizinischen Praxis hinausgehen. Das gesamte aktuelle Spektrum genetischer Diagnosemöglichkeiten kann somit mittels DTC-Tests angeboten werden und wird teilweise auch angeboten, wenngleich viele Anbieter beginnen, vorsichtiger zu werden und verstärkt Ärzte in unterschiedlichen Funktionen in das Verfahren der Diagnostik einzubeziehen, und somit vom bisherigen DTC-Modell abrücken (vgl. Abschnitt 2.5.7).

Da bei DTC-Tests in der Regel die erforderliche individuelle Aufklärung und Beratung über Art, Aussagekraft und mögliche Auswirkungen des Testergebnisses nicht vorgesehen ist, ist hier bei den Betroffenen die Gefahr falscher Erwartungen, falscher Schlüsse aus Testergebnissen, vor allem übertriebener oder unbegründeter Ängste ebenso wie falscher Entwarnung durch das Testergebnis besonders groß. Eine informierte Einwilligung zu Umfang und Tragweite der Entscheidung für eine bestimmte genetische Diagnostik ebenso wie eine fachkundige individuelle Beratung nach Vorliegen des Testergebnisses ist medizinethisch jedoch grundlegende Voraussetzung für die Wahrnehmung der Selbstbestimmung im medizinischen Kontext.

Umstritten ist allerdings, inwieweit genetische Tests immer von individueller Aufklärung und Beratung begleitet sein müssen und inwieweit dies alles unter Arztvorbehalt oder sogar Facharztvorbehalt gestellt werden muss. Gefragt wird, ob auch andere Verfahren und Formen der Aufklärung und Beratung ethisch zulässig sein könnten; aber diese Frage stellt sich nicht nur bei DTC-Tests, sondern bei Anwendung der neuen Generation der genetischen Diagnostik allgemein. Für DTC-Tests, die ohne persönlichen Kontakt eines fachkundigen Beraters mit dem Betroffenen direkt zwischen dem Anbieter und dem „Nutzer“ abgewickelt werden, ist zu bedenken, dass eine wie auch immer geartete Aufklärung und informierte Einwilligung vor dem Gentest und fachkundige Beratung nach Mitteilung des Ergebnisses nicht gewährleistet ist. Dies ist ethisch nicht akzeptabel (vgl. Abschnitt 4.2.2).

DTC-Tests bringen zudem praktische Probleme mit sich:

- » Es wird nicht sichergestellt, dass die den Gentest nachfragende Person einwilligungsfähig ist und die Einwilligung freiwillig getroffen hat;
- » Es wird nicht sichergestellt, dass die eingesandte genetische Probe tatsächlich von der Person stammt, die die Probe als eigene eingesandt hat, und nicht von einer anderen Person, in deren Persönlichkeitsrecht durch die genetische Untersuchung eingegriffen würde;
- » Insbesondere bei Nutzung von DTC-Test-Anbietern außerhalb Deutschlands kann nicht gewährleistet werden, dass der nach deutschem Recht erforderliche Datenschutz bei der Übermittlung und Speicherung der genetischen Daten eingehalten wird.

Daher ist zu fragen und zu klären: Wie kann der Staat den Einzelnen vor unbedachten Entscheidungen, persönlichen Risiken der genetischen Diagnostik und vor vermeidbaren Eingriffen in Grundrechte bei der Wahrnehmung der Angebote der Gendiagnostik schützen, ohne selbst zu stark in die Freiheit und Selbstbestimmung des Einzelnen einzugreifen – und dies vor dem Hintergrund der international agierenden Anbieter von DTC-Tests im Internet, bei denen das nationale Recht nicht beachtet wird?

### ***Genetische Tests an Nichteinwilligungsfähigen***

Weil für die Bewertung genetischer Untersuchungen und Informationen die Selbstbestimmung einen zentralen rechtlichen und ethischen Maßstab darstellt, bedarf es eigener Überlegungen im Hinblick auf diejenigen Personen, die (noch) nicht in eine genetische Diagnostik einwilligen können.<sup>201</sup> Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, ob und inwieweit Stellvertreter die

---

<sup>201</sup> Zum Begriff der Nichteinwilligungsfähigkeit § 14 Abs. 1 Satz 1 GenDG vgl. Abschnitt 3.2.1.

Einwilligung in eine genetische Untersuchung wirksam ersetzen können. Dabei ist zu differenzieren zwischen zwei Gruppen von Nichteinwilligungsfähigen:

- » denjenigen, die allein wegen ihres Alters beziehungsweise ihres Entwicklungsstandes noch nicht in der Lage sind, eine informierte Entscheidung über die Durchführung einer genetischen Untersuchung und die (Nicht-)Mitteilung genetischer Informationen zu treffen;
- » denjenigen, die – unabhängig von ihrem Alter – auf Dauer nicht oder nicht mehr zu einer solchen Entscheidung imstande sind.

Vor diesem Hintergrund liegen folgende Überlegungen nahe:

(1) Eröffnen die Erkenntnisse genetischer Untersuchungen therapeutische Optionen (im weiteren Sinne) – sei es präventiv, kurativ oder palliativ –, sind für beide Gruppen die Eltern beziehungsweise andere Vertreter unter Beachtung des Kindeswohls beziehungsweise des Wohls des Betreuten zur Entscheidung berufen (§ 14 Abs. 1 GenDG).<sup>202</sup> Die Meinung des Betroffenen ist bei der Bestimmung seines Wohl angemessen zu berücksichtigen.

(2) Im Blick auf genetische Untersuchungen ohne direkte medizinische Interventionsmöglichkeiten stellt sich die Frage, ob den Eltern oder anderen Vertretern eine derartige Entscheidungsbefugnis ebenfalls eingeräumt werden sollte; dies gilt insbesondere für Minderjährige. Ist es absehbar, dass sich die Krankheit oder Behinderung bereits im Zeitraum der Nichteinwilligungsfähigkeit manifestieren wird, so eröffnen Informationen über die genetische Disposition möglicherweise Optionen, die dem Interesse der nicht einwilligungsfähigen Person entsprechen können. Diese Optionen können die psychosoziale Begleitung der Familie, unter Umständen sogar die

---

<sup>202</sup> Siehe auch Richtlinie zu genetischen Untersuchungen bei nicht-einwilligungsfähigen Personen (Gendiagnostik-Kommission 201b).

Beeinflussung epigenetischer Faktoren, darüber hinaus (nur) bei Minderjährigen die Erziehung betreffen.

(3) Handelt es sich dagegen um sogenannte spätmanifestierende Krankheiten, muss deutlich zwischen den beiden oben genannten Gruppen unterschieden werden. Bei Minderjährigen ist eine Verschiebung der gendiagnostischen Untersuchung auf einen Zeitpunkt möglich, zu dem der Betroffene selbst entscheiden kann. Die zweite Gruppe kann ein Recht auf Nichtwissen nur in eingeschränkter Form oder überhaupt nicht realisieren. Sie ist in bestimmten Fällen in Gefahr, von umgebenden Personen aufgrund eines solchen Wissens stigmatisiert zu werden. Bedeutsamer erscheint allerdings, dass eine solche Information den betreuenden und pflegenden Personen einen besseren und gezielteren Umgang ermöglichen kann. Aus diesem Grund kann eine frühzeitige genetische Diagnostik mit Blick auf die Interessen der Personen der zweiten Gruppe ethisch gerechtfertigt sein.

(4) Ein gezielte gendiagnostische Untersuchung bei einer nicht einwilligungsfähigen Person darf nach geltendem Recht auch dann vorgenommen werden, wenn sich im Hinblick auf eine geplante Schwangerschaft einer genetisch verwandten Person nicht anderweitig klären lässt, ob eine bestimmte genetisch bedingte Erkrankung oder gesundheitliche Störung bei dem geplanten Kind auftreten kann (§ 14 Abs. 2 GenDG). Dagegen wurden allerdings von Behindertenverbänden Einwände erhoben, da sie dies als fremdnützige Zweckbestimmung empfinden und vor einer Instrumentalisierung von Menschen mit Behinderung warnen.<sup>203</sup>

### ***Präkonzeptionelle Tests***

Heterozygotentests ermitteln den Trägerstatus für bestimmte rezessive Erbkrankheiten bei selbst nicht vom Ausbruch der Krankheit betroffenen Personen und können somit Fortpflanzungsentscheidungen beeinflussen, wenn eine bei beiden

---

<sup>203</sup> Vgl. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2011.

Partnern vorhandene Erbanlage zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko beim Nachwuchs führt (vgl. Abschnitt 2.5.1). Liegt eine solche Trägerschaft vor, ist bei der Zeugung eines Kindes mit einem Partner, der Träger des gleichen Gendefekts ist, die Wahrscheinlichkeit hoch, dass das gemeinsame Kind an der Krankheit leiden wird.

Aufgrund des zunehmenden Wissens über die genetischen Grundlagen seltener Erbkrankheiten und der sinkenden Kosten genomweiter Analysen wird es im Zuge der aktuellen Entwicklungen in der Gendiagnostik zunehmend möglich sein, Heterozygotentests für viele Erbkrankheiten gleichzeitig und kostengünstig im Prinzip allen Personen anzubieten, die diese Diagnostik auch ohne ein bekanntes familiäres Risiko zur Familienplanung wünschen. Solche breit angelegten Trägertests werden von DTC-Test-Anbietern auch direkt an interessierte Kunden vermittelt.

Die sich in diesem Zusammenhang ergebenden ethischen Herausforderungen betreffen vor allem die Selbstbestimmung der künftigen Eltern sowie Fragen der gesellschaftlichen Verantwortung und Solidarität. Sie können sich grundlegend auf die Art und den Umfang der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik auswirken.

Bei den bisher in anderen Staaten umgesetzten Empfehlungen zu Reihenuntersuchungen in Bevölkerungsgruppen mit bestimmten erhöhten genetischen Risiken erwies sich als zentrale ethische Herausforderung die Abwägung zwischen der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen für oder gegen solche Tests einerseits und dem gesellschaftlichen Interesse an der Vermeidung von Leid in betroffenen Bevölkerungsgruppen, der Verringerung der Häufigkeit von Anlagetägern und der Senkung von Kosten für die Behandlung von Krankheiten durch Vermeidung der Zeugung betroffener Individuen andererseits.

Aufgrund der Seltenheit der meisten rezessiven Erbkrankheiten außerhalb solcher Risikogruppen fällt der zu erwartende Nutzen eines breiten Einsatzes präkonzeptioneller Tests



vergleichsweise weniger ins Gewicht. Dies gilt selbst dann, wenn viele sehr seltene Erbanlagen für Gendefekte kostengünstig gleichzeitig diagnostiziert werden können, da die Wahrscheinlichkeit, dass beide Partner dieselbe Erbanlage für eine bestimmte Erkrankung tragen, extrem gering bleibt. Eine Ausnahme ist die nicht ganz so seltene Erbanlage für Mukoviszidose.<sup>204</sup> In den USA zum Beispiel gehören präkonzeptionelle Gentests für Mukoviszidose zum Routineangebot für Paare mit Kinderwunsch.

Ein zunehmend breites und kostengünstiges Angebot präkonzeptioneller Gentests kann Voraussetzung für reproduktive Selbstbestimmung sein, wenn Interessenten solche Tests nutzen möchten, um die Sorge vor bestimmten Erbkrankheiten auszuräumen oder um sich bei Entdeckung krankheitsrelevanter Erbanlagen frühzeitig mit ihren Handlungsoptionen bei einem Kinderwunsch auseinandersetzen zu können.

Andererseits erhöhen solche Angebote die Last der Verantwortung für Menschen mit Kinderwunsch. Denkbar ist, dass aus der leichten Verfügbarkeit präkonzeptioneller Gentests ein impliziter Druck erwächst, sie in Anspruch zu nehmen.

Als weiteres Problem kommt hinzu, dass präkonzeptionelle Tests, mit denen viele genetische Eigenschaften gleichzeitig untersucht werden, ähnlich wie andere genomweite Tests zur Diagnostik oder Prädiktion genetischer Eigenschaften die Komplexität der Untersuchung erheblich steigern, mit entsprechenden Anforderungen an die Aufklärung, Einwilligung und Beratung. Rezessive oder X-gebundene Erbanlagen führen zwar nicht beim Getesteten selbst zu Merkmalen, sondern „nur“ bei einem hypothetischen Anteil künftiger Kinder. Die bisherigen Erfahrungen mit Anlageträgerschaftstests, die für nur wenige Gene und nur bei Personen mit erhöhtem Risiko eingesetzt wurden, haben aber gezeigt, dass negative emotionale Reaktionen auf Testergebnisse dennoch häufig sind. Zudem ist nicht auszuschließen, dass Träger heterozygoter

---

204 Ungefähr jeder 25. Bundesbürger ist Träger.

Anlagen diese Ergebnisse fälschlicherweise in dem Sinne interpretieren, dass sie auch selbst von der Krankheit betroffen wären.<sup>205</sup>

Insofern ergeben sich für präkonzeptionelle Tests vergleichbare ethische Fragen und Herausforderungen wie für andere umfangreiche Gentests. Solche präkonzeptionellen Untersuchungen sind prädiktive Gentests im Sinne des Genodiagnostikgesetzes (§ 3 Nr. 8b).<sup>206</sup> Eine qualitätsgesicherte Information, Aufklärung und Beratung vor und nach einem präkonzeptionellen Gentest ist daher Voraussetzung für jede Anwendung. Als Reihenuntersuchung sind sie dagegen nicht erlaubt (§ 16 GenDG).

### 4.3 Pränataldiagnostik

Pränatale Diagnostik genetischer Eigenschaften des Ungeborenen ist seit jeher Gegenstand intensiver ethischer Kontroversen. Diese beziehen sich insbesondere auf den moralischen Status des Ungeborenen, sein Recht auf Leben, Rechte und Verantwortung der schwangeren Frau, die Vertretbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs, Folgen für das Erleben einer Schwangerschaft und die gesellschaftlichen Folgen der pränataldiagnostischen Praxis. Diese Kontroversen sollen nicht als solche Gegenstand der Stellungnahme sein. Vielmehr konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf zwei neuere Entwicklungen: Erstens bietet die Möglichkeit der Isolierung fetaler DNA aus mütterlichem Blut einen nichtinvasiven und damit, im Vergleich zu invasiver Diagnostik, niederschweligen Zugang zum Untersuchungsmaterial, sodass sich die

---

205 Vgl. Borry et al. 2011; EuroGentest, online im Internet: [http://www.eurogentest.org/patient/leaflet/german/carrier\\_testing.xhtml](http://www.eurogentest.org/patient/leaflet/german/carrier_testing.xhtml) [4.3.2013].

206 Gemäß § 3 Nr. 8b GenDG „ist prädiktive genetische Untersuchung eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen“.

Abläufe pränataler Diagnostik in der Verwendung der verschiedenen Screening- und Diagnosemöglichkeiten vermutlich ändern werden. Zweitens erweitern die neuen Sequenzier-technologien (vgl. Abschnitt 2.3) das Spektrum genetischer Diagnostik bis hin zur Sequenzierung des gesamten fetalen Genoms.

Aus diesen beiden neuen Entwicklungen ergeben sich in ethischer Hinsicht vor allem Fragen im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung der Schwangeren, der elterlichen Verantwortung, möglichen Folgen für den Lebensschutz des Ungeborenen, der Selbstbestimmung des künftigen geborenen Menschen sowie möglichen gesellschaftlichen Folgen der Einführung neuer Verfahren zur pränatalen genetischen Diagnostik.

### **4.3.1 Selbstbestimmung und Fortpflanzungsfreiheit der Schwangeren**

Selbstbestimmung in Fragen der Fortpflanzung wird üblicherweise unter dem Begriff der reproduktiven Selbstbestimmung, reproduktiven Autonomie oder Fortpflanzungsfreiheit diskutiert. Menschen haben – in Ethik und Recht weitgehend unumstritten – ein Recht darauf zu entscheiden, ob und wann sie sich fortpflanzen wollen, mit welchem Partner sie dies wollen und wie viele Kinder sie haben wollen. Dabei ist das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung wie das allgemeine Recht auf Selbstbestimmung ein Abwehrrecht, demgemäß hoheitliche Eingriffe einer besonderen Rechtfertigung bedürfen. Wenn eine schwangere Frau Entscheidungen über ihre Schwangerschaft trifft, sind diese unter anderem im Kontext ihres Rechts auf reproduktive Selbstbestimmung zu sehen. Das Besondere dieser Situation liegt jedoch in dem Umstand, dass Entscheidungen oft auch das Ungeborene betreffen, sodass die Frau letztlich nicht nur über sich selbst, sondern auch über das andere Lebewesen entscheidet, das sie in sich trägt.

## ***Aufklärung und Beratung zur Förderung selbstbestimmter Entscheidungen***

Pränataldiagnostische Maßnahmen sind Eingriffe in den Körper der Frau, in die sie einwilligen muss. Für eine ausreichend qualifizierte Einwilligung muss sie verstanden haben, um welchen Eingriff es geht, was dieser Eingriff bedeutet und welche Tragweite er haben kann. Dies stellt schon bei der heute üblichen Pränataldiagnostik (PND) eine Herausforderung dar und dort insbesondere bei den Screening-Verfahren im Rahmen des ersten Schwangerschaftsdrittels (sogenanntes Ersttrimester-Screening), bei denen keine Diagnose gestellt, sondern lediglich aus mehreren Befunden errechnet wird, ob und inwiefern die Schwangere im Vergleich zur Gruppe aller Schwangeren ihres Alters ein höheres Risiko für eine gesundheitliche Störung des Ungeborenen trägt. Es geht dabei in erster Linie um chromosomale Auffälligkeiten wie Trisomien, aber auch um Organfehlbildungen.

Wird ein erhöhtes Risiko festgestellt, wird der Frau eine weiterführende Diagnostik, in der Regel eine Amniozentese, empfohlen. Ergibt diese dann eine gesundheitliche Störung des Ungeborenen, kann sich die Frage nach einem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch stellen.<sup>207</sup> Diese mögliche Konsequenz wird noch immer zu häufig nicht eingehend mit der Frau vor Durchführung des Screenings besprochen, da die Untersuchung in der Regel zu dem gewünschten unauffälligen Befund führt und der Arzt eine als unnötig empfundene

---

<sup>207</sup> Der Begriff des medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruchs bezeichnet hier die Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer zu befürchtenden Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter; nach § 218a Abs. 2 StGB ist demnach der „mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch [...] nicht rechtswidrig, wenn 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“.

Beunruhigung der Schwangeren vermeiden möchte.<sup>208</sup> Kommt es jedoch zum Befund eines erhöhten Risikos, sieht sich die Frau möglicherweise mit der Notwendigkeit zahlreicher weiterer Entscheidungen konfrontiert, die sie vielleicht hätte vermeiden wollen, wenn sie sich der Konsequenzen schon vor dem Screening bewusst gewesen wäre.

Bei kommerziell angebotenen Tests, die die Schwangere privat finanzieren muss, besteht die zusätzliche Gefahr, dass eine hinreichende Aufklärung nicht stattfindet. Denn dort gibt es einen Anreiz zum Verkauf, der dazu führen könnte, dass zum Beispiel durch die Information der anbietenden Firmen oder die Aufklärung durch den Arzt Vorteile in den Vordergrund und Nachteile in den Hintergrund gerückt werden.

Grundsätzlich ist eine sich ausdifferenzierende Pränataldiagnostik in ihrer Wirkung ambivalent. Sie kann der Schwangeren Ängste nehmen, andererseits droht die Gefahr, dass das Angebot selbst und die damit verbundene Entscheidungslast die betroffenen Paare und insbesondere die schwangere Frau verunsichern und gegebenenfalls überfordern. Immer häufigere Untersuchungen während der Schwangerschaft, zunehmende Möglichkeiten, Auffälligkeiten beim Ungeborenen zu sehen und die Selbstverständlichkeit, mit der die unterschiedlichen Maßnahmen pränataler Diagnostik angeboten und in Anspruch genommen werden, setzen manche Frauen unter Druck und können ihnen den trügerischen Eindruck vermitteln, dass sie ihrer Verantwortung für ihr Kind nur dann gerecht werden, wenn sie alle Möglichkeiten wahrnehmen.

Nichtinvasive pränatale Gentests wie der im August 2012 auf dem deutschen Markt eingeführte PraenaTest verschärfen die beschriebene Ambivalenz. Insbesondere die Niedrigschwelligkeit dieses Tests könnte dazu führen, dass er ohne ausreichende selbstbestimmte Folgenabschätzung zum Einsatz kommt. Schließlich ist er auf die Trisomie 21 – zusätzlich

---

<sup>208</sup> Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2006; Biehl/Woopen 2010.

gegebenenfalls auf die selteneren Trisomien 18 und 13 – begrenzt; dadurch kann sich der Eindruck verstärken, dass ein positiver Befund auf einen Schwangerschaftsabbruch hinführt. Der Test wird derzeit als zweites Screeningverfahren eingeordnet<sup>209</sup> und soll nach aktueller Vereinbarung zwischen Hersteller und anwendenden Pränataldiagnostikern nur dann angewendet werden, wenn das Ersttrimester-Screening ein erhöhtes Risiko ergeben hat. Ergibt der PraenaTest den Befund einer Trisomie 21, 18 oder 13 beim Ungeborenen, sollte diese Diagnose durch eine Amniozentese abgesichert werden.

Die Durchführung solcher Tests ist technisch schon ab der 10. Schwangerschaftswoche möglich und wird zum Beispiel in den USA auch bereits ab diesem Zeitpunkt angeboten.<sup>210</sup> Alle anderen gesundheitlichen Störungen, für die das Ungeborene nach auffälligem Ersttrimester-Screening ein erhöhtes Risiko trägt, werden durch eine nichtinvasive pränatale Gendiagnostik ausschließlich auf Trisomie 21, 18 und 13 allerdings nicht ausgeschlossen, sodass erst die Praxis zeigen wird, ob und inwiefern er tatsächlich Amniozentesen zu ersetzen vermag, was oft als sein großer Vorteil herausgestellt wird. Die Komplexität der Entscheidungen, die die Schwangere treffen muss, wird jedenfalls erhöht, und damit auch die Anforderungen an die Aufklärung und Beratung durch den Arzt, der der Schwangeren die unterschiedlichen Optionen und daraus folgenden Möglichkeiten erklären muss. Insbesondere sollte in dieser Beratung sichergestellt sein, dass die Schwangere über die Lebensbedingungen und Lebensmöglichkeiten von Menschen mit Trisomie 21 aufgeklärt wird, die in der Regel nicht an ihrer Besonderheit leiden und heute vielfältige Möglichkeiten haben, mitten in der Gesellschaft zu leben und ein befriedigendes Leben zu führen.

Noch komplexer wird die Situation, wenn eine größere Menge an Informationen über das Ungeborene gewonnen

---

209 Vgl. Benn/Cuckle/Pergament 2012.

210 Zum Beispiel das Angebot der Firma Natera. Vgl. online im Internet: [http://www.panoramatest.com/patients\\_faqs](http://www.panoramatest.com/patients_faqs) [8.3.2013].

werden kann – bis hin zur fetalen Gesamtgenomsequenzierung aus mütterlichem Blut. Auch wenn eine solch umfassende Datenerhebung am Ungeborenen nach dem geltenden Gendiagnostikgesetz nicht zulässig ist, sollen im Hinblick auf mögliche zukünftige gesellschaftliche Einstellungsmuster hier die ethischen Aspekte erörtert werden: Es ist zu bedenken, dass der Arzt keineswegs über alle nur denkbaren Befunde aufklären könnte, sondern allenfalls eine allgemeine Aufklärung infrage käme, die die verschiedenen Typen möglicher gesundheitlicher Störungen nur sehr allgemein unterscheidet, und dass die Schwangere auf dieser unzureichenden Grundlage darüber entscheiden müsste, welche Informationen sie erhalten möchte. Zugleich wäre zu gewährleisten, dass die Aufklärung und Beratung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Diagnostik in einer Weise erfolgt, die der Schwangeren tatsächlich eine informierte Entscheidung für oder gegen das Erfahrenwollen der mittels einer genetischen Untersuchung zu erzielenden einzelnen Ergebnisse ermöglicht.

### ***Die Reichweite reproduktiver Selbstbestimmung und Verantwortung***

Der Frage nach einer angemessenen Unterstützung der Schwangeren zu einer selbstbestimmten und verantwortungsvollen Entscheidung geht die grundsätzlichere Frage voraus, welchen Wert unterschiedliche Arten von genetischen Informationen dafür haben können und zu welchen Informationen die Schwangere unter Berufung auf ihre eigene Selbstbestimmung überhaupt Zugang beanspruchen kann. Immerhin geht es um Informationen über ein anderes menschliches Lebewesen und nur mittelbar um die Konsequenzen für ihr eigenes Leben.

Nach einer Ansicht umfasst Fortpflanzungsfreiheit das Recht der Eltern, alle gewünschten Informationen und damit auch alle genetischen Informationen über das Ungeborene zu erhalten; dieses Recht umfasse jedenfalls jene Informationen, die notwendig für eine selbstbestimmte Entscheidung

in Hinsicht auf die Gründung einer Familie sind. Manche Informationen über die genetische Ausstattung des Feten seien dazu geeignet, therapeutische oder präventive Maßnahmen zu ergreifen; sie dienten auch dazu, die Aufgabenlast, welche die schwangere Frau und die betroffene Familie zu bewältigen haben, einzuschätzen. Andererseits erstreckte sich dieses Recht auch auf Informationen über die genetische Konstitution des Feten, die keine therapeutischen oder präventiven Maßnahmen zur Folge haben, sondern auch die Möglichkeit eröffnen, über Fortführung oder Abbruch der Schwangerschaft zu entscheiden. Sofern ein auffälliger gendiagnostischer Befund Anlass für die Frage gebe, ob die Frau die Schwangerschaft fortführen will, könne sie zwar über einen rechtmäßigen Abbruch nicht ohne Weiteres selbst bestimmen; denn der Arzt müsse hierfür eine medizinische Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB stellen. Es sei jedoch nicht vertretbar, der Frau die entsprechende Information vorzuenthalten und ihr damit von vornherein die Möglichkeit zu nehmen, dem Arzt die Entscheidungsgrundlage für die von ihm zu stellende medizinische Indikation zu liefern. Zudem ermögliche § 218a Abs. 1 StGB einen straflosen Schwangerschaftsabbruch, sofern seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind und sich die Schwangere vor dem Abbruch hat beraten lassen. Auch für diese Entscheidung könnten Erkenntnisse über die genetische Ausstattung des Ungeborenen von Bedeutung sein. Mit Blick auf die individuellen Rechte der Schwangeren bedürfe jede Einschränkung ihres Rechts auf Wissen einer Rechtfertigung. Diese Rechtfertigung könne daraus folgen, dass das Ungeborene als menschliches Lebewesen mit eigenen ethisch begründeten Ansprüchen, einem Recht auf Leben und den entsprechenden Pflichten derer, die für seinen Schutz in der Verantwortung stehen, anzuerkennen sei.

Dabei wird darauf hingewiesen, dass das Wissen um eine bestimmte genetische Ausstattung des Ungeborenen keineswegs zwingend zur Folge habe, dass sich die Eltern gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden. Auch führe die



Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin und der Einsatz pränataler Diagnostik keineswegs dazu, dass Kinder zu Objekten elterlicher Präferenzen gemacht würden. Wer dies pauschal unterstelle, diskriminiere all jene Eltern, die ihr genetisches Wissen verantwortungsvoll nutzen. Und auch denen, die sich in einem solchen Fall für einen Abbruch entscheiden, dürfe als Motiv nichts anderes unterstellt werden, als was ihnen § 218a Abs. 2 StGB ausdrücklich als Grund eines rechtmäßigen Abbruchs zugestehe: die Bestimmung der Grenzen ihrer individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten, in ihrem persönlichen Lebenskreis mit den Belastungen durch ein schwerbehindertes Kind fertig werden zu können, ohne dabei gravierende Gefahren für Leben oder Gesundheit der werdenden Mutter in Kauf zu nehmen. Eine solche Entscheidung über die eigenen persönlichen Belastungsgrenzen enthalte keinerlei abwertendes Urteil oder gar eine soziale Botschaft über Menschen, die mit einer entsprechenden Behinderung ihr Leben meistern.

Zu berücksichtigen sei auch, dass eine genetische Untersuchung des Embryos oder Fetus in den weitaus meisten Fällen keinen auffälligen Befund ergebe. Vor diesem Hintergrund trage die Untersuchung zumeist dazu bei, die Schwangere von existenziellen Sorgen zu befreien. Die Untersuchung diene damit ihrer psychischen und gegebenenfalls körperlichen Gesundheit und fördere – auch zum Wohl des Embryos oder Fetus – eine psychisch komplikationsärmere Schwangerschaft. Die Untersuchung dürfe der Schwangeren auch vor diesem Hintergrund nicht ohne hinreichende Begründung verweigert werden. Erst recht könne der Frau eine Untersuchungsmethode nicht verweigert werden, die für sie selbst und das Ungeborene risikolos ist. Zu Recht bestimme Ziffer 2.2 der Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen der Bundesärztekammer, dass die Schwangere vor Durchführung einer pränatalen Diagnostik auch auf Alternativen zur Nichtinanspruchnahme der invasiven pränatalen Diagnostik hinzuweisen sei; ergänzend heiße es in Ziffer

10, dass die potenzielle Gefährdung des Kindes durch invasive Eingriffe im Rahmen der pränatalen Diagnostik es erfordere, die Möglichkeiten einer risikoarmen Diagnostik voll auszuschöpfen.<sup>211</sup>

Vertreter dieser Auffassung bejahen schließlich ein Recht der Eltern auf Kenntnis auch spätmanifestierender Krankheiten ihres Kindes. Insbesondere dann, wenn andere Familienmitglieder bereits von einer gravierenden spätmanifestierenden Krankheit betroffen seien, könne es eine nicht zu rechtfertigende Zumutung für die Schwangere bedeuten, sich darauf einstellen zu müssen, ihr Kind in ständiger Sorge um den Ausbruch der Krankheit aufwachsen zu sehen. Die Entscheidung der Schwangeren, ob sie sich gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft ausspricht, sei von höchst persönlicher Natur und entziehe sich jeder Typisierung. Abgesehen davon sei das Verbot des § 15 Abs. 2 GenDG, den Embryo beziehungsweise Fetus auf Krankheiten zu untersuchen, die voraussichtlich erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres ausbrechen, schon deshalb nicht überzeugend, weil (auch) spätmanifestierende Krankheiten zumeist eine große Bandbreite des Manifestationszeitpunkts aufwiesen.<sup>212</sup>

Nach anderer Ansicht hat die Fortpflanzungsfreiheit eine immanente Grenze. Sie folge daraus, dass das Ungeborene als menschliches Lebewesen mit eigenen ethisch begründeten Ansprüchen, einem Recht auf Leben und den entsprechenden Pflichten derer, die für seinen Schutz in der Verantwortung stehen, anzuerkennen sei. Dies gelte auch für die genetische Untersuchung des Ungeborenen. Eine verantwortliche Elternschaft bestehe deshalb gerade darin, an die Annahme eines Kindes keine Bedingungen zu knüpfen. Das habe Auswirkungen darauf, welche Reichweite man einem Recht auf reproduktive Selbstbestimmung von vornherein gibt. Eine Erhebung

---

211 Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen (Bundesärztekammer 2003).

212 Vgl. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al. 2010.

genetischer Daten hänge üblicherweise von der Einwilligung der Betroffenen ab. Insofern liege die Pflicht zur Rechtfertigung nicht bei denjenigen, die eine Begrenzung des Zugriffs auf die genetischen Daten des Ungeborenen fordern, sondern bei denjenigen, die genetische Daten über das Ungeborene erheben wollen.

Bei Erwachsenen sei die Zulässigkeit einer genetischen Untersuchung an dessen Einwilligung gebunden. Bei einem Kind sei sie nur zulässig, wenn sie für sein gesundheitliches Wohl erforderlich ist und es sich nicht zum Beispiel um sich erst im Erwachsenenalter manifestierende und nicht präventiv behandelbare Erkrankungen handelt. Als Rechtfertigung einer Erhebung genetischer Eigenschaften des Ungeborenen könne zweifellos geltend gemacht werden, dass daraus präventive oder therapeutische Maßnahmen zum Wohl des Feten ergriffen werden können. Diese Begründung rechtfertige ein Zugriffsrecht auf solche Daten zu genetisch bedingten Gesundheitsstörungen, die auch tatsächlich präventiv oder therapeutisch beeinflussbar sind. Als Rechtfertigung einer Diagnostik könne auch gelten, dass die genetischen Informationen über das Ungeborene für die Gesundheit der schwangeren Frau relevant sein können, dann nämlich, wenn absehbar sei, dass ein Austragen der Schwangerschaft die körperliche oder seelische Gesundheit der Frau hinreichend gefährden könnte, um als Indikation für einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218a Abs. 2 StGB in Betracht zu kommen. In der Regel gehe es bei einer solchen Feststellung um die Belastung durch die Verantwortung für das Kind nach der Geburt. Eine solche Gefährdung sei vom gegebenenfalls indikationsstellenden Arzt unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Frau zu prüfen.

An diesem Maßstab sei daher grundsätzlich auch die Antwort auf die vorgelagerte Frage zu orientieren, welche Erkenntnisse über ihr Ungeborenes die Schwangere zu erfahren verlangen könne. Je geringer die drohende gesundheitliche Störung oder genetische Abweichung des Ungeborenen, desto

unwahrscheinlicher werde eine gesundheitliche Gefährdung der Mutter sein, wieweil dies im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten psychosozialen Situation der Schwangeren stark variieren könne. Umso wichtiger sei die Betrachtung des jeweiligen Einzelfalles. Die individuelle Entscheidung einer Schwangeren zu einem Schwangerschaftsabbruch nach einem entsprechenden PND-Befund sei unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 StGB auf jeden Fall zu respektieren. Diese Begründungen für eine gerechtfertigte genetische Diagnostik beim Ungeborenen umfassten nach der hier dargestellten Auffassung jedenfalls in keinem Fall die Berechtigung zu einer Gesamtgenomsequenzierung und auch nicht eine Diagnostik, um je nach Ergebnis die Entscheidung einer schwangeren Frau zu einem rechtswidrigen, gleichwohl straflosen Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen.

Darüber hinaus wird zum Teil darauf hingewiesen, dass eine mit einer breiten genetischen Diagnostik umfassende Verfügungsmöglichkeit die Beziehung zwischen Eltern und Kind grundlegend und unzutraglich verändern könne. Die reproduktive Autonomie der Eltern gewähre kein Recht zum Eingriff in das Leben des ungeborenen Kindes; sie finde vielmehr ihre Grenze an der Würde des Kindes und der Unverfügbarkeit seines Lebens. Der Einsatz der genetischen Diagnostik während der Schwangerschaft ermögliche es den Eltern, die Realisierung des Kinderwunsches an selbst gesetzte Bedingungen zu binden, denen das Kind genügen müsse. Auf diese Weise könne sich eine in ethischer Hinsicht fragwürdige Einstellung der Eltern gegenüber ihren künftigen Kindern ausbilden. Diese würden nicht mehr als ebenbürtige Subjekte betrachtet, die um ihrer selbst willen, das heißt in ihrem individuellen Sosein zu achten seien. Die Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin und der breite Einsatz pränataler Diagnostik führten vielmehr dazu, dass Kinder in immer stärkerem Maß als Objekte elterlicher Wünsche und Präferenzen in den Blick gerieten. Die Bereitschaft, Elternverantwortung zu übernehmen, werde vom Vorhandensein oder

Nichtvorhandensein bestimmter Merkmale aufseiten des Kindes abhängig gemacht. Auch wenn das Kind grundsätzlich gewollt sei, werde seine definitive Annahme an die Bedingung geknüpft, dass es den eigenen Vorstellungen von Gesundheit und Eignung, von körperlicher und seelischer Beeinträchtigungsfreiheit entspreche. Dies führe aus der Sicht der Vertreter dieser Position zu einer unannehmbaren Diskriminierung des Embryos, der aufgrund solcher unerwünschten Merkmale verworfen werde.

Reproduktive Selbstbestimmung bedeutet nach allen hier referierten Ansichten nicht nur, bestimmte diagnostische Möglichkeiten nach ausführlicher Aufklärung und Beratung in Anspruch nehmen zu können, sondern auch, auf solche Tests verzichten zu können. Das moralische Ideal der Elternschaft ist gekennzeichnet von einer Bereitschaft, das künftige Kind so anzunehmen, wie es ist. Die in Deutschland über die vergleichsweise ausführliche Routine-Mutterschaftsvorsorge hinausgehenden genetischen Untersuchungen führen schon lange zu der Kritik, dass eine Frau die Schwangerschaft kaum mehr in ihrem natürlichen Verlauf und als Geschenk erleben kann, sondern zu einer Art Qualitätskontrolle des Kindes gedrängt wird, mit der Folge, dass ihr die als vermeidbar angesehene Geburt eines behinderten oder kranken Kindes vorgeworfen wird oder zumindest Unverständnis entgegen schlägt. Diese Haltung kann durch eine weitere Ausdifferenzierung der Pränataldiagnostik, die zudem als nichtinvasive Methode mit keinem Eingriffsrisiko verbunden ist, infrage gestellt werden. Es kann sich der Eindruck verstärken, es sei die primäre Aufgabe elterlicher Verantwortung, diese in Anspruch zu nehmen, und es vergrößert sich der von den Frauen empfundene Druck, diese Tests durchführen zu lassen. Eine solcher impliziter Zwang kann die elterliche Autonomie einschränken und erfordert eine besonders sensible Aufklärung und Beratung.

Ein weiteres Problem ergibt sich daraus, dass bei neuen Methoden genetischer Diagnostik Informationen über das

Ungeborene anfallen können, auf die die Untersuchung nicht gerichtet war, die aber gleichwohl von gesundheitlicher Relevanz sein können. Grundsätzlich sind in diesem Fall unterschiedliche Vorgehensweisen denkbar: Sie reichen von der umfassenden Aufklärung der Schwangeren über alle auch noch so unklaren Befunde bis hin zum Verschweigen aller ungesuchten und zusätzlich angefallenen Informationen. Folgt man dem Prinzip, dass das Erheben und das Wissen um genetische Eigenschaften des Ungeborenen rechtfertigungspflichtig ist, so ist eine Begrenzung der Mitteilungspflicht des Arztes gegenüber der Schwangeren dann gut begründbar, falls es nur um solche Informationen geht, die nicht von unmittelbarer gesundheitlicher Relevanz für die Schwangere, das Ungeborene oder das künftige geborene Kind während der ganzen Dauer seines Kindesalters sind. Über diese Begrenzung der ihr *nach* der Diagnostik allenfalls zuteil werdenden Aufklärung müsste die Schwangere *zuvor* aufgeklärt werden, damit sie von den Grenzen der Diagnostik beziehungsweise der anschließenden Offenlegung der Testergebnisse rechtzeitig, nämlich vor der Diagnostik, weiß.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und inwieweit pränatale Diagnostik bereits auf der Ebene der Wahl der technischen Methode und die Befundmitteilung einzuschränken sind, wie es der Gesetzgeber schon für die Mitteilung des Geschlechts im Gendiagnostikgesetz vorsieht. Die besonderen ethischen Erfordernisse der Aufklärung und Beratung der Schwangeren nach einem auffälligen Befund, die sich auch auf den Lebensschutz des Ungeborenen beziehen, greifen ohnehin aufgrund gesetzlicher Bestimmungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und des Gendiagnostikgesetzes auch bei einer frühen pränatalen genetischen Diagnostik; nicht aber kommt der Schutz zur Geltung, der durch das Erfordernis einer medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gewährleistet werden soll, denn diese kann durch eine Entscheidung der Schwangeren für einen Schwangerschaftsabbruch nach Pflichtberatung gemäß § 218a Abs. 1

StGB bis zum Ablauf der ersten zwölf Schwangerschaftswochen umgangen werden.

### 4.3.2 Selbstbestimmung des zukünftigen Kindes

Bei geborenen Menschen gilt ein Zugriff auf genetische Informationen eines anderen Menschen ohne dessen Einwilligung im Grundsatz als nicht gerechtfertigt, sondern vielmehr als Verletzung seines Rechts auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und seines Rechts auf informationelle Selbstbestimmung. Hat das Ungeborene ebenfalls einen solchen Anspruch auf Schutz vor Zugriff auf seine genetischen Daten?

Wie bereits erläutert, folgt aus dem Schutz der kindlichen sowie der mütterlichen Gesundheit das Recht der Frau, nicht von einem Zugang zu den dafür bedeutsamen genetischen Daten des Ungeborenen abgehalten zu werden. Ein darüber hinausgehender Anspruch auf genetische Untersuchungen des Embryos oder Feten würde demgegenüber nach zum Teil vetretener Auffassung die Ausübung des Rechts auf Nichtwissen durch den späteren geborenen Menschen unmöglich machen. Es werde dem Erwachsenen das Recht genommen, selbst darüber zu entscheiden, ob er seine genetischen Anlagen für bestimmte Eigenschaften erheben oder nicht erheben lassen möchte. So entschlössen sich viele Menschen, die von ihrem familiären Risiko für die Huntington-Krankheit wissen, nach ausführlicher Reflexion dazu, die Diagnostik nicht vornehmen zu lassen. Menschen, die von einem erhöhten Risiko für den Ausbruch einer Demenz erfahren, berichteten über große Verunsicherung und Hilflosigkeit. Man dürfe dem Ungeborenen durch eine nicht an seinem Wohl ausgerichtete genetische Diagnostik nicht die Möglichkeit nehmen, sein Recht auf Nichtwissen auch später noch zur Geltung zu bringen und als Volljähriger darüber zu entscheiden, was er über sich erheben lassen möchte und was nicht. Hierfür spreche auch, dass das Kind unter Umständen später ihm bekannte genetische Daten

bei bestimmten Versicherungsabschlüssen offenlegen müsse, womit sein Selbstbestimmungsrecht in erheblichem Maße betroffen sei.<sup>213</sup>

Von Vertretern einer anderen Auffassung wird darauf hingewiesen, dass das Recht des später geborenen Menschen auf Wissen und Nichtwissen erst in der Zukunft, frühestens mit der Geburt entstehe und noch später tatsächlich ausgeübt werden könne. Demgegenüber betreffe eine Einschränkung pränataler Diagnostik unmittelbar und bereits aktuell das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit der Schwangeren. Diese unmittelbare Betroffenheit wiege schwer – oder nötige jedenfalls zu einer Abwägung, die nicht automatisch zugunsten des späteren Rechts auf Nichtwissen des Kindes ausfallen könne.

Eine Lösung wird von manchen zudem darin gesehen, dass man dem später geborenen Menschen die Untersuchungsbefunde ja nicht mitteilen müsse; denn damit sei sein Recht auf Nichtwissen auch gewahrt.

Andere weisen demgegenüber darauf hin, dass es bei dem Schutz des Zugriffs auf höchstpersönliche Daten nicht ausschließlich um die Gewährleistung der Möglichkeit von Nichtwissen, sondern auch darum gehe, dass der Betreffende selbst darüber bestimmen darf, wer wann welche genetischen Informationen von ihm (erheben und) kennen darf. Wenn man einen vollständigen informationellen Zugang zum fetalen Genom erlaube, würde dies bedeuten, dass aus dem Status, ungeboren zu sein, folge, dem vollständigen Zugriff eines anderen, hier der Schwangeren, zu unterliegen, ohne dass Interessen wie der Schutz höchstpersönlicher Daten für schützenswert gehalten würden. Der Betreffende könne sein dahingehendes Recht erst zu einem viel späteren Zeitpunkt selbst vertreten – zu einem Zeitpunkt, zu dem andere möglicherweise bereits

---

<sup>213</sup> Dies gilt für Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen, Erwerbsunfähigkeitsversicherungen und Pflegerentenversicherungen, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart wird (§ 18 Abs. 1 Satz 2 GenDG).



alles über seine genetische Ausstattung wüssten. Zudem habe Wissen um die genetische Ausstattung des Kindes, auch wenn man es ihm nicht mitteilt, Auswirkungen auf den elterlichen Umgang mit dem Kind.

Das Recht auf Gewährleistung der Möglichkeit eines zukünftigen Rechts auf informationelle Selbstbestimmung und auf Nichtwissen erstreckt sich nach dieser Auffassung insbesondere auf Informationen über Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter manifest werden, sowie auf Anlageträgerschaften für Erkrankungen, die beim Träger selbst nicht den Ausbruch einer Krankheit verursachen, aber bei dessen Nachkommen zu einer Krankheit führen können, wenn der Partner die gleiche Anlage vererbt. Der Betroffene solle ebenfalls selbst entscheiden können, ob er sich auf Dispositionsgene untersuchen lassen möchte, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Ausbrechen einer Erkrankung beitragen, auf genetisch bedingte unheilbare Erkrankungen sowie auf Gene, die eine Relevanz für außergesundheitliche Eigenschaften haben. Bei Kindern sei dies hinsichtlich genetischer Informationen für Erkrankungen und gesundheitliche Störungen bereits geltendes Recht. Es solle nach Auffassung vieler auch für die pränatale Diagnostik generell gelten, sofern nicht die Möglichkeit einer Gefährdung der mütterlichen Gesundheit zu berücksichtigen ist.

### **4.3.3 Gesellschaftliche Implikationen**

Die durch die neuen Techniken genetischer und nichtinvasiver pränataler Diagnostik zu erwartende erweiterte Möglichkeit genetischer Untersuchungen beim Ungeborenen ermöglichen einen erleichterten Zugang zu sowie ein breiteres Spektrum an genetischen Informationen, was auch gesellschaftliche Konsequenzen im Hinblick auf die Entwicklung von Stigmatisierung und Diskriminierung haben kann (vgl. Abschnitt 4.2.3).

So ist durch seinen unmittelbaren und häufigen Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen ein Test

ausschließlich auf Trisomie 21 nach Auffassung von Kritikern von besonderer stigmatisierender Kraft. Vorurteile würden so verstärkt; damit wird die Umsetzung der Verpflichtung erschwert, allen Menschen mit körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen das Recht auf gesellschaftliche Inklusion zu gewährleisten, das die Bundesrepublik Deutschland mit der Zustimmung zur UN-Behindertenrechtskonvention anerkannt hat. Vor dem Hintergrund, dass nach Schätzungen etwa 90 Prozent aller Schwangerschaften, bei denen eine Trisomie 21 nachgewiesen wird, abgebrochen werden<sup>214</sup>, habe ein solcher Test letztlich das Ziel, diese Entscheidung zu ermöglichen beziehungsweise die Schwangere zu beruhigen. Seine freie Verfügbarkeit auf dem Markt könne als Zeichen wahrgenommen werden, dass diese Praxis normal und gesellschaftlich gebilligt ist. Während die Suche nach Zeichen für eine Trisomie 21 bislang Bestandteil einer umfassenderen Suche nach fetalen Auffälligkeiten gewesen sei, sei sie bei einem solchen Test das einzige Ziel und damit das unmissverständliche Angebot, Kinder mit Down-Syndrom zu vermeiden. Dies bedeute für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom eine zusätzliche Belastung und verstärke den Eindruck, gemessen an gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen etwas falsch gemacht zu haben. Zudem wird darauf hingewiesen, dass sich eine Trisomie 21 sehr unterschiedlich phänotypisch manifestieren kann. Erst in begleitenden Ultraschalluntersuchungen kann herausgefunden werden, ob das Kind zusätzliche Fehlbildungen des Herzkreislauf-Systems oder des Magen-Darm-Traktes aufweist, und erst auf dieser Grundlage kann ein etwas differenzierterer Eindruck über die gesundheitliche Situation des Kindes gewonnen werden. Dieser differenziertere und individuelle Blick trete durch die Einführung des PraenaTests noch weiter in den Hintergrund, jedenfalls dann, wenn seine Anwendung nicht in

---

<sup>214</sup> Für Zahlen aus Europa vgl. Boyd et al. 2008. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu Schwangerschaftsabbruchraten nach Erhalt einer Pränataldiagnose für Trisomie 21 in Nordamerika deutet allerdings darauf hin, dass Abbruchzahlen möglicherweise rückläufig sind (vgl. Natoli et al. 2012).

eine qualifizierte pränataldiagnostische Betreuung eingebunden ist.

Eine darüber hinausgehende Erweiterung der genetischen Untersuchungsmöglichkeiten mit zunehmend vielen Informationen unterschiedlicher Relevanz und Aussagekraft über das Ungeborene könne zudem eine Haltung befördern, nach der es beim Nachwuchs insbesondere auf dessen genetische Eigenschaften ankomme. Es könne weiterhin der Eindruck verstärkt werden, dass genetische Informationen ganz generell Wesentliches über einen Menschen und seine gesundheitliche Entwicklung aussagen könnten, was aber nur selten tatsächlich der Fall ist. Es sei nicht angemessen, wenn Eltern ihre Kinder in ihren Eigenschaften und Entwicklungsmöglichkeiten als gleichsam genetisch bestimmt wahrnehmen würden, und es sei für die Entwicklung der Kinder nicht förderlich, wenn sich Erziehung vor allem an der genetischen Ausstattung orientieren würde. So sei es beispielsweise fatal, wenn Eltern nach der – wenn auch vagen – genetischen Prädiktion eines geringen Intelligenzquotienten das Kind kaum oder nicht mehr fördern würden, mit der irrigen Vorstellung, dies habe ja ohnehin keinen Sinn.

Schließlich könne ein umfassendes Recht der Frau auf jedwede genetische Untersuchung des Ungeborenen zu einer Haltung führen, dass Kinder gleichsam Eigentum und Verfügungsmasse der Eltern seien und nicht etwa unverfügbare Lebewesen mit eigenen Rechten. Kinder seien Menschen in einer besonders verletzlichen Phase ihrer Entwicklung, die ein Recht darauf hätten, mit Blick auf ihre Individualität und je eigene Zukunft so betrachtet und behandelt zu werden, dass es ihrem Wohl und ihrer Entwicklung zu selbstbestimmungsfähigen Personen diene. Sie seien anfangs vollständig abhängig von der Fürsorge anderer Menschen und wüchsen heran zu größerer Selbstständigkeit und Ausübung ihrer Selbstbestimmung. Entwicklungspsychologisch könnten im Zusammenwirken mit den sozialen Verhältnissen und der Erziehung in der Kindheit wesentliche Weichen dafür gestellt werden,

welche Möglichkeiten der Entwicklung dem Kind überhaupt offen stehen. Es könne im positiven wie im negativen Sinne entscheidend geprägt werden. Zu keinem Zeitpunkt dürfe es dabei wie ein Eigentum behandelt werden, immer seien seine Individualität, prinzipielle Unverfügbarkeit und spätere Selbstbestimmung zu achten.

Es gehe letztlich nicht um die Zwecke der Eltern, die sie mit dem Kind verbinden, sondern um den noch kindlichen Menschen als Zweck an sich selbst und um die Bewahrung sowie Förderung der Möglichkeiten für das Kind selbst, mehr und mehr seine eigenen Ziele, und nicht etwa die auf genetischer Grundlage von den Eltern bestimmten vermeintlich besten Ziele, verfolgen zu können. Das Kind solle in seiner ganzheitlichen Entwicklung und seinem Verhalten wahrgenommen und gefördert werden, ohne dass dazu außerhalb des gesundheitlich relevanten Bereichs genetisch begründete Rechtfertigungen oder Entschuldigungen herangezogen werden. Diese grundsätzliche Beziehungsebene könne durchaus auch weiter gehende Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Menschen und das gesellschaftliche Beziehungsgefüge insgesamt haben.<sup>215</sup>

Andere weisen demgegenüber darauf hin, dass genetische Informationen über das Kind, die aufgrund eines bestimmten Tests erworben wurden, keine grundsätzlich andere Bedeutung hätten als genetische Informationen, die zum Beispiel durch bloßes Anschauen des Kindes oder bildgebende Verfahren erlangt wurden. Auch fördere die Möglichkeit, *bestimmte* genetische Informationen über das Kind zu erlangen, keineswegs eine Tendenz, Kinder generell auf ihre genetische Ausstattung zu reduzieren oder sie gar als „Eigentum“ oder „Verfügungsmasse“ der Eltern zu betrachten. Wer das Gegenteil behauptete, unterliege selbst einem unzutreffenden genetischen Reduktionismus. Das Wissen um bestimmte genetisch bedingte Defizite könne zudem gerade dazu genutzt

---

215 Vgl. Beier/Wiesemann 2010.

werden, durch entsprechende Förderung und Erziehung gegenzusteuern – nicht anders als bei Defiziten, die nicht genetisch bedingt sind oder jedenfalls nicht durch einen besonderen Test zur Kenntnis gebracht wurden. Gerade dann, wenn die Ursache für ein bestimmtes Defizit bekannt sei, könnten unter Umständen angemessene Reaktionsmöglichkeiten zur Geltung kommen. Auch könne es sein, dass einem Kind Vorwürfe hinsichtlich eines bestimmten Verhaltens erspart würden, wenn man wisse, dass dem Verhalten kein Verschulden des Kindes zugrunde liegt. Schwere Traumatisierungen durch ungerechtfertigte Vorwürfe könnten so vermieden werden. Gerade weil Kinder Menschen in einer besonders verletzbaren Phase ihrer Entwicklung seien, hätten sie ein Recht darauf, mit Blick auf ihre Individualität und je eigene Zukunft so betrachtet und behandelt zu werden, dass es ihrem Wohl und ihrer Entwicklung zu selbstbestimmungsfähigen Personen dient.

Die Frage, ob sich Eltern eines Kindes mit Trisomie 21 Vorwürfe machen, habe zudem nichts mit der Frage zu tun, ob ein Test nur eine Trisomie 21 oder auch andere genetische Auffälligkeiten zu identifizieren vermag. Der Tatsache, dass sich eine Trisomie 21 sehr unterschiedlich phänotypisch manifestieren kann und dass erst in begleitenden Ultraschalluntersuchungen herausgefunden werden kann, ob das Kind zusätzliche Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems oder des Magen-Darm-Traktes aufweist, müsse in der Tat durch eine angemessene Aufklärung und Beratung der Schwangeren Rechnung getragen werden. Der notwendige differenzierte und individuelle Blick trete durch die Einführung des PraenaTests keineswegs in den Hintergrund.

Es sei eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, behinderten Menschen und ihren Angehörigen ein Leben in der Gesellschaft ohne Stigmatisierungen und Diskriminierungen zu ermöglichen. Stigmatisierungen und Diskriminierungen entstünden jedoch nicht durch einen bestimmten pränatalen Test, sondern im Umgang der Menschen miteinander.

## 5 ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

Die neuen Entwicklungen der Gendiagnostik sind von drei Trends gekennzeichnet. Erstens wachsen dank neuer Hochdurchsatz-Technologien die Datenmengen vieler genetischer Analysen, bis hin zur Untersuchung des gesamten Genoms. Zweitens erlauben Fortschritte in der bioinformatischen Auswertung der Gendaten eine Zunahme an zu gewinnenden Befunden mit möglicher Relevanz für Gesundheit, Krankheit und Lebensführung. Drittens werden mit sinkenden Kosten, schnelleren Analysen und einer zunehmend breiten Verfügbarkeit von Informationen und Angeboten im Internet auch viele Hürden für den Zugang zu Gentests niedriger. In der Pränataldiagnostik sinkt die Schwelle zur Inanspruchnahme durch die Verfügbarkeit neuer, nichtinvasiver Diagnostik aus mütterlichem Blut, die im Unterschied zu den bisherigen invasiven Methoden nicht mit einem Fehlgeburtsrisiko belastet ist.

Für den klinischen Kontext deuten erste Erfahrungen auf einen aussichtsreichen Einsatz neuer gendiagnostischer Methoden in bestimmten medizinischen Bereichen hin. Gendiagnostik liefert im Bereich der Grundlagen- und klinischen Forschung schon heute wichtige Erkenntnisse über Ursache, Verlauf und für die Behandlungsplanung genetisch bedingter Erkrankungen, insbesondere für monogene Krankheiten und Störungen, Tumorerkrankungen und für die Pharmakogenetik. Die Technik reicht von Panels, mit denen gezielt nach bestimmten Eigenschaften gesucht wird, über Test-Chips, mit denen Hunderte von Merkmalen für monogene Erbkrankheiten gleichzeitig getestet werden können, bis zur Sequenzierung sämtlicher Gene (Exomsequenzierung) oder sogar des gesamten Genoms. Es ist zu erwarten, dass genomweite Analysen gerade für die Diagnostik von Patienten mit schweren Beeinträchtigungen ungeklärter Ursache immer mehr Bedeutung auch in der medizinischen Praxis erlangen werden.

Darüber hinaus gibt es Bemühungen, genetische Diagnostik präkonzeptionell und prädiktiv bei gesunden Menschen einzusetzen. Infrage kommen Tests zur Anlageträgerschaft für eine steigende Zahl monogener Krankheiten und Störungen, die zwar nicht den Getesteten selbst, wohl aber seine Nachkommen betreffen können, sowie eine nach wie vor kleine Zahl von Tests auf spätmanifestierende monogene Erkrankungen, welche oft erst im späteren Erwachsenenalter ausbrechen und dies zumeist auch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit.

Ein weiterer Bereich prädiktiver genetischer Diagnostik zielt auf die Ermittlung genetischer Faktoren, die das persönliche Risiko für weitverbreitete Volkskrankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen näher bestimmen sollen, oder auf die Erstellung bestimmter genetischer Profile, deren Kenntnis bei Entscheidungen über die Lebensführung genutzt werden soll, zum Beispiel Stoffwechsellinformationen bei der Wahl von Ernährungs- oder Sportprogrammen. Die Krankheiten oder Merkmale, um deren genetische Beeinflussung es hier geht, werden jedoch in der Regel multifaktoriell bestimmt, also komplex von vielen Genen, nicht genetischen Faktoren und den Wechselwirkungen zwischen ihnen beeinflusst. Genetische Analysen multifaktoriell bedingter Merkmale haben daher bisher sehr begrenzte Aussagekraft. Sie bieten nur schwer interpretierbare oder uneindeutige Ergebnisse und für die medizinische Praxis zumeist wenig verwertbare Beiträge.

Die genannten Entwicklungen bringen ethische Herausforderungen mit sich: für das Krankheits- und Gesundheitsverständnis, für die Ausübung von Selbstbestimmung und Verantwortung sowie für gesellschaftliche Entwicklungen, die insbesondere Gerechtigkeit und Solidarität betreffen. Die Fragen sind nicht alle neu, sie stellen mitunter auch Varianten bereits diskutierter Herausforderungen dar, die sich allerdings durch die Kombination aus steigender Komplexität und sinkenden Zugangsschranken verschärfen.

Im Bereich der genetischen Diagnostik sind qualitätsgesicherte Standards Voraussetzung für das aus ethischer

Perspektive besonders wichtige Ziel, selbstbestimmte Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Gentests und den verantwortungsvollen Umgang mit ihren Ergebnissen zu ermöglichen und zu befördern. Hierfür sind geeignete gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Der Deutsche Ethikrat sieht die folgenden Aspekte der neueren Entwicklungen der Gendiagnostik als besondere Herausforderungen an:

1. Genomweite Analysen: Für den klinischen Einsatz besonders umfangreicher Gentests bis hin zur Exom- und Gesamtgenomsequenzierung sind Wege zu finden, wie die anfallenden Daten und Befunde jeweils angemessen und sicher aufbewahrt und weitergegeben werden können und wie mit in diesem Kontext besonders zahlreich zu erwartenden Überschussinformationen und Nebenbefunden umzugehen ist. Dies gilt umso mehr, wenn umfangreiche Genomanalysen aufgrund weiterer technischer Fortschritte und Kostensenkungen künftig zu einer Standardmethode werden sollten.
2. Direct-to-Consumer-Tests: Angebote für Gentests, die vornehmlich prädiktive Informationen – zum Beispiel zu Krankheitsrisiken oder Anlageträgerschaften – für gesunde Menschen zum Ziel haben, werden häufig ohne Beachtung der Regelungen des Gendiagnostikgesetzes entweder direkt über das Internet angeboten oder über nicht ärztliche Kooperationspartner wie Apotheken, Fitnessstudios oder Ernährungsberater an den Kunden herangetragen.
3. Nichtinvasive pränatale Tests: Die Möglichkeit, pränatale Gentests kostengünstig und nichtinvasiv, also ohne Fehlgeburtsrisiko, schon im ersten Trimenon durchzuführen, könnte solche Tests künftig für viele Schwangere interessant machen. Gerade bei Schwangerschaften ohne besonderes Risiko für die untersuchten Merkmale besteht jedoch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass ein Test falsch positive Ergebnisse liefert, also eine Beeinträchtigung angibt,



die tatsächlich nicht vorliegt. Hinzu kommt die auch sonst häufig begrenzte Aussagekraft genetischer Tests über die Wahrscheinlichkeit und Ausprägung vieler Beeinträchtigungen. Angesichts dieser Unsicherheiten und der potenziell weitreichenden Konsequenzen, die genetische Testergebnisse für die Entscheidung für oder gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft haben können, ergeben sich für die Aufklärung und Beratung zu pränatalen Gentests besondere Herausforderungen. Dies gilt sowohl für die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Tests als auch für den weiteren Umgang mit den Testergebnissen.

Viele Aspekte genetischer Untersuchungen beim Menschen werden in Deutschland bereits durch das 2010 in Kraft getretene Gendiagnostikgesetz geregelt. Zum Schutz der Patienten erfolgt die genetische Diagnostik bisher in der Regel im Rahmen eines individuellen Arzt-Patienten-Verhältnisses und gezielt zur Abklärung und Behandlung bestimmter gesundheitlicher Störungen. Genetische Diagnostik zu medizinischen Zwecken darf nur von Ärzten, prädiktive genetische Diagnostik zu medizinischen Zwecken darf nur von bestimmten Fachärzten vorgenommen werden. Dem Schutz der Belange des Patienten und seiner Selbstbestimmung könnte durch konkrete Aufklärung und Beratung über die mit der Diagnostik zu erzielenden Ergebnisse der genetischen Diagnostik Rechnung getragen werden.

Angesichts der oben skizzierten und in dieser Stellungnahme näher untersuchten Entwicklungen sieht der Deutsche Ethikrat allerdings weiteren rechtlichen und gesellschaftlichen Handlungsbedarf. Insbesondere die Ausweitung des Umfangs der mit genetischer Diagnostik zu erzielenden Ergebnisse verlangt eine Anpassung des Schutzkonzepts. Der Patient beziehungsweise Verbraucher wird im Bereich der Generierung und des Umgangs mit genetischem Wissen voraussichtlich zunehmend in eine Situation geraten, in der er selbst die Verantwortung für die Nutzung der neuen technischen Möglichkeiten

und den Umgang mit dem damit generierten Wissen zu tragen hat oder zugewiesen bekommt. Diese Verantwortungsübertragung ist jedoch nur vertretbar, wenn die Selbstbestimmung des Betroffenen dabei gewahrt wird. Selbstbestimmt entscheiden kann er nur, wenn er neutral, verlässlich und für ihn verständlich über die infrage stehenden Tatsachen informiert ist. Er ist auch darauf angewiesen, dass die bei ihm erhobenen genetischen Daten gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft zutreffend interpretiert werden, was er aber selbst kaum überprüfen kann. Daher muss der Patientenschutz um den Aspekt des Verbraucherschutzes ergänzt werden.

Der Deutsche Ethikrat empfiehlt:

*A Zur Gendiagnostik allgemein*

- A1. Einem einseitigen genetisch-biologischen Krankheitsverständnis ist entgegenzuwirken. Dies sollte durch Aufklärung der Bevölkerung, Aus-, Fort- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen Tätigen sowie durch ausgewogene Förderung auch multidisziplinärer Forschung geschehen.
- A2. Es sollte im Internet eine öffentlich getragene und nachhaltig finanzierte, qualitätsgesicherte Informationsplattform zu verfügbaren Gentests, ihrer Bedeutung und Aussagekraft eingerichtet und regelmäßig aktualisiert werden. Eine solche Plattform bietet eine einfach zugängliche Informationsgrundlage, um eine Entscheidung über die Inanspruchnahme einer genetischen Diagnostik vorzubereiten. Fachinformationen für die Heilberufe sollten angegliedert werden.
- A3. Jeder Arzt sollte die Bedeutung genetischer Faktoren bei der Prävention, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen kennen. Die ärztlichen Aus- und Weiterbildungsordnungen müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Ärzte die für die Vornahme der genetischen Diagnostik und den Umgang

mit ihren Ergebnissen in der allgemein- und fachärztlichen Versorgung jeweils erforderlichen aktuellen Kenntnisse haben und einschätzen können, wann sie ihre Patienten an Spezialisten überweisen müssen. Die Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission über die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung sollten in die ärztlichen Weiterbildungsordnungen bundesweit Eingang finden. Auch in der Fortbildung sollten entsprechende Angebote verstärkt werden, um zeitnah über aktuelle Entwicklungen zu informieren.

- A4. Da sowohl sprachliche als auch kulturelle Barrieren die Qualität der genetischen Aufklärung und Beratung und somit das Erreichen ihrer Ziele beeinträchtigen, sollte diesen Besonderheiten bei der Organisation der Beratung und bei der Fort- und Weiterbildung der Berater Rechnung getragen werden.
- A5. Erfahrungen anderer Staaten mit dem Berufsbild des genetischen Beraters sollten ausgewertet werden, um zu prüfen, ob ein entsprechender Beruf auch in Deutschland eingeführt werden sollte und welche Aufgabenbereiche die genetischen Berater übernehmen könnten.
- A6. Im Gendiagnostikgesetz sollte klargestellt werden, dass die in den §§ 9 und 10 geregelte Aufklärung und Beratung sowie die Ergebnismitteilung in einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und Patient zu erfolgen hat. Das Aushändigen schriftlichen Materials reicht nicht aus.
- A7. Nach § 8 Abs. 1 GenDG hat der Patient im Rahmen seiner Entscheidung über den Umfang der genetischen Diagnostik zu medizinischen Zwecken auch darüber eine Entscheidung zu treffen, welche der mit dem vorgesehenen genetischen Untersuchungsmittel beziehungsweise mit der vorgesehenen Methode erzielbaren genetischen Informationen nach Vorliegen der Ergebnisse ihm zur Kenntnis zu geben oder zu vernichten sind. Bei Nutzung der neuen Generation der genetischen Diagnostik können allerdings erheblich mehr genetische Daten anfallen,

als für einen konkreten medizinischen Anlass der genetischen Untersuchung benötigt werden. Eine detaillierte vorherige Aufklärung über alle denkbaren Ergebnisse ist dann oftmals nicht möglich.

Im Gendiagnostikgesetz sollte klargestellt werden, dass die Aufklärung über und die Einwilligung in die Art und den Umfang der Untersuchung nicht auf jede einzelne möglicherweise zu ermittelnde genetische Eigenschaft mit Bedeutung für eine Erkrankung oder Anlagetragerschaft eingehen müssen; sie sollten sich auch auf Typen möglicher Ergebnisse beschränken können, wie zum Beispiel bestimmte Krankheitsgruppen, den Schweregrad, die Behandelbarkeit, die Wahrscheinlichkeit oder den Zeitpunkt des Ausbruchs von Erkrankungen.

- A8. Es sollte in § 14 Abs. 3 GenDG (Gentests zu medizinischen Zwecken bei nicht einwilligungsfähigen Personen) klargestellt werden, dass zum Schutz des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sowie des Rechts auf Nichtwissen bei Minderjährigen nur diejenigen genetischen Daten erhoben werden dürfen, die für die in § 14 Abs. 1 und 2 genannten Untersuchungszwecke erforderlich sind. Die Beschränkung der Datenerhebung zur Vermeidung von Überschussinformationen hat bereits auf der technischen Ebene durch die Wahl entsprechender Analysemethoden zu erfolgen. Die Erhebung überschüssiger Daten mit Sperrung bis zu einer eventuell späteren Nutzung bei Einwilligungsfähigkeit sollte nicht zulässig sein, da der Schutz sensibler höchstpersönlicher Daten über einen langen Zeitraum problematisch ist, einen hohen organisatorischen Aufwand erfordert und insgesamt die Erhebung und Speicherung nicht benötigter Daten dem Grundsatz der Datensparsamkeit widerspricht.
- A9. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass Befunde einer genetischen Untersuchung zu medizinischen Zwecken, die außerhalb des konkreten Einwilligungsumfangs

anfallen, nicht in die Patientenakte aufgenommen, sondern gelöscht werden.

Für die Aufbewahrung und Vernichtung der Analysedaten sollte es bei der Regelung in § 12 Abs. 2 GenDG bleiben.

- A10. Die Übergabe der genetischen Sequenzdaten an den Patienten sollte möglich sein.
- A11. Das Gendiagnostikgesetz sollte dahingehend geändert werden, dass das Neugeborenen-Screening auch von Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern vorgenommen werden darf und nur bei auffälligem Befund die Einschaltung eines Arztes erforderlich ist. Damit soll eine möglichst flächendeckende Durchführung des Neugeborenen-Screenings auf einer klaren gesetzlichen Grundlage gesichert werden.
- A12. Die Zulässigkeit genetischer Untersuchungen zu nicht medizinischen Zwecken bei Minderjährigen richtet sich nicht nach dem Gendiagnostikgesetz, sondern nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch und den dort enthaltenen Bestimmungen zum Kindeswohl. Eine Mehrheit des Ethikrats empfiehlt, einschränkend zu regeln, dass genetische Analysen und genetische Untersuchungen bei Minderjährigen nur dann zulässig sind, wenn dies aus Gründen des Wohls der betreffenden Person erforderlich ist.
- A13. Die Einführung eines eigenständigen Rechts des Arztes, Verwandte des Patienten, die ebenfalls von der diagnostizierten genetischen Erkrankung betroffen sein könnten, auf ihr Risiko hinzuweisen oder ihnen eine genetische Beratung zu empfehlen, lehnt der DER ab. Die Regelung über den rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) bietet für besondere Konfliktkonstellationen eine hinreichende Möglichkeit zur Intervention des Arztes zum Schutz elementarer Drittinteressen.
- A14. Vor einer genetischen Untersuchung, die keine medizinischen Zwecke verfolgt, die aber gleichwohl medizinisch relevante Ergebnisse ergeben kann, wie es zum Beispiel bei einer Gesamtgenomsequenzierung oder

bei einer nutrigenomischen Analyse der Fall sein kann, muss nach derzeitiger Rechtslage nicht zwingend eine ärztliche Aufklärung und Beratung erfolgen.

Die Mehrheit des Deutschen Ethikrats empfiehlt, die Durchführung solcher Tests ebenfalls im Gendiagnostikgesetz zu regeln. Sie sollten den Anforderungen des Gendiagnostikgesetzes und des Medizinprodukterechts zur Qualitätssicherung unterliegen und an die vorherige Aufklärung und Beratung gebunden werden, die von einem Arzt oder gegebenenfalls einem genetischen Berater (vgl. Empfehlung A5) durchgeführt werden kann.

- A15. Über die im Gendiagnostikgesetz geregelten Straf- und Bußgeldvorschriften hinaus sollte geregelt werden, dass bestraft wird, wer als Täter oder Teilnehmer die genetische Untersuchung einer anderen Person ohne die erforderliche Einwilligung veranlasst oder falsche Angaben über die Identität der Person macht, von der das Untersuchungsmaterial stammt.
- A16. Der Deutsche Ethikrat begrüßt, dass die EU-Kommission einen Vorschlag für eine Verordnung über In-vitro-Diagnostika vorgelegt hat. Danach sollen insbesondere Gentests beim geborenen Menschen, Gentests bei Feten zur Untersuchung auf genetisch bedingte Störungen sowie Gentests für die therapiebegleitende genetische Diagnostik einschließlich der dafür eingesetzten medizinischen Software als Produkte einem bestimmten Qualitätsmanagementsystem, verbesserten Nachweisen und einer technischen Dokumentation unterworfen werden. Zu begrüßen ist, dass das Konformitätsbewertungsverfahren, das Voraussetzung für die kommerzielle Abgabe der vorgenannten In-vitro-Diagnostika ist, in Zukunft durch eine unabhängige, von den nationalen Behörden zu benennende Stelle durchgeführt werden soll.
- A17. Zur Qualitätssicherung sollten alle Labore, die genetische Analysen durchführen, einer Akkreditierung nach § 5 Abs. 1 GenDG unterworfen werden.

- A18. Es ist sicherzustellen, dass die Kosten einer genetischen Diagnostik, die für die Anwendung eines Arzneimittels aufgrund seiner Zulassung erforderlich ist, von den Krankenversicherungen erstattet werden. So könnte für die gesetzliche Krankenversicherung zum Beispiel für den ambulanten Bereich der Bewertungsausschuss gemäß § 87 SGB V verpflichtet werden, unmittelbar nach Zulassung eines Arzneimittels eine Gebührenordnungsposition für den Begleittest zu schaffen. Dies gilt auch für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Verfahren für die vertragsärztliche Versorgung zulässt und hierfür eine neue Gebührenordnungsposition zu schaffen ist.
- A19. Zur Verwendung von im Rahmen einer genetischen Analyse erhobenen Daten zu Forschungszwecken sollten einheitliche Regelungen geschaffen werden, die mit den relevanten UNESCO-Deklarationen kompatibel sind. Bezogen auf die im Zentrum genetischer Forschung stehenden Biobanken hat der Deutsche Ethikrat 2010 den Vorschlag zur gesetzlichen Verankerung der Rahmenbedingungen vorgelegt.
- A20. Die Forschungs- und Gesundheitspolitik sollte geeignete Maßnahmen ergreifen, um Strukturveränderungen in der klinischen Versorgung entgegenzuwirken, die den Zugang der akademischen Medizin zu für die klinische Forschung und medizinische Anwendung bedeutsamen genetischen Daten einschränken.
- A21. Die Entscheidung über die öffentliche Förderung der Entwicklung neuer Produkte oder Verfahren sollte eine Prüfung voraussetzen, ob die Produkte oder Verfahren mit Blick auf den Menschen und die Gesellschaft ethische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung aufwerfen. Trifft dies zu, sollte die Entwicklung mit einer angemessenen Begleitforschung verknüpft oder gegebenenfalls nach einer unabhängigen Prüfung nicht öffentlich gefördert werden.

- A22. Der Schutz vor möglichen persönlichen Risiken durch die Inanspruchnahme der in Deutschland generell nicht zugelassenen DTC-Tests sollte durch die öffentliche Förderung von Maßnahmen der unabhängigen Verbraucheraufklärung sowie Regelungen des Verbraucherschutzes erfolgen.
- A23. Die Bundesregierung sollte die Initiative ergreifen, EU-weite gemeinsame Regelungen zum Schutz der Patienten und Verbraucher vor DTC-Tests zu veranlassen. Soweit die Anbieter von DTC-Tests ihren Sitz nicht in der Europäischen Union haben, sollte darauf hingewirkt werden, dass bestimmte Testkombinationen, insbesondere Tests, mit denen die Veranlagung für schwerwiegende Erbkrankheiten diagnostiziert werden kann, nicht im Wege des DTC-Marketings angeboten beziehungsweise von den Anbietern nur über Ärzte abgegeben werden.

### *B Zur Pränataldiagnostik*

Die Möglichkeiten genetischer pränataler Diagnostik entwickeln sich zunehmend weiter, wie die Einführung nichtinvasiver genetischer Tests zeigt. Dies stellt immer höhere Anforderungen an die Auswahl und Durchführung der geeigneten Untersuchungsmethoden, die Interpretation der Ergebnisse sowie die Aufklärung und Beratung der schwangeren Frau. Die ethische Bewertung nichtinvasiver pränataldiagnostischer Tests (wie des PraenaTests) lässt sich konsistent nur durch eine Perspektivenerweiterung auf die gesamte genetische Pränataldiagnostik vornehmen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Ethikrat:

- B1. Aufklärung und Beratung vor genetischer Pränataldiagnostik sollten angesichts der Vielfalt diagnostischer Methoden und ihrer Aussagekraft sowie der sich möglicherweise ergebenden Entscheidungsnotwendigkeiten die besondere psychische Situation der Schwangeren berücksichtigen. Hierbei sind auch eine Nichtinanspruchnahme



der Diagnostik sowie die Möglichkeit, den Umfang der mitzuteilenden Informationen einzuschränken, als verantwortliche Optionen zu erwähnen.

- B2. Der Bereitschaft von Eltern, einem Kind, das möglicherweise von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen betroffen sein wird, Fürsorge, Geborgenheit und Liebe zu schenken, gebührt die Wertschätzung von Gesellschaft und Staat. Hierzu gehört insbesondere auch die Erleichterung des Zugangs zu begleitenden und entlastenden Hilfsangeboten für die Eltern von Kindern mit Behinderung, um dem nachvollziehbaren Gefühl vieler betroffener Eltern zu begegnen, insbesondere in den ersten Jahren mit den besonderen Anforderungen allein zu stehen. Eine stärkere gesellschaftliche Verankerung eines Einstellungswandels gegenüber Menschen mit Behinderung und der Ausbau von leicht zugänglichen Beratungs- und Entlastungsmaßnahmen unterstützt auch das soziale und inklusive Modell von Behinderung, wie es der UN-Behindertenrechtskonvention zugrunde liegt.
- B3. Die Mehrheit der Mitglieder ist der Auffassung, dass eine nichtinvasive pränatale Gendiagnostik ebenso wie eine Chorionzotten-Biopsie und Amniozentese nur durchgeführt werden sollte, wenn ein erhöhtes Risiko für eine genetisch bedingte Erkrankung oder Fehlbildung vorliegt.
- B4. Pränatale genetische Diagnostik soll nur an Einrichtungen für Pränataldiagnostik durchgeführt werden, an denen bei Bedarf auch eine weiterführende differenzierende Ultraschalldiagnostik erfolgen kann und die Zusammenarbeit mit einer unabhängigen psychosozialen Beratungseinrichtung gegeben ist.
- B5. Eine genetische Pränataldiagnostik darf nur durchgeführt werden, wenn sichergestellt ist, dass bei einem auffälligen Befund eine weiterführende differenzierende Ultraschalluntersuchung angeschlossen werden kann, um näheren Aufschluss über die konkrete Ausprägung der zu erwartenden Beeinträchtigung zu erlangen.

- B6. Die Mehrheit der Mitglieder empfiehlt, durch geeignete Auswahl der Analysemethoden sicherzustellen, dass keine Erkenntnisse, die über genetisch bedingte Erkrankungen oder Fehlbildungen hinausgehen, ermittelt werden.
- B7. Sowohl der Einsatz nichtinvasiver als auch invasiver pränataler Gentests sollten Gegenstand weiterer Beobachtungen sein. Mittels sozialempirischer und ethischer Begleitforschung sollten eingehendere Kenntnisse über Ausmaß und Problematik dieser Arten der Befunderhebung erworben werden, um Regulierungen gegebenenfalls daran ansetzen zu lassen.
- B8. Die Möglichkeit zunehmend früher genetischer Diagnostik führt dazu, dass Informationen über die genetische Ausstattung des Ungeborenen schon in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen p. c. vorliegen können. Dies kann dazu führen, dass die Schwangere nach der Feststellung einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit des Kindes einen Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der sogenannten Beratungslösung (§ 218a Abs. 1 StGB) durchführen lassen möchte. In diesem Fall kommen die höheren Anforderungen einer medizinischen Indikation gemäß § 218a Abs. 2 StGB nicht zur Anwendung.
- Die Mehrheit der Mitglieder des Ethikrates hält wegen der hier aufgeworfenen grundlegenden Probleme im Hinblick auf die Anerkennung und Inklusion von Menschen mit Behinderung und die grundsätzliche Bedeutung für das Eltern-Kind-Verhältnis die Einführung eines über die Pflichtberatung nach § 218a Abs. 1 StGB hinausgehenden Schutzkonzepts für erforderlich.
- Einige Mitglieder des Ethikrates empfehlen in diesem Zusammenhang wegen der ohnehin erforderlichen Beratung nach § 2a Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz keine weitere Regulierung.
- B9. Für die Fälle, in denen eine genetische Pränataldiagnostik Informationen über eine Anlageträgerschaft für eine

Erkrankung (Heterozygotie für eine autosomal-rezessive Erkrankung) ergibt, die keine Auswirkungen auf die Gesundheit des geborenen Kindes haben wird, sollte klar gestellt werden, dass dieser Befund der Schwangeren nicht mitgeteilt werden darf.

## SONDERVOTUM 1

Durch ihre völkerrechtliche Zustimmung zu der UN-Behindertenkonvention vom Mai 2008 hat die Bundesrepublik Deutschland das Recht von Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen auf gesellschaftliche Inklusion anerkannt. In dieser Konvention ist das Recht auf Zugehörigkeit zum gesellschaftlichen Leben als universales Menschenrecht konzipiert, das jedem Menschen kraft seines Menschseins ohne einschränkende Berücksichtigung besonderer Merkmale wie Alter, Entwicklungsstand oder Geschlecht zukommt. Die öffentliche Förderung eines genetischen Testverfahrens, das als eine Art Rasterfahndung dem Ziel dient, die Träger einer bestimmten genetischen Anomalie aufzuspüren, wobei in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle (je nach Studie zwischen 90 und 95 Prozent) eine vorgefasste Absicht zum Schwangerschaftsabbruch leitend ist, stehen im Widerspruch zu der eingegangenen Verpflichtung, die Rechte von Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen umfassend zu schützen. Zudem gehen genetische Testverfahren, die von einer genetischen Anomalie auf eine voraussichtliche Behinderung des Kindes schließen, von einem einseitig defizitorientierten Verständnis von Behinderung aus, das der heute in Pädagogik und Gesellschaftspolitik vorherrschenden ressourcenbezogenen Sichtweise widerspricht. Die Unterzeichner dieses Sondervotums sind daher der Auffassung, dass über die in der Stellungnahme gemachten Empfehlungen zur Pränataldiagnostik hinaus Verfahren wie der PraenaTest oder entsprechende Nachfolge-Diagnosen nicht durch öffentliche Förderungsmittel unterstützt werden sollten; ebenso sollten sie nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgenommen werden.

Gegen diese Forderung werden verschiedene Argumente erhoben, die sich aus unserer Sicht bei näherer Prüfung als nicht stichhaltig erweisen. Ob sich das Recht auf

gesellschaftliche Inklusion und das Diskriminierungsverbot von Art. 3 GG entgegen dem Wortlaut nur auf bereits geborene Menschen beziehen, ist in der Rechtswissenschaft umstritten. In ethischer Hinsicht lässt sich eine solche Einschränkung eines universalistischen Verständnisses von Menschenwürde und Menschenrechten nicht begründen. Wer sich dafür auf eine nur graduelle Schutzwürdigkeit ungeborener Menschen berufen möchte, gibt sich auf unsicheren Boden. Denn die Grenze zwischen einem noch abstufbaren und einem uneingeschränkten Schutzanspruch müsste zur Rechtfertigung eines Schwangerschaftsabbruchs auf einen späteren Zeitpunkt (womöglich bis zur Geburt) verschoben werden. Die Befürworter eines graduellen Schutzkonzepts gingen im Kontext der öffentlichen Debatte um die embryonale Stammzellforschung und die Präimplantationsdiagnostik noch davon aus, dass dem sich entwickelnden Embryo spätestens nach erfolgter Einnistung ein uneingeschränkter Schutz zukomme. Durch eine erneute Verlegung des Eintritts der vollen Schutzwürdigkeit nach hinten würde der ergebnisbezogene Charakter des graduellen Schutzmodells deutlich. Die Unterscheidungslinie zwischen eingeschränkter und voller Schutzwürdigkeit wird unter diesen Voraussetzungen nicht von einem unparteilichen Standpunkt aus, sondern im Blick auf die wechselnden Interessenlagen der bereits Geborenen gezogen.

Auch der Hinweis auf eine schwere gesundheitliche Bedrohung der Schwangeren kann den zum Schwangerschaftsabbruch führenden selektiven Blick auf den Embryo nicht rechtfertigen, da eine unzumutbare gesundheitliche Bedrohung keineswegs bei jeder voraussichtlichen Beeinträchtigung des Kindes als Regelfall unterstellt werden darf. Daher ist nicht ersichtlich, wie die Verwerfung ungeborener Menschen, die möglicherweise von körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen betroffen sein werden, mit dem Recht jedes Menschen auf gesellschaftliche Inklusion und mit dem verfassungsrechtlichen Verbot jeder Art von Diskriminierung aufgrund besonderer Eigenschaften vereinbar sein könnte. Die medizinische

Forschung und die öffentliche Gesundheitspolitik dürfen den gesellschaftlichen Erwartungsdruck, dass Kinder mit Behinderung nicht mehr zur Welt gebracht werden sollen, nicht verstärken. Sie müssen ihnen vielmehr das Signal entgegensetzen, dass jedes Kind, ob mit oder ohne körperliche oder seelische Beeinträchtigung, willkommen ist. Eine gesellschaftliche Atmosphäre der Annahme und Förderung kann es Eltern erleichtern, einem Kind Liebe und Fürsorge zu schenken, das ihr Leben in anderer Weise bereichert als die Kinder, die ihr Leben ohne körperliche oder seelische Beeinträchtigungen führen.

**Thomas Heinemann, Anton Losinger, Peter Radtke, Eberhard Schockenhoff**

## SONDERVOTUM 2

Wir sind der Auffassung, dass einige Empfehlungen zur Pränataldiagnostik im Hauptvotum des Ethikrates zu sehr darauf ausgerichtet sind, der Schwangeren den Zugang zu wichtigen Informationen zu erschweren, die sie als unentbehrlich für ihre verantwortliche Entscheidung ansieht. Zugleich würde mit diesen Empfehlungen, sofern der Gesetzgeber ihnen nachkäme, das gesellschaftlich breit akzeptierte Recht des Schwangerschaftsabbruchs verschärft.

Die ethische Analyse sollte sich an der Lebenswirklichkeit von Menschen ausrichten. Dies verweist auf eine Besonderheit von Schwangerschaft und Elternschaft. Die hauptsächlichen Aspekte der ethischen Debatte betreffen einerseits das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung der Schwangeren<sup>1</sup> und andererseits das Recht auf Lebensschutz des Embryos oder Fetus sowie das Recht auf Selbstbestimmung des zukünftigen Kindes. Damit werden drei wichtige und einschlägige moralische Prinzipien berührt. Allerdings müssen diese drei Prinzipien für den Schwangerschaftskonflikt um eine Perspektive ergänzt werden, um dessen Besonderheiten gerecht zu werden. Denn in der Lebenswirklichkeit orientiert sich das Handeln von Frauen im Kontext der Pränataldiagnostik nicht vorrangig an ihrem Recht, über die Belange des *eigenen Lebens* zu entscheiden, sondern an ihrer damit verbundenen Verantwortung *für das zukünftige Kind und die Familie*. Frauen nehmen in der Regel ihr Recht auf Selbstbestimmung in Anspruch, um dieser besonderen Verantwortung für das Leben eines oder mehrerer anderer Menschen gerecht zu werden. Diese umfassende, ganz und gar persönliche Verantwortung ist einzigartig im Zusammenleben von Menschen. Sie gilt nicht nur einer bestimmten Aufgabe, sondern der Existenz eines Anderen schlechthin,

---

<sup>1</sup> Diese und die folgenden Überlegungen gelten in ähnlicher Weise dem Paar, das sich fortpflanzen will.

und ist ohne zeitliche Begrenzung ein Leben lang wirksam. Da sich das Recht auf reproduktive Autonomie in diesem Sinn auf verantwortungsvolle Fortpflanzung richtet, ist seine Charakterisierung lediglich als Abwehrrecht unzureichend. Das ist eine moralische Besonderheit, die in der ethischen Debatte berücksichtigt werden muss.

Entscheidungen für oder gegen Pränataldiagnostik gehören in diesen besonderen moralischen Kontext. Frauen, die Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen, wollen damit in aller Regel ihrer allgemeinen Verantwortung für das zukünftige Wohlergehen des Kindes gerecht werden. Unter bestimmten Umständen kann das aus Sicht der Schwangeren bedeuten, sich zuletzt gegen das Austragen des Ungeborenen zu entscheiden. Solche Entscheidungen werden bisher – durchaus im Wissen um das damit verbundene schwerwiegende moralische Dilemma, nicht zuletzt für die Frau selbst – von einem breiten Teil unserer Gesellschaft und auch von der Rechtsordnung respektiert. Der PraenaTest als aktuelle Entwicklung im Bereich der Pränataldiagnostik muss vor diesem Hintergrund bewertet werden.

Davon zu unterscheiden ist allerdings das künftig vielleicht auch in der Schwangerschaft an Bedeutung gewinnende Angebot von Tests, die über den Nachweis von Krankheitsmerkmalen hinausgehen. Solche Tests haben das Potenzial, das Ausmaß elterlicher Verantwortung und Verunsicherung erheblich zu steigern. Die Flut der in ihrer Wertigkeit zum Teil dubiosen Informationen könnte zu einer gravierenden Überforderung von Eltern führen. Ernst zu nehmen ist auch die Sorge, dass die Mitteilung von nicht krankheitsrelevanten Merkmalen des Ungeborenen zu einer Art Leistungs- und Verantwortungswettbewerb unter Eltern führen könnte, der soziale Ungleichheit verstärken und die Eltern-Kind-Beziehung in ein Verhältnis mit ganz spezifischen Erwartungen und entsprechenden Enttäuschungspotenzialen verwandeln könnte, vor denen Eltern wie zukünftige Kinder unter Umständen geschützt werden müssen.



Es lässt sich derzeit nur mutmaßen, wie potenzielle Eltern die angedeuteten künftigen Möglichkeiten nutzen und welche Vor- oder Nachteile sich für die betroffenen Kinder beziehungsweise die Gesellschaft daraus ergeben würden. Entsprechende Überlegungen sind spekulativ und damit wenig geeignet, spezifische Verbote zu begründen. Dennoch sollten Öffentlichkeit und Politik auf mögliche Probleme, die mit den Erkenntnissen zum Beispiel aus der Gesamtgenomsequenzierung und darauf basierenden Testverfahren verbunden sein können, vorbereitet sein. Wichtig für eine Einschätzung solcher Zukunftsszenarien und ihrer erwünschten und unerwünschten moralischen Folgen ist deshalb die in Empfehlung B7 geforderte sozial-empirische und ethische Begleitforschung unter Einbeziehung sämtlicher Betroffenengruppen in einem offenen und gleichberechtigten gesellschaftlichen Diskurs. Dabei sollten besonders auch jene Paare, die gerade Eltern geworden sind, oder die planen, Eltern zu werden, berücksichtigt werden.

Die Erhebung von Daten des Embryos oder Fetus' über unmittelbare Risiken für Erbkrankheiten oder krankheitsrelevante Mutationen hinaus wird in naher Zukunft ganz überwiegend nur bei invasiver Diagnostik (Amniozentese, Chorionzotten-Biopsie) möglich sein. Da diese Techniken aufwändig und risikobehaftet sind und von Frauen in Anspruch genommen werden, die sich ein Kind wünschen, ist eine Ausweitung der Diagnostik auf Befunde dubioser Relevanz eher unwahrscheinlich. Zu einer Bagatellisierung der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch wird die Entwicklung deshalb aller Voraussicht nach nicht führen, wenngleich dies zumindest als Möglichkeit ins Auge gefasst und die Zahl der Inanspruchnahmen gegebenenfalls kritisch beobachtet werden sollte.

Der PraenaTest bietet zwar einen besonders einfachen Weg, genetische Informationen über das Ungeborene zu erlangen; dennoch stellt er keine prinzipiell neuartigen oder andersartigen diagnostischen Informationen zur Verfügung. Das mit dem PraenaTest erworbene Wissen über das Ungeborene kann

derzeit ohnehin erlangt werden; seine Problematik entspricht deshalb im Wesentlichen der des Schwangerschaftskonflikts nach invasiver Pränataldiagnostik. Positiv zu berücksichtigen ist, dass diese Untersuchung für die Frau und das Ungeborene ohne Nebenwirkungen ist und dass sie eine Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch zu einem früheren Zeitpunkt erlaubt, wenn der Fetus noch weniger entwickelt ist. Andererseits ist auch zu berücksichtigen, dass solche Tests Frauen, die kein individuell erhöhtes Risiko haben, wegen des dann abnehmenden prädiktiven Werts und der steigenden Rate falsch positiver Befunde mit schwierigen Entscheidungssituationen konfrontieren können, ohne ihnen dafür ausreichend sichere beziehungsweise ausreichend relevante Informationen zur Verfügung zu stellen. Die Aufklärung der Schwangeren muss diesem Aspekt besonders sorgfältig Rechnung tragen.

Eine Ausweitung von nichtinvasiven Diagnoseverfahren wie des PraenaTests auf eine Vielzahl von Merkmalen, insbesondere von seltenen, ist wegen der Fehleranfälligkeit solcher Testsysteme beziehungsweise bei abnehmendem prädiktivem Wert eher unwahrscheinlich. Die Einschränkung von Grundrechten, über die in einem solchen Kontext stets nachgedacht wird, setzt jedoch realistische und hinreichend wahrscheinliche Fehlentwicklungen voraus.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen können wir die Empfehlungen B3. und B9. nicht mittragen. Die Empfehlung B6. ist aus unserer Sicht zu undifferenziert formuliert. Bei der Empfehlung B8. können wir die Mehrheitsmeinung nicht mittragen, zumal sie nicht deutlich zu machen vermag, worin das weitergehende Schutzkonzept bestehen soll. Ergänzend befürworten wir eine Aufhebung von § 15 Abs. 2 GenDG, der die Untersuchung auf spätmanifestierende Erkrankungen untersagt. Für die Begründung verweisen wir auf Seite 156.

**Katrin Amunts, Constanze Angerer, Frank Emmrich, Reinhard Merkel,  
Herbert Mertin, Edzard Schmidt-Jortzig, Jochen Taupitz, Claudia  
Wiesemann**

# LITERATURVERZEICHNIS

- Alam, S. E. et al. (2012): Nutritional aspects of epigenetic inheritance. In: *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 90 (8), 989–994.
- Allison, M. (2012): Direct-to-consumer genomics reinvents itself. In: *Nature Biotechnology*, 30 (11), 1027–1029.
- Badano, J. L.; Katsanis, N. (2002): Beyond Mendel: an evolving view of human genetic disease transmission. In: *Nature Reviews Genetics*, 3 (10), 779–789.
- Bahrami, A. et al. (2012): Solid-state nanopores for biosensing with submolecular resolution. In: *Biochemical Society Transactions*, 40 (4), 624–628.
- Beier, K.; Wiesemann, C. (2010): Die Dialektik der Elternschaft im Zeitalter der Reprogenetik. Ein ethischer Dialog. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 58 (6), 855–871.
- Benn, P.; Cuckle, H.; Pergament, E. (2012): Non-invasive prenatal diagnosis for Down syndrome: the paradigm will shift, but slowly. In: *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 39 (2), 127–130.
- Bertram, L.; Tanzi, R. E. (2008): Thirty years of Alzheimer's disease genetics: the implications of systematic meta-analyses. In: *Nature Reviews Neuroscience*, 9 (10), 768–778.
- Biehl, L.; Woopen, C. (2010): Gutes hoffen dürfen ohne Schlechtes wissen zu müssen? Aufklärung zum Ersttrimester-Screening als Drahtseilakt. In: Frewer, A. et al. (Hg.): *Hoffnung und Verantwortung. Herausforderungen für die Medizin*. Würzburg, 57–82.
- Borry, P. et al. (2011): Preconceptional genetic carrier testing and the commercial offer directly-to-consumers. In: *Human Reproduction*, 26 (5), 972–977.
- Boyd, P. A. et al. (2008): Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome. In: *BJOG*, 115 (6), 689–696.
- Buchanan, A. V.; Weiss, K. M.; Fullerton, S. M. (2006): Dissecting complex disease: the quest for the Philosopher's Stone? In: *International Journal of Epidemiology*, 35 (3), 562–571.
- Bundesärztekammer (Hg.) (2003): *Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen* [vom 11.12.1998, zuletzt geändert am 28.2.2003]. Online im Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/PraenatalDiagnostik.pdf> [20.3.2013].
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hg.) (2011): *Stellungnahme zur Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) zu genetischen Untersuchungen bei nicht-einwilligungsfähigen Personen nach § 14 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 1c GenDG – in der Fassung vom 28.1.2011*. Online im Internet: [http://www.beb-ev.de/files/pdf/2011/2011-03-21\\_Stellungnahme\\_Gendiagnostik.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2011/2011-03-21_Stellungnahme_Gendiagnostik.pdf) [12.3.2013].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2006): *Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Repräsentative Befragung Schwangerer zum Thema Pränataldiagnostik*. Köln.

- Chapman, P. B. et al. (2011): Improved survival with vemurafenib in melanoma with BRAF V600E mutation. In: *The New England Journal of Medicine*, 364 (26), 2507–2516.
- Chim, S. S. C. et al. (2008): Systematic search for placental DNA-methylation markers on chromosome 21: toward a maternal plasma-based epigenetic test for fetal trisomy 21. In: *Clinical Chemistry*, 54 (3), 500–511.
- Chiu, R. W. K.; Lo, Y. M. D. (2012): Noninvasive prenatal diagnosis empowered by high-throughput sequencing. In: *Prenatal Diagnosis*, 32 (4), 401–406.
- Cook-Deegan, R. et al. (2012): The next controversy in genetic testing: clinical data as trade secrets? In: *European Journal of Human Genetics* (Online), vom 14. November 2012, DOI: 10.1038/ejhg.2012.217.
- De Ligt, J. et al. (2012): Diagnostic exome sequencing in persons with severe intellectual disability. In: *The New England Journal of Medicine*, 367 (20), 1921–1929.
- De Roos, B. (2013): Personalised nutrition: ready for practice? In: *Proceedings of the Nutrition Society*, 72 (1), 48–52.
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina et al. (Hg.) (2010): *Prädiktive genetische Diagnostik als Instrument der Krankheitsprävention*. Halle (Saale).
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (Hg.) (2011): *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH) zu „Direct-to-Consumer“ (DTC)-Gentests*. Online im Internet: [http://www.gfhev.de/de/leitlinien/LL\\_und\\_Stellungnahmen/2011\\_12\\_02\\_GfH-Stellungnahme\\_DTC-Gentests.pdf](http://www.gfhev.de/de/leitlinien/LL_und_Stellungnahmen/2011_12_02_GfH-Stellungnahme_DTC-Gentests.pdf) [12.3.2013].
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2012): *Intersexualität*. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2011): *Präimplantationsdiagnostik*. Berlin.
- Djebali, S. et al. (2012): Landscape of transcription in human cells. In: *Nature*, 489 (7414), 101–108.
- Eaton, S. B.; Konner, M.; Shostak, M. (1988): Stone agers in the fast lane: chronic degenerative diseases in evolutionary perspective. In: *The American Journal of Medicine*, 84 (4), 739–749.
- Ecker, J. R. et al. (2012): ENCODE explained. In: *Nature*, 489 (7414), 52–55.
- Fan, H. C. et al. (2012): Non-invasive prenatal measurement of the fetal genome. In: *Nature*, 487 (7407), 320–324.
- Ferguson-Smith, A. C.; Patti, M.-E. (2011): You are what your dad ate. In: *Cell Metabolism*, 13 (2), 115–117.
- Gärditz, K. F. (2012): *Gutachtliche Stellungnahme zur Zulässigkeit des Diagnostikprodukts „PraenaTest“*. Online im Internet: <http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/PraenaTest.pdf> [25.2.2013].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hg.) (2012): *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)* [vom 10.12.1985, zuletzt geändert am 20.12.2012]. Online im Internet: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-678/Mu-RL\\_2012-12-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-678/Mu-RL_2012-12-20.pdf) [20.3.2013].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hg.) (2010): *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)*

- [vom 26.4.1976, zuletzt geändert am 16.12.2010]. Online im Internet: [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL\\_Kinder\\_2010-12-16.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2012a): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung bei genetischen Untersuchungen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG [vom 27.4.2012, zuletzt geändert am 16.11.2012]. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL\\_Aufklaerung\\_med\\_Zwecke\\_geaendert.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL_Aufklaerung_med_Zwecke_geaendert.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2012b): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Durchführung genetischer Reihenuntersuchungen gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 6 GenDG [vom 16.11.2012]. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL\\_Reihenuntersuchung.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL_Reihenuntersuchung.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2012c): Entwurf der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung nach § 15 Abs. 1 Satz 1 GenDG für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos oder des Fötus während der Schwangerschaft oder nach der Geburt gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 1d GenDG [vom 16.11.2012]. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien-Stellungnahme/RLE\\_Vorgeburtliche\\_Untersuchung.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien-Stellungnahme/RLE_Vorgeburtliche_Untersuchung.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2012d): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Anforderungen an die Qualitätssicherung genetischer Analysen zu medizinischen Zwecken gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 4 GenDG [vom 6.7.2012]. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL\\_Qualitaetssicherung\\_genet\\_Analysen.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL_Qualitaetssicherung_genet_Analysen.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2012e): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) für die Beurteilung genetischer Eigenschaften hinsichtlich ihrer Bedeutung für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen sowie für die Möglichkeiten, sie zu vermeiden, ihnen vorzubeugen oder sie zu behandeln gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 1a GenDG [vom 17.7.2012]. Online im Internet: [http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL\\_Med\\_Bedeutung\\_genet\\_Eigenschaften.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL_Med_Bedeutung_genet_Eigenschaften.pdf) [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2011a): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2a und § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG [vom 1.7.2011]. Online im Internet: <http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL-GenetischeBeratung.pdf> [20.3.2013].
- Gendiagnostik-Kommission (Hg.) (2011b): Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) zu genetischen Untersuchungen bei nicht-einwilligungsfähigen Personen nach § 14 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 1c GenDG [vom 26.7.2011]. Online im Internet: <http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/GendiagnostikKommission/Richtlinien/RL-GenetischeUntersuchung.pdf> [20.3.2013].
- Gerstein, M. B. et al. (2012): Architecture of the human regulatory network derived from ENCODE data. In: *Nature*, 489 (7414), 91–100.
- Glasson, E. J. et al. (2002): The changing survival profile of people with Down's syndrome: implications for genetic counselling. In: *Clinical Genetics*, 62 (5), 390–393.

- Gola, P. et al. (Hg.) (2012): Bundesdatenschutzgesetz. Kommentar. München.
- Goldman, J. S. et al. (2011): Genetic counseling and testing for Alzheimer disease: joint practice guidelines of the American College of Medical Genetics and the National Society of Genetic Counselors. In: *Genetics in Medicine*, 13 (6), 597–605.
- Gonzaga-Jauregui, C.; Lupski, J. R.; Gibbs, R. A. (2012): Human genome sequencing in health and disease. In: *Annual Review of Medicine*, 63, 35–61.
- Gosso, M. F. et al. (2006): The SNAP-25 gene is associated with cognitive ability: evidence from a family-based study in two independent Dutch cohorts. In: *Molecular Psychiatry*, 11 (9), 878–886.
- Grimm, T. (2011): Genetik der Legasthenie. In: *Sprache – Stimme – Gehör*, 35 (2), e58–e66.
- Gymrek, M.; McGuire, A. L.; Golan, D.; Halperin, E.; Erlich, Y. (2013): Identifying personal genomes by surname inference. In: *Science*, 339 (6117), 321–324.
- Haack, T. B. et al. (2010): Exome sequencing identifies ACAD9 mutations as a cause of complex I deficiency. In: *Nature Genetics*, 42 (12), 1131–1134.
- Heyen, N. B. (2012): Gendiagnostik als Therapie. Die Behandlung von Unsicherheit in der prädiktiven genetischen Beratung. Frankfurt am Main.
- Hill, M. et al. (2012): Uses of cell free fetal DNA in maternal circulation. In: *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26 (5), 639–654.
- Hoheisel, J. (2012): Vortrag bei der Anhörung „Möglichkeiten und Grenzen prädiktiver genetischer Diagnostik multifaktorieller Erkrankungen“ des Deutschen Ethikrates am 3. Mai 2012 in Berlin. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/dateien/audio/anhoerung-03-05-2012-hoheisel.mp3> [12.3.2013].
- Hufen, F. (2013): Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung frühzeitiger pränataler Diagnostik. Dargestellt am Beispiel des Diagnoseprodukts PraenaTest. Unveröffentlichtes Gutachten im Auftrag der Firma LifeCodexx AG.
- Huster, S. (2012): Kostenübernahme genetischer Untersuchungen zur genetischen Diagnostik von Krankheiten und zur Therapieplanung (sog. Companion Diagnostics) durch die GKV. Gutachten im Auftrag des Deutschen Ethikrates. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/huster-gutachten-gendiagnostik.pdf> [11.3.2013].
- International Human Genome Sequencing Consortium (2001): Initial sequencing and analysis of the human genome. In: *Nature*, 409 (6822), 860–921.
- Kajiwaru, K.; Berson, E. L.; Dryja, T. P. (1994): Digenic retinitis pigmentosa due to mutations at the unlinked peripherin/RDS and ROM1 loci. In: *Science*, 264 (5165), 1604–1608.
- Katsanis, N. (2004): The oligogenic properties of Bardet-Biedl syndrome. In: *Human Molecular Genetics*, 13 (Review 1), R65–R71.
- Kavanagh, D. et al. (2010): Current and emerging techniques of fetal cell separation from maternal blood. In: *Journal of Chromatography B*, 878 (22), 1905–1911.
- Kern, B.-R. (Hg.) (2012): Gendiagnostikgesetz. Kommentar. München.
- Kingsmore, S. (2012): Comprehensive carrier screening and molecular diagnostic testing for recessive childhood diseases. In: *PLoS Currents (Online)*, vom 2. Mai 2012 [zuletzt geändert am 8. Mai 2012], DOI: 10.1371/4f9877ab8ffag.

- Kitzman, J. O. et al. (2012): Noninvasive whole-genome sequencing of a human fetus. In: *Science Translational Medicine*, 4 (137), 137ra76.
- Kollek, R.; Lemke, T. (2008): *Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests*. Frankfurt am Main.
- Ku, C. S. et al. (2010): The pursuit of genome-wide association studies. In: *Journal of Human Genetics*, 55 (4), 195–206.
- Lam, K.-W. G. et al. (2012): Noninvasive prenatal diagnosis of monogenic diseases by targeted massively parallel sequencing of maternal plasma: application to beta-thalassemia. In: *Clinical Chemistry*, 58 (10), 1467–1475.
- Li, X. et al. (2012): Long noncoding RNAs: Insights from biological features and functions to diseases. In: *Medicinal Research Reviews (Online)*, vom 8. Februar 2012, DOI: 10.1002/med.21254.
- Luan, B.; Stolovitzky, G.; Martyna, G. (2012): Slowing and controlling the translocation of DNA in a solid-state nanopore. In: *Nanoscale*, 4 (4), 1068–1077.
- Maher, B. (2008): The case of the missing heritability. In: *Nature*, 456 (7218), 18–21.
- Mand, C. et al. (2012): Predictive genetic testing in minors for late-onset conditions: a chronological and analytical review of the ethical arguments. In: *Journal of Medical Ethics*, 38 (9), 519–524.
- Manolio, T. A. (2010): Genomewide association studies and assessment of the risk of disease. In: *The New England Journal of Medicine*, 363 (2), 166–176.
- Mardis, E. R. (2010): The \$1,000 genome, the \$100,000 analysis? In: *Genome Medicine*, 2 (11): 84.
- Marteau, T. M. et al. (2010): Effects of communicating DNA-based disease risk estimates on risk-reducing behaviours. In: *The Cochrane Library (Online)*, vom 6. Oktober 2010, DOI: 10.1002/14651858.CD007275.pub2.
- Maunz, T.; Dürig, G. (2012): *Grundgesetz. Kommentar*. München.
- Merz, E. et al. (2012): Aktualisierte Qualitätsanforderungen an die weiterführende differenzierte Ultraschalluntersuchung in der pränatalen Diagnostik (= DEGUM-Stufe II) im Zeitraum von 18 + 0 bis 21 + 6 Schwangerschaftswochen. In: *Ultraschall in der Medizin*, 33 (6), 593–596.
- Merz, E. et al. (2004): DEGUM-Stufe-III-Empfehlung zur „weiterführenden“ sonographischen Untersuchung (= DEGUM-Stufe II) im Zeitraum 11 – 14 Schwangerschaftswochen. In: *Ultraschall in der Medizin*, 25 (4), 299–301.
- Müller, G. (2012): Vortrag bei der Anhörung „Möglichkeiten und Grenzen prädiktiver genetischer Diagnostik multifaktorieller Erkrankungen“ des Deutschen Ethikrates am 3. Mai 2012 in Berlin. Online im Internet: <http://www.ethikrat.org/dateien/audio/anhoerung-03-05-2012-mueller.mp3> [12.3.2013].
- Natoli, J. L. et al. (2012): Prenatal diagnosis of Down syndrome: a systematic review of termination rates (1995-2011). In: *Prenatal Diagnosis*, 32 (2), 142–153.
- Neph, S. et al. (2012): An expansive human regulatory lexicon encoded in transcription factor footprints. In: *Nature*, 489 (7414), 83–90.
- Neveling, K.; Hoischen, A. (2012): Exom-Sequenzierung zur Identifizierung von Krankheitsgenen. In: *Medizinische Genetik*, 24 (1), 4–11.
- Nielsen, D. E.; El-Sohehy, A. (2012): A randomized trial of genetic information for personalized nutrition. In: *Genes and Nutrition*, 7 (4), 559–566.

- Nuffield Council on Bioethics (Hg.) (2010): Medical profiling and online medicine: the ethics of ‚personalised healthcare‘ in a consumer age. London.
- Pearson, T.; Monolio, T. (2008): How to interpret a genome-wide association study. In: *JAMA*, 299 (11), 1335–1344.
- Prütting, D. (Hg.) (2012): *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*. Köln.
- Rauch, A. et al. (2012): Range of genetic mutations associated with severe non-syndromic sporadic intellectual disability: an exome sequencing study. In: *The Lancet*, 380 (9854), 1674–1682.
- Rederstorff, M.; Hüttenhofer, A. (2010): Small non-coding RNAs in disease development and host-pathogen interactions. In: *Current Opinion in Molecular Therapeutics*, 12 (6), 684–694.
- Roberts, N. J. et al. (2012): The predictive capacity of personal genome sequencing. In: *Science Translational Medicine*, 4 (133), 133ra58.
- Rosenau, H. (2011): Relevante Fragestellungen des GenDG und Aufgaben der Gendiagnostik Kommission (GEKO). In: Duttge, G.; Engel, W.; Zoll, B. (Hg.): *Das Gendiagnostikgesetz im Spannungsfeld von Humangenetik und Recht*. Göttingen, 69–90.
- Schröder, P. (2004): *Gendiagnostische Gerechtigkeit. Eine ethische Studie über die Herausforderungen postnataler genetischer Prädiktion*. Münster.
- Srinivasan, A. et al. (2013): Noninvasive detection of fetal subchromosome abnormalities via deep sequencing of maternal plasma. In: *AJHG*, 92 (2), 167–176.
- Tabor, A.; Alfirevic, Z. (2010): Update on procedure-related risks for prenatal diagnosis techniques. In: *Fetal Diagnosis and Therapy*, 27 (1), 1–7.
- Taupitz, J. (2013): Genetische Untersuchungen zur Klärung der Abstammung. In: *Medizinrecht*, 31 (1), 1–6.
- Taupitz, J. (2009): Bindungswirkung von Standards im Gesundheitswesen. In: Möllers, T. M. J. (Hg.): *Geltung und Faktizität von Standards*. Baden-Baden, 63–106.
- The 1000 Genomes Project Consortium (2012): An integrated map of genetic variation from 1,092 human genomes. In: *Nature*, 491 (7422), 56–65.
- The ENCODE Project Consortium (2012): An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. In: *Nature*, 489 (7414), 57–74.
- Thurman, R. E. et al. (2012): The accessible chromatin landscape of the human genome. In: *Nature*, 489 (7414), 75–82.
- Tong, Y. K. et al. (2010): Noninvasive prenatal detection of trisomy 21 by an epigenetic-genetic chromosome-dosage approach. In: *Clinical Chemistry*, 56 (1), 90–98.
- Wallace, H. (2012): ‚Phantom Heritability‘ Indicates Poor Predictive Value of Gene Tests. Online im Internet: <http://independentsciencenews.org/health/phantom-heritability-indicates-poor-predictive-value-of-gene-tests> [12.3.2013].
- Winkler, M. (2011): Die Gendiagnostik-Kommission und der Vorbehalt des Gesetzes. In: *Neue Juristische Wochenschrift*, 64 (13), 889–892.
- Wooßen, C. (2000): Das genetische Orakel – oder was darf der Mensch von seinem Entwurf verwerfen? In: *Medizinische Genetik*, 12 (3), 359–364.
- Zuk, O. et al. (2012): The mystery of missing heritability: genetic interactions create phantom heritability. In: *PNAS*, 109 (4), 1193–1198.



# ABKÜRZUNGEN

<b>A</b>	Adenin
<b>ABl.</b>	Amtsblatt
<b>ApoE</b>	Apolipoprotein E
<b>Az.</b>	Aktenzeichen
<b>BAnz</b>	Bundesanzeiger
<b>BDSG</b>	Bundesdatenschutzgesetz
<b>BGBI.</b>	Bundesgesetzblatt
<b>BGH</b>	Bundesgerichtshof
<b>BRCA</b>	breast cancer (Brustkrebs)
<b>BVerfG</b>	Bundesverfassungsgericht
<b>BVerfGE</b>	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
<b>C</b>	Cytosin
<b>cDNA</b>	complementary DNA (komplementäre DNA)
<b>CFTR</b>	Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator
<b>CNV</b>	copy number variants (Kopienzahlvariationen)
<b>DIN</b>	Deutsches Institut für Normung
<b>DNA</b>	deoxyribonucleic acid (Desoxyribonukleinsäure)
<b>DTC</b>	Direct-to-Consumer
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>ENCODE</b>	ENCyclopedia Of DNA Elements
<b>ESchG</b>	Embryonenschutzgesetz
<b>EU</b>	Europäische Union
<b>G</b>	Guanin
<b>G-BA</b>	Gemeinsamer Bundesausschuss
<b>GenDG</b>	Gendiagnostikgesetz
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GWAS</b>	Genomweite Assoziationsstudie
<b>IVD</b>	In-vitro-Diagnostika
<b>LRS</b>	Lese-Rechtschreib-Schwäche
<b>MPG</b>	Medizinproduktegesetz
<b>MPKPV</b>	Verordnung über klinische Prüfungen von Medizinprodukten

<b>MPV</b>	Medizinprodukte-Verordnung
<b>mRNA</b>	messenger RNA (Boten-RNA)
<b>nc-RNA</b>	non-coding RNA (nicht codierende RNA)
<b>NIPD</b>	Nichtinvasive pränatale Gendiagnostik
<b>NJW</b>	Neue Juristische Wochenschrift
<b>p. c.</b>	post conceptionem (nach der Befruchtung)
<b>PCR</b>	polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
<b>PID</b>	Präimplantationsdiagnostik
<b>PND</b>	Pränataldiagnostik
<b>Rh-Faktor</b>	Rhesus-Faktor
<b>RNA</b>	ribonucleic acid (Ribonukleinsäure)
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>SNP</b>	single nucleotide polymorphism (Einzelnukleotid-Polymorphismen)
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>T</b>	Thymin
<b>U</b>	Uracil
<b>UNESCO</b>	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

# GLOSSAR

<b>Algorithmus</b>	Eine exakte Arbeitsanleitung, die der Lösung eines Problems oder einer Klasse von Problemen dient und eindeutige Anweisungen enthält, die so präzise sind, dass sie von Computern ausgeführt werden können
<b>Allel</b>	Genvariante; Ausprägung eines Gens an einem bestimmten Genort; unterschiedliche Allele tragen zur genetischen Variabilität einer Population bei
<b>Alzheimer-Demenz</b>	Degenerative Hirnerkrankung, die mit Gedächtnisstörungen einsetzt und zu Demenz führt
<b>Amniozentese</b>	Fruchtwasserentnahme; invasives Untersuchungsverfahren im Rahmen der Pränataldiagnostik
<b>Aneuploidie</b>	Numerische Chromosomenstörung; Abweichung von der regulären Anzahl der Chromosomen  Partielle Aneuploidie: Aneuploidie, bei der nur ein Teil des Chromosoms betroffen ist
<b>Anlageträgertest</b>	Untersuchung, bei der der genetische Status einzelner gesunder Menschen analysiert wird, um zu ermitteln, ob die Person Träger einer rezessiven Erbkrankheit ist
<b>Assemblierung</b>	Bioinformatische Zusammenfügung von DNA-Sequenzbruchstücken
<b>Assoziation</b>	Eine statistisch gesicherte Korrelation zwischen Genotyp und Phänotyp
<b>Autosomal rezessiver Erbgang</b>	Erbgang von autosomalen Genen, bei dem das zugehörige Merkmal nur dann zur Ausprägung kommt, wenn eine Mutation auf beiden homologen Autosomen vorliegt
<b>Autosomen</b>	Autosomen sind die Chromosomen, die keine Geschlechtschromosomen sind, also die Chromosomen 1 bis 22; jede Zelle besitzt zwei Kopien jedes autosomalen Chromosoms
<b>Basenpaar</b>	In der DNA-Doppelhelix werden die Basen Adenin und Thymin beziehungsweise Cytosin und Guanin über Wasserstoffbrücken miteinander gepaart; die durch diese Wechselwirkung zusammengehaltenen Basen bezeichnet man als Basenpaar
<b>Beta-Thalassämie</b>	Autosomal rezessiv vererbte Blutkrankheit, bei der die Hämoglobinsynthese gestört ist
<b>Bioinformatik</b>	Biologie und Informationstechnologie umfassende Disziplin, die mithilfe von Computern biologische Daten erfasst, speichert, bearbeitet, auswertet und zur Verfügung stellt

<b>Biomarker</b>	Biologische Substanzen, die als Indikatoren für bestimmte biologische Prozesse dienen; mithilfe von Biomarkern können unter anderem die zelluläre oder chemische Aktivität eines Gewebes, einer Krankheiten oder einer Mutation im Erbgut erkannt werden
<b>Biopsie</b>	Entnahme von Gewebeprobe(n) aus dem lebenden Körper zu diagnostischen Zwecken
<b>BRCA1/BRCA2</b>	Tumorsuppressorgene deren Mutation die Wahrscheinlichkeit von Brustkrebs, Eierstockkrebs und anderen Krebsarten erhöht
<b>CFTR-Gen</b>	Verschiedene Mutationen dieses Gens können das Krankheitsbild der Mukoviszidose (zystische Fibrose) verursachen
<b>Chorionzotten-Biopsie</b>	Entnahme einiger Chorionzotten (Bestandteile der Plazenta); eingesetzt als invasives Untersuchungsverfahren im Rahmen der Pränataldiagnostik
<b>Chromosomen</b>	Träger der Erbinformationen; Chromosomen bestehen aus DNA und assoziierten Proteinen; auf ihnen sind die Gene lokalisiert; der Mensch besitzt 23 Chromosomenpaare
<b>Chromosomen-anomalie</b>	Strukturelle oder zahlenmäßige Veränderung des Chromosomensatzes; unterscheidbar in balancierte Anomalien (die Gesamtmenge des Erbgutes ist unverändert) und unbalancierte Anomalien (Vermehrung oder Reduktion der Gesamtmenge des Erbgutes)
<b>Companion diagnostics</b>	Genetische Untersuchung zur Therapieplanung und -begleitung
<b>Deletion</b>	Verlust eines oder mehrerer Nukleotidpaare
<b>De-novo-Mutation</b>	Mutation, die nicht von den Eltern vererbt wird, sondern beim Betroffenen neu auftritt
<b>Diabetes Typ 2</b>	Multifaktoriell bedingte Stoffwechselerkrankung („Zuckerkrankheit“)
<b>Diploid</b>	Doppelt, bezogen auf den Chromosomensatz
<b>Direct-to-Consumer-Test</b>	Direct-to-Consumer-Tests werden frei verkäuflich von Unternehmen – meist über das Internet – im Prinzip der ganzen Bevölkerung direkt angeboten. Sie können vom Kunden ohne Veranlassung durch einen Arzt in der Regel direkt beim Anbieter bestellt und die Testergebnisse vom Kunden selbst bei dem Unternehmen abgerufen oder erfragt werden.
<b>DNA</b>	Desoxyribonukleinsäure; Biomolekül; Träger der Erbinformationen

<b>DNA-Chips</b>	System zur gleichzeitigen Analyse mehrerer DNA-Sequenzen auf einer Trägeroberfläche (Chip); die Chipoberfläche enthält viele Punkte mit jeweils kleinsten Mengen bekannter DNA, die komplementäre DNA-Sequenzen aus der zu untersuchenden Probe binden und somit deren Nachweis in der Probe erlauben
<b>DNA-Sequenz</b>	Reihenfolge der vier Grundbausteine (Adenin, Cytosin, Guanin, Thymin) in der DNA
<b>Dominanter Erbgang</b>	Erbgang, bei dem Merkmale im Kind bereits dann zur Ausprägung kommen, wenn sie nur auf einem der beiden homologen Chromosomen vorliegen
<b>Down-Syndrom</b>	Siehe Trisomie 21
<b>Einzelnukleotid-Polymorphismus</b>	Genetische Variationen mit Veränderungen einzelner Nukleotide der DNA, die als Marker für bestimmte Krankheiten eingesetzt werden können (engl. <i>single nucleotide polymorphism</i> )
<b>Embryo</b>	Der sich aus einer befruchteten, entwicklungsfähigen Eizelle entwickelnde Organismus bis zum Abschluss der Organbildung (Ende der 8. Schwangerschaftswoche p. c.)
<b>Enzym</b>	Proteinmolekül, das biochemische Reaktionen im Stoffwechsel bewirkt und beschleunigt (katalytische Wirkung)
<b>Epigenetik</b>	Molekulare Mechanismen, die ohne Veränderung der DNA-Sequenz die Aktivität der genetischen Information beeinflussen (z. B. Methylierungen von DNA-Bausteinen)
<b>Epigenom</b>	Gesamtheit der epigenetischen Modifikationen eines bestimmten Zelltyps
<b>Ersttrimester-Screening</b>	Im ersten Trimenon der Schwangerschaft angebotene pränatale Bestimmung von zwei biochemischen Laborwerten aus dem Blut der Frau sowie der mit Ultraschall messbaren Nackentransparenz des Ungeborenen; dient der Ermittlung einer Wahrscheinlichkeit für das mögliche Vorliegen einer Chromosomenstörung beim Ungeborenen
<b>Exom</b>	Gesamtheit der codierenden DNA-Abschnitte (Exons) eines Organismus
<b>Exomsequenzierung</b>	Bestimmung aller codierenden DNA-Abschnitte (Exons) im Genom
<b>Exon</b>	Codierende DNA-Abschnitte in einem Gen
<b>Expressivität</b>	Ausprägungsstärke eines Phänotyps bei gleichem Genotyp; von variabler Expressivität spricht man, wenn zwar alle Träger eines Genotyps den Phänotyp aufweisen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung, sodass beispielsweise der Schweregrad einer Krankheit variiert

<b>Falsch negativ</b>	Das Ergebnis einer Untersuchung bezeichnet man als falsch negativ, wenn Personen, die Träger des getesteten Merkmals sind, fälschlich nicht als solche erkannt werden.
<b>Falsch positiv</b>	Das Ergebnis einer Untersuchung bezeichnet man als falsch positiv, wenn Personen, die keine Träger des getesteten Merkmals sind, fälschlich als solche erkannt werden.
<b>Fetus</b>	Der sich im Körper der Frau entwickelnde menschliche Organismus nach Abschluss der Organbildung (ab der 9. Schwangerschaftswoche p. c.)
<b>Gen</b>	DNA-Abschnitt, der den Code für ein funktionelles Produkt enthält, beispielsweise für ein bestimmtes Protein
<b>Genaktivität</b>	Die Gene, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer Zelle tatsächlich abgelesen und in Genprodukte umgewandelt werden
<b>Genetik</b>	Vererbungslehre; Teilgebiet der Biologie; befasst sich mit der Grundlage der Vererbung, also mit der Weitergabe von Erbanlagen entweder an die nächste Generation einzelner Zellen oder an einen neuen Organismus
<b>Genetische Analyse</b>	Verfahren, welches die Feststellung genetischer Eigenschaften eines Objekts (Zelle, Gewebe, Organismus) zum Ziel hat
<b>Genetische Daten</b>	Informationen über die genetische Ausstattung eines Organismus, die mithilfe einer genetischen Analyse erhoben wurden
<b>Genetische Disposition</b>	Genetische Anfälligkeit für die Ausbildung eines genetisch mitbedingten Merkmals, zum Beispiel einer Erkrankung
<b>Genetische Untersuchung</b>	Analyse von Genen oder Genprodukten zu einem bestimmten Zweck (§ 3 Nr. 1 GenDG)
<b>Genetischer Befund</b>	Das Ergebnis einer Untersuchung, das Aufschluss über eine bestimmte genetische Ausstattung der untersuchten Person gibt
<b>Genexpression</b>	Übersetzung der genetischen Information in RNA und weiter in Proteine
<b>Genom</b>	Gesamtheit der genetischen Informationen einer Zelle
<b>Genomweite Chipanalysen</b>	Hierbei wird mithilfe von DNA-Chips eine potenziell sehr große Anzahl von Genvarianten gleichzeitig untersucht
<b>Genort</b>	Bezeichnet die genaue Lage eines Gens oder eines Genbestandteils im Genom (lat. <i>locus</i> )
<b>Genotyp</b>	Bezeichnet je nach Perspektive die Gesamtheit der Erbanlagen bei Betrachtung eines ganzen Organismus oder auch lokalisiert einzelne Genabschnitte im Genom

<b>Genprodukt</b>	Die durch die Expression eines Gens entstehende RNA und Proteine
<b>Genregulation</b>	Die sowohl von der Zelle selbst (endogen) als auch durch äußere Einflüsse (exogen) verursachte Steuerung der Aktivität von Genen
<b>Genvariante</b>	Siehe Allel
<b>Gesamtgenomsequenzierung</b>	Untersuchung mit dem Ziel der Aufklärung der „Textfolge“ des gesamten Genoms, also die haploide Nukleotidabfolge in allen 46 Chromosomen
<b>Haploid</b>	Einfach, bezogen auf den Chromosomensatz
<b>Haplotypen</b>	Abkürzung für „haploider Genotyp“; bezeichnet eine Reihe von Allelen an einer bestimmten Stelle eines Chromosoms, die gemeinsam (durch Kopplung) vererbt werden; sie können durch bestimmte SNP-Muster auf einem Chromosom identifiziert und charakterisiert werden
<b>Heritabilität</b>	Maß, das die Erblichkeit von Eigenschaften angibt
<b>Heterozygot</b>	Wenn ein Gen auf den beiden homologen Chromosomen in unterschiedlichen Varianten vorliegt
<b>Heterozygotentest</b>	Siehe Anlagetragertest
<b>Homolog</b>	Einander entsprechend, hier: Chromosomen mit weitgehend identischer Genstruktur, von denen eines von der Mutter und das andere vom Vater stammt
<b>Homozygot</b>	Wenn die zwei Kopien eines Gens auf den beiden homologen Chromosomen in identischer Ausführung vorliegen
<b>Huntington-Krankheit</b>	Dominant vererbte neurologische Erkrankung, die neben schweren Bewegungsstörungen auch zum geistigen Abbau führt; sie bricht meist im mittleren Lebensalter aus, ist unheilbar und verläuft tödlich
<b>Hybridisierung</b>	Hier verwendet als Bezeichnung für eine molekulargenetische Technik, bei der an einen DNA- oder RNA-Einzelstrang der komplementäre Einzelstrang DNA beziehungsweise RNA angelagert wird; diese Bindung kann durch bestimmte Markierungen nachgewiesen werden
<b>In vitro</b>	Außerhalb des lebenden Organismus (lat. „in der Glasschale“)
<b>Insertion</b>	Genmutation, bei der ein oder mehrere Nukleotidpaare in das Genom eingefügt werden
<b>Intron</b>	Nicht codierende DNA-Abschnitte in einem Gen
<b>In-vitro-Fertilisation</b>	Methode der künstlichen Befruchtung
<b>Inzidenz</b>	Anzahl von Neuerkrankungen in einer definierten Bevölkerungsgruppe innerhalb eines bestimmten Zeitraums

<b>Keimbahnmutation</b>	Zufällige Änderung der genetischen Information bei der Bildung einer Keimzelle, die über die Keimbahn an die nächste Generation weitergegeben werden kann
<b>Keimzellen</b>	Sammelbegriff für Ei- und Samenzellen (auch als Gameten bezeichnet)
<b>Koinzidenz</b>	In der Genetik verwendet für die zufällige Korrelation zwischen einer einzelnen bestimmten Genvariante (Allel) und einem speziellen phänotypischen Merkmal nur zufällig vorliegt
<b>Kontrollgen</b>	Gen, das über seine Genprodukte die Genaktivitäten steuert
<b>Kopienzahlvariationen</b>	Individuelle Unterschiede in der Anzahl von Wiederholungen gewisser Sequenzabschnitte an bestimmten Orten im Genom (engl. <i>copy number variants</i> )
<b>Letal</b>	Zum Tod führend; Veränderungen des Erbguts werden als letal bezeichnet, wenn sie zu Fehlgeburten führen
<b>Locus-Heterogenität</b>	Liegt vor, wenn ein gleicher (oder ähnlicher) Phänotyp durch Mutationen auf verschiedenen Genorten (lat. <i>locus</i> ) verursacht oder mitverursacht sein kann
<b>Marfan-Syndrom</b>	Autosomal dominant vererbte fehlerhafte Struktur des Bindegewebes des Körpers, mit je nach Fall geringfügigen bis schweren Symptomen der Stabilität von Körperorganen
<b>Medizinische Indikation</b>	Bezeichnet den Grund, der die Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens hinreichend medizinisch rechtfertigt, mithin indiziert; eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch liegt dann vor, wenn eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter befürchtet wird
<b>Metabolisches Syndrom</b>	Multifaktoriell bedingte Erkrankung, bei der die vier Stoffwechselstörungen erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, erhöhter Blutzucker und Übergewicht gleichzeitig auftreten
<b>Methylierung</b>	Anfügen einer Methylgruppe an die DNA, die deren Lesbarkeit beeinflussen kann
<b>Microarray</b>	Siehe DNA-Chips
<b>Molekulargenetische Analyse</b>	Untersuchungsverfahren, das der Ermittlung von Details der Nukleotidsequenz einer DNA oder RNA oder der Aminosäuresequenz eines Proteins dient
<b>Monogen</b>	Ausbildung eines Merkmals, wenn sie auf den Einfluss eines einzelnen Gens zurückzuführen ist
<b>Monosomie</b>	Chromosomenstörung, bei der nur eines der zwei homologen Chromosomen im Genom vorliegt



<b>mRNA</b>	Auch Boten-RNA genannt (engl. <i>messenger RNA</i> ); primäres Ablesungsprodukt der DNA, das als Zwischenstation für die Proteinsynthese dient
<b>Mukoviszidose (zystische Fibrose)</b>	Autosomal rezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung, die zu einer Fehlfunktion exokriner Drüsen führt und dadurch Funktionsstörungen in verschiedenen Organen verursachen kann
<b>Multifaktoriell bedingte Krankheiten</b>	Krankheiten, zu deren Auslösung es neben erblich bedingten Faktoren auch zusätzlicher Faktoren der Umwelt und/oder der Lebensführung bedarf
<b>Muskeldystrophie Duchenne</b>	X-chromosomal rezessiv vererbte, meist tödlich verlaufende Erkrankung, die zu Muskelschwäche und Muskelschwund führt
<b>Mutation</b>	Zufällige Änderung der genetischen Information an einem Genort
<b>Nebenbefund</b>	Aus Überschussinformationen generierter, über den medizinischen Zweck einer konkretem genetischen Untersuchung hinausgehender Befund
<b>Neonatal</b>	Neugeborenen; Zeit unmittelbar nach der Geburt bis zum 28. Lebenstag eines Menschen
<b>Neugeborenen-Screening</b>	Reihenuntersuchung auf bestimmte genetische Merkmale bei Neugeborenen
<b>Next generation sequencing</b>	Hochdurchsatz-Methoden der DNA-Sequenzierung
<b>Nichtinvasive pränatale Genodiagnostik</b>	Vorgeburtliche Untersuchungen, die nicht in den Körper der Mutter oder des Kindes eingreifen
<b>Nukleotide</b>	Grundbausteine der Nukleinsäuren DNA und RNA
<b>Numerische Chromosomenstörung</b>	Siehe Aneuploidie
<b>Nutrigenomik</b>	Einfluss genetischer Faktoren auf die Verwertung von Nahrungsmitteln
<b>Oligogen</b>	Merkmal, das durch einige wenige Gene verursacht wird
<b>Oligonukleotid</b>	Ein DNA- oder RNA-Molekül, das aus wenigen Nukleotiden aufgebaut ist; wird bei molekularbiologischen Untersuchungen häufig zum Auffinden einer komplementären DNA- oder RNA-Sequenz verwendet
<b>Oligonukleotid-Hybridisierung</b>	Gentechnisches Verfahren, das in einer Zell- oder Gewebeprobe den Nachweis eines in seiner Sequenz bekannten kurzen DNA-Bruchstücks ermöglicht
<b>Onkogene</b>	Krebsfördernde Gene

<b>Panel-Diagnostik</b>	Analyseverfahren, bei dem nach einer potenziell sehr großen Anzahl von verschiedenen Genvarianten an beliebig zahlreichen, aber stets vorgegebenen Genorten gesucht wird
<b>Pathogen</b>	Krankheiten hervorrufend
<b>Penetranz</b>	Bezeichnet den Prozentsatz von Trägern eines bestimmten Genotyps, die auch tatsächlich den mit dem Genotyp assoziierten Phänotyp aufweisen; verminderte Penetranz: Bezieht sich auf die Intensität der Ausprägung bestimmter genetisch verursachter Merkmale zwischen verschiedenen Individuen, wobei ein Teil der Individuen des gleichen Genotyps die erwartete Merkmalsform nicht zeigt
<b>Personalisierte Medizin</b>	Konzept zur Differenzierung von Patientenkollektiven zum Zwecke differenzierter Therapie, die eine für alle Patienten gleich angebotene allgemeine Standardtherapie ersetzen soll, wobei sich die Diagnose und Therapie an genetischen und nicht genetischen Biomarkern ausrichtet
<b>Phänotyp</b>	Ist das auf der genetischen Grundlage durch epigenetische Prozesse gebildete gesamte Erscheinungsbild des Menschen; gekennzeichnet durch anatomische, physiologische, biochemische und psychische Merkmale; als Phänotyp kann man im genetischen Kontext auch einzelne Eigenschaften (z. B. Augenfarbe) charakterisieren
<b>Pharmakogenetik</b>	Medizinisch-genetische Analyse, die sich auf die Feststellung von Genvarianten in Genen richtet, die für die Wirkung oder den Abbau von Medikamenten zuständig sind
<b>Phenylketonurie</b>	Häufigste autosomal rezessiv vererbte Stoffwechselerkrankung, die zu schweren geistigen Entwicklungsstörungen führen kann
<b>Polygen</b>	Bestimmung des Phänotyps durch mehrere Gene
<b>Polymerase-Kettenreaktion</b>	Methode, mit deren Hilfe einzelne DNA-Fragmente vervielfältigt und so der Analyse zugänglich werden (engl. <i>polymerase chain reaction</i> )
<b>Polymorphismus</b>	Das Auftreten von zwei oder mehreren Allelen an einem Genort in einer Population
<b>Polysomie</b>	Chromosomenstörung, bei der für ein bestimmtes Chromosom im Genom mehr als zwei Kopien vorliegen
<b>Prädiktive genetische Diagnostik</b>	Genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer erst zukünftig auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung oder einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen,

<b>PraenaTest</b>	Von der Firma Lifecodexx angebotener Test, bei dem Bruchstücke fetaler DNA aus dem mütterlichen Blut untersucht werden
<b>Präimplantationsdiagnostik</b>	Verfahren zur genetischen Untersuchung künstlich erzeugter Embryonen noch vor der Übertragung in den Uterus
<b>Präkonzeptionell</b>	Vor der Befruchtung
<b>Pränataldiagnostik</b>	Medizinische Untersuchungen des Ungeborenen während der Schwangerschaft, auch um Erkrankungen oder Schädigungen des ungeborenen Kindes erkennen zu können
<b>Prävalenz</b>	Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt; relativer Anteil der Merkmalsträger in der Stichprobe
<b>Prognostische Diagnostik</b>	Vorhersagend über den zu erwartenden Krankheitsverlauf
<b>Proteomik</b>	Erforschung der Gesamtheit der in einer Zelle, einem Gewebe oder einem Organismus zu einem bestimmten Zeitpunkt vorliegenden Proteine
<b>Punktmutation</b>	Genmutation, bei der ein Nukleotid und sein Partner im komplementären DNA-Strang durch ein anderes Nukleotidpaar ersetzt werden
<b>Retinitis pigmentosa</b>	Erkrankung der Netzhaut, die durch Mutationen an verschiedenen Genorten verursacht werden kann; führt zu Nachtblindheit, grauem Star und anderen Sehbehinderungen
<b>Rezessiv</b>	Erbgang, bei dem Merkmale nur dann zur Ausprägung kommen, wenn sie auf beiden homologen Chromosomen vorliegen
<b>RNA</b>	Ribonukleinsäure; dient in der menschlichen Zelle als Informationsträger bei der Umsetzung genetischer Informationen in ein Protein
<b>Screening</b>	(1) Bezeichnung für eine Untersuchung, die als Reihenuntersuchung systematisch der gesamten Bevölkerung oder bestimmten Personengruppen in der gesamten Bevölkerung angeboten wird, ohne dass bei der jeweiligen betroffenen Person notwendigerweise Grund zu der Annahme besteht, sie habe diejenigen Eigenschaften, deren Vorhandensein mit der Untersuchung geklärt werden soll  (2) Umfassende Untersuchung eines einzelnen Menschen zur Identifizierung potenziell relevanter Merkmale bei unspezifischen Symptomen oder unspezifischem Risiko

<b>Sensitivität</b>	Maß für die technische Güte eines Tests; ein genetischer Test ist zu 100 Prozent sensitiv, wenn er jeden Merkmalsträger erfasst
<b>Sequenzierung</b>	Bestimmung der Reihenfolge der vier Grundbausteine (Adenin, Cytosin, Guanin, Thymin) der DNA
<b>Somatische Mutation</b>	Mutation, die eine Körperzelle (somatische Zellen) betrifft
<b>Spätmanifestierende Erkrankung</b>	Erkrankung, die erst im Erwachsenenalter ausbricht
<b>Spezifität</b>	Maß für die technische Güte eines Tests; ein genetischer Test ist zu 100 Prozent spezifisch, wenn er nur Merkmalsträger und keinen Nicht-Merkmalsträger anzeigt
<b>Syndrom</b>	In der Medizin eine Bezeichnung für eine Gruppe von zusammenhängenden Krankheitszeichen (Symptomen), die charakteristisch für ein Krankheitsbild sind und deren Entstehung unbekannt ist
<b>Systembiologie</b>	neue Forschungsrichtung, die mithilfe der Bioinformatik versucht, umfangreiche Datenmengen aus verschiedenen biologischen Ebenen zu verknüpfen und genetische Informationen somit kontextgebunden zu analysieren, um den biologischen Organismus in der Gesamtheit zu beschreiben
<b>Transkription</b>	Umschreibung des 4-Buchstaben-Text der DNA in einen 4-Buchstaben-Text der RNA zwecks Herstellung eines Proteinmoleküls; auf sie folgt die Translation
<b>Transkriptom</b>	Gesamtheit der RNA-Moleküle, also aller von DNA in RNA umgeschriebenen Gene einer Zelle oder eines Gewebes zu einem bestimmten Zeitpunkt
<b>Translation</b>	Prozess der Umschreibung des 4-Buchstaben-Textes der RNA in ein 20-Buchstaben-Alphabet von Proteinbausteinen (Aminosäuren) für die Herstellung eines Proteinmoleküls; sie folgt bei der Genexpression auf die Transkription
<b>Translokation</b>	Verlagerung eines chromosomalen Segments auf ein anderes (nicht homologes) Chromosom
<b>Trimenon</b>	Erstes Schwangerschaftstrimester; medizinisch als der Zeitraum der ersten 12 Wochen ab dem ersten Tag der letzten Monatsblutung definiert
<b>Triple-Test</b>	Pränatale Untersuchungsmethode, mit der anhand des Hormonspiegels des mütterlichen Blutes versucht wird, Rückschlüsse auf Erkrankungen und Behinderungen des Kindes zu ziehen
<b>Trisomie</b>	Vorliegen eines bestimmten Chromosoms in dreifacher statt in doppelter Form

Trisomie 13: Numerische Chromosomenstörung, bei der das 13. Chromosom in dreifacher Ausführung vorhanden ist, was zu einer schweren Entwicklungsstörung mit schweren Organfehlbildungen und einer geringen Lebenserwartung führt

Trisomie 18: Numerische Chromosomenstörung, bei der das 18. Chromosom in dreifacher Ausführung vorhanden ist, was zu einer schweren Entwicklungsstörung mit vielfältigen körperlichen Besonderheiten und einer Sterblichkeit in den ersten Jahren nach der Geburt führt

Trisomie 21 (auch: Down-Syndrom): Numerische Chromosomenstörung, bei der das 21. Chromosom in dreifacher Ausführung vorhanden ist

<b>Tumorsuppressor-gene</b>	Krebshemmende Gene, deren Genprodukte die Entstehung von Tumoren, durch Unterdrückung unkontrollierter Teilung genomisch geschädigter Zellen, verhindern können; Mutationen in diesen Genen führen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Tumorbildung
<b>Überschuss-information</b>	Bei einer genetischen Analyse anfallende Informationen, die für die konkrete Fragestellung der Untersuchung nicht benötigt werden oder unerwartet oder unerwünscht anfallen.
<b>X-chromosomaler Erbgang</b>	Erbgang, bei dem das Merkmal auf dem X-Chromosom liegt, also geschlechtsgebunden vererbt wird



## Die Mitglieder des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. med. Christiane Woopen (Vorsitzende)  
Wolf-Michael Catenhusen, Staatssekretär a. D. (Stellv. Vorsitzender)  
Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Stellv. Vorsitzender)  
Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz (Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Katrin Amunts  
Constanze Angerer, Präsidentin a. D. des Landgerichts München I  
Prof. Dr. med. Frank Emmrich  
Dr. med. Christiane Fischer  
Prof. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic.phil. Carl Friedrich Gethmann  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heinemann  
Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling  
Prof. Dr. theol. Dr. h. c. Wolfgang Huber, Bischof a. D.  
Dr. (TR) Dr. phil. İlhan İlkilic  
Prof. Dr. med. Leo Latasch  
Weihbischof Dr. theol. Dr. rer. pol. Anton Losinger  
Prof. Dr. iur. Reinhard Merkel  
Herbert Mertin, Justizminister a. D. des Landes Rheinland-Pfalz  
Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel  
Dr. phil. Peter Radtke  
Ulrike Riedel, Rechtsanwältin, Staatssekretärin a. D.  
Prof. em. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig, Bundesminister a. D.  
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff  
Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen  
Prof. Dr. iur. Silja Vöneky  
Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann  
Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Wunder

### Externer Experte

Prof. Dr. med. Jens Reich  
(Ratsmitglied bis 10. April 2012, danach Mitarbeit als externer Experte)

## Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)  
Dr. theol. Katrin Bentele  
Carola Böhm  
Ulrike Florian  
Petra Hohmann  
Torsten Kulick  
Theresia Rohde  
Dr. Nora Schultz  
Dr. rer. nat. Jana Wolf

## Presse

# 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland

Seite teilen



## Pressemitteilung Nr. 228 vom 25. Juni 2018



WIESBADEN – Zum Jahresende 2017 lebten rund 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, waren das rund 151 000 oder 2,0 % mehr als am Jahresende 2015. 2017 waren somit 9,4 % der gesamten Bevölkerung in Deutschland schwerbehindert. Etwas mehr als die Hälfte (51 %) waren Männer, 49 % waren Frauen. Als schwerbehindert gelten Personen, denen die Versorgungsämter einen Grad der Behinderung von mindestens 50 zuerkannt sowie einen gültigen Ausweis ausgehändigt haben.

Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf:

So war circa ein Drittel (34 %) der schwerbehinderten Menschen 75 Jahre und älter. 44 % gehörten der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. 2 % waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Mit 88 % wurde der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht. 3 % der Behinderungen waren angeboren beziehungsweise traten im ersten Lebensjahr auf. Nur 1 % der Behinderungen war auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen. Die übrigen Ursachen summieren sich auf 7 %.

Körperliche Behinderungen hatten 59 % der schwerbehinderten Menschen. Bei 25 % waren die inneren Organe beziehungsweise Organsysteme betroffen. Bei 12 % waren Arme und/oder Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 11 % Wirbelsäule und Rumpf. In 5 % der Fälle lag Blindheit beziehungsweise eine Sehbehinderung vor. 4 % litten unter Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Der Verlust einer oder beider Brüste war bei 2 % Grund für die Schwerbehinderung.

Geistige oder seelische Behinderungen hatten insgesamt 13 % der Fälle, zerebrale Störungen 9 % der Fälle. Bei den übrigen Personen (19 %) war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen.

Bei knapp einem Viertel der schwerbehinderten Menschen (23 %) war vom Versorgungsamt der höchste Grad der Behinderung von 100 festgestellt worden. 33 % wiesen einen Behinderungsgrad von 50 auf.

Detaillierte Informationen zur Statistik der schwerbehinderten Menschen können über die [Tabellen Schwerbehinderte \(22711\)](#) in der Datenbank GENESIS-Online abgerufen werden. Weitere Gliederungen finden sich auch im Informationssystem der [Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#).





## Weiterführende Themen



The men



Methoden



Service



Über uns

[← ZURÜCK ZU: START SEITE](#)

Seite teilen



### Unsere Themen

[Themen](#)

[Presse](#)

[Über uns](#)

[Methoden](#)

[Service](#)

### Kontakt

Statistisches Bundesamt  
Gustav-Stresemann-Ring 11  
65189 Wiesbaden

[ZUM KONTAKTFORMULAR](#)

### Folgen Sie uns!



[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[Inhaltsverzeichnis](#)

[Barrierefreiheit](#)

©  Statistisches Bundesamt (Destatis) | 2020

---

# Nichtinvasive Pränataldiagnostik

---

Ein evangelischer Beitrag  
zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung  
Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD



Evangelische Kirche  
in Deutschland



# Nichtinvasive Pränataldiagnostik

Ein evangelischer Beitrag  
zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung

Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD

Herausgeber  
Evangelische Kirche in Deutschland (EKD)  
Herrenhäuser Str. 12 | 30419 Hannover  
[www.ekd.de](http://www.ekd.de)  
Oktober 2018

Bestellung: [versand@ekd.de](mailto:versand@ekd.de)  
Download: [www.ekd.de/publikationen](http://www.ekd.de/publikationen)  
Satz: Büro Schroeder, Hannover  
klimaneutral auf 100% Recyclingpapier gedruckt

**INFO SERVICE**  
Evangelische Kirche

 **0800 - 50 40 60 2**

 **info@ekd.de**

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	6
<b>Aufgabe und Zielrichtung des Beitrags</b>	9
<b>1. Freiheit und Verantwortung</b>	15
<b>2. Nichtinvasive Pränataltests – Chancen und Risiken</b>	17
<b>3. Grundlagen der ethischen Urteilsbildung</b>	20
<b>4. Individuelle Entscheidungen und normativer Rahmen</b>	22
<b>5. Auswirkungen der NIPD auf das Handeln werdender Eltern</b>	23
<b>6. Einbindung der NIPD in einen gesellschaftlichen Ordnungsrahmen</b>	25
<b>7. Die Freiheit zum Nicht-Wissen</b>	27
<b>8. Einbettung in einen gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext</b>	29
<b>9. Lebensschutz und Menschenwürde</b>	33
<b>10. Elternschaft im Beziehungsgefüge von Gesellschaft, Glauben und ungeborenem Leben</b>	35
<b>Glossar</b>	37
<b>Anmerkungen</b>	39
<b>Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD</b>	42

## Vorwort

Die Mittel und Möglichkeiten moderner Medizin weiten sich ständig aus. Diagnostische und therapeutische Verfahren haben eine Tiefe und Genauigkeit erlangt, die für vorangegangene Generationen unerreichbar schienen. Die Leistungen der Medizin und die Heilkunst von Ärztinnen und Ärzten kommen vielen kranken und leidenden Menschen zugute. Dafür sind wir sehr dankbar! Mit den Möglichkeiten aber wächst auch der Sinn für die Ambivalenzen: Ist eigentlich alles, was möglich ist, auch gut und förderlich? Nicht nur, aber vor allem mit Blick auf den Zugriff auf das menschliche Leben an seinem Anfang und seinem Ende stellen sich Fragen. Die leidenschaftlichen Debatten etwa um den »assistierten Suizid« oder auch gegenwärtig wieder um den Schwangerschaftsabbruch und den § 219a des Strafgesetzbuches machen deutlich, wie hoch hier der Bedarf und die Notwendigkeit zu Austausch und auch Auseinandersetzung ist. Dabei geht es niemals nur um fachliche oder technische Fragen. So wichtig eine nüchterne, faktenbasierte Bewertung neuer Methoden oder Medikamente ist – hinter diesen Fragen melden sich immer auch die moralischen Grundfragen der persönlichen Lebensführung und des gesellschaftlichen Zusammenlebens.

Im Falle der Nichtinvasiven Pränataldiagnostik (NIPD) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der eine Aufnahme dieser genetischen Bluttests in die Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen hat, selbst eine solche umfassende gesellschaftliche Debatte um die ethischen Fragen angemahnt. Machen wir uns deutlich, worum es hier geht: Die Frage ist, ob die flächendeckende Einführung von genetischen Bluttests bei Risikoschwangerschaften dazu führen kann, dass Kinder mit Beeinträchtigungen, insbesondere mit Trisomien, künftig nicht mehr geboren werden. Wäre dann mit der Entscheidung für die Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) auch eine Entscheidung für eine Gesellschaft ohne Kinder mit Trisomien verbunden? Wie aber wäre dies mit dem Schutz des ungeborenen Lebens und mit den Verpflichtungen der UN-Behindertenkonvention vereinbar? Spürbar ist, dass hier sehr drängende Fragen im Raum stehen, die auch die Grundlagen unserer liberalen rechtsstaatlichen Ordnung betreffen.

Der Rat der EKD hatte die Kammer für Öffentliche Verantwortung gebeten, zur Frage einer evangelischen Position in dieser gesellschaftlichen Debatte eine Stellungnahme zu erarbeiten. Ich danke der Kammer und besonders ihrem Vorsitzenden Prof. Dr. Reiner Anselm für den hier vorgelegten Beitrag. Die Kammer hat ihren Beitrag bewusst mit einer doppelten Zielrichtung versehen: Er ist positionell, insofern er eine klare Empfehlung in der anstehenden politischen Entscheidung abgibt. Und er ist diskursiv, insofern er Argumente einführt, abwägt und so zu einer eigenverantwortlichen ethischen Urteilsbildung anleiten und ermutigen will.

Der Rat der EKD hat sich in seiner Sitzung am 26. Mai 2018 diese Empfehlung der Kammer und ihre ethische Reflexion zu eigen gemacht. Die Kammer empfiehlt grundsätzlich, die Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) aufgrund ihres für die schwangere Frau und das ungeborene Kind erheblich schonenderen Charakters in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen. Diese zustimmende Empfehlung ist allerdings daran geknüpft, dass eine neue psychosoziale, dem Lebensschutz verpflichtete Beratung eingeführt wird, die schwangere Frauen und Paare darin begleitet, eine individuell verantwortete Entscheidung darüber zu fällen, ob sie den genetischen Bluttest durchführen wollen und in der Lage sind, die sich daraus etwa ergebenden Folgen zu tragen. Ohne eine solche Beratung erscheint die Einführung der NIPT als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung der Kammer und dem Rat der EKD nicht als zustimmungsfähig.

In dieser konditionierten Zustimmung zu den NIPT im Rahmen eines gesellschaftlich verankerten Beratungskonzeptes zeigt sich: Die verantwortliche Selbstbestimmung der betroffenen Menschen wird für die evangelische Kirche immer besonderes Gewicht haben – ebenso aber auch der Blick auf die Würde des ungeborenen Kindes, das geliebtes Geschöpf des gnädigen Gottes ist. Diese besondere Perspektive des christlichen Glaubens ist auch, so unsere Überzeugung, tief verankert in den moralischen



und rechtlichen Grundlagen unseres Gemeinwesens und reicht damit in ihrer Bedeutung über den Kreis der Christinnen und Christen hinaus. Die hier vorgelegten evangelischen Impulse verstehen wir in diesem Sinne als einen Beitrag in den nun anstehenden öffentlichen Debatten um Nichtinvasive Pränataldiagnostik – und darüber hinaus um den künftigen Umgang mit dem ungeborenen Leben insgesamt.

*Hannover, im Oktober 2018*

A handwritten signature in black ink, reading "Heinrich Bedford-Strohm". The signature is written in a cursive, flowing style.

**Dr. Heinrich Bedford-Strohm**

*Landesbischof*

*Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*

## Aufgabe und Zielrichtung des Beitrags

### **Nichtinvasive Pränataldiagnostik sollte nur in einem verlässlichen Rahmen psychosozialer und ethischer Beratung angeboten und durchgeführt werden.**

Im August 2016 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)<sup>1</sup> ein Methodenbewertungsverfahren eingeleitet, auf dessen Grundlage darüber entschieden werden soll, ob in Zukunft bei Risikoschwangerschaften Blutuntersuchungen der Mutter zur Feststellung von autosomalen Trisomien (Trisomie 21, 18, 13) bei Föten von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) finanziert werden sollen. Diese Tests sind seit 2012 in Deutschland zugelassen, müssen jedoch in der Regel privat bezahlt werden. Dem G-BA ist bewusst, dass in dieser Entscheidung mehr zur Debatte steht als nur die Frage nach dem diagnostischen Nutzen, der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit dieses Verfahrens: Eine Finanzierung durch die solidarische Krankenversicherung könnte die Nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD)<sup>2</sup> in der frühen Schwangerschaft zur Routine werden lassen, zumal diese Methode auch das Fehlgeburtsrisiko vermeidet, welches mit dem bisherigen invasiven Vorgehen einherging.

Das Methodenbewertungsverfahren sollte nach der Intention des G-BA daher bewusst Raum geben für eine breitere gesellschaftliche Debatte über die Konsequenzen einer Aufnahme der NIPD in die Regelversorgung. Denn der damit verbundene Übergang von einer ausschließlich individuell verantworteten und finanzierten zu einer durch die Solidargemeinschaft getragenen Praxis könnte deutliche Veränderungen im Umgang mit dem ungeborenen Kind mit sich bringen.

---

Das Anliegen, die Entscheidung über die Aufnahme der NIPD bei Risikoschwangerschaften in den Leistungskatalog der GKV mit einer breiten gesellschaftlichen Debatte zu verbinden, wird von der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) ausdrücklich begrüßt.

---

In ihren Augen haben die Nichtinvasiven Pränataltests zwar durchaus das Potenzial, die Wahrnehmung von Schwangerschaft, den Blick auf das ungeborene Kind sowie, allgemeiner, den Umgang mit der Unverfügbarkeit der jeweils genetischen Ausstat-

tung tiefgreifend zu verändern. Diese Einschätzung negiert aber nicht die positiven Seiten dieser Tests. Sie können – trotz manch bleibender Unsicherheiten – in vielen Fällen Informationen vermitteln, die von den schwangeren Frauen und ihren Partnern als hilfreich empfunden werden. Diesen Vorzügen steht jedoch die Sorge gegenüber, dass diese neue Form der pränatalen genetischen Diagnostik zu weitreichenden Verschiebungen im gesellschaftlichen Wertgefüge führen könnte. Solche Konsequenzen könnten die Chancen und die durchaus auch vorhandenen positiven Möglichkeiten der Pränataldiagnostik grundsätzlich infrage stellen. Darum ist darauf zu achten, dass deren Einsatz im Rahmen der durch die GKV vorgesehenen Leistungen nicht mit den Grundlagen einer am Schutz der Grundrechte jedes Einzelnen – und zwar auch der des ungeborenen Kindes – orientierten Gesellschaft unvereinbar ist. Dies wäre dann der Fall, wenn durch den verbreiteten Einsatz der NIPD die Entscheidung für oder gegen das ungeborene Kind nicht mehr auf der Grundlage eines unauflösbaren persönlichen Konfliktes getroffen würde, sondern zunehmend unter äußerem Druck erfolgte. Dabei wäre es irrelevant, ob solcher Druck objektiv – z. B. sozial oder ökonomisch – bedingt ist oder eher subjektiv empfunden.

---

Unvereinbar mit unserer liberalen Rechtsordnung und den mit ihr verbundenen Werten wäre es auch, wenn der verbreitete Einsatz der NIPD schrittweise dazu führte, dass einer ganzen Gruppe von ungeborenen Menschen mit bestimmten Eigenschaften (z. B. mit Trisomie 21) das Recht auf Leben verwehrt würde.

---

Der hier im Auftrag des Rates der EKD vorgelegte Beitrag nimmt die Anregung des G-BA auf, eine breitere gesellschaftliche Debatte zu führen. Er ist zu verstehen als ein Beitrag in der Diskussion über den gesellschaftlichen Wandel, der sich durch die neuen Möglichkeiten der NIPD ergibt. Er nimmt seinen Ausgangspunkt bei den durch das Methodenbewertungsverfahren des G-BA aufgeworfenen Fragen, lässt sich aber ohne Weiteres auf die in den letzten Jahren stark ausgeweitete Praxis der Pränataldiagnostik insgesamt übertragen.

Das Ziel dieser Stellungnahme ist es, Orientierung für die ethische Urteilsbildung und die politische Gestaltung angesichts der Möglichkeiten pränataler Diagnostik zu geben. Sie thematisiert aber auch den gesellschaftlichen und nicht zuletzt den politischen und rechtlichen Rahmen, innerhalb dessen eine solche Entscheidungsfindung erfolgt.

Zugleich fragt sie nach den Bedingungen, die für eine freie und verantwortliche Entscheidung notwendig sind.

---

Rechtspolitisch zielt diese Stellungnahme der EKD darauf, zusätzlich zur ärztlichen Aufklärung und Beratung im Rahmen der Pränataldiagnostik eine eigenständige ethisch und psychosozial orientierte Beratung zu etablieren.

---

Analog zur Schwangerenkonfliktberatung soll allen Schwangeren eine Beratung zur Verfügung stehen, die durch Beratungsstellen mit ethisch geschultem Personal erbracht wird und die dem Schutz des Lebens ebenso dient wie der Aufgabe, die schwangere Frau auf dem Weg zu einer gut abgewogenen Entscheidung zu begleiten. Ein entsprechendes Angebot sollte daher in den Katalog der bei Schwangerschaft und Mutterschaft vorgesehenen Leistungen aufgenommen werden. § 24c SGB V<sup>3</sup> (Sozialgesetzbuch) wäre insoweit um eine Beratung im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pränataldiagnostik zu ergänzen, die ethische und psychosoziale Aspekte umfasst – und zwar ausdrücklich unabhängig von ihrer konkreten Inanspruchnahme und der schon jetzt in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehenen Beratung gemäß § 2a Abs. 1 SchKG<sup>4</sup> (Schwangerschaftskonfliktgesetz).

---

Da sich die im Rahmen der Schwangerenvorsorge aufgeworfenen ethischen Fragen nicht nur für die NIPD stellen, plädiert die EKD dafür, die angesprochene ethische Beratung in jedem Fall in die bei Schwangerschaft und Mutterschaftsvorsorge vorgesehenen Leistungen aufzunehmen – unabhängig von der Frage, ob die NIPD Bestandteil der Regelfinanzierung durch die GKV wird.

---

Die rechtspolitische Forderung, eine ethische Beratung in die für schwangere Frauen vorgesehenen Leistungen aufzunehmen, steht für die EKD im Zusammenhang der Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), zu deren Bedeutung für die evangelischen Kirchen sich der Rat der EKD bereits 2014 umfassend geäußert hat.<sup>5</sup> Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert ausdrücklich dazu auf, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und Vorurteile oder schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen zu bekämpfen.<sup>6</sup> Im Zentrum solcher Maßnahmen im Blick auf die Pränataldiagnostik sollen dabei die Stärkung der individuellen Entscheidungsfähigkeit und die Schärfung des Gewissens stehen. Zugleich ist die EKD davon überzeugt, dass von der Einrichtung einer entsprechenden solidarisch finanzierten Beratungspraxis auch ein Signal zur gesellschaftlichen Meinungsbildung ausgehen wird.

Die Frage, welche Methoden der Pränataldiagnostik angewandt werden, erscheint in dieser Perspektive zweitrangig.

---

Wenn die NIPD die Möglichkeit bietet, ebenso zuverlässige Informationen bei einem niedrigeren Risiko für die Schwangere und das Ungeborene zu erhalten, lassen sich durchaus Argumente dafür benennen, diese Form der Pränataldiagnostik den bisher üblichen invasiven Methoden vorzuziehen und sie in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen.

---

Das gilt nicht nur in einer medizinischen, sondern auch in einer sozialetischen Betrachtungsweise: Im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Schwangeren und ihrer

physischen und psychischen Integrität, dem Lebensschutz des Ungeborenen und dem Gebot der Nichtdiskriminierung geborener Menschen mit Behinderungen treffen stets individuelle und gesellschaftliche Aspekte zusammen. Denn auch wenn die Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik, für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch immer eine individuelle sein muss und sein wird, liegt doch das Umfeld, in dem diese Entscheidung getroffen werden muss und getroffen wird, in politischer und letztlich gesamtgesellschaftlicher Verantwortung. Aus Sicht dieser Stellungnahme sollte die Entscheidung für oder gegen Pränataldiagnostik weder von der Methode der Untersuchung noch von der Frage der Finanzierung abhängig gemacht werden.

---

**Inbesondere sollte vermieden werden, die Pränataldiagnostik der ökonomischen Logik und den Regularien des Marktes auszuliefern, wie es derzeit bereits in der durchaus verharmlosenden Werbung für die privat zu finanzierenden NIPTs geschieht.**

---

Demgegenüber plädiert diese Stellungnahme dafür, den Einsatz der NIPTs strikt an einen medizinisch und ethisch beschriebenen Rahmen zu binden und die Tests in die gesellschaftlich verantwortete Schwangerschaftsvorsorge einzubinden – in ihre Finanzierung, ihre Durchführung und auch ihre Regulierung. Die Kombination von Kostenübernahme durch die GKV und dem Angebot einer umfassenden qualifizierten ethischen Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge soll schwangere Frauen dazu motivieren, die entsprechenden Beratungsangebote auch tatsächlich in Anspruch zu nehmen und nicht nach finanziell günstigeren Angeboten zu suchen – sei es über Angebote im Direct-to-Consumer-Vertrieb im Internet oder im Ausland. Dass dafür auch die Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärztinnen und Ärzten sowie den Kostenträgern nötig ist, die die Möglichkeiten der Beratung kommunizieren müssen, versteht sich von selbst.

Der folgende Beitrag ist aus evangelischer Perspektive heraus formuliert und will diese Perspektive in die gesellschaftlichen Debatten einbringen. Der christliche Glaube begreift den Schutz des individuellen Lebens, seiner Freiheit und seiner Unverfügbarkeit, auch die Anerkennung und Annahme seiner Zerbrechlichkeit und Ge-

brochenheit sowie die Aufforderung zum verantwortlichen Handeln als Konsequenz des Glaubens an den Gott, den Christinnen und Christen als Schöpfer, Versöhner und Erlöser der Welt bekennen. Der Beitrag bezieht sich auf ein grundlegendes Verständnis menschlicher Lebensführung im Horizont medizinethischer Herausforderungen, wie es von der Kammer für öffentliche Verantwortung wiederholt zum Ausdruck gebracht wurde – zuletzt in der umfangreichen Stellungnahme „Im Geist der Liebe mit dem Leben umgehen“ aus dem Jahr 2002.<sup>7</sup>

# 1. Freiheit und Verantwortung

**Christliche Lebensführung ist durch das Zusammenspiel von Freiheit und Verantwortung gekennzeichnet: Christinnen und Christen sehen in der Freiheit eine Gabe, die sie mit Gott und den Mitmenschen verbindet und beiden gegenüber in die Verantwortung ruft.**

Nach dem Bekenntnis des christlichen Glaubens ist der Mensch ein zum Bild Gottes geschaffenes Wesen. Diese Geschöpflichkeit markiert den Raum des menschlichen Lebens, dessen Eckpunkte Freiheit und Verantwortung sind.

---

Die mit seiner Geschöpflichkeit gegebene unverlierbare Würde des Menschen wurzelt nach christlichem Verständnis nicht in bestimmten Eigenschaften des Menschen, sondern resultiert aus Anerkennungsverhältnissen: Für Christinnen und Christen wurzelt die Anerkennung in der schöpferischen Liebe Gottes, die allen zwischenmenschlichen Beziehungen zugrunde liegt und vorausgeht.

---

Nach christlichem Verständnis verleiht sie jedem Menschen eine unveräußerliche Würde und lässt ihm im Glauben die Gnade zuteilwerden. Diese Gnade befähigt zu einem Leben aus Freiheit. Sie verpflichtet aber auch dazu, im Anderen ein Geschöpf Gottes zu sehen. Die bedingungslose Annahme des Menschen durch Gott spiegelt sich daher nach christlicher Überzeugung in der Anerkennung, die wir uns gegenseitig als Menschen schulden. Zu dieser Anerkennung gehört, dem anderen Menschen die Freiheit zu einer eigenständigen, selbstbestimmten Lebensführung zu gewähren. Zu ihr gehört es aber auch, Verantwortung für den anderen Menschen zu übernehmen. Christliche Freiheit meint nicht Beliebigkeit, sondern empfangene und verantwortete Freiheit. Umgekehrt stellt christliche Verantwortung keine Bevormundung dar, sondern Zuwendung, die dem Anderen ein Leben in Freiheit ermöglicht.

Menschliches Leben ist ein Leben in Beziehungen. Herausgefordert wird die Freiheit der Lebensführung immer dort, wo die eigenen Entscheidungen unmittelbare Auswirkungen auf andere zeigen. Herausgefordert ist sie aber auch da, wo – aus welchen



Gründen auch immer – das Recht des Einzelnen, sich eigene Ziele zu setzen und den eigenen Überzeugungen zu folgen, infrage gestellt wird.

Diese Freiheit der Lebensführung beinhaltet grundsätzlich auch die Freiheit, selbst darüber zu entscheiden, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchen Lebensformen Menschen Kinder bekommen wollen. Die Spielräume für das eigene Handeln, aber auch die Fragen, auf die eigene Antworten gefunden werden müssen, sind durch die Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin und der pränatalen Diagnostik größer geworden. Schon deren bloße Verfügbarkeit nötigt Paare und vor allem schwangere Frauen heute dazu, sich zu diesen Möglichkeiten zu verhalten. Deutlich ist aber auch, dass mit der Freiheit die Notwendigkeit einhergeht, die eigenen Entscheidungen zu verantworten – vor sich selbst und dem ungeborenen Kind, den Mitmenschen und, in christlicher Perspektive, vor Gott. Wenn Christinnen und Christen davon sprechen, dass sie ihr Leben und ihre Entscheidungen in letzter Konsequenz vor Gott verantworten müssen, dann drückt das genau jenen Respekt vor der Unverfügbarkeit des Lebens und der Unvertretbarkeit eigener Entscheidungen aus, die auch in der Rede von der Geschöpflichkeit des Menschen zur Sprache kommen. Zu dieser Geschöpflichkeit gehört dann allerdings auch, dass Menschen in der ernsthaften Wahrnehmung ihrer Verantwortung zu sehr unterschiedlichen individuellen Entscheidungen gelangen können.

## 2. Nichtinvasive Pränataltests – Chancen und Risiken

### **Die Entwicklung der NIPD birgt das Potenzial zu einer grundsätzlichen Verschiebung in der Inanspruchnahme der pränatalen genetischen Diagnostik.**

Methoden der pränatalen genetischen Diagnostik sind seit mehr als 30 Jahren fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Sie werden beim Vorliegen bestimmter medizinischer Befunde – Alter der schwangeren Frau, familiäre Erkrankungsrisiken oder subjektiv empfundene psychosoziale Belastungen – eingesetzt. Dabei werden primär Chromosomenstörungen untersucht, autosomale Trisomien 21, 18 und 13 sowie Veränderungen der Geschlechtschromosomenanzahl. Menschen mit autosomalen Trisomien haben verschiedene Fehlbildungen und Erkrankungen sowie eine verkürzte Lebenszeit, insbesondere ausgeprägt bei Trisomie 18 und 13. Der Überlebenszeitraum von Lebendgeborenen mit Trisomie 13 und 18 beträgt in der Regel nur wenige Tage bis Wochen, sodass die Notwendigkeit einer Abwägung zwischen den Risiken der Geburt und dem Lebensrecht des ungeborenen Kindes auch medizinisch gegeben sein kann. Im Fall von Trisomie 21 hingegen stehen in der Regel die sozialen und psychischen Folgen des Lebens mit einem behinderten Kind im Vordergrund.

Allerdings sind die gängigen invasiven Verfahren im zweiten Schwangerschaftsdrittel mit einem Fehlgeburtsrisiko verbunden, weshalb eine sorgsame Abwägung über deren Einsatz erforderlich ist. Bei den NIPTs, die bereits jetzt als Ergänzung zum Erst-Trimester-Screening (ETS) angeboten werden, entfällt das Risiko der Fehlgeburt und es wird bei unauffälligem Befund eine invasive Diagnostik vermieden. Bei Vorliegen eines auffälligen Befundes wird wegen der Unsicherheit des Testergebnisses derzeit weiterhin eine anschließende invasive Diagnostik zur sicheren Abklärung empfohlen.

Die abschließende Bewertung<sup>8</sup> der NIPTs durch das vom G-BA beauftragte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)<sup>9</sup> hält fest, dass die Sensitivität und die Spezifität der NIPD zur Erkennung einer Trisomie 21 sehr hoch ist. Bei Trisomie 13 und 18 ist die Datenlage unklar, vermutlich aber liegt die Erkennungsrate deutlich niedriger. Vor diesem Hintergrund lassen sich die Konsequenzen nur schwierig abschätzen, auch weil keine belastbaren Daten über die derzeitige Inanspruchnahme pränataler Diagnostik in Deutschland vorliegen. Überschätzungen und Verzerrungen werden aufgrund der Studienlage als möglich angesehen.

---

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass unabhängig davon, ob man die NIPD als Erstlinien- oder Zweitlinienstrategie wählt – ob man also den Test bei allen Schwangerschaften oder nur im Fall einer diagnostizierten Risikoschwangerschaft durchführt –, die Zahl invasiver Untersuchungen verringert werden würde.

---

Dabei wird der Begriff der „Risikoschwangerschaft“ vom IQWiG nicht abschließend definiert, sondern auf die bisher übliche Praxis anamnestischer und diagnostischer Merkmale verwiesen. Wie stark die Verringerung invasiver Untersuchungen ausfällt, lässt sich allerdings auf der Grundlage bisheriger Daten nicht sicher sagen. Denn zum einen liegen eben nur für Trisomie 21, nicht aber für Trisomie 13 und 18 belastbare Daten vor, zum anderen ist die Möglichkeit falscher positiver Befunde zu berücksichtigen – das Szenario also, bei dem nach einem auffälligen Befund des NIPTs zur endgültigen Abklärung eine invasive Untersuchung durchgeführt wird. Für die ethische Bewertung ist trotz aller Unsicherheiten in den konkreten Auswirkungen festzuhalten, dass die Ergebnisse des IQWiG keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Nachfrage nach den NIPTs aufgrund der unsicheren Datenlage und einer daraus etwa zu schließenden mangelnden Zuverlässigkeit sinken könnte – jedenfalls nicht, wenn es vorrangig um den Ausschluss von Trisomie 21 geht.

Eine weitere für die ethische Beurteilung relevante Verschiebung könnte sich aus der geringeren Eingriffstiefe der NIPTs ergeben: Da diese nur eine Blutentnahme der Schwangeren voraussetzen, ist es denkbar, dass es – ungeachtet der bestehenden rechtlichen Regelungen – zu einer Entkoppelung des Zusammenhangs zwischen der ärztlichen Schwangerenvorsorge und der Durchführung genetischer Tests kommt. Die Möglichkeit, eigenständig eine Testung des ungeborenen Kindes auf eventuelle Anomalien in Auftrag zu geben, besteht bereits heute und könnte durchaus zu einer Privatisierung der NIPD führen. Denn die entsprechenden Tests können ohne große Zugangshürden online bestellt werden, sodass die Vorschriften des Gendiagnostik-Gesetzes hier nicht greifen: Dieses Gesetz kommt erst und nur im Rahmen einer vom Arzt eingeleiteten Untersuchung zur Anwendung.

---

Aus der Möglichkeit, ohne Fehlgeburtsrisiko und ohne ärztliche Untersuchung auf pränatale Diagnostik zugreifen zu können, sowie der damit einhergehenden Privatisierung der Testung und Befundmitteilung ergibt sich das besondere Potenzial der NIPTs, das zu einer grundlegenden Verschiebung im Umgang mit dem Wissen über das Ungeborene führen könnte: Erst einmal etabliert, könnte sich das Portfolio der über die NIPTs erhobenen Informationen schnell erweitern und die Möglichkeit früher Selektion eröffnen.

---

Die Sensitivität der Tests ist so hoch, dass Ergebnisse bereits vor Ablauf der Zwölf-Wochen-Frist für einen Schwangerschaftsabbruch bei psychosozialer Notlage vorliegen können und die schwangere Frau Selektionsgründe wie etwa das Geschlecht des ungeborenen Kindes nicht offenlegen müsste.

## 3. Grundlagen der ethischen Urteilsbildung

**Die Verschiebungen, die mit der NIPD einhergehen könnten, lösen einen intuitiven sittlichen Widerspruch aus, der als solcher Anerkennung finden muss.**

Der Gedanke, dass die Testung eines Embryos auf bestimmte Anomalien oder gar bestimmte Eigenschaften zum Regelfall werden könnte und damit mutmaßlich auch eine nicht gesellschaftlich oder politisch geplante, sondern auf individuellen Entscheidungen von werdenden Eltern beruhende, eugenische Tendenz motiviert, stößt bei vielen Menschen intuitiv auf sittlichen Widerspruch. Denn auch wenn jede einzelne Entscheidung, die daraus folgt, sich ein Leben mit einem behinderten Kind nicht ohne schwere seelische, körperliche oder soziale Einschränkung vorstellen zu können, zu respektieren sein wird, ist zu fragen:

---

Wird hier nicht ein Weg eingeschlagen, der die Solidarität mit nicht perfektem Leben infrage zu stellen bereit ist? Wird unsere Gesellschaft als Ganze nicht ärmer, wenn die Vielfalt menschlichen Lebens gezielt durch normative Unterscheidungen von angeblich nicht lebenswertem von lebenswertem Leben eingeengt wird?

---

Ist es richtig, die Vielzahl verschiedener Gesichter, Fähigkeiten und Möglichkeiten, Veranlagungen und Lebensperspektiven einzuschränken, darunter auch diejenigen von Menschen mit besonderer genetischer Veranlagung? Und rührten eugenische Tendenzen nicht am Fundament des Selbstverständnisses des Menschen als freie, individuelle Persönlichkeit, deren So-Sein unverfügbar gegeben und eben nicht intentional hergestellt ist? Diese Unverfügbarkeit ist es, die Christinnen und Christen damit verbinden, sich als Geschöpf Gottes zu verstehen.

Dieser Widerspruch lässt sich nicht durch die Tatsache entkräften, dass wir uns in unserer Existenz auch dem intentionalen Handeln unserer Eltern verdanken und dass die Bereitschaft, sich als Gesellschaft für die Bedürfnisse der Schwächeren zu engagieren und beträchtliche Ressourcen für die Inklusion aufzuwenden, eher zu- als abgenommen hat.

Die Einschätzung, hier könnte sich ein gesellschaftliches Klima verändern, verbindet sich auch mit starken individuellen Überzeugungen, nicht zuletzt mit starken Glaubensüberzeugungen. Gerade deshalb ist diese sittliche Intuition anzuerkennen, insbesondere dann, wenn der Eindruck besteht, es komme nicht nur zu einer Infragestellung der Solidarität, sondern auch zur gesellschaftlichen Erwartung, nur die Kinder auszutragen, die der gesellschaftlichen Norm entsprechen. Es gilt jedoch, weiterhin die Faktenlage im Blick zu behalten und mit der sittlichen Intuition abzugleichen.

In diesem Zusammenhang muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass der angesprochene intuitive Widerspruch zwar eine gesellschaftliche Debatte anstoßen kann, es aber schwerfallen dürfte, auf der Grundlage dieser sittlichen Intuition allgemeinverbindliche normative Konsequenzen anzustreben: Denn zum einen können solche Befürchtungen kaum eine belastbare Grundlage dafür liefern, den Einsatz der NIPD und der pränatalen genetischen Diagnostik insgesamt zu limitieren oder gar zu untersagen – wie übrigens im Umkehrschluss auch das intuitive Bedürfnis nach pränataler genetischer Diagnostik noch nicht deren solidarische Finanzierung legitimiert. Zum anderen lassen sich gesellschaftliche Verschiebungen zwar analysieren und auch diskutieren, sie aber über normative Vorgaben steuern zu wollen, erscheint nur in höchst eingeschränktem Maße möglich, wenn gesellschaftliche Trends und ein tief greifender Mentalitätswandel dem entgegenstehen. Und schließlich gilt auch hier, dass wohl abgewogen sein will, wo durch die Sorge vor einer Zwang ausübenden Verschiebung der gesellschaftlichen Grundüberzeugungen und dem Versuch diesem Zwang gegenzusteuern selbst ein gesellschaftliches Klima moralischer Bevormundung erzeugt wird.

---

Allerdings wird eine dem Lebensschutz verpflichtete Gesellschaft werdenden Eltern die, unter Umständen auch als Zumutung erfahrene, Konfrontation nicht ersparen können, über ein Beratungsangebot die eigene Entscheidung zu überprüfen.

---

## 4. Individuelle Entscheidungen und normativer Rahmen

**Bei der Diskussion über die Auswirkungen der NIPD sowie auch allgemein der pränatalen genetischen Diagnostik auf die Gesellschaft darf nicht übersehen werden, dass die konkreten ethischen Konflikte unmittelbar bei den Handlungsoptionen der betroffenen Paare und insbesondere der schwangeren Frauen auftreten und sich auch mögliche normative Regelungen genau auf diese Optionen auswirken. Der Umgang mit pränataler genetischer Diagnostik und NIPD muss zwischen dem Respekt vor Optionen des Handelns und normativen Regelungen eine angemessene Balance wahren.**

Konflikte im Rahmen der pränatalen Diagnostik haben existenziellen Charakter – unabhängig davon, welche Verfahren angewendet werden. Sie treffen werdende Eltern, in erster Linie schwangere Frauen, unmittelbar in ihrer Lebensplanung und in der Wahrnehmung ihrer eigenen Rolle, ihrer eigenen Zukunft und – nicht zuletzt – ihres eigenen Körpers. Diese existenzielle, höchstpersönliche Dimension des Konflikts ist ernst zu nehmen.

---

Denn so sehr Einzelne immer eingebunden sind in ein soziales Umfeld: Die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik, wie auch die Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch, muss letztlich von der schwangeren Frau bzw. den werdenden Eltern selbst getroffen werden.

---

Die derzeit gültige Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch sieht vor, dass die Rechtsgemeinschaft am Schutz des ungeborenen Kindes festhält. Sie setzt sich über die Konfliktberatung und sozialpolitische Unterstützungsmaßnahmen auch selbst für diesen Schutz ein. Gleichzeitig aber wird der schwangeren Frau nicht die Pflicht auferlegt, ein Kind auch dann auszutragen, wenn ihr das in Blick auf ihre gegenwärtige und zukünftige Situation unzumutbar erscheint. Dies erfordert eine sensible Balance zwischen gesellschaftlichen Normvorstellungen auf der einen Seite sowie dem Respekt vor der existenziellen Situation der Einzelnen auf der anderen Seite. Es ist dringend geboten, auch im Blick auf die Pränataldiagnostik nach einer Balance zwischen diesen beiden Polen zu suchen.

## 5. Auswirkungen der NIPD auf das Handeln werdender Eltern

**Die Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik kann werdende Mütter und Väter in die Lage bringen, sich angesichts eines auffälligen Ergebnisses dieser Diagnostik für oder gegen das Leben mit einem behinderten Kind entscheiden zu müssen.**

Das grundsätzliche Ziel der Schwangerenvorsorge besteht in der frühzeitigen Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Damit einher geht die Entwicklung von präventiven und teilweise kurativen Strategien, mit denen ein für Mutter und Kind bestmöglicher Verlauf von Schwangerschaft und Geburt ermöglicht werden soll. Werdende Eltern nehmen die pränatale genetische Diagnostik primär deshalb in Anspruch, weil sie sich die Gewissheit wünschen, dass ihr Kind ohne Fehlbildungen oder Erkrankungen, insbesondere ohne autosomale Trisomien, geboren wird. Lassen sich diese aufgrund der Untersuchungsbefunde nicht ausschließen, stellt sich für die schwangeren Frauen die Frage, ob sie auch unter diesen Umständen bereit sind, das in ihrem Körper heranwachsende Kind auszutragen. Das bedeutet zugleich, dass die Frage nach einem möglichen Schwangerschaftsabbruch eng mit der Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik verbunden ist.

Dieser Zusammenhang weist zugleich darauf hin, dass das subjektiv empfundene und das objektiv feststellbare Risiko bei einer Schwangerschaft nicht deckungsgleich sein müssen, möglicherweise auch nicht deckungsgleich sein können. Die Perspektive der schwangeren Frau kann nur von ihr selbst eingenommen werden, ebenso wie die entsprechenden Entscheidungen zur Inanspruchnahme pränataler Diagnostik nur von ihr getroffen werden können. Das bedeutet auch, dass die Klassifikation einer Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft nie nur aufgrund medizinischer Faktoren getroffen werden kann, sondern immer auch subjektive Faktoren mit einbeziehen muss.

Dieser Sachverhalt entspricht dem Respekt vor der Freiheit und dem Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frau, gleichzeitig aber weist jede Schwangerschaft und damit eben auch jeder pränataldiagnostische Befund über deren Perspektive hinaus: Hier ist das ungeborene Kind mitbetroffen, sodass die schwangere Frau nicht nur eine Entscheidung über ihre eigenen Vorstellungen, sondern möglicherweise auch über das Leben des sich entwickelnden Kindes treffen muss.



---

Wird die genetische Diagnostik durch die NIPTs zum Regelbestandteil der Schwangerschaftsvorsorge bei Risikoschwangerschaften, so ist angesichts des derzeitigen Umgangs mit der pränatalen Diagnostik zu erwarten, dass auch der Schwangerschaftsabbruch beim Vorliegen eines auffälligen genetischen Untersuchungsbefunds zur Regel wird.

---

Die im Internet angebotenen Tests lassen die mögliche Konsequenz eines Schwangerschaftskonflikts grundsätzlich unerwähnt, ja, sie verschleiern diese Konsequenz mit Beschreibungen der Test als „ungefährlich“, „risikolos“, „schonend“ und „sicher“. Zudem wird verdeckt, dass die Ratio einer möglichst frühen Testung im Rahmen der NIPD darauf zielt, eventuelle Abbrüche unter den für die ersten zwölf Wochen geltenden Regeln durchzuführen und dadurch einer möglichen rechtlichen Regulierung für Schwangerschaftsabbrüche nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund zu entgehen.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach dem derzeit geltenden Recht gemäß § 218a Abs. 2 StGB nicht rechtswidrig, wenn

*„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.“*

Allerdings ist unbestreitbar, dass auch ein solcher nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch das Lebensrecht des ungeborenen Kindes negiert. Die schweren inneren Konflikte, vor die sich betroffene Paare und vor allem schwangere Frauen immer wieder gestellt sehen, resultieren aus diesem Sachverhalt.

## 6. Einbindung der NIPD in einen gesellschaftlichen Ordnungsrahmen

**Aufgrund der weitreichenden Auswirkungen, die mit der Inanspruchnahme pränataler genetischer Diagnostik verbunden sind, ist ein gesellschaftlicher Ordnungsrahmen zu schaffen, der fundierte, reflektierte und verantwortliche Entscheidungen ermöglicht.**

Aufgrund der Konflikte, in die werdende Eltern geraten können, sollte die Möglichkeit pränataler genetischer Tests in jedem Fall mit einer umfassenden Aufklärung und Beratung verbunden sein, die über die medizinischen Aspekte hinaus auch die psychosoziale und ethische Dimension umfasst. Dazu erscheint es unabdingbar, dass diese Beratung zusätzlich und unabhängig von der ärztlichen Versorgung erfolgt. Denn das Wissen um die genetischen Eigenschaften des ungeborenen Kindes verlangt bei Vorliegen eines auffälligen Untersuchungsbefundes unausweichlich eine Entscheidung der werdenden Eltern über die Konsequenzen, die aus diesem Wissen zu ziehen sind. Da sich diese Entscheidung im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs unmittelbar auf das Lebensrecht des sich entwickelnden Kindes auswirkt, ist es notwendig, diese Perspektive in der individuellen Urteilsbildung mit zu berücksichtigen. Zwar darf nicht von vornherein unterstellt werden, dass eine Inanspruchnahme pränataldiagnostischer genetischer Untersuchungen unreflektiert und in Unkenntnis der möglichen Konsequenzen erfolgt.

---

Dennoch erscheint es geboten, darauf hinzuwirken, dass der Zusammenhang zwischen qualifizierter medizinischer Aufklärung, psychosozialer Beratung und genetischer Untersuchung in möglichst allen Fällen gewahrt bleibt. Das geltende Recht ist in dieser Hinsicht weiterzuentwickeln.

---

Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang von Aufklärung und Inanspruchnahme durch die Verfügbarkeit der NIPTs im Direct-to-Consumer-Verfahren über das Internet aufgebrochen werden könnte, insbesondere dann, wenn entsprechende Tests im Ausland durchgeführt werden. Es erscheint ungeachtet des Respekts vor der Privatsphäre der werdenden Eltern wünschenswert, dass die Übermittlung der Ergebnisse der Diagnostik in jedem Fall eingebettet bleibt in einen Gesprächskontext, in dem die Konsequenzen dieses Ergebnisses umfassend erwogen werden können.

## 7. Die Freiheit zum Nicht-Wissen

**Die Möglichkeit, sich auch gegen die Inanspruchnahme von pränataler genetischer Diagnostik entscheiden zu können, ohne negative gesellschaftliche Konsequenzen fürchten zu müssen, ist als eine gleichberechtigte Option zur Geltung zu bringen.**

Der Wunsch, über die genetische Disposition des ungeborenen Kindes Bescheid zu wissen, ist nachvollziehbar und lässt sich grundsätzlich ethisch rechtfertigen. Ebenso legitim ist es aber auch, über ein solches Wissen nicht verfügen zu wollen. Ob die eine oder die andere Möglichkeit die richtige ist, kann letztlich nur von den unmittelbar Betroffenen selbst entschieden werden. Die Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht der werdenden Eltern, das schon in der grundsätzlichen Entscheidung für oder gegen ein eigenes Kind im Vorfeld der Schwangerschaft zum Ausdruck kommt, schließt auch das Recht auf Nichtwissen ein. Freiheit und das Recht auf Selbstbestimmung begründen aber auch eine Verpflichtung zur Entscheidung. Diese Verpflichtung mag als Belastung empfunden werden, sie begründet jedoch gerade die besondere Stellung und die besondere Verantwortung der werdenden Eltern gegenüber dem ungeborenen Kind. Diese Verantwortung gilt für beide Elternteile, auch wenn werdende Mütter von diesen Entscheidungen besonders betroffen sind. Seitens der Gesellschaft ist dieser nicht an andere übertragbare Charakter der Entscheidung nicht nur zu respektieren und rechtlich zu garantieren, sondern es ist darüber hinaus den werdenden Eltern zu vermitteln, dass sie allein über die Inanspruchnahme oder die Ablehnung pränataler genetischer Diagnostik entscheiden können.

---

Es ist eine Bringschuld seitens der Gesellschaft, Bedingungen zu schaffen, unter denen die schwangere Frau ihre Freiheit realisieren kann, pränatale genetische Diagnostik ohne negative Konsequenzen ablehnen zu können.

---

Auch dies lässt es geboten erscheinen, die pränatale genetische Diagnostik in einen gesellschaftlich verantworteten und garantierten, qualifizierten Beratungskontext einzubetten. Das Eintreten für die Freiheit, pränatale genetische Diagnostik ablehnen zu können, muss jedoch auch einhergehen mit dem Verzicht auf eventuelle Schadensersatzansprüche gegenüber den behandelnden Ärztinnen und Ärzten.

## 8. Einbettung in einen gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext

**Die effektive und verlässliche Einbettung der pränatalen genetischen Diagnostik in einen öffentlich garantierten und gesellschaftlich verantworteten Beratungskontext wird am besten durch das Angebot von NIPD für Frauen mit einer Risikoschwangerschaft im Rahmen der Schwangerenvorsorge sichergestellt.**

Angesichts der Möglichkeit, im Direct-to-Consumer-Verfahren auf die NIPTs zuzugreifen und damit – wie bereits beschrieben – den Zusammenhang zwischen Beratung und Diagnostik aufzukündigen, erscheint es notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, den Zusammenhang von pränataler genetischer Diagnostik und einer unterstützenden Beratung sicherzustellen, welche die Konsequenzen einer Entscheidung für die Inanspruchnahme der Diagnostik berücksichtigt. Dabei sollte vorrangig auf Anreize auf der Angebotsseite, nicht aber auf Verbote gesetzt werden – auch deswegen, weil es nicht möglich und auch nicht vertretbar erscheint, Schwangeren das diagnostische Potenzial der NIPD vorzuenthalten.

---

Dementsprechend wird hier vorgeschlagen, dass eine umfassende, auch die ethischen Problemlagen aufnehmende Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik, insbesondere der pränatalen genetischen Diagnostik, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden soll.

---

In dieser Beratung sollen auch die möglichen Folgen und Konflikte, die mit der Pränataldiagnostik und einem möglichen auffälligen Ergebnis verbunden sein können, angesprochen und reflektiert werden. Die Leistungen der GKV sollten auch den Rahmen für eine kontinuierliche Evaluierung und Qualitätssicherung dieser Beratung sicherstellen, für deren Finanzierung ebenfalls zu sorgen wäre. Eine solche Regelfinanzierung einer ethischen Beratung böte dann auch den Rahmen, um die NIPD, wie auch die anderen bereits praktizierten Methoden der Pränatalen Diagnostik, im Rahmen der nach § 24b II SGB V bzw. § 24c vorgesehenen Leistungen für alle gesetzlich Versicherten beim Vorliegen einer Risikoschwangerschaft zugänglich zu machen. Wann eine solche Risikoschwangerschaft vorliegt, ist dabei im Sinne des oben ausgeführten

Zusammenspiels zwischen subjektiven und objektiven Faktoren zu definieren, wobei der betroffenen Frau das letzte Entscheidungsrecht zukommen sollte.

---

Besonders zu betonen ist aber, dass die Forderung, die angesprochene ethische Beratung in die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach § 24 c SGB V aufzunehmen, unabhängig von der Entscheidung über die Aufnahme der NIPD in die Regelfinanzierung zu sehen ist.

---

Eine umfassende Beratung bildet allerdings die Voraussetzung dafür, dass eine solche Aufnahme ethisch vertreten werden kann.

Die Möglichkeit von NIPD sollte jedoch auf den Ausschluss autosomaler Trisomien bei Risikoschwangerschaften begrenzt bleiben, also auf den Anwendungsbereich, der durch das Prüfungsverfahren des G-BA untersucht wurde. Wo die NIPD eine Möglichkeit bietet, die Fehlgeburtsrisiken invasiver Methoden der Pränataldiagnostik zu vermeiden, ist es nicht vertretbar, diese Diagnostik schwangeren Frauen im Rahmen der gesetzlichen Krankversicherung grundsätzlich vorzuenthalten.

---

Zudem erscheint es wünschenswert, die NIPTs der Logik des Marktes zu entziehen, die sich nicht zuletzt in der bereits angesprochenen Werbung für die entsprechenden Tests zeigt.

---

Hier werden nur die Vorzüge, nicht aber die Probleme und ethischen Dilemmata, die aus ihrer Anwendung resultieren können, thematisiert. Auch wenn durch diese Regelung der Direct-to-consumer-Vertrieb und die offensive Vermarktung von NIPD tendenziell bereits weniger attraktiv sein dürfte, ist dennoch parallel nach angemessenen und effektiven Wegen zu suchen, diesen Vertriebskanal zu regulieren, durch den der notwendige Zusammenhang von Beratung und Durchführung pränataler genetischer Diagnostik zerstört werden kann.

---

Angesichts der Tragweite von Entscheidungen im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik sowie der Notwendigkeit, die Nicht-Inanspruchnahme als gleichberechtigte Option darzustellen, wird es dabei von entscheidender Bedeutung sein, dass in der Folge der oben angesprochenen Leistungsergänzungen in der Mutterschaftsvorsorge ausreichende Ressourcen für die Weiterentwicklung von Beratungsangeboten aufgewendet werden.

---

Denn im Hinblick auf die derzeitige Beratungspraxis, deren normativer Rahmen durch das Gendiagnostikgesetz, das Schwangerschaftskonfliktgesetz sowie die ärztliche Berufsordnung gegeben ist, ist sehr zu bezweifeln, dass die derzeit geforderte Qualifikation der ärztlichen Beraterinnen und Berater für den hier gebotenen Schutzauftrag tatsächlich ausreichend ist. Daher ist die derzeitige Praxis der Beratung im Zusammenhang insbesondere mit der pränatalen genetischen Diagnostik weiterzuentwickeln. Es sollte, wie eingangs bereits erwähnt, eine flächendeckende, leicht zugängliche Beratung zu ethischen und psychosozialen Aspekten der Pränataldiagnostik vorgehalten werden, deren Finanzierung im Rahmen der Leistungen bei Schwangerschaft durch die gesetzlichen Krankenversicherungen erfolgt. Bei einer solchen Beratung sollen die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik grundsätzlich offen thematisiert werden, ohne die werdenden Eltern moralisch zu bevormunden. Dieser Aufgabe kann nur entsprochen werden, wenn diese Beratung durch eigene, entsprechend zertifizierte Beratungsstellen geleistet wird, wie sie im Rahmen der Beratungspflicht gemäß § 218a Abs. 1<sup>10</sup> sowie § 219 StGB<sup>11</sup> etabliert worden sind.

---

Gerade die Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft und die evangelischen Beratungsstellen sind hier gefordert, innovative und kooperative Beratungsmodelle zu entwickeln.

---



Aus christlicher Sicht – und entsprechend der Vorgaben der §§ 5ff SchKG<sup>12</sup> – sollte diese den Lebensschutz thematisieren, aber auch die existenzielle Situation der Schwangeren und ihrer Partner im Blick haben. Eine solche, auf den Schutz des Lebens zielende Beratung könnte zugleich als ein der deutschen Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch entsprechender Weg zur Umsetzung der Verpflichtungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention fungieren. Diese Art von Beratung würde auch zum Ausdruck zu bringen, dass die Rechtsgemeinschaft nicht nur für den Schutz des Lebens einsteht, sondern sich gemäß Art. 8 UN-BRK dazu verpflichtet hat, den vorurteilsfreien, nichtdiskriminierenden Umgang mit Behinderten zu fördern,<sup>13</sup> gleichermaßen aber auch das Recht und die Nöte der betroffenen schwangeren Frauen und Paare achtet.<sup>14</sup> Eine solche Beratung ist anspruchsvoll und bedarf hoher professioneller Standards. In ihr ist das Leben mit einem behinderten Kind in all seinen Facetten zu thematisieren – vorurteilsfrei, aber auch ohne Beschönigungen. Sowohl die Unterstützungsmöglichkeiten als auch die Nöte und Lasten einer entsprechenden Elternschaft sollten zur Sprache kommen. Die Entscheidung kann dann auch darin bestehen, eine Schwangerschaft abubrechen – im Wissen darum, dem ungeborenen Kind gegenüber schuldig zu werden. Christliche Beratung wird bei Schwangerschaftsabbrüchen immer auch die gebotene seelsorgliche Dimension berücksichtigen.

## 9. Lebensschutz und Menschenwürde

**Durch die Verbindung von psychosozialer, auf den Schutz des Lebens abzielender Beratung und dem Angebot der NIPD als Bestandteil der Regelversorgung soll und muss dem Eindruck entgegengetreten werden, bei der Pränataldiagnostik handele es sich um eine nicht nur erlaubte, sondern sogar sozial erwünschte Praxis, mit dem Ziel, die Geburt von Kindern mit bestimmten Merkmalen, in der Regel autosomalen Trisomien, zu verhindern.**

Es ist nicht zu leugnen, dass es in der Folge medizinischer Entwicklungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer allmählichen Verschiebung im Umgang mit Geburt und Elternschaft gekommen ist: Elternschaft ist in einem so bislang noch nicht gekannten Umfang zum Gegenstand der Planung geworden. Diese Verschiebung ist im Wesentlichen für die gestiegene Nachfrage nach Pränataldiagnostik (vor allem nach NIPD) verantwortlich. So gilt es kritisch zu beobachten, ob mit einer Aufnahme der NIPD in die Regelfinanzierung bei Risikoschwangerschaften diese Tendenz weiter verstärkt und auf die erwünschten Eigenschaften des Kindes ausgedehnt wird. Nachdem die Alternative der invasiven Diagnostik bereits seit Längerem Bestandteil der Regelfinanzierung bei Risikoschwangerschaften ist, scheint dies allerdings nicht sehr wahrscheinlich.

In diesem Zusammenhang ist noch ein weiterer Gesichtspunkt zu bedenken: Nachvollziehbar ist das Bestreben derer, die sich für die gesellschaftliche Anerkennung von Menschen mit Beeinträchtigung einsetzen, durch die Zurückweisung der Aufnahme der NIPTs in die Regelversorgung ein Signal gegen eine mögliche Diskriminierung geborener Menschen mit Trisomie zu setzen. Es soll verhindert werden, dass die Pränataldiagnostik dazu führt, Schwangerschaftsabbrüche nach einem auffälligen Befund zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Das widerspräche dem Bekenntnis zu Lebensschutz und gleicher Würde eines jeden Menschen. Dennoch ist fraglich, ob es sich nicht letztlich kontraproduktiv auswirken würde, wenn die Entscheidung gegen eine Aufnahme der NIPD in den Leistungskatalog der GKV fallen würde und der Einsatz dieser für die betroffenen Frauen bzw. Paare schonenderen Diagnostik damit gänzlich in den Bereich des Privaten verlagert werden würde.

Denn die Finanzierung dieser Diagnostik durch die GKV bietet immerhin einen Rahmen, der das Bewusstsein dafür wachhält und schärft, dass solche Maßnahmen nicht einfach Privatsache sind. Vielmehr bleiben sie – in der Inanspruchnahme, der Finanzierung und den zu ziehenden Konsequenzen – eingebettet in einen Kontext gesellschaftlicher Verantwortung, die über die ethische Beratung zum Ausdruck gebracht wird.

---

Diese Einbettung hebt die mit der Pränataldiagnostik verbundenen Dilemmata nicht auf, macht sie aber sichtbar und drängt sie nicht ins Private ab. Kontraproduktiv würde sich aber sicher auch der Versuch auswirken, eine ethische Beratung rechtlich zu erzwingen. Hier stände zudem der Vorwurf im Raum, den betroffenen schwangeren Frauen nicht mit der nötigen Empathie zu begegnen. In diesem Fall würde der Lebensschutz zwar auf der Ebene gesellschaftlicher Verständigung festgehalten, der Zugang zu den Betroffenen allerdings unter Umständen erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht. Damit würden auch die Möglichkeiten verfehlt, sich konkret für die werdenden Eltern ebenso wie die ungeborenen Kinder einzusetzen.

## 10. Elternschaft im Beziehungsgefüge von Gesellschaft, Glauben und ungeborenem Leben

**Verantwortliche Elternschaft steht in evangelischer Perspektive in einem Beziehungsgefüge zwischen den Eltern, dem Ungeborenen, der Gesellschaft und dem Glauben an Gott. Eine Beratung in kirchlicher Verantwortung wird dazu ermutigen, alle Bezugspunkte in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.**

Elternschaft hat immer eine soziale Dimension. Mit dem Entschluss für eigene Nachkommen entscheidet sich ein Paar, die Grenzen der eigenen Identität und des eigenen Lebens zu überschreiten und einem neuen Menschen das Leben zu schenken. Dieser Entschluss begründet eine Beziehung, die sich von allen anderen Beziehungen grundsätzlich unterscheidet: Sie ist unauflöslich. Die Verantwortung für das ungeborene Kind liegt daher zuvörderst bei den Eltern.

---

Der Entschluss zur Elternschaft betrifft jedoch nicht nur die eigene Zukunft, er hat auch Auswirkungen auf die Gesellschaft als Ganze. Es ist daher auch im Sinne des Gemeinwohls, Regelungen zu schaffen, die Eltern und Familien besondere Unterstützung anbieten und das ungeborene Leben schützen.

---

Die soziale Dimension von Elternschaft birgt darüber hinaus noch eine weitere Konsequenz: Es sind immer auch die Auswirkungen der eigenen Entscheidung für andere, gerade auch für die möglicherweise mit Behinderungen geborenen Menschen und die Gesellschaft als Ganze zu bedenken – bei allem Respekt davor, dass gerade auch aus evangelischer Perspektive festzuhalten ist: Die Entscheidung für ein Kind, für die Pränataldiagnostik und auch für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund kann letztlich nur von den Betroffenen selbst, besonders von den betroffenen Frauen, gefällt werden. Insbesondere ist hier darauf hinzuweisen, dass aus der Summe individueller Entscheidungen, die jeweils aus nachvollziehbaren und zumindest subjektiv empfundenen guten Gründen getroffen wurden, eine Tendenz entstehen kann, die insgesamt grundlegende gesellschaftliche Überzeugungen infrage stellt.

Diese – auch in unserer Rechtsordnung verankerte – Überzeugung von der unbedingten Schutzwürdigkeit gerade des auf besondere Fürsorge angewiesenen und besonders verwundbaren ungeborenen Menschen ist tief im christlichen Glauben verankert. Das gesellschaftliche Allgemeine und der universale Horizont des Glaubens kommen in diesem Respekt vor der Würde des Lebens überein. Für evangelische Christinnen und Christen bewegt sich zudem die Lebensform der Familie immer auch im Rahmen der Beziehung, die durch den Gottesglauben begründet ist. Aus diesem Glauben empfangen Christinnen und Christen die Kraft, die unveräußerliche Treue, mit der sie sich von Gott beschenkt wissen, auch im Verhältnis zu den eigenen Kindern zur Geltung zu bringen.

---

Das Bekenntnis zu Jesus Christus, dem Gekreuzigten und Auferstandenen, lehrt eine besondere Achtsamkeit für die Zerbrechlichkeit und Verletzlichkeit des menschlichen Lebens, dessen Würde auch durch Krankheit und Behinderung nicht beeinträchtigt wird.

---

Die Lebensplanungen, Wünsche und Träume gerade werdender Eltern haben ihr tiefes Recht. Und doch werden auch die am weitesten fortgeschrittenen diagnostischen und kurativen Möglichkeiten die Verwundbarkeit des Lebens nicht aus der Welt schaffen. Die Zerbrechlichkeit des Lebens wird erst durch das rettende und vollendende Handeln Gottes überwunden werden.

# Glossar

**Direct-to-Consumer-Verfahren:** Internetbasierter Vertriebsweg von Medikamenten, Diagnostika und Medizinprodukten vom Erzeuger zum Patienten/Kunden außerhalb der üblichen Arzt-Patienten-Beziehung, teilweise auch außerhalb nationaler gesetzlicher Regelungen.

**Erst-Trimester-Screening (ETS):** Vorgeburtliche Untersuchungen in der 11.-13. Schwangerschaftswoche mit Ultraschall (Nackenfaltenmessung) und Bestimmung schwangerschaftstypischer Hormone und Eiweiße, woraus mit weiteren Angaben (u.a. Alter der Schwangeren) ein Wert, insbesondere für das Auftreten einer Trisomie 21 beim Kind berechnet werden kann. Die Kosten der Untersuchungen werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (<https://www.g-ba.de>).

**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):** Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten untersucht. Das IQWiG informiert in Form von wissenschaftlichen Berichten und allgemein verständlichen Gesundheitsinformationen über die Vorteile und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren. (<https://www.iqwig.de/>). Aufträge darf das IQWiG ausschließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) annehmen.

**Nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD):** Umfassender Begriff für alle vorgeburtlichen Untersuchungen, die ohne Risiko für den Fetus bei Schwangeren durchgeführt werden können. Häufig werden darunter ausschließlich pränatale Bluttests fetaler Zellen bei der Schwangeren verstanden.

**Nichtinvasive Pränataltests (NIPT):** NIPTs sind diagnostische Untersuchungen von fetalen Zellen im mütterlichen Blut. Meistens wird auf bestimmte Chromosomen-Abweichungen des Kindes untersucht.

**Preimplantation Genome Diagnostics (PGD) (Präimplantationsdiagnostik (PID):** PGD/PID sind diagnostische genetische Untersuchungen eines Embryos vor seiner Implantation in die Gebärmutter. Sie können bei der künstlichen Befruchtung nach gesetzlicher Regelung angewandt werden.

**Pränatale Diagnostik (PND):** PND umfasst alle potentiell einsetzbaren vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden bei Schwangeren, Embryos und Feten.

### **Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)**

### **Sozialgesetzbuch (SGB)**

### **Strafgesetzbuch (StGB)**

**Trisomien:** Ein Chromosom oder Teile davon liegen dreifach vor. Eine Trisomie des Chromosom 21 ist die Ursache für das Down-Syndrom.

### **Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen / UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)**

# Anmerkungen

- 1 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).
- 2 Im weiteren Text wird unterschieden zwischen Pränataldiagnostik (PND) als umfassender Kategorie, pränataler genetischer Diagnostik im Allgemeinen, Nichtinvasiver genetischer Pränataldiagnostik (NIPD) im Besonderen und Nichtinvasiven Pränataltests (NIPT) als dem Verfahren zur Anwendung der NIPD.
- 3 Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen 1. Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, 2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, 3. Entbindung, 4. Häusliche Pflege, 5. Haushaltshilfe, 6. Mutterschaftsgeld, § 24c SGB V.
- 4 „(1) Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, zu beraten. Die Beratung erfolgt in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.  
(2) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der gemäß § 218b Abs. 1 des Strafgesetzbuchs die schriftliche Feststellung über die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 des Strafgesetzbuchs zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung gemäß § 218b Abs. 1 des Strafgesetzbuchs die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten, über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 zu vermitteln, soweit dies nicht auf Grund des Abs. 1 bereits geschehen ist. Die schriftliche Feststellung darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach der Mitteilung der Diagnose gemäß Abs. 1 Satz 1 oder nach der Beratung gemäß Satz 1 vorgenommen werden. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden.  
(3) Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung der Indikation zu treffen hat, hat bei der schriftlichen Feststellung eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die Beratung und Vermittlung nach den Abs. 1 und 2 oder über den Verzicht darauf einzuholen, nicht aber vor Ablauf der Bedenkzeit nach Abs. 2 Satz 2.“; § 2a SchKG.
- 5 Es ist normal, verschieden zu sein. Inklusion leben in Kirche und Gesellschaft. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), herausgegeben vom Kirchenamt der EKD, Gütersloh 2015, [www.ekd.de/ekd\\_de/ds\\_doc/orientierungshilfe\\_inklusion2105.pdf](http://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/orientierungshilfe_inklusion2105.pdf).



6 Art. 8 UN-BRK: Bewusstseinsbildung

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um
  - a. in der gesamten Gesellschaft, einschließlich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
  - b. Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschließlich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;
  - c. das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.
- (2) Zu den diesbezüglichen Maßnahmen gehören
  - a. die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel,
    - i. die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,
    - ii. eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,
    - iii. die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;
  - b. die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;
  - c. die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;
  - d. die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.
- 7 [www.ekd.de/ekd\\_de/ds\\_doc/ekd\\_text\\_71\\_im\\_geist\\_der\\_liebe\\_mit\\_dem\\_leben\\_umgehen.pdf.pdf](http://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/ekd_text_71_im_geist_der_liebe_mit_dem_leben_umgehen.pdf.pdf). Umfassend behandelt die Frage der Schwangerschaftskonflikte aus evangelischer Perspektive die 2017 neu herausgegebene Broschüre „Mit der Frau, nicht gegen sie“. Schwangerschaftskonfliktberatung, Schwangerenberatung und Sexualpädagogik aus evangelischer Sicht, Düsseldorf 2017; [www.diakonie-rlw.de/sites/default/files/publikationen/2017-06-frau-nicht-gegen-sie.pdf](http://www.diakonie-rlw.de/sites/default/files/publikationen/2017-06-frau-nicht-gegen-sie.pdf).
- 8 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.): Nicht invasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften. IQWiG-Berichte Nr. 623, Berlin 2018. Online unter: [www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html](http://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte-301/nichtmedikamentoese-verfahren/s-projekte/s16-06-nicht-invasive-praenataldiagnostik-zur-bestimmung-des-risikos-autosomaler-trisomien-13-18-und-21-bei-risikoschwangerschaften.7776.html).
- 9 [www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele.2946.html](http://www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele.2946.html).
- 10, „Der Tatbestand des § 218 ist nicht verwirklicht, wenn 1. die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, 2. der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt vorgenommen wird und 3. seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.“
- 11, „(1) Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muß der Frau bewußt sein, daß das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und daß deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in

Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwehren. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.

(2) Die Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen. Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluß der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung nach Maßgabe des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auszustellen. Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist als Berater ausgeschlossen.“

#### **12. „§ 5 Inhalt der Schwangerschaftskonfliktberatung**

(1) Die nach § 219 des Strafgesetzbuches notwendige Beratung ist ergebnisoffen zu führen. Sie geht von der Verantwortung der Frau aus. Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht befehlen oder bevormunden. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens.

#### **§ 8 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen**

Für die Beratung nach den §§ 5 und 6 haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen sicherzustellen. Diese Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung nach § 9. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger sowie Ärztinnen und Ärzte anerkannt werden.

#### **§ 9 Anerkennung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen**

Eine Beratungsstelle darf nur anerkannt werden, wenn sie die Gewähr für eine fachgerechte Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 5 bietet und zur Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 6 in der Lage ist, insbesondere

1. über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal verfügt,
2. sicherstellt, daß zur Durchführung der Beratung erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden kann,
3. mit allen Stellen zusammenarbeitet, die öffentliche und private Hilfen für Mutter und Kind gewähren, und
4. mit keiner Einrichtung, in der Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, derart organisatorisch oder durch wirtschaftliche Interessen verbunden ist, daß hiernach ein materielles Interesse der Beratungseinrichtung an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht auszuschließen ist.“

**13** Dass sich die EKD dieses Ziel explizit zu eigen gemacht hat, ist in der Orientierungshilfe des Rates der EKD „Es ist normal, verschieden zu sein“ von 2014 dokumentiert ([www.ekd.de/ekd\\_de/ds\\_doc/orientierungshilfe\\_inklusion2105.pdf](http://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/orientierungshilfe_inklusion2105.pdf)).

**14** siehe Fußnote 6

# Mitglieder der Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD

Prof. Dr. Reiner Anselm, München (Vorsitzender)

Dr. Anthea Bethge, Neuwied

Michael Brand MdB, Berlin

Regionalbischöfin Susanne Breit-Keßler, München (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. Peter Dabrock, Erlangen

Prof. Dr. Angelika Dörfler-Dierken, Hamburg

Dr. Andrea Dörries, Hannover

Prof. Dr. Christine Gerber, Hamburg

Prof. Dr. Hans-Michael Heinig, Göttingen

Georg Kalinna, Köln

Steffen Kern, Stuttgart

Prof. Dr. Rebekka Klein, Bochum

Dr. Christiane Kohler-Weiß, Stuttgart

Brigitte Lösch MdL, Stuttgart

Prof. Dr. Hans-Richard Reuter, Münster

Prof. Dr. Cornelia Richter, Bonn

Prof. Dr. Gerhard Robbers, Trier

Prof. Dr. Matthias Rogg, Hamburg

Staatsminister Michael Roth MdB, Berlin

Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch, Bremen

Staatsrat a. D. Hans-Peter Strenge, Hamburg

## **Ständige Gäste**

Vizepräsident Dr. Horst Gorski, Hannover

Prälat Dr. Martin Dutzmann, Berlin

Dr. Klára Tarr Cselovszky, Budapest

Präsident Ulrich Lilie, Berlin

## **Geschäftsführung**

OKR Dr. Roger Mielke, Hannover

Die Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD dankt sehr herzlich Herrn Prof. Dr. Gunnar Duttge, Göttingen, für die juristische Beratung.



---

[www.ekd.de](http://www.ekd.de)

---

# **Richtlinien**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)**

in der Fassung vom 10. Dezember 1985  
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986)

zuletzt geändert am 22. März 2019  
veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 27.05.2019 B3  
in Kraft getreten am 28. Mai 2019

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 24c bis § 24f SGB V bzw. § 8 Absatz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1, 28 Absatz 1, 70 Absatz 1 und 73 Absatz 2 SGB V).

### Allgemeines

1. Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (z.B. „Frühe Hilfen“).

Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

2. Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.
3. Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte treffen ihre Maßnahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch Gesetz bestimmten Rahmens. Die Ärzte sollten diese Richtlinien beachten, um den Versicherten und ihren Angehörigen eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung unter Vermeidung entbehrlicher Kosten zukommen zu lassen.
4. Die Maßnahmen nach diesen Richtlinien dürfen nur diejenigen Ärzte ausführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. Sofern ein Arzt Maßnahmen nach Abschnitt A. 6. sowie Einzelmaßnahmen nach Abschnitt B., C. und D. nicht selbst ausführen kann, sollen diese von solchen Ärzten ausgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen.
5. Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, daß für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

6. Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren diagnostischer und vorbeugender Wert ausreichend gesichert ist.
7. Ärztliche Betreuung im Sinne des § 24d SGB V sind solche Maßnahmen, welche der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Abs. 1 SGB V darstellen. Im Einzelnen gehören zu der Betreuung:
  - a) Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft\*) (siehe Abschnitt A.)
  - b) Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften - amnioskopische und kardiokographische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. - (siehe Abschnitt B.)
  - c) Serologische Untersuchungen auf Infektionen
    - z. B. Röteln bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Lues, Hepatitis B,
    - bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen
    - zum Ausschluß einer HIV-Infektion; auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren sowie
    - blutgruppenserologische Untersuchungen während der Schwangerschaft (siehe Abschnitt C.)
  - d) Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe (siehe Abschnitt D.)
  - e) Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin (siehe Abschnitt F.)
  - f) Medikamentöse Maßnahmen und Verordnungen von Verband- und Heilmitteln (siehe Abschnitt G.)
  - g) Aufzeichnungen und Bescheinigungen (siehe Abschnitt H.).

---

\*) Die Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der Schwangerschaft ist Bestandteil der kurativen Versorgung.



### A. Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft

1. Die Schwangere soll in ausreichendem Maße ärztlich untersucht und beraten werden. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung erstrecken. Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Die Testdurchführung erfordert eine Information zum Test und die Einwilligung der Schwangeren. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu dieser Untersuchung ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten“ (Muster siehe Anlage 4) zur Verfügung zu stellen.

Zudem soll die Schwangere über die Impfung gegen saisonale Influenza beraten werden. Gesunden Schwangeren soll diese Impfung ab dem zweiten Trimenon empfohlen werden, Schwangeren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits im ersten Trimenon.

Darüber hinaus soll die Ärztin oder der Arzt in der Schwangerschaft bedarfsgerecht über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind aufklären.

In die ärztliche Beratung sind auch ernährungsmedizinische Empfehlungen als Maßnahme der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Dabei ist insbesondere auf eine ausreichende Jodzufuhr (in der Regel ist eine zusätzliche Zufuhr von 100 bis 200 µg Jodid pro Tag notwendig\*\*) und den Zusammenhang zwischen Ernährung und Kariesrisiko hinzuweisen.

Die Schwangere soll über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) unterrichtet werden.

2. Die erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst frühzeitig erfolgen. Sie umfasst:
  - a) Die Familienanamnese, die Eigenanamnese, die Schwangerschaftsanamnese, die Arbeits- und Sozialanamnese;
  - b) Die Allgemeinuntersuchung, die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion. Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaft-

---

\*\* Dieser Hinweis führt nicht automatisch zur Verordnungsfähigkeit von Jodid.

lichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet. Umfasst sind zudem weitere diagnostische Maßnahmen. Zu diesen gehören:

- Blutdruckmessung,
- Feststellung des Körpergewichts,
- Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
- Hämoglobinbestimmung und – je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) – Zählung der Erythrozyten,
- bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z.B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z.n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege).

3. Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären.

4. Die nachfolgenden Untersuchungen sollen – unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen – im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden und umfassen:

- Blutdruckmessung,
- Gewichtskontrolle,
- Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
- Hämoglobinbestimmung – im Regelfall ab 6. Monat, falls bei Erstuntersuchung normal –; je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g je 100 ml = 70 % Hb) Zählung der Erythrozyten,
- bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege),
- Kontrolle des Stands der Gebärmutter,
- Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,
- Feststellung der Lage des Kindes.

In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im Allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.

5. Im Verlauf der Schwangerschaft soll ein Ultraschallscreening mittels B-Mode-Verfahren angeboten werden. Die Untersuchungen erfolgen in den Schwangerschaftswochen (SSW):
  - 8 + 0 bis 11 + 6 SSW (1. Screening)
  - 18 + 0 bis 21 + 6 SSW (2. Screening)
  - 28 + 0 bis 31 + 6 SSW (3. Screening).

Dieses Ultraschallscreening dient der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft insbesondere mit dem Ziel

- der genauen Bestimmung des Gestationsalters,
- der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten,
- der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen sowie
- dem frühzeitigen Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften.

Der Inhalt des Screenings ist für die jeweiligen Untersuchungszeiträume **in Anlage 1 a** festgelegt.

Vor Durchführung des 1. Ultraschallscreenings ist die Schwangere über Ziele, Inhalte und Grenzen sowie mögliche Folgen der Untersuchung aufzuklären.

Im Anschluss an dieses Gespräch stehen der Schwangeren folgende Optionen für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen im zweiten Trimenon offen:

- a) Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie
- b) Sonografie mit Biometrie und systematische Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierten Untersucher.

Die ärztliche Aufklärung wird unterstützt durch das Merkblatt gemäß Anlage 5.

Ergeben sich aus dem Screening auffällige Befunde, die der Kontrolle durch Ultraschalluntersuchungen mit B-Mode oder gegebenenfalls anderen sonographischen Verfahren bedürfen, sind diese Kontrolluntersuchungen auch außerhalb der vorgegebenen Untersuchungszeiträume Bestandteil des Screenings. Dies gilt insbesondere für Untersuchungen bei den in **Anlage 1 b** aufgeführten Indikationen.

6. Ergibt sich aus den Screening-Untersuchungen - gegebenenfalls einschließlich der Kontrolluntersuchungen - die Notwendigkeit zu einer weiterführenden sonographischen Diagnostik, auch mit anderen sonographischen Verfahren, sind diese Untersuchungen ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge, aber nicht mehr des Screening. Dies gilt auch

für alle weiterführenden sonographischen Untersuchungen, die notwendig werden, den Schwangerschaftsverlauf und die Entwicklung des Feten zu kontrollieren, um gegebenenfalls therapeutische Maßnahmen ergreifen oder geburtshilfliche Konsequenzen ziehen zu können. Die Indikationen hierfür sind in den **Anlagen 1 c** und **1 d** angeführt.

Die Anwendung dopplersonographischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge. Diese Untersuchungen können nur nach Maßgabe der in **Anlage 1 d** aufgeführten Indikationen durchgeführt werden.

Ergibt sich aus sonographischen Untersuchungen die Notwendigkeit zu weiterführender sonographischer Diagnostik durch einen anderen Arzt, sind die relevanten Bilddokumentationen, welche die Indikation zu dieser weiterführenden Diagnostik begründen, diesem Arzt vor der Untersuchung zur Verfügung zu stellen.

7. Untersuchungen nach Nr. 4 können auch von einer Hebamme im Umfang ihrer beruflichen Befugnisse (Blutdruckmessung, Gewichtskontrolle, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Stands der Gebärmutter, Feststellung der Lage des Kindes, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne sowie allgemeine Beratung der Schwangeren) durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert werden, wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen. Die Delegation der Untersuchungen an die Hebamme entbindet den Arzt nicht von der Verpflichtung zur Durchführung der von ihm vorzunehmenden Untersuchungen (soweit erforderlich bakteriologische Urinuntersuchungen z.B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege, Hämoglobinbestimmung, Ultraschalluntersuchung sowie die Untersuchungen bei Risikoschwangerschaft).
8. Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenen Ablauf angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ zur Verfügung zu stellen. Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können.

Screeningablauf:

Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 Schwangerschaftswochen Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration eine Stunde nach oraler Gabe von 50g Glucoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern).

Schwangere mit Blutzuckerwerten größer oder gleich  $\geq 7,5$  mmol/l ( $\geq 135$  mg/dl) und kleiner oder gleich  $\leq 11,1$  mmol/l ( $\leq 200$  mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8 Stunden Nahrungskarenz. Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen. In die Entscheidung über eine nachfolgende Behandlung sind Möglichkeiten zur Risikosenkung durch vermehrte körperliche Betätigung und einer Anpassung der Ernährung einzubeziehen.

Grenzwerte:

Nüchtern:	$\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)
nach 1 Stunde:	$\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl)
nach 2 Stunden:	$\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)

### **Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Die Blutzucker-Bestimmung erfolgt im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik. Das Messergebnis wird als Glukosekonzentration im venösen Plasma angegeben. Dabei sind geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Verfälschungen der Messwerte durch Glykolyse vorzusehen.

Werden zum Screening und zur Erstdiagnostik des Gestationsdiabetes Unit-use-Reagenzien und die entsprechenden Messsysteme in der patientennahen Sofortdiagnostik angewendet, müssen diese nach Herstellerempfehlungen für die ärztliche Anwendung in Diagnose und Screening vorgesehen sein.

Geräte, die lediglich zur Eigenanwendung durch den Patienten bestimmt sind, sind damit ausgeschlossen.

Neben diesen Regelungen zur Qualitätssicherung gelten unverändert die Regelungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Dabei ist insbesondere auf die Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätskontrolle der Messsysteme Teil B1, Abschnitte 2.1.5 und 2.1.6 der genannten Richtlinie der Bundesärztekammer hinzuweisen.

9. Der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik erfolgen. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonographische Untersuchung ein.

### **B. Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten**

1. Risikoschwangerschaften sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist. Dazu zählen insbesondere:

- I. Nach Anamnese
  - a) Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas)
  - b) Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten
  - c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind
  - d) Vorausgegangene Entbindungen von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen
  - e) Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung)
  - f) Komplikationen bei vorangegangenen Entbindungen (z. B. Placenta praevia, vorzeitige Lösung der Placenta, Rißverletzungen, Atonie oder sonstige Nachgeburtsblutungen, Gerinnungsstörungen, Krämpfe, Thromboembolie)
  - g) Erstgebärende unter 18 Jahren oder über 35 Jahre
  - h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende mit mehr als vier Kindern (Gefahren: Genetische Defekte, sog. Placentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).
- II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)
  - a) Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen)
  - b) Anämie unter 10 g/100 ml (g %)
  - c) Diabetes mellitus
  - d) Uterine Blutung
  - e) Blutgruppen-Inkompatibilität (Früherkennung und Prophylaxe des Morbus haemolyticus fetalis bzw. neonatorum)
  - f) Diskrepanz zwischen Uterus- bzw. Kindgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesenkind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom)
  - g) Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz)
  - h) Mehrlinge; pathologische Kindslagen
  - i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin.
  - j) Pyelonephritis

2. Aus Risikoschwangerschaften können sich Risikogeburten entwickeln. Bei folgenden Befunden ist mit einem erhöhten Risiko unter der Geburt zu rechnen:
  - a) Frühgeburt
  - b) Placenta praevia, vorzeitige Placentalösung
  - c) Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege.
3. Bei Risikoschwangerschaften können häufigere als vierwöchentliche Untersuchungen (bis zur 32. Woche) bzw. häufigere als zweiwöchentliche Untersuchungen (in den letzten 8 Schwangerschaftswochen) angezeigt sein.
4. Bei Risikoschwangerschaften können neben den üblichen Untersuchungen noch folgende in Frage kommen:
  - a) Ultraschall-Untersuchungen (Sonographie)  
(Die Voraussetzungen für die Durchführung von zusätzlichen Ultraschall-Untersuchungen bei Risikoschwangerschaften, die über das sonographische Screening hinausgehen, werden im Abschnitt A. Nr. 6 abgehandelt und sind in den Anlagen 1 c und 1 d zu diesen Richtlinien spezifiziert.)
  - b) Tokographische Untersuchungen vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung
  - c) Kardiotokographische Untersuchungen (CTG)  
(Kardiotokographische Untersuchungen können in der Schwangervorsorge nicht routinemäßig durchgeführt werden. Sie sind nur nach Maßgabe des Indikationskataloges nach Anlage 2 der Richtlinien angezeigt)
  - d) Amnioskopien
  - e) Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese
  - f) Transzervikale Gewinnung von Chorionzottengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe
5. Von der Erkennung eines Risikomerkmals ab soll ein Arzt die Betreuung einer Schwangeren nur dann weiterführen, wenn er die Untersuchungen nach Nr. 4. a) bis f) erbringen oder veranlassen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen durchführen kann. Anderenfalls soll er die Schwangere einem Arzt überweisen, der über solche Möglichkeiten verfügt.
6. Der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Entbindungsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, daß die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.

### C. Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft

1. Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe

- a) der TPHA (Treponema-pallidum-Hämagglutinationstest) oder ELISA (Enzyme-linked-immunosorbent-assay) oder TPPA (Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest) als Lues-Suchreaktion (LSR),
- b) gegebenenfalls ein HIV-Test,
- c) die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D,
- d) ein Antikörper-Suchtest (AK)

durchgeführt werden.

Ein Test auf Rötelnantikörper ist bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität erforderlich. Immunität, und damit Schutz vor Röteln-Embryopathie für die bestehende Schwangerschaft ist anzunehmen, wenn der Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen vorliegt oder wenn spezifische Antikörper rechtzeitig vor Eintritt dieser Schwangerschaft nachgewiesen worden sind und dieser Befund ordnungsgemäß dokumentiert worden ist. Der Arzt soll sich solche Befunde vorlegen lassen und sie in den Mutterpass übertragen. Liegen Befunde aus der Vorschwangerschaftszeit vor, die auf Immunität schließen lassen (siehe Abs. 2), so kann von einem Schutz vor einer Röteln-Embryopathie ausgegangen werden.

Liegen entsprechende Befunde nicht vor, so ist der Immunstatus der Schwangeren zu bestimmen. Im serologischen Befund ist wörtlich auszudrücken, ob Immunität angenommen werden kann oder nicht.

Wird Immunität erstmals während der laufenden Schwangerschaft serologisch festgestellt, kann Schutz vor Röteln-Embryopathie nur dann angenommen werden, wenn sich aus der gezielt erhobenen Anamnese keine für die Schwangerschaft relevanten Anhaltspunkte für Röteln-Kontakt oder eine frische Röteln-Infektion ergeben. Der Arzt, der die Schwangere betreut, ist deshalb gehalten, die Anamnese sorgfältig zu erheben und zu dokumentieren. Bei auffälliger Anamnese sind weitere serologische Untersuchungen, ggf. in Absprache mit dem Labor erforderlich (Nachweis rötelnspezifischer IgM-Antikörper und/oder Kontrolle des Titerverlaufs).

Schwangere, bei denen ein Befund vorliegt, der nicht auf Immunität schließen läßt, sollen aufgefordert werden, sich unverzüglich zur ärztlichen Beratung zu begeben, falls sie innerhalb der ersten vier Schwangerschaftsmonate Röteln-Kontakt haben oder an rötelnverdächtigen Symptomen erkranken. Auch ohne derartige Verdachtsmomente soll bei diesen Schwangeren in der 16. -17. Schwangerschaftswoche eine erneute Antikörper-Untersuchung gemäß Abs. 2 durchgeführt werden.



Eine aktive Rötelschutzimpfung soll während der Schwangerschaft nicht vorgenommen werden.

Zu a): Ist die Lues-Suchreaktion positiv, so sollen aus derselben Blutprobe die üblichen serologischen Untersuchungen auf Lues durchgeführt werden.

Bei der Lues-Suchreaktion ist lediglich die Durchführung und nicht das Ergebnis der Untersuchung im Mutterpaß zu dokumentieren.

Zu b): Aus dem Blut der Schwangeren ist ein immunochemischer Antikörpertest vorzunehmen, für welchen die benötigten Reagenzien staatlich zugelassen\*) sind. Ist diese Untersuchung positiv, so muß das Ergebnis mittels Immuno-Blot aus derselben Blutprobe gesichert werden. Alle notwendigen weiterführenden Untersuchungen sind Bestandteil der kurativen Versorgung.

Die Durchführung der Beratung und die Durchführung des HIV-Antikörpertest sind im Mutterpass zu dokumentieren. Das Ergebnis der Untersuchung wird im Mutterpass nicht dokumentiert.

Zu c): Die Untersuchung des Rh-Merkmals D erfolgt mit mindestens zwei verschiedenen Testreagenzien. Für die Untersuchung wird die Anwendung zweier monoklonaler Antikörper (IgM-Typ), die die Kategorie D<sup>VI</sup> nicht erfassen, empfohlen. Bei negativem Ergebnis beider Testansätze gilt die Schwangere als Rh negativ (D negativ). Bei übereinstimmend positivem Ergebnis der beiden Testansätze ist die Schwangere Rh positiv. Bei Diskrepanzen oder schwach positiven Ergebnissen der Testansätze ist eine Klärung z. B. im indirekten Antiglobulintest mit geeigneten Testreagenzien notwendig. Fällt dieser Test positiv aus, so ist die Schwangere Rh positiv (D<sup>weak</sup> positiv).

Die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors entfällt, wenn entsprechende Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen und von einem Arzt bescheinigt wurden.

Zu d): Der Antikörpersuchtest wird mittels des indirekten Antiglobulintests gegen zwei Test-Blutmuster mit den Antigenen D, C, c, E, e, Kell, Fy und S durchgeführt. Bei Nachweis von Antikörpern sollen möglichst aus derselben Blutprobe deren Spezifität und Titerhöhe bestimmt werden.

Gegebenenfalls müssen in solchen Fällen auch das Blut des Kindesvaters und die Bestimmung weiterer Blutgruppen-Antigene der Mutter in die Untersuchung einbezogen werden. Eine schriftliche Erläuterung der Befunde an den überweisenden Arzt kann sich dabei als notwendig erweisen.

---

\*)Zulassung der Reagenzien durch das Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut), Frankfurt

Auch nicht zum Morbus haemolyticus neonatorum führende Antikörper (IgM und/oder Kälte-Antikörper) sind in den Mutterpaß einzutragen, da sie gegebenenfalls bei einer Bluttransfusion für die Schwangere wichtig sein können.

2. Ein weiterer Antikörper-Suchtest ist bei allen Schwangeren (Rh-positiven und Rh-negativen) in der 24.-27. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Sind bei Rh-negativen Schwangeren keine Anti-D-Antikörper nachweisbar, so soll in der 28.-30. Schwangerschaftswoche eine Standarddosis (um 300 µg) Anti-D-Immunglobulin injiziert werden, um möglichst bis zur Geburt eine Sensibilisierung der Schwangeren zu verhindern. Das Datum der präpartalen Anti-D-Prophylaxe ist im Mutterpaß zu vermerken.
3. Bei allen Schwangeren ist nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Blut auf HBsAg<sup>\*)</sup> zu untersuchen. Ist das Ergebnis positiv, soll das Neugeborene unmittelbar post partum gegen Hepatitis B aktiv/passiv immunisiert werden.

Die Untersuchung auf HBsAg entfällt, wenn Immunität (z. B. nach Schutzimpfung) nachgewiesen ist.

### **D. Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe**

1. Bei jedem Kind einer Rh-negativen Mutter ist unmittelbar nach der Geburt der Rh-Faktor D unter Beachtung der Ergebnisse des direkten Coombs-tests zu bestimmen. Ist dieser Rh-Faktor positiv (D<sup>+</sup>) oder liegt D<sup>-weak</sup> vor, so ist aus derselben Blutprobe auch die Blutgruppe des Kindes zu bestimmen. Bei Rh-positivem Kind ist bei der Rh-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren, selbst wenn nach der Geburt schwach reagierende Rh-Antikörper bei der Mutter gefunden worden sind und/oder der direkte Coombstest beim Kind schwach positiv ist. Hierdurch soll ein schneller Abbau der insbesondere während der Geburt in den mütterlichen Kreislauf übergetretenen Rh-positiven Erythrozyten bewirkt werden, um die Bildung von Rh-Antikörpern bei der Mutter zu verhindern.
2. Rh-negativen Frauen mit Fehlgeburt bzw. Schwangerschaftsabbruch sollte so bald wie möglich, jedoch innerhalb 72 Stunden post abortum bzw. nach Schwangerschaftsabbruch, Anti-D-Immunglobulin injiziert werden. Entsprechende blutgruppenserologische Untersuchungen sind erforderlichenfalls durchzuführen.

---

<sup>\*)</sup>HBsAg = Hepatitis B surface antigen

### **E. Voraussetzungen für die Durchführung serologischer Untersuchungen**

Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. sollen nur von solchen Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen. Dieselben Voraussetzungen gelten für Untersuchungen in Instituten.

### **F. Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin**

1. Eine Untersuchung soll innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung vorgenommen werden. Dabei soll das Hämoglobin bestimmt werden.
2. Eine weitere Untersuchung soll etwa sechs Wochen, spätestens jedoch acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden. Die Untersuchung umfaßt:
  - Allgemeinuntersuchung (falls erforderlich einschließlich Hb-Bestimmung),
  - Feststellung des gynäkologischen Befunds,
  - Blutdruckmessung,
  - Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
  - bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege) sowie
  - Beratung der Mutter.

### **G. Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln**

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 SGB V geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden die Regelungen, die für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln eine Zuzahlung der Versicherten vorsehen, keine Anwendung.

### **H. Aufzeichnungen und Bescheinigungen**

1. Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt der Arzt der Schwangeren einen Mutterpaß (Anlage 3)<sup>\*)</sup> aus, sofern sie nicht bereits einen Paß dieses Musters besitzt.
2. Nach diesem Mutterpaß richten sich auch die vom Arzt vorzunehmenden Eintragungen der Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Darüber hinausgehende für die Schwangerschaft relevante Untersuchungsergebnisse sollen in den Mutterpass eingetragen werden, soweit die Eintragung durch die Richtlinien nicht ausgeschlossen ist (Lues-Suchreaktion sowie HIV-Untersuchung).
3. Die Befunde der ärztlichen Betreuung und der blutgruppenserologischen Untersuchungen hält der Arzt für seine Patientenkartei fest und stellt sie bei eventuellem Arztwechsel dem anderen Arzt auf dessen Anforderung zur Verfügung, sofern die Schwangere zustimmt.
4. Beim Anlegen eines weiteren Mutterpasses sind die Blutgruppenbefunde zu übertragen. Die Richtigkeit der Übertragung ist ärztlich zu bescheinigen.
5. Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Mutterpaß vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Mutterpaß nicht in seinem Aufbau und in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

---

<sup>\*)</sup> Auf einen Abdruck wurde verzichtet.

**Anlage 1 (a - d)**  
**(zu den Abschnitten A. Nr. 5 und B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)**

**Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft (Sonographie)**

Es gilt die Anlage 1 der Mutterschafts-Richtlinien in der Fassung vom 22. November 1994, zuletzt geändert am 21. März 2013.

**Anlage 1 a<sup>1</sup>**  
**(zu Abschnitt A. Nr. 5 der Mutterschafts-Richtlinien)**

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft

Die nachfolgend aufgeführten Befunde sind mittels B-Mode-Verfahren im jeweiligen Zeitraum zu erheben. Dabei ist die jeweilige Bilddokumentation durchzuführen.

1. Untersuchung: 8 + 0 bis 11 + 6 SSW

Intrauteriner Sitz:	ja/nein
Embryo darstellbar:	ja/nein
Mehrlingsschwangerschaft:	ja/nein
- monochorial	ja/nein
Herzaktion:	ja/nein

Biometrie I:

- Scheitelsteißlänge (SSL)  
    oder: Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Auffälligkeiten: ja/nein/kontrollbedürftig

Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Weiterführende Untersuchung veranlasst: ja/nein

Bilddokumentation der Biometrie (ein Maß) und auffälliger oder kontrollbedürftiger Befunde.

<sup>1</sup> Für die Durchführung der in Anlage 1 a unter 1., 2.a, und 3. angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 der Anlage I der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Voraussetzung. Für die Durchführung der Untersuchung nach 2 b) ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1a) der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, letzteres beinhaltet, dass ein entsprechender Befähigungsnachweis gegenüber der KV erbracht wurde.

2. Untersuchung: 18 + 0 bis 21 + 6 SSW

a) Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie

Einlingsschwangerschaft: ja/nein  
Herzaktion: ja/nein

Biometrie II:

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)  
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)  
und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)  
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)
- Messung einer Femurlänge (FL)

Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen hinsichtlich:

- Fruchtwassermenge ja/nein/kontrollbedürftig
- körperlicher Entwicklung ja/nein/kontrollbedürftig
- Plazentalokalisation und -struktur: normal/kontrollbedürftig

Weiterführende Untersuchung veranlasst: ja/nein

Bilddokumentation von insgesamt vier der in Biometrie II genannten Maße sowie auffälliger und/oder kontrollbedürftiger Befunde.

b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierten Untersucher. Zusätzlich zu den unter a) vorgegebenen Untersuchungsinhalten Beurteilung der folgenden fetalen Strukturen:

Kopf:

- Ventrikelauffälligkeiten ja/nein
- Auffälligkeiten der Kopfform ja/nein
- Darstellbarkeit des Kleinhirns ja/nein

Hals und Rücken:

- Unregelmäßigkeit der dorsalen Hautkontur ja/nein

Thorax:

- Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) ja/nein
- Linksseitige Herzposition ja/nein
- Persistierende Arrhythmie im Untersuchungszeitraum ja/nein
- Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks ja/nein

### Rumpf:

- Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand ja/nein
- Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch ja/nein
- Darstellbarkeit der Harnblase ja/nein

Bilddokumentation der Auffälligkeiten.

### 3. Untersuchung: 28 + 0 bis 31 + 6 SSW

Einlingsschwangerschaft: ja/nein

Kindslage:

Herzaktion: ja/nein

### Biometrie III:

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)  
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)  
und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)  
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)
- Messung einer Femurlänge (FL)

Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Kontrolle der Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen gemäß dem 2. Screening (gemäß 2a).

Weiterführende Untersuchung veranlasst: ja/nein

Bilddokumentation von insgesamt vier der in Biometrie III genannten Maße sowie auffälliger und/oder kontrollbedürftiger Befunde.

### Anlage 1 b

(zu den Abschnitten A. Nr. 5 und B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Über die in Anlage 1 a genannten Screening-Untersuchungen hinaus können bei Vorliegen einer der nachfolgend angeführten Indikationen weitere sonographische Untersuchungen zur Überwachung der Schwangerschaft angezeigt sein, die als Kontrolluntersuchungen Bestandteil des Screening sind.

1. Sicherung des Schwangerschaftsalters bei
  - unklarer Regelanamnese
  - Diskrepanz zwischen Uterusgröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonographischen Befundes
  - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Mutterschaftsvorsorge durch einen anderen Arzt
2. Kontrolle des fetalen Wachstums bei
  - Schwangeren mit einer Erkrankung, die zu Entwicklungsstörungen des Feten führen kann,
  - Verdacht auf Entwicklungsstörung des Feten aufgrund vorausgegangener Untersuchungen
3. Überwachung einer Mehrlingsschwangerschaft
4. Neu- oder Nachbeurteilung des Schwangerschaftsalters bei auffälligen Ergebnissen der in der Mutterschaftsvorsorge notwendigen serologischen Untersuchungen der Mutter
5. Diagnostik und Kontrolle des Plazentasitzes bei vermuteter oder nachgewiesener Plazenta praevia
6. Erstmaliges Auftreten einer uterinen Blutung
7. Verdacht auf intrauterinen Fruchttod
8. Verdacht auf Lageanomalie ab Beginn der 36. SSW.



### Anlage 1 c

(zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

Über die in Anlage 1 a und 1 b genannten Untersuchungen hinaus können weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonographischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienen und eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt. Diese Untersuchungen gehören zwar zum Programm der Mutterschaftsvorsorge, sind aber nicht mehr Bestandteil des Screening.

#### I. \*)

1. Rezidivierende oder persistierende uterine Blutung
2. Gestörte intrauterine Frühschwangerschaft
3. Frühschwangerschaft bei liegendem IUP, Uterus myomatosus, Adnextumor
4. Nachkontrolle intrauteriner Eingriffe
5. Cervixmessung mittels Ultraschall bei Cervixinsuffizienz oder Verdacht
6. Bestätigter vorzeitiger Blasensprung und/oder vorzeitige Wehentätigkeit
7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus
8. Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung
9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.

---

\*) Für die Durchführung der unter Abschnitt I angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 oder 9.1a der Anlage 1 der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, für die unter Abschnitt II angeführten Ultraschalluntersuchungen sind die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung zu erfüllen.

### II. \*)

1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniocentese, Chorionzottenbiopsie, Fetalblutgewinnung, Körperhöhlen- oder Gefäßpunktionen, Fruchtwasserersatz-Auffüllungen, Transfusionen, Anlegen von Shunts, Fetoskopie
2. Gezielte Ausschlußdiagnostik bei erhöhtem Risiko für Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fetus aufgrund von
  - a) ultraschalldiagnostischen Hinweisen
  - b) laborchemischen Befunden
  - c) genetisch bedingten oder familiär gehäuften Erkrankungen oder Fehlbildungen in der Familienanamnese
  - d) teratogenen Noxen  
oder als Alternative zur invasiven pränatalen Diagnostik.

### **Aufklärung und Beratung gemäß § 2a Abs. 1 SchKG**

Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, gemäß § 2a Abs. 1 SchKG verständlich und ergebnisoffen zu beraten.

Dies umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

Für genetische vorgeburtliche Untersuchungen gelten die Vorgaben des GenDG.

### **Anlage 1 d**

(zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien)

### **Dopplersonographische Untersuchungen**

Die Anwendung der Dopplersonographie als Maßnahme der Mutterschaftsvorsorge ist nur bei einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Indikationen und - mit Ausnahme der Fehlbildungsdiagnostik - nur in der zweiten Schwangerschaftshälfte zulässig.

---

\*) Für die Durchführung der unter Abschnitt I angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 oder 9.1a der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, für die unter Abschnitt II angeführten Ultraschalluntersuchungen sind die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung zu erfüllen.

1. Verdacht auf intrauterine Wachstumsretardierung
2. Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen)
3. Zustand nach Mangelgeburt/intrauterinem Fruchttod
4. Zustand nach Präeklampsie/Eklampsie
5. Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung
6. Begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung
7. Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum
8. Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzerkrankungen.

**Anlage 2**  
**(zu Abschnitt B. Nr. 4 c der Mutterschafts-Richtlinien)**

**Indikationen zur Kardiotokographie (CTG) während der Schwangerschaft**

Die Kardiotokographie ist im Rahmen der Schwangerenvorsorge nur angezeigt, wenn eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt:

**A. Indikationen zur erstmaligen CTG**

- in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche  
drohende Frühgeburt
  
- ab der 28. Schwangerschaftswoche
  - a) Auskultatorisch festgestellte Herztonalterationen
  - b) Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit.

**B. Indikationen zur CTG-Wiederholung**

CTG-Alterationen

- a) Anhaltende Tachykardie (> 160/Minute)
- b) Bradykardie (< 100/Minute)
- c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)
- d) Hypooszillation, Anoszillation
- e) Unklarer Kardiotokogramm-Befund bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit
- f) Mehrlinge
- g) Intrauteriner Fruchttod bei früherer Schwangerschaft
- h) Verdacht auf Placenta-Insuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund
- i) Verdacht auf Übertragung
- j) Uterine Blutung

Medikamentöse Wehenhemmung

**Anlage 3  
(siehe Mutterpass)**

**Anlage 4  
(zu Abschnitt A. Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien)**

**Ich bin schwanger.  
Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?**

Diese Information erläutert, warum allen Schwangeren in Deutschland ein HIV-Test angeboten wird. Sie soll Sie bei Ihrem Beratungsgespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt unterstützen. Bei weitergehenden Fragen können Sie sich auch an Beratungsstellen, zum Beispiel bei Ihrem Gesundheitsamt, oder an die örtliche AIDS-Hilfe wenden.

Die wichtigsten Informationen vorab:

- HIV kann während der Schwangerschaft, bei der Geburt und später durch die Muttermilch auf das Kind übertragen werden.
- Die frühzeitige Feststellung einer HIV-Infektion ist wichtig. Durch eine rechtzeitige Behandlung besteht eine sehr gute Aussicht, eine Ansteckung des Kindes zu verhindern. Aber auch wenn eine Ansteckung erst später in der Schwangerschaft festgestellt wird, kann eine Behandlung das Kind immer noch schützen.
- Ein anonymen HIV-Test ist möglich.

Sie haben Anspruch auf einen HIV-Test. Sie haben aber selbstverständlich das Recht, einen HIV-Test abzulehnen.

Was ist HIV?

Das HI-Virus („Humanes Immunschwäche-Virus“) befällt Zellen des Abwehrsystems des Körpers und zerstört sie. Die meisten Menschen mit HIV haben über Jahre kaum Beschwerden. Wenn das Virus das Immunsystem aber stark geschwächt hat, treten schwere Erkrankungen auf. Diese Phase wird als „AIDS“ (deutsch: „erworbenes Immunschwäche-Syndrom“) bezeichnet. Eine lebenslange Behandlung mit Medikamenten kann verhindern, dass HIV zu AIDS führt. Eine Heilung von HIV und AIDS ist momentan nicht möglich.

Frauen stecken sich meistens durch ungeschützten sexuellen Kontakt an, bei dem Samenflüssigkeit oder Blut in den Körper gelangt. Auch beim gemeinsamen Benutzen von Spritzen oder Injektionsnadeln kann HIV übertragen werden.

Warum wird mir ein HIV-Test angeboten?

In Deutschland sind nur wenige Schwangere mit HIV infiziert. Aber es kommt vor, dass eine

Frau nicht weiß, dass sie sich angesteckt hat.

Es ist wichtig zu wissen, ob eine HIV-Infektion besteht, denn das Virus kann auf das Kind übertragen werden. Wenn eine Schwangere HIV hat, kann sie eine Ansteckung ihres Kindes wirksam verhindern, wenn sie während der gesamten Schwangerschaft Medikamente einnimmt. Das Risiko für eine Übertragung sinkt dann auf unter 1 %. Die heutigen Behandlungsmöglichkeiten sind so gut, dass eine Mutter mit HIV oft ohne Beschwerden leben und so auch für ihr Kind da sein kann.

Falls ich HIV habe, wie kann ich mein Kind schützen?

Die Gefahr einer HIV-Übertragung auf das Kind ist sehr gering, wenn

1. Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen, die HIV bekämpfen. Bei einer erfolgreichen Behandlung sinkt die Zahl der Viren so stark, dass sie im Blut nicht mehr nachweisbar sind.
2. die Art der Entbindung angepasst wird: Wenn die Behandlung erfolgreich war, ist eine normale Geburt möglich. Wenn Sie keine Medikamente nehmen oder sie nicht ausreichend wirken, kann ein Kaiserschnitt das Übertragungsrisiko verringern.
3. Sie nach der Geburt darauf verzichten, das Kind zu stillen. Ihre Muttermilch kann HIV enthalten, außerdem Reste der Medikamente. Deshalb darf das Kind auch keine abgepumpte Muttermilch bekommen. Handelsübliche Fertigmilch ist eine sichere Alternative.
4. das Kind nach der Geburt behandelt wird.

Kann ich mich auch in der Schwangerschaft mit HIV infizieren?

Eine HIV-Infektion ist auch während der Schwangerschaft möglich. Bei sexuellen Kontakten sind Kondome ein guter Schutz.

Gibt es Bedenken bei einem HIV-Test?

Für die meisten Frauen ist ein HIV-Test nur ein Test unter vielen in der Schwangerschaft. Die Entscheidung für einen HIV-Test fällt jedoch nicht immer leicht und kann Ängste auslösen. Die Wartezeit bis zum Testergebnis kann als belastend erlebt werden. Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, aber auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstellen sprechen – auf Wunsch auch anonym.

Wer mit HIV infiziert ist und dies weiß, muss mit Nachteilen rechnen, zum Beispiel beim Abschluss einer (Lebens-)Versicherung. Unabhängig davon, ob Sie den Test durchführen lassen und welches Ergebnis er hat, wirkt sich das aber zum Beispiel nicht auf Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsstatus oder den Aufenthaltsstatus als Migrantin in Deutschland aus.

Wer erfährt von dem Test?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt teilt Ihnen das Testergebnis in einem vertraulichen Gespräch mit. Ärztinnen, Ärzte und ihr Personal unterliegen der Schweigepflicht. Arbeitgeber oder andere Stellen werden über das Ergebnis nicht informiert.

Sie alleine entscheiden, wer von dem Test und seinem Ergebnis erfährt. Nur mit Ihrem Einverständnis wird es an andere Ärztinnen oder Ärzte übermittelt.

Die Durchführung der Beratung und die Durchführung des HIV-Antikörpertestes sind im Mutterpass zu dokumentieren. Das Ergebnis der Untersuchung wird im Mutterpass nicht dokumentiert.

Kann ich mich anonym testen lassen?

Sie können sich auch anonym testen lassen. Dies ist zum Beispiel in einer Arztpraxis, in Kliniken mit einer HIV-Ambulanz, beim Gesundheitsamt, bei manchen AIDS-Beratungsstellen oder einem Tropeninstitut möglich.

Was passiert bei einem HIV-Test?

Für einen HIV-Test wird eine Blutprobe entnommen und in einem Labor untersucht. Beim Test kann das Virus nur entdeckt werden, wenn im Blut Zeichen dafür vorhanden sind, dass der Körper schon gegen die Infektion kämpft. Normalerweise kann HIV spätestens drei Monate nach der Ansteckung im Blut nachgewiesen werden.

Ein Testergebnis wird als „positiv“ bezeichnet, wenn Viren im Blut nachgewiesen wurden. Mit dem Ausdruck „HIV-positiv“ ist gemeint, dass ein Mensch HIV im Blut hat.

Wenn Sie meinen, dass Sie sich mit HIV angesteckt haben könnten, zum Beispiel durch einen ungeschützten sexuellen Kontakt, können Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt wenden, um einen oder mehrere Test-Zeitpunkte zu vereinbaren. Der Test ist sehr genau.

Was kostet der HIV-Test?

Die Kosten für einen HIV-Test in einer Arztpraxis werden während der Schwangerschaft von den Krankenkassen übernommen. Wenn Sie einen Test anonym durchführen lassen wollen, kann dies mit geringen Kosten für Sie verbunden sein.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Für weitere Informationen können Sie sich an Ihre Ärztin, Ihren Arzt, an Ihr Gesundheitsamt oder die örtliche AIDS-Hilfe wenden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet unter der Nummer 01805 / 555 444 eine anonyme Telefonberatung an.



Über die Website der BZgA können Sie auch Beratungsstellen finden und sich anonym im Internet beraten lassen: [www.aidsberatung.de](http://www.aidsberatung.de)

Quellen:

Chou R, Smits AK, Huffman LH, Fu R, Korthuis PT, US Preventive Services Task Force. Prenatal screening for HIV: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2005; 143: 38-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15998754>

Chou R, Cantor A, Bougatsos C, Zakher B. Screening for HIV in pregnant women: systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114880/pdf/TOC.pdf>.

Coutsoudis A, Dabis F, Fawzi W, Gaillard P et al. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis* 2004; 189: 2154-2166. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15181561>

Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) u.a. S2k-Leitlinie: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. September 2011. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/055-002.html>

Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM et al. A national review of vertical HIV transmission. *AIDS* 2012; 26(6): 757-763. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22210635>

Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Sys Rev* 2009; (1): CD006734. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160297>

Read JS, Newell M-L. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Sys Rev* 2005; (4): CD005479. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235405>

Robert Koch Institut (RKI). RKI-Ratgeber für Ärzte. Dezember 2013. [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_HIV\\_AIDS.html?nn=2374210](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html?nn=2374210)

Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane Database Sys Rev 2011; (7): CD003510. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735394>

Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. Cochrane Database Sys Rev 2010; (3): CD008440. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238370>

World Health Organization (WHO) 2010: ANTIRETROVIRAL drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach - 2010 Version. HIV/Aids Programme; Strengthening health service to fight HIV/AIDS) [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf)

**Anlage 5  
(zu Abschnitt A Nummer 5 der Mutterschafts-Richtlinien)**

**Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten?**

Viele Frauen und ihre Partner freuen sich bei einer Schwangerschaft auf die Ultraschalluntersuchungen. Die Bilder stärken oft die erste Beziehung zum heranwachsenden Kind. Doch das ist nicht der Grund, warum allen Schwangeren drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten werden. Die Untersuchungen haben vielmehr einen medizinischen Hintergrund: Mit ihrer Hilfe soll festgestellt werden, ob die Schwangerschaft normal verläuft und ob sich das Kind normal entwickelt. Das ist die Regel: Von 100 Schwangeren bringen 96 bis 98 ein gesundes Kind zur Welt. Manchmal zeigen sich beim Ultraschall aber Auffälligkeiten, die dann weitere Untersuchungen notwendig machen.

Dieses Merkblatt beschreibt die Basis-Ultraschalluntersuchungen auf die gesetzlich krankenversicherte Frauen einen Anspruch haben. Diese Untersuchungen werden im Mutterpass mit dem englischen Begriff für Reihenuntersuchung als „Screening“ bezeichnet. Das Merkblatt erläutert auch, welche Fragen durch die Untersuchungen aufgeworfen werden können und was gegen die Untersuchungen sprechen kann. Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt helfen und die Entscheidung für oder gegen Ultraschalluntersuchungen erleichtern. Wenn Sie im Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft Fragen haben, können Sie sich außerdem jederzeit an eine psychosoziale Beratungsstelle und Beratungsstellen für werdende Eltern wenden.

**Die wichtigsten Informationen dieses Merkblatts:**

- Während einer unkomplizierten Schwangerschaft haben Sie Anspruch auf drei Basis-Ultraschalluntersuchungen, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind.
- Mithilfe der Basis-Ultraschalluntersuchungen soll vor allem abgeschätzt werden, ob die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes normal verlaufen.
- Direkte unerwünschte Wirkungen oder Risiken der Ultraschalluntersuchung selbst sind weder für die Schwangere noch für das Ungeborene bekannt.
- Ultraschalluntersuchungen können auch auf Auffälligkeiten hindeuten und schwierige Entscheidungen erforderlich machen.
- Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, Sie vor dem Ultraschall über die Vor- und Nachteile aufzuklären.
- Sie können auf Ultraschalluntersuchungen verzichten, ohne Gründe nennen zu müssen und ohne dass dies Folgen für den Versicherungsschutz hat.

### **Was ist eine Ultraschalluntersuchung?**

Mit einer Ultraschalluntersuchung (Sonografie) kann das Kind in der Gebärmutter sichtbar gemacht werden. Dazu werden Schallwellen verwendet, die nicht hörbar sind. Die Schallwellen werden von Gewebeschichten im Körper als Echo zurückgeworfen.

Für die Untersuchung trägt die Frauenärztin oder der Frauenarzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber. Der Schallkopf sendet Schallwellen aus und empfängt auch ihre Echos. Diese werden vom Ultraschallgerät in ein Bild umgewandelt, das auf einem Bildschirm sichtbar wird. Bei der ersten Ultraschalluntersuchung kann auch eine sogenannte Vaginalsonde eingesetzt werden. Sie wird in die Scheide eingeführt und sendet von dort Schallwellen aus.

### **Wann erhalte ich die Ergebnisse der Untersuchung und wer erfährt davon?**

In der Regel teilt Ihnen Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt die Ergebnisse während oder direkt nach der Untersuchung mit. Sie können mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt besprechen, ob Sie die Ultraschallbilder sehen wollen. Wenn Sie das Geschlecht des Kindes nicht erfahren möchten, sprechen Sie dies vor der Untersuchung an. Alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Befunde sind zu dokumentieren.

Ärztinnen, Ärzte und das Praxispersonal unterliegen der Schweigepflicht.

### **Welche Basis-Ultraschalluntersuchungen gibt es in der Schwangerschaft?**

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind und nicht als Risikoschwangere gelten, werden Ihnen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten. Diese Untersuchungen liefern grundlegende Informationen über die Schwangerschaft, etwa wie groß das Ungeborene ist und wie es liegt. Die Frauenärztin oder der Frauenarzt schaut nach der Lage des Mutterkuchens (Plazenta) und der Fruchtwassermenge. Die Größe des Kindes wird gemessen und im Mutterpass in einer Wachstumskurve dokumentiert. Die Untersuchungsergebnisse können dabei helfen, die Geburt vorzubereiten.

Bei allen drei Ultraschalluntersuchungen wird überprüft,

- ob sich das Ungeborene altersgerecht entwickelt,
- ob es sich vielleicht um Mehrlinge handelt und
- ob es Hinweise auf Entwicklungsstörungen gibt.

Darüber hinaus wird bei den einzelnen Untersuchungen Folgendes untersucht:

#### **9. bis 12. Schwangerschaftswoche: 1. Basis-Ultraschalluntersuchung**

Der erste Basis-Ultraschall dient vor allem dazu, die Schwangerschaft zu bestätigen. Es wird geprüft, ob sich die befruchtete Eizelle in der Gebärmutter eingenistet und zu einem Embryo oder Fötus entwickelt hat. In den ersten Schwangerschaftswochen spricht man von einem Embryo, nach der 10. Woche von einem Fötus. Beim ersten Ultraschall können bereits die Körperlänge oder der Durchmesser des Kopfes gemessen werden. Die Ergebnisse helfen dabei, die Schwangerschaftswoche und den voraussichtlichen Geburtstermin zu schätzen. Die Frauenärztin oder der

Frauenarzt kontrolliert auch, ob ein Herzschlag feststellbar ist und ob es sich um Mehrlinge handelt.

### **19. bis 22. Schwangerschaftswoche: 2. Basis-Ultraschalluntersuchung**

Beim zweiten Ultraschall können Sie zwischen zwei Alternativen wählen, um eventuelle Auffälligkeiten zu erkennen:

- a) Einer „Basis-Ultraschalluntersuchung“
- b) Einer „erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung“

Wenn Sie sich für eine Basis-Ultraschalluntersuchung entscheiden, werden die Größe von Kopf und Bauch des Kindes sowie die Länge des Oberschenkelknochens gemessen. Außerdem wird die Position der Plazenta in der Gebärmutter beurteilt. Wenn die Plazenta besonders tief sitzt, können bei der weiteren Betreuung und für die Geburt besondere Vorkehrungen nötig werden.

Wenn Sie sich für einen erweiterten Basis-Ultraschall entscheiden, werden zusätzlich folgende Körperteile genauer untersucht:

- Kopf: Sind Kopf und Hirnkammern normal geformt? Ist das Kleinhirn sichtbar?
- Hals und Rücken: Sind sie gut entwickelt?
- Brustkorb: Wie ist das Größenverhältnis von Herz und Brustkorb? Ist das Herz auf der linken Seite sichtbar? Schlägt das Herz rhythmisch? Sind die vier Kammern des Herzens ausgebildet?
- Rumpf: Ist die vordere Bauchwand geschlossen? Sind Magen und Harnblase zu sehen?

Auch der erweiterte Basis-Ultraschall wird in der Regel von Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt durchgeführt, wenn sie oder er eine entsprechende Wissensprüfung absolviert hat. Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere Frauenarztpraxis nötig.

### **29. bis 32. Schwangerschaftswoche: 3. Basis-Ultraschalluntersuchung**

Beim dritten Basis-Ultraschall werden Kopf, Bauch und Oberschenkelknochen gemessen. Auch die Lage des Kindes und sein Herzschlag werden kontrolliert.

Sollte ein Ultraschall auf Auffälligkeiten hindeuten oder zu unklaren Ergebnissen führen, können diese durch weiterführende Untersuchungen abgeklärt werden. Welche zusätzlichen Untersuchungen infrage kommen, können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen.

### **Was gehört nicht zum Basis-Ultraschall?**

Wenn es besondere medizinische Gründe gibt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen auch weitergehende Ultraschalluntersuchungen. Nicht zum Basis-Ultraschall gehört zum Beispiel der sogenannte Fein-Ultraschall (Organ-Ultraschall) durch besonders spezialisierte Frauenärztinnen und Frauenärzte. Er kann sinnvoll sein, wenn etwa eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingeschätzt wird oder wenn andere Untersuchungen zu unklaren Ergebnissen geführt haben. Ein Fein-Ultraschall ist auch ohne medizinische Begründung möglich. Er ist dann

aber eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die selbst bezahlt werden muss. Auch alle weiteren Ultraschalluntersuchungen, die keinen konkreten medizinischen Anlass haben, müssen selbst bezahlt werden.

Untersuchungen, in denen gezielt nach Hinweisen auf genetisch bedingte Auffälligkeiten gesucht wird, unterliegen dem Gendiagnostikgesetz. Dazu gehört beispielsweise der Nackentransparenz-Test, bei dem mittels Ultraschall nach Hinweisen zum Beispiel auf ein Down-Syndrom gesucht wird. Vor solchen Untersuchungen sind Ärztinnen und Ärzte zu einer besonderen Aufklärung und genetischen Beratung verpflichtet. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fragen, sondern auch um psychische und soziale Belange, die im Zusammenhang mit der Untersuchung und ihren Ergebnissen von Bedeutung sein können.

Auch beim Basis-Ultraschall können Auffälligkeiten am Ungeborenen entdeckt werden, die verschiedene, auch genetische, Ursachen haben können. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Ihnen dann ebenfalls eine besondere Beratung anbieten.

### **Wie zuverlässig sind die Ergebnisse des Basis-Ultraschalls?**

Bestimmte Entwicklungsstörungen des Kindes sind bei einem Basis-Ultraschall unmittelbar erkennbar. Bei anderen gesundheitlichen Problemen oder Fehlbildungen liefert die Untersuchung nur Hinweise auf Auffälligkeiten. Wieder andere Probleme und Entwicklungsstörungen lassen sich mit einer Ultraschalluntersuchung nicht erkennen.

Wie alle Untersuchungen können Ultraschalluntersuchungen zu falschen Ergebnissen führen. Dabei sind zwei Fehler möglich:

- 1) Der Ultraschall kann beispielsweise auf Entwicklungsstörungen hinweisen, obwohl sich das Kind normal entwickelt.
- 2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Ungeborene gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.

Wie häufig ein Ultraschall in Deutschland zu fehlerhaften Ergebnissen führt, lässt sich nicht genau sagen. Die Fehlerhäufigkeit hängt unter anderem davon ab, wie viel Fruchtwasser die Fruchtblase enthält, wie das Kind liegt und wie dick die Bauchwand der Schwangeren ist. Auch die Qualität des Ultraschallgeräts und die Qualifikation des Untersuchenden können das Ergebnis beeinflussen. Nach internationalen Zahlen muss etwa eine von 100 Schwangeren mit einem falschen Ergebnis rechnen.

### **Kann eine Ultraschalluntersuchung auch schaden?**

Die bei den Basis-Ultraschalluntersuchungen verwendeten Schallwellen schaden nach jetzigem Stand des Wissens weder der Schwangeren noch dem Kind. Ein Ultraschall kann aber schaden, wenn er unklare Ergebnisse oder Auffälligkeiten zeigt. Dies kann Ängste oder Sorgen auslösen und dazu führen, dass zur Abklärung weitere Untersuchungen angeboten werden. Weitere Untersuchungen können aufwendig sein und ihrerseits manchmal schwerwiegende Auswirkungen haben und die werdenden Eltern stark belasten.

Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das Ungeborene normal entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat. Dann gehen die werdenden Eltern fälschlicherweise davon aus, dass ihr Kind

gesund ist. Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das ein Schock sein.

Zudem sind nicht alle Untersuchungsergebnisse eindeutig und nicht alle Probleme, die bei einer Ultraschalluntersuchung festgestellt werden können, sind behandelbar. Dies kann belasten, verunsichern und schwierige Entscheidungen erforderlich machen. Wenn es Hinweise gibt, dass das Ungeborene körperlich oder geistig beeinträchtigt sein könnte, kann sich zum Beispiel die Frage nach Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft stellen. Dies kann zu inneren Konflikten führen. Manche Frauen sagen im Nachhinein, sie hätten die Untersuchung nicht machen lassen, wenn sie die möglichen Folgen vorher bedacht hätten.

Wenn Sie sich Sorgen machen oder wegen weiterer Untersuchungen und möglicher Schritte unsicher sind, können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und Beraterinnen und Beratern von verschiedenen Beratungsstellen sprechen.

### **Kann ich auf Ultraschalluntersuchungen verzichten?**

Sie haben das Recht, auf alle oder einzelne Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft zu verzichten. Vielleicht möchten Sie nur wissen, ob sich Ihr Kind altersgemäß entwickelt, aber nicht, ob es Fehlbildungen hat. In diesem Fall wird die Ärztin oder der Arzt Sie bitten, Ihre Entscheidung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Sie entbinden sie bzw. ihn dadurch von der Informationspflicht. Für sie oder ihn kann dies eine Entlastung sein, da sie oder er nicht mehr in jedem Fall dafür haftbar gemacht werden kann, wenn Sie über auffällige Untersuchungsergebnisse nicht informiert werden wollten. Oder Sie entscheiden sich ganz gegen Ultraschalluntersuchungen, weil Sie sich den damit verbundenen Unsicherheiten und möglichen Entscheidungsnotäten nicht aussetzen möchten, zum Beispiel wenn für Sie feststeht, dass Sie die Schwangerschaft in jedem Fall fortsetzen werden, ganz gleich wie sich ihr Kind entwickelt.

Auf der anderen Seite kann auch ein Verzicht auf Ultraschalluntersuchungen oder auf bestimmte Informationen Nachteile haben. So könnten Auffälligkeiten des ungeborenen Kindes unerkannt oder unbehandelt bleiben, obwohl eine Behandlung im Mutterleib vielleicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus könnten auch Befunde, die Ihre eigene Gesundheit betreffen, etwa zur Lage der Plazenta in der Gebärmutter, nicht erhoben werden. Bestimmte Untersuchungsergebnisse können auch dafür sprechen, sich während der weiteren Schwangerschaft und Entbindung in einer spezialisierten Klinik oder Praxis betreuen zu lassen.

Eine Entscheidung gegen Ultraschalluntersuchungen hat keine Auswirkungen auf Ihren Krankenversicherungsschutz oder den Ihres Kindes.

### **Wie erleben andere schwangere Frauen Ultraschalluntersuchungen?**

Einige Frauen benötigen Zeit, um herauszufinden, ob sie wirklich ein Kind haben möchten, und wollen die Ultraschallbilder nicht sehen. Viele Frauen freuen sich aber darauf, ihr Kind beim Ultraschall zum ersten Mal zu sehen. Oft nehmen Frauen ihren Partner oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit. Familie und Freunden ein Foto des ungeborenen Kindes zu zeigen, kann zudem eine Möglichkeit sein, andere an der Schwangerschaft teilhaben zu lassen. Bei aller Freude können Ultraschalluntersuchungen aber auch mit Ängsten, Aufregung oder Unsicherheit verbunden sein.

### Was kostet eine Basis-Ultraschalluntersuchung?

Die Kosten für alle hier beschriebenen Basis-Ultraschalluntersuchungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Sie haben in jedem Schwangerschaftsdrittel (Trimenon) Anspruch auf eine Basis-Ultraschalluntersuchung. Im 2. Trimenon kann diese entweder als Basis-Ultraschalluntersuchung oder als erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchung erfolgen.

### Wo finde ich weitere Informationen?

Bei allen Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt können Sie sich an eine Schwangerschaftsberatungsstelle wenden. Der Anspruch auf Beratung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft. Die Beratung ist in der Regel kostenlos.

Hilfen zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt bieten auch viele andere Beratungsstellen für werdende Eltern. Adressen und weitere Informationen finden Sie auf der Website der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter [www.familienplanung.de](http://www.familienplanung.de). Dort finden Sie auch Adressen von Beratungsstellen in Ihrer Nähe.

#### Stand:

Juli 2013

Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinien.

#### Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin  
Telefon: 030 / 27 58 38 - 0  
Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv mitwirken.

#### Erstellung:

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ([www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)) entworfen, nachfolgend vom G-BA weiterbearbeitet und in der vorliegenden Fassung beschlossen.



**Anlage 6  
(zu Abschnitt A. Nr. 8 der Mutterschafts-Richtlinien)**

**Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?**

Liebe Leserin,  
dieses Merkblatt erläutert, warum allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) angeboten wird. Sie erfahren unter anderem, wie der Test abläuft, welche Folgen ein Schwangerschaftsdiabetes haben kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Die wichtigsten Informationen:

- Bei einem Schwangerschaftsdiabetes sind die Blutzuckerwerte erhöht. Damit nimmt das Risiko für bestimmte seltene Geburtskomplikationen etwas zu. Das Risiko kann aber meist schon durch eine Umstellung der Ernährung wieder normalisiert werden.
- Wenn Schwangerschaftsdiabetes festgestellt wird, eröffnet dies die Möglichkeit, selbst etwas dagegen zu tun.
- Die weitaus meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben eine ansonsten normale Schwangerschaft und bringen ein gesundes Kind zur Welt.
- Schwangerschaftsdiabetes bedeutet nicht, dass Sie dauerhaft zuckerkrank sind (Diabetes Typ 1 oder Typ 2).

Sie haben Anspruch auf einen Test auf Schwangerschaftsdiabetes.  
Sie haben selbstverständlich auch das Recht, diesen Test abzulehnen.

Was ist Schwangerschaftsdiabetes?

Bei den meisten Frauen bleiben die Blutzuckerwerte während der Schwangerschaft normal. Wenn der Blutzucker während der Schwangerschaft jedoch bestimmte Werte übersteigt, sprechen Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes. Sehr hohe Blutzuckerwerte können ein Zeichen sein, dass eine Frau schon vor der Schwangerschaft einen Diabetes aufwies, ohne davon zu wissen. Diesen Frauen wird eine besondere Betreuung angeboten, über die Ärztinnen und Ärzte dann informieren.

Erhöhte Blutzuckerwerte treten häufiger bei Frauen mit starkem Übergewicht, mit Verwandten mit Diabetes oder einem früheren Schwangerschaftsdiabetes auf. Vielleicht wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie schon zu Beginn der Schwangerschaft nach solchen Faktoren fragen und dann zu einem Test raten.

Welche Folgen kann ein Schwangerschaftsdiabetes haben und was ändert eine Behandlung?

Wohl jede Schwangere wünscht sich eine normale Schwangerschaft und Geburt. Wichtig ist deshalb zu wissen, dass sich auch bei den meisten Schwangeren mit Schwangerschaftsdiabetes das Kind ganz normal entwickelt. Es gibt jedoch Frauen, bei denen eine Behandlung Vorteile hat.

Kinder von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sind bei der Geburt im Durchschnitt etwas schwerer. Das allein ist aber kein Grund zur Beunruhigung. Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes häufiger zu einer Verzögerung der Geburt. Bei einer solchen „Schulterdystokie“ müssen Hebammen/Entbindungspfleger und Ärztinnen/Ärzte dann ohne Verzögerung reagieren, dabei kommt es manchmal zu Verletzungen bei Mutter oder Kind. Auch wenn diese Verletzungen nur selten bleibende Folgen haben – Schulterdystokien sind seltener, wenn ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt wird. In Studien zeigte sich: Während es ohne Behandlung bei 3 bis 4 von 100 Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes zu einer Schulterdystokie kam, war dies nach einer Behandlung nur bei 1 bis 2 von 100 Geburten der Fall.

Bei erhöhtem Blutzucker steigt zudem das Risiko für eine ebenfalls seltene Schwangerschaftserkrankung: die sogenannte Präeklampsie. Diese Schwangerschaftserkrankung geht mit einer erhöhten Eiweißausscheidung im Urin einher, der Blutdruck steigt, und es kommt zu Wassereinlagerungen im Körper. Ohne Behandlung kann eine Präeklampsie Mutter und Kind schaden. Dem kann eine Behandlung des Schwangerschaftsdiabetes nach heutigem Kenntnisstand vorbeugen.

Wie wird Schwangerschaftsdiabetes festgestellt?

Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (Glukosetoleranztest). Der Test misst, wie der Körper auf eine größere Menge Traubenzucker (Glukose) reagiert. Für die Mutter und das Baby bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.

Der Zuckertest wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat angeboten. Wenn Sie sich dafür entscheiden, machen Sie zunächst einen Vortest, bei dem Sie ein Glas Wasser mit 50 Gramm Zucker trinken. Für diesen Vortest müssen Sie nicht nüchtern sein. Nach einer Stunde wird Ihnen Blut aus einer Armvene abgenommen und die Höhe des Blutzuckers bestimmt. Liegt der Wert unter 7,5 Millimol pro Liter (mmol/l, das entspricht 135 mg/dl), ist das Ergebnis unauffällig und der Test beendet.

Wird im Vortest ein erhöhter Wert gefunden, ist das noch keine Diagnose. Der Vortest dient dazu, die Frauen zu erkennen, denen dann ein zweiter, entscheidender Zuckertest angeboten wird. Dieser zweite Test ist aufwändiger: Für diesen „Diagnosetest“ muss die Schwangere nüchtern sein, das heißt, mindestens acht Stunden nichts gegessen oder getrunken haben, nur Wasser ist erlaubt. Der Test beginnt damit, dass der Frau nüchtern Blut abgenommen wird. Erst dann trinkt sie eine Zuckerlösung mit 75 Gramm Glukose. Nach einer und nach zwei Stunden wird erneut Blut aus einer Armvene abgenommen. Wenn einer der drei folgenden Blutzuckerwerte erreicht oder überschritten ist, wird die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ gestellt:

Nüchtern: 5,1 mmol/l (92 mg/dl), nach einer Stunde: 10,0 mmol/l (180 mg/dl), nach zwei Stunden: 8,5 mmol/l (153 mg/dl).

Das Ergebnis wird im Mutterpass dokumentiert. Die Kosten beider Tests werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Wie kann ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt werden?

Meist kann der erhöhte Blutzucker allein durch eine Umstellung der Ernährung und mehr Bewegung ausreichend gesenkt werden. Betroffene Frauen erhalten dazu eine spezielle Beratung. Nur wenige Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben so anhaltend hohe Zuckerwerte, dass sie Insulin spritzen sollten. Andere Diabetes-Medikamente sind für schwangere Frauen nicht zugelassen. Nach der Geburt wird Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ein erneuter Zuckertest angeboten, um sicher zu sein, dass sich die Blutzuckerwerte wieder normalisiert haben. Dann ist keine weitere Behandlung erforderlich. Allerdings entwickeln Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes später im Leben häufiger einen Diabetes Typ 2.

Der Umgang mit der Diagnose Schwangerschaftsdiabetes

Die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ kommt oft aus heiterem Himmel. Es sind ja keine Beschwerden spürbar. Die Sorge um das Wohlbefinden des Kindes und um die eigene Gesundheit kann dann die Schwangerschaft belasten. Auch die zur Behandlung gehörenden Umstellungen sind anfangs gewöhnungsbedürftig. Sie können aber schnell zu einem selbstverständlichen Teil des Alltags werden. Und es ist wichtig, eins nicht aus dem Blick zu verlieren: Auch mit Schwangerschaftsdiabetes kommen die allermeisten Kinder gesund zur Welt.

**Stand:**

Dezember 2011

Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinien.

**Herausgeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030/ 27 58 38 – 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv mitwirken.

**Erstellung:**

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ([www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)) entwickelt.



## NEUE BLUTTESTS UND PRAXIS DER PRÄNATALDIAGNOSTIK FÖRDERN DISKRIMINIERUNG UND UNTERGRABEN BEMÜHUNGEN UM INKLUSION

STELLUNGNAHME ZUM 5. JAHRESTAG DES INKRAFTTRETENS  
DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION AM 26. MÄRZ 2014

*KONSEQUENZEN AUS DEN NEUEN BLUTTESTS:*

*VORGEURTILICHE DIAGNOSTIK MUSS AUF THERAPEUTISCHE ZIELE BEGRENZT WERDEN*

Anlässlich des Welt-Down-Syndrom-Tags im März 2012 hatte das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik vor der Einführung des „PraenaTests“ gewarnt. Das Angebot, das Blut der schwangeren Frau schneller und sicherer als durch die bisherigen Methoden auf das Vorliegen eines Down Syndroms zu testen, sei „ein weiterer Schub in Richtung auf eine routinisierte Frühselektion von ungeborenen Kindern, die nicht der genetischen Norm entsprechen“. Einmal eingeführt werde die nicht-invasive pränatale Diagnostik dazu führen, dass immer mehr genetische Merkmale immer früher in der Schwangerschaft zu einem immer günstigeren Preis diagnostiziert werden können.

### ***Die Befürchtungen haben sich schnell bewahrheitet***

Diese Befürchtungen haben sich in den 1 ½ Jahren seit Einführung des Tests bewahrheitet. Neben dem „PraenaTest“ kamen rasch zwei weitere Tests auf den Markt. Sie tragen die Namen „Panorama“ und „Harmony“ und werden von US-Firmen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland offensiv beworben. Im Wettbewerb der Anbieter ist der Preis, der vor der Einführung mit € 1200 angegeben wurde, bei einem der Tests bereits auf unter € 500 gesunken. Einige Krankenkassen bezahlen die Tests nach Einzelfallprüfung.

Hatte „PraenaTest“ sich zunächst nur auf das Down Syndrom bezogen, kann mit allen drei Tests jetzt auch nach Trisomie 13 und 18 und Veränderungen der Geschlechtschromosomen gesucht werden. Der „Harmony-Test“ wirbt sogar ausdrücklich mit der Feststellung des Turner-Syndroms bei Mädchen und des Klinefelter Syndroms bei Jungen – genetische Merkmale, die in Deutschland aufgrund des Engagements von Betroffenen und einzelnen ÄrztInnen und Ärzten schon lange nicht mehr als mögliche Rechtfertigung für einen medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch gelten. Der Einsatz nicht-invasiver Bluttests für einzelne monogenetische Krankheiten ist in naher Zukunft zu erwarten.

Auch hat sich die Zielgruppe verschoben und die Indikation erweitert. Zunächst sollte der Test nur nach einer auffälligen Risikoabschätzung, z.B. nach Ersttrimesterscreening, statt einer invasiven Diagnostik eingesetzt werden. Dadurch sollte erreicht werden, dass der Test nach der 12. Woche und mit einer eng begrenzten Indikation zur Anwendung kommt. Heute werden alle drei Tests bereits ab der 9. Woche eingesetzt. Die Indikation für diese frühe Anwendung ist meist ein „Altersrisiko“, bei jüngeren Frauen ist sogar eine „Angstindikation“ ausreichend. Somit wird es möglich, innerhalb der 12-Wochen-Beratungsregelung einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer genetischen Abweichung durchzuführen. Praktisch vollzieht eine Frau damit selbst eine rechtlich gar nicht mehr zulässige embryopathische Indikation.<sup>1</sup> Dies wird dem mühsam errungenen Kompromiss um den §218 nicht gerecht.

***Der Bluttest spitzt eine Entwicklung zu, die sich jeder Kontrolle entzogen hat***

<sup>1</sup> Es ist ungeklärt, welche Regelungen des § 218 in diesem Fall greifen sollen: Wird eine medizinische Indikation geltend gemacht, würden die dafür vorgesehenen Bestimmungen mit erweiterter Beratung gelten. Lässt die Frau den Abbruch nach der 12-Wochen-Beratungsregelung durchführen, bleibt er rechtswidrig und die Krankenkasse bezahlt den Eingriff nicht.

Der nicht-invasive Bluttest ist ohne jeden therapeutischen Nutzen und eröffnet bei einer zu erwartenden Chromosomenveränderung als einzige Handlungsoption, die Schwangerschaft abubrechen. Damit sich eine Frau auf ein Kind mit einer Behinderung schon während der Schwangerschaft vorbereiten kann, bedarf es eines solchen frühen Tests mit all seinen Missbrauchsmöglichkeiten nicht. Damit verlässt der Test den ethischen und rechtlichen Grundkonsens in Deutschland, dass es keine embryopathische Indikation gibt und allenfalls im Einzelfall zwischen der Gesundheit der schwangeren Frau und dem Lebensrecht des Ungeborenen abgewogen werden kann. Die Tests widersprechen ebenso der UN-Konvention über die Rechte von Behinderten, in der sich die Bundesrepublik verpflichtet hat, Menschen mit Behinderungen vor Diskriminierung zu schützen.

Die schnelle Ausbreitung und Ausweitung eines rein selektiven Tests spitzt eine Entwicklung zu, die die Mitglieder des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik seit langem mit Sorge beobachtet haben. Es ist der letzte Schritt in einer Serie von Diagnoseangeboten, durch die in den 70er Jahren in wenigen Ausnahmefällen die Geburt von Kindern mit genetischen Auffälligkeiten verhindert werden sollte und die heute zur Routine in der Schwangervorsorge geworden ist. Die Regelungslücken bei der Anwendung des Bluttests machen unübersehbar deutlich, dass Politik, Gesetzgebung und Landesorganisationen nicht mehr in der Lage sind, die Entwicklung zumindest zu kontrollieren und einzuschränken und Ärztinnen und Ärzten und schwangeren Frauen einen Orientierungsrahmen für ihr Handeln zu geben.

Vor zwei Jahren hatte das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik gesagt: „Wir wollen es nicht hinnehmen, dass ohne öffentliche Diskussion eine Biotechnik eingeführt wird, die das Lebensrecht einer ganzen Bevölkerungsgruppe in Frage stellt und unweigerlich von Menschen mit Down-Syndrom und ihren Angehörigen als Diskriminierung empfunden wird.“ Diese öffentliche Diskussion muss jetzt geführt werden.

### ***Die einzige Möglichkeit, vorgeburtliche Diagnosen einzugrenzen***

Die dehnbaren Bestimmungen und halbherzigen Regelungsbemühungen der Pränataldiagnostik im Gendiagnostikgesetz bieten keine Handhabe, Pränataldiagnostik einzugrenzen. Forschungsfreiheit, Berufsfreiheit, das Recht auf Wissen und auf Selbstbestimmung setzen den Möglichkeiten von rechtlichen Verboten Grenzen. Ausgefeiltere Bestimmungen über die Beratung der schwangeren Frau im Kontext von Pränataldiagnostik sind für die Beteiligten hilfreich, verlagern die Verantwortung aber auf die schwangere Frau. Sie ist mit einer Pränataldiagnostik konfrontiert, die auf der einen Seite durch Forschungs- und Profitinteressen, auf der anderen Seite durch die fehlende Unterstützung von Frauen und Familien mit einem behinderten Kind gefördert wird. Andere Eingrenzungen, so sinnvoll sie für sich genommen sein mögen, legitimieren letztlich das selektive System der Diagnostik. Die Forderung, dass der Bluttest keine Krankenkassenleistung sein darf, akzeptiert privat zu zahlende und selektiv wirkende IgeL- Leistungen als zulässig.

Die einzig medizinisch sinnvolle Zielbestimmung von pränataler Diagnostik bildet die Beschränkung auf Krankheiten oder Abweichungen, die vorgeburtlich behandelt oder geheilt werden können oder deren Entdeckung eine Behandlung direkt nach der Geburt erfordern. Für genetische Abweichungen muss dies im Gendiagnostikgesetz festgelegt werden. Diese Forderung ist – unter Mitwirkung von Netzwerkmitgliedern – auch vom Inklusionsbeirat der Bundesregierung für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erhoben und begründet worden. Nur so können Ärztinnen und Ärzte ihrem Auftrag zu heilen nachkommen, wissen schwangere Frauen und Paare, was in unserem Staat ethisch geboten ist, können sich Menschen mit Behinderungen als wertvoll angenommen fühlen – und ist die Politik herausgefordert, Maßnahmen der Inklusion statt mehr Diagnostik zu fördern.

## **Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik** **Unser Name ist unser Programm** Eine Argumentationshilfe

Im September 1995 haben sich Einrichtungen und Einzelpersonen aus Schwangeren- und Schwangerenkonfliktberatung, aus Hebammenarbeit und Geburtsvorbereitung, aus der Behinderten- und der Frauenbewegung zusammengeschlossen, um die Entwicklung der vorgeburtlichen Diagnostik kritisch zu hinterfragen und ihrer unreflektierten, rasanten Ausweitung entgegenzuwirken. Nach einer ausführlichen Grundsatzdiskussion auf der Netzwerktagung 1997 haben wir uns für den Namen „Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik“ entschieden.

Dieser Name eckt an und wird von einigen als zu umständlich oder als zu schroff angesehen. Das Wort „Selektion“ im Zusammenhang mit Pränataler Diagnostik weckt Assoziationen an die NS-Zeit, insbesondere an die Definition „unwerten Lebens“ und die Verfolgung und Ermordung der damit abgewerteten Menschen. Auch bestehen Bedenken, ob dadurch nicht Diskussionen auf privater und öffentlicher Ebene im Keim erstickt werden oder ob unser Name als undifferenzierter Vorwurf an die beteiligten Ärzte und Ärztinnen und die schwangeren Frauen und werdenden Eltern verstanden werden kann.

Im Rückblick auf unsere bisherige Arbeit erklären wir, dass wir trotz dieser Einwände an unserem Namen festhalten. Wir wollen weiterhin beharrlich dafür eintreten, dass die Schwangerenvorsorge nicht immer stärker zu einem Instrument der Selektion gemacht wird. Wir wollen weiterhin beharrlich verdeutlichen, dass innerhalb unseres Gesundheitssystems unter dem Deckmantel der freien, individuellen Einzelentscheidungen ein Prozess im Gange ist, der in seiner Gesamtheit selektiv ist.

Dabei gehen wir in unserer beruflichen und politischen Arbeit einen Balanceakt ein zwischen unserem Verständnis für die vielschichtige Motivation aller Beteiligten, der Unterstützung der einzelnen schwangeren Frauen und unserer klaren, Selektion ablehnenden Haltung.

Nachdem wir in den ersten 10 Jahren konkret zu den Problemen rund um Pränataldiagnostik, Schwangerenvorsorge und Beratung gearbeitet haben, ist es jetzt an der Zeit, noch deutlicher zu formulieren, warum wir die selektive Ausrichtung vorgeburtlicher Untersuchungen ablehnen. Eine solche Positionierung ist auch deshalb nötig, weil inzwischen viele unserer Forderungen, vor allem die nach medizinischer Aufklärung und psychosozialer Beratung zu Pränataldiagnostik, von den Anbietenden und den politischen Parteien diskutiert, reflektiert und zum Teil übernommen wurden.

### *Selektion – was verstehen wir darunter?*

Grundsätzlich betrachtet ist Selektion ein strukturelles Geschehen, das drei Schritte umfasst:

- Herausbildung gesellschaftlicher Normen

In Bezug auf Pränataldiagnostik sind die relevanten Normen „Normalität“ und „Behinderung“.

Ein Mensch sollte körperlich, psychisch und intellektuell den Vorstellungen der Mehrheit entsprechen und leistungs- und empfindungsfähig sein. Bestimmte Merkmale werden als „nicht normal“ eingestuft und / oder als „Behinderung“ definiert. Diese Definitionen sind nicht unveränderlich, sondern abhängig von gesellschaftlichen und medizintechnischen Entwicklungen.

- Gruppenbildung, Abwertung, Entindividualisierung, Entsolidarisierung

Diese Einstufung führt dazu, die „Merkmalsträger“ einer entsprechenden Gruppe zuzuordnen. Die Gruppe als Ganzes (hier also die Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen „Normabweichungen“) wird gleichzeitig abgewertet und die einzel-

nen Mitglieder der Gruppe werden als weniger wertvoll erachtet. Sie werden nicht mehr als Individuen, sondern in distanzierter Weise als Gruppe der „Anderen und Andersartigen“ gesehen.

- Aktive Aussonderung und Absprechen menschlicher Grundrechte

Die aktive Aussonderung der jeweiligen Gruppe findet auf verschiedenen Ebenen statt – auf der persönlichen, zwischenmenschlichen Ebene, im Umgang miteinander, auf der politischen Ebene und auf der institutionellen Ebene. Dabei wird die „Gruppe der Anderen“ in ihren Grundrechten beschnitten – im Extremfall bis hin zum Recht auf Leben, wenn jemand aufgrund bestimmter Merkmale getötet wird, wie dies zur NS-Zeit Menschen geschah, deren Leben als „unwert“ erachtet wurde

Dieser Prozess der Abwertung und Ausgrenzung findet in allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Zusammenhängen und zu allen Zeiten statt. Gleichzeitig wird diesem Prozess immer wieder durch Gesetzgebung, durch soziale Maßnahmen und das Engagement vieler Menschen und Verbände entgegengewirkt. So hat die Abschaffung der embryopathischen Indikation deutlich gemacht, dass vorgeburtliche Selektion unserem Rechtssystem widerspricht. Da die dahinter stehenden Normen aber nicht infragegestellt, sondern durch Forschung und Medizintechnik ständig weiter verfestigt werden, bleibt es bei einer im Ergebnis selektiven Praxis der Schwangerenvorsorge und einer eugenischen Praxis der Spätabbrüche.

*Pränataldiagnostik aus der Sicht von schwangeren Frauen  
und von Menschen mit Behinderungen*

Die Motivation der beteiligten Personen an dem System Pränataldiagnostik ist vielschichtig und individuell. Eine Ärztin oder ein Arzt, die eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen, oder eine Frau, die sich für einen Abbruch nach einem pränataldiagnostischen Befund entscheidet, tut dies nicht notwendig in behindertenfeindlicher oder selektiver Absicht. Jeder und jede von ihnen haben aber mehr oder weniger ausgeprägt die drei Schritte der Normenbildung, Abwertung und Aussonderung in Bezug auf Menschen mit Behinderung durchlaufen und auch eine Vorstellungen davon verinnerlicht, was er oder sie als „lebenswert“ erachtet.

Heute sind fast alle schwangeren Frauen von vorgeburtlichen Untersuchungen, die auf Selektion zielen, betroffen. Dazu gehören vor allem das Ersttrimesterscreening und der so genannte „Fehlbildungsschall“, die inzwischen fast routinemäßig durchgeführt und mit der allgemeinen Schwangerenvorsorge vermischt werden. So werden die Frauen von Anfang an mit einem selektiven Blick gemustert und dazu gebracht, sich selbst in der aussondernden Blickweise zu üben.

Dahinter steht die um sich greifende Vorstellung, „gesunde“ Kinder seien machbar. Dies fordern auch viele schwangere Frauen selbst ein. Gleichzeitig steigt der Druck auf Frauen, „gesunde“ Kinder auf die Welt zu bringen. Dass diese Forderung in ihrer Konsequenz bedeutet, dass die „nicht gesunden“ Kinder ausgesondert werden, wird sowohl von den Frauen als auch von dem Umfeld selten reflektiert. Indem der aussondernde Blick von uns allen auf schwangere Frauen fällt, wird das Schwangerschaftserleben stark verändert. Es steht nicht mehr der lebendige, individuelle Prozess der Schwangerschaft im Vordergrund, vielmehr wird die „Zweieinheit“, die eine Schwangerschaft ausmacht, auf den Prüfstand gestellt und je nach „Andersartigkeit“ des Embryos / Fötus soll die Frau sich von dem eigentlich gewollten Kind durch einen Schwangerschaftsabbruch trennen. Sie ist es, die die Konsequenzen des Machbarkeitswahns und des selektiven Blicks letztendlich schmerzhaft - physisch und psychisch - tragen muss.

Für Menschen mit einer Behinderung wird die Selektion durch Pränataldiagnostik als ein Angriff auf ihr Lebensrecht und eine Infragestellung ihrer gleichberechtigten Existenz erlebt.

Es werden inzwischen deutlich weniger Kinder mit Down-Syndrom und mit offenem Rücken geboren, was belegt, dass das System der Pränataldiagnostik sich auch zahlenmäßig auswirkt. An einem Beispiel aus einem anderen kulturellen Zusammenhang lässt sich zeigen,

wie der Mechanismus der Selektion wirkt: In einigen Ländern werden (obwohl teilweise verboten) in großem Maßstab Mädchen durch die Pränataldiagnostik selektiert. Dies wird in unserer Gesellschaft als Skandal empfunden. In diesen Ländern wird aber offenbar das Merkmal „weiblich“ ähnlich bewertet wie in unserer Gesellschaft das Merkmal „behindert“ – nämlich dergestalt, dass die Geburt eines Mädchens Leid und materielle Belastung für die Familie und für das Kind bedeuten. Während wir den Schwangerschaftsabbruch aufgrund des Geschlechts als Skandal empfinden und selbstverständlich mit dem Begriff Selektion bezeichnen, gilt es in unserer Gesellschaft als normal, fast schon als selbstverständlich und keineswegs als „Selektion“, dass ein Kind mit einer möglichen Behinderung nicht zur Welt kommen soll.

### *Das Problem der geteilten und anonymen Verantwortung*

Die im System der Schwangerenvorsorge routinemäßig durchgeführte Pränataldiagnostik dient in den wenigsten Fällen dazu, bestimmte Therapiemaßnahmen einzuleiten. Vielmehr geht es in der Regel darum, fetale Fehlbildungen oder genetische Dispositionen zu entdecken. Der Frau bzw. dem Paar werden diese Informationen über das Ungeborene mitgeteilt. Ihnen wird die Entscheidung überlassen, wie sie mit dem Befund umgehen.

- Forscher und Forscherinnen sprechen sich frei von einer Mitverantwortung und betonen, dass die Forschung wertfrei sei, sie das Ergebnis und dessen Wirkung also nicht vorherbestimmen können.
- Die Anbieter der Technik sprechen sich frei von ethischen Beschränkungen und sagen, dass das Angebot an sich wertfrei ist und in den individuellen Entscheidungsspielraum der Frauen fällt.
- Ärzte und Ärztinnen fühlen sich verpflichtet, die Wünsche der schwangeren Frauen zu erfüllen und ihnen ihre Ängste zu nehmen. Sie sehen sich außerdem durch Ängste vor Schadensersatzklagen zusätzlich veranlasst, während der Schwangerenvorsorge nach fetalen Fehlbildungen zu fahnden.
- Schwangere Frauen fühlen sich verpflichtet, die Angebote der Pränataldiagnostik wahrzunehmen, da sie ihnen als Teil der Schwangerenvorsorge erscheinen. Sie sprechen sich frei von einer Mitverantwortung als Nachfragende und Nutzerinnen der Technik.

*Also gibt es die Pränataldiagnostik als ein im Ergebnis selektives System  
...und Keine und Keiner kann etwas dafür?! –*

Wenn wir aber unsere Kritik an das System richten, an die gesellschaftlich herausgebildeten Normen und an ihre Umsetzung in der Gesundheitsversorgung, ist dennoch klar, dass jede und jeder dieses System mitträgt und stabilisiert und, je nach Platz und Möglichkeiten, auch verantwortlich ist für die eigenen Handlungen.

Wir wollen die einzelnen Beteiligten, weder die Ärztinnen und Ärzte, noch die schwangeren Frauen, als schuldig und als Täter und Täterinnen darstellen. Sie sind aber auch nicht nur willenlose Spielbälle oder ohnmächtige Opfer des Systems. Wir stellen vielmehr mit Nachdruck die Frage, ob das System der Pränataldiagnostik unseren ethischen Wertvorstellungen entspricht und ob Frauen ein Recht darauf haben, eine eigentlich erwünschte Schwangerschaft abzubrechen, weil das Ungeborene bestimmte Bedingungen nicht erfüllt. Die Möglichkeit, sich zu verweigern und sich für Veränderungen einzusetzen, haben alle, die Teile des Systems sind, als politisch Verantwortliche, als Anbietende und als Nachfragende.

Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik will auch in Zukunft analysieren, reflektieren und kritisieren, wie in einem System geteilter und anonymen Verantwortung Selektion gefördert wird.



**Wir wollen uns weiterhin beharrlich einmischen und wehren.  
Durch unseren Namen fühlen wir uns daran immer wieder erinnert  
und dazu verpflichtet!**

*Wir wünschen uns*

- Respekt vor dem Eigenwert eines jeden Menschen unabhängig von bestimmten Kriterien, Bedingungen, Normen
- Abkehr von der Vorstellung, dass nichtbehinderte Kinder Glück und behinderte Kinder Unglück und Leid bedeuten
- Abkehr von einem biologistischen Menschenbild, welches von der genetischen Festlegung des Menschen ausgeht
- Erweiterung dessen, was „normal“ ist – in unseren Köpfen und in der Gesellschaft
- Mehr Vertrauen in lebendige Prozesse und eine Abkehr von dem Prinzip der „Planbarkeit“ und den entsprechenden Schuldzuweisungen

*Wir fordern*

- dass die auf Selektion zielende Pränataldiagnostik aus der regulären Schwangerenvorsorge herausgenommen wird
- dass die Schwangerenvorsorge so organisiert wird, dass nicht durch die vermeintlich individuelle Entscheidung schwangerer Frauen eine „Eugenik von unten“ durchgesetzt wird
- dass alle Beteiligten des Systems sich ihrer Verantwortung bewusst werden und dazu beitragen, dass der Pränataldiagnostik Grenzen gesetzt werden.

September 2005, die SprecherInnen  
vorlegt auf der Netzwerktagung Februar 2006

# Deutscher Bundestag

## Stenografischer Bericht

### 95. Sitzung

Berlin, Donnerstag, den 11. April 2019

#### Inhalt:

Erweiterung und Abwicklung der Tagesordnung. ....	11311 A	Dr. Matthias Bartke (SPD) . . . . .	11328 C
Absetzung der Tagesordnungspunkte 15, 20, 25, 26 und 27 e . . . . .	11314 C	Katrin Helling-Plahr (FDP). . . . .	11329 B
Nachträgliche Ausschussüberweisungen . . . .	11314 C	Sören Pellmann (DIE LINKE) . . . . .	11329 D
<b>Tagesordnungspunkt 3:</b>		Markus Kurth (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN). . . . .	11330 C
Vereinbarte Debatte: <b>Vorgeburtliche genetische Bluttests</b>		Thomas Rachel (CDU/CSU). . . . .	11331 B
Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU). . . . .	11315 B	Beatrix von Storch (AfD) . . . . .	11331 D
Dr. Axel Gehrke (AfD) . . . . .	11316 A	Hilde Mattheis (SPD) . . . . .	11332 B
Dr. Karl Lauterbach (SPD) . . . . .	11317 C	Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU) . . . . .	11332 D
Christine Aschenberg-Dugnus (FDP) . . . . .	11318 B	Susann Rührich (SPD). . . . .	11333 C
Cornelia Möhring (DIE LINKE) . . . . .	11318 D	Christian Schmidt (Fürth) (CDU/CSU) . . . . .	11334 B
Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN). . . . .	11319 C	Marja-Liisa Völlers (SPD) . . . . .	11334 D
Wilfried Oellers (CDU/CSU) . . . . .	11320 B	Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU). . . . .	11335 C
Dagmar Schmidt (Wetzlar) (SPD) . . . . .	11321 A	René Röspel (SPD) . . . . .	11336 B
Jens Beeck (FDP) . . . . .	11321 D	Erwin Rüdell (CDU/CSU) . . . . .	11337 A
Dr. Petra Sitte (DIE LINKE). . . . .	11322 C	Dr. Maria Flachsbarth (CDU/CSU) . . . . .	11337 C
Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN). . . . .	11323 B	Uwe Schummer (CDU/CSU) . . . . .	11338 A
Rudolf Henke (CDU/CSU). . . . .	11324 A	Peter Weiß (Emmendingen) (CDU/CSU). . . . .	11338 D
Volker Münz (AfD). . . . .	11324 D	Emmi Zeulner (CDU/CSU) . . . . .	11339 A
Sabine Dittmar (SPD) . . . . .	11325 C	<b>Tagesordnungspunkt 4:</b>	
Pascal Kober (FDP) . . . . .	11326 B	Antrag der Abgeordneten Peter Boehringer, Dr. Bruno Hollnagel, Stephan Brandner, wei- terer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: <b>Target-Forderungen unabhängig vom Fort- bestand des Euros besichern</b>	
Kathrin Vogler (DIE LINKE) . . . . .	11326 D	Drucksache 19/9232 . . . . .	11339 D
Katja Dörner (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN). . . . .	11327 B	Peter Boehringer (AfD). . . . .	11340 A
Stephan Pilsinger (CDU/CSU) . . . . .	11328 A	Dr. André Berghegger (CDU/CSU) . . . . .	11341 C

Frank Schäffler (FDP) . . . . .	11343 B
Sonja Amalie Steffen (SPD) . . . . .	11344 D
Dr. Bernd Baumann (AfD) . . . . .	11346 B
Sonja Amalie Steffen (SPD) . . . . .	11346 D
Dr. Gesine Löttsch (DIE LINKE) . . . . .	11347 A
Lisa Paus (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) . . . . .	11348 B
Christian Haase (CDU/CSU) . . . . .	11349 C
Lothar Binding (Heidelberg) (SPD) . . . . .	11351 A
Alexander Radwan (CDU/CSU) . . . . .	11352 C

### Tagesordnungspunkt 5:

Antrag der Bundesregierung: **Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der Multidimensionalen Integrierten Stabilisierungsmission der Vereinten Nationen in Mali (MINUSMA)**

Drucksache 19/8972 . . . . .	11353 D
Heiko Maas, Bundesminister AA . . . . .	11354 A
Dr. Lothar Maier (AfD) . . . . .	11355 B
Markus Koob (CDU/CSU) . . . . .	11356 A
Bijan Djir-Sarai (FDP) . . . . .	11357 B
Kathrin Vogler (DIE LINKE) . . . . .	11358 A
Agnieszka Brugger (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	11358 D
Thomas Erndl (CDU/CSU) . . . . .	11359 C
Roderich Kiesewetter (CDU/CSU) . . . . .	11360 C

### Tagesordnungspunkt 6:

a) Antrag der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: <b>Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen</b> Drucksache 19/9229 . . . . .	11361 B
b) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: <b>Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung stärken – Altersrückstellungen beim Anbieterwechsel mitnehmen lassen</b> Drucksache 19/9233 . . . . .	11361 C
Dr. Achim Kessler (DIE LINKE) . . . . .	11361 C
Erich Irlstorfer (CDU/CSU) . . . . .	11362 D
Jörg Schneider (AfD) . . . . .	11363 D
Bärbel Bas (SPD) . . . . .	11364 D

Christine Aschenberg-Dugnus (FDP) . . . . .	11366 A
Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	11367 B
Dietrich Monstadt (CDU/CSU) . . . . .	11368 C
Dr. Robby Schlund (AfD) . . . . .	11369 D
Sabine Dittmar (SPD) . . . . .	11371 A
Nicole Westig (FDP) . . . . .	11372 B
Erwin Rüdell (CDU/CSU) . . . . .	11373 A
Tino Sorge (CDU/CSU) . . . . .	11374 A
Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	11374 C

### Tagesordnungspunkt 27:

a) Erste Beratung des von den Abgeordneten Roman Johannes Reusch, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines <b>Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches</b> Drucksache 19/9234 . . . . .	11375 D
b) Antrag der Abgeordneten Katja Keul, Kai Gehring, Omid Nouripour, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: <b>Den Konflikt in der Westsahara nicht vergessen – Völkerrecht durchsetzen</b> Drucksache 19/8984 . . . . .	11376 A
f) Antrag der Abgeordneten Markus Kurth, Anja Hajduk, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: <b>Mit der Garantierende Altersarmut bekämpfen</b> Drucksache 19/9231 . . . . .	11376 A
g) Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung gemäß § 56a der Geschäftsordnung: <b>Technikfolgenabschätzung (TA) – Neue elektronische Medien und Suchtverhalten</b> Drucksache 18/8604 . . . . .	11376 B
i) Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung gemäß § 56a der Geschäftsordnung: <b>Technikfolgenabschätzung (TA) – Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen</b> Drucksache 19/2790 . . . . .	11376 B
j) Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung gemäß § 56a der Geschäftsordnung: <b>Technikfolgenabschätzung (TA) – Chancen und Risiken mobiler und digitaler Kommunikation in der Arbeitswelt</b> Drucksache 19/8527 . . . . .	11376 C

in Verbindung mit

**Zusatztagesordnungspunkt 2:**

- a) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
Drucksache 19/8566 ..... 11376 C
- b) Antrag der Abgeordneten Katja Keul, Katja Dörner, Luise Amtsberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Fortbildung von Richterinnen und Richtern sowie Qualitätssicherung im familiengerichtlichen Verfahren**  
Drucksache 19/8568 ..... 11376 D
- c) Antrag der Abgeordneten Andreas Bleck, Karsten Hilse, Dr. Rainer Kraft, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: **Plastikmüll – Eine internationale Herausforderung**  
Drucksache 19/9237 ..... 11376 D
- d) Antrag der Abgeordneten Judith Skudelny, Frank Sitta, Dr. Lukas Köhler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Technologieoffenheit in der Luftreinhaltung**  
Drucksache 19/9227 ..... 11377 A
- g) Antrag der Abgeordneten Renate Künast, Tabea Rößner, Katharina Dröge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Das Recht zu wissen – EU-Richtlinie für Transparenz- und Sorgfaltspflichten in der Textilproduktion**  
Drucksache 19/9269 ..... 11377 A

in Verbindung mit

**Tagesordnungspunkt 27:**

- c) Antrag der Abgeordneten Sebastian Münzenmaier, Christoph Neumann, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: **Einführung des digitalen Meldescheins in Beherbergungsbetrieben prüfen**  
Drucksache 19/9235 ..... 11377 B
- d) Antrag der Abgeordneten Sebastian Münzenmaier, Christoph Neumann, René Springer, weiterer Abgeordneter und der

Fraktion der AfD: **Geltendmachung von Fahr- und Fluggastrechten digitalisieren**  
Drucksache 19/9236 ..... 11377 C

- h) Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung gemäß § 56a der Geschäftsordnung: **Technikfolgenabschätzung (TA) – Online-Bürgerbeteiligung an der Parlamentsarbeit**  
Drucksache 18/13689 ..... 11377 D

in Verbindung mit

**Zusatztagesordnungspunkt 2:**

- e) Antrag der Abgeordneten Dr. Christoph Hoffmann, Alexander Graf Lambsdorff, Till Mansmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Weltweit mehr Wald für den Klimaschutz**  
Drucksache 19/9226 ..... 11378 B
- f) Antrag der Abgeordneten Dr. Marcel Klinge, Manuel Höferlin, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Digitale Signatur von Meldescheinen in Beherbergungsstätten – Bürokratie abbauen**  
Drucksache 19/9223 ..... 11378 C

**Tagesordnungspunkt 28:**

- a) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Antrag der Abgeordneten Manuel Höferlin, Oliver Luksic, Bernd Reuther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Abschaffung der Zuverlässigkeitsprüfung für Privatpiloten**  
Drucksachen 19/1702, 19/5555 ..... 11379 A
- b) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit zu der Verordnung der Bundesregierung: **Verordnung zur Einführung der Verordnung über mittelgroße Feuerungs-, Gasturbinen- und Verbrennungsmotoranlagen sowie zur Änderung der Verordnung über kleine und mittlere Feuerungsanlagen**  
Drucksachen 19/8459, 19/8646 Nr. 2, 19/9268 ..... 11379 B
- c) Antrag der Abgeordneten Dr. Gesine Löttsch, Dr. André Hahn, Lorenz Gösta Beutin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: **Tag der Befreiung als gesetzlicher Gedenktag**  
Drucksache 19/9230 ..... 11379 B

d)–p)	Beratung der Beschlussempfehlungen des Petitionsausschusses: <b>Sammelübersichten 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263 und 264 zu Petitionen</b> Drucksachen 19/9012, 19/9013, 19/9014, 19/9015, 19/9016, 19/9017, 19/9018, 19/9019, 19/9020, 19/9021, 19/9022, 19/9023, 19/9024. ....	11379 C
-------	--	---------

### Zusatztagesordnungspunkt 3:

a)–m)	Beratung der Beschlussempfehlungen des Petitionsausschusses: <b>Sammelübersichten 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276 und 277 zu Petitionen</b> Drucksachen 19/9277, 19/9278, 19/9279, 19/9280, 19/9281, 19/9282, 19/9283, 19/9284, 19/9285, 19/9286, 19/9287, 19/9288, 19/9289. ....	11380 D
-------	--	---------

### Zusatztagesordnungspunkt 4:

	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl eines Stellvertreters des Präsidenten (1. Wahlgang)</b> Drucksache 19/9252. ....	11382 A
	Wahl. ....	11382 C
	Ergebnis. ....	11387 B

### Zusatztagesordnungspunkt 5:

a)	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a Absatz 2 der Bundeshaushaltsordnung</b> Drucksache 19/9253. ....	11382 D
b)	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl von Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes</b> Drucksache 19/9254. ....	11383 A
c)	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl von Mitgliedern des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes</b> Drucksache 19/9255. ....	11383 B
d)	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas“</b> Drucksache 19/9256. ....	11383 D
e)	Wahlvorschlag der Fraktion der AfD: <b>Wahl von Mitgliedern des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“</b> Drucksache 19/9257. ....	11383 D

f)	Wahlvorschlag der Fraktion der SPD: <b>Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“</b> Drucksache 19/9294. ....	11384 A
	Wahlen. ....	11382 D, 11383 A, 11383 C
	Ergebnisse. ....	11399 C

### Tagesordnungspunkt 7:

	Antrag der Bundesregierung: <b>Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der Militärmission der Europäischen Union als Beitrag zur Ausbildung der malischen Streitkräfte (EUTM Mali)</b> Drucksache 19/8971. ....	11384 B
	Heiko Maas, Bundesminister AA. ....	11384 B
	Dr. Lothar Maier (AfD). ....	11385 D
	Dr. Peter Tauber, Parl. Staatssekretär BMVg. ....	11386 C
	Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann (FDP). ....	11387 C
	Christine Buchholz (DIE LINKE). ....	11388 B
	Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN). ...	11388 D
	Dr. Wolfgang Stefinger (CDU/CSU). ....	11389 D
	Gisela Manderla (CDU/CSU). ....	11390 C

### Tagesordnungspunkt 8:

	Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: <b>Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen</b> Drucksachen 19/4834, 19/9298. ....	11391 B
	Rudolf Henke (CDU/CSU). ....	11391 B
	Detlev Spangenberg (AfD). ....	11392 B
	Martina Stamm-Fibich (SPD). ....	11393 A
	Katrin Helling-Plahr (FDP). ....	11393 D
	Harald Weinberg (DIE LINKE). ....	11394 C
	Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN). ....	11395 C
	Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU). ....	11396 A
	Dr. Wieland Schinnenburg (FDP). ....	11396 D
	Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU). ....	11397 A
	Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN). ...	11397 B
	Dr. Edgar Franke (SPD). ....	11397 D
	Erich Irlstorfer (CDU/CSU). ....	11398 C

**Tagesordnungspunkt 9:**

Antrag der Bundesregierung: **Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der durch die Europäische Union geführten EU NAVFOR Somalia Operation ATALANTA zur Bekämpfung der Piraterie vor der Küste Somalias**

Drucksache 19/8970 .....	11399 D
Michael Roth, Staatsminister AA .....	11400 A
Armin-Paulus Hampel (AfD) .....	11401 A
Dr. Peter Tauber, Parl. Staatssekretär BMVg .....	11402 A
Olaf in der Beek (FDP) .....	11402 D
Tobias Pflüger (DIE LINKE) .....	11403 C
Agnieszka Brugger (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) .....	11404 C
Dr. Reinhard Brandl (CDU/CSU) .....	11405 C
Ingo Gädechens (CDU/CSU) .....	11406 B
Armin-Paulus Hampel (AfD) .....	11406 C

**Tagesordnungspunkt 10:**

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung: **Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2014 bis 2017**

Drucksachen 19/5720, 19/5993 Nr. 8, 19/9300 .....	11407 C
Dr. Bärbel Kofler (SPD) .....	11407 C
Jürgen Braun (AfD) .....	11408 C
Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU) .....	11409 D
Gyde Jensen (FDP) .....	11410 D
Zaklin Nastic (DIE LINKE) .....	11411 D
Margarete Bause (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) .....	11413 A
Sebastian Brehm (CDU/CSU) .....	11414 A
Aydan Özoğuz (SPD) .....	11414 D
Norbert Maria Altenkamp (CDU/CSU) .....	11415 C

**Tagesordnungspunkt 11:**

a) Antrag der Abgeordneten Stephan Kühn (Dresden), Matthias Gastel, Stefan Gelbhaar, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Elektromobilität auf die Überholspur bringen – Chancen für eine zukunftsfähige Mobilität nutzen**

Drucksache 19/7195 .....	11416 C
--------------------------	---------

b) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur zu dem Antrag der Abgeordneten Daniela Kluckert, Frank Sitta, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: <b>Technologieoffene Förderung alternativer Antriebe</b>	11416 D
Drucksachen 19/7902, 19/8903 .....	11416 D

in Verbindung mit

**Zusatztagesordnungspunkt 6:**

Antrag der Abgeordneten Dietmar Friedhoff, Markus Frohnmaier, Ulrich Oehme, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD: **Keine Elektromobilität zu Lasten von Mensch und Umwelt in rohstoffreichen Entwicklungsländern – Rohstoffförderung für Elektromobilität strenger kontrollieren**

Drucksache 19/9251 .....	11417 A
Stephan Kühn (Dresden) (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) .....	11417 A
Steffen Bilger, Parl. Staatssekretär BMVI ...	11418 B
Dr. Dirk Spaniel (AfD) .....	11419 C
Mathias Stein (SPD) .....	11421 A
Daniela Kluckert (FDP) .....	11422 B
Dr. Dirk Spaniel (AfD) .....	11423 B
Daniela Kluckert (FDP) .....	11423 C
Andreas Wagner (DIE LINKE) .....	11423 D
Mario Mieruch (fraktionslos) .....	11424 D
Dr. Christoph Ploß (CDU/CSU) .....	11425 B
Matthias Gastel (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) .....	11425 C
Johann Saathoff (SPD) .....	11426 C
Daniela Ludwig (CDU/CSU) .....	11427 D

**Zusatztagesordnungspunkt 7:**

Erste Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und anderer Gesetze**

Drucksache 19/9228 .....	11429 A
Ansgar Heveling (CDU/CSU) .....	11429 A
Dr. Christian Wirth (AfD) .....	11430 A
Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen .....	11430 D
Jens Beeck (FDP) .....	11432 A
Friedrich Straetmanns (DIE LINKE) .....	11433 B

Corinna Ruffer (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	11434 B
Wilfried Oellers (CDU/CSU) . . . . .	11435 A
Dr. Matthias Bartke (SPD) . . . . .	11436 A
Michael Frieser (CDU/CSU) . . . . .	11437 B

### Tagesordnungspunkt 13:

Erste Beratung des von den Abgeordneten Stephan Brandner, Andreas Bleck, Corinna Miazga, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines <b>Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre</b>	
Drucksache 19/9250 . . . . .	11438 A
Stephan Brandner (AfD) . . . . .	11438 A
Philipp Amthor (CDU/CSU) . . . . .	11439 C
Linda Teuteberg (FDP) . . . . .	11440 C
Mahmut Özdemir (Duisburg) (SPD) . . . . .	11441 B
Friedrich Straetmanns (DIE LINKE) . . . . .	11443 A
Britta Haßelmann (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	
Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU) . . . . .	11445 D

### Tagesordnungspunkt 12:

Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines <b>Gesetzes zum Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbständige</b>	
Drucksachen 19/8460, 19/9292 . . . . .	11447 A
Dagmar Schmidt (Wetzlar) (SPD) . . . . .	11447 A
Martin Sichert (AfD) . . . . .	11448 A
Peter Aumer (CDU/CSU) . . . . .	11449 C
Carl-Julius Cronenberg (FDP) . . . . .	11450 C
Jessica Tatti (DIE LINKE) . . . . .	11451 C
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn (BÜND- NIS 90/DIE GRÜNEN) . . . . .	
Jana Schimke (CDU/CSU) . . . . .	11453 B
Dr. Martin Rosemann (SPD) . . . . .	11454 A
Kai Whittaker (CDU/CSU) . . . . .	11455 A
Namentliche Abstimmung . . . . .	11456 B
Ergebnis . . . . .	11460 C

### Zusatztagsordnungspunkt 8:

Antrag der Abgeordneten Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: <b>Schutz der liberalen Demokratie in Europa</b>	
Drucksache 19/9225 . . . . .	11456 C
Konstantin Kuhle (FDP) . . . . .	11456 C
Philipp Amthor (CDU/CSU) . . . . .	11457 D
Martin Hebner (AfD) . . . . .	11458 C
Corinna Miazga (AfD) . . . . .	11463 A
Johannes Schrapf (SPD) . . . . .	11465 A
Dr. Diether Dehm (DIE LINKE) . . . . .	11466 A
Dr. Franziska Brantner (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	
Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU) . . . . .	11468 C

### Tagesordnungspunkt 14:

Zweite Beratung und Schlussabstimmung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines <b>Gesetzes zu dem Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen Nr. 29 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit</b>	
Drucksachen 19/8461, 19/9011 . . . . .	11469 D
Dr. Matthias Zimmer (CDU/CSU) . . . . .	11470 A
Jürgen Pohl (AfD) . . . . .	11470 D
Gyde Jensen (FDP) . . . . .	11471 D
Jutta Krellmann (DIE LINKE) . . . . .	11472 D
Beate Müller-Gemmeke (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN) . . . . .	
	11473 B

### Tagesordnungspunkt 17:

Antrag der Abgeordneten Niema Movassat, Fabio De Masi, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: <b>Deutschland braucht ein Unternehmensstrafrecht</b>	
Drucksache 19/7983 . . . . .	11474 B
Niema Movassat (DIE LINKE) . . . . .	11474 C
Dr. Jan-Marco Luczak (CDU/CSU) . . . . .	11475 C
Roman Johannes Reusch (AfD) . . . . .	11477 A
Dr. Johannes Fechner (SPD) . . . . .	11477 C
Dr. Jürgen Martens (FDP) . . . . .	11478 C

**Tagesordnungspunkt 16:**

- a) Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften**  
Drucksachen 19/8037, 19/9297. . . . . 11479 B
- b) Beschlussempfehlung und Bericht des Finanzausschusses zu dem Antrag der Abgeordneten Sandra Weeser, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Stromsteuer senken – Bürger entlasten**  
Drucksachen 19/8268, 19/9297. . . . . 11479 C
- Bernhard Daldrup (SPD). . . . . 11479 C
- Dr. Bruno Hollnagel (AfD). . . . . 11480 C
- Sebastian Brehm (CDU/CSU) . . . . . 11481 B
- Sandra Weeser (FDP) . . . . . 11482 B
- Stefan Schmidt (BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN). . . . . 11483 B

**Tagesordnungspunkt 18:**

- a) Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweisgesetzes und weiterer Vorschriften**  
Drucksachen 19/8038, 19/9078. . . . . 11484 C
- b) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Sitta, Mario Brandenburg (Südpfalz), Manuel Höferlin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Smart Perso – Personalausweis auf dem Handy**  
Drucksachen 19/8265, 19/9291. . . . . 11484 C
- Saskia Esken (SPD) . . . . . 11484 D
- Dr. Christian Wirth (AfD). . . . . 11486 B
- Dr. Konstantin von Notz (BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN). . . . . 11487 A

**Zusatztagesordnungspunkt 9:**

- Antrag der Abgeordneten Dieter Janecek, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland**  
Drucksache 19/8567 . . . . . 11488 B

- Dieter Janecek (BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN). . . . . 11488 C
- Bernd Westphal (SPD) . . . . . 11489 C
- Enrico Komning (AfD). . . . . 11490 C
- Reinhard Houben (FDP). . . . . 11491 D

**Tagesordnungspunkt 19:**

- Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Wirtschaft und Energie
- zu der Verordnung der Bundesregierung: **Zwölfte Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung**
  - zu dem Antrag der Abgeordneten Michael Theurer, Reinhard Houben, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Lenkende Industriepolitik ablehnen – Änderung der Außenwirtschaftsverordnung zurücknehmen**
  - zu dem Antrag der Abgeordneten Reinhard Houben, Michael Theurer, Thomas L. Kemmerich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: **Attraktivität Deutschlands für ausländisches Kapital sichern**
  - zu dem Antrag der Abgeordneten Katharina Dröge, Kerstin Andreae, Dr. Konstantin von Notz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: **Schlüsseltechnologien und Kritische Infrastruktur schützen – Standortattraktivität für Investitionen sichern**  
Drucksachen 19/7139, 19/7503 Nr. 2, 19/8953, 19/4216, 19/5565, 19/9296 . . . . 11492 D
- Andreas G. Lämmel (CDU/CSU). . . . . 11493 A
- Steffen Kotré (AfD) . . . . . 11493 D
- Michael Theurer (FDP). . . . . 11494 C
- Katharina Dröge (BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN). . . . . 11495 B
- Nächste Sitzung . . . . . 11496 C
- Anlage 1**
- Entschuldigte Abgeordnete. . . . . 11505 A
- Anlage 2**
- Zu Protokoll gegebene Reden zur Vereinbarten Debatte zu vorgeburtlichen genetischen Bluttests  
(Tagesordnungspunkt 3) . . . . . 11506 A
- Heike Brehmer (CDU/CSU) . . . . . 11506 A
- Dr. Thomas Gebhart, Parl. Staatssekretär  
BMG . . . . . 11506 D
- Eckhard Gnodtke (CDU/CSU) . . . . . 11507 A



<i>Erich Irlstorfer (CDU/CSU)</i> . . . . .	11507 C
<i>Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN)</i> . . . . .	11508 D
<i>Patrick Schmieder (CDU/CSU)</i> . . . . .	11509 B

**Anlage 3**

Ergebnis und Namensverzeichnis der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl eines Stellvertreters des Präsidenten des Deutschen Bundestages teilgenommen haben (1. Wahlgang) (Zusatztagesordnungspunkt 4) . . . . .	11510 A
--	---------

**Anlage 4**

Ergebnis und Namensverzeichnis der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a Absatz 2 der Bundeshaushaltsordnung teilgenommen haben (Zusatztagesordnungspunkt 5 a) . . . . .	11513 A
---	---------

**Anlage 5**

Ergebnis und Namensverzeichnis der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl von Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes teilgenommen haben (Zusatztagesordnungspunkt 5 b) . . . . .	11516 B
---	---------

**Anlage 6**

Ergebnisse und Namensverzeichnis der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl von Mitgliedern des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes teilgenommen haben (Zusatztagesordnungspunkt 5 c) . . . . .	11520 A
---	---------

**Anlage 7**

Erklärung nach § 31 GO der Abgeordneten Renate Künast, Kerstin Andreae, Margarete Bause, Dr. Franziska Brantner, Ekin Deligöz, Katja Dörner, Kai Gehring, Anja Hajduk, Uwe Kekelitz, Katja Keul, Monika Lazar, Steffi Lemke, Lisa Paus, Dr. Manuela Rottmann, Stefan Schmidt, Markus Tressel und Daniela Wagner (alle BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) zu der Abstimmung über die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen (Tagesordnungspunkt 8) . . . . .	11523 B
--	---------

**Anlage 8**

Zu Protokoll gegebene Rede zur Beratung des von den Abgeordneten Stephan Brandner, Andreas Bleck, Corinna Miazga, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre (Tagesordnungspunkt 13) . . . . .	11524 A
<i>Petra Nicolaisen (CDU/CSU)</i> . . . . .	11524 A

**Anlage 9**

Zu Protokoll gegebene Rede zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Schutz der liberalen Demokratie in Europa (Zusatztagesordnungspunkt 8) . . . . .	11524 D
<i>Saskia Esken (SPD)</i> . . . . .	11524 D

**Anlage 10**

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zu dem Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen Nr. 29 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit (Tagesordnungspunkt 14) . . . . .	11525 C
<i>Stephan Stracke (CDU/CSU)</i> . . . . .	11525 C
<i>Michael Gerdes (SPD)</i> . . . . .	11526 B
<i>Bernd Rützel (SPD)</i> . . . . .	11527 A

**Anlage 11**

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Niema Movassat, Fabio De Masi, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Deutschland braucht ein Unternehmensstrafrecht (Tagesordnungspunkt 17) . . . . .	11527 B
<i>Dr. Matthias Heider (CDU/CSU)</i> . . . . .	11527 C
<i>Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU)</i> . . . . .	11528 A
<i>Dr. Nina Scheer (SPD)</i> . . . . .	11529 A
<i>Dr. Manuela Rottmann (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN)</i> . . . . .	11529 D

**Anlage 12**

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung a) des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerechter Vorschriften	
--	--

b) der Beschlussempfehlung und des Berichts des Finanzausschusses zu dem Antrag der Abgeordneten Sandra Weeser, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Stromsteuer senken – Bürger entlasten (Tagesordnungspunkt 16) . . . . .	11530 B
<i>Dr. Hermann-Josef Tebroke (CDU/CSU)</i> . . . . .	11530 C
<i>Jörg Cezanne (DIE LINKE)</i> . . . . .	11531 C

### Anlage 13

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung

a) des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweisgesetzes und weiterer Vorschriften	
b) der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Sitta, Mario Brandenburg (Südpfalz), Manuel Höferlin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Smart Perso – Personalausweis auf dem Handy (Tagesordnungspunkt 18) . . . . .	11532 A
<i>Michael Kuffer (CDU/CSU)</i> . . . . .	11532 A
<i>Josef Oster (CDU/CSU)</i> . . . . .	11532 D
<i>Manuel Höferlin (FDP)</i> . . . . .	11533 C
<i>Gökay Akbulut (DIE LINKE)</i> . . . . .	11534 B

### Anlage 14

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Dieter Janecek, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Ab-

geordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland (Zusatztagesordnungspunkt 9) . . . . .	11534 C
<i>Jan Metzler (CDU/CSU)</i> . . . . .	11534 D
<i>Mark Hauptmann (CDU/CSU)</i> . . . . .	11536 A
<i>Dr. Petra Sitte (DIE LINKE)</i> . . . . .	11537 A

### Anlage 15

Zu Protokoll gegebene Reden zur Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Wirtschaft und Energie

– zu der Verordnung der Bundesregierung: Zwölfte Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung	
– zu dem Antrag der Abgeordneten Michael Theurer, Reinhard Houben, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Lenkende Industriepolitik ablehnen – Änderung der Außenwirtschaftsverordnung zurücknehmen	
– zu dem Antrag der Abgeordneten Reinhard Houben, Michael Theurer, Thomas L. Kemmerich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Attraktivität Deutschlands für ausländisches Kapital sichern	
– zu dem Antrag der Abgeordneten Katharina Dröge, Kerstin Andreae, Dr. Konstantin von Notz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Schlüsseltechnologien und Kritische Infrastruktur schützen – Standortattraktivität für Investitionen sichern (Tagesordnungspunkt 19) . . . . .	11537 C
<i>Karl Holmeier (CDU/CSU)</i> . . . . .	11537 D
<i>Markus Töns (SPD)</i> . . . . .	11538 B
<i>Alexander Ulrich (DIE LINKE)</i> . . . . .	11539 A



(A)

(C)

## 95. Sitzung

Berlin, Donnerstag, den 11. April 2019

Beginn: 9.00 Uhr

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Guten Morgen, liebe Kolleginnen und Kollegen! Bitte nehmen Sie Platz. Die Sitzung ist eröffnet.

Vor Eintritt in die Tagesordnung teile ich Ihnen mit, dass es eine interfraktionelle Vereinbarung gibt, die verbundene **Tagesordnung** um die in der Zusatzpunktliste aufgeführten Punkte zu **erweitern**:

**ZP 1 Aktuelle Stunde**

**Wohnraummiete in Deutschland**

(siehe 94. Sitzung)

(B)

**ZP 2 Weitere Überweisungen im vereinfachten Verfahren**

(Ergänzung zu TOP 27)

- a) Beratung des Antrags der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

**Drucksache 19/8566**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Gesundheit

- b) Beratung des Antrags der Abgeordneten Katja Keul, Katja Dörner, Luise Amtsberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Fortbildung von Richterinnen und Richtern sowie Qualitätssicherung im familiengerichtlichen Verfahren**

**Drucksache 19/8568**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- c) Beratung des Antrags der Abgeordneten Andreas Bleck, Karsten Hilse, Dr. Rainer Kraft, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Plastikmüll – Eine internationale Herausforderung**

**Drucksache 19/9237**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

- d) Beratung des Antrags der Abgeordneten Judith Skudelny, Frank Sitta, Dr. Lukas Köhler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP (D)

**Technologieoffenheit in der Luftreinhaltung**

**Drucksache 19/9227**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie

- e) Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Christoph Hoffmann, Alexander Graf Lambsdorff, Till Mansmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Weltweit mehr Wald für den Klimaschutz**

**Drucksache 19/9226**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (f)  
**Federführung strittig**

- f) Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Marcel Klinge, Manuel Höferlin, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Digitale Signatur von Meldescheinen in Beherbergungsstätten – Bürokratie abbauen**

**Drucksache 19/9223**

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble**

- (A) Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
Ausschuss für Tourismus (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
**Federführung strittig**
- g) Beratung des Antrags der Abgeordneten Renate Künast, Tabea Rößner, Katharina Dröge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Das Recht zu wissen – EU-Richtlinie für Transparenz- und Sorgfaltspflichten in der Textilproduktion**
- Drucksache 19/9269**
- Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- ZP 3 **Weitere abschließende Beratung ohne Aussprache**  
(Ergänzung zu TOP 28)
- a) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 265 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9277**
- (B) b) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 266 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9278**
- c) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 267 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9279**
- d) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 268 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9280**
- e) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 269 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9281**
- f) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 270 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9282**
- g) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 271 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9283**
- h) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 272 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9284**
- i) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 273 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9285**
- j) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 274 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9286**
- k) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 275 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9287**
- l) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 276 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9288**
- m) Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)
- Sammelübersicht 277 zu Petitionen**
- Drucksache 19/9289**
- ZP 4 Wahlvorschlag der Fraktion der AfD (D)
- Wahl eines Stellvertreters des Präsidenten (1. Wahlgang)**
- Drucksache 19/9252**
- ZP 5 **Wahlen zu Gremien**
- a) Wahlvorschlag der Fraktion der AfD
- Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a Absatz 2 der Bundeshaus-  
haltsordnung**
- Drucksache 19/9253**
- b) Wahlvorschlag der Fraktion der AfD
- Wahl von Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes**
- Drucksache 19/9254**
- c) Wahlvorschlag der Fraktion der AfD
- Wahl von Mitgliedern des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsme-  
chanismusgesetzes**
- Drucksache 19/9255**
- d) Wahlvorschlag der Fraktion der AfD
- Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas“**
- Drucksache 19/9256**

Präsident Dr. Wolfgang Schäuble

- (A) e) Wahlvorschlag der Fraktion der AfD  
**Wahl von Mitgliedern des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“**  
**Drucksache 19/9257**
- f) Wahlvorschlag der Fraktion der SPD  
**Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“**  
**Drucksache 19/9294**
- ZP 6 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dietmar Friedhoff, Markus Frohnmaier, Ulrich Oehme, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
**Keine Elektromobilität zu Lasten von Mensch und Umwelt in rohstoffreichen Entwicklungsländern – Rohstoffförderung für Elektromobilität strenger kontrollieren**  
**Drucksache 19/9251**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur (f)  
 Auswärtiger Ausschuss  
 Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- ZP 7 Erste Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und anderer Gesetze  
**Drucksache 19/9228**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
 Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales  
 Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
 Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union
- ZP 8 Beratung des Antrags der Abgeordneten Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
**Schutz der liberalen Demokratie in Europa**  
**Drucksache 19/9225**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union
- ZP 9 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dieter Janecek, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland**  
**Drucksache 19/8567**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Wirtschaft und Energie (f)  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales  
 Ausschuss Digitale Agenda
- ZP 10 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Bettina Hoffmann, Harald Ebner, Renate Künast, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
**Vorsorgeprinzip als Innovationsmotor**  
**Drucksache 19/9270**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft  
 Ausschuss für Gesundheit  
 Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung
- ZP 11 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Harald Weyel, Corinna Miazga, Norbert Kleinwächter, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
**zu den Verhandlungen zum Mehrjährigen Finanzrahmen bezugnehmend auf den Sachstandsbericht des Europäischen Rates Ratsdok. 13047/18**  
**sowie**  
**zu den Verhandlungen zum Vorschlag für einen Beschluss des Rates zur Festlegung der finanziellen Beiträge der Mitgliedstaaten zum Europäischen Entwicklungsfonds (EEF) einschließlich der dritten Tranche 2018 KOM(2018) 669 endg.; Ratsdok. 12861/18**  
**hier: Stellungnahme gegenüber der Bundesregierung gemäß Artikel 23 Absatz 3 des Grundgesetzes** (D)  
**Keine Verlängerung beziehungsweise Neuaufgabe des Europäischen Entwicklungsfonds (EEF)**  
**Drucksache 19/9238**  
 Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (f)  
 Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union (f)  
 Auswärtiger Ausschuss  
 Haushaltsausschuss  
**Federführung strittig**
- ZP 12 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Harald Weyel, Corinna Miazga, Siegbert Droese, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD  
**zu den Verhandlungen zum Mehrjährigen Finanzrahmen, bezugnehmend auf den Sachstandsbericht des Europäischen Rates Ratsdok. 13047/18,**  
**hier: Stellungnahme gegenüber der Bundesregierung gemäß Artikel 23 Absatz 3 des Grundgesetzes**  
**Keine Verlängerung Europäischer Hilfsfonds**  
**Drucksache 19/9249**

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble**

- (A) Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union (f)  
Auswärtiger Ausschuss  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
Haushaltsausschuss

ZP 13 Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (19. Ausschuss)

- zu dem Antrag der Abgeordneten Olaf in der Beek, Alexander Graf Lambsdorff, Dr. Christoph Hoffmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Post-Cotonou-Verhandlungen als Chance nutzen – Für ein neues EU-Afrika-Abkommen**

- zu dem Antrag der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber, Helin Evrim Sommer, Heike Hänsel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Eine Partnerschaft mit Afrika für Gerechtigkeit, Frieden und ein Leben in Würde**

**Drucksachen 19/2528, 19/2519, 19/6190**

ZP 14 Beratung des Antrags der Abgeordneten Sabine Leidig, Ingrid Remmers, Andreas Wagner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

- (B) **Die Bahn wieder ins ganze Land bringen – Bahnstrecken reaktivieren**

**Drucksache 19/9076**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
Ausschuss für Tourismus  
Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen  
Haushaltsausschuss

ZP 15 Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur (15. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Sabine Leidig, Dr. Gesine Löttsch, Lorenz Gösta Beutin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Abbau von Bahninfrastruktur stoppen**

**Drucksachen 19/7907, 19/8804**

Von der Frist für den Beginn der Beratungen soll, soweit erforderlich, abgewichen werden.

Nach dem Tagesordnungspunkt 11 soll der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und anderer Gesetze – das ist die Neuregelung der Wahlrechtsausschlüsse – auf der Drucksache 19/9228 im Umfang von 38 Minuten aufgerufen werden. Die nachfolgenden Tagesordnungspunkte der Koalitionsfraktionen rücken entsprechend nach hinten.

(C) Der Tagesordnungspunkt 15 soll abgesetzt und stattdessen der Antrag auf der Drucksache 19/9225 mit dem Titel „Schutz der liberalen Demokratie in Europa“ bei einer unveränderten Debattenzeit von 38 Minuten beraten werden.

Der Tagesordnungspunkt 20 soll ebenfalls abgesetzt und an dieser Stelle der Antrag auf der Drucksache 19/8567 mit dem Titel „Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland“ im Umfang von 38 Minuten debattiert werden.

Des Weiteren soll der Tagesordnungspunkt 25 abgesetzt und stattdessen der Antrag auf der Drucksache 19/9238 mit dem Titel „Keine Verlängerung beziehungsweise Neuauflage des Europäischen Entwicklungsfonds (EEF)“ mit einer Debattenzeit von 38 Minuten aufgerufen werden.

Dann soll auch der Tagesordnungspunkt 26 abgesetzt und stattdessen in verbundener Beratung der Antrag auf der Drucksache 19/9076 mit dem Titel „Die Bahn wieder ins ganze Land bringen – Bahnstrecken reaktivieren“ sowie die Beschlussempfehlung auf der Drucksache 19/8804 zu dem Antrag mit dem Titel „Abbau von Bahninfrastruktur stoppen“ im Umfang von unverändert 38 Minuten beraten werden.

Schließlich soll der ohne Debatte vorgesehene Tagesordnungspunkt 27 e abgesetzt werden.

Darüber hinaus mache ich noch auf zwei **nachträgliche Ausschussüberweisungen** im Anhang zur Zusatzpunktliste aufmerksam:

(D) Der am 4. April 2019 (92. Sitzung) überwiesene nachfolgende Gesetzentwurf soll zusätzlich dem Ausschuss für Wirtschaft und Energie (9. Ausschuss) zur Mitberatung überwiesen werden:

Erste Beratung des von den Abgeordneten Christian Kühn (Tübingen), Stefan Schmidt, Canan Bayram, weiteren Abgeordneten und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuches und anderer Gesetze – Abschaffung der Grundsteuer-Umlagefähigkeit (Mieter-Grundsteuer-Entlastungsgesetz)**

**Drucksache 19/8827**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Finanzausschuss  
**Ausschuss für Wirtschaft und Energie**  
Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Der am 4. April 2019 (92. Sitzung) überwiesene nachfolgende Gesetzentwurf soll zusätzlich dem Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuss) zur Mitberatung überwiesen werden:

Erste Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes gegen illegale Beschäftigung und Sozialleistungsmissbrauch**

**Drucksache 19/8691**

Präsident Dr. Wolfgang Schäuble

- (A) Überweisungsvorschlag:  
 Finanzausschuss (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales  
**Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
 Haushaltsausschuss

Haben Sie all diese Vereinbarungen verstanden, und sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann ist das so beschlossen.

Dann rufe ich den Tagesordnungspunkt 3 auf:

Vereinbarte Debatte

### Vorgeburtliche genetische Bluttests

Wir wollen unter diesem Tagesordnungspunkt im Rahmen einer Orientierungsdebatte das Thema „vorgeburtliche genetische Bluttests“ erörtern. Heute soll das Für und Wider der Aufnahme der Tests in den Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen offen über Fraktionsgrenzen hinweg diskutiert werden.

Um möglichst vielen Abgeordneten die Möglichkeit zu geben, sich an der Debatte zu beteiligen, ist interfraktionell vereinbart, dass insgesamt 38 Abgeordnete aller Fraktionen für jeweils drei Minuten das Wort erhalten. Das gibt insgesamt eine Redezeit von 114 Minuten. Alle anderen Abgeordneten können ihre **Redebeiträge zu Protokoll** geben.<sup>1)</sup> Die Parlamentarischen Geschäftsführer haben sich verständigt, dass es keine Kurzinterventionen und keine Zwischenfragen geben soll. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann ist das so beschlossen.

- (B) Dann möchte ich noch darauf aufmerksam machen: Bei 38 Abgeordneten muss ich die drei Minuten streng einhalten. Das heißt, ich werde jeweils kurz vor Ablauf der drei Minuten dem Redner einen Hinweis geben und nach drei Minuten sagen: Die Redezeit ist vorüber. – Ich bitte, sich daran zu halten.

Damit eröffne ich die Aussprache und erteile das Wort der Kollegin Dr. Schmidtke, CDU/CSU.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU):

Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Aldous Huxley beschrieb in den 30er-Jahren in seinem Roman „Brave New World“ bereits die pränatale biologische Einwirkung auf die Menschen: Fantasie eines Autors, unerreichbare Fiktion. Wir wussten und fürchteten, dass der Fortschritt uns irgendwann in die Lage versetzen würde, den humangenetischen Code noch vor der Geburt zu lesen, zu analysieren und zu verändern.

Die nichtinvasive Pränataldiagnostik, um die es heute geht, verändert kein einziges Chromosom und führt uns doch zu der Frage: Was ist für uns Leben? Es ist vor allem nicht disponibel. Was es lebenswert macht, sind gerade die Vielfalt, die Überraschung, das nicht Perfekte. Diese Überzeugung, meine Damen und Herren, ist keine Glaubensfrage; in diesem Haus ist sie Verpflichtung. Sie

steht im Artikel 1 unseres Grundgesetzes. Es ist die unantastbare Würde des Menschen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der AfD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Doch wie so oft: Ethische Fragestellungen sind nicht schwarz-weiß; sie sind komplex. Da ist zunächst die Tatsache, dass die Untersuchungen, über die wir heute sprechen, bereits angewendet werden. Kein Gesetz einer globalisierten, digitalisierten Welt kann sie wieder vom Markt nehmen.

Da ist zum Zweiten die Erkenntnis, dass die bereits seit Jahrzehnten solidarisch finanzierten Alternativen wie die Amniozentese mit Risiken für das Leben des ungeborenen Kindes einhergehen. Bei nur 200 Fällen gibt es mindestens ein totes Kind, das gesund hätte aufwachsen können. Bei einem Diagnostikverfahren! Dieses Risiko wollten wir, die Politik, senken. Das BMBF förderte erfolgreich die Entwicklung der Bluttests, über die wir heute sprechen.

Wir sehen, dass unsere neuen Fähigkeiten der pränatalen Diagnostik und die fiktive Brave New World eben nicht zwei Seiten derselben Medaille sind. Wenn wir heute andere Grenzen bei dieser nichtinvasiven Diagnostik ziehen als bei riskanter Diagnostik, so wäre das weder rational noch ethisch und medizinisch erst recht nicht zu erklären.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

Und doch müssen wir uns mit dem Thema befassen. Wir müssen die Gelegenheit nutzen, für das Leben in all seiner Vielfalt zu werben. Wir müssen stärker als bisher zeigen, was für ein wunderbares Geschenk Kinder mit Downsyndrom für unsere Welt sind. Viele Medien haben die Debatte in den vergangenen Wochen zum Anlass für Geschichten genommen. Hierfür möchte ich ihnen danken. (D)

Danken möchte ich auch der FDP-Fraktion, und zwar dafür, dass sie einen unterirdisch illustrierten Tweet zum Thema gelöscht und sich dafür entschuldigt hat. Besser wäre es allerdings gewesen, wir hätten ihn gar nicht erst gesehen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der AfD)

Die Debatte zeigt einen zentralen Vorteil auf, den eine Kostenübernahme mit sich bringen kann. Auf eine Einbindung der Bluttests in psychosoziale Beratung können wir im Rahmen der Kostenübernahme bestehen, bei der Nutzung von Angeboten außerhalb unseres Gesundheitssystems nicht. Wir als Gesellschaft müssen Fehlentwicklungen verhindern. Für die Atmosphäre, die das garantiert, haben wir zu sorgen. Mit der Frage der Kostenübernahme stehen wir also am Ende lediglich vor der Entscheidung, ob wir die werdenden Eltern mit ihrem gekauften Ergebnis alleinlassen oder verantwortungsvoll einbinden. Ich bin für die Einbindung.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

<sup>1)</sup> Anlage 2



**(A) Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Danke sehr. – Nächster Redner ist der Kollege Dr. Axel Gehrke, AfD.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Axel Gehrke (AfD):**

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Anlass zu dieser Debatte war offenbar die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entscheidende Frage, ob ein neues, aber schon seit 2012 bekanntes und bewährtes molekulargenetisches Testverfahren auf Trisomie 21, besser bekannt als „Downsyndrom“, als Kassenleistung anerkannt werden soll.

Dazu muss man wissen, dass dieses neue Verfahren ein risikobehaftetes, aber bereits seit 1975 zugelassenes und von der GKV auch bezahltes Verfahren, die sogenannte Fruchtwasseranalyse, als Routineverfahren ersetzen soll. Diese ist schon seit über 40 Jahren Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien und seitdem problemlos bei Risikoschwangerschaften als Kassenleistung anerkannt. Also: Den Untergang des Abendlandes zu befürchten, nur weil ein neues, risikoarmes Verfahren ein altes, risikobehaftetes mit zusätzlich besserer diagnostischer Aussagekraft und dann noch kostengünstiger ersetzen soll, geht schon mal an der gegebenen Realität vorbei.

(Beifall bei der AfD)

**(B) Deswegen ist zunächst festzustellen:**

Erstens. Es geht im Gegensatz zu allen wilden Diskussionen nicht um die Einführung eines neuen Testverfahrens.

Zweitens. Es geht auch nicht darum, ein Screening-Programm oder eine Rasterfahndung zu schaffen. Denn Voraussetzung ist nach wie vor die medizinische Feststellung einer Risikoschwangerschaft.

Drittens. Schon gar nicht geht es um Genmanipulation. Genetische Bluttests wollen veränderte oder krankhafte Gene erkennen. Genmanipulationen wollen Gene verändern. Und genau das ist durch diese Tests nicht möglich und wird es auch nie sein. Alle Diskussionen um Designerbabys, blonde Haare und blaue Augen erübrigen sich hier, zumindest unter dem Titel dieser Debatte.

Die heutige Diskussion eröffnet zwei Richtungen, erstens die Erörterung der Frage, ob dieser neue, risikoärmere Test genauso von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden soll wie die Fruchtwasseranalyse, und zweitens die grundsätzliche ethische Frage, was passiert, wenn eine Frau durch diesen Test – ob alt oder neu – erfährt, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Kind mit Trisomie 21 bekommen wird. Dazu sagten die Grünen bereits in der Debatte zur Abtreibung 1995 – ich zitiere Kerstin Müller –:

Frauen müssen endlich selbst entscheiden können, ob sie Kinder haben wollen oder nicht – ohne Zwangsberatung und ohne strafrechtliche Sanktion.

Das ist letztendlich der Weg, den § 218 Strafgesetzbuch ohne Wenn und Aber aufzugeben, und diesen Weg werden wir von der AfD mit Sicherheit nicht mitgehen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Solange der Gesetzgeber keine Klarheit zur Beibehaltung des § 218 gibt, ist es scheinheilig, über etwaige ethische Konsequenzen eines bei Risikoschwangerschaften anzuwendenden Tests zu diskutieren.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Verstehen Sie die Debatte nicht? Wir sprechen nicht über *die* CDU oder *die* AfD!)

Pro Jahr werden bis zu 30 000 bis 40 000 Fruchtwasseruntersuchungen – hören Sie gerne zu! – zulasten der GKV vorgenommen. Das Risiko einer dadurch ausgelösten Fehlgeburt wird auf zwischen 0,5 und 1 Prozent taxiert. Das heißt, dass durch diese Untersuchung pro Jahr circa 150 bis 400 Mütter ihr Kind verlieren, und zwar unabhängig davon, ob eine Trisomie 21 festgestellt wird oder nicht. Wer hier im Plenum, meine Damen und Herren, will es verantworten, diesen neuen, risikolosen Test bei Risikoschwangerschaften nicht als Regelleistung anerkennen zu lassen, zumal bei Risikoschwangerschaften nicht nur das Kind, sondern auch die Mutter per se bereits höher gefährdet ist als Normalgebärende? Dieser Test, meine Damen und Herren, muss Regelleistung werden.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Interessant ist aber auch, dass nach vorliegenden Berichten jedes Jahr etwa 100 000 Untersuchungen als Selbstzahlerleistungen durchgeführt werden, das heißt, ohne dass vorher eine Risikoschwangerschaft festgestellt wurde. Dies zeigt das hohe Informationsbedürfnis der werdenden Eltern über das ungeborene Kind. Wer das Geld hat, macht bereits seit Jahren diesen neuen Test. Der Humangenetiker Zerres, der schon länger auf diesem Gebiet forscht, glaubt nicht, dass es dadurch zu einer höheren Zahl von Abtreibungen gekommen ist. (D)

Schwierig ist allein die Entscheidungsfindung der Mutter, wie sie mit dem Wissen umgehen soll, wenn ihr von den Grünen und der SPD seit 1995 zugerufen wird: Du allein entscheidest! Du kannst sorglos, am besten noch bis zum neunten Monat, abtreiben!

(Andrea Nahles [SPD]: Was soll das denn? – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ungeheuerlich! Ungeheuerlich!)

Wenn du nicht willst, musst du kein Kind bekommen!

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wir führen hier eine Orientierungsdebatte unter Abgeordneten und keine parteipolitische Debatte!)

Dadurch, und nur dadurch, meine Damen und Herren, wird Druck auf diejenigen Mütter aufgebaut, die auch auf die Rechte ihres ungeborenen Kindes achten und nicht nur auf ihre eigenen Rechte.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie haben es wieder nicht verstanden! – Gegenruf des Abg. Dr. Bernd Baumann [AfD]: Sie verstehen es nicht!)

**Dr. Axel Gehrke**

- (A) Nicht die Frage der Zulassung eines risikolosen Tests als Kassenleistung bringt Schwierigkeiten; die politische Wertschätzung ungeborenen Kindern gegenüber bringt Schwierigkeiten.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das ist eine bodenlose Unverschämtheit! Wir führen hier keine parteipolitische Debatte! Aber Sie haben das nicht verstanden da drüben!)

Da brauchen wir, Herr Kollege Lauterbach, auch kein neues Gremium aus Wissenschaftlern und Ethikern; wir brauchen Politiker, die sich zu den Geistern bekennen, die sie gerufen haben.

Wir leben heute in einem Land, das nicht nur toleriert, sondern politisch sogar propagiert, dass sich Frauen gegen ein Kind entscheiden.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Herr Kollege Dr. Gehrke, –

**Dr. Axel Gehrke (AfD):**

Ich komme zum Schluss.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

– Sie sind am Ende Ihrer Redezeit. Bitte beenden Sie Ihre Rede.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

(B)

**Dr. Axel Gehrke (AfD):**

Wir sind gegen die Tests – –

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Danke sehr. – Liebe Kolleginnen und Kollegen, es ist auch vereinbart worden – das habe ich versäumt zu sagen –, dass zwei Redebeiträge zusammengelegt werden können.

(Dr. Marco Buschmann [FDP]: Das ist nicht vereinbart worden! – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das ist nicht vereinbart worden! Das wollte nur die AfD! – Gegenruf des Abg. Dr. Bernd Baumann [AfD]: Das ist sehr wohl vereinbart worden! Verdrehen Sie es nicht wieder!)

– Mir ist gesagt worden, es sei vereinbart worden. Ich bin jetzt auch so verfahren. Ich füge aber hinzu, Herr Kollege Baumann: Das heißt natürlich: Sie hatten jetzt Ihre Redebeiträge für zwei Runden.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Natürlich!)

Sie kommen erst in der übernächsten Runde wieder dran.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das macht ja nichts!)

Das ist logisch.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Na klar!)

– Gut.

(C)

Damit ist der nächste Redner Dr. Karl Lauterbach.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Karl Lauterbach (SPD):**

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte mich zunächst einmal ganz herzlich dafür bedanken, dass wir diese Debatte heute haben, die wir respektvoll, auch mit Respekt vor der Position der anderen, führen werden.

(Beifall bei der SPD, der CDU/CSU, der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Dr. Alice Weidel [AfD]: Oh Gott! Das sagt der Richtige!)

Davon wird uns auch der Beitrag, den wir gerade gehört haben, nicht abhalten. Es ist für mich sehr wichtig, das in den Vordergrund zu stellen. Ich respektiere auch die Positionen aller, die eine andere Position verteidigen als ich.

Ich bin für den Test und will das kurz medizinisch und dann ethisch begründen.

Medizinisch ist die Lage folgende: Wir haben derzeit ein Routineverfahren. Wir machen einen Screening-Test. Dann schauen wir uns die Hautfalten des Kindes an. Wir machen einen Bluttest, der mit Genen nichts zu tun hat. Auch der Zustand der Schwangerschaft wird betrachtet. Das machen wir bei fast allen Frauen. Wir sehen dann, ob das Risiko einer Trisomie vorliegt. Das Problem, auch für die Frau, ist bei diesem Test, der routinemäßig gemacht wird, dass er in sehr vielen Fällen falsch positiv ist; das heißt, man hat den Verdacht auf Downsyndrom, der dann aber nicht zutrifft.

(D)

Dann kommt die Amniozentese. Die Amniozentese zeigt aber bei 19 von 20 Verdachtsfällen, dass kein Downsyndrom vorliegt. Somit hat man 19-mal eine Amniozentese gemacht und findet nur einen wirklichen Fall. Dazu kommt das Risiko von 1 : 100 bis 1 : 200, dass das Kind durch den Eingriff selbst stirbt, obwohl es nie gefährdet war. Das ist das Problem bei dem jetzigen Verfahren.

Der neue Test sucht nach DNA-Schnipseln des Kindes im Blute der Mutter. Da kann man sehr genau sagen: Wenn dieser Test negativ ist, also wenn sich nichts zeigt, dann liegt diese Krankheit bzw. diese Behinderung – es ist keine Krankheit – auch so gut wie nie vor. Ich kann somit die Behinderung ausschließen. Wenn der Test, den man bei einer Frau gemacht hat, positiv ist, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass diese Behinderung tatsächlich vorliegt. Der Test ist medizinisch gesprochen also schlicht und ergreifend viel besser. Daher nehmen alle, die den Test angeboten bekommen haben, wenn das richtig erklärt worden ist, den Test.

Jetzt ist aber die ethische Frage, wenn das medizinisch so eindeutig ist: Kann ich den besseren Test Frauen vorenthalten und ihnen die gefährliche Amniozentese zumuten, wenn sie das Geld nicht haben? Darauf ist meine

**Dr. Karl Lauterbach**

- (A) klare Antwort als Ethiker: Das können wir nicht. Das können auch wir Ärzte nicht.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/  
CSU, der FDP und der LINKEN)

Wir können diesen Frauen nicht sagen, aus welchen Gründen auch immer: Den besseren Test, den wir bei uns machen würden, bei unseren Frauen, bei unseren Lebenspartnerinnen, den können wir Ihnen nicht anbieten, weil Sie das Geld nicht haben. – Das ist aus meiner Sicht falsch.

Wir werden sehr viele dieser Tests bekommen. Wir werden Tests auf fast jede erdenkliche genetische Erkrankung bekommen. Diese sind in Vorbereitung. Deswegen brauchen wir ein Gremium; das müssen Ethiker, Wissenschaftler, Soziologen, Psychologen sein. Dieser Test ist eindeutig; zu anderen Tests habe ich eine andere Meinung. Dazu brauchen wir ein neues Verfahren und ein neues Gremium.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/  
CSU, der FDP und der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Christine Aschenberg-Dugnus, FDP, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei der FDP)

- (B) **Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich begrüße unsere Debatte heute hier im Deutschen Bundestag ausdrücklich, weil wir eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber brauchen, wie wir mit vorgeburtlicher Diagnostik umgehen wollen. Dieses Thema wird uns auch noch weiter begleiten; denn bei jeder neuen wissenschaftlichen Möglichkeit müssen wir uns wieder die Frage stellen, ob und welche Grenzen wir uns setzen wollen.

Anstoß für die heutige Debatte ist die Frage, ob eine nichtinvasive Pränataldiagnostik bei einer entsprechenden Indikation von der Krankenkasse erstattet wird. Ich setze mich dafür ein, dass der Bluttest Kassenleistung werden muss,

(Beifall bei der FDP)

Aber, meine Damen und Herren, nicht als flächendeckendes Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung; denn ich möchte keine Massenuntersuchung, kein Screening auf Trisomie 21.

Eine Fruchtwasseruntersuchung wird derzeit von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt – bei entsprechender Indikation. Das Risiko einer Fehlgeburt ist dabei allerdings groß. Ich kann das selbst beurteilen. Vor 30 Jahren galt ich als Risikoschwangere und stand vor der Frage: Mache ich diesen Test oder nicht?

Für mich besteht in der jetzigen Situation ein Widerspruch: Wie kann es sein, dass die Krankenkasse einen gefährlichen Eingriff bezahlt und den risikofreien Blut-

test nicht? Das würde bedeuten, dass der risikolose Bluttest nur den Frauen zur Verfügung steht, die ihn sich leisten können, die also das Geld dafür haben. Ich finde, die finanzielle Situation darf bei so einer Frage absolut nicht entscheidend sein. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der FDP, der CDU/  
CSU, der SPD und der LINKEN)

Jede Frau muss diskriminierungsfrei entscheiden können, ob sie einen Test auf Trisomie 21, 18 oder 13 vornimmt, und vor allen Dingen, wie sie dann mit dem Ergebnis umgeht. Die Entscheidung einer Schwangeren, einen Test vornehmen zu lassen oder nicht, kann immer nur eine individuelle Entscheidung sein, bei der die Politik lediglich den Rahmen setzt, aber nicht die Entscheidung selbst vorgibt. Es gibt bei dieser Frage auch kein Richtig oder Falsch. Es existiert in gleichem Maße ein Recht auf Wissen wie ein Recht auf Nichtwissen.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

Dazu benötigt die Schwangere aber Beratung, die sie dabei unterstützt, eine verantwortungsvolle und bewusste Entscheidung zu treffen – ohne sozialen Druck, in welche Richtung auch immer, und das ist das Entscheidende dabei. Daher muss vor einem Bluttest und natürlich auch nach Vorliegen des Ergebnisses immer eine ärztliche Beratung stattfinden. Meine Damen und Herren, die Beratung muss auch beinhalten, dass ein Leben mit einem Downsyndromkind sehr erfüllend ist. Das können Ihnen viele Eltern bestätigen.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

Es geht auch darum, wie wir als Gesellschaft mit Krankheit und Behinderung umgehen. (D)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Frau Kollegin, auch Ihre drei Minuten Redezeit sind vorüber. Kommen Sie bitte zum Ende.

**Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):**

Vielen Dank. – Das können wir nicht gesetzlich normieren, sondern müssen es leben, und dafür ist diese Debatte gut und richtig.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP, der SPD  
und der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Cornelia Möhring, Die Linke, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei der LINKEN)

**Cornelia Möhring (DIE LINKE):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Diese Debatte wirft tatsächlich einige Fragen auf, die nicht einfach mit Ja oder Nein zu beantworten sind. Für mich waren in der Annäherung dafür zwei

**Cornelia Möhring**

- (A) Grundsätze wichtig. Der erste: Menschliches Leben darf keine unterschiedliche Wertigkeit haben.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Der zweite: Das Selbstbestimmungsrecht der Frauen über ihren Körper gilt zu jeder Zeit und ohne Einschränkungen.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Frauen dürfen aus keinem Grund gezwungen werden, eine Schwangerschaft fortzusetzen, wenn sie das nicht wollen. Ich denke, wir müssen aufpassen, dass wir diese Gegensätze nicht gegeneinander ausspielen. Denn eine inklusive Gesellschaft braucht Selbstbestimmung.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die Frage nach der Kassenleistung finde ich hingegen relativ einfach zu beantworten. Ich betone, dass es dabei nicht um eine Regelleistung oder das Gießkannenprinzip geht. Deshalb: Eine Untersuchung ohne Risiko für Fötus und Schwangere ist deutlich besser als eine mit Risiko.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN, der SPD und der FDP)

Also sollte sie auch für alle bezahlt werden; sonst bleiben Frauen und Paare mit geringem Einkommen benachteiligt.

- (B) Es geht aber nun mal um mehr als um eine Kassenleistung. pro familia berichtet eindrucksvoll aus der Beratungspraxis, wie schwer die Entscheidung für die werdenden Eltern ist. In einer Stellungnahme zum Bluttest heißt es – Zitat –: Sie

hadern mit einer Entscheidung, die eigentlich nicht zu treffen ist. Sich gegen das eigene Wunschkind oder für ein Leben mit einem Kind mit Behinderung zu entscheiden, ist ein kaum auflösbarer Konflikt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich glaube, es ist auch deshalb ein kaum auflösbarer Konflikt, weil unsere Gesellschaft eben noch nicht so inklusiv ist, wie sie sein sollte, weil umfassende Teilhabe nicht gesichert ist und die notwendige Unterstützung für Eltern und auch für Alleinerziehende nicht gewährleistet ist. Ich finde es deshalb nachvollziehbar, dass es die Angst gibt, in wirtschaftliche Not zu geraten, sozial isoliert zu sein oder vielleicht die Unterstützung für ein eventuell pflegebedürftiges Kind nicht zeitlebens absichern zu können. Eine Behinderung ist in Deutschland nun mal immer noch ein Armutsrisiko, und das müssen wir abstellen.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Eine Gesellschaft hat nicht zu entscheiden, ob eine Frau ein Kind bekommt oder nicht. Eine Gesellschaft hat auch erst recht nicht festzulegen, welches Kind das sein darf. Aber eine Gesellschaft hat die Bedingungen zu schaffen, um allen Menschen und künftigen Kindern

ein gutes Leben in ihrer ganzen Vielfalt zu ermöglichen, Bedingungen, unter denen Frauen und Paare eine selbstbestimmte Entscheidung treffen können – im Kontext von Pränataldiagnostik und dennoch orientiert an Vielfalt und Menschlichkeit und nicht an Produktivität und Leistungsfähigkeit, (C)

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

auch nicht an vorgegebene Normen, wie ein Mensch in unserer Gesellschaft zu sein hat. Genau darüber möchte ich mit Ihnen diskutieren.

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Corinna Rüffer, Bündnis 90/Die Grünen, ist die nächste Rednerin.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Ein ganz warmes Willkommen gerade heute an die Gäste auf den Tribünen!

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN) (D)

Wir stehen am Anfang einer Entwicklung, die wir gerade noch steuern können. Ein Tropfen Blut soll in diesem Fall Auskunft darüber geben, ob ein zukünftiges Kind mit dem sogenannten Downsyndrom geboren werden würde. Wir wissen: Ganz viele andere Tests stehen vor der Zulassung. Das heißt, wir reden nicht nur über Trisomie 21.

Reden wir heute über eine soziale Frage, wie manche behaupten? Ich finde, nein. Das Gesundheitssystem ist dafür da, Menschen zu heilen. Dieser Test kann nicht dazu dienen, zu heilen, weil das Downsyndrom eben keine Krankheit ist. Man kann es nicht heilen, und man sollte es auch nicht.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der SPD)

Wozu dient der Test dann? Er dient in aller Regel – machen wir uns nichts vor! – der Selektion. Die allermeisten Föten werden abgetrieben, wenn vermutet wird, dass das zukünftige Kind mit Trisomie 21 auf die Welt kommen würde. Es ist sehr schade, dass heute niemand mit Trisomie 21 von hier aus den eigenen Standpunkt vertreten kann.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN)

Leider befinden wir uns erneut in einem Diskurs, der weitgehend über die Köpfe der Betroffenen hinweg ge-

**Corinna Rüffer**

- (A) führt wird. In diesem Diskurs gibt es einen Aspekt, den ich für besonders relevant halte: den der Selbstbestimmung. Was sind ihre Bedingungen und Voraussetzungen? Ist Selbstbestimmung unabhängig von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Erwartungen denkbar? Warum entscheiden sich so viele Frauen nach einem – in Anführungszeichen – positiven Testergebnis für eine Abtreibung, obwohl sie zuvor grundsätzlich Ja zum Kind gesagt haben? Um mit Natalie Dedreux zu sprechen – sie hat eine erfolgreiche Petition auf den Weg gebracht und mit einer klugen Frage die Kanzlerin ziemlich in die Breddouille gebracht –: Warum habt ihr Angst vor uns?

Ich habe mit vielen Menschen gesprochen, viele Menschen kennengelernt, die mir ihre sehr persönlichen Sichtweisen geschildert haben. Es sind Lebensgeschichten, die oftmals belegen, dass Selbstbestimmung keine einfache oder eindimensionale Sache ist, dass sich Perspektiven verändern. Ich rede von Menschen, die mich gebeten haben, sie heute zu erwähnen, die Sie wissen lassen möchten, dass sie unendlich dankbar dafür sind, dass sie nicht gewusst haben, dass sie nicht wissen mussten, die sich sicher sind, dass sie sich aus Sorge vor Überforderung gegen ihr Kind entschieden hätten.

- (B) Sehr geehrte Damen und Herren, wir leben in einer Gesellschaft, die leider immer noch außerordentlich ungeübt ist im Umgang mit Behinderungen. Dafür ist sie geübt in der Erwartung nach Leistungsfähigkeit und Gesundheit. Diese Erwartung lastet schwer auf den Schultern von schwangeren Frauen. Sie lastet schwer auf den Schultern von Menschen mit Behinderungen. Lassen Sie uns diese Debatte zum Anlass nehmen, Natalie Dedreux, Oskar Schenk, Arthur Hackenthal und all den anderen zuzurufen –

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Frau Kollegin Rüffer, auch Ihre drei Minuten sind vorüber.

**Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

– ich komme zum Ende –: Wir haben keine Angst vor Ihnen.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der SPD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Bitte beenden Sie jetzt Ihre Rede. Das Mikrofon ist schon abgeschaltet. – Frau Rüffer, das Mikrofon ist abgeschaltet. Man hört Sie gar nicht mehr. – Das tut mir leid.

Wilfried Oellers, CDU/CSU, ist der nächste Redner.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Wilfried Oellers (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Das Leben ist zu schützen. Das ist der oberste Grundsatz unserer Verfassung. Das gilt auch und gerade für das ungeborene Leben. Es liegt in der Natur der Sache, dass wir Menschen verschieden sind. Die Unterschiede können

- mal größer und mal kleiner sein. Aber wir sind nun mal verschieden, und das müssen wir akzeptieren. (C)

In Deutschland haben wir viele Unterstützungsleistungen geschaffen, mit denen wir gerade dieser Vielfältigkeit entgegenkommen und die dafür sorgen, dass jeder sein Leben so gestalten kann, wie er es möchte. Mal ist es komplizierter, mal ist es weniger kompliziert. Daher muss niemand Sorge haben, mit eventuellen Beeinträchtigungen nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Wir sind dabei, dies weiter zu verbessern. Daher braucht sich auch niemand zu rechtfertigen, insbesondere dann nicht, wenn ein Kind mit einer Beeinträchtigung zur Welt gekommen ist. Das Leben ist nun mal vielfältig, und gerade diese Vielfältigkeit bereichert unsere Gesellschaft um ein Vielfaches. Das muss der Grundsatz der hier anstehenden Diskussion sein, wenn wir darüber debattieren, ob der pränatale Bluttest eine kassenärztliche Leistung sein soll oder nicht.

- Wenn wir uns dieser Debatte annehmen, müssen wir allerdings auch folgende Fragen stellen dürfen: Wenn wir infrage stellen, ob der Pränataltest eine kassenärztliche Leistung sein soll, so müssen wir auch die Frage beantworten, warum die Fruchtwasseruntersuchung, die die gleichen Erkenntnisse bringt, eine kassenärztliche Leistung ist. Wir müssen auch die Frage beantworten, warum der Pränataltest für privat Krankenversicherte im Leistungskatalog steht und für Kassenpatienten nicht. Man muss sich auch die Frage stellen dürfen, ob man den medizinischen Fortschritt grundsätzlich aufhalten will oder ob weitergeforscht werden darf. Schließlich ist der Pränataltest um ein Vielfaches ungefährlicher als die Fruchtwasseruntersuchung. (D)

Vergessen darf man bei dieser Debatte aber auch nicht das ureigenste Interesse von Eltern, zu wissen, wie es dem Kind geht. Und diesen Erkenntniswunsch haben auch Eltern eines ungeborenen Kindes. Wenn man diese Erkenntnis haben möchte, so muss man sich allerdings auch vor Erhalt dieser Erkenntnis im Klaren darüber sein, wie man mit einer solchen Erkenntnis umgeht. Dies scheint mir heute noch nicht ausreichend der Fall zu sein, sodass unabhängig von dieser Debatte, die wir hier führen, mehr Aufklärung und Information an die Eltern erfolgen muss, bevor auch die bereits heute möglichen Tests durchgeführt werden.

In diesem Spannungsfeld befindet sich die Debatte, die heute ihren Auftakt findet. Ich habe daher nur eine große Bitte: Bereits die Debatte muss so geführt werden, dass sich Eltern mit einem Kind mit einer Beeinträchtigung in keinsten Weise dafür rechtfertigen müssen, dass sie wissentlich oder unwissentlich ein Kind mit einer Beeinträchtigung zur Welt gebracht haben; denn jedes Kind ist ein Geschenk für unsere Welt und für unsere Gesellschaft.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

- (A) **Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**  
Dagmar Schmidt, SPD, ist die nächste Rednerin.  
(Beifall bei der SPD)

**Dagmar Schmidt** (Wetzlar) (SPD):

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer! Drei Minuten für ein Thema mit weitreichenden Folgen für viele Menschen – mit und ohne Downsyndrom –, ihre Familien, Schwangere, werdende Eltern, ihre Angehörigen, ihre Freundinnen und Freunde, also so gut wie fast alle. Manche versuchen das Thema heute auf eine Frage der sozialen Gerechtigkeit zu reduzieren: Es gehe doch einzig und allein darum, eine IGeL-Leistung zu einer Kassenleistung zu machen. – Ich möchte diese Frage nicht abtun, aber ich möchte sie mal einordnen.

Ich möchte eine Bürgerversicherung und ein Ende der Zweiklassenmedizin. Es gibt viele Leistungen – von Zahnersatz bis Brille –, bei denen wir Verbesserungen brauchen. Initiatoren des Antrags beim sogenannten Gemeinsamen Bundesausschuss waren aber nicht die Patientenvertretung und die Verbraucherverbände; es waren die Herstellerunternehmen, die sich laut des Berichts des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Bundestag, des sogenannten TAB-Berichts, auf einem großen, lukrativen und stark umkämpften Markt bewegen.

- (B) Mit dem Thema „vorgeburtliche Untersuchungen“ sind aber viel mehr Fragen verbunden, die alle mit in den Blick für eine konkrete Entscheidung heute kommen, aber eben auch für eine Entscheidung für die Zukunft relevant sind, wo wir das gesamte Genom des Menschen werden auslesen, alle in ihm angelegten Informationen vorgeburtlich werden entschlüsseln können. Ich möchte, dass wir über einen Rahmen für vorgeburtliche Diagnostik reden, der werdenden Müttern, werdenden Eltern eine echte Entscheidungsfreiheit garantiert, und dass wir über die Grenzen reden, die wir dem vorgeburtlichen Wissen setzen wollen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Zum Rahmen sind mir zwei Stichworte besonders wichtig.

Das erste Stichwort ist das Recht auf Nichtwissen. In der gesamten Begleitung von Schwangeren muss es genauso selbstverständlich sein, Dinge nicht wissen zu wollen,

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und der LINKEN)

wie umfassend über Tests und ihre Folgen informiert zu werden. Wir haben viele Erfahrungen, in denen Ärzte alles, was möglich ist, mit den Worten empfehlen: „Dann haben Sie Sicherheit“, und auf die Folgeentscheidungen bei positivem Ergebnis eben nicht vorbereiten.

(Andrea Nahles [SPD]: Ja, das ist richtig!)

- Zu dem Rahmen gehören also eine gute Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und eine gute Beratung, die sich vor allem mit den psychosozialen Fragen beschäftigt – vor und nach einem Test. (C)

(Beifall der Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE])

Und es gehört zum Recht auf Nichtwissen der Wunsch nach einer Schwangerschaft, in der man sich nicht ständig mit Risiken, Wahrscheinlichkeiten, ihren möglichen Folgen, daraus resultierenden weiteren Tests usw. beschäftigen muss, sondern sich einfach voller Hoffnung auf sein Kind freut.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Zu dem Rahmen gehört auch, weil es so wichtig für die Entscheidung für oder gegen ein Kind mit genetischen Besonderheiten ist, ob wir eine – und das ist mein zweites Stichwort – Willkommenskultur für alle Kinder leben,

(Beifall bei der SPD, der CDU/CSU, der FDP und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

ob wir eine inklusive Gesellschaft sein wollen, zu der alle Kinder und ihre Familien dazugehören, gemeinsam leben, lernen und arbeiten, ob wir Familien mit Menschen mit besonderen Herausforderungen auch besonders und vor allem einfach und unbürokratisch unterstützen und ihnen das Leben so leicht wie möglich machen. (D)

Lassen Sie mich noch kurz einen Satz zu den Grenzen sagen.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Nein, Frau Kollegin Schmidt, es tut mir leid. Ich muss die Regeln für alle gleich anwenden. Die drei Minuten sind vorüber. Ich danke Ihnen.

**Dagmar Schmidt** (Wetzlar) (SPD):

Dann danke ich Ihnen fürs Zuhören.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Nächster Redner ist der Kollege Jens Beeck, FDP.

(Beifall bei der FDP)

**Jens Beeck** (FDP):

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Recht auf Leben als Freiheitsrecht schützt bei uns die biologisch-physische Existenz jedes Menschen vom Zeitpunkt ihres Entstehens an bis zum Eintritt des Todes unabhängig von den Lebensumständen des Einzelnen, seiner körperlichen und seelischen Befind-

Jens Bееck

- (A) lichkeit. Jedes menschliche Leben ist als solches gleich wertvoll.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Diese Konkretisierung des Artikels 2 Absatz 2 Satz 1 unseres Grundgesetzes durch das Bundesverfassungsgericht gilt für uns alle als Maßstab, als Verpflichtung – auch in dieser Frage.

Die invasiven Tests werden seit Jahrzehnten angewendet, obwohl das Risiko einer dadurch eingeleiteten Frühgeburt besteht. Diesen invasiven Test durch den Bluttest ohne dieses Risiko ersetzen zu können, darf keine Frage des Geldes sein. Das wäre sozialstaatlich nicht hinnehmbar.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der AfD)

Uns ist zugleich bewusst, dass vorgeburtliche Tests jeglicher Art von vielen Menschen sehr skeptisch betrachtet oder sogar abgelehnt werden. Die Befürchtung, immer mehr Tests zu immer weiteren Fragen könnten künftig als Massenphänomen gesellschaftlich und rechtlich akzeptiert werden, führt zu einer Vielzahl warnender Stimmen, die uns alle erreichen und denen wir heute versichern, dass wir sie hören.

Viele setzen sich bereits mit Testmöglichkeiten oder sogar Testergebnissen auseinander. Wir in der Politik und als Gesellschaft insgesamt dürfen diese Menschen nicht alleinlassen, und zwar zu keinem Zeitpunkt – nicht vor und nicht nach der Geburt.

(B)

(Beifall bei der FDP sowie der Abg. Dr. Daniela De Ridder [SPD])

Selbstbestimmung kann nur ausgeübt werden ohne Druck, ohne Zwang, ohne Einflussnahme in den psychosozialen und ärztlichen Beratungen.

Die heutige Debatte mit ihren dreiminütigen Beiträgen kann nur der Auftakt sein für intensive Beratungen und Entscheidungen zu einer Vielzahl schwieriger und schwerwiegender ethischer und rechtlicher Fragen. Ich habe sie noch nicht alle für mich entschieden. Sicher scheint nur zu sein, dass keine Lösung geeignet ist, alle ethischen Dilemmata vollständig aufzulösen.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

Soll der Bluttest auf sogenannte Risikoschwangerschaften beschränkt sein? Soll die Beratung der psychosozialen Beratungsstellen und der Ärzteschaft auch Kassenleistung werden? Soll eine umfassende Beratung effektiv gefördert werden ohne Pflicht zur Beratung? Ich tendiere jeweils zu Ja.

Wie wird zudem das Recht auf Nichtwissen sichergestellt? Bestimmt nicht durch den Hinweis „Es sei ja niemand zum Test verpflichtet“, sondern dadurch, dass wir unsere Gesellschaft endlich inklusiver, barrierefreier, teilhabeorientierter gestalten – ja, auch baulich –,

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

aber vor allem durch den Konsens, dass die Formel des Bundesverfassungsgerichts unser Handeln und Denken leitet. Nur in einem ganzheitlichen Ansatz werden wir die schwerwiegenden Aspekte gemeinsam angemessen behandeln können. Inklusion als Haltung und Wert wird unsere Richtschnur sein müssen, der Respekt vor der Meinung der anderen zentral sein für die Würde in der kommenden Debatte.

(C)

Wie schnell man unbeabsichtigt und ohne Arg Misserverständnisse erregen kann, haben gerade wir Freien Demokraten vor wenigen Tagen selbst gezeigt. Dafür entschuldige ich mich erneut. Ich hoffe, dass die Debatte einen weiteren guten Verlauf in Würde nimmt.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP, der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der AfD und der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Dr. Petra Sitte, Die Linke, hat als Nächste das Wort.

(Beifall bei der LINKEN)

**Dr. Petra Sitte (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Vorgeburtliche Untersuchungen gehören für Schwangere zum selbstverständlichen Teil medizinischer Vorsorge. Bislang wurden die meisten Tests, wie man schon gehört hat, kassenfinanziert angeboten. Dazu gehört auch die genetische Präimplantationsdiagnostik. Mit ihr erkennt man vor dem Einsetzen der Embryonen in die Gebärmutter genetische Veränderungen. Drohen schwere Krankheiten, werden die Embryonen gar nicht erst eingesetzt. Das heißt auch: Es kommt gar nicht erst zur Schwangerschaft.

(D)

Es gehört auch zu diesen Tests die Fruchtwasserpunktion in späterer Schwangerschaft nach Auffälligkeiten aus Ultraschalluntersuchungen und weiteren diagnostischen Prüfungen. Wird, sofern am Embryo tatsächlich erhebliche Beeinträchtigungen festgestellt werden, zugleich eine Gefährdung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Schwangeren diagnostiziert, darf auch nach der zwölften Woche die Schwangerschaft unterbrochen werden.

Nunmehr gibt es als dritte Methode einen Bluttest. Auch dieser kann Trisomien zeigen, und zwar viel früher. Bislang wurde dieser ausschließlich privat bezahlt. Das Besondere an diesem Bluttest: Innerhalb der Zwölfwochenfrist des § 218 Strafgesetzbuch können Mütter und Väter weitgehend frei entscheiden, ob sie ein solches Kind bekommen wollen oder nicht. Dies führt zu der berechtigten Befürchtung, dass beispielsweise Kinder mit Downsyndrom immer seltener geboren werden.

Zugelassen wurde dieser Test bereits 2012, sodass er jetzt nicht bzw. kaum zu verbieten ist, ohne in eine ganz grundsätzliche Debatte über die Schwangerschaftsvorsorge zu kommen. Aber der Zugang soll erschwert werden, indem die Kassenfinanzierung verhindert wird. Das widerspricht der Praxis bei den anderen Tests. Und es würde an der aktuellen Situation auch gar nichts än-

**Dr. Petra Sitte**

- (A) dern. Da Trisomien mit dem Alter der Mutter zunehmen, wird der Bluttest nachgefragt bleiben. Aber für manche Schwangere – das haben Kollegen ja schon gesagt – sind die Kosten des Tests kaum aufzubringen. Dann bliebe er wiederum jenen vorbehalten, die ihn sich leisten können. Ich bin damit nicht einverstanden.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Im Kern diskutieren wir doch eigentlich auch gar nicht die Kassenfinanzierung. Vielmehr diskutieren wir darüber, warum Schwangere den Bluttest wirklich nutzen. Viele wollen doch zunächst nur die Gesundheit des Kindes bestätigt sehen. Und dann ist plötzlich doch alles anders, und es ist alles schwer vorstellbar. Zweifel kommen auf: Kann ein Leben mit einem behinderten Kind erfüllt sein und glücklich gestaltet werden? Trägt die Partnerschaft? Und viele scheitern ja auch daran.

In dieser Gesellschaft das Heranwachsen von Kindern mit Behinderungen zu meistern, ist von vielen als lebenslanges Ringen mit Behörden und Kassen usw. usf. erlebt worden, ganz zu schweigen von den Vorurteilen, die den Eltern begegnen.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Frau Kollegin Sitte!

**Dr. Petra Sitte (DIE LINKE):**

- (B) Darüber, meine Damen und Herren, haben wir hier zu reden, über diese Art, gemeinsam Vielfalt zu leben.

(Beifall bei der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Ja, aber Sie nicht mehr, weil die drei Minuten vorüber sind.

(Dr. Matthias Bartke [SPD]: Das ist kein Platz für Witze! – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Man kann es auch übertreiben! – Gegenruf der Abg. Dr. Alice Weidel [AfD]: Oder sich kürzer fassen!)

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Bündnis 90/Die Grünen, ist die nächste Rednerin.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In Island wird der PraenaTest flächendeckend eingesetzt. In Island kommen kaum noch Kinder mit Trisomie 21 zur Welt. Eine Abtreibung bei dem sogenannten Downsyndrom ist dort der Normalfall. Diesen Normalfall darf es in Deutschland niemals geben.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU, der AfD und der FDP)

Wir müssen zweierlei garantieren: die Selbstbestimmung der Frau und eine inklusive Gesellschaft. (C)

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der SPD)

Jede Schwangere kann darüber entscheiden, ob sie ein Kind bekommen oder eine Schwangerschaft abbrechen will. Jede Frau hat das Recht, über ihren eigenen Körper zu entscheiden. Dazu gehört auch das Recht auf Nichtwissen, darauf, guter Hoffnung zu sein. Viele Schwangere können sich aber vor Angeboten zur Pränataldiagnostik kaum noch retten – ob gewollt, ob medizinisch sinnvoll.

Was wäre denn medizinisch sinnvoll? Downsyndrom ist keine Krankheit. Aus dem Bluttest folgt keine medizinisch notwendige Konsequenz. Menschen mit Trisomie 21 führen kein besseres oder schlechteres Leben als Menschen ohne das dritte Chromosom.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der AfD)

Die Familien sind genauso glücklich oder unglücklich wie andere Familien,

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

und das, obwohl sie viel zu häufig Diskriminierungen ausgesetzt sind. Die immer noch überall spürbare Behinderertenfeindlichkeit, die gilt es endlich zu überwinden!

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der AfD, der FDP und der LINKEN) (D)

Der Facebook-Beitrag der FDP zu dieser Debatte, der jetzt ja gelöscht ist, zeigt, wie schnell Äußerungen behindertenfeindlich sind, ohne dass uns das bewusst ist. Es geht um unheimlich viel Sorgfalt in dieser Debatte.

Zurück zur Frage: Was ist medizinisch sinnvoll? Medizinisch sinnvoll ist der Bluttest, wenn er bei Frauen mit einer sogenannten Risikoschwangerschaft eine invasive Diagnostik, eine Amniozentese verhindern kann. Für diese Schwangeren den PraenaTest, wenn gewünscht, statt der Fruchtwasseruntersuchung zu bezahlen, das finde ich sinnvoll. Eine generelle Übernahme der Kosten des Tests durch die Krankenkassen lehne ich ab.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU, der SPD, der AfD und der FDP)

In jedem Fall muss der Test mit einem umfassenden Beratungsangebot verbunden sein, auch über das Leben mit Downsyndrom.

Und wir dürfen nicht nachlassen, die UN-Behinderertenrechtskonvention endlich in unserem Land umzusetzen,

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN)



**Dr. Kirsten Kappert-Gonther**

- (A) damit der PraenaTest hier nicht die gleichen Folgen hat wie in Island.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es macht dem Präsidenten keine rechte Freude, bei dieser Debatte jeweils die Rede zu beenden. Aber die Vereinbarung ist nun einmal so, wie wir sie getroffen haben. Ich gebe immer eine halbe Minute vor Ablauf der drei Minuten den Rednerinnen und Rednern ein Zeichen, dass die Zeit jetzt zu Ende geht. Deswegen bitte ich Sie, nach drei Minuten auch zum Ende zu kommen und uns gemeinsam die Situation zu ersparen, dass ich Ihnen das Wort entziehen muss.

Mit dieser Bemerkung erteile ich als nächstem Redner dem Kollegen Rudolf Henke, CDU/CSU, das Wort.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Rudolf Henke (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! 3 Prozent aller Kinder kommen mit einer Behinderung zur Welt. Nur bei 1 Prozent ist diese Behinderung genetisch bedingt. In 2 Prozent der Fälle tritt die Behinderung während der Schwangerschaft oder während der Geburt ein.

- (B) Nun haben wir eine Situation, in der wir im Jahr fast 100 000 Schwangerschaftsabbrüche erleben, ohne dass wir irgendetwas über die genetische Veranlagung des Kindes wissen. Wir haben eine sinkende, aber immer noch fünfstellige Zahl von Amniozentesen mit genetischer Diagnose zum Downsyndrom, die alle von der Krankenkasse bezahlt werden. Wir haben eine wachsende, in die Hunderttausende gehende Zahl von durchgeführten NIPT-Tests; all diese müssen privat finanziert werden, weil die Kasse sie trotz des geringeren Risikos nicht bezahlt. Und wir haben in 400 Fällen pro Jahr eine Präimplantationsdiagnostik – in vitro, also im Reagenzglas –, bei der wir eine Kommission urteilen lassen, ob überhaupt eine Untersuchung zulässig ist, und das nur in den allerschrecklichsten Fällen, zu denen das Downsyndrom nicht zählt.

Deswegen glaube ich, ehrlich gesagt, dass die Frage der Kassenfinanzierung nicht die Frage ist, die im Mittelpunkt der Debatte stehen muss.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Im Mittelpunkt der Debatte steht vielmehr – ob mit oder ohne Kassenfinanzierung – die Frage, welchen Grundsätzen wir nach der Erkenntnis aus einem Test oder vor der Entscheidung über einen Test folgen. Jedes menschliche Leben ist lebenswert. Ethisch hat jeder Mensch einen natürlichen Anspruch, gewollt und willkommen zu sein.

(Beifall bei Abgeordneten im ganzen Hause)

Die vom Grundgesetz als unantastbar gewährleistete Würde kann und darf auch durch Krankheit, Behinderung oder den Bedarf an Pflege und Fürsorge nicht verloren gehen. Deshalb können und dürfen Würde und Lebensrecht auch nicht von genetischen Eigenschaften eines Menschen abhängen. Die Fortschritte in der genetischen Diagnose zwingen uns als Gesellschaft also dazu, die Frage zu beantworten, wie wir mit den dadurch erzeugten Erkenntnissen umgehen wollen. Dazu, glaube ich, brauchen wir ein anderes Konzept der Beratung als das, welches wir heute finden. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE])

Nach dem Gendiagnostikgesetz ist es so, dass vor und nach dem Test beraten werden muss. Aber die Ärzte tun das unter dem Druck von Urteilen, wonach sie für die Zwischenfinanzierungskosten für einen behindertengerechten Neubau aufkommen müssen, wenn sie falsch beraten haben. Das müssen wir ändern – für das Lebensrecht aller.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Volker Münz, AfD, ist der nächste Redner. (D)

(Beifall bei der AfD)

**Volker Münz (AfD):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Im Kern geht es in dieser Debatte um zwei elementare Fragen, die uns nicht nur in der Medizinethik, sondern auch bei Fragen des technischen Fortschritts begegnen: Erstens. Ist eigentlich das Streben nach mehr Erkenntnis und ein Mehr an Informationen immer gut und dem Menschen dienlich? Zweitens. Darf der Mensch alles, was er kann?

Der Mensch strebt in vielen Dingen nach Sicherheit, ganz besonders in existenziellen Fragen wie der Gesundheit. Die Schwangerschaft der angehenden Mutter und die Geburt eines Kindes sind ein Grund zur Freude – für die Mutter, den Vater, die Familie und für die ganze Gesellschaft, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD)

Die Geburt eines Kindes ist ein Wunder, das uns immer wieder staunen lässt und für das man nicht genug dankbar sein kann. Doch leider wird diese Freude oft beeinträchtigt durch Verunsicherung und Angst, zum Beispiel durch die Fragen: Kann ich mir, können wir uns ein Kind finanziell überhaupt leisten? Was wird mit meiner Ausbildung, meinem Beruf, meiner Karriere? Und was ist, wenn das Kind krank oder behindert ist? – All dies verunsichert Mütter und Väter, insbesondere wenn sie al-

**Volker Münz**

- (A) leingelassen werden. Kinder werden dann von Müttern, Eltern und der Gesellschaft leider oft als Belastung angesehen.

Kinder werden manchmal als Armutsrisiko und – wie vor kurzem – als Belastung für das Klima bezeichnet. Wie krank muss eine Gesellschaft sein, um ernsthaft über Kinder als Klimakiller zu debattieren?

(Beifall bei der AfD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Statt ein Klima der Verunsicherung zu erzeugen, sollten Staat und Gesellschaft Eltern ermutigen, Kinder zu bekommen. Dies ist nicht nur eine Frage des Geldes und der staatlichen Förderung. Wir brauchen eine Willkommenskultur für Kinder, für alle Kinder, meine Damen und Herren!

(Beifall bei der AfD)

Ganz besonders groß ist die Verunsicherung und die Angst, ein behindertes Kind zur Welt zu bringen. Das ist verständlich. Ich weiß noch, wie es mir und meiner Frau vor der Geburt unserer Kinder ergangen ist. Jetzt gibt es einen Test, der verspricht, die Unsicherheit hinsichtlich der eventuellen Geburt eines Kindes mit Downsyndrom zu nehmen. Der Test ist scheinbar ohne Nebenwirkungen, im Gegensatz zur Fruchtwasseruntersuchung. Doch auch dieser Test hat Nebenwirkungen, meine Damen und Herren. Bei einer generellen Anerkennung des Bluttests als Kassenleistung würde die Untersuchung zu einer Regelleistung innerhalb der Vorsorgeuntersuchung werden. Die Erwartungshaltung der Mütter und Väter, aber auch der Gesellschaft, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, wird größer werden.

- (B)

Hier besteht die große Gefahr, dass sich in der Bevölkerung die Einstellung zu Behinderten und zum Lebensrecht behinderter Menschen negativ verändert. Insbesondere Kinder mit Downsyndrom werden mit großer Wahrscheinlichkeit von der Gesellschaft zunehmend als vermeidbares Problem wahrgenommen. Es besteht die große Gefahr, dass die Entscheidung für oder gegen das ungeborene behinderte Kind nicht mehr rein persönlicher Natur ist, ein persönlicher Gewissenskonflikt der Eltern, sondern zunehmend unter gesellschaftlichem Druck erfolgt. Dabei spielt es keine Rolle, ob dieser Druck objektiv gegeben ist. Viele Eltern werden diesen Druck subjektiv empfinden.

Der Test darf daher keine Routineuntersuchung werden. Mit dem Bluttest wird eine ganze Gruppe behinderter Menschen, nämlich Kinder mit Trisomie 21, noch vor der Geburt erfasst. Und den meisten von ihnen wird das Recht auf Leben verwehrt. Das dürfen wir nicht zulassen, meine Damen und Herren!

(Beifall bei der AfD)

Das wäre mit der allen Menschen zukommenden Würde nicht vereinbar.

Nach Aussagen des Berufsverbandes der Pränatalmediziner werden in naher Zukunft die genetischen Tests noch sehr viel differenziertere Ergebnisse hervorbringen. Hiermit wird die Büchse der Pandora geöffnet. Der Bluttest kann ein Schritt sein zu einer immer umfangreicheren

Erfassung des Menschen noch vor der Geburt. Hier wird es um Merkmale gehen wie Behinderungen, Krankheiten, Geschlecht oder Intelligenz. Hierzu sage ich: Wehret den Anfängen, meine Damen und Herren!

(Beifall bei der AfD)

Aus diesem Grunde darf der Bluttest keine von der Krankenkasse bezahlte generelle Regelleistung werden. Er sollte nur in den Fällen von der Kasse bezahlt werden, in denen auch jetzt schon der Fruchtwassertest bezahlt wird, nämlich bei sogenannten Risikoschwangerschaften. Und außerdem sollte eine umfassende Beratung vor Durchführung des Tests vorgenommen werden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der AfD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Sabine Dittmar, SPD, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei der SPD)

**Sabine Dittmar (SPD):**

Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Seit 1985 ist die Fruchtwasseruntersuchung – auch auf Trisomien – bei Risikoschwangerschaften eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese invasive Untersuchung ist immer mit Risiken für Mutter und ungeborenes Kind verbunden: Fehlgeburtensrate bis zu 1 Prozent.

Jetzt berät der Gemeinsame Bundesausschuss, ob er für die seit über 30 Jahren erlaubte invasive Diagnostik einen Bluttest, der in der Aussagekraft sicher ist und vor allem für Mutter und Ungeborenes kein Risiko birgt, als Kassenleistung zulassen soll. Ich finde das richtig,

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

und es ist mir wichtig, noch einmal klarzustellen: Es geht nicht um eine Kostenübernahme für alle Schwangeren im Sinne einer Reihenuntersuchung. Im Gegenteil: Der Gemeinsame Bundesausschuss schlägt in seinem Beschlussentwurf eine wesentlich differenziertere individuelle Risikoabschätzung vor, als dies bisher der Fall ist.

Und schon heute müssen laut Gendiagnostikgesetz Ärztinnen und Ärzte vor einer Pränataldiagnostik über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufklären. Gegenstand der Aufklärung ist ausdrücklich auch das Recht auf Nichtwissen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Ist das Testergebnis positiv, wird die Frau medizinisch, psychisch und sozial beraten, und Unterstützungsangebote werden aufgezeigt. Das passiert heute schon, ist aber – unbestritten – in der Praxis verbesserungswürdig.

Für mich ist aber ganz klar: Ich möchte, dass Frauen, die bisher allein auf einen riskanten invasiven Test wie die Fruchtwasseruntersuchung angewiesen sind, Zugang zu der risikoärmeren Blutuntersuchung haben, und zwar

(C)

(D)

**Sabine Dittmar**

- (A) unabhängig von ihrem finanziellen Leistungsvermögen. Das ist für mich eine Frage der Gerechtigkeit.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP und der LINKEN)

Natürlich haben schwangere Frauen ein Recht auf Nichtwissen; aber sie haben auch ein Recht auf Wissen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP und der LINKEN)

Es Frauen zuzumuten, grundsätzlich oder aus Einkommensgründen auf medizinisches Wissen verzichten zu müssen – das ist aus meiner Sicht unethisch. Es ist die höchstpersönliche Entscheidung der Frau, ob sie sich für Pränataldiagnostik entscheidet oder dagegen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Ulle Schauws [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Und es ist die höchstpersönliche Entscheidung der Frau, wie sie nach der Beratung mit einem positiven Testergebnis umgeht, ob sie sich in ihrer konkreten Lebenssituation auf ein Leben mit einem behinderten Kind einstellen kann oder sich dagegen entscheidet. Und keine Frau wird diese Entscheidung leichtfertig treffen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Hier zeigen im Übrigen internationale Daten, dass die Abbruchraten nach einer nichtinvasiven Pränataldiagnostik rückläufig sind.

- (B) Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP und der Abg. Dr. Petra Sitte [DIE LINKE])

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Pascal Kober, FDP, hat als nächster Redner das Wort.

(Beifall bei der FDP)

**Pascal Kober (FDP):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte auf einen Aspekt dieser Debatte eingehen, den wir nicht vergessen sollten, und zwar dass es ein Anstoß von außen war, der diese Debatte veranlasst hat, der einzelne Kollegen veranlasst hat, hier über dieses Thema zu debattieren. Wir sollten uns dringend Gedanken darüber machen, wie wir in Zukunft den medizinischen und biologischen Fortschritt hier im Deutschen Bundestag institutionalisiert und regelmäßig debattieren.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE])

Wer von uns kann wissen, wie weit wir von der Schwelle entfernt sind, dass wir die Möglichkeit haben, auf Diagnosen mit therapeutischen Eingriffen reagieren zu können, und damit eine Verantwortung für alle künftigen, nach uns kommenden Generationen übernehmen

werden. Da müssen wir uns die Frage stellen, ob das Institut eines Büros für Technikfolgen-Abschätzung, das wir hier im Deutschen Bundestag haben, ausreicht oder ob es einer neuen Institution bedarf, die uns regelmäßig im Deutschen Bundestag berichtet und uns in die Verantwortung ruft, auch regelmäßig über das neue biologisch und medizinisch Mögliche zu debattieren und es politisch und ethisch zu bewerten.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP und der CDU/CSU)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist, glaube ich, eine ganz große Herausforderung, vor der wir stehen. Denn noch nie hat eine politische Generation vor uns vor der großen Verantwortung gestanden, Entscheidungen zu treffen, die möglicherweise nachhaltig und für immer menschliches Leben tatsächlich verändern werden. Deshalb möchte ich, dass wir diese Debatte auch zum Anlass nehmen, uns darüber Gedanken zu machen, wie wir Berichte an den Deutschen Bundestag über das medizinisch und biologisch Mögliche in Zukunft einfordern und bekommen können, und vor allen Dingen, wie wir es uns selber dann auch abverlangen, die Dinge regelmäßig und institutionalisiert hier unter uns und mit der Öffentlichkeit zu diskutieren, politisch und ethisch zu bewerten. Das ist, glaube ich, eine große Herausforderung, die ich an diesem heutigen Tage auch benennen und von uns selber einfordern möchte.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Kathrin Vogler, Die Linke, hat als nächste Rednerin das Wort.

(Beifall bei der LINKEN)

**Kathrin Vogler (DIE LINKE):**

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Menschen mit und ohne Downsyndrom! Wenn wir heute über die Kassenzulassung des Bluttests auf Trisomie 21 sprechen, dann geht es nicht nur um ein einzelnes Medizinprodukt und um die Frage, ob es von den Krankenkassen bezahlt werden soll. Beim Umgang mit den Gen- und Reproduktionstechnologien haben wir doch seit 30 Jahren ein grundsätzliches Problem: Forschung und Zulassung preschen vor, schaffen Fakten, setzen neue Standards, während wir, also die Politik, wie ein Hase dem Igel hinterherlaufen. Wir sind als Gesetzgeber in der Verantwortung, zu klären, wo die ethischen Grenzen des wissenschaftlichen Fortschritts liegen.

Es geht dabei nicht allein um den Bluttest auf Trisomie 21, sondern um eine absehbare Entwicklung, auf die wir reagieren müssen. Auch der Vorsitzende des G-BA, Professor Hecken, schreibt an uns, es würden in absehbarer Zeit weitere Testverfahren zur Verfügung stehen, die fundamentale ethische Grundfragen unserer Wertordnung berühren.

**Kathrin Vogler**

- (A) Ein weiteres Beispiel. Ein Test mit dem Namen „Panorama“ ist bereits verfügbar. Panorama, das klingt schön, verheißt viel und gaukelt Gewissheit vor. Mit ihm wird nach gleich acht genetischen Normabweichungen gefahndet, darunter die Trisomien 13, 18 und 21, aber zum Beispiel auch das Klinefelter-Syndrom. Das ist mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 : 590 eine der häufigsten genetischen Normabweichungen bei Jungen. Die Zahl ist aber mit Vorsicht zu genießen; denn wegen der leichten oder fast fehlenden Merkmalsausprägung gibt es eine hohe Dunkelziffer. Symptome sind zum Beispiel eine verzögerte motorische Entwicklung oder – selten – Sprachentwicklung, eine mangelhafte oder fehlende Spermiogenese, Hochwuchs, Konzentrationsschwäche usw.

Ich frage Sie: Wozu soll es eigentlich gut sein, wenn Eltern schon während der Schwangerschaft Kenntnis von einer genetischen Veranlagung erhalten, die das Kind nur wenig oder überhaupt nicht beeinträchtigen wird?

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Und was hat das bitte mit dem Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen zu tun, die hier Diagnosen finanzieren sollen, denen keinerlei ursächliche Therapie folgen kann, weil es sie schlicht nicht gibt?

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Das sind Fragen, denen wir uns stellen müssen.

- (B) Und weil das Ganze ja hochprofitabel ist, werden etliche weitere Tests in den nächsten Jahren auf den Markt drängen, sofern wir nicht jetzt regulieren. Auch diese werden bei den werdenden Eltern aggressiv beworben mit dem Versprechen einer Sicherheit; denn für Medizinprodukte gibt es kein gesetzliches Werbeverbot.

Wir müssen jetzt grundsätzlich entscheiden, wie wir mit diesen drängenden Fragen umgehen. Ich halte eine Novelle des Gendiagnostikgesetzes und den Ausbau einer unabhängigen und ergebnisoffenen Beratung für den sinnvollsten Weg. Dafür sollten wir uns die nötige Zeit nehmen. Auch für die gesellschaftliche Debatte sollten wir uns Zeit nehmen. An dieser Debatte sollten alle teilnehmen können, die es betrifft – mit und ohne Downsyndrom.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN, der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Katja Dörner, Bündnis 90/Die Grünen, hat jetzt als Nächste das Wort.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Katja Dörner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Der Gemeinsame Bundesausschuss hat uns eine konkrete Frage gestellt, und die kann ich für mich auch konkret beantworten: Wenn die Krankenversicherung invasive Methoden zur Feststellung von Triso-

mie 21 bezahlt, dann gibt es keinen Grund, nichtinvasive Methoden nicht zu bezahlen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der FDP)

Die Debatte, die wir führen müssen, geht aber weit über diese Frage hinaus. Ich bin mir sicher: Die allermeisten Kolleginnen und Kollegen hier wollen eine Gesellschaft, in der Kinder mit Behinderung selbstverständlich genauso willkommen sind wie Kinder ohne Behinderung. Ich möchte das.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN)

Und wenn wir das wollen, dann müssen wir uns fragen: Warum entscheiden sich Schwangere gegen ein Kind mit Behinderung? Warum trauen sich Eltern ein Leben mit einem behinderten Kind nicht zu, und was können wir tun, damit das anders wird?

Ich bekomme oft Schreiben von Eltern behinderter Kinder. Sie berichten mir von sehr viel Glück. Sie berichten mir aber auch von ihrem aufreibenden Alltag. Sie berichten vom ewigen Tauziehen mit der Krankenversicherung, dem Rehaträger, vom Zuständigkeitswirrwarr zwischen Jugendamt und Sozialamt und davon, dass die Grundschule ihr Kind nicht aufnimmt, obwohl es so gerne mit den Kindern aus dem Kindergarten in die Grundschule gehen würde und das ja auch selbstverständlich könnte.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der SPD und der LINKEN) (D)

Für die Eltern selbst, vor allem für die Mütter, ist Berufstätigkeit, wenn überhaupt, nur eingeschränkt möglich. Altersarmut ist für viele vorprogrammiert. Das klingt krass, ist aber Fakt, und ich finde, das muss hier gesagt werden.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der SPD und der LINKEN)

Das Wichtigste ist: Das darf nicht so bleiben. Wir haben die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert. Wir sind verpflichtet, eine inklusive Gesellschaft zu schaffen. Nur wenn Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft nicht länger diskriminiert werden und ihre Rechte selbstverständlich voll wahrnehmen können, dann können sich werdende Eltern auch wirklich frei entscheiden.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der SPD und der LINKEN)

Darum muss es uns gehen: eine freie Entscheidung für oder auch gegen eine Schwangerschaft, aber nicht für oder gegen dieses Kind.

Ich bin davon überzeugt, dass es letztendlich nicht entscheidend sein wird, wer welche Tests für wen bezahlt. Es ist entscheidend, ob werdende Eltern sich darauf verlassen können, dass ihr behindertes Kind ein gutes Leben

**Katja Dörner**

- (A) hat und dass sie auch selber ein gutes Leben haben. Dafür zu sorgen, das ist doch unsere Aufgabe. Ich würde mich sehr freuen, wenn es uns das gelingt und wenn wir aus dieser Debatte die Verpflichtung mitnehmen würden, genau das umzusetzen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN und der Abg. Katja Suding [FDP])

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Stephan Pilsinger, CDU/CSU, ist der nächste Redner.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Stephan Pilsinger (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Das Thema, das wir heute hier diskutieren, besitzt eine gesellschaftliche Sprengkraft. Darum ist es richtig, dass wir es heute hier in aller Öffentlichkeit diskutieren.

Ich wende mich als Arzt und als Parlamentarier gegen die Einführung des Bluttests für Schwangere als generelle Kassenleistung. Ich plädiere dafür, dass dieser Gentest nur bei Risikoschwangerschaften übernommen wird. Bisher wird bei vorliegenden Risikofaktoren eine invasive Fruchtwasseruntersuchung vorgenommen und bereits von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt. Allerdings ist eine solche Fruchtwasseruntersuchung nicht risikofrei. Diese Untersuchungen sind mit einem nicht unerheblichen Risiko von Früh- oder Fehlgeburten verbunden. Im Rahmen einer klar definierten Risikoschwangerschaft erstattet die gesetzliche Krankenkasse bereits jetzt die Kosten dieser Untersuchung.

(B)

Ein Risiko sind Fehler beim Test; denn der PraenaTest bietet keine absolute Gewissheit über Gesundheit oder Krankheit des Kindes. Aber genau diese Erwartung absoluter Sicherheit weckt der Test bei vielen schwangeren Frauen. Die Ergebnisse des Bluttests können falsch sein, und dann entscheidet sich eine junge Frau, deren Kind möglicherweise ein Downsyndrom hat, überflüssigerweise oder aus falscher Angst für eine mit einem Risiko verbundene nachträgliche Amniozentese oder für eine Abtreibung.

Bluttests jenseits von Risikogruppen, womöglich auch unter dem heute technisch möglichen Auslesen des kompletten Genoms, wären ein gewagter Schritt in eine gefährliche Richtung. Ich befürchte einen Schritt zu einer eugenischen Gesellschaft. Hier wird der Mensch auf eine genetische Veranlagung reduziert, bewertet und eventuell verworfen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Eine eugenische, diskriminierende Gesellschaft müssen wir verhindern. Es droht die Gefahr, dass nach und nach alle möglichen Risiko- und Erkrankungspotenziale oder genetischen Veranlagungen geprüft werden mit dem Ergebnis von Designerbabys. Ich schlage einen pränatalen Bluttest frühestens ab der zwölften Schwangerschaftswoche vor, um die Möglichkeit von Designerba-

bys auszuschließen. Das Geschlecht ist zum Beispiel mit dem Bluttest leicht zu bestimmen. Die Abtreibungsrate spielt, wie wir bei den Spätabtreibungen sehen, hier eine große Rolle. Ich befürchte, dass sich diese Rate durch eine generelle und so früh wie möglich durchgeführte Genomuntersuchung enorm erhöhen wird, weil sie als Kassenleistung ab der neunten Woche dann grundsätzlich gefordert und mitgenommen wird. (C)

Solange die zur Debatte stehende Erstattungsfähigkeit des Gentests auch weiterhin an das Vorhandensein einer Risikoschwangerschaft geknüpft ist und in Abklärung derselben Erkrankung geschieht, sehe ich hier einen möglichen Mittelweg, der die generelle Selektion von Ungeborenen vermeiden könnte.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Dr. Matthias Bartke, SPD, ist der nächste Redner.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Matthias Bartke (SPD):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Lassen Sie mich mit einem Erlebnis beginnen, das ich vor einigen Wochen hatte. Es war auf einer Autobahnraststätte. In einer Ecke dieser Raststätte spielten Eltern mit ihrem Kind und haben viel gelacht und hatten Spaß. Das Kind war vielleicht drei Jahre alt und hatte Downsyndrom. Es trug ein T-Shirt, auf dem stand: „Wie schön, dass es mich gibt!“ (D)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und der LINKEN sowie der Abg. Beatrix von Storch [AfD])

Dieser Satz traf mich direkt ins Herz, auch weil es so zu diesem lebensbejahenden Kind passte. Und ich finde, er trifft das Problem: Wollen wir wirklich die Umstände erleichtern, dass es künftig solche Kinder nicht mehr gibt?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Befürworter der Pränataltests als Kassenleistung argumentieren in erster Linie sozialpolitisch. Ich glaube dagegen: Darauf darf man die Frage der Bluttests nicht reduzieren. Denn es ist natürlich so, dass sich Eltern nach einem positiven Trisomie-21-Befund verstärkt mit der Möglichkeit der Abtreibung befassen. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch: Wenn Eltern sich entscheiden, ein Kind mit Downsyndrom abzutreiben, so ist das ihre ureigene Sache und zu akzeptieren. Da darf sich der Staat nicht einmischen.

(Beifall des Abg. Matthias W. Birkwald [DIE LINKE])

Wenn der Staat aber kostenlose Trisomie-21-Tests zulässt, so hat dies eine deutlich andere Dimension: Der Test soll Eltern mit werdenden Kindern mit Downsyndrom in die Lage versetzen, sich möglichst frühzeitig mit der Frage der Abtreibung zu befassen. Und 90 Prozent der Frauen treiben ihre Kinder nach einem positiven Testergebnis ja auch tatsächlich ab. Und genau das ist die staatspolitische und ethische Dimension unserer

**Dr. Matthias Bartke**

- (A) Entscheidung: Soll der Staat mit seiner Finanzierungsentscheidung aktiv die Voraussetzungen für Abtreibungen von Kindern mit Downsyndrom erleichtern? Meine Überzeugung ist: Nein, das soll er auf gar keinen Fall.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Es darf niemals Aufgabe des Staates sein, aktiv dazu beizutragen, dass Leben verhindert wird.

(Beifall der Abg. Beatrix von Storch [AfD] und Corinna Rüffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Daher bin ich der Auffassung: Die Einführung von kostenlosen Trisomie-21-Tests ist eine falsche Wertentscheidung, eine Wertentscheidung gegen das Leben von Kindern mit Behinderung.

(Beifall der Abg. Corinna Rüffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte, dass der Staat eine andere Wertentscheidung trifft: dass er sich positiv zum Leben von Kindern mit Downsyndrom bekennt,

(Beifall des Abg. Rainer Spiering [SPD])

dass er Rahmenbedingungen schafft, dass diese Kinder in unserer Gesellschaft willkommen sind. Ich möchte, dass wir jedem Kind mit Downsyndrom am Ende mit vollem Herzen sagen können: Wie schön, dass es dich gibt!

- (B) (Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Jetzt erteile ich das Wort der Kollegin Katrin Helling-Plahr, FDP.

(Beifall bei der FDP)

**Katrin Helling-Plahr (FDP):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Für 269 Euro habe ich mittels eines Bluttests untersuchen lassen, ob bei meinem ungeborenen Kind eine Trisomie 13, 18 oder 21 vorliegen wird. Warum habe ich mich persönlich für diesen Test entschieden? Ich erwarte mein zweites Kind. Ich habe eine Schilddrüsenerkrankung. Mit 13 Jahren erklärte mir mein Arzt: Sie wissen ja, dass Sie wahrscheinlich keine Kinder bekommen können; wenn Sie überhaupt schwanger werden, werden Sie sicher Fehlgeburten erleiden. – Auch wenn sich das als medizinisch so nicht zutreffend herausstellte, war ich dennoch davon überzeugt, jedenfalls nicht so unproblematisch ein oder gar mehrere und dann auch noch gesunde Kinder bekommen zu können.

Im Rahmen meiner ersten Schwangerschaft kam es ganz zu Beginn wiederholt zu Blutungen, was einen Arzt im Krankenhaus zu der Aussage veranlasste, dass es in den nächsten zwei Wochen sicher zu einem Abort kommen würde. Gegen Ende der Schwangerschaft stellte meine Frauenärztin dann zu viel Fruchtwasser fest.

Das kann ernste Ursachen haben. Beginnend bei Chromosomenstörungen über Herzfehler, Fehlbildungen des Rückenmarks bis zu einem teilweisen oder vollständigen Fehlen des Großhirns. Ich hatte das Glück, einen vollkommen gesunden Jungen zur Welt bringen zu dürfen. Aber: Vielleicht können Sie nachvollziehen, dass ich in der Schwangerschaft immer wieder große Ängste hatte,

(Andrea Nahles [SPD]: Ja!)

mir viele Sorgen um mein Kind gemacht habe.

Meine Geschichte ist nicht außergewöhnlich. Die Gründe für meine Sorgen sind gegen Dutzende andere in anderen Konstellationen austauschbar. Wir haben uns entschieden, die pränataldiagnostischen Angebote, die auf dem Markt verfügbar sind und deren Inanspruchnahme nicht mit einem Risiko für mich oder mein Kind einhergeht, in Anspruch zu nehmen. Nicht weil ich im Falle des Vorliegens etwa eines Downsyndroms hätte abtreiben wollen, sondern weil Untersuchungsergebnisse den werdenden Eltern Sicherheit bieten. Weil sie ihnen vielfach Sorgen nehmen können oder ermöglichen, sich auf Kommendes einzustellen, vor auszuplanen,

(Beifall bei der FDP und der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der LINKEN)

auch beispielsweise im Hinblick auf eine individuell optimale Versorgung bei der Geburt.

Die von den gesetzlichen Krankenkassen seit langem finanzierten invasiven Untersuchungen sind für Schwangere keine Alternative. Wenn man sich für eine Inanspruchnahme entscheidet, geht man ein erhöhtes Fehlgeburtsrisiko ein. Und ich finde, es ist unethisch, Risikoschwangere, die nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, vor die Wahl zu stellen, entweder mit Unsicherheit leben zu müssen oder alternativ ein Fehlgeburtsrisiko für ihr Kind einzugehen,

(Beifall bei der FDP, der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

obwohl die Information so einfach und risikolos zu erlangen ist. Wir sollten deshalb vorgeburtliche Bluttests auf Trisomien bei Risikoschwangeren zwingend und umgehend zur Kassenleistung machen! Ob eine Schwangere solche Bluttests in Anspruch nehmen will, obliegt ihrer freien, selbstbestimmten Entscheidung.

(Beifall bei der FDP und der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Sören Pellmann, Die Linke, hat als Nächster das Wort.

(Beifall bei der LINKEN)

**Sören Pellmann (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Während meines zweiten Staatsexamens hatte ich mit zwei jungen Mädchen zu tun: Kathrin, acht Jahre alt, und Anna, sieben Jahre. Beide hatten Downsyndrom. Kathrin

**Sören Pellmann**

- (A) hatte ein gutes Elternhaus, sie war in ihre Familie sehr gut integriert. Die Eltern hatten sich entschieden, sich so zu arrangieren und beruflich zu verändern, dass alles darstellbar war. Bei Anna, sieben Jahre, war es ein ganz anderes Bild: Die Eltern haben sich kurz nach der Geburt des Kindes getrennt, die Mutter war alleinerziehend, und in den Elterngesprächen kam dann immer zur Sprache: Hätte ich mich doch damals gegen das Kind entschieden!

Die Frage war – das hat mich tatsächlich damals sehr belastet –, warum. Ich habe dann gefragt: Warum hätten Sie sich denn lieber gegen das Kind entschieden? – Die Antwort war damals: Wissen Sie, es ist die fehlende Anerkennung in der Gesellschaft für das, was ich an Lebensleistung erbringe, es ist die fehlende Unterstützungsleistung im Hinblick auf Beratungsgespräche und Angebote der Integration in den Arbeitsmarkt. – Das hat mich nachdenklich gemacht und führte dann natürlich zu weiteren Überlegungen. Von daher bin ich sehr froh über die heutige Debatte.

Die Linke benennt relativ klar, was Ursachen dafür sind, dass sich vornehmlich Frauen in einer solchen Situation gegen ein Kind entscheiden, auch mit der Maßgabe, dass es gegebenenfalls eine Trisomie 21 hat. Ich sage ganz klar: Wir haben auch hier noch Hausaufgaben zu erledigen. Ich verweise auf die mangelnden Regelungen im Bundesteilhabegesetz,

(Beifall bei der LINKEN)

- (B) auf nach wie vor fehlende Barrierefreiheit in ganz unterschiedlichen Bereichen, die immer noch nicht ausreichende Unterstützung durch Assistenzleistungen, Begleitung und Beratungsleistungen und die immer noch fehlende Inklusion im schulischen und vorschulischen Bereich.

Was können wir denn machen, damit es Eltern so geht wie den Eltern von Kathrin? Akzeptanz und Anerkennung des Andersseins müssen in den Vordergrund rücken, ebenso die bestmögliche Förderung und Unterstützung und die Beachtung der individuellen Situation der Familie.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Zum Schluss. Ich habe mir ein Zitat von Pablo Pineda herausgesucht. Er ist der erste europäische Akademiker mit Downsyndrom. Er sagte:

Eltern mit Kindern, die „anders“ sind, verbessern sich auch als Eltern. Sie werden toleranter und solidarischer. Das ist doch eine Chance, die man nutzen sollte. Die Auswahl des Kindes à la carte ist nicht gut. Denn schlussendlich wählen wir das Perfekte. Und wenn dann alle gleich sind, sind wir um vieles ärmer.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wenn wir erst in einer wirklich inklusiven Gesellschaft leben, ist es auch nicht mehr problematisch, wenn Kinder anders sind.

Vielen Dank.

(C)

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Markus Kurth, Bündnis 90/Die Grünen, ist der nächste Redner.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Markus Kurth (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin der Kollegin Helling-Plahr für die persönliche, offene Schilderung ihrer Schwangerschaft sehr dankbar. Denn sie richtet den Blick auf das Umfeld und auf die Situation, in der Frauen und Eltern Entscheidungen treffen müssen, und sie richtet den Blick auf den von Medizinern geprägten Diskurs, in dem das Thema der Menschen mit Behinderung oder, in dem konkreten Fall, mit Trisomie 21 unter dem Gesichtspunkt der Schadensbegrenzung betrachtet wird. Das Problem ist, dass unter dem Eindruck solcher Beschreibungen Entscheidungen getroffen werden müssen.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dieser Tage ist in der Zeitung das Zitat eines Inhabers einer Praxis für Pränataldiagnostik hier in Berlin zu lesen gewesen, der sagte:

Ein zusätzliches Chromosom bedeutet auf jeden Fall: nicht normal, nicht komplett gesund.

(D)

Ich bin froh, dass wir hier in diesem Hause die Debatte nicht mit diesen Worten führen. Aber es zeigt doch ganz klar – auch Herr Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss spricht von einer Erkrankung –, dass speziell im Bereich der Medizin offensichtlich ganz andere Vorstellungen auf die Frauen, die sich entscheiden müssen, eindringen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN und der Abg. Dr. Astrid Mannes [CDU/CSU])

Bei solchen Aussagen von Medizinern male ich mir in meiner Fantasie häufig den Planeten Trisomia aus, auf dem 99,9 Prozent der Bevölkerung Trisomie 21 haben und wo dieser Arzt, den ich zitiert habe, als nicht normal und als nicht komplett gesund gilt.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der SPD und der LINKEN)

Obwohl er sich persönlich wahrscheinlich kerngesund fühlt, wird er von anderen von Geburt an bis zu seinem Tode als krank bezeichnet. – Wie verrückt ist das eigentlich?

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der SPD)

**Markus Kurth**

- (A) Was mich betroffen macht, ist die Arglosigkeit, mit der eine solche Wortwahl erfolgt. Er meinte das wahrscheinlich gar nicht böse oder abwertend, als er der Zeitung dieses Interview gegeben hat. Es herrscht eine vollkommene Arglosigkeit, wenn von „Schäden“, „Risikoschwangerschaften“ und dergleichen die Rede ist. Das spiegelt sich sogar in dem Namen eines Bluttests wider, der von der Firma Cenata angeboten wird. Diese Firma hat den Test „Harmony Test“ genannt, also Harmonietest, gerade so, als ob das Kind mit Trisomie 21 ganz eindeutig Disharmonie ist.

Also, selbst wenn wir alle hier die Auffassung teilen, dass es eine vernünftige Beratung von Schwangeren geben muss, läuft das ins Leere, solange der Diskurs gesellschaftlich und medizinisch so geprägt ist, wie ich das hier gerade beschrieben habe.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der SPD)

Das ist ein Grundübel, ein Problem in dieser Debatte, das wir in der weiteren Beratung auf jeden Fall beachten sollten.

Danke.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

- (B) Nächster Redner ist der Kollege Thomas Rachel, CDU/CSU.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Thomas Rachel (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Viele von uns sind Mütter oder Väter. Viele von uns haben schon Schwangerschaft miterlebt oder erlebt. Viele von uns kennen daher das Gefühl großer Unsicherheiten und wissen, wie das heutige Thema unsere Herzen berührt.

Neue medizinische Verfahren bieten Chancen und Risiken. Beides gilt es, ethisch sorgsam abzuwägen, um am Ende zu verantwortlichen Entscheidungen zu kommen. Das gilt gerade für die neue, nichtinvasive pränatale Diagnosemethode, den Bluttest auf Trisomie 21. Beim Downsyndrom haben Kinder zwar Einschränkungen, können aber grundsätzlich ein glückliches Leben führen. Die selteneren Trisomieformen 18 und 13 führen aufgrund massiver Organfehlbildungen in der Regel bereits vor oder kurz nach der Geburt zum Tode und können durch den Bluttest ebenfalls festgestellt werden.

Bereits seit langem gehören pränatale Diagnoseverfahren zur allgemein akzeptierten medizinischen Begleitung von Schwangeren: Abtasten des Mutterleibs, Blutuntersuchungen, Ultraschall, Untersuchung des Fruchtwassers. Altbischof Wolfgang Huber hat deshalb schon früher zu Recht betont – ich zitiere –: Dass bisher vertraute pränatale Diagnoseverfahren ethisch erlaubt, die pränatale Chromosomendiagnostik dagegen unter-

sagt werden soll, ist nicht zu begründen. Es ist auch nicht zu verkennen, dass in vielen Fällen – wir haben es gerade gehört – gerade die Bejahung und Annahme einer Schwangerschaft durch pränatale Diagnostik erleichtert und ermöglicht wird. – Zitat Ende. (C)

Der neue, nichtinvasive Bluttest ist ein verbessertes Diagnoseverfahren mit sehr hoher Erkennungsrate. Das Risiko einer Fehlgeburt ist beim neuen Bluttest ausgeschlossen. Wenn invasive Fruchtwasseruntersuchungen seit Jahren akzeptiert werden, dann muss dies meines Erachtens umso mehr für eine nichtinvasive Methode gelten, bei der jegliche Gefährdung des Ungeborenen ausgeschlossen ist.

Gleichzeitig müssen wir verhindern, dass durch die neuen Verfahren Sichtweisen befördert werden, die den Wert des ungeborenen Lebens von vornherein infrage stellen und dabei nicht mit unserer Rechts- und Werteordnung und der Menschenwürde vereinbar sind.

(Beifall der Abg. Dr. Astrid Mannes [CDU/CSU])

Ich denke, es ist unser aller Aufgabe, dafür zu sorgen, dass sich Menschen mit Einschränkungen in unserer Gesellschaft angenommen fühlen und sie die volle Teilhabe erleben. Der Gesetzgeber muss mit Augenmaß die verantwortliche Balance halten. Deshalb haben wir seitens des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland eingefordert, dass zusätzlich – zusätzlich! – eine umfassende, auch die ethischen Problemlagen aufnehmende Beratung über die Möglichkeiten und Konsequenzen der Pränataldiagnostik zeitgleich in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden soll. (D)

Wir müssen uns bewusst machen: Diese Tests gibt es bereits im Internet und im Ausland massenhaft. Durch die Einbindung der gesetzlichen Krankenversicherung können wir demgegenüber den wichtigen Zusammenhang zwischen pränataler Diagnostik und verantwortlicher Beratung sicherstellen. Ja zum neuen Diagnoseverfahren in Fällen von Risikoschwangerschaften, eingebettet in ausführliche Beratung.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Nächste Rednerin ist die Kollegin Beatrix von Storch, AfD.

(Beifall bei der AfD)

**Beatrix von Storch (AfD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Vor allen Dingen: Liebe Familien mit Kindern mit Downsyndrom hier auf der Tribüne! Die Behindertenverbände lehnen es ab, dass der Bluttest zur Identifikation des Downsyndroms bei ungeborenen Kindern Kassenleistung werden soll. Zehn Verbände, darunter die Evangelische Behindertenhilfe und die Diakonie, haben eine gemeinsame Erklärung dazu abgegeben. Sie stellen



**Beatrix von Storch**

- (A) fest, dass der Umgang mit dem Test keine rein technische Frage ist, sondern die fundamentalen und ethischen Grundlagen unserer Werteordnung berührt – zu Recht. Deswegen ist es gut, dass wir heute hier darüber reden.

Kinder mit Downsyndrom werden heute noch geboren. Sie leben und lachen, und sie werden von ihren Eltern geliebt. Sie sind so unvollkommen, wie wir alle unvollkommen sind. Doch die Debatte über die pränatale Diagnostik schafft ein gesellschaftliches Klima, das die Berechtigung, sich für ein behindertes Kind zu entscheiden, mehr und mehr infrage stellt; das fürchte ich. Die Entwicklung geht auch deshalb in vielen Ländern Europas in die Richtung, dass Menschen mit Downsyndrom – nach Test – durch Abtreibung als Gruppe verschwinden.

Die Menschen mit Downsyndrom sind aber nur die Ersten, die von der Testmöglichkeit betroffen sind. Es wird die Zeit kommen – das ist vielfach angesprochen worden –, in der Genetiker pränatal ermitteln können, ob ein Kind eine Disposition für Krebs, für Herzerkrankungen oder für Kurzsichtigkeit mitbringt. Ich habe die Sorge, dass dann der soziale Druck auf die Mütter steigen wird, alles Mögliche zu testen, weil einfach, schnell und billig – die Kasse zahlt es ja –, und gegebenenfalls auch der soziale Druck steigt, abzutreiben. Bei Stephen Hawking wurde mit Anfang 20 ALS diagnostiziert. Vielleicht wäre er niemals geboren worden.

(Dr. Karl Lauterbach [SPD]: Ist kein Gendefekt!)

- (B) Und wie viele von uns würden möglicherweise hier heute nicht sitzen, wenn unsere Eltern gewusst hätten, welche Risiken bei uns bestehen.

Wir stehen an einer Wasserscheide. Es gibt Kräfte, die wollen eine Welt mit optimierten Menschen, produktiv, leistungsfähig und vor allem gesund. Wer potenziell eingeschränkt ist, wird vor der Geburt möglicherweise aussortiert, oder – Stichwort Sterbehilfe – eben am Ende seines Lebens, wenn er nicht mehr funktioniert und Hilfe braucht. Dieses Klima wird sich ausbreiten; auf jeden Fall fürchte ich das. Ich meine, der Zweck der sozialen Ordnung besteht nicht in der Optimierung des Menschen. Ich meine, er besteht im Schutz und im Bewahren seiner ihm ganz eigenen, von Gott gegebenen Würde.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Hilde Mattheis, SPD, hat als Nächste das Wort.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

**Hilde Mattheis (SPD):**

Herr Präsident! Kolleginnen und Kollegen! Ja, wir haben auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft noch viel zu tun; das gilt nicht nur für Kinder mit Downsyndrom, das gilt auch für den nach einem Motorradunfall

Querschnittsgelähmten, und das gilt für viele andere in unserer Gesellschaft. Dafür müssen wir kämpfen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

Aber worum geht es hier? Es geht darum, etwas zu tun, was die Situation von Frauen, von Familien, von Ehepaaren, von Lebenspartnerschaften erleichtert. Und es geht darum, in einer Schwangerschaft, die immer geprägt ist von der Frage, wie es ausgeht, wie es dem Kind geht, ob alles in Ordnung ist, möglichst früh Gewissheit zu haben. Der Humangenetiker Zerres führt Untersuchungen an, die zeigen, dass Frauen, Ehepaare, Lebensgemeinschaften, wenn sie früh wissen, wie es um das Kind steht, dieses Kind sehr gut annehmen können, egal ob es gesund oder womöglich mit einem Handicap auf die Welt kommt. Die entscheidende Frage ist: Kann ich in der Schwangerschaft frühestmöglich damit umgehen und es annehmen? Das ist, finde ich, eine der Fragen, die wir hier beantworten müssen.

Seit 30 Jahren gibt es Fruchtwasseruntersuchungen, Plazentauntersuchungen, die mit einem hohen Risiko verbunden sind – wir haben es gehört. Jetzt ist es möglich, dieses Risiko zu vermeiden; und wir können früher sagen, ob alles in Ordnung ist. Wenn die Frage mit Nein beantwortet wird, können Frauen mit dieser Frage selbstbestimmt umgehen. Frauen gehen mit dieser Frage nicht willkürlich um. Sie sind sehr verantwortungsbewusst. Ehepaare sind sehr verantwortungsbewusst. Man geht nicht leichtfertig mit dieser Frage um, sondern weiß, um was es geht. Kann ich mit diesem Kind mein Leben gestalten, egal ob es gesund oder nicht gesund ist? Es geht jetzt darum: Mache ich daraus eine Kassenleistung? Ich glaube, da stehen wir ganz stark in der Verantwortung. (D)

100 000 dieser Untersuchungen werden als IGeL-Leistung durchgeführt. Man muss wissen: Eine IGeL-Leistung ist nicht preisgebunden, sondern wird mit dem 2,3-fachen Gebührensatz abgerechnet. Dies bedeutet, dass viele sich diese Untersuchung nicht leisten können. Und ich glaube, wenn wir es ernst meinen mit der Selbstbestimmung, mit der Unterstützung für Schwangere und ihre Partner, dann sollten wir diesen Weg gehen und nicht die Debatte mit anderen gesellschaftlichen Komponenten verknüpfen. Auch ich bin der Meinung, ja, wir brauchen eine inklusive Gesellschaft, aber wir brauchen auch eine Gesellschaft, die das Recht der Frauen hochhält.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Annette Widmann-Mauz, CDU/CSU, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wissen kann nicht nur befreien, es kann auch sehr belas-

Annette Widmann-Mauz

- (A) ten. Nicht die Art der Diagnostik, sondern das Wissen, das dadurch erlangt wird, macht uns verantwortlich – verantwortlich für die Entscheidungen, die wir in diesem Wissen treffen.

Vorgeburtliche genetische Untersuchungen werden bereits heute zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt. Die Frage ist jetzt, ob eine für Mutter und Kind im Vergleich weit risikoärmere nichtinvasive Methode zur Anwendung kommt. Für mich drückt sich medizinethische Verantwortung auch darin aus, dass wir gesetzlich Versicherten diesen Fortschritt nicht vorenthalten und damit Schwangere auf riskantere Methoden verweisen, vielleicht auch, weil wir uns erhoffen, dass sie unter diesen Umständen weit weniger in Anspruch genommen werden.

Durch den risikoärmeren Test besteht aber die Gefahr, dass die Untersuchung zur Routine wird, Eltern weiter unter Rechtfertigungsdruck geraten und Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft immer stärker infrage gestellt werden. Unser Grundgesetz und die Behindertenrechtskonvention verpflichten uns, menschliches Leben in seiner Würde zu achten, mit oder ohne Behinderung,

(Beifall des Abg. Michael Brand [Fulda]  
[CDU/CSU])

innerhalb oder außerhalb des Mutterleibs. Im Mutterleib gelingt das jedenfalls nicht ohne die Schwangere, sondern nur mit ihr.

- (B) Eine verantwortungsvolle, eine verantwortliche Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken des Tests ist nur möglich, wenn umfassend informiert und aufgeklärt wird, wenn unterstützend eine qualifizierte Beratung zur Verfügung steht, die auch dem Recht auf Nichtwissen angemessen Rechnung trägt.

Auch die Aufklärung und die psychosoziale Beratung nach einem positiven Prognosebefund müssen wir breiter anlegen, insbesondere auch in Zusammenarbeit und aus der Perspektive betroffener Eltern und Angehöriger. Allein die Tatsache, dass wir viel zu wenig Humangenetiker in der medizinischen Versorgung zugelassen haben, qualifizierte genetische Beratung aber vorhanden sein muss und im Übrigen auch angemessen honoriert werden muss, zeigt uns den aktuellen Handlungsbedarf.

Wenn wir den Einsatz dieses und anderer Bluttests nicht als Reihenuntersuchung allein aufgrund eines statistisch erhöhten Risikos für eine Trisomie zum Beispiel aufgrund fortgeschrittenen Alters wollen, dann müssen wir in den kommenden Wochen intensiv darüber diskutieren, unter welchen besonderen Voraussetzungen im Einzelfall und auch ab welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft diese Methoden durchgeführt werden sollen.

Ich jedenfalls halte den Ausschluss der neuen Methode in der GKV für falsch, Beschränkungen allerdings für die Inanspruchnahme, wenn sie medizinisch sachgerecht und der ethischen Herausforderung angemessen sind, nicht nur für vertretbar, sondern für geboten.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Frau Kollegin, die drei Minuten sind vorbei. Bitte, Ihre Rede ist beendet, tut mir leid.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Susann Rührich, SPD, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei der SPD)

**Susann Rührich (SPD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Jede Schwangerschaft, jede Vorsorgeleistung, jeder Abbruch einer Schwangerschaft ist eine höchstpersönliche Entscheidung der Frau und der Familie. Aus Tausenden individuellen Entscheidungen erwächst allerdings Gesellschaft, und bei Lebensfragen, egal ob am Ende oder am Anfang des Lebens, kann es uns nicht egal sein, warum Menschen so und nicht anders entscheiden. Deshalb richtet sich die Frage an uns alle, warum so viele Frauen meinen, ihr Downsyndromkind nicht austragen zu können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich selbst habe in den letzten acht Jahren dreimal die Vorsorgeuntersuchungen durchlaufen. Es wird einem dauernd Blut abgenommen – wofür eigentlich, war mir schwer ersichtlich. Während ich mich aber damals darauf verlassen konnte, dass die Untersuchungen im Interesse eines besseren Lebens oder des Überlebens meines Kindes sind, stehen wir mit dem Bluttest mitten in einem Paradigmenwechsel; denn im Interesse des Kindes ist der Test nicht.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der medizinische Fortschritt ist ein Segen für sehr viele Menschen. Ich will das Rad der Zeit nicht anhalten. Welche Zukunft ich aber nicht möchte, ist eine, in der Kinder mit genetischen Varianten – so sie denn noch geboren werden – quasi zum privaten Problem der Eltern werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Ich will nicht, dass die sich rechtfertigen müssen, dass sie hören: Sie hätten dieses Kind ja nicht bekommen müssen. Wir zahlen Ihnen ja schon den Test, jetzt sehen Sie selbst zu, wie Sie damit zurechtkommen.

Deshalb ist für mich die entscheidende Frage: Wie selbstbestimmt ist denn die Entscheidung für diesen Test wirklich? Wie selbstbestimmt ist auch die Entscheidung gegen diesen Test?

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Kathrin Vogler [DIE LINKE])

Können die werdenden Eltern frei und ohne Druck sagen: „Nein, ich möchte diesen Test nicht machen, es kommt, wie es kommt“?

(C)

(D)

**Susann Rührich**

- (A) Was wir brauchen? Erstens. Individuelle Aufklärung und Beratung bereits vor dem Test: dahin gehend, dass es keine therapeutische Verantwortung gibt, die diesen Test im Sinne des Kindes erforderlich macht; dahin gehend, welche Entscheidungen und Folgemaßnahmen sich abhängig vom Ergebnis daran anschließen. Beratung und Begleitung müssen ergebnisoffen stattfinden, unmittelbar nachdem das Testergebnis vorliegt.

Es ist mir unerträglich, wenn sich Menschen aus Vorurteilen, aus Unkenntnis oder aus sozialen und finanziellen Sorgen heraus gegen ein Kind mit Downsyndrom entscheiden; denn dann ist es eben keine freie Entscheidung.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir brauchen zweitens konkrete Indikationen, bei denen die Kosten für den Test übernommen werden, um nicht zu einem vorgeburtlichen Massenscreening aller werdenden Kinder zu kommen.

Drittens brauchen wir eine wirklich inklusive Gesellschaft, in der alle Verschiedenheiten willkommen sind.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Natalie Dedreux sagte vor drei Wochen in unserer Kinderkommission: Unser Leben ist cool. Wir leben gern. – Und ich möchte, dass das auch in Zukunft noch so ist.

- (B) Vielen Dank. – Ich habe noch 15 Sekunden auf der Uhr.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der FDP, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Nächster Redner ist der Kollege Christian Schmidt, CDU/CSU-Fraktion.

**Christian Schmidt (Fürth) (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir reden hier nicht über Themen, die in Zahlen fixiert werden und unter dem Summenstrich ein Ja oder Nein ergeben können. Wir reden hier über Menschen, über das Recht der Menschen, zu leben, gleich welcher genetischen Disposition sie sind, und über die Frage, wie man sich bei den Herausforderungen, die sich daraus ergeben, konkret mit staatlicher, mit öffentlicher, mit gesellschaftlicher Unterstützung und Zusammenarbeit verhält.

Da haben wir große Defizite, die man schon allein an der Diskussion darüber erkennt. Es kam schon in mehreren Beiträgen deutlich zum Ausdruck, wie schwer wir uns tun. Wer ist „wir“? „Wir“ sind diejenigen, die meinen, sie wären etwas Besseres als diejenigen, über die geurteilt wird.

Inklusion ist in der Tat die Grundlage, und zwar eine Inklusion, die gesellschaftlich nicht nur gefordert wird,

sondern auch gelebt wird. Dies ist nicht nur bei den Behindertenverbänden so, sondern ich denke, es gibt hier im Hause und sonst wo sehr viele, die im eigenen Lebensumfeld die Erfahrung machen, mit wie viel Liebe und Engagement Menschen in ihrer jeweiligen Disposition einen Beitrag zu dieser Gesellschaft, aber auch zu ihrer eigenen Freude leisten.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

Das heißt für uns: Wir müssen abwägen. Natürlich gibt es soziale Fragen; das ist angedeutet worden. Ich kann nicht sagen: Ich mache den Test sehr teuer, dann können ihn sich gerade diejenigen leisten, die meinen, ihn sich leisten zu müssen. – Ich muss die anderen Fragen stellen: Wie kann ich den Fortschritt in der pränatalen Diagnostik, der sich natürlich hin zu einem nicht-invasiven Test entwickelt hat, in einen Bezug bringen zu einem verantwortungsvollen Umgang damit? Welche Entscheidungsgrundlagen brauchen die Mutter, die Eltern, welche Informationen, um sich für eine Option zum Leben zu entscheiden? – Das sollte in den Vordergrund gerückt werden.

Keiner kann die Stelle der Betroffenen einnehmen. Diese Entscheidung muss jeder für sich alleine treffen. Alleine? Nein, die Gesellschaft muss helfen; sie muss dabei sein, und sie muss vor allem akzeptieren, dass wir das eben nicht nüchtern – wie das in Großbritannien der Fall gewesen ist – angehen können. Dort wurden Zahlen genannt, und ein Film der BBC hat alles verändert, weil darin jemand mit Downsyndrom aufgetreten ist und gezeigt hat, was er kann.

Wir sollten sehr zurückhaltend bei dieser Frage sein. Ich kann mir nur vorstellen, dass wir im Bereich einer gewissen Begrenzung mit Begleitung und nicht mit einer einfachen Regelkassenleistung dazu beitragen, dass Menschen mit Chancen, die mit Trisomie geboren werden – –

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Danke sehr. Jetzt ist auch Ihre Redezeit abgelaufen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Marja-Liisa Völlers, SPD, ist die nächste Rednerin.

(Beifall bei der SPD)

**Marja-Liisa Völlers (SPD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bisher habe ich hier zu ganz anderen Themen als dem der heutigen Debatte zu den vorgeburtlichen genetischen Bluttests gesprochen. Die Leichtigkeit beispielsweise einer Bildungsdebatte fehlt. Das ist dem Thema geschuldet, und das ist richtig so.

Es ist mir wichtig, meine Sicht stellvertretend auch für ganz viele andere Frauen in die Diskussion mit einzubringen. Ich werde dieses Jahr 35 Jahre alt. Ich habe noch keine Kinder. Würde ich ein Kind bekommen, wäre die Schwangerschaft eine Risikoschwangerschaft, und somit

**Marja-Liisa Völlers**

- (A) wäre ich vom Alter her genau eine der Frauen, um die es hier heute geht.

Ich will eines noch mal ganz deutlich machen: Den Bluttest, über den wir sprechen, gibt es schon lange. Er ist seit 2012 in Deutschland zugelassen. Es geht heute nicht um die Entscheidung darüber, ob der PraenaTest grundsätzlich erlaubt sein sollte oder nicht. Es geht doch vielmehr darum, dass wir allen Frauen *die* Schwangerebetreuung ermöglichen, die sie für sich in Anspruch nehmen wollen,

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

und zwar unabhängig von deren finanzieller Leistungsfähigkeit.

Bislang haben Risikoschwangere nur Anspruch auf eine Fruchtwasseruntersuchung, auf den Bluttest aber nicht. Für diesen zahlen sie aktuell mehrere Hundert Euro aus der eigenen Tasche. Der Haken ist: Die Fruchtwasseruntersuchung birgt deutlich mehr Risiken als der Bluttest – für die Frau, aber auch für das Baby. Also weniger Risiko nur für Schwangere mit mehr Geld? – Das empfinde ich als ungerecht.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP und der LINKEN)

Ich jedenfalls möchte nicht, dass wir den Frauen, die es sich finanziell nicht leisten können, sagen: Ihr müsst die Fruchtwasseruntersuchung machen; die zahlt die Kasse. Den Bluttest gibt es für euch nicht. – Das ist nicht zu rechtfertigen.

- (B) Sehr geehrte Damen und Herren, die Einführung des Bluttests als gesetzliche Kassenleistung bedeutet doch nicht, dass alle Frauen diesen Test dann mit dem Ziel machen, bei einer entsprechenden Diagnose die Schwangerschaft abzubrechen. Diese Unterstellung halte ich für völlig falsch.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der Abg. Nicole Westig [FDP])

Jede Schwangere muss selbst entscheiden können, ob überhaupt ein Test gemacht werden soll. Wenn ein Test gemacht werden soll, muss sie entscheiden, welcher Test gemacht werden soll und was nach der Diagnose passiert. Dafür braucht sie aber eine wirklich gute ergebnisoffene ärztliche Beratung. Das ist das A und O.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der FDP und der LINKEN)

Natürlich ist eine vorgeburtliche Diagnose für die meisten erst mal ein Schock; sie kann aber eben auch helfen, sich frühzeitig auf die Situation einzustellen, auf eine Situation, die in Teilen leider immer noch mit Hürden verbunden ist. Das zeigt die heutige Debatte doch ganz deutlich: Unsere Gesellschaft ist noch lange nicht überall so inklusiv, wie sie sein sollte, wie ich sie mir vorstelle. Ich würde mir wirklich wünschen, dass wir gemeinsam daran arbeiten, dass wir alles daransetzen, damit uns Teilhabe für alle noch besser gelingt.

(Beifall des Abg. Sören Pellmann [DIE LINKE])

- Das sollte meiner Ansicht nach das Ergebnis dieser Debatte sein. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Das Ergebnis sollte nicht sein, dass wir Frauen mit weniger finanziellen Mitteln vom vorgeburtlichen genetischen Bluttest ausschließen.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der FDP und der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Nächster Redner ist der Kollege Michael Brand, CDU/CSU.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte in der heutigen Orientierungsdebatte vor allem ein paar Fragen aufwerfen. Die wichtigste Frage ist die Frage von Andreas, mit dem ich mich angefreundet habe. Andreas lebt wie ich in Fulda. Er ist heute 31 Jahre alt und hat den genetischen Defekt, den wir durch den Bluttest noch vor der Geburt feststellen können. Andreas hat das Downsyndrom. Er gehört also mit seiner Frage hierher, in diese Debatte – sozusagen mitten aus dem Leben mitten in den Bundestag.

- Bei unserer ersten Begegnung hat er indirekt eine Frage gestellt, die klar zeigt, wie aufmerksam Menschen wie er unsere Debatten verfolgen. Andreas sagte zu mir: „Ich find es total doof, dass ich eigentlich nicht leben soll“. – Er war dabei ehrlich entrüstet und sehr traurig zugleich. Was soll ich Andreas aus dieser Debatte berichten? Soll ich ihm sagen: „Ja, das finden wir auch, aber das ist nicht unsere Entscheidung, ob Menschen wie du leben sollen oder auch nicht leben sollen“? Das ist der Kern der heutigen Debatte. Sollen Menschen wie Andreas leben? Und wie schützen wir sein Menschenrecht auf Leben? (D)

Die heutige Debatte kann man nicht auf die Frage „Kassenleistung – ja oder nein?“ reduzieren – das geht sicher viel weiter.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die nächsten Zulassungsverfahren kommen schon. Wenn Erbguttest Routine wird, stellt sich die Frage: Was ist mit dem Rechtfertigungsdruck auf werdende Eltern, diese Angebote auch zu nutzen? Was ist eigentlich mit dem Recht auf Nichtwissen?

Wir müssen uns sehr großen, sehr unangenehmen Wahrheiten stellen. Wir haben einen medizinischen Fortschritt, der bei dem Testergebnis „Downsyndrom“ in über 90 Prozent der Fälle zum Tod führt. Das ist der eigentliche Kern dieser Debatte. In den nächsten Jahren werden wir noch viel dramatischere Debatten führen; denn der medizinische Fortschritt explodiert – jedes Jahr,

**Michael Brand (Fulda)**

- (A) jeden Monat. Die Frage lautet auch: Wie viel Optimierung verträgt der Mensch?

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Uwe Schummer [CDU/CSU] und Kathrin Vogler [DIE LINKE])

Wir optimieren immer und alles: von Prozessen bis zu Personen. Wir streben nach dem, was *wir* als perfekt empfinden. Wer definiert eigentlich das „perfekte Optimum“? Wer mobilisiert die Ressourcen, zum Beispiel die Finanzierung? Wer setzt die Grenzen? Und wo werden sie gesetzt?

Das alles tun wir längst nicht mehr nur aus medizinischen Gründen. Es geht um die Optimierung des Menschen selbst. Der Bluttest ist nicht schuld daran. Er ist nur ein Instrument, eine Entscheidungshilfe. In der deutlichen Mehrheit der Fälle ist er aber eine Entscheidungsabnahme. Was das bei der kommenden Prognosesicherheit von bis zu 97 Prozent bei KI-gestützten Analysen im medizinischen Bereich bedeutet, kann ein Horror werden, muss es aber nicht.

Nicht nur heute in dieser Orientierungsdebatte müssen wir mit oder ohne Andreas, angesichts explodierender medizinischer Optionen, angefeuert von „künstlicher Intelligenz“ und „Deep Learning“ eine Frage beantworten, die wir nicht verdrängen können: Wie viel Selektion verträgt der Mensch?

- (B) (Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

René Röspel, SPD, ist der nächste Redner.

(Beifall bei der SPD)

**René Röspel (SPD):**

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Selten war ich bei einer Frage inhaltlich so zerrissen wie bei der Frage zur Entscheidung über Bluttests.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Dr. Silke Launert [CDU/CSU])

Ja, einerseits werden wir den Frauen, die sich dafür entscheiden, einen solchen Test zu machen, eine invasive Untersuchung ersparen und die Möglichkeit geben können, den Fötus zu schützen und von dieser invasiven Untersuchung ausnehmen zu lassen. Das ist ein Vorteil.

(Andrea Nahles [SPD]: Ja!)

Andererseits treibt mich aber auch die Sorge um, dass der Test, wenn er eine Kassenregelleistung wird, eben auch eine Regeluntersuchung wird, die dazu führt, dass mehr Menschen mit Downsyndrom abgetrieben werden. Das bereitet mir großen Kummer.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Worum geht es in dieser Debatte? Es geht darum, ob eben die Kosten dieses Tests, der schon lange verfügbar ist und privat bezahlt werden muss, von der Krankenkasse übernommen werden. Glauben wir tatsächlich allen Ernstes, dass die 200 Euro, die dieser Test kostet, eine stabile Hürde oder ein gutes Argument sind, um Frauen davon abzuhalten, den Test machen zu lassen, wenn sie es wollen und/oder können? Sollten wir unsere Kraft nicht viel lieber darauf verwenden, die Hürden abzubauen, die es in der Gesellschaft gibt? (C)

Warum wird eigentlich eine Schwangerschaft, die normal verläuft, deswegen zur Risikoschwangerschaft, weil die Frau über 35 Jahre alt ist?

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir haben das bei dreien unserer Kinder erlebt. Es wurde gesagt: „Sie haben eine Risikoschwangerschaft, weil es eine Wahrscheinlichkeit von 1 Prozent gibt,“ – es geht um eine Wahrscheinlichkeit und nicht um ein Risiko, nicht um eine Gefahr – „dass man ein Kind mit Downsyndrom bekommt.“ Wir hatten keine Angst, weil wir uns informiert hatten; aber viele Menschen werden Angst bekommen, wenn man ihnen sagt: Das ist eine Risikoschwangerschaft. Jetzt passiert etwas Schlimmes.

(Beifall der Abg. Susann Rührich [SPD] und Katja Dörner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Vielleicht müssen wir doch viel mehr Kraft darauf verwenden, vernünftig zu beraten, das Bild von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft zu verändern

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN) (D)

und uns tatsächlich viel mehr für Inklusion einzusetzen.

Ich will an dieser Stelle sagen: Die Krokodilstränen der AfD, die Anfragen stellt, wie viel Menschen mit Behinderungen die Gesellschaft denn kosten, die sich über Inklusion lustig macht, täuschen. Sie dürfen nicht so reden, wie Sie hier geredet haben.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Jürgen Braun [AfD]: Sie entscheiden, was gesagt werden darf, oder was?)

Alle Menschen können „AfD und Inklusion“ googeln und dann Ihre Scheinheiligkeit im Umgang mit Menschen mit Behinderungen feststellen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Jürgen Braun [AfD]: Das ist verfassungsfeindlich, was Sie da äußern!)

Ich finde, von uns muss von dieser Stelle aus eine Botschaft ausgehen: Jeder Mensch mit Behinderungen ist einer von uns und willkommen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Jürgen Braun [AfD]: Lächerliche Rede! Tiefpunkt des Tages bis jetzt!)

**(A) Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Jetzt erteile ich das Wort dem Kollegen Erwin Rüddele, CDU/CSU.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Erwin Rüddele (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Schon heute übernehmen die Krankenkassen bei Risikoschwangerschaften die Kosten der Fruchtwasseruntersuchung, mit der sich genetische Erkrankungen erkennen lassen. Das ist rechtlich so vorgesehen – auch nach ethischen Debatten in diesem Haus. Der Preis für dieses invasive Verfahren ist allerdings das Risiko einer Fehlgeburt. Seriöse Stellen sprechen von jährlich bis zu 400.

Seit 2012 ist in Deutschland der nichtinvasive pränatale Test zugelassen. Mit diesem risikolosen Test lässt sich das Fehlgeburtsrisiko gegenüber dem Status quo deutlich reduzieren. Dieser Test ist aber eine Privatzahlerleistung. Damit der Test nicht weiterhin nur Frauen zur Verfügung steht, die ihn sich leisten können, ist es aus meiner Sicht unumgänglich, dass die Kosten für den NIPT bei Risikoschwangerschaften – ich betone: Risikoschwangerschaften – künftig von den Krankenkassen übernommen werden.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

**(B) Da die pränatale Diagnostik schon längst im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen vorhanden ist, ist die Übernahme der Kosten für den NIPT für mich keine ethische, sondern eine soziale Frage.**

Auch wenn wir bei uns noch Defizite haben, wird in kaum einem anderen Land so viel an Unterstützung für Menschen mit Behinderungen geleistet wie bei uns. Eine frühzeitige Klarheit über den Gesundheitszustand des eigenen Kindes kann auch dazu beitragen, dass sich die Eltern auf ein behindertes Kind vorbereiten können. Deshalb gehört zu dem NIPT auf jeden Fall auch eine gute humangenetische Beratung und im Falle eines positiven Befundes die psychosoziale Beratung mit entsprechenden Unterstützungsangeboten.

Auch heute schon entscheiden sich Schwangere dafür, das Recht auf Nichtwissen in Anspruch zu nehmen. Wir sollten die konkrete Thematik, die wir heute diskutieren, nicht mit generellen Fragen der Diagnostik, die zukünftig auf uns zukommen, überfrachten. Der Fortschritt im Bereich der Diagnostik wird in der Zukunft noch viele Fragen aufwerfen. Diesen Herausforderungen und ethischen Debatten müssen wir uns hier im Haus und in der Gesellschaft stellen.

Die ethische Frage in der aktuellen Debatte lautet aber: Können wir es rechtfertigen, dass finanziell schlechter gestellte Schwangere ein höheres Risiko für eine Fehlgeburt haben als andere Frauen? Ich sage klar: Nein.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Dr. Maria Flachsbarth, CDU/CSU, ist die nächste Rednerin.

**Dr. Maria Flachsbarth (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ob ein nichtinvasiver pränataler Test, also NIPT, zur Feststellung genetischer Abweichungen eines Embryos Regelleistung der gesetzlichen Krankenkasse werden soll oder nicht, ist weit mehr als eine technische, gesundheitsökonomische Frage des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es geht vielmehr um die grundlegende Frage, wie unsere Gesellschaft mit Menschen mit Behinderungen umgehen will.

Es ist darum absolut notwendig und auch längst überfällig, eine breite öffentliche Diskussion über die ethische Dimension und über die Chancen und Risiken solcher Bluttests zu führen, zumal NIPTs als freiwilliges Angebot für Selbstzahlende längst Realität sind. Selbstverständlich ist in der Debatte zu berücksichtigen, dass bei einem nichtinvasiven Bluttest kaum Risiken für Schwangere und für den Fötus bestehen, anders als bei einer Fruchtwasseruntersuchung, die das Risiko einer Fehlgeburt mit sich bringt.

Es ist aber eben auch bekannt, dass der Hinweis auf eine Trisomie 21, die zum Downsyndrom führt, nach einem NIPT in den meisten Fällen die Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft zur Folge hat. Es besteht deshalb natürlich die ganz reale Gefahr, dass NIPTs als Kassenleistung ohne jede Einschränkung zu einem Screening auf genetische Auffälligkeiten führen könnten. Solche Angebote tragen deshalb nicht nur zur Verunsicherung oder gar zu Ängsten bei, sondern sie verstärken eben auch den Druck auf schwangere Frauen und werdende Eltern und führen mehr und mehr zu einer gesellschaftlichen Erwartung, nur vermeintlich gesunde und nicht behinderte Kinder zur Welt zu bringen.

Ist das die Gesellschaft, in der wir leben wollen? Wie passt eine solche Haltung zu einem Land, das bereits 2009 die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet hat? Sollte nicht gerade dieses Haus auf Grundlage des Grundgesetzes klar dafür eintreten, dass Menschen mit Behinderungen in dieser Gesellschaft willkommen sind?

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Es kann deshalb aus meiner Sicht nur darum gehen, NIPTs eingeschränkt, also nur bei klarer medizinischer Indikation, und auch erst nach der 12. Schwangerschaftswoche vorzusehen. Nur nach Ende der in § 218 Strafgesetzbuch festgelegten Frist haben betroffene Frauen und Paare nämlich ausreichend Zeit, eine psychosoziale Beratung zu nutzen, sich gut informiert mit Trisomie 21 auseinanderzusetzen und zu einer sorgfältigen, abgewogenen Entscheidung zu gelangen. Ein positiver NIPT-Befund muss darüber hinaus durch weitere Diagnostik abgeklärt werden.

Im Übrigen sieht ja bereits § 15 des Gendiagnostikgesetzes vor, dass vor und nach jeder pränatalen Untersuchung eine umfassende Aufklärung und Beratung er-

**(C)****(D)**

**Dr. Maria Flachsbarth**

- (A) folgen muss. Es kommt darauf an, die werdenden Eltern in der schmerzhaften Phase der Entscheidung nach einer NIPT-Diagnose sensibel und sachkundig zu begleiten.

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**  
Kollegin.

**Dr. Maria Flachsbarth (CDU/CSU):**

Schwangere Frauen und ihre Partner brauchen qualitätsgesicherte, unabhängige und leicht verständliche Informationen und müssen mit dem behinderten Kind dann auch weiter begleitet werden.

Vielen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Danke sehr. – Uwe Schummer, CDU/CSU, hat als Nächster das Wort.

**Uwe Schummer (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist offenkundig: Die Fragen, die wir miteinander debattieren, sind nicht medizinischer und auch nicht finanzieller Art. Im Grunde geht es um die Frage, in welcher Welt wir miteinander leben wollen. Was gilt für uns als Norm, und wie viele Abweichungen von der Norm sind wir innerhalb der Gesellschaft bereit zu ertragen und zu akzeptieren?

- (B) Wir stellen derzeit fest: 90 Prozent der Kinder, bei denen die vorgeburtliche Diagnose darauf hinweist, dass sie eine Behinderung haben könnten, werden vor der Geburt getötet. Wir müssen miteinander überlegen, wie wir die Automatik „Diagnose führt zur Abtreibung“ durchbrechen können.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Dagmar Schmidt [Wetzlar] [SPD])

Die Ursache ist nicht der Test, sondern natürlich der Umgang der Gesellschaft mit dem Wissen und mit den Menschen, die ein Handicap haben oder anders sind als wir. Der Auftrag, den wir miteinander politisch haben, lautet, eine Antwort auf diese Frage zu finden: Wie können wir das menschliche Leben in all seiner Vielfalt akzeptieren, und wie können wir ihm in all seiner Vielfalt zum Durchbruch verhelfen, und zwar mit einem großen Ja und nicht mit einem Nein, also gegen das Leben?

Der Test, so wird mir von Beratungsinstituten wie *Donum Vitae* berichtet, erzeugt einen hohen Entscheidungsdruck. Es werden von den Betroffenen, die sich erkundigen und diesen Test vornehmen wollen, Fragen gestellt: Wird die Beziehung das aushalten, was wir miteinander als Herausforderung annehmen wollen? Ist sie fest genug? Wie steht der Partner dazu? – Bei manchen ist es auch der Traum von einem Design-Baby oder einem perfekten Kind, der auf einmal zerplatzt.

Frühzeitige Beratung schafft Erleichterung, vor allem, wenn die Eltern spüren, dass es positive Beispiele gibt.

- (C) Nichts ist überzeugender als das positive Beispiel von Eltern mit Kindern, die ein Downsyndrom haben und zeigen, wie viel Lebensfreude sie verbreiten können.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die Sprache in unserer Gesellschaft ist schon verräterisch: Das Kind leidet am Downsyndrom. – Es leidet nicht. Die Kinder, die ich durch die Elterninitiative Kindertraum kenne, sind voller Lust am Leben.

(Beifall der Abg. Dr. Astrid Mannes [CDU/CSU])

Sie haben eine ansteckende Freude. Unternehmen, in denen Menschen mit Downsyndrom in ausgelagerten Arbeitsplätzen und Inklusionsbetrieben arbeiten, berichten mir, dass sich auch das Klima im Unternehmen verändert, weil die Menschen dort gelassener werden und miteinander spüren, dass sie in aller Vielfalt zusammenleben. Das zu vermitteln, ist unsere Herausforderung.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Präsident Dr. Wolfgang Schäuble:**

Peter Weiß, CDU/CSU, ist der nächste Redner.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Peter Weiß (Emmendingen) (CDU/CSU):**

- (D) Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn es nur um die Frage ginge: „Kassenleistung – ja oder nein“, wäre es einfach. Es geht aber angesichts dessen, was an vorgeburtlichen Tests noch auf uns zukommen wird, auch um die Frage: Was macht das alles mit uns, mit unserer Gesellschaft? Ich finde, da muss man, wenn man verantwortungsvoll diskutiert, einfach die Gefahren klar und deutlich benennen.

Es darf nie geschehen, dass Eltern mit einem Kind mit Behinderung kritisch angeschaut werden oder sich gar dafür entschuldigen müssen, dass sie sich für ein Kind mit Behinderung entschieden haben.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Nein, das Gegenteil muss der Fall sein: Ein Kind mit Behinderung ist in einer inklusiven Gesellschaft willkommen. Es ist eine Bereicherung für uns.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dann ist auch gesagt worden: Niemand darf in einer Schwangerschaft unter Druck gesetzt werden – richtig! –, auch nicht unter gesellschaftlichen Druck gesetzt werden. Klar: Eltern wünschen sich ein gesundes Kind. Wir wünschen allen Eltern ein gesundes Kind. Aber wenn ein Kind mit Behinderung auf die Welt kommt, dann erleben wir doch auch, welche neue Form von Achtsamkeit, ja, von Freude, von Lebendigkeit, von ganz besonderer Fürsorge sich bei Eltern wie Geschwistern einer solchen

**Peter Weiß (Emmendingen)**

- (A) Familie entwickelt. Klar: Da sind die Sorgen, da sind die besonderen Belastungen.

Aber es ist so, wie es der Kollege Michael Brand über seinen Freund erzählt hat: Menschen mit Trisomie 21, Downsyndrom, Menschen mit Behinderung bringen eine ganz besondere Freude und Vielfalt in unser Leben, auch in das Leben der Familien. Das sollten wir doch zuallererst einmal positiv herausstellen und nicht zuerst von den Sorgen sprechen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Deshalb ist vielleicht der wichtigste Punkt, dafür zu sorgen, dass vor einem Test, auf den man auch verzichten darf, und erst recht nach einem Test eine umfassende ärztliche und psychosoziale Beratung stattfindet, die es möglich macht, dass sich in unserer Gesellschaft vor allen Dingen eines festsetzt: Jedes Leben, auch das Leben mit Behinderung, ist ein lebenswertes Leben. Darauf kommt es an.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Herr Kollege Weiß. – Die letzte Rednerin: die Kollegin Emmi Zeulner.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Emmi Zeulner (CDU/CSU):**

- (B) Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich vorab noch einmal kurz festhalten, um was es konkret bei der von Professor Josef Hecken angestoßenen Debatte geht: Es geht um die Übernahme der Kosten eines Tests, der zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften dient.

Dieser Test wird derzeit bereits circa 100 000-mal jährlich als IGeL-Leistung durchgeführt. Deswegen möchte ich aufgrund der Kürze der Zeit ganz bewusst keine Stellvertreterdebatte darüber führen, ob der Test überhaupt zulässig sein sollte. Faktisch ist er da. Es geht jetzt darum: Wie gehen wir damit verantwortungsvoll um?

Eines eint uns doch alle: Wir alle wollen zum Wohle der Mutter und des Kindes entscheiden. Ich bin der Ansicht: Wenn wir in dem geeinten Willen ehrlich und konsequent sind, dann müssen wir die Gesundheit von Mutter und Kind an oberste Stelle stellen. Wenn uns die Medizin die Möglichkeit eines nichtinvasiven Bluttests gibt, der im Gegensatz zu den invasiven Methoden keine Gefahr für beide darstellt, so stehe ich diesem erst einmal offen gegenüber.

Wenn wir die Kosten für die invasiven Eingriffe, wie zum Beispiel auch die Chorionzottenbiopsie, bereits vor der zwölften Schwangerschaftswoche für Risikoschwangerschaften übernehmen, dann ist es nur folgerichtig, dass wir diese für den nichtinvasiven Test, der kein Risiko einer Fehlgeburt beinhaltet, ebenfalls übernehmen. Auch bei der späteren invasiven Alternative, der Amniozentese, liegt das eingriffsbedingte Risiko einer Fehlge-

burt bei bis zu 1 Prozent, was etwa 400 Kindern jährlich entspricht. Der NIPT reduziert also die Zahl der invasiven Untersuchungen, und damit sinkt hoffentlich die Zahl der Fehlgeburten deutlich. (C)

Eine vollständige Übernahme der Kosten für alle ohne Notwendigkeit lehne ich aber ab. Denn ja, dann würde der Test in den Praxen schnell zur Routine und als Gesamtpaket angeboten werden, ob er sinnvoll ist oder nicht, einmal mit einer besseren und einmal mit einer schlechteren Beratung. Das kann und will ich nicht vertreten.

Ein Punkt bleibt für mich, unabhängig von der Kostenübernahme, der ganz entscheidende: Die Diagnose „Trisomie 21“ ist kein vorgezeichneter Weg des Leidens. Es gibt wunderbare, glückliche Momente, die mit der Familie gelebt werden können. Die Verzweiflung der werdenden Eltern basiert leider zu oft auf Verunsicherung und Unwissenheit, auch auf Vorurteilen, die wir als Gesellschaft noch nicht ausräumen konnten. Doch genau da sollten wir ansetzen und die Beratung, die wir Schwangeren bzw. werdenden Eltern an die Hand geben, deren Kind mit der – wie ein Elternpaar es liebevoll nannte – „Sonderausstattung“, also dem zusätzlichen Gen, auf die Welt kommt, verbessern. Wir brauchen eine bessere Aufklärung. Das muss auch den psychosozialen Bereich zwingend umfassen. Denn nur aufgeklärte Menschen können am Ende eine Entscheidung treffen, die sie bewusst mittragen können.

Ja, das Leben dieses Kindes bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit, und die Familie braucht von Beginn an ein Netz, das sie auffängt und unterstützt. (D)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Frau Kollegin.

**Emmi Zeulner (CDU/CSU):**

Wir haben in diesem Bereich noch viel zu tun. Deswegen: Sorgen wir als Gesellschaft dafür, dass jedes Leben lebenswert bleibt.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Frau Kollegin Zeulner. – Ich schließe die Aussprache.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 4 auf:

Beratung des Antrags der Abgeordneten Peter Boehringer, Dr. Bruno Hollnagel, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Target-Forderungen unabhängig vom Fortbestand des Euros besichern**

**Drucksache 19/9232**

Überweisungsvorschlag:  
Haushaltsausschuss (f)  
Finanzausschuss (f)  
**Federführung strittig**



Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich

- (A) Interfraktionell ist eine Aussprache von 60 Minuten vereinbart. – Es gibt keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Der erste Redner ist der Kollege Peter Boehringer von der AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Peter Boehringer (AfD):**

Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Target2 ist eine Kreditvergabe der Bundesbank – ohne Fälligkeitsdatum, ohne Tilgungspflicht, ohne Obergrenze, ohne Verzinsung. Es sind unbesicherte, nicht beizubehaltende und damit buchhalterisch wertlose Forderungen in Höhe von fast drei Bundesjahreshaushalten. Das Target-System ist faktisch das größte Einzelvehikel der Euro-Rettung.

Die Bundesbank leugnet jedoch weiterhin den Risikocharakter dieser Position. Die Euro-Zone wird faktisch als unveränderbar, ja, als unsterblich angesehen, obwohl es überall im Gebäck knirscht. Gestern hat Italien seine Defizitprognose stark erhöht. Die UBS und das „Handelsblatt“ haben eben diese Woche einen Italo-Exit diskutiert.

Grenzüberschreitende Zahlungen wurden jahrzehntelang und noch bis 2007 gänzlich ohne Target-Salden vom privaten Interbankenmarkt ausgeführt. Es gab auch vor Target2 eine florierende Handelswelt. Und ja: Wir hatten das hier schon früher ausgeführt. Warum also eine weitere Target-Debatte? Es gibt dafür gleich vier gute Gründe.

- (B) Erstens. Es zeigt sich aktuell, dass die Erwartung der Bundesbank von 2018 leider falsch war, dass mit dem Ende der Anleihekäufe der EZB auch der Target-Saldo nicht mehr weiter aufwachsen würde. Dem ist nicht so. Es gab einen einmaligen technisch bedingten Saldenrückgang im Januar dieses Jahres. Der aktuelle Märzsaldo liegt nun wieder um 70 Milliarden Euro höher als im Februar: mit 941 Milliarden Euro nun fast wieder auf Allzeithoch.

Übrigens hoffte schon die Bundesregierung vor sieben Jahren auf Besserung bei Target2. Staatssekretär Koschyk sagte hier 2012:

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die ... Target-Salden ... mittelfristig wieder zurückbilden.

Seitdem sind sie um Hunderte Milliarden Euro angewachsen. Die Billion ist jetzt in Sichtweite. Die langjährigen Ursachen der Target-Salden, Handelsungleichgewichte als Folge des Euro-Wechselkurskorsetts und Kapitalflucht aus den Euro-Südländern, sind unverändert wirksam. Es hat sich nichts geändert.

Zweiter Grund. Die im Herbst 2018 angekündigte Statutenänderung des ESZB zur Neuregelung seiner Zahlungssysteme ist noch nicht vollzogen. Es besteht also weiterhin eine gute Chance für dieses Haus und für die Bundesregierung zur Beteiligung bei der Neuregelung, die wir jetzt endlich ergreifen sollten.

Dritter Grund. Es hat sich ein kleiner Fortschritt ergeben: Es wurde immerhin eine Anhörung – schauen wir mal – zu dem Thema in den Ausschüssen angekündigt. Unser heute vorliegender Antrag ist dazu ein Beitrag. (C)

Der vierte Grund. Auch in der wissenschaftlichen Debatte ebenso wie beim Bundesrechnungshof und beim Rechnungsprüfungsausschuss wurden nun in jüngster Zeit Stimmen hörbar, die im Target-System ein Risiko auch beim Fortbestand des Euro sehen – eine Sichtweise, die wir schon seit Jahren teilen und einnehmen. Die Target-Forderungen sind in jedem Fall, das heißt nicht erst bei einem Zusammenbruch des Euro-Systems insgesamt, riskant.

So besteht etwa bei einem Italo-Exit ein hohes Risiko, wenn die Aktiva der Banca d'Italia und der italienischen Geschäftsbanken aufgrund von ansteigenden Zinsen notleidend würden, während genau dann auch die 490 Milliarden Euro italienischer Target-Verbindlichkeiten zinstragend würden. Italien müsste gerade dann in einer ohnehin kritischen Lage auch noch sehr hohe Target-Zinsen bezahlen. Ein solcher Ausfall würde zunächst bei der EZB und dann anteilig bei der Bundesbank zu einem hohen Milliardenschaden führen. Schon materiell ist im Falle eines Euro-Austritts vollkommen klar, dass die Target-Forderungen der Bundesbank durch Italien und Spanien als größte indirekte Schuldnerstaaten niemals mehr werthaltig zurückgezahlt werden können. Volkswirtschaftlich stehen diese Forderungen voll im Risiko.

(Beifall bei der AfD)

Übrigens war die Bundesregierung bereits 2012 ehrlicher bei der Risikoeinschätzung. Staatssekretär Kampeter sagte damals: (D)

Risiken aufgrund der TARGET2-Salden können sich nur bei Austritt eines Landes aus der Währungsunion manifestieren.

Heute wird dieses Verlustrisiko aber geleugnet mit dem Verweis auf die EZB als Gegenpartei der Bundesbank, die ja nie illiquide werden könnte. Das ist das Narrativ. Das ist bei 941 Milliarden Euro unverantwortlich; denn auch für eine EZB gilt: Schon eine Teilabschreibung der Target-Forderungen würde sofort das Eigenkapital der EZB aufzehren. Damit wäre auch die Bundesbank als Gesellschafterin der EZB betroffen. Trotzdem bildet die Bundesbank leider keine Rückstellungen für Ausfälle. Sie könnte dann auf Jahre hinaus keinen Gewinn in den Bundeshaushalt abführen, was den Bundeshaushalt entsprechend belasten würde. Unter Umständen müsste die Bundesbank sogar mit Steuergeld in bis zu dreistelliger Milliardenhöhe rekapitalisiert werden. Der deutsche Steuerzahler würde die Zeche für die Rettung der Euro-Südstaaten bezahlen.

(Beifall bei der AfD)

Manche sagen jetzt: Die USA haben doch auch ein Target-System. – Das ist korrekt. Aber die EZB hat 1999 eine schlechte Kopie des sogenannten Fedwire-Systems geschaffen. Den praktisch unbegrenzten Risikotransfer, der im europäischen Target-System eingebaut ist, gibt es bei Fedwire nicht. Die Regionalbanken des Fed-Systems müssen jährlich ihre Defizite mit realen Vermögenswerten

**Peter Boehringer**

- (A) ten hinterlegen, formell sogar mit Gold. Und so kommt es im US-Target-System niemals zu solch absurden Verwerfungen wie im EZB-Target-System.

Target2 macht fast die Hälfte des deutschen Nettoauslandsvermögens von etwa 2 Billionen Euro aus. Das sind materialisierte Ersparnisse der Deutschen im Ausland. Diese sind zu fast 50 Prozent unverzinst und ausfallgefährdet.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Auch Goldkäufe wären deshalb ein guter Weg: Für 941 Milliarden Euro bekommen Sie etwa 25 000 Tonnen Gold oder fast achtmal das offizielle Staatsgold der Bundesbank.

Kürzlich hat die Bank für Internationalen Zahlungsausgleich entschieden, im Rahmen der neuen Basel-III-Richtlinie künftig auch Gold als Kapital für Banken zu akzeptieren. Das ist neu und eine Chance für die Banken, Eigenkapital bzw. Volksvermögen aufzubauen und zugleich den unsäglich hohen Target-Saldo abzubauen. Gold ist eben doch kein barbarisches Relikt, wie es manchmal in keynesianischen Kreisen heißt.

(Beifall bei der AfD)

Leider sagt die Bundesbank noch immer: Target-Salden sind keine Forderungen, sondern irrelevante Verrechnungspositionen. – Doch, es sind Kreditforderungen; sonst könnte man sie nicht als solche auf der Aktivseite der Bilanz verbuchen. Die Frage ist übrigens sogar offiziell geklärt: EZB-Chef Draghi hat von Italien verlangt, im Falle eines Austritts seine Target-Verbindlichkeiten zurückzuzahlen. Das ist ganz klar ein Anzeichen für einen Kredit. Natürlich könnte und würde Italien das nicht tun: bei einem Italo-Exit als letzte EU-Morgengabe noch seine 490 Milliarden Euro zu begleichen. Natürlich ist das absurd. Deshalb: Target als risikofreie Verrechnungsgröße abzutun, wie es die Bundesbank tut, kommt einer Ablehnung ordentlicher Bilanzbuchführung gleich und damit einer Leugnung der hinter den Salden stehenden ökonomischen Zusammenhänge.

(B)

(Beifall bei der AfD)

Hier ist ein Verrechnungssystem zu einer für Deutschland unbeherrschbaren, bald billionenschweren Kreditquelle für Ausländer mutiert.

Beteiligen Sie sich also im Ausschuss bitte konstruktiv an der Suche nach einer gangbaren Lösung für den deutschen Steuerzahler. Die AfD schlägt mit dem Goldkauf und mit der Wiederbesicherung solcher Forderungen und damit implizit auch einer Wiederverzinsung einige Optionen vor.

(Michael Grosse-Brömer [CDU/CSU]: Mit Goldkäufen kennen Sie sich ja aus!)

Es gäbe daneben auch andere, zum Beispiel einen Mittelmeer-Fonds, gespeist aus deutschen Krediten, oder ein großes Investitionsprogramm zur Sanierung deutscher Schulen und Straßen, das aber operativ durch Firmen aus Euro-Südländern durchgeführt werden müsste. Das wäre zwar keynesianisch schuldentreibend, würde aber den sonst wertlosen Target-Saldo der Bundesbank einer gu-

ten Verwendung zuführen. Das wäre doch vielleicht sogar etwas für die linken Fraktionen dieses Hauses. Also sprechen wir bitte im Ausschuss und vielleicht auch in der Anhörung darüber. (C)

Danke schön.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Für die Fraktion der CDU/CSU hat das Wort der Kollege Dr. André Berghegger.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Sonja Amalie Steffen [SPD])

**Dr. André Berghegger (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Die Diskussion über das Thema Target-Forderungen wird schwerpunktmäßig in Deutschland geführt. Es ist alles andere als trivial; das haben wir ja gerade auch schon von Herrn Boehringer gehört. Wir sollten die Situation ernst nehmen und am Ende auch vernünftig einordnen.

Worum geht es? Target-Salden bzw. Target2-Salden entstehen im Target-System. Das Target-System ist ein System für Zahlungen in Echtzeit im Euro-Raum. Diesem System liegen Zahlungen aus Warenverkäufen, aus dem Kauf von Wertpapieren, aus der Gewährung oder Tilgung von Darlehen, aus der Geldanlage bei Banken und vielem mehr zugrunde. Dadurch entstehen positive und negative Salden auf Verrechnungskonten der nationalen Notenbanken bei der EZB. Das ist deshalb so, weil wir ein zweistufiges System von EZB und nationalen Notenbanken eingerichtet haben. Daran will auch keiner rütteln. (D)

Wie haben sich die Salden entwickelt? Bis zur Finanzkrise recht moderat. Dann ist der Interbankenmarkt zusammengebrochen. Der Grund hierfür war eine Vertrauenskrise, und der krisenbedingte Mechanismus zur Geldverschiebung unter anderem in den sicheren Hafen Deutschland ist in Gang gesetzt worden. Die Salden sanken erst wieder, als Draghi für die EZB verkündet hat, alles zu tun, um den Euro zu retten. Die Wirtschaft sprang aber noch nicht an. 2015 fingen die Notenbanken daher an, massiv Staatsanleihen zu kaufen, um Zinsen zu senken, die Kreditvergabe wieder in Gang zu bringen und die Wirtschaft anzukurbeln, und das insbesondere – das ist wichtig – über den Finanzplatz Frankfurt. Im letzten Jahr – wir haben es von Herrn Boehringer gehört – entwickelten sich die Target-Salden in Deutschland moderat. Die EZB reduzierte das Ankaufsvolumen, die Programme wurden nicht mehr ausgeweitet, es erfolgten keine Zusatzkäufe mehr, nur noch fällige Papiere werden umgetauscht.

Das Ganze zeigt die Volatilität dieses Systems. Allein im letzten Jahr, von Mitte des letzten Jahres – da war der Höchststand – bis Februar dieses Jahres, sind die Target-Salden in Deutschland um rund 100 Milliarden Euro gesunken und im März wieder um rund 70 Milliarden Euro gestiegen. Das zeigt: Wir brauchen eine langfristige Betrachtung, keine kurzfristigen Reaktionen. Ich nehme

**Dr. André Berghegger**

- (A) gerne das Bild vom letzten Mal auf, nach dem die Target-Systematik wie ein Fieberthermometer ist – ich freue mich, dass der eine oder andere dieses Bild ebenfalls übernommen hat –: Es zeigt an, dass im System etwas nicht stimmt; aber das System ist nicht das Problem.

Wir brauchen also eine nachhaltige Lösung. Wie könnte die aussehen? Wir müssen die Wettbewerbsfähigkeit, insbesondere in den südlichen Ländern, wieder steigern. Das Vertrauen in die Staaten und in die Banken muss angehoben werden. Wie könnte das geschehen? Die EZB muss nach Beendigung dieser Ankaufprogramme die Rückführung der Geldmenge ins Visier nehmen. Die Staatsverschuldung muss sinken, notleidende Kredite bei den Banken müssen abgebaut werden. All das sind Themen, die bei vielen Euro-Gruppen-Sitzungen und bei den Räten eine Rolle spielen, wo man sicherlich nach nachhaltigen Lösungen sucht. Dann fließt wieder Geld aus Deutschland ab, insbesondere in die südlichen Länder wie Italien, Spanien und Portugal, und die Salden gehen automatisch wieder zurück. – So weit zur Einleitung.

Jetzt zu Ihrem Antrag, Herr Boehringer. Der Antrag verfolgt ein ähnliches Ziel wie beim letzten Mal; wir haben uns schon häufiger darüber unterhalten. Die Begründung ist etwas anders; aber es wundert Sie nicht, dass wir den Antrag im Ergebnis ablehnen werden.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Ja, das ist völlig klar!)

- (B) Mich wundert etwas, dass die Begründung in Ihrem Antrag anders ist als die Begründung auf der Pressekonferenz und in der Pressemitteilung von Anfang der Woche. Aber vielleicht liegt das daran, dass Sie den Antrag erst nach dieser Konferenz schreiben konnten – man weiß es nicht.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Das ist doch Quatsch!)

Das ist aber auch unerheblich. Ich werde auf beide Argumente eingehen.

Erstens. Sie sagen, dass Deutschland schrittweise auf der Rückführung der Target-Salden bestehen müsste. Die Target-Salden sind aber keine Zahlungen, sondern Folge von Zahlungen im Wirtschaftsverkehr. Die Salden entstehen bei unabhängigen Notenbanken und damit auch bei der Deutschen Bundesbank. Und auf die Deutsche Bundesbank können und werden wir keinen Einfluss ausüben.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des Abg. Christian Dürr [FDP])

Zweitens sagen Sie, die Target-Salden wirken wie ein Überziehungskredit an verschuldete Südstaaten.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Genau! So ist es auch!)

Herr Baumann, das haben Sie in der Pressekonferenz auch gesagt. Ich wiederhole das Argument gerne: Die Target-Salden sind keine Kredite. Es fließt gerade kein Geld von Deutschland in die anderen Staaten, sondern umgekehrt wird ein Schuh daraus: Deutsche Waren wer-

den zum Teil verkauft, und Geld fließt vom Ausland nach Deutschland. Das ist nun alles andere, aber kein Kredit. (C)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Dr. Alice Weidel [AfD]: Die Frage ist, wer das Geld zahlt! Meine Güte! Wer zahlt es denn? – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Das ist eine Gegenleistung!)

Drittens. Deutschland muss sich Sicherheiten überschreiben lassen, haben Sie gesagt. Aber Sie wissen doch auch, Herr Boehringer, dass Gold- und Devisenreserven der nationalen Notenbanken bei weitem nicht ausreichen würden, solche Sicherheiten darzustellen.

(Fabian Jacobi [AfD]: Das sollte Ihnen zu denken geben! – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Das ist das Problem!)

Geld hat schon lange keinen Gegenwert mehr in Gold oder anderen Sicherheiten. Spätestens seit Ende der 70er-Jahre des letzten Jahrtausends ist dieses System international abgeschafft. Geld erhält seinen Wert allein dadurch, dass man darauf vertraut.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Es geht um Target-Forderungen, die gesichert werden sollen, nicht die Währungen!)

– Herr Baumann, hören Sie doch zu. Ich habe sogar bei Ihrer Pressekonferenz zugehört.

(Christian Dürr [FDP]: Warum?)

Geld erhält seinen Wert allein durch das Vertrauen und durch Anerkennung des Staates und seiner Steuerbehörden. Zerreden Sie dieses Vertrauen nicht! (D)

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: So ein Quatsch!)

Wertpapiere müssten außerdem ausreichend bei den nationalen Notenbanken vorliegen. Und wenn die dort abgezogen würden, würden sie doch logischerweise den Zahlungsverkehr, die Arbeit der Banken und damit das Wirtschaftswachstum beeinträchtigen. Wollen Sie das wirklich? Wir nicht.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Sie haben doch überhaupt keine Ahnung!)

Ich komme zum vierten Punkt, den Sie anführen. Sie sagen, fast 1 Billion Euro des Volksvermögens – man achte auf die Wortwahl – stehe im Risiko. Das, finde ich, ist – mit Verlaub – der Knaller. Das ist unseriös, Panikmache und schlichtweg falsch.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Dr. Alice Weidel [AfD]: Ja, ja! Bleiben Sie mal bei den Sicherheiten! – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Sie werden ja sehen, was passiert, wenn das Geld weg ist!)

Geld ist scheu wie ein Reh; das gilt auch und gerade für den Bankenbereich. Wir glauben an den Bestand der Wirtschafts- und Währungsunion, und an Spekulationen werden wir uns nicht beteiligen.

**Dr. André Berghegger**

- (A) Herr Boehringer hat es vorhin ausgeführt: Wenn ein Land aus dem Euro ausscheidet – das ist hypothetisch und dreimal unterstrichen –, dann gibt es keine einhellige wissenschaftliche Meinung dazu, wie mit den Target-Salden bilanziell umzugehen ist.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Ja!)

Die Forderung der EZB gegenüber den nationalen Notenbanken würde bestehen bleiben. Falls ein Ausgleich vorgenommen werden soll, hat die EZB eigene Reserven, auf die sie zurückgreifen kann. Weiterhin: Falls die eigenen Reserven nicht reichen würden, würden die verbleibenden Verluste auf die Mitglieder des Euro-Raums nach Kapitalanteilen der EZB verteilt werden. Seit dem 1. Januar dieses Jahres sind das 26,4 Prozent für Deutschland. Wendet man das auf Italien, den größten Target-Schuldner in diesem System, an – Sie haben es vorhin erwähnt –, kämen wir in Deutschland auf einen Betrag von 130 Milliarden Euro – hypothetisch. Das ist weit weg von der Billion, die Sie suggerieren. Daran sehen wir, wie Sie mit Zahlen umgehen: leichtfertig und unseriös.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Entweder wissen Sie es nicht besser, oder Sie wollen es nicht besser wissen. Ich weiß nicht, was schwieriger ist. Wir werden Ihren Antrag ablehnen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD – Michael Grosse-Brömer [CDU/CSU]: Zu Recht!)

- (B) **Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Herr Kollege Berghegger. – Der nächste Redner ist Frank Schäffler, FDP Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Frank Schäffler (FDP):**

Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Hohe Target-Salden sind Ausdruck der wirtschaftlichen Ungleichgewichte in der Euro-Zone.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Genau!)

Sie sind – das hat mein Vorredner gesagt – eine Art Fieberthermometer. Sie sind der Ausdruck des Auseinanderdriftens der Euro-Zone. Aber die Target-Salden sind auch mehr als ein Fieberthermometer. Sie sind ein erhebliches Haushaltsrisiko für den Bundeshaushalt und die Steuerzahler in Deutschland. Scheidet ein Land aus, müssen die Target-Forderungen gegenüber dem ausscheidenden Land wertberichtigt werden. Sie sind dann wahrscheinlich uneinbringlich.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP und der AfD)

Da kann Mario Draghi noch so sehr der Regierung in seinem Heimatland Italien drohen, dass sie für die Target-Verbindlichkeiten einstehen müssen; eine Rechtsgrundlage dafür gibt es nicht. Daher droht der Deutschen Bundesbank im Falle eines Austritts Italiens tatsächlich ein Wertberichtigungsbedarf in Milliardenhöhe, der dann auf den möglichen Bundesbankgewinn durchschlägt

und sogar einen Nachschuss aus dem Bundeshaushalt erforderlich machen könnte. Es braucht hier verbindliche Regeln, sollte ein Land einmal ausscheiden. Wir als Liberale schlagen vor, dass beim Ausscheiden eines Mitgliedstaates dessen Target-Verbindlichkeiten automatisch in Anleihen dieses Landes auf Euro-Basis umgewandelt werden.

(Beifall bei der FDP)

Die Frage ist nur: Wie löst man das generelle Problem der wirtschaftlichen Ungleichgewichte in der Euro-Zone?

(Christian Dürr [FDP]: So ist es!)

Schauen Sie sich Italien an. Italien ist deshalb von Bedeutung, weil es die drittgrößte Wirtschaftsmacht in Europa, in der Euro-Zone ist. Zwar ist Italien Nettozahler in den EU-Haushalt. Aber die Euro-Mitgliedschaft hat sich für Italien bisher nicht wirklich ausgezahlt. Die italienische Wirtschaft produziert auf dem Niveau der 1990er-Jahre. Der Schuldenstand hat ein historisches Höchstmaß von 134 Prozent erreicht. Das ist der höchste Stand seit 1924. Die Arbeitslosigkeit ist hoch, die Jugendarbeitslosigkeit noch höher. Es sind bald 30 verlorene Jahre für Italien. Jetzt ist das Wirtschaftswachstum auf 0,2 Prozent korrigiert worden. Die Probleme bleiben nicht nur, sondern sie werden größer. Daher stellt sich schon die Frage, ob mit den bisherigen Maßnahmen die Euro-Zone und die gemeinsame Währung erhalten werden können.

Ich will hier für meine Fraktion sagen: Wir wollen den Euro erhalten. Wir wollen ihn nicht abwickeln.

(Beifall bei der FDP)

Wir glauben auch nicht, dass es richtig wäre, zurück zur D-Mark zu gehen. Unabhängig von dem schlimmen Signal, das eine solche Entscheidung in Richtung Europa aussenden würde, hätte es unabsehbare ökonomische Kollateralschäden zur Folge. Aber dennoch darf man die Augen nicht vor dem Problem verschließen: Die wachsenden Target-Salden sind ein Problem, weil sie die Länder mit hohen Target-Forderungen erpressbar machen.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Genau!)

Allein die italienischen Target-Verbindlichkeiten gegenüber der Bundesbank betragen fast 500 Milliarden Euro, die Target-Forderungen der Bundesbank gegenüber anderen Notenbanken sogar 941 Milliarden Euro. Die Mär der EZB, dass der Anstieg im Wesentlichen mit dem Ankaufprogramm zu tun habe, ist spätestens seit der Veröffentlichung der Zahlen Ende März obsolet.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP sowie des Abg. Peter Boehringer [AfD])

Denn trotz Auslaufens weiterer Ankäufe im Dezember steigen die Target-Forderungen in Deutschland weiter an.

Jetzt ist die Frage: Was kann man tun in so einer Situation? Der erste Weg ist der Weg, den Teile der Regierung und die Linken wollen. Sie wollen die EU und die Euro-Zone zur Transferunion weiterentwickeln. Mit europäischen Einlagensicherungen, mit einer europäischen Arbeitslosenversicherung und mit neuen Förderprogrammen wollen sie öffentliche und private Investitionen an-

**Frank Schäffler**

- (A) regen. Doch ist das der Weg, der bisher funktioniert hat? Nein. Er ist eigentlich gescheitert. Die Schuldenstände in Europa geben das ja wieder.

(Beifall bei der FDP und der AfD)

Letztlich geht es Ihnen immer darum, dass am Ende mehr umverteilt werden soll. Das ist nicht nur falsch, sondern auch unbezahlbar.

Der zweite Weg ist der Weg, den die AfD beschreiten will. Sie wollen den Euro abwickeln und sagen nicht, welche Folgen das für die Bürger in Deutschland tatsächlich hätte.

(Beifall bei der FDP und der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Es geht um Target-Sicherheiten! – Dr. Alice Weidel [AfD]: Devisenmarktintervention!)

Die sprunghafte Aufwertung einer neuen D-Mark würde Millionen von Arbeitsplätzen unmittelbar gefährden und Tausende von Unternehmen unmittelbar in die Insolvenz in Deutschland führen.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Das stimmt doch gar nicht, und das wissen Sie!)

Das halte ich für verantwortungslos und auch für ein wirkliches Problem.

(Beifall bei der FDP sowie des Abg. Peter Weiß [Emmendingen] [CDU/CSU])

- (B) Ich glaube, das Entscheidende, um den Euro zu erhalten, ist, dass wir auf Eigenverantwortung setzen. Dazu gehören Regeln für die Ausstiegsmöglichkeit aus dem Euro, damit man dennoch weiterhin auch in der EU Mitglied sein kann. Dafür gibt es derzeit kein Regelwerk. Wir sehen ja gerade, wie schwierig das beim Brexit ist. Ländern, die dauerhaft nicht im Euro bleiben wollen oder können, muss ein geordneter Weg bereitet werden.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Genau!)

Das darf nicht zum Chaos führen.

(Beifall bei der FDP – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Hört! Hört!)

Wir brauchen auch marktwirtschaftliche Regeln, die die Banken zwingen, das Risiko von Staatsanleihen zu bepreisen.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Genau!)

Die Nullgewichtung von Staatsanleihen ist der ordnungspolitische Sündenfall, der unmittelbar dann auch die Target-Verbindlichkeiten in den Krisenländern ansteigen lässt und den Staaten-Banken-Nexus weiter nährt.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Ganz richtig!)

Eine Risikogewichtung von Staatsanleihen würde die Banken in der Kreditvergabe beschränken, die oder deren Staaten unsolide wirtschaften. Es würde zu marktwirtschaftlichen Anpassungen führen, die die Target-Verbindlichkeiten reduzieren würden.

Wir brauchen eine Geldpolitik der EZB, die Marktmechanismen nicht weiter zerstört. Wir leben immer noch

in einem geldpolitischen Ausnahmezustand, der immer mehr Schaden anrichtet. Immer mehr Zombie-Banken werden dadurch geschaffen, die einem neuen systemischen Risiko den Boden bereiten. Das Entscheidende für die Target-Salden ist eigentlich, dass die Vollzuteilung der EZB dazu führt, dass der Interbankenmarkt faktisch nicht weiter in Gang kommt. Und solange der Interbankenmarkt nicht wieder in Gang kommt, so lange werden auch die Probleme mit den Target-Salden weiter auf uns zukommen.

Eines will ich zum Schluss in Richtung Sozialdemokratie sagen: Sie haben aus der Krise nichts gelernt.

(Lothar Binding [Heidelberg] [SPD]: Wer sagt das? Schon wieder diese Gerüchte!)

Ihr Weg, die Deutsche Bank und die Commerzbank in die Fusion zu führen, ist eine Versündigung und erinnert an das, was vor zehn Jahren mit Commerzbank und Dresdner Bank passiert ist.

(Lothar Binding [Heidelberg] [SPD]: Können Sie das belegen?)

Sie sollten alles dafür tun, dass wir in Deutschland nicht immer größere Banken kriegen, die letztendlich für den Steuerzahler zum Haftungsrisiko werden. Deshalb: Beenden Sie diesen Weg, damit wir am Ende nicht wieder als Steuerzahler zur Kasse gebeten werden!

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP – Lothar Binding [Heidelberg] [SPD]: Warum schließen Sie mit einer Lüge? Es war nicht alles falsch, was Sie gesagt haben! Aber warum schließen Sie mit einer Lüge?)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die Kollegin Sonja Amalie Steffen ist die nächste Rednerin für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Sonja Amalie Steffen (SPD):**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Gäste auf der Tribüne! Ja, Herr Schäffler, Sie haben zwischendurch gar nicht so schlecht geredet, aber mit einer Unwahrheit aufgehört.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Es ist einfach nicht zutreffend, dass die Sozialdemokratie die Fusion von Commerzbank und Deutscher Bank betreibt.

Ich will aber zum Thema reden. Liebe Kolleginnen und Kollegen, am Dienstagabend um 22.15 Uhr erreichte uns der Antrag der AfD-Fraktion mit dem Titel „Target-Forderungen unabhängig vom Fortbestand des Euros besichern“ – ein provokanter Titel –, zu einer sehr unkollegialen Zeit und nicht einmal zwei Tage bis zur heutigen Debatte. Das scheint eine von vielen Retourkutschen zu sein, vielleicht für die nichtgewählte Bundestagsvizepräsidentin aus Ihren Reihen. Wie haben Sie es unmittelbar nach der gescheiterten Wahl selber formuliert? Jetzt zi-

**Sonja Amalie Steffen**

- (A) tiere ich ausnahmsweise einmal die AfD; Sie haben gesagt: Falls unsere Kandidatin nicht durchkommt, wollen wir die Arbeit des Bundestages systematisch behindern.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Das haben wir nie gesagt! Was ist das für eine Lüge!)

Damit wollen wir das Ansehen des Bundestages nachhaltig beschädigen und das Vertrauen in unsere Demokratie erschüttern. – Das ist ein wörtliches Zitat von Ihnen.

(Tino Chrupalla [AfD]: Nennen Sie die Namen! – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Von wem denn? Sie lügen! Genau das Gegenteil haben wir gesagt! – Gegenruf des Abg. Eckhardt Rehberg [CDU/CSU]: Benehmen Sie sich ein bisschen, Herr Baumann! Das ist unappetitlich!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie bitte die Frau Kollegin Steffen ausreden. Wenn Sie etwas zu sagen haben, können Sie eine Kurzintervention anmelden.

(Beifall bei der SPD, der CDU/CSU und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP und der LINKEN)

Liebe Frau Kollegin.

**Sonja Amalie Steffen (SPD):**

- (B) Da muss man sich doch zu Recht fragen, und das fragt auch die „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“ in ihrer aktuellen Ausgabe, die weiß Gott nicht den Ruf hat, eine, wie Sie immer so schön sagen, rot-links versifft Zeitung zu sein:

Wie wichtig ist der Partei

– also Ihnen von der AfD –

das Vertrauen in die Demokratie, wenn sie es bewusst beschädigt ... ?

(Tino Chrupalla [AfD]: Unfassbar, was Sie hier sagen!)

Nun, mit dem späten Antrag war es nicht getan. Nein, als der Antrag endlich auf meinem Schreibtisch lag, musste ich feststellen, dass er in wesentlichen Teilen, und zwar in der kompletten Forderung an die Bundesregierung, exakt dem Antrag entspricht, den Sie vor sechs Monaten ins Parlament eingebracht haben.

(Peter Boehringer [AfD]: Die neuen Begründungen! Haben Sie nicht zugehört?)

Ich will Ihnen das kurz zeigen: Die Stellen, die ich hier markiert habe, sind die Forderungen von Ihnen, und die sind gleich. Die beiden Anträge gleichen sich exakt.

(Peter Boehringer [AfD]: Wir geben Ihnen eine neue Chance!)

Wir haben den Antrag damals abgelehnt, und zwar völlig zu Recht, und jetzt müssen wir uns wieder mit diesem Thema beschäftigen. Ich kann Ihnen nur sagen: Ihr Antrag wird durch Wiederholungen nicht besser. Weil das Prinzip der Wiederholung in der Pädagogik anerkannt

- ist – manchmal hilft es ja, wenn man etwas wieder und wieder sagt –, hätte ich meine Rede vom 28. September 2018 heute noch einmal halten können. (C)

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Warum sprechen Sie nicht einfach mal zur Sache! Sie sind völlig unsachlich! Sprechen Sie zum Antrag! Können Sie nämlich gar nicht, zum Inhalt sprechen!)

Ich habe die Hoffnung aufgegeben, dass Wiederholungen in Ihre Richtung dazu führen, dass Sie Ihre Meinung ändern.

(Beifall bei der SPD)

Deshalb will ich mich an diesem Kasperltheater in einer Endlosschleife zum Thema Target2 gar nicht weiter beteiligen und die verbleibende Zeit dazu nutzen, den Euro zu loben.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Keine Inhalte!)

Das ist es ja, was Sie wollen: Sie wollen nur eines, nämlich den Euro und Europa an den Pranger stellen.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Nichts Inhaltliches!)

Dabei ist der Euro ein Erfolgsmodell. 20 Jahre Euro sind ein Grund zum Feiern. Der Euro ist ein Integrations- und Friedensprojekt. Die Mehrheit der Europäerinnen und Europäer kann sich ein Leben ohne den Euro gar nicht mehr vorstellen. Oben auf der Tribüne sitzen jede Menge Schülerinnen und Schüler, die die Zeiten mit D-Mark, Drachme, Lira und den sonstigen Währungen, die wir hatten, gar nicht mehr kennen. (D)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Dr. Alice Weidel [AfD]: Wir reden gerade von der Besicherung von Target-Salden! Reden Sie einmal zur Sache!)

Wir haben ein Integrationsprojekt verwirklicht.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Wovon reden Sie? Wir reden von der Besicherung von Target-Salden! Reden Sie doch einfach mal zum Antrag!)

Der Euro ist aber auch ein wirtschaftliches Erfolgsprojekt. Er hat zu mehr Handel, mehr Investitionen und mehr Stabilität geführt. Dazu hat übrigens auch das Target2-System stark beigetragen.

(Beifall bei der SPD – Dr. Alice Weidel [AfD]: Reden Sie zum Antrag! Das kann nicht so schwierig sein!)

– Ich habe schon zu dem Antrag geredet, in meiner Rede vom 28. September 2018. Lesen Sie nach, was ich dazu gesagt habe.

Gerade Deutschland profitiert mit seinen globalen Interessen von einem starken Euro. Und Deutschland übernimmt durch den Euro nicht zu viele Risiken, auch nicht durch das Target2-System. Eine Währungsunion ist eben keine reine Transferunion, wie Sie, Herr Schäffler, es vorhin gesagt haben. Das wollen wir auch gar nicht.

(Christian Dürr [FDP]: Hoffentlich nicht!)

**Sonja Amalie Steffen**

- (A) Wir wollen eine Versicherungsunion: Alle Länder stehen füreinander ein, und mögliche Verluste werden geteilt; das ist die Idee, Solidarität. Aber davon haben Sie ganz rechts in diesem Haus überhaupt keine Ahnung.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Christian Dürr [FDP]: Frau Staatssekretärin, ist das die Haltung des BMF? – Zurufe von der AfD)

Das Target-System funktioniert gut und ist extrem wichtig für den Binnenmarkt: mehr Handel, vereinfachte Zahlungstransfers, mehr Investitionen. Der Euro trägt auch keine Schuld für falsche Kreditentscheidungen in Europa und für die Finanzkrise; das sind vielmehr die jeweils handelnden Akteure. Und deshalb: Was wir noch brauchen zur Vollendung des Projektes Euro und Europa ist nicht weniger, sondern mehr Euro, ist nicht weniger, sondern mehr Binnenmarkt, vor allem aber eine funktionierende Bankenhaftung und eine Bankenunion.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Wir von der SPD-Fraktion und unser Finanzminister Scholz wollen alles dafür tun, damit das Projekt „Euro und Europa“ weiter vorangebracht werden kann.

An Sie von der AfD-Fraktion geht mein Appell – vielleicht hilft es etwas –: Hören Sie auf, uns mit unnötigen und vor allem alten Anträgen aus der Mottenkiste wertvolle Zeit zu stehlen!

(Michael Grosse-Brömer [CDU/CSU]: Immer wieder dasselbe!)

- (B) Wir werden Ihren Antrag dahin zurückbefördern, wo er hingehört, nämlich in die Mottenkiste! Ich werde mich persönlich im GO-Ausschuss dafür einsetzen, wenn wir über eine Parlamentsreform reden, dass wir zukünftig nicht immer wieder über die gleichen Anträge diskutieren müssen.

(Beifall bei der SPD – Dr. Alice Weidel [AfD]: Das haben wir in Ihrer Rede gehört!)

Wir haben uns in unserer Zeit mit wertvolleren Dingen zu beschäftigen.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Eckhardt Rehberg [CDU/CSU])

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Frau Kollegin Steffen. – Das Wort zu einer Kurzintervention hat der Kollege Bernd Baumann von der AfD-Fraktion. Herr Kollege.

(Katharina Dröge [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Jetzt nicht so schreien!)

**Dr. Bernd Baumann (AfD):**

Es ist ja so, dass wir hier im Bundestag kontroverse Themen diskutieren. Deswegen sind wir alle hier, und dafür sind die Debatten da. Es kann auch hitzig werden, es kann auch rhetorisch werden, es kann auch ein Austausch stattfinden. Aber was wir doch bitte nicht machen sollten, ist, dass wir uns verleumderisch begegnen und behaupten,

wir hätten gesagt, wir wollten den Parlamentsbetrieb systematisch behindern. (C)

(Jan Korte [DIE LINKE]: Der war gut! Ausgerechnet Sie! – Weitere Zurufe von der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Wir haben genau das Gegenteil gesagt, nämlich: Wir werden das nicht machen.

Was wir machen, ist: Wir setzen Wahlen auf für das Vizepräsidentenamt, das uns zusteht. Sie lehnen Kandidat auf Kandidat ab. Wir stellen daraufhin wieder einen neuen Kandidaten zur Wahl. Das kostet den Bundestag, in dem eigentlich Debatten stattfinden sollten, wertvolle Zeit. Sie behindern den Parlamentsbetrieb,

(Beifall bei der AfD – Jan Korte [DIE LINKE]: Ja, das ist Demokratie! Demokratie nennt man das!)

indem Sie verhindern, dass wir, die wir von 6 Millionen Wählern hier reingewählt wurden, einen Vizepräsidenten bekommen.

(Sonja Amalie Steffen [SPD]: Das ist Demokratie!)

Sie behindern!

Worauf es mir in erster Linie ankommt: Hören Sie mit den Verleumdungen auf! Sagen Sie, wer von uns gesagt haben soll, dass wir den Parlamentsbetrieb systematisch behindern wollen! Frau Steffen, Sie haben gelogen! Sagen Sie, welche Quellen Sie haben, oder schweigen Sie still! (D)

(Beifall bei der AfD – Eckhardt Rehberg [CDU/CSU]: Er kann sich nicht benehmen! Das ist sein Problem!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Frau Kollegin, wollen Sie darauf antworten? – Bitte schön.

**Sonja Amalie Steffen (SPD):**

Ich lasse mir von Ihnen mit Sicherheit nicht den Mund verbieten, Herr Kollege.

(Beifall bei der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

Dass Ihre Kandidaten nicht gewählt werden, ist Demokratie. Damit müssen Sie sich abfinden. So geht es zu im Parlament.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der CDU/CSU – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Ihre Verleumdung, denken Sie daran!)

Nun zu dem Zitat. Mein Zitat war wörtlich der aktuellen Ausgabe der „Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung“ entnommen. Schauen Sie hinein!

Jetzt noch ein wörtliches Zitat von Ihnen. Herr Gauland hat gesagt – ich zitiere wörtlich –:

Sonja Amalie Steffen

- (A) Wenn man Krieg haben will in diesem Bundestag, dann kann man auch Krieg kriegen.

Das gehört sich wirklich nicht.

(Beifall bei der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Herr Kollege Baumann, wenn Sie bitte wieder Platz nehmen. – Das Wort hat als nächste Rednerin die Kollegin Dr. Gesine Lötzsch von der Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Dr. Gesine Lötzsch (DIE LINKE):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Antragstellerin will ein Gespenst durch Europa schicken, ein Gespenst mit dem Namen Target2. Doch das eigentliche Problem ist ein anderes: Europa ist eine Steueroase für Vermögende und für viele ein Armenhaus. Dafür trägt diese Bundesregierung eine horrende Verantwortung. Dieser Verantwortung muss sie sich stellen.

(Beifall bei der LINKEN)

Im Jahre 2018 war Deutschland wieder Exportweltmeister, und darauf sind viele Bürgerinnen und Bürger in unserem Land stolz. Im Warenhandel übertrafen unsere Exporte um gut 228 Milliarden Euro die Importe. Das klingt gut, aber es gibt ein Problem: Die Käufer unserer Produkte werden ihre eigenen Produkte bei uns nicht los. Dazu sagt die Bundesregierung lapidar: Da habt ihr Pech gehabt, dann müsst ihr eben besser produzieren. – Um unsere Produkte trotzdem weiterhin kaufen zu können, nehmen sie natürlich Kredite auf. Ohne diese Kredite könnten sie nichts mehr kaufen, und unsere Exporte würden dramatisch einbrechen. Diesen Zusammenhang muss doch jeder verstehen, selbst die Bundesregierung. Zumindest meine Fraktion hat ihn verstanden.

(Beifall bei der LINKEN)

Doch die Bundesregierung tut alles, damit sich andere Länder weiter verschulden und wirtschaftlich auf keinen grünen Zweig kommen. Das Ungleichgewicht wird größer und nicht kleiner. Das ist der falsche Weg.

(Beifall bei der LINKEN)

Die Frage ist doch: Wie können wir weiterhin unsere Produkte verkaufen, ohne andere Länder tiefer in die Krise zu treiben? Die Linke hat dafür drei Vorschläge.

Erstens. Wir müssen stärker in Deutschland investieren. Wer mit offenen Augen durch unser Land geht, sieht, dass die Infrastruktur systematisch verfällt. Unzählige Brücken sind vom Einsturz gefährdet. Es fehlen Schulen, Kindergärten und Wohnungen. Was macht der SPD-Finanzminister? Er will ab 2020 die Investitionen bei 39,6 Milliarden Euro einfrieren. In Anbetracht sinkender Wachstumsprognosen wird das wie eine Wachstumsbremse wirken. Das ist wirklich verantwortungslos.

(Beifall bei der LINKEN)

Der nächste absurde Vorschlag kommt von der CDU: Sie will die Steuern für Vermögende senken. Dabei ist doch sonnenklar, dass die, die schon sehr viel Geld haben und schon jetzt nicht wissen, wie sie es ausgeben sollen, sich mit dem Geld nicht noch einen fünften Porsche kaufen werden, um ein naheliegendes Beispiel zu nehmen. Nein, Steuersenkungen für Vermögende stärken nicht die Binnennachfrage, ganz im Gegenteil.

(Beifall bei der LINKEN)

Zweitens. Löhne und Renten müssen angehoben werden. Die Bundesregierung kann die nächste Finanzkrise nur verhindern, wenn sie dafür sorgt, dass Menschen mit sehr wenig Einkommen mehr Geld in die Tasche bekommen. Wir als Linke sagen: Jeder muss von seiner Arbeit leben können, und zwar gut.

(Beifall bei der LINKEN)

Höhere Löhne werden ausgegeben und stärken so direkt die Binnennachfrage. Unsere Forderung lautet also: höhere Mindestlöhne. Wir fordern 12 Euro Mindestlohn pro Stunde.

(Beifall bei der LINKEN – Christian Haase [CDU/CSU]: Da kommt doch kein Mensch mit hin!)

Der Mindestlohn in Deutschland liegt unter der Niedriglohnschwelle von 10,80 Euro. Fast 8 Millionen Menschen in unserem Land arbeiten im Niedriglohnsektor. Wenn wir den Niedriglohnsektor gemeinsam energisch bekämpfen, leisten wir einen direkten Beitrag zur Stärkung der Binnennachfrage und zur Stärkung des Gleichgewichtes. Das sollte doch ein vernünftiges Ziel sein.

(Beifall bei der LINKEN)

Drittens. Wir wollen die Spaltung Europas beenden. Im Antrag wird die Spaltung in Nord- und Südeuropa als Problem beschrieben. Doch das lenkt vom eigentlichen Problem ab: Wir haben in Europa eine ungeheure Vermögenskonzentration in den Händen einer Handvoll Oligarchen. Allein in Deutschland besitzen 45 Personen mehr als die ärmere Hälfte der Bevölkerung. Das ist doch nicht normal. Das gehört geändert.

(Beifall bei der LINKEN – Frank Schäffler [FDP]: Wer sind denn diese Oligarchen?)

Es ist also höchste Zeit, Vermögen endlich gerecht zu besteuern. Wir müssen den Steuerbetrug in Europa bekämpfen, und zwar konsequent. Allein durch die Steuerrückziehung gehen der Europäischen Union jährlich 850 Milliarden Euro verloren. Stellen Sie sich doch einmal vor, was man damit alles anfangen könnte. Es ist doch absurd, dass der Apple-Konzern im Jahr 2014 auf 1 Million Euro Gewinn nur 50 Euro Steuern zahlen musste. So kann das nicht weitergehen.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

So etwas kann nur geschehen, wenn an der Spitze der EU-Kommission mit Herrn Juncker jemand steht, der jahrelang hinter dem Rücken der Europäerinnen und Europäer schmutzige Steuerdeals mit Großkonzernen abgeschlossen hat. Wer es nicht weiß: Herr Juncker ist ein



**Dr. Gesine Löttsch**

- (A) Parteifreund von Frau Merkel. Auch darüber sollte man nachdenken.

(Beifall bei der LINKEN)

Die Bundesregierung ist, wie gesagt, nicht besser als Herr Juncker. Sie haben die Einführung einer Internetsteuer für Google, Apple und Amazon verhindert. Sie versprechen uns seit zehn Jahren eine Finanztransaktionssteuer, die es bis heute nicht gibt. Sie haben sich als Vermögensverwalter für die wenigen qualifiziert. Als Vertreter der Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger in unserem Land haben Sie sich gründlich disqualifiziert, meine Damen und Herren von der Bundesregierung.

(Beifall bei der LINKEN)

CDU/CSU und SPD haben Europa mit einer brutalen Kürzungspolitik gespalten und entsolidarisiert. Wir stehen vor einem europäischen Trümmerhaufen. Europa geht nur friedlich und sozial oder gar nicht. Bei der Europawahl am 26. Mai sollte jeder bei der Stimmabgabe darüber nachdenken, die linken Kräfte in Europa zu stärken und die rechten zu schwächen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die nächste Rednerin ist die Kollegin Lisa Paus, Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

(B)

**Lisa Paus (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir reden hier heute auf Antrag der AfD über das inzwischen mit weitem Abstand nur noch zweitliebste Thema der AfD nach „Ausländer sind an allem schuld“. Wir reden über den Euro bzw. über die AfD-Illusion „Wie zerstöre ich den Euro, aber für Deutschland bleibt alles wie bisher, nur schöner, weil Deutschland dann die D-Mark wieder hat?“.

(Heiterkeit bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir tun dies, wie es sich für die AfD gehört, indem wir über das insbesondere bei begeisterten Verschwörungstheoretikern so beliebte Stichwort „Target2“ sprechen. Das haben wir letztes Jahr im September schon getan, und wir tun dies auch heute wieder. Einige meiner Kollegen, insbesondere Herr Berghegger, haben bereits sehr gut erläutert, was ein Target2-Saldo ist – eine rein technische Größe im Clearingsystem der Europäischen Zentralbank zwischen den nationalen Notenbanken – und was er nicht ist, was aber die AfD immer behauptet, nämlich ein Kredit, den der Staat Deutschland vergeben hat und für den er haftet. Das ist es eben nicht.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Peter Boehringer [AfD]: Das hat Draghi behauptet!)

Ich erspare Ihnen einen weiteren Versuch, das vertieft zu erläutern; denn es wird – das haben wir schon einmal

festgestellt – keinen einzigen Target2-Gläubigen bekehren. So ist das eben mit Verschwörungstheorien: Sie sind mit Fakten nicht wirklich zu entkräften. Sie funktionieren ja gerade mit einer Mischung aus Fakten auf der einen Seite und frei erfundenen Behauptungen auf der anderen Seite und verbinden das mit stereotypen Feindbildern, denen gerne übelste Machenschaften unterstellt werden.

(Peter Boehringer [AfD]: Zur Sache bitte!)

Wenn es dann auch noch um ganz, ganz viel Geld geht, wie hier bei Target2, also um 800 Milliarden Euro, 1 Billion Euro – wer bietet mehr? –, dann hat das alles, was eine gute Verschwörungstheorie braucht, Spannung inklusive.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Dabei ist die Wahrheit hinter dieser Debatte ganz schlicht: Sie wollen den Euro abschaffen. Sie wissen, dass das horrenden Kosten und schwere wirtschaftliche Verwerfungen für Deutschland bedeuten würde;

(Katharina Dröge [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das ist denen egal!)

der Brexit ist ein laues Lüftchen dagegen. Und Sie wollen das jetzt mit Ihrer Forderung – der Pflicht zur Besicherung von Target2-Salden – für Ihre Wähler programmatisch erträglicher machen, inklusive des Schürens von Angst gegen das bestehende System. Dazu sage ich vor allem den Wählerinnen und Wählern: Machen Sie sich selbst ein Bild. Ich möchte Ihnen dazu ein paar Punkte mitgeben.

(D)

Erstens ist es wichtig, zu wissen und zu akzeptieren: Eine Zentralbank hat andere Möglichkeiten bezüglich des Geldes als jeder andere; denn die Zentralbank ist das Geldmonopol. Sie kann in ihrer eigenen Währung nicht pleitegehen, und sie kann Geld in riesigen Mengen ausgeben oder wieder aus dem Markt herausnehmen. Die AfD und andere wollen diese Macht begrenzen, indem sie zum Beispiel den Goldstandard wieder einführen.

(Peter Boehringer [AfD]: Auch das hat Draghi gesagt! Das ist eine glatte faktische Falschbehauptung!)

Das würde eine drastische Reduzierung der derzeitigen Geldmenge bedeuten und einen sofortigen Zusammenbruch. Aber das ist nicht die aktuelle Lage.

Derzeit ist es so, dass die Europäische Zentralbank autonom entscheidet und auch die Macht hat, über die Menge des Geldes zu entscheiden. Sie ist nur der Preis- und Systemstabilität des Euro-Raumes verpflichtet. Dass sie das kann, hat sie in den letzten Jahren unter anderem durch die viel diskutierten sogenannten Quantitative-Easing-Programme bewiesen. An denen ist nicht alles toll, aber ich finde es richtig, dass die Europäische Zentralbank diese Möglichkeiten hat; denn so kann sie, wenn sonst nichts mehr geht – wir standen wirklich vor dem Abgrund –, wenn eine riesige Pleitewelle droht, als sogenannter Lender of Last Resort, also als letztmöglicher Kreditgeber, die Wirtschaft, die Bevölkerung und die Staaten vor einer Insolvenz schützen. Weil das so ist, ist es irrelevant, ob de facto von zwei Filialen der

**Lisa Paus**

- (A) Europäischen Zentralbank, nennen wir sie Bundesbank und Banca d'Italia, die Verrechnungskonten divergieren. Hätten die beiden von Anfang an ein gemeinsames Konto bekommen – das wäre genauso möglich –, gäbe es den Begriff Target2 gar nicht.

Zweitens möchte ich noch einmal deutlich machen, wie enorm wichtig und leistungsfähig das System ist, das wir haben. 2017 wurden beispielsweise Zahlungen im Gesamtwert von über 430 000 Milliarden Euro über dieses System abgewickelt. Das waren 89 Millionen Transaktionen. Jede Woche lief ein Geldvolumen in Höhe des Jahresumsatzes der gesamten Volkswirtschaft des Euro-Raums durch dieses Zahlungssystem. Das heißt, das Target2-System hat, aus meiner Sicht, die ich mit vielen Experten teile, einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung und eben nicht zur Destabilisierung in der Europäischen Union beigetragen;

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

denn für einen funktionierenden Binnenmarkt ist es einfach essenziell, dass das Zahlungssystem funktioniert.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Drittens teile ich die Gewissheit vieler Experten, dass die Forderung der AfD, diese Verrechnungskontendifferenzen mit Wertpapieren abzusichern, eine reine Scheinlösung ist;

- (B) (Peter Boehringer [AfD]: Diese Lösung gibt es seit Jahrhunderten!)

denn in dem von Ihnen gewünschten Fall des Euro-Austritts wären diese Sicherheiten keine mehr, da der Wert ins Bodenlose fallen würde. Aber eigentlich ist es noch schlimmer: Sie machen damit das derzeitige System behäbiger und weniger funktionsfähig. Das unterstützt dann zwar Ihre Krisentheorie, ist aber das Gegenteil von dem, was wir brauchen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abg. Lothar Binding [Heidelberg] [SPD])

Die Kosten eines Euro-Austritts liegen für Deutschland im Übrigen um ein Vielfaches höher als die Höhe von Target2-Salden, ganz zu schweigen von den hohen politischen Kosten für Frieden, sozialen Zusammenhalt und gemeinsamen Klimaschutz in Europa. Deshalb arbeite ich, deshalb arbeiten wir Grünen dafür, dass wir die bestehenden Ungleichgewichte in der Euro-Zone abbauen – in Deutschland, indem wir nicht nur den Export, sondern auch die Binnenwirtschaft stärker in den Blick nehmen durch Investitionen in die kommunale Infrastruktur und in moderne Mobilität, in Pflege, Bildung und Klimaschutz, und in Europa, indem wir mehr gemeinsam europäisch in die Zukunft investieren, uns für mehr Steuergerechtigkeit einsetzen und für eine Vervollständigung der Bankenunion.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner: für die CDU/CSU-Fraktion der Kollege Christian Haase.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Christian Haase (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Bereits im September haben wir hier über Target2-Salden diskutiert. Auch damals haben meine Kolleginnen und Kollegen erst einmal erklären müssen, worum es bei Target-Salden überhaupt geht. Auch heute ist das wieder passiert. Die technische Umsetzung des Zahlungsverkehrs in einer internationalen Währungsunion mit nationalen Zentralbanken verständlich zu erklären, ist nun einmal etwas schwierig. Das schafft natürlich Raum für Interpretationen.

Für die eisernen Euro-Kritiker auf der rechten Seite des Hauses ist Target ein nahezu mystischer Begriff geworden. All ihre Schreckensfantasien lassen sich in das Target-System hineininterpretieren. Sie sehen es als goldene Kreditkarte für Südeuropa,

(Peter Boehringer [AfD]: Zitat vom CDU-Wirtschaftsrat!)

als heimliches Entschuldungsprogramm auf Kosten der deutschen Steuerzahler oder als Pulverfass auch ohne Euro-Austritte. Dabei berufen sich die Antragsteller teilweise durchaus auf namhafte Ökonomen. Der ehemalige Chef des ifo-Instituts, Hans-Werner Sinn, vertritt seit langem die Ansicht, dass Deutschland durch das Target-System Risiken drohen. Die Mehrheitsmeinung der Wirtschaftswissenschaft ist das aber nicht.

(Peter Boehringer [AfD]: Die wissen das bis heute nicht!)

Die Mitglieder des Sachverständigenrates, die sogenannten Wirtschaftsweisen, halten die Target-Salden für unproblematisch. Und auch die Deutsche Bank sagt: Nur bei einem Euro-Austritt eines Landes könnte für Deutschland ein Risiko auftreten.

(Udo Theodor Hemmelgarn [AfD]: Tolles Beispiel! Dieses toxische Institut Deutsche Bank!)

Meine Damen und Herren, ich möchte hier nicht lang und breit erklären, wie Target funktioniert; das hat mein Kollege bereits getan. Ich möchte mich dem AfD-Antrag vom Ende her nähern. Was fordert die AfD eigentlich, und welche Folgen hätte das für uns?

Die AfD gibt vor, die Risiken der Deutschen Bundesbank reduzieren zu wollen. Dafür sollen Target-Forderungen, die die Bundesbank bei der Europäischen Zentralbank hat, besichert werden. Die Zentralbanken mit Target-Verbindlichkeiten, allen voran die Banca d'Italia und die Banco de España, sollen der EZB – ich zitiere – „werthaltige marktfähige Sicherheiten“ übertragen. Werthaltige marktfähige Sicherheiten, das sind für die AfD vor allem die nationalen Goldreserven. Diese Goldbesessenheit der AfD ist wirklich kurios. Erst sollte die Bundesbank ihr Gold aus dem Ausland heimholen, dann startete die AfD ihren kleinen Goldhandel, um bei der

(C)

(D)

Christian Haase

- (A) Parteienfinanzierung besser abzuschneiden. Das glänzende Edelmetall scheint auf Sie eine besondere Faszination auszuüben. An dieser Stelle möchte ich aber daran erinnern, dass der Goldstandard des Bretton-Woods-Systems seit fast 50 Jahren nicht mehr gilt. Der Euro ist stabil, weil es Vertrauen in die Währung gibt, und nicht, weil in den Tresoren der Zentralbanken Goldreserven im Gegenwert unserer Münzen und Banknoten schlummern. Sie können nicht zur Zentralbank marschieren und sich den Gegenwert Ihres Geldes in Gold auszahlen lassen. So schwer es Ihnen auch fällt, meine Kollegen von der AfD: Der Goldstandard existiert nicht mehr!

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Leider würden die nationalen Goldreserven wohl auch nicht ausreichen, um die nominellen Target-Verbindlichkeiten zu decken. Italien etwa hat zwar die drittgrößten Goldreserven der Welt, aber auch diese Goldreserven umfassen maximal 100 Milliarden Euro. Das italienische Target-Defizit ist fast fünfmal so hoch.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Gerade mal!)

Und da sind die Sicherheitsabschläge, die Sie fordern, noch gar nicht berücksichtigt. Italienische Staatsanleihen wollen Sie wohl auch nicht; denn wenn das Land aus dem Euro ausscheidet, sind diese nichts mehr wert.

- (B) Was bleibt dann noch? In der Debatte um griechische Staatsschulden ist der Verkauf von griechischen Inseln vorgeschlagen worden. Welche hätten Sie dann gerne? Capri? Elba? Reicht das? Vielleicht noch Sardinien? – Lampedusa ist wohl eher nichts für Sie.

(Heiterkeit bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Nehmen wir einmal an, meine Damen und Herren, wir stimmen für Ihren Antrag – rein hypothetisch – und Italien, Spanien und die anderen Länder mit Target-Verbindlichkeiten sollen der EZB die im Antrag geforderten Sicherheiten übertragen. Das Ergebnis wäre nicht die Reduzierung der Bundesbankrisiken, sondern ein drastischer Anstieg. Sie schreiben es selbst in Ihrem Antrag: Grund für die hohen Target-Unterschiede sind das mangelnde Vertrauen in die Finanzmärkte in Südeuropa und die Kapitalflucht nach Deutschland. – Wenn man nun mehr Sicherheiten fordert und damit das Target-System als hochriskant darstellt, was es nach Meinung der Experten tatsächlich nicht ist,

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Nein!)

was ist dann die Reaktion der Finanzmärkte? Das zarte Pflänzchen des Vertrauens würde sofort zertreten werden. Das Risiko, dass dann ein Schuldnerland aus dem Euro ausscheiden muss, würde tatsächlich real werden. Das, was Sie machen, ist Selbstmord aus Angst vor dem Tod.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Allerdings kann man dem nur folgen, wenn man wirklich meint, Ihnen würde es um die Absicherung von Bundesbankrisiken gehen. (C)

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Genau!)

Ich glaube Ihnen das gar nicht.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Ach so!)

Ich denke, Ihr Ziel ist ein ganz anderes. Ihr Ziel ist die Zerstörung einer unabhängigen Geldpolitik, die Destabilisierung des Euro-Raums und schließlich das Ende des europäischen Projektes.

(Peter Boehringer [AfD]: Das ist jetzt aber eine Verschwörungstheorie!)

Das werden wir hier mit aller Entschlossenheit bekämpfen. Sie betreiben kurz vor der Europawahl Panikmache mit astronomischen Zahlen, die die Bürger verunsichern sollen.

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Wieso? Das sind doch die Zahlen der Bundesbank und der EZB!)

Das werden wir nicht mitmachen!

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Klar ist: Auch wir wollen natürlich geringere Target-Salden; denn die hohen Differenzen sind ein Zeichen von Ungleichgewichten innerhalb der Euro-Zone. An dieser Stelle ist unser Auftrag, die Wirtschafts- und Währungsunion zu verbessern, statt die Unabhängigkeit der Europäischen Zentralbank infrage zu stellen. Wir sollten lieber intensiv an der Umsetzung der europäischen Idee arbeiten. Wenn die südeuropäischen Staaten solide Finanz- und Wirtschaftspolitik betreiben, werden die Target-Salden auch wieder zurückgehen. (D)

(Peter Boehringer [AfD]: Das hören wir seit zehn Jahren! Wie lange wollen Sie das noch sagen?)

Dass Italien das im Augenblick nicht macht, ist offensichtlich. Aber das ist Ihr Parteilfreund Salvini.

(Peter Boehringer [AfD]: Nein! Das ist seit zehn Jahren so, lange vor Salvini!)

Vielleicht sollten Sie lieber da anrufen, wenn Sie zur Reduzierung der Target-Salden beitragen wollen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Meine Damen und Herren, anstatt weitere rhetorische Debatten über Target2 zu führen, sollten wir uns darauf konzentrieren, unser Europa stärker zu machen. Wer ein starkes Europa will, wer starke Mitgliedstaaten will, wer starke Kommunen will, der sollte am 26. Mai demokratisch wählen.

Danke schön.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**(A) Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der Kollege Lothar Binding hat das Wort für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Lothar Binding** (Heidelberg) (SPD):

Sehr geehrter Herr Vizepräsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich will noch eine Sache zur Vizepräsidentenwahl sagen. Herr Friedrich zum Beispiel hat mindestens zwei Eigenschaften: Er ist von einer Fraktion vorgeschlagen worden, und er hat in diesem Hause eine Mehrheit. – Wer diese beiden Eigenschaften nicht hat, ist auch kein Vizepräsident.

(Frank Schäffler [FDP]: Sagen Sie doch mal was zu Herrn Kukies!)

Ich muss ehrlich sagen: Ich habe bei Ihnen das Gefühl, Sie wollen mir vorschreiben, wen ich hier wählen soll. Aber das würde den demokratischen Grundprinzipien jedenfalls dieses Hauses nicht entsprechen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wie verträgt sich eigentlich Ihr unterschwelliger Zwang, den Sie ausüben wollen, indem Sie sagen: „Jetzt wählt uns doch, wir brauchen eine Mehrheit“,

(Stephan Brandner [AfD]: Dafür gibt es eine Geschäftsordnung! – Weiterer Zuruf von der AfD: Kommen Sie doch mal zum Thema!)

**(B)** mit Ihrem Verständnis, aufgrund von demokratischen Wahlen überhaupt hier sitzen zu dürfen? Demokratie muss sich hier fortsetzen. Daran kommen Sie nicht vorbei.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die Karten der großen Trauer und der Exklusivität werden hier gespielt; aber das ist hier schon mal passiert. Vor vielen Jahren ist schon mal jemand, der vorgeschlagen wurde, nicht gewählt worden; er hatte keine Mehrheit und war folglich kein Vizepräsident. So einfach ist das.

Der Kollege Berghegger hat super erklärt, wie die Target-Salden funktionieren. Dazu muss man wirklich nichts mehr sagen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Gleichwohl ist es Ihnen erlaubt, alle sechs Monate den gleichen Antrag zu stellen. Deshalb ist es auch uns erlaubt, alle sechs Monate das Gleiche zu erzählen. Sehr effizient ist das nicht. Aber für den, der es mag, mag es das Höchste sein.

Sonja Steffen hat das Nämliche zu Ihrem Antrag gesagt. Herr Schäffler hat einen anderen Weg gewählt; er hat nämlich einen Fall konstruiert. Das ist eine ganz schöne Angelegenheit: Man konstruiert einen Fall. Und wenn dieser Fall eintreten würde, dann – Sie haben „wären“ gesagt – wären die Forderungen uneinbringlich. Das

stimmt. Wenn der Fall, den Sie konstruieren, eintreten würde, wäre es so. Aber der Fall tritt ja nicht ein. **(C)**

(Heiterkeit bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU – Frank Schäffler [FDP]: Ich habe was zur Commerzbank gesagt!)

Insofern ist Ihre ganze Überlegung irgendwie daneben und macht auch keinen Sinn.

Sie wollten noch ein Wort, das gut passt, unterbringen, nämlich „Transferunion“.

(Frank Schäffler [FDP]: Nein, „Commerzbank“ habe ich gesagt!)

Jetzt ist es aber so, dass gerade die Target-Salden der Merkposten sind, um diese Transferunion gewissermaßen im guten Sinne zu begleiten.

(Peter Boehringer [AfD]: Im schlechten Sinne!)

Wollten wir eine Transferunion ohne Beachtung haben, würden wir doch überhaupt nicht reden. An dieser Stelle sind aber die Target-Salden der Merkposten. Übrigens: 450 Billionen Euro werden in Europa im Jahr bewegt. Was hat dies für die Wirtschaftskraft zur Folge? Was bedeutet das für Europa? Und: Wie gut geht es Deutschland dabei?

Das Schlimme bei den Anträgen der AfD ist, dass Sie uns die Konsequenz Ihrer Anträge gar nicht verraten; Sie haben immer nur irgendwelche Ideen. Herr Haase hat schön erklärt, welche Konsequenzen Ihr Antrag hätte. Stellen Sie sich mal vor, was am Goldmarkt los wäre. Oder haben Sie etwa irgendwo, vielleicht in der Schweiz, ein paar Goldreserven? **(D)**

(Heiterkeit bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Das würde begründen, warum Sie diesen Weg gehen; denn bezogen auf die Goldkurse hätte es natürlich eine gewisse Bedeutung. Wenn man das logisch erklärt, würden es alle hier verstehen.

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Wenn das aber nicht der Fall ist, dann weiß jeder, dass das zu Verwerfungen führt, die europagefährdend sind.

Und Europa steht gut da, steht sogar sehr gut da.

(Lachen bei der AfD)

– Ja, da kommt bei Ihnen Lachen auf, bei mir Trauer. – Es würde noch besser dastehen, wenn nicht in manchen Ländern nationalistische Tendenzen existieren würden. Denn diese nationalistischen Tendenzen sind geeignet, Europa und seinen Zusammenhalt zu gefährden. Deshalb gilt es, dagegen anzugehen und die Einheit Europas zu pflegen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dann hätten wir alle Vorteile wie bisher; das ist klar. Die Mitgliedstaaten haben einen großen Binnenmarkt. Die

**Lothar Binding (Heidelberg)**

- (A) einzelnen Regionen, denen es schlecht geht, bekommen Strukturhilfen.

(Udo Theodor Hemmelgarn [AfD]: Europa, nicht EU!)

Wir haben mehr Handel. Wir haben einen großen Stabilitätsanker in der Welt.

Natürlich: Das mag nicht allen gut gefallen. Martin Schulz hat hier einmal sehr schön vorgetragen und gesagt: Wir waren einmal Einzelstaaten. Dann hatten wir die gute Idee G 7; dann hatten wir die gute Idee G 20, und plötzlich gibt es die schlechte Idee G 2. In G 2 kommt Europa gar nicht mehr vor. Deshalb ist es wichtig, dass Europa sich in dieser bipolaren Welt, die sich im Moment entwickelt, einen ordentlichen Stand erarbeitet. Das heißt Zusammenhalt, auch ökonomischen Zusammenhalt; das heißt auch, sich selber und den Mitgliedstaaten helfen. Daraus wird eine gute Zukunft, und aus allem anderen wird eine schlechte Zukunft, die den Wohlstand aller Menschen gefährdet.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dass wir auch Fehler gemacht haben, das ist klar. Jeder weiß, dass der Exportüberschuss einer der Ursachen dieser hohen Target-Salden ist. Daher ist es gut, wenn bei uns die Binnennachfrage ansteigt und wenn die Löhne steigen. Jetzt wollen nicht alle Leute steigende Löhne; aber wir in der SPD-Fraktion wollen, dass die Löhne steigen, weil das unserem Land, den Arbeitnehmern, Europa – unserem Exportüberschuss tut das nicht gut – und Deutschland guttut. Insofern ist das eine sehr gute Sache.

- (B)

(Beifall bei der SPD)

Wer im Grunde den Austritt aus der Euro-Zone will und den Euro abschaffen will – dies aber nicht verrät –, der hat natürlich ganz andere Ideen. Selbst die Erfüllung dieser Hoffnung würde mit Ihrem Antrag gar nicht erreicht werden, weil klar ist, dass Sie implizit mit dem, was Sie wollen, die innere Wirtschaftsstabilität zerstören würden.

(Waldemar Herdt [AfD]: Das ist doch Unsinn!)

Sie würden einen Bedarf im Markt schaffen, der überhaupt nicht befriedigt würde, und das insbesondere an einer Stelle, an der er nicht gebraucht würde. Sie würden gewissermaßen Vermögen vernichten und nicht sicher machen.

Es ist klar, wir brauchen Regeln dafür, wenn ein Land austritt. Das wäre der einzige Fall, bei dem es wirklich Probleme gäbe.

(Frank Schäffler [FDP]: Dann können Sie unserem Antrag zustimmen, damit dieser Fall nicht eintritt!)

Also: Welche Aufgaben gibt es jetzt? Worum müssen wir uns kümmern? Wir müssen uns darum kümmern, dass dieser Fall nicht eintritt. Das ist Solidarität.

Ich will Ihnen sagen, worin das Ende Ihrer Politik besteht. Das Ende Ihrer Politik ist Kleinstaaterei: Deutsch-

land für sich, Frankreich für sich, Bremen für sich, das Saarland für sich. Sie merken, was ich gerade mache. Das würde ein paar Leuten gefallen, zumindest zwei Leuten, nämlich Trump – das ist der eine; um den will ich mich jetzt nicht so genau kümmern –, aber auch Putin – um den kümmern Sie sich ja schon.

(Heiterkeit und Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der letzte Redner zu diesem Tagesordnungspunkt ist der Kollege Alexander Radwan, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Alexander Radwan (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es wurde schon mehrmals angesprochen, dass es nicht zum ersten Mal der Fall ist, dass wir uns mit diesem Thema auseinandersetzen. Ich bin jetzt gar nicht so böse, dass es eine gewisse Redundanz gibt; denn dann kann man alles im Lichte der Entwicklungen anschauen.

(Peter Boehringer [AfD]: Genau so habe ich es gesagt!)

„... unabhängig vom Fortbestand des Euro“: Letztendlich gehen Sie also schon davon aus, dass Sie zukünftig erreichen können, dass der Euro abgewickelt wird; darauf ist Ihr Antrag auch ausgerichtet.

Meine Vorredner haben bereits das Target-System an sich, die Verrechnungsmodalitäten und in welchem Fall sich das Risiko entsprechend realisieren würde, dargestellt. In dem Antrag kommt kein einziges Wort dazu vor, wie man alles daransetzen und Instrumente entwickeln kann, sodass die Euro-Systematik wieder besser funktioniert. Das zeigt schon, dass man sich mit der Lösung des Problems gar nicht auseinandersetzen möchte.

(Frank Schäffler [FDP]: Das habe ich ja getan!)

Letztendlich geht es darum – das ist schon lange eine Position der Unionsfraktion –, dass das Ankaufprogramm der EZB, das zu dem Zeitpunkt, als es gestartet wurde, sinnvoll und richtig war, zurückgeführt wird. Das ist eine Position, die die Unionsfraktion schon sehr lange hat. Darum setzen wir uns massiv dafür ein, dass das davon ausgehende Ungleichgewicht zurückgeführt wird.

(Beifall bei der CDU/CSU – Peter Boehringer [AfD]: Das ist schon Vergangenheit! Das ist vorbei!)

– Zu Ihnen komme ich schon noch.

Wir müssen die Solvenz, die Widerstandskraft der Banken stärken. Die Lösung des Problems – das zeigen Sie, Herr Boehringer, erneut – interessiert Sie ja gar nicht. Die Begrenzung der Staatsanleihen in den Banken und letztendlich auch eine Begrenzung der Staatsanleihen in den jeweiligen Heimatbanken muss zurückgeführt werden. Das ist eine Position der Bundesregierung auf europäischer Ebene.

(C)

(D)

Alexander Radwan

(A) Um die Risikogewichtung der Staatsanleihen von null zurückzuführen und risikoadäquat zu gewichten, haben Sie, Herr Schäffler, in Herrn Macron einen neuen Buddy. Ich würde mir wünschen, dass Sie mit Ihrer Fraktion auf europäischer Ebene dabei mitmachen würden; das würde helfen.

(Frank Schäffler [FDP]: Was ist jetzt mit den Staatsanleihen?)

Zu Herrn Salvini: Geben Sie Ihrem neuen rechten Koalitionspartner auf europäischer Ebene die Richtung vor. Sie zitieren die BIZ, die dafür zuständig ist. Unterstützen Sie also den Ansatz, für eine risikoadäquate Gewichtung der Staatsanleihen zu sorgen; da hätten Sie etwas zu regeln. Aber leider Gottes kommen Sie mit Ihren Kollegen auf europäischer Ebene über das eine Thema nicht hinaus.

(Peter Boehringer [AfD]: Darum ging es heute nicht!)

– Doch, darum geht es: Wie können wir das Problem lösen? Aber das interessiert Sie nicht.

Eine Rückführung der NPLs ist nicht so wichtig – das hat ein Redner Ihrer Fraktion vor einigen Wochen gesagt. Es ging bis hin zu der abenteuerlichen Aussage, die Finanzaufsicht auf europäischer Ebene zu nationalisieren. Sie haben hier zum Ausdruck gebracht, dass Ihr Vertrauen in die Finanzaufsicht in Griechenland und in Italien größer als Ihr Vertrauen in die Europäische Zentralbank ist. Meine Damen und Herren, Sie sind wirklich eine Gefahr für die Finanzmärkte in Europa.

(B) (Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD – Lothar Binding [Heidelberg] [SPD]: Aus vielen Gründen!)

Die italienische Regierung hat gesagt, sie werde die Vorgaben der Kommission einhalten, dabei erhöht sie die Neuverschuldung von 2,04 Prozent der Wirtschaftsleistung wieder auf 2,4. Ich habe bei der gemeinsamen Pressekonferenz diese Woche nicht vernommen, dass Sie das kritisieren. Das müssten Sie kritisieren, weil das zur entsprechenden Problematik mit dem Euro führt.

(Peter Boehringer [AfD]: Das habe ich zwei Tage später gemacht!)

Meine Damen und Herren hier auf der Tribüne, Sie erleben heute wieder ein Spektakel der AfD; das muss man in aller Deutlichkeit sagen. Denn die hochkomplexen Risiken der Target-Salden realisieren sich dann, wenn der Euro abgewickelt wird, wenn Staaten aus dem Euro austreten. Sie haben von dieser Fraktion heute kein Wort dazu gehört, wie man dieses Thema in den Griff bekommt.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: In der Bringschuld! Unglaublich!)

Sie bekommen aber in den letzten Tagen mit, dass die AfD an einer Koalition auf europäischer Ebene arbeitet, um den Euro abzuwickeln. Sie registriert aber gleichzeitig, dass es dann ökonomische Probleme geben würde, die den Haushalt betreffen. Diese Lösung wollen Sie schnell woanders hinschieben, nach dem Motto: Ihr

müsst vorher die Sicherheiten einfordern, die andere entsprechend geben müssen. (C)

Haben Sie mit Herrn Salvini über die Risiken gesprochen? Welche Risiken sind in Italien bereits gegeben? Sie wollen den Euro auflösen; Sie sind das Risiko, weil Sie den Euro abwickeln wollen.

(Widerspruch bei der AfD)

Besten Dank, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Das war der letzte Redner zu diesem Tagesordnungspunkt. Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/9232 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Allerdings ist die Federführung strittig.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen jetzt über das weitere Verfahren abstimmen. Es wäre schön, wenn Sie sich wieder hinsetzen.

Die Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen wünschen Federführung beim Haushaltsausschuss. Die AfD-Fraktion wünscht die Federführung beim Finanzausschuss. Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der AfD, also Federführung beim Finanzausschuss. Wer stimmt für diesen Vorschlag? – Das ist die AfD. Wer stimmt dagegen? – Alle übrigen Fraktionen des Hauses. Enthaltungen? – Keine. Damit ist der Überweisungsvorschlag abgelehnt. (D)

Wir stimmen jetzt ab über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen, Federführung beim Haushaltsausschuss. Wer stimmt dafür? – Das sind alle Fraktionen mit Ausnahme der AfD. Wer stimmt dagegen? – Das ist die AfD. Enthaltungen? – Keine. Damit ist diese Überweisung angenommen.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 5 auf:

Beratung des Antrags der Bundesregierung

**Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der Multidimensionalen Integrierten Stabilisierungsmission der Vereinten Nationen in Mali (MINUSMA)**

**Drucksache 19/8972**

Überweisungsvorschlag:  
 Auswärtiger Ausschuss (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Verteidigungsausschuss  
 Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
 Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union  
 Haushaltsausschuss gemäß § 96 der GO

Interfraktionell sind 38 Minuten vereinbart. – Es gibt dazu keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich

- (A) Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat der Bundesminister Heiko Maas. – Herr Minister.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Heiko Maas**, Bundesminister des Auswärtigen:

Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich bin vor sechs Wochen in Mali gewesen, unter anderem im Norden des Landes, in Gao. Ich habe junge Menschen getroffen, die schon 2013 im Widerstand gegen den islamistischen Terror gekämpft haben, die sich für Frieden eingesetzt haben und die ihre Freiheit wiederhaben wollen. Dieses Gespräch mit diesen jungen Leuten hat mir eines noch einmal sehr deutlich vor Augen geführt: Es gibt Plätze auf der Welt, an denen Sicherheit die Voraussetzung für Freiheit ist.

Wenn wir heute über die Verlängerung des MINUSMA-Mandates sprechen, dann geht es nicht nur um Sicherheit in Mali, sondern es geht auch um den Kampf und um den Schutz von Freiheit, nicht nur in Mali, sondern in der ganzen Region und auch weit darüber hinaus. Der Sahelraum bleibt bedauerlicherweise nach wie vor – das ist auch in den Medien permanent zu verfolgen – von Radikalisierung, Terrorismus und nicht zu unterschätzender organisierter Kriminalität bedroht. Die Staatlichkeit ist fragil; die Konflikte in dieser Region – auch das erleben wir seit einigen Jahren – verstärken sich gegenseitig. Und wir, Deutschland und Europa, spüren die Auswirkungen dieser Konflikte unmittelbar vor unserer Haustür. Wir wissen, dass wir die Sahelregion nur dann stabilisieren können, wenn es uns gelingt, auch Mali zu stabilisieren. Deshalb: Sicherheit ist eine Kernvoraussetzung für Stabilisierung und Entwicklung. Ohne Sicherheit vor Ort wird es keine Versöhnung, keine Bildung, keine Gesundheit und auch keine Freiheit geben.

(B)

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Aber, meine Damen und Herren, auch das sagen wir ganz offen: Wir dürfen uns nicht vormachen, dass es militärische Lösungen gibt. Das Militär kann die nötige Stabilität und Sicherheit schaffen, damit sich der Friedensprozess vor Ort überhaupt erst entfalten kann. Damit das gelingt – das ist ganz wichtig, und das haben auch alle unsere Soldatinnen und Soldaten vor Ort gesagt –, müssen wir den sogenannten vernetzten Ansatz verfolgen, also in enger Zusammenarbeit mit Mali und unseren internationalen Partnern agieren. Dazu gehört neben MINUSMA auch die Ausbildungsmission EUTM Mali, über die wir heute Nachmittag sprechen werden. Wir entsenden Polizistinnen und Polizisten und unterstützen EUCAP Sahel Mali. Das heißt, wir setzen erhebliche Mittel für Entwicklungszusammenarbeit, Stabilisierung und humanitäre Hilfe ein. All das gehört zusammen. Die humanitäre Hilfe kommt dort nicht an, wenn nicht ein Mindestmaß an Sicherheit gewährleistet wird – und das tun unsere Soldatinnen und Soldaten.

Wichtig bleibt auch die Zusammenarbeit in der Sahelregion insgesamt; denn viele Herausforderungen sind, wie auch an vielen anderen Stellen in der Welt, jedoch ganz besonders in dieser Region, grenzüberschreitend.

Wir arbeiten mit den G-5-Staaten, also Mauretanien, Burkina Faso, Tschad, Mali und Niger, sehr eng zusammen, die Einsatzfähigkeit ihrer gemeinsamen Einsatzgruppe zu erhöhen. MINUSMA spielt auch bei der Unterstützung dieser G 5 eine ganz wichtige Rolle. Auch bei den Vereinten Nationen beweisen wir, dass wir bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, so wie das vielfach von uns erwartet wird. Wir werden uns im Sicherheitsrat dafür einsetzen, der Mission auch über den Juni hinaus weiterhin ein gutes und erfüllbares Mandat zu sichern.

(C)

Meine Damen und Herren, solange der malische Staat in vielen Landesteilen überhaupt nicht in der Lage ist, selber für die Sicherheit seiner Bürgerinnen und Bürger zu sorgen, muss die internationale Gemeinschaft diesen Prozess unterstützen. Wir dürfen dabei allerdings nicht zu einem Ersatz für den malischen Staat werden. Die malische Regierung muss sich daher konsequent für den Friedensprozess, für Sicherheit und Entwicklungschancen in allen Landesteilen einsetzen. Ich habe kürzlich in New York im Sicherheitsrat gegenüber Premierminister Maïga sehr deutlich gemacht, dass wir auch Erwartungen an die Verantwortlichen in Mali selbst haben.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der Abg. Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann [FDP])

Seit den Präsidentschaftswahlen im letzten Jahr, die im Übrigen auch dank der Präsenz von MINUSMA friedlich verlaufen sind, treibt die Regierung die Umsetzung des Friedensabkommens erkennbar voran; auch das muss man anerkennen. Die Demobilisierung, Entwaffnung und auch die Reintegration ehemaliger Kämpfer – das ist ein ganz schwieriges Thema vor Ort – sowie die Dezentralisierung des Landes gehen Stück für Stück voran. Auch die Arbeit an einer Verfassungsreform hat begonnen. Das alles wird und muss konsequent weitergeführt werden. Und ganz sicherlich wird ein ganz wichtiger Schritt sein, die bevorstehenden Parlamentswahlen ordnungsgemäß durchzuführen.

(D)

Das ist nach unserer Auffassung aber beileibe noch nicht alles. Für einen wirklich nachhaltigen Frieden in Mali wird vor allem Folgendes notwendig sein: die Menschenrechte zu achten – dort gibt es durchaus Aufholbedarf –, Frauen am Friedensprozess maßgeblich zu beteiligen, die unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen und Regionen in Mali zusammenzuführen – eine wirklich außerordentlich schwierige Aufgabe –, in vielen Teilen des Landes überhaupt erst staatlichen Strukturen aufzubauen und natürlich auch wirtschaftliche Perspektiven zu schaffen, vor allen Dingen für junge Menschen. Alles in allem ist das eine Mammutaufgabe. MINUSMA ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass diese Aufgabe angepackt werden kann.

(Beifall bei der SPD)

Meine Damen und Herren, stellen wir uns vor – auch das muss erlaubt sein –, wie Mali aussehen würde, wenn es MINUSMA nicht gäbe. Es gäbe wahrscheinlich islamistische Herrschaftsräume, Bürgerkrieg und Hunderttausende Flüchtlinge. Als ich vor sechs Wochen dort gewesen bin, habe ich ein anderes Mali gesehen. Wir haben viele Menschen getroffen, die uns gesagt haben, dass sie

**Bundesminister Heiko Maas**

- (A) sich dank unseres Einsatzes dort sicherer fühlen, dass sie trotz der anhaltenden und nicht herunterzuspielenden Terrorgefahr an den Frieden in ihrem Land – sie haben sich noch nicht an ihn gewöhnt, weil er an vielen Stellen noch sehr fragil ist – glauben und dass sie durch unsere Unterstützung für Mali und den Einsatz der Bundeswehr bei MINUSMA auch ein Stück Freiheit empfinden.

Diesen Menschen wollen wir eine Perspektive geben. Wir wollen sie nicht alleine lassen. Es sind unsere Soldatinnen und Soldaten, die das auch mit ermöglichen,

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

die sich nicht von den schwierigen Umständen, die es dort gibt – Mali ist eine der gefährlichsten internationalen Missionen –, entmutigen lassen und die mit vielen Nationen der internationalen Gemeinschaft einen zwar bereits beschlossenen Frieden, aber schwierigen Friedensprozess absichern. Wenn man sie vor Ort trifft, dann sagen sie: Das Blau der Vereinten Nationen steht uns gut. – Ich danke allen, die dort vor Ort ihren Dienst verrichten, ganz, ganz herzlich. Es ist eine schwierige, schwere und auch eine gefährliche Aufgabe, die sie dort erfüllen.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir können heute mit der Mandatsverlängerung ein klares Zeichen setzen, nämlich dass der Bundestag hinter unseren Soldatinnen und Soldaten steht, die dort so wichtige Arbeit leisten.

- (B) Herzlichen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Herr Minister. – Der nächste Redner ist der Kollege Dr. Lothar Maier von der AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Lothar Maier (AfD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Um es vorwegzunehmen: Wir werden nicht zum ersten, sondern zum wiederholten Male die Fortsetzung dieses deutschen militärischen Einsatzes ablehnen. Ich sage aber auch gleich dazu: Diese Entscheidung haben wir uns nicht leicht gemacht. Sie ist das Ergebnis einer Abwägung zwischen positiven Elementen, die es hier durchaus auch gibt, und negativen oder kontraproduktiven Elementen, die man hier feststellen muss.

Man muss den Ausgangspunkt betrachten, nämlich das Jahr 2013, als Mali in der Gefahr stand, von islamistischen Kräften quasi im Handstreich übernommen zu werden. Damals war es Frankreich, das mit der Opération Serval die Situation gerettet hat, und es war nur zu verständlich, dass die Europäische Union mit EUTM Mali und die Vereinten Nationen mit dem MINUSMA-Mandat eingegriffen haben. Man dachte, in relativ kurzer Zeit

- die Situation im Lande stabilisieren zu können. Das hat sich als Irrtum erwiesen. Man kann von einer gewissen Solidaritätspflicht Deutschlands gegenüber Frankreich sprechen. Frankreich war und ist der maßgebliche Stabilitätsfaktor in der gesamten Sahelregion. (C)

Es geht aber auch – das ist in der letzten Debatte zu diesem Mandat ja immer wieder angeklungen – um wirtschaftliche Interessen Frankreichs. Mali ist ein Land, das beträchtliche Rohstoffreserven besitzt, und es ist der Hauptlieferant des maßgeblichen Produktes, mit dem die französische Energieerzeugung arbeitet, nämlich Uran. Der malische Uranbergbau ist hier bestimmend. Das Pikante ist, dass in diesem Haus die Kräfte, die alles daransetzen, die deutsche Atomkraft und die Energieerzeugung aus Kohle kaputtzumachen bzw. zu beseitigen, dafür sind, dass der Uranbergbau in Mali und die Uranlieferungen aus Mali für Frankreich sichergestellt werden.

(Beifall bei der AfD)

Aber vielleicht sagen Sie sich da auch: Wenn in Deutschland nichts mehr funktioniert, dann funktionieren wenigstens noch die französischen Atomkraftwerke.

(Beifall bei der AfD – Dr. Daniela De Ridder [SPD]: Das ist eine ganz billige Polemik!)

Ein gewisses Interesse an dem Einsatz in Mali kann man daran erkennen, dass die Vorbereitung zu einer glänzenden Zusammenarbeit zwischen den beteiligten französischen und den deutschen militärischen Kräften geführt haben. Es gibt eine gemeinsame Ausbildung, die mit hoher Intensität durchgeführt worden ist und die dazu geführt hat, dass die beteiligten französischen und deutschen Einheiten perfekt aufeinander eingespielt sind. Hier wird man allerdings gleich einschränkend sagen müssen: Die deutschen Kräfte sind in Mali nicht an Kampfeinsätzen beteiligt, sondern sie beschränken sich, wie meistens in solchen Einsätzen, auf Ausbildungs-, Aufklärungs- und Sanitätsfunktionen. (D)

(Kathrin Vogler [DIE LINKE]: Das ist gut, nicht?)

Sie sind also nicht in die Bekämpfung der terroristischen Kräfte in diesem Land einbezogen.

(Agnieszka Brugger [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Fordern Sie das?)

Die kritischen Elemente. Der Einsatz, der jetzt schon fast fünf Jahre dauert, war im Wesentlichen erfolglos.

(Beifall bei der AfD)

Die Sicherheitslage in Mali hat sich nicht verbessert, sondern sie hat sich kontinuierlich verschlechtert. Bei einer Konferenz in Paris vor wenigen Monaten stimmten alle Beteiligten darin überein, dass die Situation nicht besser geworden ist, sondern sich fast mit jedem Tag verschlechtert. Das hängt auch mit der Politik der malischen Regierung zusammen, die sich um den Norden ihres Landes kaum je gekümmert hat und die jetzt noch weniger Anlass dafür sieht nach dem Motto „Die europäischen und die ausländischen Kräfte werden schon für Sicherheit sorgen“.



**Dr. Lothar Maier**

- (A) Die Einsatzziele dieser Mission sind zu allgemein formuliert. Sie sind nicht überprüfbar. Ein Ende der Mission ist nicht abzusehen, und die Truppenstärke, die dort besteht, insbesondere die deutsche, ist viel zu gering, als dass man davon Großes erwarten kann. 400 Dienstposten, 400 Soldaten: Wenn Sie dieses Gebiet mit 1,2 Millionen Quadratkilometern und 17 Millionen Einwohnern wirklich sichern wollten, bräuchten Sie statt 400 Soldaten 40 000 oder noch mehr.

(Beifall bei der AfD)

Das ist natürlich eine Illusion, und deswegen lehnen wir diesen Einsatz in Mali ab.

Ich danke Ihnen.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Das Wort für die CDU/CSU-Fraktion hat als Nächstes der Kollege Markus Koob.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Markus Koob (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich hatte die Freude, als einer von drei Bundestagsabgeordneten an der Reise, die Außenminister Maas hier schon angesprochen hat, teilnehmen zu können. In der Öffentlichkeit ist überwiegend über kaputte Flugzeuge bei dieser Reise berichtet worden. Damit tut man, finde ich, all den Menschen, die dort unten ihren Dienst leisten, sei es in militärischen, sei es in zivilen Organisationen, unrecht; denn es lohnt sich an dieser Stelle durchaus, genauer hinzuschauen und sich nicht mit irgendwelchen Scheindebatten zu begnügen.

(B)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Wir dürfen dieses MINUSMA-Mandat, über das wir heute reden, nicht isoliert betrachten; auch das ist in den Worten des Außenministers richtigerweise zum Ausdruck gekommen. Wir haben zum einen dieses MINUSMA-Mandat im Norden, in Gao, das dafür da ist, dass dort die Entwicklung gesichert werden kann. Wir haben außerdem noch die Ausbildungsmission EUTM Mali, über die wir heute Nachmittag noch reden, und wir haben natürlich auch das zivile Engagement unserer NGOs, aber auch anderer NGOs. Wir hatten die Gelegenheit, dort unten mit Vertreterinnen und Vertretern der GIZ und auch von KfW zu sprechen. Es ist völlig klar, dass dieser Einsatz eben auch tatsächlich vernetzt ist. Ohne die Sicherheit, die die Soldatinnen und Soldaten dort garantieren, gibt es kein ziviles Engagement, und ohne das zivile Engagement gibt es auch keine Perspektive, dass wir jemals auf das militärische Engagement verzichten können.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Insofern brauchen wir an dieser Stelle beides. Dieser Einsatz im Norden Malis im Rahmen von MINUSMA ist in vielerlei Hinsicht ein sehr schwieriger Einsatz.

Das fängt beim Klima an und geht bei der Sicherheitslage weiter. Ich muss sagen: Es war mein erster Besuch in einem Bundeswehrcamp im Ausland. Wenn man das erste Mal an einem Ehrenhain steht, an dem man den Tod deutscher Soldaten betrauern muss, spürt man richtigerweise die gesamte Verantwortung, die wir Bundestagsabgeordnete bei diesen Entscheidungen tragen. Unser Ansatz muss es sein, dass wir dafür Sorge tragen, dass die Soldatinnen und Soldaten gesund wieder nach Hause kommen können.

(C)

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP sowie bei Abgeordneten der AfD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir haben diese Verantwortung dort auch ganz hautnah erlebt. Vier Tage vor unseren Besuch bei der EU-Ausbildungsmission ist nämlich ein Anschlag auf dieses Lager verübt worden, bei dem es auch Tote gegeben hat. Bei den deutschen Bundeswehrsoldaten ist Gott sei Dank niemand zu Schaden gekommen. Aber das zeigt eben auch: Diese Mission im Herzen Malis, in der Nähe von Bamako, der Hauptstadt, ist nicht ohne, ist eine sehr gefährliche Mission. Vor diesem Hintergrund müssen wir, glaube ich, als Deutscher Bundestag unseren Soldatinnen und Soldaten hier den Rücken stärken.

Eines ist für mich wirklich sehr beeindruckend gewesen: Ich habe mit den Soldatinnen und Soldaten, aber auch den Bundespolizisten vor Ort einmal über die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieses Einsatzes geredet, und ich muss sagen, dass ich persönlich noch nie von dem Sinn eines Einsatzes so überzeugt war wie bei diesem. Jede Soldatin, jeder Soldat, jeder Bundespolizist, mit dem oder der man sich dort unten unterhalten hat, hat gesagt: Wir tun hier eine gute, notwendige und sinnvolle Arbeit. – Deshalb sollten wir als Deutscher Bundestag, wie gesagt, unseren Soldatinnen und Soldaten und Polizisten auch entsprechend den Rücken stärken.

(D)

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Wir haben auch erlebt, dass die Sicherheitslage in diesem Land leider tatsächlich immer schwieriger wird, insbesondere auch im Zentrum. Es gibt zunehmend Anschläge in der Nähe von Bamako. Erst vor zwei Wochen gab es wieder einen verheerenden Anschlag mit über 150 Toten. Die Frage wird sein: Wie können wir im gesamten Land oder zumindest im besiedelten Teil Malis möglichst hohe Sicherheitsstandards herstellen? Das wird nicht einfach; aber MINUSMA leistet an dieser Stelle – völlig klar – einen Beitrag dazu. Die Union wird deshalb der Verlängerung des Mandats zustimmen.

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch zwei persönliche Bemerkungen machen:

Die eine betrifft meinen ersten Besuch bei Bundeswehrsoldatinnen und -soldaten in diesem Camp in Gao, über den ich eben schon berichtet habe. Ich möchte hier ganz herzlich für den Einsatz danken, der dort geleistet wird. Es ist eine fantastische Arbeit, die dort gemacht wird. Die internationale Zusammenarbeit mit den anderen Soldatinnen und Soldaten funktioniert hervorragend. Die deutschen Soldatinnen und Soldaten werden über die Maßen für ihre Arbeit geschätzt. Ich glaube, das sollten

**Markus Koob**

- (A) wir als Deutscher Bundestag auch entsprechend honorieren und zum Ausdruck bringen. Ich bedanke mich an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich für die Gastfreundschaft, die wir an diesem Tag in diesem Camp erleben durften.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Ich komme zu meiner zweiten Bitte; das ist mir ein Herzensanliegen. Es war nicht nur mein erster Besuch in einem Bundeswehrlager im Ausland, sondern auch der erste Besuch in Afrika. Es ist eigentlich unmöglich, diesen Kontinent nicht zu mögen, wenn man die Menschen in Afrika einmal persönlich erlebt hat. Deshalb möchte ich an uns im Hohen Haus appellieren, dass wir, wenn wir über Afrika reden, nicht immer nur über die Probleme reden – über das, was nicht funktioniert –, über Krieg, Sicherheitslage, Krisen, Gesundheitsprobleme, sondern als Bundestag versuchen, die Entwicklungen in Afrika, die unbestritten positiv sind und eine Perspektive für den Kontinent eröffnen, zu benennen und einen Beitrag dazu leisten, sie zu verstetigen.

In diesem Sinne werden wir diesem Mandat zustimmen, das einen Teil dazu beiträgt, dass das Land Mali eine positive Entwicklungsperspektive haben wird.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

- (B) Vielen Dank, Herr Kollege. – Der nächste Redner: der Kollege Bijan Djir-Sarai, FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Bijan Djir-Sarai (FDP):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Meine Damen und Herren! Die Gewalt in Mali nimmt kein Ende. Wir haben es gerade gehört: Erst Ende März kam es zu einem Massaker mit über 150 Toten. Die Terroranschläge reißen nicht ab. Die humanitäre Situation ist fatal. Was wir „Stabilisierungsmission“ nennen, ist in Wahrheit ein sehr gefährlicher und komplexer Einsatz. Das belegt die Tatsache, dass es sich bei diesem Mandat der Vereinten Nationen um eines mit den höchsten Verlusten handelt. In diesem gefährlichen Umfeld riskieren die Einsatzkräfte tagtäglich ihr Leben. Sie versuchen, einen Beitrag zu leisten, damit diese Region ansatzweise an Stabilität gewinnt.

Bei der Entscheidung über diesen Einsatz sollte nicht vergessen werden, dass dieser Einsatz 2013 verhindert hat, dass islamistische Terroristen die Macht in Mali ergreifen konnten. Außerdem konnte 2015 zusätzlich ein Friedensabkommen vereinbart werden. Ich möchte mir nicht ausmalen, vor welchen Fragen wir heute stehen würden, wenn der Einsatz nicht zustande gekommen wäre, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der FDP und der CDU/CSU)

Natürlich ist die Lage vor Ort nicht zufriedenstellend. Natürlich ist es inakzeptabel, dass Terroristen gezielt Anschläge auf Einsatzkräfte durchführen. Aber: In Mali gibt

es heute so etwas wie ein Friedensabkommen. Die Fortschritte, die bei der Umsetzung des Friedensabkommens gemacht werden, mögen klein sein, sogar sehr klein sein; aber sie existieren. Deswegen lohnt es sich aus unserer Sicht, dieses Mandat zu verlängern, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der FDP)

Es ist auch richtig, dass nun die Unterstützung bei der Wiederherstellung der staatlichen Autorität in Zentral-Mali in den Mandatstext aufgenommen wurde. Denn dieser Konflikt hat vielseitige Dimensionen, die sich bei weitem nicht nur auf den Norden Malis beschränken.

In Hinblick auf die Wiederherstellung der staatlichen Autorität müssen auch die mehrfach verschobenen und nun für Juni geplanten Parlamentswahlen durchgeführt werden. Darauf muss die Bundesregierung gemeinsam mit den internationalen Partnern drängen. Auch sollten endlich Fortschritte bei dem Prozess der Dezentralisierung und der Reform des Sicherheitssektors gemacht werden, wie im Friedensabkommen übrigens vereinbart. Das ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen des Ganzen.

Dass die Bundesregierung bemüht ist, in Mali einen vernetzten Ansatz zu verfolgen, ist grundsätzlich richtig. Ich denke aber, gerade im Bereich der humanitären Hilfe ist noch Luft nach oben. In weniger kritischen Regionen wird wesentlich mehr geleistet.

(Beifall bei der FDP)

(D) Meine Damen und Herren, gerade wir Europäer sollten genauer hinsehen, was über Mali hinaus in Afrika passiert. Radikaler Islamismus trifft dort häufig auf einen Boden der Zustimmung. Diese Entwicklung ist real, findet vor unserer Haustür, auf der anderen Seite des Mittelmeers, statt und muss thematisiert werden.

(Beifall bei der FDP)

Denn dieses Problem beschränkt sich nicht nur auf Mali. Nein, es betrifft den gesamten Kontinent. Al-Qaida, Boko Haram, al-Schabab und auch der IS sind nur ein Teil der Gruppen, die sich in Afrika breitmachen und mittlerweile starke Allianzen bilden. Das dürfen wir nicht zulassen.

(Beifall bei der FDP)

Kein Einsatz, keine Operation kann erfolgreich sein, wenn den Menschen vor Ort keine Zukunftsperspektiven geboten werden. Deswegen brauchen wir eine kohärente Afrika-Strategie, die sowohl innerhalb der Bundesregierung als auch innerhalb der Europäischen Union abgestimmt und umgesetzt wird. Dabei müssen die Bedarfe von Menschen in Afrika und nicht nur die Interessen einzelner EU-Länder im Vordergrund stehen. Nur so werden wir es schaffen, echte Perspektiven und Chancen für Afrika zu schaffen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der FDP)

**(A) Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die nächste Rednerin: die Kollegin Kathrin Vogler, Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Kathrin Vogler (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Bundesregierung beantragt heute, die Beteiligung der Bundeswehr an der Militärmission MINUSMA in Mali mit bis zu 1 100 Soldatinnen und Soldaten zu verlängern. Dafür sollen innerhalb von zwölf Monaten rund 314 Millionen Euro ausgegeben werden – fast sechsmal so viel, wie der Zivile Friedensdienst für all seine Projekte weltweit zur Verfügung hat. Aber: Von Stabilität ist Mali im Jahr sechs dieses Kampfeinsatzes weiter entfernt als zuvor, trotz des Friedensabkommens von 2015. Allein in den letzten Monaten sind 600 Menschen bei Anschlägen gestorben.

Auch für die Bundeswehr ist Mali ein gefährliches Terrain, nicht nur wegen der Aufständischen und Islamisten. Erst im Februar wurden deutsche Soldaten in Gao von bewaffneten Verbündeten der malischen Armee angegriffen. Und als Ende März 130 Menschen bei einem blutigen Massaker getötet wurden, darunter schwangere Frauen, Kinder, alte Menschen, stellte sich heraus, dass die Angreifer einer Miliz angehörten, die an der Seite der Zentralregierung kämpft – Verbündete jener Regierung, die die Bundeswehr unterstützen soll. Diese Toten und Verletzten sind Opfer einer Politik, die sich auf Kriegslöge stützt. Deswegen trägt die Bundesregierung hier eine Mitverantwortung.

**(B)**

(Beifall bei der LINKEN)

In Mali sehen wir das fatale Erbe einer desaströsen Interventionspolitik des Westens. Als die NATO 2011 in Libyen die Herrschaft von Muammar al-Gaddafi gewaltsam stürzte, trieb sie bewaffnete Tuareg-Milizen zurück nach Mali und legte damit den Grundstein für die Gewalt und die Konflikte.

(Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Da haben Sie recht!)

Guido Westerwelle hat damals als Außenminister richtig entschieden, als er sich gegen eine deutsche Beteiligung an dieser verhängnisvollen Militäraktion gestemmt hat,

(Beifall bei der LINKEN sowie der Abg.  
Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

auch wenn ihm das scharfe Kritik einbrachte, vor allem aus Frankreich, aber leider auch von der deutschen Sozialdemokratie.

Die Versuche, jetzt in Mali und den Nachbarstaaten die brutalen Folgen einer völlig falschen Kriegspolitik mit ebensolchen Mitteln zu begrenzen, können nur scheitern. Und was macht die Bundesregierung? Sie nimmt dieses Scheitern gar nicht zur Kenntnis. Nicht nur, dass sie in der Mandatsbegründung beschönigend von „Herausforderungen“ in einem „komplexen Umfeld“ fabuliert – es steht auch amtlicher Unsinn drin. Ich zitiere mal:

Als Teil der Umsetzung des Friedensabkommens von Algier hat die Regierung im November 2018 mit der Integration ehemaliger Kämpfer in die Reihen der malischen Armee begonnen („DDR-Prozess“: Entwaffnung, Demobilisierung, Reintegration).

**(C)**

Herr Maas, Entwaffnung und Demobilisierung bedeuten doch nicht, die Milizen in andere bewaffnete Einheiten zu überführen, sondern Menschen, die in ihrem Leben nichts anderes als Kämpfen gelernt haben, endlich eine zivile Perspektive zu schaffen.

(Beifall bei der LINKEN)

Der Versuch, die vielen Kämpfer über die Aufnahme in die Lohnlisten von Armee und Polizei quasi ruhigzustellen, ist ein riesiges Risiko für den Frieden und schafft die Grundlage für neue Gewaltkonflikte. Sie wissen das, und Sie ignorieren es. Das finde ich unerhört.

(Beifall bei der LINKEN)

Da ist es kein Wunder, dass inzwischen 60 Prozent der malischen Bevölkerung den Friedensprozess für gescheitert halten und der Widerstand gegen die fremden Soldaten im Land immer stärker wird. Schon im letzten Jahr kritisierte die International Crisis Group die Fokussierung der internationalen Kräfte auf den sogenannten Antiterrorkampf, und sie riet den Regierungen in der Region und den internationalen Partnern, die militärischen Einsätze zurückzufahren und die humanitäre Unterstützung und den Dialog auch mit den militanten Kräften stärker zu fördern. Genau eine solche Friedenslogik ist gefragt, um in Mali Sicherheit und Stabilität zu fördern. Dafür bekämen Sie, Herr Maas, auch die Unterstützung der Linken – für die Fortsetzung der Kriegslöge niemals.

**(D)**

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die Kollegin Agnieszka Brugger ist die nächste Rednerin für Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Agnieszka Brugger (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Uns erreichen aus Mali gemischte Nachrichten. Manche stimmen uns durchaus hoffnungsvoll, aber die meisten sind leider besorgniserregend. Als islamistische Gruppen 2012 ein Schreckensregime errichtet haben und dann vom Norden aus den Süden erobern wollten und sehr schnell in Richtung der Hauptstadt Bamako vorgedrungen sind, reagierte die internationale Gemeinschaft schnell auf den malischen Hilferuf. Da liegt der Ursprung dieser Friedensmission der Vereinten Nationen, über deren Mandat wir heute hier beraten. Der Friedensprozess ist noch sehr lange nicht am Ziel, vielmehr gerät er krass ins Stocken. Nach der anfänglichen Euphorie über die Erfolge, gerade über das Friedensabkommen vor vier Jahren, ist heute die Ernüchterung bei vielen zu Recht sehr groß.

Wir Grüne haben dem Mandat in den vergangenen Jahren mit großer Mehrheit zugestimmt. Aber ich muss in Richtung der Bundesregierung auch in aller Klarheit

**Agnieszka Brugger**

- (A) sagen: Unsere Zustimmung ist kein Automatismus. Wir erwarten von der Bundesregierung endlich Antworten auf die vielen zentralen, kritischen Fragen und nicht die Standardfloskeln, die wir heute hier von Ihnen gehört haben, Herr Außenminister Maas.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Wir wollen sehen, dass Sie die Probleme erkennen und dass Sie auch Maßnahmen ergreifen. Ein solcher Einsatz kann nicht nur mit vergangenen Erfolgen begründet werden, sondern es braucht Fortschritte, und es braucht eine Erfolgsperspektive für die Zukunft.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die Fragezeichen werden nun einmal nicht kleiner, sondern größer: Terroristische Gruppierungen tragen die Gewalt zunehmend in den Süden des Landes; die Sicherheitslage verschlechtert sich; malische Sicherheitskräfte und die internationale Mission selbst sind immer wieder Ziel von Angriffen.

Über 190 MINUSMA-Angehörige haben in diesem Einsatz mittlerweile schon ihr Leben verloren. Die meisten von ihnen sind Blauhelme afrikanischer Staaten. Ich finde, so eine Debatte ist auch immer ein Anlass, dieser Opfer zu gedenken, natürlich auch der beiden Bundeswehrsoldaten, die bei dem furchtbaren Hubschrauberabsturz 2017 ums Leben gekommen sind.

- (B) Meine Damen und Herren, wie die zukünftige Entwicklung in Mali verlaufen wird – zurück ins Chaos oder hin zu Sicherheit und Frieden –, das hängt zentral von der Frage ab, ob dieser Friedensprozess wirklich mit Leben gefüllt wird. Aber alle Konfliktparteien, auch die malische Regierung, verschleppen diesen Prozess, um sich selbst kurzfristige Vorteile zu verschaffen. Sie gefährden damit eine friedliche Zukunft Malis. Das muss endlich aufhören.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
sowie bei Abgeordneten der SPD)

Klar ist auch: MINUSMA und die Vereinten Nationen sind die zentralen Akteure, manchmal auch die einzigen Akteure, die immer wieder die Konfliktparteien an den Tisch zurückrufen, die vermitteln und überwachen, wer die Vereinbarungen einhält und wer nicht. Das ist ein wichtiger Beitrag. Die Bundeswehr kann diesen Friedensprozess natürlich nicht einfordern, sie kann ihn maximal absichern und überprüfen. Aber wenn es darum geht, die Konfliktparteien in die Pflicht zu nehmen, ist dies eine zentrale Aufgabe der politischen Akteure, und zwar der Bundesregierung und der internationalen Gemeinschaft.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Auch wenn die Fortschritte im Friedensprozess alles andere als zufriedenstellend sind, so gibt es eben doch auch Bewegung, oft angestoßen von MINUSMA: die Integration verschiedener Gruppen in die malischen Sicherheitskräfte oder den Pakt für den Frieden, mit dem endlich mehr Tempo bei der Umsetzung des Friedensabkommens versprochen worden ist. Es reicht aber nicht aus, wenn Ursula von der Leyen – wie in der letzten Plenardebatte zu diesem Thema – davon spricht, dass

es noch Luft nach oben gibt bei der malischen Regierung, oder wenn Sie, Herr Maas, nach Mali reisen. Das ist zu wenig. Das gilt auch für das zivile Engagement: Friedensverhandlungen, Antikorruptionsinitiativen, Entwicklungszusammenarbeit oder auch zivile Perspektiven für die vielen jungen Menschen in Mali – da kann und sollte man dringend mehr tun. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Meine Damen und Herren, die Bundesregierung darf ihre Augen nicht vor der problematischen Entwicklung in Mali verschließen, sondern sie muss mehr Druck auf alle Konfliktparteien ausüben, damit sie endlich ihre Versprechen der malischen Gesellschaft gegenüber, aber auch gegenüber der internationalen Gemeinschaft einhalten.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Für die CDU/CSU-Fraktion hat das Wort der Kollege Thomas Erndl.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Thomas Erndl (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine Kolleginnen und Kollegen! Liebe Soldatinnen und Soldaten unserer Armee, die Sie diese Debatte verfolgen! An dieser Debatte wird wieder einmal sichtbar, welch große Verantwortung dieses Parlament, welch große Verantwortung jedes einzelne Mitglied dieses Hauses hat. Besonders sichtbar ist diese Verantwortung für die Abgeordneten, die in ihrem Wahlkreis einen Bundeswehrstandort haben, von dem aus Soldaten in Auslandseinsätze entsandt werden. (D)

Meine Soldaten, meine Aufklärer in Freyung im Bayerischen Wald – ich darf „meine“ sagen, weil ich vor ganz, ganz langer Zeit selber mit den Soldaten des dortigen Standorts im Auslandseinsatz war – kamen im Frühjahr 2018 von einem MINUSMA-Einsatz zurück. Momentan läuft die Vorbereitung für die nächste MINUSMA-Beteiligung ab Herbst dieses Jahres, und die darauffolgende Entsendung im Jahr 2021 ist bereits absehbar. Fundamentalere Unterschied zwischen damals und heute ist: Die Kontingentdauer im Heer ist mittlerweile von vier auf sechs Monate verlängert worden. Ich denke, nur wenige in diesem Haus können ermessen, was das für die Soldatinnen und Soldaten und vor allem deren Familien bedeutet; die Sicherheitslage in Mali wurde in dieser Debatte bereits beschrieben. Die Entscheidung, das Mandat der Soldatinnen und Soldaten zu verlängern, kann ich aber in dem Vertrauen treffen, dass wir gut ausgebildete, gut vorbereitete und auch gut ausgerüstete Soldatinnen und Soldaten in die Einsätze schicken.

MINUSMA ist eine der wichtigsten, aber auch eine der schwierigsten Missionen der UN. Unsere Bundeswehr leistet hier herausragende Arbeit. Den Soldatinnen

**Thomas Erndl**

- (A) und Soldaten aller Dienstgradgruppen sage ich ein herzliches Dankeschön für diesen Einsatz.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann [FDP])

Wir schließen natürlich alle, die bei der Mission ihr Leben verloren haben, in unsere Gedanken ein.

Meine Damen und Herren, nach dem Besuch unseres Außenministers in Mali haben kürzlich auch Vertreter des UN-Sicherheitsrates Mali besucht. Zum gleichen Zeitpunkt haben mutmaßliche Kämpfer einer Jägermiliz der Dogon-Volksgruppe ein Massaker im Dorf Ogossagou, das zur Volksgruppe der Peul gehört, verübt. Mindestens 400 Hütten wurden angezündet und willkürlich 150 Menschen – Alte, Frauen, Kinder – getötet. Solche Berichte machen fassungslos. Solche ethnischen Konflikte lassen uns natürlich ratlos zurück mit der Frage, ob unser ganzes Engagement in Afrika jemals Früchte tragen wird. Noch vor wenigen Jahren galt Mali als Musterland, und plötzlich stand es – 2012 – vor dem Zerfall.

- (B) Deutschland unterstützt mit seinem Engagement in Mali die Stabilisierung des Landes und der gesamten Sahelzone. Das liegt auch in unserem Interesse; Außenminister Maas hat das vorhin hier dargestellt. Die Mehrheit der malischen Bevölkerung ist unter 25 Jahre alt. Schon allein das zeigt, dass wir nur die Möglichkeit haben, unter Gewährleistung sicherer Umgebung eine positive Entwicklung anzustoßen; und den Kopf nicht in den Sand stecken dürfen, wie manche Fraktionen in diesem Hause das machen. Wir machen das natürlich nicht alleine, sondern wir sind Teil eines umfassenden Räderwerks, es ist ein vernetzter Ansatz mit vielen internationalen Partnern. Ich glaube, das muss an dieser Stelle nicht im Detail ausgeführt werden. Es ist ja bekannt, dass hier viele Räder ineinandergreifen.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Man kann auch vernetzt danebenliegen!)

Letztendlich haben wir mit MINUSMA in den vergangenen sechs Jahren den staatlichen Zerfall Malis gestoppt. Islamistischen Milizen ist es nicht gelungen, einen fundamentalistischen Gottesstaat zu errichten. Die Präsidentschaftswahlen im vergangenen Jahr sind gut verlaufen. Es gilt nun, auch die Sicherheit der Parlamentswahlen in diesem Jahr zu gewährleisten.

Meine Damen und Herren, es ist wie so oft, wenn wir über Afrika debattieren: Der Weg ist sehr lang; aber wir geben die Hoffnung niemals auf, dass wir irgendwann mehr Debatten über Afrika als Kontinent der Chancen führen werden als über Stabilisierungseinsätze. Aber bis dahin werden wir selbstverständlich unsere internationale Verantwortung wahrnehmen und diese Mission verlängern.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Abg. Dr. Daniela De Ridder [SPD])

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

(C) Vielen Dank, Herr Kollege. – Der letzte Redner zu diesem Punkt: Roderich Kiesewetter, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Roderich Kiesewetter (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Am Ende dieser Debatte ist uns, glaube ich, sehr klar geworden, dass wir für Mali noch einen langen Atem brauchen und uns allen bewusst sein muss, dass eine einzelne Mission hier nicht ausreicht. Unser Außenminister wie auch die Kollegen Koob und Erndl haben klargestellt, wie dieser Einsatz strategisch einzuordnen ist und dass wir zusammen mit der Polizeimission und der Ausbildungsmision drei international beachtenswerte Engagements in dieser Region haben. Zudem hat die Bundesregierung in der G-5-Sahel-Strategie und in der neuen Afrika-Strategie den Fokus auch auf Mali gerichtet.

Mir kommt es zum Abschluss der Debatte – das kann man in der ersten Lesung, glaube ich, machen – auf zwei sehr praktische Fragen an. Wenn wir mit Soldatinnen und Soldaten diskutieren, die seit 2013 immer wieder dort im Einsatz waren – manche waren ja schon drei- oder viermal da –, taucht eine Frage immer wieder auf. Der Punkt ist, dass sich die Bundeswehr immer wieder stark auch in der Raumverantwortung engagiert. In Bezug auf die malische Seite besteht aber so ein bisschen der Eindruck, als ob man sich einrichtet; die internationale Gemeinschaft wird es ja richten. Die Soldaten haben den Eindruck, dass sie immer wieder neu anfangen und versuchen, wie Sisyphos den Stein den Berg hinaufzurollen. Es gilt, auch aus diesem Parlament heraus unseren Soldaten den Rücken zu stärken und klarzumachen: Euer Einsatz ist nicht umsonst. – Wir müssen politisch dafür sorgen, dass noch mehr Sinn und Zweck vermittelt wird.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

(D) Wenn wir aber mit malischen Soldaten sprechen, so ist dies für mich etwas sorgenvoller, weil sehr oft die Nachricht kommt, dass die Ausbildung nicht mehr an die aktuellen Herausforderungen angepasst ist.

Wenn wir diese beiden Fragen betrachten, dann bedeutet das aus meiner Sicht, dass wir zwei Herausforderungen lösen sollten. Die eine Herausforderung betrifft die Raumverantwortung, das Thema Aussöhnung innerhalb Malis. Herr Außenminister, ich glaube, wir sollten – politisch und international mit Frankreich und anderen Partnern abgestimmt – der malischen Regierung klarmachen, dass wir eine Dauerverantwortung erwarten: Auch dann, wenn einmal Räume gesichert sind, sollen sich die malischen Streitkräfte nicht nur auf die Hauptstadt konzentrieren. Sie sollen zeigen, dass die Gesamtverantwortung des Landes nicht nur für die Hauptstadt gilt, sondern dass auch eine Präsenz der Regierung in den ländlichen Räumen nötig ist.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Dr. Daniela De Ridder [SPD])

**Roderich Kiesewetter**

- (A) Der zweite Aspekt berührt die Ausbildung selbst, die Ausbildung mit Blick auf Sicherheitssektorreform und auch auf die Art und Weise, wie wir die verschiedenen Missionen verzahnen. Wir als Hightechland leisten dort infanteristische Ausbildung und Pionerausbildung. Der Bedarf geht aber aufgrund der Modernisierung des Terrorismus und der Internationalisierung des Terrorismus zunehmend in die Richtung des Bedarfs an Spezialkräften und Cyber-IT-Fachleuten. Ich denke, wir sollten überlegen, ob wir nicht in Folgeeinsätzen die Ausbildung der malischen Soldaten in diese Richtung und mit Blick auf Hochwertausbildung verbessern. Andere Ausbildungen können auch andere Länder leisten, die wir dann in Verantwortung bringen, aber wir als Hightechland sollten auch mit Blick auf unsere europäische Strategie viel stärker in diese Richtung argumentieren, um Mali in Bezug auf diese Herausforderungen ebenbürtig zu machen.

Wenn es uns damit gelingt, Verantwortung im Raum stärker und nachhaltiger an die Malinesen, an die Zentralregierung zu übergeben und auf der anderen Seite die Ausbildung noch mehr auf die jeweiligen Herausforderungen hin anzupassen, bin ich guter Dinge, dass wir auch unseren Soldaten dort einen Endstatus, ein Ziel vermitteln können, für das es sich lohnt, mit ganzer Kraft zu arbeiten.

Wir als Parlament sollten mit dazu beitragen, dass solche Einsätze wie der in Mali immer wieder evaluiert werden, damit wir zu Verbesserungen beitragen können.

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

- (B) (Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Kollege Kiesewetter. – Ich schließe die Aussprache zu diesem Tagesordnungspunkt.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/8972 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann ist die Überweisung so beschlossen.

Wir kommen zu den Tagesordnungspunkten 6 a und 6 b:

- a) Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen**

**Drucksache 19/9229**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Gesundheit (f)  
Finanzausschuss

- b) Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung stärken – Altersrückstellungen beim Anbieterwechsel mitnehmen lassen** (C)

**Drucksache 19/9233**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Gesundheit (f)  
Finanzausschuss

Interfraktionell sind 60 Minuten vorgesehen. – Es gibt dazu keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Der erste Redner: der Kollege Dr. Achim Kessler, Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Dr. Achim Kessler (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Bundesregierung ist uneins beim Thema Zweiklassenmedizin, und eine Regierung, die uneins ist, ist handlungsunfähig. Bei einem Problem, das für die Bürgerinnen und Bürger so wichtig ist, ist das untragbar.

(Beifall bei der LINKEN)

Gesundheitsminister Spahn hält die Zweiklassenmedizin für ein – ich zitiere – gefühltes Problem. Die Wahrheit ist aber: Wer bei einem Arzt oder einer Ärztin anruft, wird als Erstes gefragt, wie er versichert ist. Ärztinnen und Ärzte lassen sich bevorzugt in wirtschaftsstarken Gebieten mit vielen Privatversicherten nieder. Das ist einer der Gründe für den Ärztemangel auf dem Land.

(Beifall bei der LINKEN – Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: 10 Prozent Privatversicherte!)

Genau diese Ungleichheit will Die Linke mit ihrem Antrag beenden.

(Beifall bei der LINKEN)

Herr Lauterbach von der SPD hat im Unterschied zu Minister Spahn vor kurzem an dieser Stelle behauptet, dass mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz die Zweiklassenversorgung bei Fachärzten abgebaut werde. Aber vom Wahlkampfversprechen der SPD, die Zweiklassenmedizin durch eine Bürgerversicherung grundsätzlich zu überwinden, ist nicht mehr viel zu hören.

(Beifall bei der LINKEN)

Hand aufs linke Herz, liebe Kolleginnen und Kollegen von der SPD, Sie wissen doch so gut wie wir: Mit ein paar Extrasprechstunden und ein paar Extravergütungen für Ärztinnen und Ärzte ist das Problem der Zweiklassenmedizin nicht behoben.

(Beifall bei der LINKEN)

Die private Versicherungswirtschaft ist da wesentlich ehrlicher. Sie wirbt ganz offen mit Erstklassenmedizin. Ich zitiere: Werden Sie jetzt Patient erster Klasse, Chefarztbehandlungen, Krankentagegeld, keine Rezeptgebühren und optimale Behandlungsmethoden. – Dazu

**Dr. Achim Kessler**

- (A) sagen wir: Nein, wir wollen die private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen.

(Beifall bei der LINKEN)

90 Prozent der Menschen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie beruht auf dem Prinzip der Solidarität. Das heißt, die Höhe der Beiträge richtet sich nach der Höhe der Einkommen, und die Leistungen richten sich nach dem individuellen Bedarf. Das finden wir gut.

(Beifall bei der LINKEN)

In der privaten Krankenversicherung dagegen sind nur 10 Prozent der Bevölkerung. Sie hilft den Besser- und Spitzenverdienern, ihre Einkommen der Solidargemeinschaft zu entziehen. Das, meine Damen und Herren, ist unsozial und muss beendet werden.

(Beifall bei der LINKEN)

Doch die Bundesregierung tut genau das Gegenteil. Sie hält die private Krankenversicherung künstlich am Leben. Ungefähr die Hälfte der Privatversicherten sind Beamtinnen und Beamte. Bei insgesamt sinkenden Mitgliederzahlen der privaten Krankenversicherungen stieg die Anzahl der privatversicherten Beamtinnen und Beamten von 2012 auf 2017 um 250 000 auf insgesamt 4,35 Millionen. Ohne die staatliche Beihilfe für Beamtinnen und Beamte wäre die private Krankenversicherung schon längst verschwunden. Diese staatliche Subventionierung der Versicherungskonzerne muss aufhören.

(Beifall bei der LINKEN)

- (B) Zur Wahrheit gehört auch, dass die niedrigen Zinsen auf den Kapitalmärkten und die sinkende Zahl der Privatversicherten zu steigenden Beiträgen führen, was im Alter oft zur Kostenfalle wird. Ich bekomme ganz oft Briefe von Rentnerinnen und Rentnern, die ihre Beiträge für die private Krankenkasse nicht mehr bezahlen können. Sie fallen dann in die Basis- und Notlagentarife. Meine Damen und Herren, das ist sozialpolitisch verantwortungslos.

(Beifall bei der LINKEN)

Auch volkswirtschaftlich ist die private Krankenversicherung völlig unsinnig. 2017 lagen die Ausgaben für ärztliche Leistungen in der privaten Krankenversicherung bei 6,3 Milliarden Euro, das entspricht 718 Euro pro Person. Die tatsächlichen Kosten liegen sogar noch um ein Viertel höher, weil die Beihilfe noch obendrauf kommt. Das macht dann also ungefähr 1 000 Euro pro Privatversicherten. In der gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Ausgaben bei 38 Milliarden Euro, also bei 529 Euro pro Versicherten. Meine Damen und Herren, das bedeutet, dass die Behandlung in der privaten Krankenversicherung doppelt so teuer ist wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon profitieren nur die Versicherungskonzerne und die Ärzte. Wir sagen: Schluss damit!

(Beifall bei der LINKEN)

Außerdem ist die private Krankenversicherung mit einer unglaublichen Bürokratie verbunden. Die gesetzliche Techniker Krankenkasse hat ungefähr so viele Versicher-

te wie alle Privatversicherungen zusammen. Sie kommt mit 13 900 Angestellten aus. Für die privaten Versicherungen dagegen arbeiten sage und schreibe 87 000 Beschäftigte, das sind sechsmal so viele. Noch dazu sind diese Versicherungsmakler oft prekär beschäftigt und von Erfolgsprämien abhängig. Sehr geehrte Damen und Herren von der CDU und von der FDP, hier haben Sie einmal die Chance, wirklich etwas gegen unsinnige Bürokratie zu tun.

(Beifall bei der LINKEN)

Wir sagen: Die Privatversicherten müssen in die gesetzliche Krankenversicherung überführt werden, ohne Wenn und Aber.

(Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: Das ist Ihre Antwort?)

Mit dieser Forderung ist Die Linke nicht allein. Nach einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2018 würden sogar 40 Prozent der Privatversicherten ein einheitliches Versicherungssystem bevorzugen.

Unser Antrag packt das Problem Zweiklassenmedizin bei der Wurzel; denn wir brauchen eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung, die allen Menschen zugutekommt.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner ist der Kollege Erich Irlstorfer, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Erich Irlstorfer (CDU/CSU):**

Verehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich gleich mal auf den Kollegen Dr. Kessler eingehen. Ich kann Ihnen nur sagen: Ihr Wunsch, die Regierung wäre uneins und handlungsunfähig, wird sich nicht erfüllen; da muss ich Sie leider enttäuschen. Wir hören zu, wir debattieren, und dann entscheiden wir.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Es läuft voll gut bei euch, ja?)

Ich möchte Ihnen gleich auch noch sagen: Das, was Sie hier gerade vorgebracht haben, passt genau zu Ihnen. Sie wollen keinen Wettbewerb, und deshalb gebärden Sie sich so. Sie propagieren unter dem Begriff der Solidarität Ihre Staatsmedizin, und das ist nicht unsere Ausrichtung.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Bingo! Bullshit Bingo!)

Deshalb, Herr Dr. Kessler, werden wir diese Anträge, die hier zur Diskussion stehen und die in keiner Form etwas zur Verbesserung der Versorgungssituation für Versicherte in Deutschland beitragen, auch ablehnen. Ich erkläre Ihnen auch, warum.

**Erich Irlstorfer**

- (A) Aus Verbrauchersicht wäre eine politische Diskussion – etwa zum Antrag der AfD, bei dem wir über die Mitnahme von Rückstellungen und dergleichen reden – vielleicht durchaus sinnvoll. Es geht aber nicht, dass man hier eine Diskussion anstößt und dabei etwas ohne konkretes, zielführendes Konzept in den Raum schmeißt.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Konkreter geht es nicht!)

Werte Kolleginnen und Kollegen, die Beschreibung einer Situation ist ja noch lange keine Verbesserung der Versorgung; denn hier fehlen Ihnen konkrete Pläne.

Ich möchte auch etwas Generelles zum Antrag der AfD sagen: Die private Krankenversicherung ist eine Risikoversicherung; sie ist kein individueller Sparvertrag. Die Altersrückstellung wird für das Morbiditätsrisiko des gesamten Kollektivs kalkuliert

(Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: Richtig!)

und nicht für irgendwelche individuellen Risiken eines einzelnen Versicherten.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Das reicht offensichtlich nicht! Sonst würden die Beiträge nicht so steigen!)

- (B) Es ist auch klar, meine sehr geehrten Damen und Herren, dass eine Portabilität unabhängig von der Frage der technischen Durchführung auch erhebliche sozialpolitische Gefahren birgt; denn überwiegend Gesunde werden die Option zum Wechsel innerhalb des PKV-Systems – genauso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – nutzen. Dieser Wechsel schwächt natürlich das Versichertenkollektiv der Zurückbleibenden. Somit hat man weniger Planungssicherheit. Mit einem Wechsel guter Risiken steigt das Durchschnittsrisiko im zurückbleibenden Versichertenkollektiv. Beitragssteigerungen wären die direkte Folge, und das wollen wir nicht.

Es gibt bislang keine Berechnungsmethode, geschweige denn einen Modellversuch in dieser Richtung. Experten wie der Gesundheitsökonom Professor Wasem schlussfolgern deshalb, dass der Status quo hinsichtlich der Portabilität besser als alle bisher diskutierten Modelle abschneidet.

Nun zum Antrag der Linken: Der vorliegende Antrag der Linksfraktion ist in meinen Augen ein sich immer wiederholendes Dokument, das maximal durch ausgetauschte Wörter auffällt und ohne jegliche Beweise und Studien auskommt. Die Forderung nach einer sogenannten Bürger- oder Einheitsversicherung ist bewiesenermaßen keine Alternative für das deutsche Gesundheitssystem

(Jan Korte [DIE LINKE]: Reden Sie mal mit Ihrem Koalitionspartner! – Gegenruf des Abg. Tino Sorge [CDU/CSU]: Hören Sie zu! Dann könne Sie noch was lernen!)

und würde zu deutlichen Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung führen. Nicht nur, dass die Idee einer einheitlichen Versicherung den Wettbewerb ausbremst;

der Antrag beinhaltet auch konkrete Falschaussagen, wie Sie vorhin wieder mal bewiesen haben. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP])

Ich verweise auf die Aussage in Ihrem Antrag, die private Krankenversicherung entziehe dem solidarischen System im Endeffekt Versicherte, und dergleichen. So behauptet die Fraktion Die Linke, dass Privatversicherte nicht in die Solidarität der GKV eingebunden seien. Über den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds besteht aber bereits eine steuerliche Subventionierung der GKV, an der sich allein Privatversicherte zum Beispiel im Jahr 2016 mit circa 1,4 Milliarden Euro beteiligt haben,

(Karin Maag [CDU/CSU]: Hört! Hört!)

ohne ihrerseits direkt davon zu profitieren. Weiterhin beteiligen sie sich über den von Ihnen oftmals totgeschwiegenen geleisteten Mehrumsatz für Leistungserbringer in Höhe von jährlich circa 13 Milliarden Euro überproportional an den Kosten des gesamten Gesundheitssystems. Wo sind Ihre Antworten? Nichts. Luft, Luft und noch mal Luft, meine sehr geehrten Damen und Herren.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Ihnen geht es nicht um eine Verbesserung; Ihnen geht es hier einfach darum, ein politisches Ziel durchzubringen. Ich könnte Ihnen hier natürlich auch Zahlen und alles, was dazugehört, liefern und zum Beispiel sagen, dass die niedergelassenen Ärzte im Falle einer Bürgerversicherung jedes Jahr mehr als 6 Milliarden Euro einbüßen würden. Das Gesundheitssystem insgesamt würde sogar mehr als 12 Milliarden Euro einbüßen. Damit würde jede Arztpraxis im Schnitt mehr als 50 000 Euro pro Jahr verlieren. (D)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr Kollege, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Erich Irlstorfer (CDU/CSU):**

Das ist Ihre Politik. Diese Politik wollen wir nicht; deshalb halten wir uns an Fakten.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege. – Als nächster Redner hat das Wort der Kollege Jörg Schneider, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Jörg Schneider (AfD):**

Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Zuschauer! Die Linke möchte die private Krankenversicherung abschaffen.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Jawohl!)

Eine der Begründungen ist: Bürokratieabbau.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Jawohl!)



**Jörg Schneider**

- (A) Jetzt kenne ich keinen, der privatversichert ist und sich schon mal über zu viel Bürokratie beschwert hätte.

(Erwin Rüdell [CDU/CSU]: Ich!)

Wir haben aber in Deutschland über 100 gesetzliche Krankenversicherungen, und wenn Sie die zum Maß aller Dinge machen wollen, dann fangen wir da doch vielleicht mal an: Wir haben eine Kleine Anfrage zum Thema „Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung“ gestellt. Wir laden Sie ein, die gemeinsam mit uns auszuwerten. Vielleicht schaffen wir ja das, was die Österreicher gerade machen, nämlich die Zahl der gesetzlichen Krankenversicherungen – dort von 18 auf 4 – zu reduzieren. Das wäre mal eine Entbürokratisierung, die den Namen auch wirklich verdient.

(Beifall bei der AfD – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Wie viele hatten wir denn vor zehn Jahren? Wie viele Krankenversicherungen hatten wir vor zehn Jahren?)

Sie sagen durchaus richtig: Privatversicherte zahlen das bis zu Dreieinhalbfache dessen, was ein gesetzlich Versicherter bezahlt. – Dadurch sind aber viele Arztpraxen überhaupt erst wirtschaftlich tragbar. Wenn wir die private Krankenversicherung abschaffen würden, dann würde das bedeuten, dass eine Praxis bei ungefähr 10 Prozent Privatversicherten ungefähr 10 bis 15 Prozent Umsatz verlieren würde. Bei gleichbleibenden Fixkosten bedeutet das für den niedergelassenen Arzt einen Einkommensschwund von ungefähr 20 bis 30 Prozent. Auf das Thema gehen Sie überhaupt nicht ein.

(B)

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Etwa 2 000 Ärzte jährlich verlassen Deutschland jetzt schon. Was für einen Exodus würden Sie denn auslösen? Sie gefährden mit Ihrem unausgegorenen Antrag die medizinische Versorgung der Bundesrepublik Deutschland, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD – Lachen bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Am Starnberger See!)

Sie gehen doch überhaupt nicht auf die Wünsche der Menschen nach Bonusmöglichkeiten, vielleicht nach dem Eigenbehalt, nach dem Verzicht auf Leistungen ein. Das spielt in Ihrer sozialistischen Einheitswelt anscheinend überhaupt keine Rolle.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Uns geht es um die kleinen Leute! Ihnen geht es um die Bosse und Bonzen! Das ist der Unterschied!)

Ein Beispiel wäre vielleicht Österreich: Da besteht eine gesetzliche Pflichtversicherung für alle, die dann um private Zusatzversicherungen ergänzt wird. Vielleicht ist das tatsächlich auch ein Modell für Deutschland. Nur: Dafür brauchen wir bitte schön private Krankenversicherungen. Diese wollen Sie jetzt aber komplett einstampfen. Das heißt, Sie berauben uns der Möglichkeit, unser

Gesundheitssystem zukünftig intelligent weiterzuentwickeln. Und das wollen wir definitiv nicht. (C)

(Beifall bei der AfD – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Gut, dass die kleinen Leute das einmal hören!)

Lassen Sie mich gleich mit einer allgemeinen Betrachtung abschließen. Ja, Sie haben durchaus recht: Die privaten Krankenversicherungen bieten Gutverdienenden die Möglichkeit, Geld zu sparen. Nur: Wir haben doch heute schon mit die höchsten Belastungen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen weltweit.

(Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Aber nicht bei den Gutverdienenden!)

Das Geld brauchen wir auch. Damit müssen wir nämlich unseren großzügigen Sozialstaat finanzieren. Das ist doch eine fatale Kombination. Wir locken Menschen mit Sozialleistungen in dieses Land, vor allen Dingen Menschen, die wenig leistungsfähig, wenig leistungswillig sind.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Bullshit Bingo!)

Wir binden sie an unser Land. Und auf der anderen Seite schrecken wir mit hohen Steuern und Sozialbeiträgen Leistungsfähige, gut Ausgebildete, damit auch potenziell Besserverdienende ab

(Jan Korte [DIE LINKE]: Das ist ein Tick, oder?)

und vertreiben sie unter Umständen sogar. Ich sprach eben schon von 2 000 Ärzten, die dieses Land jedes Jahr verlassen. Meine Damen und Herren, wir brauchen mit Sicherheit nicht das, was Sie immer wieder fordern: immer mehr Beiträge und immer höhere Abgabensätze. Wir brauchen eine Entlastung für unsere Bürger, und deswegen lehnen wir Ihren Antrag ab. (D)

Ich danke Ihnen.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege. – Herr Kollege Weinberg, ich gehe davon aus, dass Sie sich vorhin nur am Kopf gekratzt haben.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Ja, ja!)

– Gut.

Dann hat als nächste Rednerin das Wort die Kollegin Bas, SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Bärbel Bas (SPD):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Es ist schon spannend, dass wir diese Anträge hier immer wieder debattieren müssen.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Weil ihr es noch nicht gemacht habt!)

**Bärbel Bas**

- (A) – Ja, ich würde es ja gerne machen; da kommen wir gleich zu.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Wunderbar!)

Der Punkt ist einfach, dass wir zwei Systeme nebeneinander haben, die die ganzen Probleme und Schwierigkeiten, über die wir hier immer diskutieren müssen, verursachen.

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Genau!)

Wir haben zwei Vollversicherungen, die auf völlig unterschiedlichen Finanzierungsbasen beruhen.

Wir versuchen immer wieder – hier sind wir handlungsfähig –, die Löcher zu stopfen, zum Beispiel indem wir das Terminservicestellengesetz verabschiedet haben, mit dem wir versuchen, dafür zu sorgen, dass gesetzlich Versicherte gleichberechtigt, also genauso wie Privatversicherte, Termine bekommen. Wir haben das Problem der Zeitsoldaten gelöst, indem wir gesagt haben: Wenn sie vorher gesetzlich versichert waren, dann dürfen sie das auch hinterher sein. – Das alles sind aber Stellschrauben, die notwendig sind, weil wir zwei Systeme haben, die nicht zusammenpassen.

(Beifall bei der SPD – Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Unsinn!)

Deshalb ist der Ansatz richtig, mal darüber nachzudenken, ob es nicht Sinn macht, dass 100 Prozent der deutschen Bevölkerung in einem System versichert sind. Dann hätten wir diese ganzen Baustellen nicht. Ich glaube, das sollte man mal ohne viel Schaum vor dem Mund und Ideologie überdenken.

- (B)

Ich nehme mal das Beispiel Pflege, das wir ja gerade diskutieren. Bei dem System, das wir jetzt haben, stellen wir immer wieder fest: Wir wollen eine bessere Bezahlung, wir wollen mehr Pflegekräfte, und wir wollen, dass das alle gemeinsam solidarisch finanzieren. Trotzdem haben wir hier zwei unterschiedliche Versicherungssysteme. Im Bereich der Pflege könnte man diese Systeme übrigens viel einfacher zusammenführen, weil da die Leistungen nicht sehr unterschiedlich sind.

Zu den unterschiedlichen Leistungen im gesetzlichen Bereich kommen wir sicherlich gleich noch; die Kollegin Dittmar wird das ansprechen und sagen, was es für Auswirkungen auf die Patienten hat, wenn man privatversichert ist. Es ist nämlich nicht immer alles Gold, was in der Arztpraxis glänzt, sondern da finden auch Dinge statt, die nicht unbedingt immer im Sinne des Patienten sind. Deshalb finde ich es richtig, dass wir auch mal über eine Alternative nachdenken – ob man sie jetzt „Bürgerversicherung“ oder anders nennt.

Es gibt Probleme, die Sie auch durch Wettbewerb nicht lösen können. Auch mal in Richtung AfD gesagt: Eines unserer Systeme ist umlagefinanziert. Gesunde zahlen also für Kranke mit, Besserverdienende zahlen für weniger gut Verdienende mit. Das ist ein Umlagesystem. Bei der privaten Versicherung ist das Finanzierungssystem aber völlig anders; das darf man nicht vergessen. Auch wenn wir da mehr Wettbewerb hätten – auch untereinander, wie in Ihrem Antrag gefordert; Sie wollen ja, dass

die Altersrückstellungen mitgenommen werden können; das kann man heute übrigens schon; insofern ist Ihr Antrag überflüssig, weil man die Altersrückstellungen im Basistarif schon jetzt übertragen kann; es gibt also einen Wettbewerb untereinander –, würden wir das Problem der zu hohen Prämien nicht lösen. Der Wettbewerb hilft den Menschen nicht, wenn sie ihre Prämie nicht zahlen können. Es findet eine Kalkulation anhand des Lebensalters, des Gesundheitszustandes und der Ausgaben statt, die man als Mensch produziert. Die Prämie, die daraus errechnet wird, ist individuell. Das wird immer dazu führen – ob es einen guten Wettbewerb gibt oder nicht –, dass Menschen überfordert werden und ihre Prämie nicht zahlen können.

(C)

Ich wette, Sie alle haben entsprechende Briefe in Ihren Wahlkreisbüros und Menschen bei Ihnen in den Sprechstunden, die als Beamte irgendwann mal eingestiegen sind und ihre Prämien nicht mehr zahlen können – oder zum Beispiel geschiedene Frauen, die mit einem Beamten verheiratet waren und plötzlich die Prämie alleine tragen müssen, was sie nicht können. Diese Fälle werden wir mit mehr Wettbewerb oder dann, wenn wir die beiden Systeme behalten, nicht lösen können.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Deshalb bleibe ich dabei – auch für die SPD-Fraktion –, dass wir überlegen müssen, ob es zukünftig nicht Sinn macht, ein gemeinsames System zu haben.

Jetzt zum Antrag der Linken. Sie wollen einen radikalen Schritt machen und sagen: Wir nennen einen Stichtag, an dem alle Verträge sofort aufgelöst werden, und dann sind alle sofort gesetzlich versichert. – Ich halte es für rechtlich schwierig, Verträge einfach für nichtig zu erklären. Es sind nun mal Verträge, die man mit den Versicherungsunternehmen abschließt.

(D)

Deshalb plädieren wir als SPD-Fraktion eher für das sanfte Sterben; so haben Sie das, glaube ich, in Ihrem Antrag genannt. Man sollte zu der Lösung kommen, dass ab einem bestimmten Tag alle, die sich neu versichern, in die gesetzliche Krankenversicherung kommen, damit wir das System langfristig zu einem System ausbauen.

Natürlich müssen wir mit der privaten Krankenversicherung auch eine Lösung bezüglich der Altersrückstellungen finden. Diese müssen mitwandern, weil es nicht sein kann, dass Krankheitsrisiken am Ende in die gesetzliche Krankenversicherung verlagert werden und gute Risiken, die gesunden, jungen Menschen, bei der privaten Krankenversicherung bleiben. Das geht auch nicht.

Dass die Länder schon umdenken, sollte auch uns zum Umdenken bewegen. Hamburg und auch andere Länder eröffnen ihren neuen Beamtinnen und Beamten den Weg in die gesetzliche Krankenversicherung; denn es ist nirgendwo vorgeschrieben, dass Beamtinnen und Beamte privatversichert sein müssen. Nein, der Staat kann auch einen Arbeitgeberbeitrag leisten. Diesem Beispiel sollten wir folgen. Wir sollten uns in der Tat dazu durchringen, solche Modelle auch mal gemeinsam durchzudenken und uns hier nicht immer wieder darüber zu zerfleischen, wa-

**Bärbel Bas**

- (A) rum es diese beiden Systeme unbedingt braucht. Sie verursachen nämlich einfach zu viele Probleme.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

Deshalb: Ein Umdenken ist angesagt. Ich würde mich sehr freuen, wenn wir eine gute Debatte dazu hinkriegen und am Ende für alle Menschen draußen ein einheitliches Versicherungssystem schaffen würden, das gut finanziert ist und vor allen Dingen auch qualitativ gute Leistungen bringt.

Vielen Dank.

(Beifall bei der SPD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Frau Kollegin Bas. – Als nächster Rednerin erteile ich das Wort der Kollegin Christine Aschenberg-Dugnus, FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP – Jan Korte [DIE LINKE]: Jetzt kommt ideologische Klarheit in der Frage!)

**Christine Aschenberg-Dugnus (FDP):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich weiß nicht, die wievielte Debatte über mehrere Legislaturperioden hinweg das jetzt ist, die ich hier erlebt habe

- (B) (Jan Korte [DIE LINKE]: Nicht oft genug!)

zu dem ideologisch bedingten, immer gleichen Antrag „PKV abschaffen“. Jedes Jahr und jede Legislaturperiode die gleiche Leier!

(Tino Sorge [CDU/CSU]: Täglich grüßt das Murmeltier! – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Der PKV geht es nicht besser! Das ist das Problem!)

– Möchten Sie hören, was ich sage? Das wäre sehr nett.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Doch, natürlich!)

Liebe Kolleginnen und Kollegen von den Linken, ich muss Sie fragen: Ist Ihnen immer noch nicht aufgefallen, dass Deutschland mit seinem dualen System aus gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung eines der besten Gesundheitssysteme weltweit hat? Das reden Sie hier jeden Tag immer wieder schlecht, und das kann nicht sein.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU – Jan Korte [DIE LINKE]: Quatsch!)

Gerade der Wettbewerb zwischen diesen beiden Systemen um die qualitativ beste Versorgung garantiert unser hohes Niveau, das wir hier in Deutschland haben, und das ist auch gut so.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Wo ist die Innovation? Das möchte ich mal wissen!)

Wir profitieren insoweit erheblich von dem Dualismus aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. (C)

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Glauben Sie das alles wirklich selber?)

Daher – ich wiederhole es – verstehe ich Ihr Gerede über die Zweiklassenmedizin, ehrlich gesagt, nicht.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

Sie schreiben in Ihrem Antrag immer wieder von einer höheren Vergütung bei gleicher Leistung. Wir hatten einen Antrag zur Abschaffung der Budgetierung gestellt. Dem haben Sie aber nicht zugestimmt. Ansonsten würden jetzt die Leistungen, die für die GKV-Versicherten erbracht werden, auch zu 100 Prozent bezahlt werden. Das und nicht eine mögliche höhere Vergütung ist das Problem. Es geht darum, dass das, was geleistet wird, auch zu 100 Prozent bezahlt wird.

(Beifall bei der FDP)

Wir hatten einen Antrag vorgelegt, aber Sie haben sich da ja rückwärts rausgezogen.

Ja, wir benötigen – und das sagen wir auch ganz deutlich – sowohl in der GKV, also in der gesetzlichen Krankenversicherung, als auch in der PKV Änderungen, um unsere Systeme zukunftsfit zu machen. Daher müssen wir auch in beiden Systemen den Qualitätswettbewerb fördern; denn sie befruchten sich ja gegenseitig. Das ist vor allen Dingen der Motor für Forschung und Innovation, und die Patientinnen und Patienten hier in Deutschland profitieren davon. Das ist doch das, was wir alle wollen. (D)

(Beifall bei der FDP)

Daher lehnen wir es ab – und das sage ich hier ganz deutlich –, die Privatversicherten zwangsweise in ein GKV-System zu verschieben. Der Zwang dazu ist genau das, was Sie hier fordern, und da machen wir nicht mit. Daran wird sich auch nichts ändern, egal wie viele Anträge Sie hier stellen werden.

Ihre Behauptung, Besserverdienenden werde es durch die PKV ermöglicht, sich dem Sozialversicherungssystem zu entziehen, stimmt einfach nicht. Der Einwand ist völlig absurd.

(Beifall bei der FDP)

Sind Sie ernsthaft der Auffassung, dass sich Gründer, geringverdienende Selbstständige, Polizeibeamte, Feuerwehrbeamte dem Sozialversicherungssystem entziehen wollen? Das ist doch wirklich absurd.

(Beifall bei der FDP)

Ich bin privatversichert,

(Jan Korte [DIE LINKE]: Das war klar jetzt!)

weil ich mein Leben lang selbstständig war und weil die private Krankenversicherung für mich als Selbstständige die beste Versicherungsform meiner Wahl ist. Diese freie Wahl möchte ich auch haben und mir von Ihnen nicht nehmen lassen.

(Beifall bei der FDP)

**Christine Aschenberg-Dugnus**

(A) Ich möchte auf Ihren Vorwurf der Entziehung aus dem Sozialversicherungssystem zurückkommen; es wird ja auch oft von Vorteilshopping innerhalb der Systeme gesprochen. Der Gesetzgeber hat bewusst und aus guten Gründen eine Altersgrenze für den Austritt aus der PKV und den Wiedereintritt in die GKV geschaffen; denn sonst wäre es ja Privatversicherten möglich, sich im Alter zulasten der GKV beitragsmäßig zu optimieren. Das alles ist klar gesetzlich geregelt; also ist das auch gar kein Problem.

In der privaten Krankenversicherung sorgt jeder durch Altersrückstellungen für die steigenden Gesundheitskosten im Alter selbst vor. Das ist gut so, das ist generationengerecht, und das sorgt für Solidarität innerhalb der Versicherungsgruppe.

(Beifall bei der FDP)

Wir lehnen Ihren Antrag ab.

(Jan Korte [DIE LINKE]: Aus ideologischen Gründen, ja!)

Das war es in aller Kürze. Leider habe ich keine Zeit mehr, weil ich weiß, dass mein Präsident bei mir immer besonders streng ist. Deswegen kann ich auf weitere Punkte leider nicht mehr eingehen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP – Tino Sorge [CDU/CSU]: Er schaut aber sehr gutmütig!)

(B) **Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Frau Kollegin Aschenberg-Dugnus, herzlichen Dank, aber ich bin nicht Ihr Präsident, sondern der amtierende Präsident des Deutschen Bundestages.

(Heiterkeit und Beifall)

Zudem bin ich bei Ihnen nicht strenger als bei allen anderen auch. – Aber es war ein guter Abschluss.

Als nächste Rednerin hat die Kollegin Maria Klein-Schmeink, Bündnis 90/Die Grünen, das Wort.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Die Beiträge zu der Debatte kommen aus den Schützengräben, so wie wir sie kennen. Ich stelle mal hier die Frage in den Raum: Können wir es uns eigentlich erlauben, in diesen Schützengräben zu bleiben? Müssen wir nicht tatkräftig sein und vor allen Dingen auch sichere solide Finanzierungsvorschläge für die großen Herausforderungen machen, die auf uns zukommen?

Wir wissen alle, dass wir einiges zu stemmen haben, einfach durch den demografischen Wandel, durch die Alterung der Gesellschaft, aber auch durch den medizinischen Fortschritt. Da liegen die Herausforderungen. Dafür brauchen wir Antworten.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Da reicht es nicht, darauf zu verweisen, dass die einen immer mit der Bürgerversicherung kommen und die anderen die PKV anpreisen. (C)

Insgesamt müssen wir sagen: Dieses duale System produziert viele Verliererinnen und Verlierer. Das können wir uns nicht mehr leisten.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN – Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Stimmt absolut nicht!)

Es produziert Verliererinnen und Verlierer bei den Beitragszahlern, weil die Einkommensstarken in der Tat nur in der PKV versichert sind.

(Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Das stimmt nicht! – Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: Das stimmt doch gar nicht!)

Das System produziert Nachteile dadurch, dass in der PKV sehr viele Menschen sind, die sich die hohen Beiträge gar nicht mehr leisten können, vor allen Dingen dann nicht, wenn sie älter werden.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Es produziert Verlierer, weil in der PKV ältere Menschen und Menschen mit Erkrankungen stark benachteiligt werden; denn das Risiko muss eben abgesichert werden. Dadurch finden die Menschen keine tragfähige Antwort, insbesondere dann nicht, wenn sie alt werden und unter Erkrankungen leiden. (D)

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Deshalb ist es so wichtig, dass wir Antworten finden, die tatsächlich allen Lebenslagen gerecht werden. Das ist die Herausforderung.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Natürlich wissen wir: Solidarisch und gerecht finanziert können wir diese großen Herausforderungen besser stemmen als in diesem dualen System. Deshalb verlange ich von allen, sich darüber Gedanken zu machen: Wie schaffen wir das in Zukunft, in der nächsten Wahlperiode, wenn wir ein Plus von 5 Milliarden Euro aus den jetzt bereits beschlossenen Gesetzen zu finanzieren haben? Das möchte ich von Ihnen wissen. Darauf möchte ich Antworten haben.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Da können wir ganz klar sagen: Die Bürgerversicherung wird zur Entlastung beitragen, weil sie alle einbeziehen wird,

(Tino Sorge [CDU/CSU]: Das ständige Behaupten macht es nicht besser!)

und zwar gerecht entlang der finanziellen Möglichkeiten, die jeder hat.

(Beifall des Abg. Sören Pellmann [DIE LINKEN])

**Maria Klein-Schmeink**

- (A) Kommen Sie mir nicht damit, dass es darum ginge, privat und gesetzlich gegeneinander auszuspielen! Nein, es muss ja darum gehen, einen gemeinsamen Rahmen zu schaffen, in dem die private und die gesetzliche Krankenversicherung eine solche solidarische Absicherung finanziert. Das muss der Weg sein. Da erwarte ich von Ihnen, dass Sie sich damit wirklich auseinandersetzen und nicht alles mit den üblichen Argumenten abtun. Damit werden Sie weder den Linken gerecht – die haben sich ein Stückchen bewegt –,

(Tino Sorge [CDU/CSU]: Ach ja? Wo denn? –  
Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Wohin denn? –  
Gegenruf des Abg. Tino Sorge [CDU/CSU]:  
Weiter nach links, genau!)

noch geben Sie selber Antworten darauf, wie denn dann dieses Nebeneinander von privat und gesetzlich funktionieren soll.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Da warte ich noch immer auf Antworten.

Neben den Argumenten der Solidarität und der gerechten Finanzierung geht es auch immer um das Argument des Wettbewerbs. Das Argument höre ich derzeit vom Minister, insbesondere in der Facette, die AOKen bundesweit zu öffnen. Eigentlich muss es doch darum gehen – Stichwort „Wettbewerb“ –, allen Menschen in dieser Gesellschaft die Wahlfreiheit möglich zu machen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

- (B) Die Beamten haben diese Wahlfreiheit nicht. Diejenigen, die sich privat versichert haben, haben diese Wahlfreiheit nicht, weil sie in der Regel ihre persönlichen Rückstellungen überhaupt nicht mitnehmen können und weil außerdem bei einem Wechsel ihr Beitrag risikobezogen wieder neu verhandelt wird. Das ist keine Antwort auf Wahlfreiheit, so wie Sie dieses Wort immer im Munde führen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN –  
Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Sie machen sich  
die Situation, wie Sie sie brauchen!)

Von daher erwarte ich auch an dieser Stelle Antworten vonseiten der Union, vonseiten der FDP.

(Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: Wer-  
den Sie kriegen!)

Ich habe da an dieser Stelle noch wenig gehört.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Hier wird viel von einer Zweiklassenmedizin gesprochen. Aber es wird selten davon gesprochen, dass es nicht nur um die Wartezeit auf einen Termin geht, sondern auch um die abgesicherte Leistung. Wenn ich mir anschau, dass die leistungsstärksten Tarife der PKV wesentliche und empfindliche Lebenslagen nicht absichern – nehmen wir den ganzen Bedarf von Rehaleistungen, den man gerade im Alter hat, den man bei einer psychischen Erkrankung hat –, dann kann ich Ihnen sagen: Die Zweiklassenmedizin gibt es auch andersherum, nämlich so, dass wir

bei den Privaten große Versorgungsmängel und -defizite und Absicherungslücken haben. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Das sind die Themen, die wir angehen und weiterentwickeln müssen. Da müssen wir ran. Von daher erwarte ich, dass wir uns, wenn wir die Anhörungen haben werden, tatsächlich mit den eigentlichen Problemen auseinandersetzen und nicht immer wieder nur die Antworten aus den Schützengräben heraus geben.

Danke schön.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Frau Kollegin. – Als nächster Redner hat für die CDU/CSU-Fraktion der Kollege Dietrich Monstadt das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dietrich Monstadt (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine Damen und Herren! Frau Klein-Schmeink, wir befinden uns nicht in Schützengräben. Antworten können Sie auch erst dann von uns erwarten, wenn Sie mal Konzepte vorlegen, die wir bewerten und mit denen wir uns auseinandersetzen können.

(Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn [BÜND-  
NIS 90/DIE GRÜNEN]: Wir haben Konzep-  
te!) (D)

Solange da nichts kommt, können Sie von uns nicht erwarten, dass wir uns dazu dezidiert äußern.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Sie müs-  
sen die doch nur lesen! Lesen!)

– Hören Sie doch erst mal zu! Vielleicht verstehen Sie dann, was wir meinen.

Die Zweiteilung haben wir immer wieder diskutiert. Der Vorwurf, dass es sich um eine Zweiklassenmedizin handelt, ist nach meiner Überzeugung alles andere als gerechtfertigt. Im Gegenteil: Das duale System hat sich in den letzten Jahren als überwiegend leistungsfähig erwiesen. In der Bürgerversicherung sehe ich, sehen wir als Union eher eine Verschlechterung der Situation. Wir stehen für ein freiheitliches Versicherungssystem. Wir wollen Vielfalt und Wahlmöglichkeit im Sinne der Versicherten sicherstellen.

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN]: Wahlmöglichkeit?)

Grundsätzlich, meine Damen und Herren, profitieren die gesetzlichen und privaten Krankenkassen voneinander. Ich will das kurz begründen. In der ambulanten Versorgung gilt für die GKV der Erlaubnisvorbehalt. Das bedeutet, dass neue, innovative Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss erst ausdrücklich zuge-

**Dietrich Monstadt**

- (A) lassen werden müssen, bevor sie in die Regelversorgung aufgenommen werden.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Das ist auch gut so! – Sabine Dittmar [SPD]: Und das bleibt auch so!)

Dass dieser Prozess manchmal Jahre dauert, habe ich beispielsweise bei Medizinprodukten immer wieder kritisch angemerkt.

In der PKV, meine Damen und Herren, gilt der Erlaubnisvorbehalt nicht. Innovative Behandlungsmethoden können über die jeweilige Gebührenordnung vergütet werden.

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ich möchte kein Versuchskaninchen sein!)

Ärztinnen und Ärzte können also neuartige, manchmal bessere Leistungen erbringen.

(Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das sollte doch für alle möglich sein!)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind dadurch gezwungen, sich mit dieser neuen Leistung ebenfalls auseinanderzusetzen und diese gegebenenfalls schneller in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Diese Innovationsmotorik, die durch den Wettbewerb der beiden Krankenkassensysteme hervorgerufen wird, gerade auch bei Sprunginnovationen, käme zum Erliegen. Diesen Wettbewerb in unserem Gesundheitssystem wollen wir deshalb genau so erhalten.

(B)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP)

Meine Damen und Herren, die Zusammenlegung der zwei Versicherungssysteme zu einer Einheitsversicherung bedeutet auch nicht, dass eine Zweiklassenmedizin abgeschafft wird bzw. nicht entstehen kann. Die gegenteilige Entwicklung wird eintreten: Durch die Abschaffung entsteht ein System, das nur die Grundversorgung abdeckt. Es wird zu einem Anstieg der privaten Zusatzleistungen kommen.

Das sehen wir zum Beispiel in unserem Nachbarland Österreich. Circa ein Drittel der Bürgerinnen und Bürger hat dort eine oder mehrere private Zusatzversicherungen für Einzelleistungen. Diese privaten Zusatzversicherungen sind aber nicht für jeden zugänglich, zum einen in finanzieller Hinsicht – nicht jeder kann eine oder mehrere Zusatzversicherungen finanzieren –; zum anderen führt die notwendige Gesundheitsprüfung zu einer Risikoselektion. Genau dadurch entsteht doch erst ein Zweiklassensystem. Das wollen wir von der Union nicht, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Auch das vorgeschobene Argument, dass GKV-Versicherte erschwert Arzttermine bekommen, ist vom Tisch. Ja, der Gesundheitsminister Jens Spahn hat recht damit,

dass mit dem TSVG Regelungen auf den Weg gebracht sind, die dieses Problem zukünftig lösen. (C)

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Das glaube ich nicht! Das werden wir in einem Jahr sehen!)

Dafür sind wir ihm sehr dankbar.

Meine Damen und Herren, die im Weiteren von den Antragstellern geforderte Umwandlung der bestehenden Beihilferegelung ist in der Umstellung weder vom Bund noch von den Ländern finanzierbar. Bundeseinheitlich ist sie ohnehin nur mit den Bundesländern zu regeln und allein deshalb nach meiner Einschätzung nicht umsetzbar. Dies gilt im Übrigen auch für den Vorschlag zu den Altersrückstellungen. Hier wird Artikel 14 des Grundgesetzes in seinem komplexen Regelungsrahmen durch die Antragsteller schlicht ignoriert.

Meine Damen und Herren, wir diskutieren heute auch noch einen zweiten Antrag, und zwar zu den Altersrückstellungen in der PKV. Der Antrag der AfD beinhaltet die Forderung, dass Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Krankenversicherung übertragen werden sollen. Auch diese Frage wurde in der Vergangenheit bereits diskutiert und, wie ich finde, auch gelöst. Schon im Jahre 2009 haben wir mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Umsetzung des Transfers für die jeweiligen Altersrückstellungen in der PKV im Umfang des Basistarifs ermöglicht.

Der wesentliche Grund für diese Beschränkung lag damals wie heute im Problem der konträren Risikoselektion. Wenn Versicherte mit niedrigem Risiko zu anderen privaten Versicherungen abwandern, gefährden sie bei Mitnahme ihrer kompletten Altersrückstellung die Versicherungslage, also die Beitragsstabilität der übrig gebliebenen Versicherten. (D)

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Nein, das ist Wettbewerb!)

Der zweite Grund – damit komme ich zum Ende, Herr Präsident – ist damals wie heute, dass unsere jeweiligen Koalitionspartner aus grundsätzlichen Erwägungen eine weitere Regelung nicht mitgetragen haben.

Daher, meine Damen und Herren, lehnen wir beide Anträge ab.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Monstadt. – Als nächster Redner hat das Wort der Kollege Dr. Robby Schlund, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Robby Schlund (AfD):**

Herr Präsident! Der Abschluss einer Krankenversicherung ist in Deutschland seit 2009 Pflicht. Das ist auch gut so. Dabei sind rechnerisch 11 Prozent der Menschen

**Dr. Robby Schlund**

- (A) in unserem Land Mitglied der privaten Krankenversicherung, Herr Kessler. Das sind 9 Millionen Versicherte,

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Ja, und?)

nicht mitgerechnet die vielen ausländischen Studenten und Wissenschaftler. 9 Millionen Versicherte! Das sind Angestellte, Selbstständige und Angehörige freier Berufe, und zwar – ich nenne mal ein paar –: Künstler, Ärzte, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater, Hebammen, Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Journalisten, Dolmetscher und, und, und. Dazu kommen noch Polizisten, Lehrer und Angestellte in Behörden.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Davon wollen über 40 Prozent in die GKV!)

– Hören Sie doch mal auf, rumzulabern, und hören Sie einfach mal zu! Das wäre auch mal eine Möglichkeit.

(Beifall bei der AfD – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Labern tun Sie!)

9 Millionen Bürgerinnen und Bürger unseres Landes, die neben ihrer Basistarifzahlung und Risikozuschlägen außerdem eine Altersrückstellung bezahlen müssen. Diese muss durch einen zusätzlichen Sparbeitrag von 10 Prozent sowie Zinsrückstellung vom Versicherten geschultert werden. Ab 65 Jahren bleiben dadurch die Beiträge konstant, trotz logischerweise altersbedingt erhöhtem Leistungsumfang.

Herr Monstadt hat recht, das stimmt: Bis 2009 konnten die Altersrückstellungen nicht zu einer neuen Versicherung mitgenommen werden. Das behinderte den Wettbewerb. Seit 2009 allerdings können Neukunden nun einen bestimmten Teil der Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Bei Altkunden allerdings gilt das nicht. Diese können die Altersrückstellungen nämlich nicht mitnehmen. Das, meine Damen und Herren, ist eine soziale Ungerechtigkeit, die wir mit unserem Antrag zugunsten der Versicherten beseitigen wollen, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD)

Eigentlich bin ich jetzt theoretisch fertig; aber ich muss, obwohl Herr Schneider das schon getan hat, noch ein bisschen was zu Ihrem Antrag sagen.

(Zuruf von der FDP: Das ist nicht zwingend nötig, Herr Kollege!)

Es hat mich, ehrlich gesagt, fassungslos und traurig gemacht, dass Sie so einen Antrag stellen. Den haben Sie, wie wir gehört haben, schon hundertmal gestellt.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Sie zum ersten Mal!)

Sie sehen ja, dass es den Leuten draußen und natürlich auch den neugewählten Abgeordneten, die hier im Parlament sitzen, immer die Sprache verschlägt, was Sie da machen. Ich zitiere einen Teil Ihres Antrages: „Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV sind aufzulösen“ und „Ausgleichszahlungen an den Gesundheitsfonds zu leisten“.

(Zuruf von der LINKEN: Sehr gut!)

Geht's noch? Wir reden von einer Rücklage in Höhe von 250 Milliarden Euro. Sie prellen damit einen Großteil der Leistungsträger unserer Gesellschaft, und das können wir nicht mitmachen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der AfD – Widerspruch bei der LINKEN – Dr. Alice Weidel [AfD]: Enteignung ist das! – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Enteignung!)

Das ist soziale Ungerechtigkeit, und das ist soziale Enteignung, meine Damen und Herren von den Linken und wie auch immer.

(Zurufe von der LINKEN: Nein! – Dr. Alexander Gauland [AfD], an DIE LINKE gewandt: Im Enteignen sind Sie immer schnell!)

Wollen Sie unsere Lehrer, unsere Polizisten, unsere Ärzte, unsere Künstler in die sichere Altersarmut schicken?

(Zurufe von der LINKEN)

Schämen Sie sich! Karl Marx würde sich im Grabe umdrehen, wenn er Ihren Antrag lesen würde.

(Beifall bei der AfD – Kerstin Kassner [DIE LINKE]: Wenn er Sie erleben müsste! – Weitere Zurufe von der LINKEN)

Wozu, meine Damen und Herren, dienen denn Altersrückstellungen? Ich werde Ihnen die Frage beantworten – die Antwort ist nämlich ganz einfach –: Sie dienen zur Deckung späterer Kosten im Tarif.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Genau! Deswegen müssen sie überführt werden in die Gesetzliche! Dann kann man die Private auflösen!) (D)

Die gehören ganz allein den Versicherten und niemand anderem,

(Dr. Alice Weidel [AfD]: Genau!)

auch nicht einem ominösen Kollektiv.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Sie haben den Antrag gar nicht verstanden! Lesen Sie ihn mal!)

Wir verlangen einen Gesetzentwurf von der Bundesregierung, durch den sichergestellt wird, dass alle Versicherten in der PKV, auch die Altkunden, beim Anbieterwechsel ihre Altersrückstellungen mitnehmen können. Außerdem fordern wir eine zeitgemäße Neustrukturierung von EBM und GOÄ.

Vielen Dank fürs Anhören meines emotionalen Vortrags.

(Beifall bei der AfD – Dr. Alice Weidel [AfD]: Super!)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Dr. Schlund. – Als nächste Rednerin hat das Wort die Kollegin Sabine Dittmar, SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

(A) **Sabine Dittmar** (SPD):

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich glaube, ich lüfte hier kein Geheimnis: Die SPD setzt sich seit langem für die Einführung einer Bürgerversicherung ein.

(Beifall bei der SPD – Dietrich Monstadt [CDU/CSU]: Ach nee! Das ist jetzt eine Überraschung!)

Wir wollen eine gerechte gesundheitliche Versorgung und eine gerechte Finanzierung der Kosten. In einer Bürgerversicherung würden, wie der Name schon sagt, alle Bürgerinnen und Bürger einbezogen: Freiberufler, Selbstständige, Beamte und natürlich auch Abgeordnete würden nach der Höhe ihres Einkommens Beiträge an die Solidargemeinschaft zahlen.

Ich gehe davon aus, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass es Ihnen so wie mir ergeht: Mich erreichen viele Briefe von privatversicherten Bürgerinnen und Bürgern, die im Alter ihre horrenden Beiträge nicht mehr bezahlen können oder massive Leistungskürzungen hinnehmen müssen. Die Kollegin Bas hat hier eine Menge Beispiele aufgezählt. Diese vielen Beschwerden der Privatversicherten zeigen mir deutlich: Die PKV ist ein Auslaufmodell.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

(B) Die Menschen erkennen auch die Schwachpunkte dieses Systems. Natürlich: Sie bekommen in der Arztpraxis oftmals bevorzugt und schneller einen Termin. Aber die Privatpatienten müssen oftmals auch eine Überdiagnostik und eine Übertherapie über sich ergehen lassen, die medizinisch in keinsten Weise evidenzbasiert ist.

Lieber Herr Kollege Monstadt, ich weiß nicht, ob es ein echter Vorteil und wirklich von Nutzen ist, wenn sogenannte Innovationen ohne belegte Evidenz zum Einsatz kommen. Ich möchte nicht als Versuchskaninchen dienen.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN)

Ich bin sehr dankbar, dass wir mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Gremium haben, das sehr diffizil in die Methodenbewertung einsteigt, und ich hoffe, das bleibt auch so.

Es wird von einem Wettbewerb zwischen GKV und PKV gesprochen. Von diesem vermeintlichen Wettbewerb profitieren allerdings nur gutverdienende junge Versicherte. Geringverdiener, sogenannte kleine Selbstständige, Menschen mit Behinderung, schwerkranke und alte Menschen sind vom Wettbewerb ausgeschlossen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen der Linksfraktion, dass es Reformbedarf beim Krankenversicherungssystem gibt, darin sind wir uns also einig. Was den Reformweg angeht, unterscheiden wir uns allerdings grundlegend. Ihr Vorschlag, zu einem Stichtag X die Vollversicherung in der PKV abzuschaffen, lehnen wir ab. Sie wissen selbst, dass es dazu erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken gibt. Aus unserer Sicht muss das System schrittweise und nicht in einem Hauruckverfahren umgebaut werden.

(C) Unser Konzept sieht vor, Neuversicherte automatisch in die Bürgerversicherung aufzunehmen. Bisher privat Versicherte können wählen, ob sie wechseln wollen. Außerdem können sowohl gesetzliche Krankenkassen als auch private Krankenversicherungen den Bürgerversicherungstarif anbieten. Mit uns wird es also keine Einheitskasse geben, sondern die bisherigen Kassen und Versicherungsunternehmen werden bestehen bleiben.

Kolleginnen und Kollegen, ich verrate auch kein Geheimnis, wenn ich sage, dass wir mit unserem Koalitionspartner das Konzept einer Bürgerversicherung nicht umsetzen können.

(Tino Sorge [CDU/CSU]: Und das ist gut so! – Dietrich Monstadt [CDU/CSU]: Gott sei Dank!)

Eine Koalition einzugehen, heißt eben auch, Kompromisse zu machen.

(Tino Sorge [CDU/CSU]: Das ist mal ein sinnvoller Satz! Guter Schlusssatz!)

Ich bin aber überzeugt, dass wir Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten es trotzdem schaffen werden, uns schrittweise hin zur Bürgerversicherung zu bewegen.

(Beifall bei der SPD)

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz haben wir geregelt, dass gesetzlich Versicherte nun schneller einen Arzttermin erhalten.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Das werden wir noch sehen, ob das so ist!)

(D) Die Terminservicestellen bauen wir aus, das Sprechstundenangebot erweitern wir. Ärzte und Ärztinnen erhalten für Patienten in der offenen Sprechstunde und für Neupatienten eine zusätzliche Vergütung, und auch die über die Terminservicestelle oder über den Hausarzt vermittelten Patienten werden mit Zuschlag vergütet.

Sie sehen: Es lohnt sich, in der GKV versichert zu sein, und es lohnt sich auch, GKV-Patienten zu behandeln. Auch in einer Koalition können wir deutliche Verbesserungen für unsere gesetzlich Versicherten erreichen; das haben wir damit unter Beweis gestellt.

Ich möchte aber auch darauf hinweisen, dass die SPD auf Landesebene in Sachen „mehr Gerechtigkeit zwischen den Systemen“ gut unterwegs ist. So zahlt Hamburg nun für gesetzlich versicherte Beamtinnen und Beamten einen hälftigen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen.

(Beifall bei der SPD)

Immerhin sind 15 Prozent der Beamtinnen und Beamten in der GKV versichert. Diese wurden bzw. werden bisher klar benachteiligt; denn sie müssen den Beitrag vollständig alleine tragen. Ein Bundesbeamter mit drei Kindern schrieb mir vor wenigen Wochen: Es geht hier um das Geld von denjenigen, die es am meisten nötig haben: Beamte der unteren Besoldungsgruppen, Beamte mit mehreren Kindern, Beamte mit chronischen Erkrankungen. – Auch für diese Gruppe muss die Krankenversicherung gerecht finanziert werden.



**Sabine Dittmar**

- (A) Ich möchte an dieser Stelle auch erwähnen, dass der Deutsche Beamtenbund, der den GKV-Zuschuss für Beamte ablehnt, sich fragen lassen muss, ob er wirklich die Interessen aller Mitglieder vertritt.

(Beifall bei der SPD – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Das ist wohl wahr!)

Denn hier geht es nicht um eine Zwangsversicherung. Die Beamten können wählen, ob sie sich privat oder in der GKV versichern. Immerhin haben sich in Hamburg zwischenzeitlich über 1 000 neue Beamtinnen und Beamte für dieses Modell entschieden. Das spricht eine deutliche Sprache.

Ich freue mich sehr, dass nun auch weitere Bundesländer die Initiative für ihre Beamten ergreifen. Auch das linksregierte Thüringen ist nun endlich auf den Zug aufgesprungen.

Es wäre nur konsequent, auch auf Bundesebene für die Beamtinnen und Beamten aktiv zu werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Leider haben wir unseren Koalitionspartner davon noch nicht überzeugen können. Aber ich sage Ihnen: Wir arbeiten daran. Es ist ein mühsamer, es ist ein kleinschrittiger Weg. Doch ich bin davon überzeugt: Die Bürgerversicherung wird kommen. Dafür werden wir weiterhin kämpfen.

Vielen Dank.

- (B) (Beifall bei der SPD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Frau Kollegin. – Als nächste Rednerin hat das Wort die Kollegin Nicole Westig, FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Nicole Westig (FDP):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein System für alle: Unter diesem Motto fordert Die Linke in schöner Regelmäßigkeit die Zusammenlegung von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung. Es passt auch wunderbar in ein Weltbild, in dem alles Private Werk des Teufels ist. Und das sage ich ganz bewusst als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.

Aber die Einheitskrankenversicherung und auch die Einheitspflegeversicherung sind die falschen Antworten. Die größte Herausforderung für unsere sozialen Sicherungssysteme ist doch nicht der Rest an Wettbewerb, der zwischen den Systemen noch herrscht. Nein, das größte Problem ist doch das des demografischen Wandels und der mangelnden Generationengerechtigkeit.

(Beifall bei der FDP)

Denn immer weniger junge Beitragszahler müssen aufkommen für immer mehr Rentner, immer mehr Kranke und immer mehr Pflegebedürftige. Wir wissen seit langem, dass dieses System schon bald nicht mehr trägt. Wer jetzt noch ausschließlich auf das Umlageverfah-

ren bei unseren sozialen Sicherungssystemen setzt, der macht sich zum Totengräber derselben. (C)

(Beifall bei der FDP sowie der Abg. Karin Maag [CDU/CSU])

Unbekümmert vom demografischen Wandel und von der Generationenungerechtigkeit bläst Die Linke wieder einmal zum Sturm auf die Privaten. Dabei würden Ihre Vorstellungen zur Vereinheitlichung der Kranken- und Pflegeversicherung schon am Verfassungsrecht scheitern. Als Stichworte nenne ich nur: die Beitragsbemessungsgrenze oder den Zugriff auf die Kapitalvorsorge der Privaten.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Ja, warten wir es ab! – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Enteignung!)

Auch geht Ihre Problemanalyse an der Faktenlage vorbei. Die privat Pflegeversicherten beispielsweise sind im Durchschnitt älter, der Anteil an Pflegebedürftigen in den beiden höchsten Pflegegraden ist größer, und die monatlichen Leistungsausgaben pro Pflegebedürftigem sind ebenfalls höher als in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

(Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ja, daher kommt ja die Ungerechtigkeit!)

Aber das Hauptproblem ist: Sie wollen die private Versicherung abschaffen, obwohl die Privaten genau das haben, was zur Lösung der demografischen Herausforderung beiträgt. Sie setzen nämlich auf Kapitaldeckung und nicht ausschließlich auf das Umlageverfahren. (D)

(Beifall bei der FDP)

Und das ist der richtige Weg. Wir brauchen mehr Kapitaldeckung für die Rente, für die Pflege und damit auch für die Krankenversicherung.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Und das mit mehr Minuszinsen!)

Deswegen ist nicht die Abschaffung der privaten Versicherung das Gebot der Stunde, sondern deren Stärkung.

(Beifall bei der FDP – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Damit sie weiter spenden können!)

Also: Lassen Sie uns notwendige Reformen in unseren Sicherungssystemen angehen: bei der Kranken- und der Pflegeversicherung mehr Kapitaldeckung und betriebliche Altersvorsorge – hin zu einem Drei-Säulen-Modell. Ihren Antrag lehnen wir ab.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Frau Kollegin Westig. – Als vorletzter Redner zu diesem Tagesordnungspunkt hat das Wort der Kollegin Erwin Rüdell, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

(A) **Erwin Rüdell** (CDU/CSU):

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Mit dem vorliegenden Antrag will die Fraktion Die Linke wieder einmal alle Privatversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung überführen.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Jawohl!)

Es ist das alte Lied: Wahlfreiheit der Patienten ist unerwünscht, und Wettbewerb ist des Teufels; denn das Heil liegt einzig und allein in der staatlichen Einheitsmedizin. Ich glaube, es war Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery, der dieses Konzept als Turbolader auf dem Weg zur Zweiklassenmedizin bezeichnet hat.

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Der hat ja auch nicht immer recht!)

Meine Fraktion lehnt dieses Vorhaben ab.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP])

Wir wissen doch, dass die privaten Kassen Vorreiter bei der Umsetzung des medizinischen Fortschritts sind

(Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Was?)

und damit Garant für Therapiefreiheit. Wir wissen doch, dass die Privatpatienten die Kassenpatienten in hohem Maße quersubventionieren

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: Na ja! – Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: So ist es!)

(B)

und viele Praxen ohne diese Mittel gar nicht existieren könnten. Wir wissen doch, dass das Konzept der Linksfraktion ausgerechnet die Arbeitgeber zusätzlich belasten würde, die besonders viele hochqualifizierte Mitarbeiter beschäftigen. Und wir wissen, was medizinischer Sozialismus im Gesundheitswesen bewirkt, nämlich schlechte Leistungen für alle und bessere Leistungen nur für die, die aus eigener Tasche zahlen können.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Das ist ja wohl eine olle Kamelle!)

Man muss nur nach Großbritannien schauen, wo es ein Einheitssystem gibt.

Aber das ist noch nicht alles. Die sogenannte Bürgerversicherung treibt nicht nur die Arbeitskosten in die Höhe, sondern sie vernichtet auch Zehntausende Arbeitsplätze in der PKV, provoziert nebenbei Praxisschließungen,

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Keine einzige Praxis wird geschlossen!)

ist innovationsfeindlich und verfassungsrechtlich in hohem Maße fragwürdig.

Im Übrigen: Warum sollten Ärzte und Krankenhäuser ihre Patienten besser behandeln, nur weil die Kassen ihre Beitragsgelder nach einem neuen System einsammeln? Wenn es keine private Konkurrenz und damit keinen

Wettbewerb mehr gibt, warum sollten Kassen sich dann besonders um Kunden kümmern, die nicht mehr abwandern können? (C)

(Beifall bei der CDU/CSU)

Ich bleibe dabei: Eine staatliche Einheitskasse führt direkt in die von Ihren Vordenkern beklagte Zweiklassenmedizin. Denn nur wer Geld hat, wird immer einen Arzt finden für jede Therapie. Überdies wäre das Ganze ein Experiment mit zahllosen Unbekannten und würde Parlament und Gerichte ohne jede Not auf Jahre beschäftigen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Meine Damen und Herren, wir haben ein Gesundheitswesen, das im internationalen Vergleich vorbildlich ist. Wir wollen es erhalten und zukunftsfest machen,

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wie denn? Keine Steuermittel da! Ich sehe nichts!)

und wir werden alles daransetzen, um zu verhindern, dass es aus ideologischen Gründen ruiniert wird.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP])

Natürlich ist die Welt in den vergangenen Jahren nicht stehen geblieben. Das gilt auch für die PKV. Mittelfristig müssen wir auch dort schauen, wo sich aus veränderten Voraussetzungen Reform- und Regulierungsbedarf ergibt. Aber es gehört zu unseren Aufgaben, das duale System so weiterzuentwickeln, dass GKV und PKV sich einen möglichst umfassenden Wettbewerb um die beste Versorgung und um die günstigsten Versicherungstarife liefern können. (D)

Meine Fraktion wendet sich mit allem Nachdruck gegen eine Fixierung auf das Modell der Einheitsversicherung. In Wahrheit haben wir nämlich angesichts der Alterung der Gesellschaft ganz andere Probleme zu lösen. Die Zukunft und die Attraktivität unserer ländlichen Regionen hängen entscheidend von einer guten und wohnortnahen medizinischen Versorgung ab. Die Länder müssen endlich ihren Krankenhäusern die dringend notwendigen Investitionskosten finanzieren.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Nicht nur Schulen und Gewerbebetriebe, sondern auch die Krankenhäuser müssen mit Glasfaser erschlossen werden.

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Da habt ihr alle noch keine Antwort drauf!)

Wir müssen Strukturen in der Versorgung ändern, und wir müssen die Synergieeffekte im System besser nutzen. Denn die medizinische und pflegerische Versorgung wird morgen anders sein als heute. Konsequente Digitalisierung und Vernetzung, Prozesssteuerung, technische Assistenz und Telemedizin werden das System grundlegend

**Erwin Rüdell**

- (A) verändern. Daran müssen wir arbeiten, statt mutwillig unser bewährtes Gesundheitssystem aufs Spiel zu setzen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP])

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege. – Als letzter Redner zu diesem Tagesordnungspunkt hat der Kollege Tino Sorge, CDU/CSU-Fraktion, das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Tino Sorge (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Bei manchen Äußerungen der Linken gerät man ja öfter einmal ins Staunen, zwar nicht darüber, dass wir dieses Thema frei nach dem Motto „Ständig grüßt das Murmeltier“ hier im Plenum debattieren, oder darüber, dass das, was Sie uns hier um die Mittagszeit wieder präsentieren, im Grunde genommen nichts anderes als ein fades Gericht ist, das neu aufgewärmt und wieder vorgesetzt wird – und dann wundern Sie sich, dass das hier niemandem schmeckt. Aber wenn man Ihnen zuhört, dann hat man immer den Eindruck, dass in Deutschland das ganze System den Bach runtergehen würde, die Gesundheitsversorgung am Abgrund stünde. Insofern möchte ich auch den Kollegen Kessler daran erinnern, dass wir uns jetzt, 200 Jahre nach Karl Marx, nicht im Klassenkampf befinden. Das sollten Sie bei dieser Diskussion beherzigen.

(B)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in den letzten Wochen hat man so ein bisschen den Eindruck bekommen, dass einige ihre Enteignungs-, Umverteilungs- und Verstaatlichungsfantasien in vollem Umfang ausleben wollen, gerade im linken Spektrum. Angesichts von Wohnungsnot wird dann über Enteignung von Wohnungsunternehmen debattiert, als ob man so die Probleme lösen könnte. Natürlich machen Sie auch nicht vor dem Gesundheitsbereich halt. Da sind Sie bei sich offensichtlich mal wieder voll im Trend; aber es wird Sie enttäuschen, hören zu müssen: So funktioniert weder Wohnungsbaupolitik, so funktioniert weder Sozialpolitik, noch funktioniert Gesundheitspolitik so.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Ist aber spärlicher Applaus!)

Wenn man sich Ihren Antrag anschaut, dann liest man Begrifflichkeiten wie bei einer Schönwetterbelletristik, es wird von einem „System für alle“, von „Solidarität“, von „Bürgerversicherung“ gesprochen. Wenn man genau hinschaut, sieht man: Das sind hohle Phrasen.

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr Kollege, erlauben Sie eine Zwischenfrage der Kollegin Klein-Schmeink?

**Tino Sorge (CDU/CSU):**

Ja natürlich.

**Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** (C)

Herr Kollege Sorge, Sie sprechen gerade von Enteignung und Ähnlichem, aber letztendlich geht es ja darum, wie wir die drängenden Fragen nach sozialer Sicherung und das Einlösen unseres Sozialstaatsversprechens hinbekommen. Man kann Vorschläge der Opposition ablehnen, kritisch sehen, aber man müsste ja wenigstens einmal Antworten geben.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Mich würde schon interessieren, wie Sie eine tragfähige, solide Finanzierung all der Aufgaben, die da vor uns liegen, und zwar im Bereich Pflege wie im Bereich Gesundheit, tatsächlich hinbekommen wollen. Da sehen wir doch noch deutliche Lücken. Ich sehe von Ihrer Seite keinerlei Vorschläge, wie Sie denn die Digitalisierung im Gesundheitswesen finanzieren wollen, wie Sie den Investitionsstau bei den Krankenhäusern auflösen wollen oder wie Sie beim Thema „bezahlbarer Wohnraum“ – Sie haben diesen Bereich gerade genannt – tatsächlich zu Lösungen kommen wollen, also zu Lösungen, durch die das Vertrauen in der Bevölkerung in die soziale Sicherheit und den Sozialstaat glaubhaft eingelöst wird.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Karin Maag [CDU/CSU]: Sicher nicht mit Enteignungen!)

**Tino Sorge (CDU/CSU):**

Liebe Maria Klein-Schmeink, es ist im Grunde genommen immer ein Reflex, wenn Sie behaupten, wir hätten keine Lösung. Aber wir haben doch gesagt, wir müssen dies thematisch weiterentwickeln. Das machen wir ja; das TSVG ist hier beispielsweise genannt worden. Aber es geht auch an die Adresse Ihrer Fraktion: Wenn Sie bei der Veränderung dieses Systems immer nur einseitig sagen, wir müssten alle in die gesetzliche Krankenversicherung zwingen,

(Harald Weinberg [DIE LINKE]: 40 Prozent wollen das selber!)

also eine Einheitskasse machen,

(Dr. Franziska Brantner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das will doch keiner! – Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Lesen Sie mal unsere Konzepte!)

aber nicht einmal ansatzweise darüber nachdenken, wie wir möglicherweise auch im Bereich der privaten Krankenversicherungen Verbesserungen hinbekommen, dann müssen Sie sich nicht wundern, wenn bei den Diskussionen jeder immer auf seiner Meinung beharrt und wir da nicht weiterkommen.

Insofern: Wir haben eine Menge Beispiele gebracht. Das Thema Dualismus ist angesprochen worden, also dass sich medizinischer Fortschritt dadurch entwickelt, dass Wettbewerb im System ist. Das erreichen wir damit. Sie machen es sich immer ein bisschen einfach.

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Lesen!)

Tino Sorge

- (A) Das spricht man in der Diskussion viel zu selten an, und das hat auch im Antrag der Linken völlig gefehlt: Da wird ein Zerrbild gezeichnet, da wird so getan, als stünde das Gesundheitssystem in Deutschland am Abgrund.

(Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Haben Sie den Antrag denn überhaupt gelesen? Wo steht das denn?)

Gehen Sie doch einmal ins Ausland, und hören Sie dort nach: Im Ausland sagen die Menschen, das Gesundheitssystem Deutschlands sei eines der besten Gesundheitssysteme weltweit,

(Christine Aschenberg-Dugnus [FDP]: Das habe ich auch gesagt!)

und Sie suggerieren hier, es sei alles schlecht, und blockieren gleichzeitig Verbesserungen, die wir machen wollen.

Wenn man sich Ihren Antrag genauer durchliest, dann sieht man, dass Sie mit Begrifflichkeiten arbeiten, die nach meiner Auffassung schon ein bisschen grenzwertig sind. Sie sprechen dann davon, dass die private Krankenversicherung schädlich sei, sie die Ursache aller Probleme sei. Glauben Sie wirklich, dass 10 Prozent der Versicherten die Probleme, die wir teilweise in der gesetzlichen Krankenversicherung haben, lösen könnten? Nein, und das sehen wir als Union ebenso.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP] – Dr. Achim Kessler [DIE LINKE]: Es ist besser, den Antrag vorher zu lesen und nicht hinterher!)

(B)

Wenn man sich Ihren Antrag genauer anschaut, dann ist ganz konkret zu lesen, dass es für die 9 Millionen Menschen, die in der privaten Krankenversicherung sind, schädlich sei, in der privaten Krankenversicherung zu sein. So einfach ist es aber nicht. Was passiert denn in anderen Ländern, in denen beispielsweise Einheitskassen oder Einheitsversicherungen existieren? Die Zuzahlungen gehen in die Höhe, die Wartezeiten steigen immer weiter an, Innovationen werden ausgebremst, und nur ganz wenige partizipieren an diesen Innovationen. Das sind die Schattenseiten. Dies sollten Sie in der Diskussion den Bürgerinnen und Bürgern auch sagen. So etwas wollen wir als Union nicht. Deshalb sind wir für einen Dualismus.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie der Abg. Christine Aschenberg-Dugnus [FDP])

Wenn man sich dann anschaut, welche Vorschläge Sie anbieten, dann stellt man fest: Sie tun nur so, als hätten Sie ein System, das durchdacht sei. Erklären Sie uns doch bitte, wie Sie das machen wollen. Sie reden von einer Zwangsüberführung der Privatversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung. Sie geben selbst zu, dass in diesem Bereich bis zu 68 000 Menschen tätig sind. Erklären Sie doch einmal, was mit diesen 68 000 Arbeitsplätzen ist,

(Maria Klein-Schmeink [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Im Gegenteil! Bei der GKV hätten sie tatsächlich eine Perspektive!)

was mit diesen 68 000 Menschen und ihren Familien ist, was mit diesen 68 000 Existenzen ist. Ihr Vorschlag lautet, man könne diese alle umschulen. Herzlichen Glückwunsch, liebe Linke! Wenn das Ihr Verständnis von Solidarität, wenn das Ihr Verständnis von sozialem Umgang ist, dann kann ich Ihnen nur sagen: Das ist nicht solidarisch, das ist nicht sozial, das ist schlichtweg asozial. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Zurufe von der LINKEN: Oh! – Harald Weinberg [DIE LINKE]: Nicht einmal darauf reagiere ich! Das ist es nicht wert, dass man darauf reagiert!)

– Lieber Herr Weinberg, es ist nicht das erste Mal, dass wir darauf hinweisen, dass es in der politischen Debatte zwar einfach ist – gerade bei solch einem kontroversen Thema –, einfache Lösungen zu propagieren, aber dass das die Probleme nicht löst und letztendlich auch nicht dazu führt, dass wir zu Lösungen kommen.

Deshalb sage ich Ihnen ganz offen: Blenden Sie die Bürgerinnen und Bürger nicht immer mit vermeintlich einfachen Ideen! Bieten Sie Lösungen an! Wir zeigen Ihnen doch, was Regierungsarbeit ausmacht. Wir als Union wollen die Krankenversicherung Schritt für Schritt weiterentwickeln, während Sie das System in einem Hausruckverfahren verunstalten wollen. Das ist mit uns nicht zu machen. Deshalb werden wir Ihren Antrag ablehnen. Von uns bekommen Sie dafür keine Zustimmung.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP)

(D)

#### Vizepräsident Wolfgang Kubicki:

Vielen Dank, Herr Kollege Sorge. – Damit schließe ich die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlagen auf den Drucksachen 19/9229 und 19/9233 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Ich sehe, das ist der Fall. Dann sind die Überweisungen so beschlossen.

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 27 a bis 27 d und 27 f bis 27 j sowie Zusatzpunkte 2 a bis 2 g auf. Es handelt sich hierbei um **Überweisungen im vereinfachten Verfahren ohne Debatte**.

Wir kommen zunächst zu den unstrittigen Überweisungen. Das sind die Tagesordnungspunkte 27 a, 27 b, 27 f, 27 g, 27 i, 27 j sowie die Zusatzpunkte 2 a bis 2 d sowie 2 g:

27. a) Erste Beratung des von den Abgeordneten Roman Johannes Reusch, Marc Bernhard, Stephan Brandner, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches**

#### Drucksache 19/9234

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Ausschuss für Inneres und Heimat

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki**

- (A) b) Beratung des Antrags der Abgeordneten Katja Keul, Kai Gehring, Omid Nouripour, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Den Konflikt in der Westsahara nicht vergessen – Völkerrecht durchsetzen**
- Drucksache 19/8984**
- Überweisungsvorschlag:  
 Auswärtiger Ausschuss (f)  
 Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
- f) Beratung des Antrags der Abgeordneten Markus Kurth, Anja Hajduk, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Mit der Garantierende Altersarmut bekämpfen**
- Drucksache 19/9231**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales (f)  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- g) Beratung des Berichts des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung
- Technikfolgenabschätzung (TA)**
- (B) **Neue elektronische Medien und Suchtverhalten**
- Drucksache 18/8604**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Gesundheit (f)  
 Sportausschuss  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
 Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung  
 Ausschuss für Kultur und Medien  
 Ausschuss Digitale Agenda
- i) Beratung des Berichts des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung
- Technikfolgenabschätzung (TA)**
- Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen**
- Drucksache 19/2790**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
 Ausschuss für Gesundheit  
 Ausschuss Digitale Agenda
- j) Beratung des Berichts des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung
- Technikfolgenabschätzung (TA)**
- Chancen und Risiken mobiler und digitaler Kommunikation in der Arbeitswelt**
- Drucksache 19/8527**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Arbeit und Soziales (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
 Ausschuss für Gesundheit  
 Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur  
 Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung  
 Ausschuss Digitale Agenda
- ZP 2 a) Beratung des Antrags der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Verlässliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung**
- Drucksache 19/8566**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Gesundheit
- b) Beratung des Antrags der Abgeordneten Katja Keul, Katja Dörner, Luise Amtsberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Fortbildung von Richterinnen und Richtern sowie Qualitätssicherung im familiengerichtlichen Verfahren**
- Drucksache 19/8568**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- c) Beratung des Antrags der Abgeordneten Andreas Bleck, Karsten Hilse, Dr. Rainer Kraft, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
- Plastikmüll – Eine internationale Herausforderung**
- Drucksache 19/9237**
- Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Vizepräsident Wolfgang Kubicki

- (A) d) Beratung des Antrags der Abgeordneten Judith Skudelny, Frank Sitta, Dr. Lukas Köhler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Technologieoffenheit in der Luftreinhaltung**

**Drucksache 19/9227**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie

- g) Beratung des Antrags der Abgeordneten Renate Künast, Tabea Rößner, Katharina Dröge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Das Recht zu wissen – EU-Richtlinie für Transparenz- und Sorgfaltspflichten in der Textilproduktion**

**Drucksache 19/9269**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Interfraktionell wird vorgeschlagen, die Vorlagen an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse zu überweisen. Sind Sie damit einverstanden? – Ich sehe, das ist der Fall. Dann sind diese Überweisungen so beschlossen.

- (B)

Wir kommen nun zu den fünf Überweisungen, bei denen die Federführung strittig ist.

Tagesordnungspunkt 27 c:

Beratung des Antrags der Abgeordneten Sebastian Münzenmaier, Christoph Neumann, Stephan Brandner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Einführung des digitalen Meldescheins in Beherbergungsbetrieben prüfen**

**Drucksache 19/9235**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
Ausschuss für Tourismus (f)  
Ausschuss Digitale Agenda  
**Federführung strittig**

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/9235 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Die Fraktionen der CDU/CSU und der SPD wünschen Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat, die Fraktion der AfD wünscht Federführung beim Ausschuss für Tourismus.

Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der AfD, Federführung beim Ausschuss für Tourismus. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Keiner. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag

- gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der anderen Fraktionen des Hauses abgelehnt. (C)

Ich lasse nun abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD, Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der anderen Fraktionen des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 27 d:

Beratung des Antrags der Abgeordneten Sebastian Münzenmaier, Christoph Neumann, René Springer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

**Geltendmachung von Fahr- und Fluggastrechten digitalisieren**

**Drucksache 19/9236**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
Ausschuss für Tourismus (f)  
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur  
Ausschuss Digitale Agenda  
**Federführung strittig**

Die Vorlage auf Drucksache 19/9236 soll an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse überwiesen werden. Die Federführung ist strittig. Die Fraktionen von CDU/CSU und SPD wünschen Federführung beim Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz. Die Fraktion der AfD wünscht Federführung beim Ausschuss für Tourismus. (D)

Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der AfD, Federführung beim Ausschuss für Tourismus. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten abgelehnt.

Ich lasse nun abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Federführung beim Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

Tagesordnungspunkt 27 h:

Beratung des Berichts des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung

**Technikfolgenabschätzung (TA)**

**Online-Bürgerbeteiligung an der Parlamentsarbeit**

**Drucksache 18/13689**

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki**

- (A) Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung (f)  
 Ausschuss Digitale Agenda (f)  
 Petitionsausschuss  
 Ausschuss für Inneres und Heimat  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
 Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung  
 Ausschuss für Kultur und Medien  
**Federführung strittig**

Es wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 18/13689 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Die Federführung ist strittig. Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD wünschen Federführung beim Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung. Die Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen wünschen Federführung beim Ausschuss Digitale Agenda.

Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen, Federführung beim Ausschuss Digitale Agenda. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der anderen Fraktionen des Hauses abgelehnt.

- (B) Ich lasse nun abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Federführung beim Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.

**Zusatzpunkt 2 e:**

Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Christoph Hoffmann, Alexander Graf Lambsdorff, Till Mansmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Weltweit mehr Wald für den Klimaschutz****Drucksache 19/9226**

Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (f)  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (f)  
**Federführung strittig**

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/9226 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Die Federführung ist strittig. Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD wünschen Federführung beim Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit. Die Fraktion der FDP wünscht Federführung beim Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der FDP, Federführung beim

- (C) Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der Fraktionen der FDP, der Linken, des Bündnisses 90/Die Grünen und eines fraktionslosen Abgeordneten gegen die Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses abgelehnt.

Ich lasse nun abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Federführung beim Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der Fraktionen von FDP, Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen von CDU/CSU, SPD und AfD bei Enthaltung eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

**Zusatzpunkt 2 f:**

Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Marcel Klinge, Manuel Höferlin, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Digitale Signatur von Meldescheinen in Beherbergungsstätten – Bürokratie abbauen****Drucksache 19/9223**

Überweisungsvorschlag:  
 Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
 Ausschuss für Tourismus (f)  
 Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
**Federführung strittig**

(D) Es wird vorgeschlagen, die Vorlage auf Drucksache 19/9223 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse zu überweisen. Die Federführung ist strittig. Die Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP wünschen Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat. Die Fraktion der AfD wünscht Federführung beim Ausschuss für Tourismus.

Ich lasse zuerst abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der AfD, Federführung beim Ausschuss für Tourismus. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten abgelehnt.

Ich lasse nun abstimmen über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist dieser Überweisungsvorschlag gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 28 a bis 28 p sowie die Zusatzpunkte 3 a bis 3 m auf. Es handelt sich um die **Beschlussfassung** zu Vorlagen, zu denen **keine Aussprache** vorgesehen ist.

Vizepräsident Wolfgang Kubicki

(A) Tagesordnungspunkt 28 a:

Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Inneres und Heimat (4. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Manuel Höferlin, Oliver Luksic, Bernd Reuther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Abschaffung der Zuverlässigkeitsprüfung für Privatpiloten**

**Drucksachen 19/1702, 19/5555**

Der Ausschuss empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/5555, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/1702 abzulehnen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der FDP-Fraktion und eines fraktionslosen Abgeordneten mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 b:

Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (16. Ausschuss) zu der Verordnung der Bundesregierung

**Verordnung zur Einführung der Verordnung über mittelgroße Feuerungs-, Gasturbinen- und Verbrennungsmotoranlagen sowie zur Änderung der Verordnung über kleine und mittlere Feuerungsanlagen**

(B) **Drucksachen 19/8459, 19/8646 Nr. 2, 19/9268**

Der Ausschuss empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9268, der Verordnung auf Drucksache 19/8459 zuzustimmen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Die Linke. Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der Fraktionen von AfD, FDP, Bündnis 90/Die Grünen und eines fraktionslosen Abgeordneten bei Enthaltung der Fraktion Die Linke mit den Stimmen der CDU/CSU- und SPD-Fraktion angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 c:

Beratung des Antrags der Abgeordneten Dr. Gesine Löttsch, Dr. André Hahn, Lorenz Gösta Beutin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Tag der Befreiung als gesetzlicher Gedenktag**

**Drucksache 19/9230**

Wer stimmt für diesen Antrag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Antrag gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses abgelehnt.

Tagesordnungspunkte 28 d bis 28 p sowie Zusatzpunkte 3 a bis 3 m. Wir kommen zu den Beschlussempfehlungen des Petitionsausschusses.

Tagesordnungspunkt 28 d:

(C)

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 252 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9012**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Keiner. Enthaltungen? – Keine. Dann ist Sammelübersicht 252 angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 e:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 253 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9013**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der anderen Fraktionen des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 f:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 254 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9014**

(D) Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 g:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 255 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9015**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und der AfD bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 h:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 256 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9016**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.



Vizepräsident Wolfgang Kubicki

(A) Tagesordnungspunkt 28 i:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 257 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9017**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 j:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 258 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9018**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktion der FDP mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen unter Einschluss eines fraktionslosen Abgeordneten.

Tagesordnungspunkt 28 k:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 259 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9019**

(B)

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen und eines fraktionslosen Abgeordneten mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 l:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 260 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9020**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 m:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 261 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9021**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen von AfD-Fraktion und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 n:

(C)

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 262 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9022**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD und der Linken mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 o:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 263 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9023**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht mit den Stimmen von CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der AfD-Fraktion, der Linken und des Bündnisses 90/Die Grünen angenommen.

Tagesordnungspunkt 28 p:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 264 zu Petitionen**

(D)

**Drucksache 19/9024**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen von AfD, FDP, Linke, Bündnis 90/Die Grünen und eines fraktionslosen Abgeordneten angenommen.

Zusatzpunkt 3 a:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 265 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9277**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Keiner. Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht einstimmig angenommen.

Zusatzpunkt 3 b:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 266 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9278**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Keiner. Enthaltungen? – Keine. Dann ist auch diese Sammelübersicht einstimmig angenommen.

Vizepräsident Wolfgang Kubicki

(A) Zusatzpunkt 3 c:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 267 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9279**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 d:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 268 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9280**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Niemand. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 e:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 269 zu Petitionen**

(B) **Drucksache 19/9281**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion und der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 f:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 270 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9282**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht bei Enthaltung der Fraktion Die Linke mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 g:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 271 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9283**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht einstimmig angenommen.

Zusatzpunkt 3 h:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 272 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9284**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 i:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 273 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9285**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 j:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 274 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9286**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion und der Fraktion Die Linke mit Zustimmung der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 k:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 275 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9287**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen der FDP, der Linken und des Bündnisses 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

Zusatzpunkt 3 l:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

**Sammelübersicht 276 zu Petitionen**

**Drucksache 19/9288**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der AfD-Fraktion, der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Mitglieder des Hauses angenommen.

(C)

(D)

Vizepräsident Wolfgang Kubicki

(A) Zusatzpunkt 3 m:

Beratung der Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses (2. Ausschuss)

### **Sammelübersicht 277 zu Petitionen**

#### **Drucksache 19/9289**

Wer stimmt dafür? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist diese Sammelübersicht gegen die Stimmen der Fraktionen der AfD, der FDP, der Linken und des Bündnisses 90/Die Grünen mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD angenommen.

Ich rufe den Zusatzpunkt 4 auf:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

### **Wahl eines Stellvertreters des Präsidenten (1. Wahlgang)**

#### **Drucksache 19/9252**

Die Fraktion der AfD schlägt auf der Drucksache 19/9252 den Abgeordneten Gerold Otten vor.

Die Wahl erfolgt mit verdeckten Stimmkarten, also geheim. Gewählt ist, wer die Stimmen der Mehrheit der Mitglieder des Bundestages erhält.

Für diese Wahl benötigen Sie Ihren grünen Wahlausweis aus Ihrem Stimmkartenfach in der Lobby. In Ihrem Stimmkartenfach finden Sie auch drei weitere Wahlausweise für die nachfolgenden Gremienwahlen. Die nun folgenden Hinweise zu dieser Wahl gelten jeweils entsprechend auch für die nachfolgenden Gremienwahlen.

(B)

Die für die Wahl eines Vizepräsidenten gültige grüne Stimmkarte und den amtlichen Wahlumschlag erhalten Sie von den Schriftführerinnen und Schriftführern an den Ausgabebüchern hier oben neben den Wahlkabinen rechts und links.

Die Wahl ist geheim. Sie dürfen Ihre Stimmkarte daher nur in der Wahlkabine ankreuzen und müssen die Stimmkarte ebenfalls noch in der Wahlkabine in den Umschlag legen. Die Schriftführerinnen und Schriftführer sind verpflichtet, jeden, der seine Stimmkarte außerhalb der Wahlkabine kennzeichnet oder in den Umschlag legt, zurückzuweisen. Die Stimmabgabe kann in diesem Fall jedoch vorschriftsmäßig wiederholt werden.

Gültig sind nur die Stimmkarten mit einem Kreuz entweder bei „ja“, „nein“ oder „enthalte mich“. Ungültig sind Stimmen auf nicht amtlichen Stimmkarten sowie Stimmkarten, die mehr als ein Kreuz, kein Kreuz, andere Namen oder Zusätze enthalten.

Ich weise noch einmal darauf hin, dass das Fotografieren der Stimmkarte und das Einstellen des Fotos in ein soziales Netz als mit der Ordnung des Bundestags nicht vereinbar gilt und ein Bußgeld von 1 000 Euro nach sich zieht. Ich weise ausdrücklich darauf hin, damit keiner hinterher sagen kann, es sei an ihm vorbeigegangen.

Bevor Sie die Stimmkarte in die Wahlurne werfen, müssen Sie der Schriftführerin oder dem Schriftführer an der Wahlurne Ihren grünen Wahlausweis übergeben. Die Abgabe des Wahlausweises dient als Nachweis für die

Beteiligung an der Wahl. Kontrollieren Sie daher bitte, ob der Wahlausweis auch wirklich Ihren Namen trägt. (C)

Ich bitte nun die Schriftführerinnen und Schriftführer, die vorgesehenen Plätze einzunehmen. – Die Schriftführerinnen und Schriftführer haben ihre Plätze eingenommen. Ich eröffne die Wahl und bitte, zu den Ausgabebüchern zu gehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auch wenn Sie sich lieber unterhalten möchten, frage ich: Haben alle Mitglieder des Hauses, auch die Schriftführerinnen und Schriftführer, ihre Stimmkarten abgegeben? – Das ist offensichtlich der Fall. Dann schließe ich die Wahl. Das Ergebnis wird Ihnen später bekannt gegeben.<sup>1)</sup>

Ich rufe die Zusatzpunkte 5 a bis 5 f auf: **Wahlen zu Gremien.**

Wir kommen zunächst zu drei Wahlen zu Gremien, davon eine geheime Wahl, jeweils mit Stimmkarten und Wahlausweisen. Danach folgen drei Wahlen mittels Handzeichen. Bitte nehmen Sie dafür nach der geheimen Wahl Ihre Plätze wieder ein.

Ich bitte um Ihre Aufmerksamkeit für einige Hinweise. Sie benötigen jetzt drei Wahlausweise in den Farben Gelb, Blau und Orange. Die Wahlen werden einzeln aufgerufen und durchgeführt. Die Stimmkarten für die offenen Wahlen in den Farben Gelb und Blau wurden bereits ausgegeben. Wer noch keine Stimmkarte hat, kann diese noch von einem Plenarassistenten oder einer Plenarassistentin erhalten. Gewählt ist jeweils, wer die Stimmen der Mehrheit der Mitglieder des Bundestages auf sich vereint, das heißt, wer mindestens 355 Stimmen erhält. Sie können zu jedem Kandidatenvorschlag entweder „ja“, „nein“ oder „enthalte mich“ ankreuzen. (D)

Wir kommen nun zur ersten offenen Wahl, Zusatzpunkt 5 a:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

### **Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a Absatz 2 der Bundeshausordnungsordnung**

#### **Drucksache 19/9253**

Für die nun folgende Wahl brauchen Sie die gelbe Stimmkarte und Ihren gelben Wahlausweis. Auf Drucksache 19/9253 schlägt die AfD-Fraktion den Abgeordneten Marcus Bühl vor. Diese Wahl findet offen statt. Die Stimmkarte können Sie also an Ihrem Platz ankreuzen. Bitte geben Sie an der Urne zuerst Ihren gelben Wahlausweis ab, bevor Sie Ihre gelbe Stimmkarte einwerfen.

Ich bitte die Schriftführerinnen und Schriftführer, die vorgesehenen Plätze einzunehmen, und frage: Sind die Plätze an den Urnen besetzt? – Das ist jeweils der Fall. Ich eröffne die erste Gremienwahl, Farbe Gelb.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, haben alle Mitglieder des Hauses, auch die Schriftführerinnen und Schriftführer, die Stimmkarte abgegeben? – Frau Kollegin Roth und Frau Kollegin Amtsberg, vielleicht sollten Sie die

<sup>1)</sup> Ergebnis Seite 11387 B

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki**

- (A) Menschen nicht aufhalten, die ihre Stimme noch abgeben wollen. Noch einmal: Haben alle Mitglieder, auch die Schriftführerinnen und Schriftführer, ihre Stimmkarte abgegeben? – Das ist der Fall. Dann schließe ich den Wahlgang. Das Ergebnis der Wahl wird Ihnen später bekannt gegeben.<sup>1)</sup>

Ich rufe Zusatzpunkt 5 b auf:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

**Wahl von Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes**

**Drucksache 19/9254**

Für die Wahl der Mitglieder benötigen Sie nun eine blaue Stimmkarte und Ihren blauen Wahlausweis. Auf Drucksache 19/9254 schlägt die Fraktion der AfD die Abgeordneten Albrecht Glaser und Volker Münz vor. Sie können bei beiden Kandidaten entweder „ja“, „nein“ oder „enthalte mich“ ankreuzen. Auch diese Wahl findet offen statt, das heißt, es kann wieder am Platz gewählt werden. Denken Sie vor dem Einwurf der blauen Stimmkarte an die Abgabe Ihres blauen Wahlausweises.

Ich bitte die Schriftführerinnen und Schriftführer, die vorgesehenen Plätze einzunehmen, und frage: Sind die Urnen besetzt, auch an den Hammelsprungtüren? – Das ist der Fall. Dann eröffne ich die zweite Wahl, Farbe Blau, und weise darauf hin, dass die Mitglieder, die den Weg versperren, weil sie sich unterhalten, und andere daran hindern, die Stimmkarte abzugeben, mit einem Bußgeld belegt werden können.

- (B) Ich frage: Haben alle Mitglieder des Hauses, auch die Schriftführerinnen und Schriftführer, ihre Stimmkarten abgegeben? – Zum letzten Mal die Frage: Haben alle Mitglieder des Hauses ihre Stimmkarten abgegeben? – Das ist erkennbar der Fall. Dann schließe ich den Wahlgang. Das Ergebnis der Wahl wird Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gegeben.<sup>2)</sup>

Zusatzpunkt 5 c:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

**Wahl von Mitgliedern des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes**

**Drucksache 19/9255**

Wir wählen jetzt ein ordentliches Mitglied sowie ein stellvertretendes Mitglied. Auf Drucksache 19/9255 schlägt die Fraktion der AfD als Mitglied den Abgeordneten Peter Boehringer und als stellvertretendes Mitglied die Abgeordnete Dr. Birgit Malsack-Winkemann vor.

Ich bitte um Ihre Aufmerksamkeit für ergänzende Hinweise zum Wahlverfahren. Für diese Wahl benötigen Sie Ihren Wahlausweis in der Farbe Orange. Weiterhin benötigen Sie eine Stimmkarte in der Farbe Orange sowie einen Wahlumschlag. Diese Unterlagen erhalten Sie von den Schriftführerinnen und Schriftführern an den

<sup>1)</sup> Ergebnis Seite 11399 C

<sup>2)</sup> Ergebnis Seite 11399 C

- Ausgabetschen vor den Wahlkabinen. Zeigen Sie dort bitte Ihren orangefarbenen Wahlausweis vor. (C)

Sie können bei beiden Kandidaten entweder „ja“, „nein“ oder „enthalte mich“ ankreuzen. Die Wahl ist geheim. Das heißt, Sie dürfen Ihre Stimmkarte nur in der Wahlkabine ankreuzen und müssen die Stimmkarte ebenfalls noch in der Wahlkabine in den Umschlag legen.

Ich bitte nun die Schriftführerinnen und Schriftführer, die vorgesehenen Plätze einzunehmen. – Das ist erfolgt. Ich eröffne die dritte Wahl, Wahlausweis in der Farbe Orange. Der Wahlgang ist eröffnet.

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Ich weise zwischendurch darauf hin, dass wir unmittelbar im Anschluss an diesen Wahlvorgang drei weitere Wahlen haben, die offen durchgeführt werden. Ich bitte diejenigen, die ihre Stimmzettel eingeworfen haben, ihre Plätze aufzusuchen.

Haben alle Mitglieder des Hauses ihre Stimme abgegeben? – Haben das auch die Schriftführer gemacht? – Das ist offensichtlich der Fall. Dann schließe ich die Wahl und bitte die Schriftführerinnen und Schriftführer, mit der Auszählung zu beginnen. Wir werden das Ergebnis der Wahl später bekannt geben.<sup>3)</sup>

Wir kommen jetzt zu Zusatzpunkt 5 d:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

**Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas“** (D)

**Drucksache 19/9256**

Hierzu liegt ein Wahlvorschlag der Fraktion der AfD auf Drucksache 19/9256 vor. – Ich bitte darum, Platz zu nehmen, damit wir hier die Abstimmung vernünftig durchführen können. Dies ist genau genommen eine offene Wahl. Wer stimmt für diesen Vorschlag? – Das sind die Mitglieder der Fraktion der AfD. Wer stimmt dagegen? – Das sind die Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen, SPD, Die Linke und große Teile der Union. Wer enthält sich? – Bei Enthaltungen von Teilen der Union

(Beifall bei der AfD)

mit der großen Mehrheit des Hauses gegen die Stimmen der AfD ist damit der Wahlvorschlag abgelehnt.

Wir kommen zu den Zusatzpunkten 5 e und 5 f. Das sind Wahlen zum Kuratorium der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld.

Zusatzpunkt 5 e:

Wahlvorschlag der Fraktion der AfD

**Wahl von Mitgliedern des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“**

**Drucksache 19/9257**

Wir kommen zunächst zu dem Wahlvorschlag der AfD auf Drucksache 19/9257. Wer stimmt für diesen Wahl-

<sup>3)</sup> Ergebnis Seite 11399 C

Vizepräsident Thomas Oppermann

- (A) vorschlag? – Das ist die Fraktion der AfD, geschlossen. Wer stimmt dagegen? – Das sind die Fraktionen FDP, Bündnis 90/Die Grünen, SPD, Die Linke und Teile der Unionsfraktion. Wer enthält sich der Stimme? – Das sind große Teile, die Mehrheit der Unionsfraktion.

(Beifall bei der AfD)

Damit ist auch dieser Wahlvorschlag von der Mehrheit des Hauses gegen die Stimmen der AfD abgelehnt.

Zusatzpunkt 5 f:

Wahlvorschlag der Fraktion der SPD

**Wahl eines Mitglieds des Kuratoriums der „Bundesstiftung Magnus Hirschfeld“**

**Drucksache 19/9294**

Nun kommen wir zu dem Wahlvorschlag der Fraktion der SPD auf Drucksache 19/9294. Das betrifft ebenfalls die Magnus-Hirschfeld-Stiftung, allerdings eine andere Position. Wer stimmt für diesen Vorschlag? – Das sind die Fraktionen SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke, FDP. Wer stimmt dagegen? – Das sind drei Stimmen bei der AfD. Wer enthält sich? – Das sind die übrigen Mitglieder der AfD-Fraktion. Damit ist der Antrag mit großer Mehrheit angenommen.

Ich rufe nunmehr den Tagesordnungspunkt 7 auf:

Beratung des Antrags der Bundesregierung

**Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der Militärmission der Europäischen Union als Beitrag zur Ausbildung der malischen Streitkräfte (EUTM Mali)**

- (B)

**Drucksache 19/8971**

Überweisungsvorschlag:  
 Auswärtiger Ausschuss (f)  
 Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
 Verteidigungsausschuss  
 Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
 Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
 Haushaltsausschuss gemäß § 96 der GO

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für diese Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Dazu höre ich keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich bitte diejenigen, die an dieser Debatte nicht teilnehmen wollen, jetzt den Saal zu verlassen, damit wir mit der Aussprache beginnen können.

Ich eröffne die Aussprache. Als Erster hat das Wort der Bundesaußenminister Heiko Maas.

(Beifall bei der SPD)

**Heiko Maas**, Bundesminister des Auswärtigen:

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Es ist schon das zweite Mal, dass wir heute über Mali sprechen. Wir haben über MINUSMA gesprochen, und wir werden jetzt über das Mandat EUTM Mali sprechen. Das ist ein Ausdruck der Verantwortung, die wir in der internationalen Politik wahrnehmen. Im Zusammenhang mit Mali und der Bekämpfung des Terrorismus geht es viel um Verantwortung, auch um die, die von uns

eingefordert wird, und es ist ein gutes Beispiel, dass wir diese auf unterschiedlichen Ebenen wahrnehmen. (C)

Wir tun das in einem Land, das immer noch außerordentlich fragil ist; das hat die Debatte vorhin schon deutlich gemacht. Letztlich hat das schreckliche Massaker in der Nähe von Mopti, das über 160 Menschen das Leben gekostet hat, darunter viele Frauen und Kinder, gezeigt, wie schwierig die Lage in vielen Teilen des Landes vor Ort ist.

Das verdeutlicht aber natürlich auch, wie weit der Weg zu Frieden und Aussöhnung ist und dass wir uns in einer Situation befinden, in der das Land auf internationale Hilfe angewiesen ist und noch eine Zeit lang bleiben wird. Dennoch ist das Ziel unserer Bestrebungen, den Maliern zu ermöglichen, in Zukunft wieder in einem sicheren Land leben zu können und dabei diese Verantwortung selbst ausüben zu können. Das ist der Beitrag, den wir auch mit dieser Mission leisten wollen.

Damit das gelingt, müssen sich zivile und militärische Maßnahmen verzahnen. Das ist genau wie bei MINUSMA außerordentlich wichtig, und das ist auch unser Ansatz. Deshalb gibt es die Zusammenarbeit mit MINUSMA mit Maßnahmen zur Stabilisierung, zur Krisenprävention und zu unserem entwicklungspolitischen Engagement, das es dort gibt, und – nicht zu vergessen – mit der zivilen EU-Mission EUCAP Sahel Mali. Auch das ist ein Bestandteil dieses sogenannten und schon erwähnten vernetzten Ansatzes, den wir dort verfolgen. Mit der EU-Mission EUTM Mali, die ein wichtiger Teil dieses vernetzten Ansatzes ist, werden wir vor allen Dingen dazu beitragen, die Ausbildung und Beratung militärischer Streitkräfte im Land zu verbessern. Wir werden auch damit einen Beitrag zur Stabilisierung leisten. (D)

Das heißt konkret: Die Mission hat ein Trainingszentrum in Koulikoro, nahe Bamako. Dort werden malische Soldatinnen und Soldaten auf verschiedenen Gebieten geschult; dazu gehört auch die Vermittlung von Wissen – auch das ist wichtig und findet in der Debatte viel zu selten Gehör – über humanitäres Völkerrecht und Menschenrechte.

Die Mission setzt vermehrt auf das Prinzip der „Ausbildung der Ausbilder“. Das heißt, malische Kräfte werden ausgebildet, die dann ihrerseits das Training übernehmen können. EUTM berät darüber hinaus das malische Verteidigungsministerium zu Führung, Logistik und Personalwirtschaft. Auch das ist ein wichtiger Beitrag.

Letztlich ist das Ziel von EUTM, das malische Militär darin zu unterstützen, die Strukturen zu schaffen und die Fähigkeiten und Fertigkeiten auszubilden, die notwendig sind, damit sie irgendwann in nicht allzu ferner Zukunft die Sicherheit des Landes selber in die Hand nehmen können. Einen perspektivisch sehr wichtigen Beitrag zur Sicherheit leistet – das ist auch schon ein Thema bei MINUSMA gewesen – die gemeinsame Einsatztruppe der G-5-Sahel-Staaten. Die Ausbildung und Beratung dieser gemeinsamen Einsatztruppe ist letztes Jahr auch

**Bundesminister Heiko Maas**

- (A) ein Teil des Mandates von EUTM geworden, und das ist auch vernünftig.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, klar ist aber: Es geht nur um Ausbildung und Beratung. EUTM begleitet weder die malischen Streitkräfte noch die gemeinsame G-5-Truppe in irgendeinen Einsatz.

Wenn eine solche Mandatsverlängerung ansteht, muss man auch fragen: Was ist denn überhaupt erreicht worden? Das ist einiges. Das ist bei MINUSMA heute Morgen schon diskutiert worden. Das ist auch den rund 180 deutschen Soldatinnen und Soldaten zu verdanken, die derzeit im Rahmen der Mission in Mali im Einsatz sind. Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle bei ihnen ganz besonders für ihre wichtige, aber auch schwierige Arbeit vor Ort bedanken.

(Beifall bei der SPD, der CDU/CSU und der FDP sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Das Umfeld, in dem dort gearbeitet wird, ist kein einfaches. Das ist deutlich geworden, als wir vor einigen Wochen noch einmal vor Ort gewesen sind. Ich konnte mir nur eine Woche nach dem Anschlag, den es auf das EU-Trainingslager in Koulikoro gegeben hat, ein Bild von der Lage vor Ort machen, auch davon, wie gut die Mission mit diesem Zwischenfall umgeht, und zwar nicht nur unsere Soldatinnen und Soldaten, sondern auch diejenigen der anderen Staaten, die an der Mission beteiligt sind. Es ist wirklich außerordentlich beeindruckend gewesen, wie vorausschauend und verantwortungsvoll damit umgegangen worden ist und wie versucht wurde, die Zivilbevölkerung in Koulikoro einzubeziehen und mit den Unsicherheiten und Ängsten, die er ausgelöst hat, umzugehen; denn natürlich wird in der Zivilbevölkerung sehr schnell danach gefragt: Werden bei uns jetzt Anschläge verübt? Früher ist das doch nicht der Fall gewesen. Wächst jetzt die Gefahr nur aufgrund der Tatsache, dass ausländische Soldaten da sind? – Aber auch in der Bevölkerung dort wird das Engagement sehr anerkannt.

Deshalb ist für uns klar: Die Sicherheit unserer Soldatinnen und Soldaten hat Vorrang, hat Priorität. Es geht darum, diese Mission so auszugestalten, dass auch in dieser gefährlichen Situation möglichst wenig passiert und dass die Soldatinnen und Soldaten in der Mission dort und in den Camps, in denen sie sind, ausreichend Schutz haben. Das ist vor Ort auch der Fall.

Deutschland ist der zweitgrößte Truppensteller bei EUTM. Wir stellen derzeit auch den Missionskommandeur. Wir haben letztes Jahr die personelle Obergrenze auf 350 Personen angehoben, um die besondere Aufgabe der Missionsleitung adäquat erfüllen zu können. Diese Obergrenze soll auch für das kommende Jahr bestehen bleiben. Danach können wir Österreich, das die Missionsleitung von uns übernehmen wird, wie angekündigt, entsprechend unterstützen. Dazu finden bereits vorbereitende Gespräche statt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Deutschlands Engagement im Rahmen von EUTM Mali ist, wie ich finde, ein konkretes Beispiel dafür, wie man Verantwortung übernehmen kann. Wir tun dies eingebunden in die Strukturen der Gemeinsamen Sicherheits- und Verteidigungspolitik der Europäischen Union; auch das ist ein wichtiger Aspekt. Wir zeigen damit im Übrigen auch, wie wichtig uns insbesondere in der Sicherheits- und Verteidigungspolitik ein gemeinsamer europäischer Ansatz ist.

Meine Damen und Herren, Sicherheit und Stabilität in Mali sind für uns alle von Bedeutung. Das Land hat eine Schlüsselposition in der Sahelregion. Terror, organisierte Kriminalität und Migrationsbewegungen machen an Grenzen nicht halt. Deshalb bitte ich Sie herzlich, die wirklich schwierige Arbeit unserer Soldatinnen und Soldaten vor Ort auch weiter zu unterstützen, indem es eine große Mehrheit für die Fortsetzung dieses Mandates gibt.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner in der Debatte ist der Kollege Dr. Lothar Maier für die Fraktion der CDU/CSU.

(Dr. Alexander Gauland [AfD]: Was? Das stimmt nicht!)

– Für die AfD. Entschuldigung.

(Dr. Alexander Gauland [AfD]: Um Gottes willen! – Jürgen Hardt [CDU/CSU]: Der war mal bei der SPD!)

Ich war schon einen Schritt weiter.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Lothar Maier (AfD):**

Zumindest stimmt es nicht mehr. – Nach fünf Jahren Einsatz – wir haben heute Morgen schon darüber geredet –: kein Fortschritt. Ich finde, wenn man in fünf Jahren nicht nur das Ziel nicht erreicht hat, sondern von der Erreichung des Ziels noch weiter entfernt ist als am Anfang, dann muss man einen vernünftigen Schluss daraus ziehen

(Beifall bei der AfD)

und darf nicht den Weg gehen, den wir seit anderthalb Jahrzehnten in Afghanistan gehen. Dort stehen wir vor der gleichen Problematik. Es darf sich nicht wiederholen, was andere Länder in solchen Befriedungs- und Kolonialkriegen, wie wir sie in Vietnam, Angola, Mosambik oder in Algerien hatten, erlebt haben. Die lange Dauer hat diejenigen, die diese Kriege führten, weiter von ihrem Ziel entfernt und diesem eben nicht angenähert.

Das Ende dieses Einsatzes ist nicht erkennbar, es ist nicht kodifiziert. Es gibt keine vernünftigen Kriterien für die Zielerreichung. Es kommt noch dazu, dass auch die Mittel, die eingesetzt werden – nicht nur die Truppenstärke, sondern auch die materiellen Mittel –, offensichtlich unzureichend sind. Ich habe bei einer Konferenz in Paris den französischen Generalstabschef Lecointre sa-

**Dr. Lothar Maier**

- (A) gen hören: Die Mission in Mali ist auf gutem Wege, aber die Ausrüstung ist unvollständig. – Er hat das dann zum Glück noch etwas präzisiert. Er sagte: Leider fehlen Hubschrauber und Transportflugzeuge. – Nur: In Mali können Sie einen Krieg ohne diese Mittel überhaupt nicht führen. Es gibt kaum Straßen, es gibt keine Wasserwege, es gibt keine Schienen. Ohne Hubschrauber und Flugzeuge ist dort ein vernünftiger Einsatz ausgeschlossen. Es kommt mir ein bisschen so vor, als wenn ein Admiral sagen würde: Wir haben da eine Seekriegsoperation am Laufen. Läuft gut.

(Dr. Marcus Faber [FDP]: Das ist eine Trainingsmission!)

Leider haben wir keine Schiffe.

(Beifall bei der AfD)

Wir haben – das drückt die Bezeichnung der Mission, EUTM Training Mission, schon aus – die gleiche Situation: Die Kräfte, die wir dort im Einsatz haben, sind für Ausbildungszwecke, für Logistikmissionen, für Sanitätsmissionen zuständig, aber sie beteiligen sich nicht an den Kämpfen. Das überlässt man den Kräften, die aus den anderen G-5-Sahel-Staaten kommen. Es werden – das ist das Ziel der deutschen Kräfte – dort zwei malische Bataillone ausgebildet. Die EUTM bildet insgesamt noch viel mehr aus. Es gibt sehr hohe Zahlen, und man wundert sich: Warum ist das Ergebnis nicht sichtbarer, wenn tatsächlich so viele malische Kräfte ausgebildet worden sind?

- (B) (Armin-Paulus Hampel [AfD]: Wo sind die eigentlich? Genau!)

Es war von 10 000 Soldaten die Rede. Die Zahl 20 000 habe ich auch schon gehört. Sind das wirklich die Soldaten, die man braucht, um diese Befriedigungsmission durchzuführen? Das Problem hatte man ja auch in Afghanistan. Auch dort waren die Ausbildungsergebnisse zu weit von dem entfernt, was man erwartet hat.

(Beifall bei der AfD)

Das Land Mali ist kein Nationalstaat. Das ist eine Gegebenheit. Es ist ein von Kolonialmächten zurechtgeschusterter Staat mit einer sehr heterogen zusammengesetzten Bevölkerung, mit Völkern, die sich zum Teil, auch historisch gesehen, sehr schlecht miteinander vertragen.

Der Norden von Mali ist von der malischen Regierung – ich hatte das schon angeführt – systematisch vernachlässigt worden. Das geht auch weiter. Die malische Regierung sagt sich: Da sind ja nun die Europäer mit ihren Missionen im Einsatz. Die haben das Geld dafür. Da brauchen wir gar nicht mehr viel zu tun, um die Region zu befrieden.

Das Land steht vor einer demografischen Katastrophe; das sagen die malischen Politiker selber. Die Bevölkerung hat sich innerhalb von vier Jahrzehnten vervierfacht. Bis zum Jahr 2050 soll sie angeblich 60 Millionen Einwohner umfassen – in einem Land, das viel weniger als die Hälfte dieser Zahl ernähren kann.

Die Grenzen sind offen und auch nicht kontrollierbar, und einer der wichtigsten Akteure in der Gegend, Algerien, hält sich vornehm zurück und beteiligt sich an keiner dieser Missionen. (C)

Ich habe den Eindruck – das ist auch der Eindruck meiner Fraktion –: Es gibt kein wirkliches deutsches, nationales Interesse an der Fortsetzung dieses Kampfes. Ganz im Gegenteil: Wir sind dafür, diesen aussichtslos gewordenen Kampf zu beenden, die europäischen und die deutschen Kräfte zurückzuziehen und die Lehren aus der Geschichte zu ziehen.

Danke schön.

(Beifall bei der AfD – Claudia Roth [Augsburg] [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Lehren aus der Geschichte ziehen! – Kordula Schulz-Asche [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Und die Leute alleinlassen, oder was?)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Nächster Redner ist für die Bundesregierung der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Peter Tauber.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Peter Tauber**, Parl. Staatssekretär bei der Bundesministerin der Verteidigung:

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Die Mission in Mali, über die wir heute diskutieren, wird derzeit von einem Deutschen geführt. Und wenn man mit Brigadegeneral Peter Mirow redet, dann bekommt man, wie man das bei einem deutschen Offizier gewohnt ist, ein sehr klares Lagebild vermittelt: Die Sicherheitslage in diesem Land ist in einigen Teilen nach wie vor schwierig. Der Friedensprozess stockt. Die ethnischen Konflikte werden instrumentalisiert, politisch, aber auch religiös. Der Ausbildungsstand der malischen Kräfte entspricht nicht dem, was wir uns wünschen – trotz der bereits erfolgten Ausbildung von gut 13 000 Mann. Es kommt zu Übergriffen. Und deswegen ist es auch so wichtig, dass neben der Vermittlung des militärischen Handwerkszeugs auch die Frage der Menschenrechte im Rahmen der militärischen Ausbildung immer wieder thematisiert wird. (D)

Was ist das Ziel? Das Ziel ist die Befähigung der malischen Kräfte, selbst für die Sicherheit in ihrem Land zu sorgen, um so das Vertrauen der Menschen dort in den eigenen Staat zu gewährleisten und zu stärken.

Was ist Gegenstand der Ausbildung? Zwei Beispiele: Im Rahmen der Ertüchtigungsinitiative erhalten die malischen Kräfte derzeit geschützte Transportfahrzeuge. Die sind notwendig, um die großen Räume dort entsprechend zu sichern und zu überwachen. Aber mit den Fahrzeugen ist es natürlich nicht getan. Die Soldaten dort erhalten eine taktische Ausbildung, die sie in die Lage versetzt, dieses Gerät auch effektiv militärisch zu nutzen. Dieser Lehrgang läuft derzeit. Im Anschluss – von Ende April bis Mitte August – findet ein weiterer Lehrgang der Kompaniechefs statt. Auch dort wird deutlich: Es geht darum, die malischen Kräfte in die Lage zu versetzen, ihre Soldaten selbst zu führen.

**Dr. Peter Tauber**

(A) Alle diese Maßnahmen sind schon aus sich heraus gerechtfertigt. Ich will den Blick aber noch einmal weiten: Wir haben heute schon über das Mandat MINUSMA gesprochen. Das ist Teil einer umfassenden Strategie Deutschlands und Europas, gemeinsam mit afrikanischen Nationen dafür zu sorgen, dass unser Nachbarkontinent bei allen Problemen, die er hat, auch die Perspektiven und Chancen erkennt. Und das ist in der Tat deutsches, nationales Interesse und europäisches Interesse.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Armin-Paulus Hampel [AfD]:  
Hört! Hört!)

Ausdruck findet das auch in der Idee der G-5-Sahel-Staaten, eine Kooperation, die es in Afrika so noch nicht gegeben hat. Wir können uns bei allen schwierigen Entwicklungen dort die Folgen für Europa, sollte diese Mission nicht zum Erfolg führen, jederzeit ausmalen. Deswegen noch einmal: Neben allen menschlichen Schicksalen und aller humanitären Not ist auch unser sicherheitspolitisches Interesse, dort für eine gute und stabile Entwicklung zu sorgen.

Was entscheidet der Deutsche Bundestag? Er verlängert das Mandat bis Ende Mai des Jahres 2020. Die Obergrenze für diesen Einsatz liegt bei 350 Soldatinnen und Soldaten. Die Kosten betragen circa 40 Millionen Euro.

(B) Wir sagen auch klar: Obwohl es eine Ausbildungsmision ist, ist dieser Einsatz für unsere Soldatinnen und Soldaten nicht ohne Risiken. Der Angriff auf das Ausbildungszentrum in Koulikoro Ende Februar hat das noch einmal verdeutlicht. Wichtig ist, auch noch einmal zu betonen: Wir sind dort nicht alleine; wir sind dort gemeinsam mit 22 anderen europäischen Nationen. Und wer immer fragt, wo man die Armee der Europäer eigentlich sehen kann: Dort sieht man sie, in diesem Einsatz, bei dieser Mission, die die Europäer gemeinsam, Seite an Seite, führen.

Mir ist zum Schluss wichtig, ein Dankeschön zu sagen, ein Dankeschön den Männern und Frauen im Einsatz, den Familien, die unsere Soldatinnen und Soldaten im Einsatz tragen, und den Abgeordneten, die nicht nur diesem Einsatz zustimmen, sondern auch hinter unseren Streitkräften stehen. Das haben die Männer und Frauen verdient. Ich wünsche ihnen nach dem Einsatz eine sichere Rückkehr in die Heimat.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Bevor ich die nächste Rednerin aufrufe, möchte ich das von den Schriftführerinnen und Schriftführern ermittelte **Ergebnis der Wahl** eines Stellvertreters des Präsidenten des Deutschen Bundestages bekannt geben: abgegebene Stimmzettel 635, ungültige Stimmzettel 1. Mit Ja haben gestimmt 210 Abgeordnete, mit Nein haben gestimmt 393 Abgeordnete, es gab 31 Enthaltungen. Der Abgeordnete Gerold Otten hat die erforderliche Mehrheit von mindestens 355 Stimmen

nicht erreicht. Er ist somit nicht zum Stellvertreter des Präsidenten gewählt.<sup>1)</sup> (C)

Wir fahren in der Debatte fort. Ich rufe die nächste Rednerin auf: Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann für die Fraktion der FDP.

(Beifall bei der FDP)

**Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann (FDP):**

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! EUTM Mali ist das kleinere Mandat, aber es ist, wie gerade ausgeführt wurde, deswegen nicht weniger gefährlich, im Gegenteil.

Vor einigen Wochen waren wir mit einigen Kolleginnen und Kollegen des Deutschen Bundestages vor Ort, und zwar unmittelbar nach dem Attentat in dem Camp Koulikoro. Man muss sich das einmal vorstellen: Es sind zwei Fahrzeuge vorgefahren, die in die Luft gesprengt werden sollten. Bei dem einem ist das tragischerweise geglückt, bei dem anderen nicht, sodass zum Glück nicht beide explodiert sind. Diese Methode kennen wir übrigens aus Afghanistan; in afrikanischen Gebieten ist diese Form von Terror bis dato noch nicht so oft aufgetreten. Es ist nur dem Instinkt der Soldaten und Soldatinnen vor Ort zu verdanken, dass es zu keiner Tragödie kam, und das ist insbesondere den Spaniern zu verdanken, die dieses Camp schützen und unglaublich gut reagiert haben müssen. Deswegen ist es Zeit, den deutschen Soldatinnen und Soldaten, aber eben auch den Kameradinnen und Kameraden der anderen Länder – in diesem Fall den Spaniern –, Danke zu sagen, dass sie dieses Camp so fantastisch geschützt haben. (D)

(Beifall bei der FDP, der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir waren dort und haben die Ausmaße dieses Angriffs gesehen. Das lässt einen ja nicht einfach ruhen. Es ist wirklich ein Wunder, dass es keine Toten und keine Verletzten gab.

Meine Damen und Herren, das war auch ein Angriff auf die malische Armee. Die malischen Armeeeingehörenden leben dort mit ihren Familien; das Dorf dockt unmittelbar an diesem Camp an und ist ebenfalls auf diesem Gelände. Auch sie hätte es treffen können.

Wir wissen aus Gesprächen, dass die malischen Soldaten dankbar dafür sind, dass wir helfen und sie ausbilden; denn es ist natürlich deren Aufgabe, ihre eigene Bevölkerung auf Dauer zu schützen, und da reicht es seitens der malischen Armee nicht, die Milizen zu entwaffnen und die Bevölkerung sich selbst zu überlassen. Das Resultat haben wir mitbekommen: Es gab einen schrecklichen Anschlag – das wurde gesagt – mit 160 Toten, überwiegend Frauen und Kindern.

Meine Damen und Herren, wenn man sich mit Mali beschäftigt, sieht man: Dieses Land wächst unvorstellbar schnell. 1990 hatte es noch 8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner, heute sind es 18,5 Millionen. Dabei geht

<sup>1)</sup> Namensverzeichnis der Teilnehmer an der Wahl siehe Anlage 3



**Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann**

- (A) es ums Überleben, um den Kampf um genügend Wasser. Neben ethnischen Kämpfen geht es schlicht um den Überlebenskampf. Wie soll das in einem Land, das so schnell wächst – jede Frau bekommt im Schnitt sieben Kinder –, überhaupt gelingen?

Aber auch in diesem Fall gilt der vernetzte Ansatz. Wir brauchen Diplomatie, um den Frieden zu unterstützen. Wir brauchen die Bundeswehr und die Soldatinnen und Soldaten, um dieses Land zu sichern. Und wir brauchen Entwicklungshilfe. Ich wünsche mir, wir wünschen uns als Freie Demokraten, dass in diesem Land noch wesentlich mehr in Bildung investiert wird. Es gibt unvorstellbar viele Analphabeten. Wenn man mit Blick auf eine Geburtenregelung an die Frauen herantreten will, kann das nur über Bildung geschehen.

Unsere Aufgabe hier im Deutschen Bundestag ist es, die deutsche Öffentlichkeit an dieser Stelle mitzunehmen, ihr zu erklären, was Soldatinnen und Soldaten aus Deutschland in Westafrika machen. Es ist unsere Aufgabe, klarzumachen, dass, wenn diese Gegend stabil bzw. stabiler ist, das auch für uns in Deutschland ein Segen ist. Deswegen werden wir als Freie Demokraten diesem Mandat zustimmen.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist für die Fraktion Die Linke Christine Buchholz.

(Beifall bei der LINKEN)

(B)

**Christine Buchholz (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Vor sechs Wochen war auch ich mit anderen Abgeordneten gemeinsam in Mali. Im Vergleich zu früheren Besuchen fiel mir auf Anhieb auf: Die Sicherheitslage dort hat sich dramatisch verschlechtert. Wir waren unter anderem in Koulikoro, dem zentralen Standort der von der Bundeswehr geführten Ausbildungsmission EUTM Mali. Koulikoro war 2014 noch absolut sicher. Doch kurz bevor wir in diesem Jahr eintrafen, verübten Attentäter mit zwei sprengstoffbeladenen Fahrzeugen einen komplexen Angriff auf die dort stationierten Truppen. Der Anschlag zeigt: Die Unsicherheit in Mali weitet sich aus, zunächst vom Norden ins Zentrum und nun vom Zentrum in den Süden des Landes. Ich glaube, man muss ganz klar sagen: Die Rechnung „Mehr Soldaten bedeuten mehr Sicherheit“ geht offenkundig nicht auf.

(Beifall bei der LINKEN)

Es sind auch die unterschiedlichen internationalen Militäreinsätze, die die Lage in Mali haben weiter eskalieren lassen. Deshalb sagt Die Linke: Es ist Zeit, die Bundeswehr aus Mali abzuziehen.

(Beifall bei der LINKEN)

Die verarmte Bevölkerung leidet dabei am meisten unter der Militarisierung des Konflikts. Am 23. März dieses Jahres wurden mindestens 134 Zivilisten der Ethnie der Peuls in drei Ortschaften auf bestialische Art und Weise von Bewaffneten einer anderen Ethnie umgebracht.

Was sagt die Bundesregierung im vorliegenden Antrag zur Lage in dem betroffenen Gebiet? Sie behauptet, die malische Regierung unternehme im Zentrum des Landes – Zitat – „ernsthafte Bemühungen, ethnische Konflikte einzudämmen“. Ich sage: Die Bundesregierung lenkt von der Verantwortung der malischen Regierung und der malischen Streitkräfte ab, um die eigene Ausbildungsmission zu rechtfertigen, und das kann doch wohl nicht wahr sein.

(Beifall bei der LINKEN)

Die Linke in Mali und zahlreiche Menschenrechtsaktivisten haben immer wieder davor gewarnt, dass die malische Regierung den Eindruck erwecke, alle Peuls seien Terroristen. In dieser Atmosphäre eskalieren die ethnischen Spannungen. Auf den Schutz durch die malische Armee, die seit sechs Jahren auch von der Bundeswehr ausgebildet wird, können die Peuls dabei nicht rechnen; denn die malische Armee ist selbst in den Konflikt zwischen den Ethnien verstrickt.

Ich habe das übrigens hier im Plenum vor einem Jahr gesagt und darauf hingewiesen, dass die malische Armee Massaker an Peuls verübt. Die UNO hat das inzwischen bestätigt. Aus einem UN-Bericht geht hervor, dass die malische Armee bis zum Sommer letzten Jahres in mindestens 58 Fällen Menschenrechtsverletzungen begangen hat und mindestens 44 Personen außergerichtlich exekutiert hat. Seitdem ist die Gewalt weiter eskaliert, und die Zahl der Binnenflüchtlinge hat sich im letzten Jahr verdreifacht. Ich wiederhole: Die malische Armee ist nicht Teil der Lösung, sondern Teil des Problems. Wer diese Armee weiter ausrüstet, berät und militärisch ausbildet, macht sich mitverantwortlich.

(Beifall bei der LINKEN)

Weder internationale Militärausbilder noch Kampftruppen bringen Frieden nach Mali. Die Lösung liegt im Land selbst. Dort gibt es sehr wohl Kräfte, die für Frieden, Gerechtigkeit und auch den Ausgleich zwischen den Ethnien kämpfen. Es gibt in Mali eine aktive Zivilgesellschaft. Es gibt die linke Partei SADI. Und es gibt Bürgerrechtsorganisationen wie Kisal, die auf die Stärkung bestehender traditioneller Mechanismen zur Konfliktregelung zwischen Viehzüchtern und Ackerbauern hinwirken. Es gibt auch Gewerkschaften; sie haben sich übrigens zu dem Zeitpunkt, als wir da waren, gerade in einem groß angelegten Streik der Lehrkräfte für mehr Gehalt befunden. Es sind diese Kräfte, die Mali gerechter und friedlicher machen, nicht die Bundeswehr.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist die Kollegin Katja Keul für Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die malische Armee ist nach wie vor nicht in

**Katja Keul**

- (A) der Lage, das eigene Land zu verteidigen, und benötigt deshalb immer noch Ausbildung und Unterstützung.

Wir Grüne haben die Ausbildungsmission EUTM seit 2013 unterstützt. Europa hat nämlich aus einem doppelten Grund eine Verantwortung für Mali. 2011 war die malische Armee ein wehrloser Haufen ohne Ausrüstung und Fähigkeiten. Die Soldaten waren den aus Libyen zurückkehrenden Tuareg-Söldnern hilflos ausgeliefert. Diese waren mit den modernsten Waffen aus dem Arsenal Gaddafis ausgestattet, die Europäer ihnen geliefert hatten. Erst hat also die Rüstungsindustrie ein gutes Geschäft mit den Waffenlieferungen an Gaddafi gemacht. Dann hat die NATO das Land bombardiert, ohne sich im Geringsten um die Folgen dieses Krieges zu scheren. Im Januar 2012 wurden in der Nähe von Kidal 100 Soldaten der malischen Armee in ihrem Camp brutal ermordet. Welche der kriminellen oder islamistischen Gruppen dafür verantwortlich war, weiß man bis heute nicht. Die malischen Soldaten und ihre Angehörigen waren jedenfalls danach nicht mehr bereit, sich massakrieren zu lassen, zogen nach Bamako und putschten im März 2012.

Wie sieht es jetzt, nach sechs Jahren europäischer Ausbildungsmission, aus? In der Mandatsbegründung selbst heißt es:

Die Fortschritte im Bereich der Sicherheitskräfte sind ... bislang begrenzt.

- (B) Was aus den in Koulikoro ausgebildeten Soldaten wird und wo sie im Einsatz sind, kann niemand nachverfolgen, weil es kein Personalmanagement gibt. Das ist aber nicht das Einzige, was fehlt. Das von der malischen Regierung zu stellende Material ist eine Katastrophe. Fahrzeuge sind nicht fahrtauglich, und Werkzeug für Reparaturen ist nicht vorhanden.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Wie bei uns!)

In Brüssel liegt bereits eine Wunschliste für europäisches Ausbildungsmaterial für Mali vor. Ich muss sagen: Wenn wir schon diesen Aufwand betreiben, sollten wir nicht am falschen Ende sparen.

Der Aufwand für Logistik und Sicherung der Ausbilder steht leider ohnehin in keinem Verhältnis. Von aktuell 170 Bundeswehrangehörigen sind gerade einmal sieben mit der eigentlichen Ausbildung beschäftigt, allesamt ohne Französischkenntnisse. Ich hatte bei meinen Gesprächen durchaus den Eindruck, dass Sprachkurse als Einsatzvorbereitung gerne angenommen würden. Ich finde, ein solches Angebot sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Was allerdings die Kosten-Nutzen-Rechnung endgültig zum Kippen bringen könnte, ist die Sicherheitslage. Der komplexe Angriff vom 24. Februar dieses Jahres auf die Offiziersschule in Koulikoro wird Sicherheitsvorkehrungen in völlig neuen Dimensionen erforderlich machen. Trotz aller Vorkehrungen ist nicht auszuschließen, dass die Militärpräsenz der Europäer in unmittelbarer Nähe zur Stadt selbst zu einem Sicherheitsrisiko für die Zivilbevölkerung wird. Das derzeit führende Islamisten-

netzwerk hat sich nicht nur zu dem Anschlag bekannt, sondern auch die „fremden Besatzer“ zum Anschlagziel erklärt. Es war reiner Zufall, dass der Anschlag missglückte und die Angreifer nicht ins Camp eindringen konnten. Vor diesem Hintergrund gehört die Mission gründlich auf den Prüfstand gestellt. (C)

Wenn wir für sieben Trainer insgesamt 170 Soldaten nach Mali schicken müssen, die dann auf unzureichendes Material stoßen und durch ihre Präsenz im Land ein Angriffsziel für die Islamisten bieten, muss die Frage erlaubt sein, ob das der richtige Weg ist.

(Beifall des Abg. Omid Nouripour [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Ich habe da inzwischen erhebliche Zweifel. Es drängt sich doch die Frage auf, ob wir die malischen Offiziere nicht besser und effizienter in Europa ausbilden könnten. Das scheint mir nicht nur günstiger zu sein, was den Kostenaufwand anbetrifft, sondern auch im Hinblick auf die Sicherheitslage.

Eines soll jedenfalls nicht als Grund erhalten: die Symbolik einer EU-Präsenz um ihrer selbst willen. Wir dürfen unsere Soldatinnen und Soldaten nur in einen solchen Einsatz schicken, wenn es wirklich der Ausbildung der malischen Armee zugutekommt. Wenn es nur darum geht, zu beweisen, dass die EU in Afrika irgendwie dabei ist, wäre das nicht zu legitimieren.

Selbst wenn Sie diesmal noch die Unterstützung der Grünenfraktion für diese Mission bekommen sollten, muss sich im nächsten Jahr einiges ändern, sonst verliert diese Mission langfristig endgültig ihre Legitimität. (D)

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner für die Fraktion der CDU/CSU ist Dr. Wolfgang Stefinger.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Wolfgang Stefinger (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist gar keine Frage, dass die Lage in Mali weiterhin prekär ist, und das trotz des bestehenden Friedensabkommens. Kämpfe und Anschläge sind an der Tagesordnung. Insbesondere in der Region Zentralmali sind Terror und organisierte Kriminalität sowie ethnische und soziale Konflikte an der Tagesordnung.

Ja, die Lage ist schwierig. Aber wir stehen vor der Aufgabe, zu entscheiden: Entweder überlassen wir das Land sich selbst, oder wir übernehmen Verantwortung und versuchen, die Regierung zu unterstützen, vor allem dabei, das Friedensabkommen umzusetzen. Das ist in unserem eigenen Interesse.

Es ist in unserem Interesse, das Land zu stabilisieren, und vor allem auch, das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen. Warum ist das so? Mali ist Kernland in der Sa-

**Dr. Wolfgang Stefinger**

- (A) helzone. Das Land hat eine Schlüsselrolle, eine Schlüsselrolle für Stabilität und für die Entwicklung in der gesamten Region.

Instabilität befördert Konflikte. Instabilität befördert das Agieren von Gruppen im rechtsfreien Raum. Das alles hat Auswirkungen auf Deutschland und auf Europa. Armut, Verlust von staatlicher Autorität und Kontrolle befördern Kriminalität und Terror. Die Folge von Kriminalität und Terror, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind Fluchtbewegungen, Fluchtbewegungen innerhalb des Kontinents, aber auch darüber hinaus. Deswegen wollen wir die Lage stabilisieren und die Region unterstützen. Wir wollen die Lebensbedingungen der Menschen verbessern und damit auch die Fluchtursachen bekämpfen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie des Abg. Thomas Hitschler [SPD])

Jetzt fragen Sie sich zu Recht: Wie geht das? Selbstverständlich mit Sicherheit, mit einem stabilen Umfeld. Da komme ich zur Entwicklungspolitik. Es geht uns auch um die Bekämpfung von Hunger und Armut. Es geht uns auch – die Kollegin hat es eben angesprochen – um Investitionen in Bildung.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Und Gender!)

Es geht uns auch um die Gesundheitsversorgung. Aber das alles ist nur in einem stabilen und sicheren Umfeld möglich.

- (B) Wir sehen bereits heute, dass die Arbeit im Bereich Gesundheits- und Wasserversorgung vor Ort unproblematischer erfolgen kann als beispielsweise die Errichtung einer Kommunalverwaltung oder die Steuererhebung. Hier kommt es häufiger zu Bedrohungen durch islamistische Gruppen. Um all dies – Bekämpfung von Hunger, Investitionen in Bildung, Sicherstellung der Gesundheits- und Wasserversorgung, aber auch Aufbau eines funktionierenden Staatssystems – bewerkstelligen zu können, brauchen wir ein stabiles Umfeld, und hierfür ist EUTM Mali wichtig.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

EUTM Mali ist wichtig für den Friedensprozess, und es ist auch wichtig für die Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir unterstützen die Bemühungen zur Versöhnung. Gestern sind die Regierungsverhandlungen zu Ende gegangen. Dort haben wir noch einmal deutlich gemacht, dass die malische Regierung natürlich auch ihren Beitrag dazu leisten muss – das ist selbstverständlich. Aber heute muss von uns auch das Signal ausgehen, dass wir dieses Land nicht alleinlassen, trotz der Herausforderungen, die selbstverständlich immens bleiben. Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte ich Sie um Ihre Unterstützung. Es ist ein weiter Weg, aber ich bitte Sie: Lassen wir Mali nicht allein!

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Letzte Rednerin in der Debatte ist für die Fraktion der CDU/CSU Gisela Manderla.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Gisela Manderla (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das Massaker in dem Dorf in Zentralmali vor gut zwei Wochen hat der Weltgemeinschaft wieder einmal vor Augen geführt, wie fragil die Sicherheitslage in Mali und der gesamten Sahelzone leider immer noch ist. Staatliche und politische Instabilität, insbesondere aufgrund mangelnder Kontrolle durch die Zentralregierung, ist nach wie vor eines der Kernprobleme in Mali. Auch ist die malische Armee immer noch nicht stark genug, um die zahlreichen Herausforderungen – in erster Linie die Bekämpfung von Terroristengruppen, organisierter Kriminalität sowie Drogen- und Menschenmuggel – bewältigen zu können.

Zwar war die Einrichtung einer gemeinsamen Einsatztruppe durch Burkina Faso, Mali, Mauretanien, Niger und Tschad vor zwei Jahren ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Eine Stabilisierung der Sahelregion kann hingegen nur erzielt werden, wenn Mali als Kernland die genannten Probleme gezielt und nachhaltig einer Lösung zuführen kann. Gelingt dies nicht, hätte dies nachteilige Effekte nicht nur für die Region, sondern für große Teile Afrikas. Für eine Beförderung der positiven Entwicklung ist zwingend erforderlich, dass das von den Konfliktparteien Mitte 2015 unterzeichnete Friedensabkommen umgesetzt wird. Damit dies gelingt, meine sehr verehrten Damen und Herren, bedarf es nicht nur zahlreicher Kompromisse zwischen allen Beteiligten, sondern insbesondere auch der Schaffung staatlicher Strukturen und eines effektiven Gewaltmonopols. Dies würde einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung des Vertrauens der malischen Bevölkerung in die Zentralregierung leisten.

Um die bisherigen, durchaus positiven Ansätze zu verstetigen und nachhaltige Bedingungen für Frieden und Stabilität zu schaffen, ist Mali jedoch auch weiterhin auf die Unterstützung der internationalen Gemeinschaft angewiesen. Die Bundeswehr sorgt mit ihrem Engagement im Namen der Mission dafür, dass die malische Armee in Zukunft eigenständig Sicherheit im Land und an den Landesgrenzen gewährleisten kann. Dabei spielt Deutschland eine führende Rolle, nicht zuletzt aufgrund der Übernahme des Dienstpostens des Missionskommandeurs im November letzten Jahres.

Seit dem Start des Mandats 2013 konnte durch das Zusammenspiel aus Ausbildung und Beratung durchaus eine Stärkung der malischen Armee erreicht werden. Eines der Hauptziele besteht auch weiterhin darin, die Streitkräfte in die Lage zu versetzen, eigenständig militärische Einsätze zu planen und umzusetzen. Mittelfristig soll der Schwerpunkt von EUTM Mali im Bereich der Beratung liegen, während die militärische Grundlagenausbildung eigenständig von den malischen Streitkräften organisiert werden soll.

Meine Damen und Herren, wichtig ist, dass die Präsenz von Ausbildungspersonal im Rahmen der Mission

(C)

(D)

**Gisela Manderla**

- (A) auch weiterhin klaren Vorgaben folgt. Der Schutz der dort eingesetzten Soldatinnen und Soldaten hat für uns oberste Priorität.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Als Vorsitzende der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Soldatenbetreuung wünsche ich mir sehr, dass wir es endlich schaffen, für unsere Soldaten und Soldatinnen eine Oase in Mali zu schaffen.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU – Armin-Paulus Hampel [AfD]: Amen!)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Das war der letzte Redebeitrag in dieser Debatte. Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/8971 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. – Damit sind Sie einverstanden. Dann ist die Überweisung so beschlossen.

Ich rufe nun den Tagesordnungspunkt 8 auf:

Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

- (B) **Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen**

**Drucksachen 19/4834, 19/9298**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Dazu höre ich keinen Widerspruch. Dann ist so beschlossen.

Ich bitte um Entflechtung der verschiedenen Gruppen. Diejenigen, die nicht an der Debatte teilnehmen wollen, mögen bitte den Saal verlassen.

Dann eröffne ich die Aussprache.

(Abg. Alexander Graf Lambsdorff [FDP] begibt sich zum Präsidium)

– Hier gibt es Irritationen, wer der erste Redner ist. Weil wir hier über die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses beraten, ist erster Redner für die Fraktion der CDU/CSU der Kollege Rudolf Henke.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Rudolf Henke (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Verehrte Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben in der vergangenen Legislaturperiode hier im Deutschen Bundestag eine intensive Debatte über die Beihilfe zum Suizid geführt und an deren Ende mit großer Mehrheit der Abgeordneten für ein Verbot der geschäftsmäßigen, also einer auf Wiederholung angelegten, Förderung der Selbsttötung gestimmt.

Nun hat das Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 2. März 2017 entschieden, dass schwer und unheilbar Erkrankte in extremen Ausnahmesituationen einen Anspruch auf Medikamente zur schmerzlosen Selbsttötung haben könnten. Nach den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes sei es grundsätzlich nicht möglich, den Erwerb eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung zu erlauben. Hiervon sei aber unter Berufung auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Fällen einer extremen Notlage eine Ausnahme zu machen. Und dann benennt das Bundesverwaltungsgericht diese extremen Ausnahmen im Einzelnen, insbesondere wenn die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen, verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können.

Aus dieser Situation hat die FDP jetzt den Vorschlag eines Bescheidungsverfahrens abgeleitet, bei dem man im Grunde genommen einen Antrag an ein Amt, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, stellen kann, und dann ergeht in diesem Bescheidungsverfahren ein amtlicher Bescheid darüber, ob einem ein tödliches Arzneimittel abgegeben werden kann oder nicht.

Nun muss man sehen, dass dieser Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts ein Sachverhalt zugrunde liegt, der sich im Jahr 2002 ereignet hat. Die Betroffene verstarb im Februar 2005. Deshalb ist maßgeblicher Beurteilungszeitpunkt, der dem Verpflichtungsbegehren zugrunde liegt, der Zeitpunkt, zu dem der Tod der Betroffenen eingetreten ist.

Das Bundesverwaltungsgericht selbst hat die in einem palliativ begleiteten Behandlungsabbruch bestehende Alternative gesehen und die Verpflichtung des BfArM danach ausgerichtet. Stehen diesem Weg nicht eventuelle Grenzen der Palliativmedizin oder sonstige Umstände entgegen, so schließt der Senat des Bundesverwaltungsgerichts die Erteilung einer Erlaubnis zum Erwerb eines tödlichen Betäubungsmittels aus. Geht man davon aus, dass jedenfalls heute Menschen in einer Situation wie der der damaligen Betroffenen dieser Weg in der Palliativmedizin offensteht, so hätte es damit sein Bewenden, so das Bundesverwaltungsgericht selbst.

Deswegen begrüße ich es ausdrücklich, und wir begrüßen es auch als Fraktion sehr, dass das Bundesministerium für Gesundheit sowohl unter Hermann Gröhe als Minister als auch unter Jens Spahn die Kompetenz des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nicht darin sieht, Selbsttötungen durch einen Verwaltungsakt aktiv zu unterstützen. Wir finden das in dem konkreten Fall mehr als nachvollziehbar. Es zeugt auch von Respekt vor der Entscheidung, die der Deutsche Bundestag selbst getroffen hat.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Es wäre ja hochgradig widersprüchlich, einerseits zu sagen: Wir unterbinden die auf Wiederholung gerichtete Abgabe von Arzneimitteln durch Ärztinnen und Ärzte, die sich mindestens auf eine persönliche Begleitung und Behandlung der Kranken einlassen, die die gesamte psychologische Situation, vielleicht auch die familiäre Situ-

**Rudolf Henke**

- (A) ation ganz genau kennen und die auch die Möglichkeiten der Therapie beurteilen können. Da unterbinden wir das, und dann machen wir das für den Staat möglich, nämlich in einem Bescheidungsverfahren durch eine Behörde.

Wie soll dieses Bescheidungsverfahren denn ablaufen? Was hat das denn mit menschlicher Begegnung zu tun? Ich meine, dass man zu diesem Punkt sagen muss: Wir haben, bevor wir über die Suizidassistenten entschieden haben, auch entschieden, mit dem Hospiz- und Palliativgesetz jedermann die Alternative zur Verfügung zu stellen, auf Palliativmedizin zurückgreifen zu können. Und angesichts dieser Alternative müsste heute das Bundesverwaltungsgericht selbst in dem konkreten Fall zu dem Ergebnis kommen, dass dieser Anspruch, der für 2002 und 2005 vielleicht gebilligt worden sein mag, heute zu verweigern wäre.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Deswegen schützt die Entscheidung des Bundesministers für Gesundheit das, was der Rechtsprechung, auch den Kriterien des Bundesverwaltungsgerichts und erst recht dem, was der Deutsche Bundestag in der Zwischenzeit beschlossen hat, entspricht. Deswegen bitte ich darum, den FDP-Antrag abzulehnen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Dr. Stefan Ruppert [FDP]: Ich glaube, das ist keine gute Idee!)

- (B) **Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner ist für die Fraktion der AfD der Abgeordnete Detlev Spangenberg.

(Beifall bei der AfD)

**Detlev Spangenberg (AfD):**

Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! „Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen“, so der Antrag der FDP. Wir sprechen hier über ein hochsensibles Gebiet. Unfassbares Leid, Lähmungen, Krebskrankungen in unvorstellbaren Ausmaßen: eine nicht nachvollziehbare Situation für diejenigen, die nicht betroffen sind. Ich denke, man sollte durchaus darüber nachdenken, ob hier nicht allein die eigene, nicht von anderen zu beurteilende Wahrnehmung des Betroffenen zu dem eigenen Zustand gilt.

Dabei ist nicht darauf abzustellen, was die Medizin heute an lebensverlängernden Maßnahmen ermöglicht. Palliative Medizin ist nicht nur eine Alternative, sondern auch, parallel dazu zu sehen, die Suizidbeihilfe zu verlangen, so einige Meinungen auch in dieser Diskussion.

Ich will auf die Probleme eingehen, die es hier geben kann. Erstens: der Begriff der sogenannten aktiven Sterbehilfe. Wir haben die indirekte Sterbehilfe, die nach § 34 Strafgesetzbuch als Notstand erlaubt sein kann – allerdings muss da die Tatherrschaft beim Suizidenten selbst liegen –, oder die direkte Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen, strafbar nach § 216 Strafgesetzbuch. Hier

sagen auch einige Stimmen: Diese Situation ist rechtlich ungereimt. Die Haupttat – sich selber umzubringen – ist erlaubt; die Beihilfehandlung ist strafbar, obwohl die Willenserklärung eindeutig und unmissverständlich vorliegt. Auch das wird diskutiert. (C)

Wir haben ein zweites Problem: die Musterberufsordnungen der Ärzte. In vielen Landesärztekammern ist es den Ärzten verboten, bei Suizid Beihilfe zu leisten. Das wiederum bringt viele Ärzte in Probleme und Gewissensnöte und wird ebenfalls diskutiert.

Nun haben wir, was wir eben schon teilweise hörten, das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 2017. Das Gericht bezieht sich auf die Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes, und zwar auf die Würde und das Persönlichkeitsrecht. Unter Persönlichkeitsrecht wird dabei das Recht eines schwer und unheilbar Kranken verstanden, selbst zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt er sein Leben beenden kann. Voraussetzung ist natürlich der freie Wille, über den er noch verfügt und den er dabei auch wirklich deutlich äußern kann.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hätte prüfen müssen, ob eine Ausnahmesituation vorlag oder nicht. Mit Hinweis auf § 5 Absatz 1 Nummer 6 Betäubungsmittelgesetz wurde das abgelehnt.

Nun hat das Bundesministerium für Gesundheit durch einen Nichtanwendungserlass dem Institut untersagt, dieses Urteil umzusetzen, über das wir eben schon gesprochen haben, und die Medikamente zur Verfügung zu stellen. Auch dies gilt als eine sehr umstrittene Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit. (D)

§ 217 Absatz 2 Strafgesetzbuch ist ebenfalls problematisch, weil hier der Begriff „geschäftsmäßig“ hereinkommt. Vielleicht hat man sich am Handelsrecht orientieren wollen, wo ja die Begriffe für ein Gewerbe dann definiert sind mit Gewinnerzielungsabsicht, Teilnahme am öffentlichen Verkehr usw. Die Problematik ist, dass schon ein zweimaliges Handeln, was eigentlich erlaubt wäre, dann bereits strafbar sein könnte.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Falsch!)

– So wird zumindest diskutiert.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Ist aber falsch!)

Der Hintergrund ist natürlich das Wichtigste. Die Betroffenen suchen aber einen Ausweg – und die Betroffenen dürfen hier nicht alleingelassen werden –, und was machen sie? Sie suchen ihn außerhalb Deutschlands; das ist das Problem. Zwischen 2008 und 2012 haben sich nach der Statistik 268 Menschen aus Deutschland in der Schweiz bei der Selbsttötung assistieren lassen – das kann auch nicht der Ausweg sein –, so auch die unheilbar Erkrankte, von der wir eben gehört haben, im Jahre 2005.

Meine Damen und Herren, die AfD wird sich bei diesem Antrag enthalten, mit der Begründung, dass beim Bundesverfassungsgericht viele Entscheidungen derzeit noch anstehen und wir der Meinung sind, um bei dieser schweren Entscheidung etwas klar zu formulieren,

**Detlev Spangenberg**

- (A) sollten wir die Begründung dort noch abwarten. Die AfD-Fraktion ist bereit, fraktionsübergreifend an einem Antrag/Gesetzentwurf mitzuwirken.

Recht vielen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist für die Fraktion der SPD die Kollegin Martina Stamm-Fibich.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Stefan Müller [Erlangen] [CDU/CSU])

**Martina Stamm-Fibich (SPD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Muss der Staat einem schwer und unheilbar kranken Menschen, der sterben möchte, ein tödliches Medikament zugänglich machen? Diese Frage berührt Verfassungsgrundsätze, und es geht um die Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung, das heißt auch das Recht, seinem Leben freiwillig ein Ende zu machen.

Die Frage ist nun, welche Rolle der Staat dabei spielen soll. Darf der Staat Suizid unterstützen und, wenn ja, unter welchen Umständen? Das Bundesverwaltungsgericht hat mit seinem Urteil vom März 2017 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen umfasst, zu entscheiden: Wie und wann soll mein Leben enden? Laut Urteil muss das Betäubungsmittelgesetz deshalb so ausgelegt werden, dass der Medikamentenerwerb für den Suizid möglich ist. Voraussetzung ist aber das Vorliegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung sowie einer extremen Notlage, es muss ein unerträglicher Leidensdruck vorliegen, der nicht ausreichend gelindert werden kann. Nur wenn es keine andere zumutbare Möglichkeit statt des Suizids gibt, muss das Arzneimittel für diesen Suizid zur Verfügung gestellt werden. Es geht also nach diesem Urteil nicht mehr um die Frage des Ob, sondern der Staat muss in Ausnahmefällen den kranken Menschen dieses Medikament zur Verfügung stellen.

Beim BfArM liegen hundert Anträge auf Erwerb eines tödlichen Medikaments zur Selbsttötung vor. Diese Anträge werden aktuell nicht bearbeitet. Zum einen ist es gut möglich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich strafbar machen würden, zum anderen sind weder die anzulegenden Entscheidungskriterien noch das Entscheidungsverfahren geklärt. Genau darüber müssen wir uns aber in einer breiten, auch gesellschaftlichen und ethischen Debatte verständigen.

Da, wo Grundrechte von Fragen von Leben und Tod betroffen sind, darf es nicht allein auf die subjektive Beurteilung Einzelner ankommen. Was ist denn eine extreme Notlage? Wann besteht unerträglicher Leidensdruck? Und was ist eine zumutbare Alternative zur Verwirklichung der Selbsttötung? Das alles muss geklärt werden. Wir müssen im Auge behalten, dass es hier um Grenz- und Ausnahmefälle geht. Es wäre fatal, wenn wir Struk-

turen schaffen würden, die den Suizid für kranke und verletzte Menschen zu einer normalen Option machen würden. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Im schlimmsten Fall könnte daraus eine gesellschaftliche Haltung werden, dass die Selbsttötung erwartet wird. Und natürlich ist es so, dass auch Regeln für Ausnahmefälle die Normalität verändern.

Aus meiner Sicht sollten wir die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts über die Beschwerden zu § 217 abwarten. Diese Entscheidung steht in der kommenden Woche an. Es kann sein, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir uns dann wieder um die andere Frage – der Sterbehilfe – kümmern müssen. Deshalb bin ich dafür, dass wir den Weg frei machen für eine intensive Diskussion hier im Parlament. Die Ergebnisse sollten in Gruppenanträge fließen, über die wir dann ohne Fraktionsdisziplin entscheiden können.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Für einen Beschluss ist es aber noch zu früh. Deshalb lehnen wir den Antrag der FDP ab.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:** (D)

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist für die Fraktion der FDP die Kollegin Katrin Helling-Plahr.

(Beifall bei der FDP)

**Katrin Helling-Plahr (FDP):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Im März 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht über den Fall einer Dame zu befinden, die vom Hals abwärts gelähmt war, künstlich beatmet werden musste und unter ständigen Krampfanfällen litt. Sie hatte starke Schmerzen, Aussicht auf Besserung bestand nicht. Die Dame hatte aufgrund dieser von ihr als unerträglich und entwürdigend empfundenen Leidenssituation den Wunsch, ihr Leben zu beenden. Da sich das Verfahren in die Länge zog, hat sie ihren Sterbewunsch vor dem Urteilsspruch in der Schweiz realisiert.

Das Bundesverwaltungsgericht hat ein bemerkenswertes Urteil gefällt. Um aus den Leitsätzen zu zitieren:

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht ... umfasst auch das Recht eines schwer und unheilbar kranken Menschen, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln.

Das Bundesverwaltungsgericht befand, dass schwer und unheilbar Kranken in einer extremen Notlage der Erwerb eines tödlichen Medikaments ermöglicht werden müsse.

**Katrin Helling-Plahr**

- (A) Die Reaktion der Bundesregierung auf das Urteil war und ist skandalös.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Seit über zwei Jahren wird im Bundesgesundheitsministerium alles getan, um die Umsetzung des Urteils zu verzögern und zu verhindern, alles, damit die schwer erkrankten Betroffenen nicht zu ihrem Recht kommen, selbstbestimmt sterben zu dürfen. Nachdem das Urteil hausintern umfassend geprüft und ausgewertet wurde, ließ man es für 95 200 Euro noch einmal rechtsgutachterlich prüfen – natürlich nicht, ohne vorher zu wissen, was hinterher das Ergebnis des Gutachtens sein würde. Auch dieses Verhinderungsgutachten musste man dann natürlich nochmals auswerten. Nach über einem Jahr hat der Bundesgesundheitsminister dann verfügen lassen, dass das Urteil in anderen, gleich gelagerten Fällen nicht angewendet werden soll – erneut ein ungeheuerlicher Vorgang. Ein Minister als Teil der Exekutive stellt sich und seine ideologisch motivierte Meinung über das Urteil eines höchsten Gerichts.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und des Abg. Dr. Edgar Franke [SPD])

Wir leben doch hier in keinem Willkürstaat.

Denken wir an die Konsequenzen für die Betroffenen! Weit über hundert Personen haben ebenfalls einen Antrag auf Erwerb eines Medikaments zur Selbsttötung gestellt. Diese Anträge werden nun, der Weisung aus dem Gesundheitsministerium folgend, abgelehnt.

- (B)

(Karin Maag [CDU/CSU]: Gott sei Dank!)

Die Betroffenen können natürlich, wenn sie tatsächlich die Kraft haben und die Zeit aufbringen können, den Klageweg beschreiten – und werden dann Recht bekommen. Das mutet die Bundesregierung unter massiven Schmerzen leidenden unheilbar Kranken zu.

Unter denjenigen, die derzeit den Rechtsweg beschreiten, ist zum Beispiel ein an Multipler Sklerose Erkrankter, der vollkommen bewegungsunfähig ist und mit der Außenwelt über einen sprachgesteuerten Computer kommuniziert. Aussicht auf Heilung besteht nicht. Er erlebt – so hat es sein Rechtsanwalt in der Anhörung des Gesundheitsausschusses beschrieben – sein Leben als unerträglich und würdelos und hat Angst, dass er aufgrund der Erkrankung schließlich ersticken wird.

Ebenfalls klagt eine 65-jährige Frau, die unter inzwischen acht bösartigen Tumoren des Weichteilgewebes leidet, nur noch palliativ behandelt wird, laut Aussage der behandelnden Ärzte schon längst hätte verstorben sein müssen und massive Schmerzen hat.

Wir sind der Auffassung, dass wir diese Menschen nicht weiter alleinlassen dürfen.

(Beifall bei der FDP sowie der Abg. Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

- (C) Wenn im Bundesgesundheitsministerium Rechtsbeugung betrieben wird, ist es Aufgabe des Parlaments, einzuschreiten.

(Erich Irlstorfer [CDU/CSU]: Prüfen Sie Ihre Worte!)

Wir fordern mit unserem Antrag daher, unmissverständlich gesetzlich vorzuschreiben, dass schwer und unheilbar Erkrankten in einer extremen Notlage ermöglicht werden muss, ein Medikament zur Selbsttötung zu erwerben. Das gebietet der Respekt vor der selbstbestimmten Entscheidung Schwerkranker.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und des Abg. Dr. Edgar Franke [SPD])

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner ist Harald Weinberg für Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Harald Weinberg (DIE LINKE):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es geht hier sicher um eine Gruppe von Menschen, die sich in einer extremen Notlage befinden, schwerst und unheilbar krank sind, gravierende körperliche Leiden, Schmerzen, Beeinträchtigungen wie Lähmungen und Ähnliches erleben – wir haben es gerade eindrücklich geschildert bekommen –, einen extremen Leidensdruck durchmachen, kaum Linderung erfahren, darunter psychisch leiden, depressiv werden und hochgradig bedürftig sind.

Es geht gleichzeitig aber auch um Menschen, die entscheidungsfähig sind und die frei und ernsthaft entscheiden können und wollen, dass sie aus dem Leben scheiden. Eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches existiert nicht. Das ist sozusagen die Definition gewesen, wann eine existenzielle Not vorliegt. In dieser Situation, so das Bundesverwaltungsgericht, umfasst die Schutzpflicht des Staates nicht nur den Schutz des Lebens, sondern auch den Schutz der Menschenwürde und der Selbstbestimmung. Dabei gibt es keine generelle Regel, so ebenfalls das Bundesverwaltungsgericht, sondern es zählt der Einzelfall; jeder Einzelfall muss entsprechend geprüft werden.

Aber das Bundesverwaltungsgericht hat gefolgert, dass in einer solchen ausweglosen Situation Einzelner in einer extremen Notlage der Zugang zu einem tödlich wirkenden Betäubungsmittel nicht nur nicht verwehrt, sondern explizit ermöglicht werden muss, so das Urteil. Jens Spahn hat daraufhin als Bundesgesundheitsminister die nachgeordnete Behörde angewiesen, dieses Urteil nicht umzusetzen. Er hat dies mit Rückgriff auf einen aus dem Steuerrecht bekannten Nichtanwendungserlass getan, der auf diesen Sachverhalt allerdings nicht anwendbar ist.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

(D) Die große Mehrheit der Experten ist sich darin einig, dass das nicht übertragbar ist. Sogar der eigene Gutach-

**Harald Weinberg**

- (A) ter, Professor Di Fabio, nimmt eine Zulässigkeit nur ausnahmsweise und vorübergehend an, bis der Gesetzgeber entscheidet; also wir als Gesetzgeber sind gefordert.

Seit März 2017 ist in dieser Angelegenheit aber nichts Derartiges geschehen: Weder ist eine Gesetzesinitiative zu sehen gewesen, noch hat es einen Schritt in Richtung Bundesverfassungsgericht gegeben. Es kann mit Professor Roßbruch sogar die Auffassung vertreten werden, dass dieser Nichtanwendungserlass regelrecht rechtswidrig sei, weil der Bundesgesundheitsminister damit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als nachgeordnete Behörde zu einem zweifachen Rechtsbruch aufgefordert hat, nämlich erstens eine bindende höchstrichterliche Entscheidung schlichtweg zu ignorieren und zweitens der Aufforderung des Bundesgesundheitsministers zu einer generellen Ablehnung aller gestellten Anträge nachzukommen, also nicht die Einzelfallprüfung vorzunehmen. Das hat das Amt auch in Form von Standardbriefen mit Standardformulierungen entsprechend getan. Damit wird den betroffenen schwerstkranken Menschen zugemutet, nun ihrerseits einen monate- oder jahrelangen Rechtsweg zu beschreiten, was sie teilweise alleine schon aus Zeitgründen nicht können. Das ist aus unserer Sicht überhaupt nicht in Ordnung.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

- (B) Noch etwas zum Thema Wertungswiderspruch zu § 217 Strafgesetzbuch. Hier handelt es sich um das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, das 2015 durch dieses Parlament neu gefasst und verschärft wurde – übrigens gegen meinen persönlichen Willen. Dazu liegen etliche Verfassungsbeschwerden vor, und es gibt in der kommenden Woche eine mündliche Verhandlung dazu.

Aber nach Ansicht nahezu aller Experten liegt hier kein Wertungswiderspruch vor, da diese Norm auf die vor dem Bundesverwaltungsgericht verhandelten Fälle nicht anwendbar ist. Das Gericht hat selber überzeugend dargelegt, dass die Erteilung einer Erlaubnis durch das BfArM nicht als geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung zu werten sei.

(Karin Maag [CDU/CSU]: Was denn sonst?)

Mitarbeiter, die da an der Entscheidung beteiligt sind, oder Kommissionen oder Ähnliches können sich auf dieses Urteil verlassen und haben somit Rechtssicherheit. Im Interesse der Betroffenen und ihres unerträglichen Leids ist eine Klärung und Auflösung der Diskrepanz zwischen höchstrichterlicher Rechtsprechung und behördlicher Praxis dringend geboten.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Sie müssen jetzt den Schlusssatz sagen.

**Harald Weinberg (DIE LINKE):**

(C) Das ist der Schlusssatz: Aus den genannten Gründen und im Interesse der und in Verantwortung gegenüber den Betroffenen werden wir dem Antrag zustimmen.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist Dr. Kirsten Kappert-Gonther für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wer soll darüber entscheiden, ob ein Leiden schwer genug ist, dass ein Suizid staatlich unterstützt wird? Ein Sachbearbeiter? Eine Gutachterin, nach Aktenlage? Ein Katalog des Gesundheitsministeriums? Ich finde, staatliche Behörden dürfen kein Werturteil darüber abgeben, welches Leben lebenswert ist und welches nicht.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der CDU/CSU)

Aus meiner 25-jährigen Erfahrung als Ärztin, als Psychiaterin weiß ich, dass der Wunsch zum Suizid in den allermeisten Fällen vorübergehend ist. Er wird stark von den Lebensumständen beeinflusst: Schmerzen, Einsamkeit. Die Aufgabe des Staates, der Medizin und der Gesellschaft ist es, an diesen Umständen etwas zu verändern, und nicht, Suizid zu einer gleichwertigen Option neben anderen zu machen.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der CDU/CSU)

Wir wissen von einigen unserer Nachbarländer, dass dort der Anwendungsbereich von Sterbehilfe immer weiter ausgedehnt wird. Dort wird schon heute bei Kindern, bei psychisch Kranken und bei Dementen aktive Sterbehilfe angewendet. Ich finde das falsch.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der CDU/CSU)

Diese zutiefst ethischen Fragen können allesamt nicht mit dem Antrag der FDP beantwortet werden. Dazu wäre eine breite ethische Debatte, auch in diesem Haus, notwendig. Das Verwaltungsgericht Köln hat übrigens das Verfahren ausgesetzt, bis das Bundesverfassungsgericht über § 217 Strafgesetzbuch entschieden hat. Nächste Woche beginnt dazu die Verhandlung in Karlsruhe. Unabhängig davon, wie Einzelne inhaltlich zu diesem Antrag stehen: Es gebietet der Respekt vor dem höchsten Gericht, dieses Urteil abzuwarten. Ich empfehle Ablehnung des Antrags.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

(C)

(D)



**(A) Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner ist für die Fraktion der CDU/CSU der Kollege Michael Brand.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Was folgt aus dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes? Das ist eine Grundfrage dieser Debatte. Der Staatsrechtler Professor Augsberg hat es in der Anhörung im Februar im Gesundheitsausschuss zur Frage der Herausgabe oder Nichtherausgabe todbringender Medikamente auf den Punkt gebracht. Augsberg problematisierte das Delegieren an staatliche Behörden, sprach von problematischen Kriterienkatalogen und thematisierte die Frage der Verfassungsmäßigkeit. Ich zitiere:

In jedem Falle bliebe es dabei, dass die staatliche Behörde oder auch der Gesetzgeber als staatliche Instanz festlegt, unter welchen Bedingungen und anhand welcher Kriterien eine solche Entscheidung von uns hinzunehmen ist. Das ist eine Qualifizierung menschlichen Lebens, wie sie mit unserem Verfassungssystem, das vor allem eine Reaktion auf historisch erfahrenes Unrecht ist, nicht zu vereinbaren ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, um es mit meinen Worten zu sagen: Die Anforderungen des Urteils sind nicht umsetzbar. Der Staat kann nicht verpflichtet werden, sich an der Durchführung eines Suizids zu beteiligen, auch nicht in den sogenannten „extremen Ausnahmefällen“. Es wäre ein Bruch mit unserer Werteordnung und widerspräche auch allen Anstrengungen zum Lebensschutz und der Suizidprävention. Das Gericht in Leipzig ist bei einem sensiblen Thema unsensibel über das Ziel hinausgeschossen. Die breite und auch sehr abgewogene Debatte über Leben und Tod und die fraktionsübergreifende Bundestagsentscheidung 2015 mit dem grundlegenden Anliegen der Abgeordneten um Lebensschutz und Autonomie wurden praktisch zur Seite geschoben.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Unbestimmte Rechtsbegriffe wie „unerträgliches Leiden“ oder „keine zumutbare Alternative“ werfen auch neue Probleme auf; sie würden Missbrauch Tür und Tor öffnen. Wie definiert man eigentlich „Ausnahmefälle“, und wer soll das tun? Was sind „schwer und unheilbar kranke Patienten“ und „unerträgliche Lebenssituationen“? Alle diese Begriffe sind in diesem Urteil nachzulesen.

Offensichtlich kann es bei Kriterien zu solch existenziellen Entscheidungen nicht ernsthaft der Einstellung eines Verwaltungsmitarbeiters überlassen sein, ob Medikamente herausgegeben werden oder nicht. Es liegt auf der Hand, dass die Richtungsentscheidung dem Gesetzgeber vorbehalten bleiben muss. Aber wie sollte dies eigentlich geschehen, ohne dass in verfassungsrechtlich inakzeptabler Form der Wert individuellen Lebens bewertet würde? Zudem hat sich der Gesetzgeber gerade nach intensiver und breiter Debatte im und auch außerhalb des

Parlaments mit Experten, und zwar durch fraktionsübergreifende Gruppen, mit breiter Mehrheit für die Neuregelung des § 217 StGB entschieden. (C)

Es gibt eine weitere Fehleinschätzung: Das Betäubungsmittelgesetz hat die medizinische Versorgung zum Heilen oder Schmerzlindern zum Ziel, gerade eben nicht die Selbsttötung. Die Selbsttötung kann keinen therapeutischen Zweck haben, wie es das Gericht behauptet. Das ist ein Widerspruch in sich, der in der Konsequenz lebensgefährlich ist.

Es geht im Übrigen auch um den Schutz vor Druck auf andere. Mir stockt heute noch der Atem, wie ein kommerzieller sogenannter *Sterbehilfeverein* auf dem Rücken von Sterbenden versucht seine Ziele durchzusetzen. Ich empfehle jedem hier die lesenswerte Recherche von Oliver Tolmein in der „FAZ“ vom 11. März 2017 mit dem Titel „Frau K. stimmte sofort zu“.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Bundesgesundheitsminister liegt richtig damit, todbringende Medikamente zur Selbsttötung nicht herausgeben zu lassen; denn der Staat hat eine besondere Schutzpflicht.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Nächste Woche hat das Bundesverfassungsgericht zur mündlichen Verhandlung zum § 217 Strafgesetzbuch geladen. Fraktionsübergreifend werden wir dort als Abgeordnete die breite Entscheidung des Bundestages mit guten Argumenten verteidigen. Dass die Leipziger Richter – wissend, dass sich unser höchstes Gericht mit der Grundfrage über Leben und Tod gründlich befasst – trotzdem vorweg ein zweifelhaftes Urteil im Einzelfall getroffen haben – übrigens gegen alle Vorinstanzen –, haben viele Beobachter auch als Respektlosigkeit gegenüber Karlsruhe empfunden. Ich muss sagen: Ich vertraue darauf, dass die Karlsruher Richter die grundlegende Debatte und die Entscheidung im Bundestag angemessen berücksichtigen. Auch erwarte ich einen Richtungszeig. (D)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Ich habe den Punkt verpasst, Herr Schinnenburg, Ihnen die Möglichkeit zu einer Zwischenfrage zu geben. Aber ich gestatte Ihnen jetzt, eine Kurzintervention zu machen.

**Dr. Wieland Schinnenburg (FDP):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Ich habe eine Frage an Sie, die ich eigentlich als Zwischenfrage stellen wollte. Ist Ihnen bewusst, dass Artikel 1 des Grundgesetzes als oberste Schutzpflicht des Staates nicht das Leben, sondern die Würde des Menschen ansieht, und meinen Sie nicht, dass die Würde der Menschen, die so sind, wie Frau Helling-Plahr beschrieben hat, gerade verlangt, dass

**Dr. Wieland Schinnenburg**

- (A) man ihnen hilft und sie nicht mit ihrem Schmerz und ihrer Not alleine lässt?

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Herr Brand, wollen Sie darauf antworten?

**Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU):**

Also, das Thema dient, glaube ich, nicht zur Polarisierung; denn der Gesetzgeber, der mit einer besonderen Schutzpflicht ausgestattet ist, muss auch auf die achten, auf die solche Entscheidungen Druck ausüben können. Die Frage ist, wie der Gesetzgeber all diese Kriterien, die ich eben aus dem Urteil zitiert habe, umsetzen soll. Was ist der „besondere Ausnahmefall“? Daher gibt es, glaube ich, eine gute Begründung, zu sagen, dass dieser Bereich nicht vom Staat geregelt werden kann und dass wir als Staat nicht an einem Suizid beteiligt werden dürfen. Es ist ja gar nicht so – was Sie in Ihrer Frage ansprechen –, dass eine Pflicht zum Leben besteht; das sagt der Gesetzgeber nicht. Aber der Gesetzgeber und der Staat sagt: Wir wollen nicht als Dritte an einem Suizid beteiligt sein. – Das ist der entscheidende Unterschied.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der AfD)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin ist für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen Katja Keul.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

(B)

**Katja Keul (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Im November 2015 hat der Bundestag beschlossen, die Sterbehilfe unter Strafe zu stellen. Ich habe damals gegen diese neue Strafvorschrift argumentiert. Auch die Gruppenanträge von Kollegin Künast und Kollegin Sitte sowie des inzwischen verstorbenen Kollegen Hintze haben für eine liberalere Haltung geworben. Wir wollten nicht, dass sich Ärzte abwenden müssen, wenn Patienten sie um ergebnisoffene Beratung bitten. Über die Verfassungsmäßigkeit der Strafbarkeit der Sterbehilfe verhandelt demnächst das Verfassungsgericht.

Um es noch einmal klar zu sagen: Niemand in diesem Hause hat in der Debatte für das geworben, was in Belgien und in den Niederlanden praktiziert wird: die aktive Sterbehilfe durch wen auch immer. Darum ging es 2015 nicht, und darum geht es auch heute nicht.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Worum es nun geht, ist das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom März 2017. Da hatte das Gericht in höchster Instanz entschieden, dass schwer und unheilbar kranke Patienten das Recht hätten, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sie das Leben beenden wollen – vorausgesetzt, sie könnten ihren Willen frei bilden. Zur Begründung hat sich das Gericht ausdrücklich auf das Selbstbestimmungsrecht der Menschen berufen.

Es ist aus meiner Sicht ein ungeheurerlicher Vorgang, dass Gesundheitsminister Spahn die verurteilte Behörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel, inzwischen angewiesen hat, das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes zu ignorieren und die eingehenden Anträge auf ein tödliches Mittel ablehnend zu bescheiden. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Solche Nichtanwendungserlasse sind schon an anderer Stelle immer umstritten gewesen. Aber an dieser Stelle muss ich ganz klar sagen: Für das Selbstbestimmungsrecht des Menschen und die Menschenwürde kann es keinen Nichtanwendungserlass geben. An dieser Stelle hat das Recht des Staates, den Suizid eines Menschen gegen seinen Willen zu verhindern, seine Grenzen. Deswegen empfehle ich heute die Zustimmung zur Umsetzung des Bundesverwaltungsgerichtsurteils vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechts der Menschen und zu dem vorliegenden Antrag.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der LINKEN und der AfD)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Nächster Redner der Debatte ist für die Fraktion der SPD der Kollege Dr. Edgar Franke.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Edgar Franke (SPD):**

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Das Anliegen, Rechtssicherheit für unheilbar Kranke in einer extremen Notlage zu schaffen, ist aus meiner Sicht ausdrücklich zu begrüßen. Schon mehrmals wurde das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom März 2017 genannt. Es ist eine höchstrichterliche Entscheidung, meine sehr verehrten Damen und Herren. Was war der Inhalt? In absoluten Ausnahmesituationen kann bei unheilbaren Erkrankungen – so das Gericht –, bei gravierenden körperlichen Leiden und Schmerzen, die palliativ nicht mehr wirksam behandelt werden können, unter Umständen ein Anspruch auf ein letales, das heißt zum Tode führendes Medikament bestehen, und nur dann. Der Anspruch besteht – so das Gericht – gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (D)

Das Gesundheitsministerium – das haben wir auch schon gehört – hat durch seinen Staatssekretär das nachgeordnete Bundesinstitut ausdrücklich angewiesen, dieses Urteil nicht umzusetzen. Wenn aber ein Ministerium eine nachgeordnete Behörde anweist, ein höchstrichterliches Urteil zu übergehen, ist das, meine sehr verehrten Damen und Herren, ein eindeutiger Verstoß gegen das Gewaltenteilungsprinzip.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Ich sage hier auch: Das Gewaltenteilungsprinzip ist ein elementares Prinzip unserer Verfassung, das man nicht so

**Dr. Edgar Franke**

- (A) einfach missachten darf. Denn aus guten Gründen, meine sehr verehrten Damen und Herren, ist in unserem Grundgesetz verankert, dass sich die Exekutive, dass sich die Ministerien an Recht und Gesetz halten müssen. Das gilt übrigens auch unabhängig davon, ob man den Inhalt des Urteils für gut oder schlecht befindet; das muss man abstrakt sehen. Es hat nichts damit zu tun, welche Haltung man hat. Hier – auch das haben wir schon gehört – ist leider das Gegenteil geschehen.

Zum Inhalt des Antrags will ich sagen: Man kann unterschiedlicher Meinung sein. Es ist vielfach schon gesagt worden, dass wir im Rahmen der Sterbehilfedebatte auch fraktionsübergreifend unterschiedlich diskutiert haben. Aber ich muss ferner sagen, dass eine Medikamentenfreigabe in einer Extremsituation jedenfalls nicht bedeutet, aktive Sterbehilfe als Teil der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Auch das muss man ganz klar sagen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, viele haben damals argumentiert: Ein Suizid war, ist und bleibt eine private Entscheidung. – Wie ein würdevolles Leben am Ende aussehen soll, ist auf jeden Fall etwas, das eine Person selbst bestimmt, auch selbst bestimmen kann. Das sage ich ganz persönlich als jemand, der sich in der Kirche engagiert. Das Persönlichkeitsrecht, das sich aus Artikel 1 und Artikel 2 des Grundgesetzes ergibt, ist vielleicht das wichtigste Grundrecht unserer Verfassung. Natürlich, meine sehr verehrten Damen und Herren, müssen Ethik und Moral immer ein wichtiger Kompass unserer Gesellschaft sein; auch das Grundgesetz atmet diese Prinzipien.

(B)

Das ist ein Grund dafür gewesen, warum wir damals den § 217, jedenfalls mehrheitlich, nach langer, fraktionsübergreifender Debatte – Sie erinnern sich: fünf Stunden haben wir diskutiert – im Strafgesetzbuch verankert haben. Es ist natürlich auch unsere Pflicht – das sage ich als Gesundheitspolitiker –, Menschen in der Not beizustehen. Vor allen Dingen ist es unsere Pflicht, alles dafür zu tun, damit die Palliativmedizin noch besser wird, gerade um Suizide zu verhindern.

Wir haben bereits gehört, dass nächste Woche zumindest die mündliche Verhandlung beginnt und das Bundesverfassungsgericht über die Verfassungsmäßigkeit von § 217 entscheiden muss. Es wird darum gehen, was man unter „geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung“ genau zu verstehen hat – ob beispielsweise das Urteil vom Bundesverwaltungsgericht auch darunterfallen würde. Vielleicht wird das Gericht einen rechtlichen Hinweis geben, ob die Medikamentenfreigabe durch ein Bundesinstitut erlaubt ist.

Ich sage, meine sehr verehrten Damen und Herren, zum Schluss, dass wir abwarten müssen, wie das Bundesverfassungsgericht entscheidet. Denn erst dann kann entschieden werden, ob eine erneute Debatte über den Umfang und die Grenzen der Sterbehilfe sinnvoll ist und wie diese Debatte ausgehen kann. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts setzt rechtliche Rahmenbedingungen, die für uns wesentlich sind. Insofern bitte ich die FDP-Fraktion, zu überlegen, ob der Antrag nicht noch zurückgestellt werden kann, bis wir die rechtlichen

Grundlagen haben, um wirklich über Sterbehilfe, deren Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen und die Rahmenbedingungen entscheiden zu können. (C)

Ich danke Ihnen, meine sehr verehrten Damen und Herren.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Dr. Stefan Ruppert [FDP])

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Letzter Redner in der Debatte ist der Kollege Erich Irlstorfer für die Fraktion der CDU/CSU.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Erich Irlstorfer (CDU/CSU):**

Verehrter Herr Präsident! Geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Es ist ein extrem sensibles und weitreichendes Thema, das natürlich – das schätze ich auch – keine parteipolitischen Elemente oder gar eine gewisse Schärfe verdient, weil wir vermutlich alle die Dimension einer solchen Situation gar nicht richtig greifen können. In der letzten Wahlperiode hat das Parlament nach einer langen und intensiven Befassung das Verbot geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe beschlossen. Dabei hat der Gesetzgeber mit dem strafrechtlichen Verbot auch eine Werteentscheidung getroffen: Suizidbeihilfe sollte explizit nicht zur Normalität werden. Die Mitwirkung an der Selbsttötung kann keine staatliche oder auch behördliche Aufgabe sein.

(Beifall der Abg. Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU] und Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]) (D)

Sollte beim Bundesverfassungsgericht eine Entscheidung getroffen werden, die eine erneute Befassung des Parlaments mit der Suizidbeihilfe erforderlich macht, erschiene es zudem angezeigt, analog zur 17. und 18. Wahlperiode eine Meinungsfindung durch fraktionsübergreifende Gruppenanträge herbeizuführen und natürlich auf die Fraktionsbindung zu verzichten.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Es ist mehr als moralisch, ethisch und gesellschaftlich zu diskutieren, ob der deutsche Staat seinen Bürgerinnen und Bürgern auch in Notlagen die mit Medikamenten gefüllte Hand hinhalten soll, um so der leidenden Person den Abschied vermeintlich zu erleichtern. Die Diskussion ist wichtig und gesellschaftlich von enormer Bedeutung, gerade weil immer mehr Menschen in ein Alter kommen werden, in dem sie sich auch mit dem Tode auseinandersetzen müssen, gleichzeitig aber auch die Medizin und Forschung immer innovativer und fortschrittlicher werden, auch in Bezug auf das Thema „lebenserhaltende Maßnahmen“.

Wir – die Politik und die gesamte Gesellschaft – müssen uns die Frage stellen, inwiefern Menschen in ihrer abschließenden Lebensphase behandelt und versorgt werden müssen oder sollen. Die Position des hier schon oftmals erwähnten Bundesministers Spahn, Selbsttötung kann keine Therapie sein, hat meine Unterstützung, weil

**Erich Irlstorfer**

- (A) ich auf die Palliativ- und Hospizarbeit baue und sie ein unumgänglicher Bereich der medizinischen Versorgung ist, und dies in hoher Qualität.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Palliativmedizin, meine sehr geehrten Damen und Herren, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sinne, muss und wird durch den Staat deutlich gefördert. Es soll ein Zeichen an die Patientinnen und Patienten und auch an die jüngere Generation gesendet werden. Sie sollen sehen: Der Staat sorgt in jeder Lebensphase für die Bevölkerung, auch kurz vor dem Tod.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Fraglich bleibt es, ob der Staat hier als verlängerter Arm der Sterbehilfe agieren soll, ohne den Menschen verantwortungsvoll andere Alternativen zu bieten. So ein emotionales und gesellschaftlich schwierig zu diskutierendes Thema kann nicht einfach durch die Vergabe und Zulassung von Medikamenten abgeschlossen werden. Der Antrag kann – zumindest für mich – nur abgelehnt werden, um eine kurzfristige und somit gefährliche Entscheidung zu vermeiden.

(Beifall der Abg. Karin Maag [CDU/CSU])

Denn mich leitet in dieser ganzen Thematik immer noch der Satz von Kardinal Höffner, der 1987 sagte: Ein Mensch stirbt nicht an einer Krankheit, sondern wenn Gott ein Leben vollendet hat.

Herzlichen Dank, dass Sie mir zugehört haben.

(Beifall bei der CDU/CSU)

(B)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. Ich schließe deshalb die Aussprache.

Ich weise darauf hin, dass mir mehrere **Erklärungen** nach § 31 der Geschäftsordnung vorliegen.<sup>1)</sup>

Wir kommen jetzt zur Abstimmung über die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag der Fraktion der FDP mit dem Titel „Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen“. Der Ausschuss empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9298, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/4834 abzulehnen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Das sind überwiegend die Fraktionen der SPD, der CDU/CSU und des Bündnisses 90/Die Grünen. Gegenprobe! – Das sind die Fraktionen FDP, zum großen Teil Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: So groß sind wir schon!)

Enthaltungen? – Das ist die Fraktion der AfD. Wir sind uns einig, dass das Erste die Mehrheit war. Damit ist die Beschlussempfehlung angenommen und der Antrag abgelehnt.

Bevor ich den nächsten Tagesordnungspunkt aufrufe, möchte ich die von den Schriftführerinnen und Schrift-

- führern ermittelten **Ergebnisse der Wahlen** bekannt geben, die mir inzwischen vorliegen. (C)

Ergebnis der Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a der Bundeshaushaltsordnung: abgegebene Stimmzettel 633, ungültige Stimmzettel 3. Mit Ja haben gestimmt 195, mit Nein haben gestimmt 404, Enthaltungen 31. Der Abgeordnete Marcus Bühl hat die erforderliche Mehrheit von mindestens 355 Stimmen nicht erreicht und ist deshalb nicht gewählt.<sup>2)</sup>

Ergebnis der Wahl von zwei Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes: Es haben 629 Kolleginnen und Kollegen ihren Stimmzettel abgegeben. Auf den Kollegen Albrecht Glaser entfielen 151 Jastimmen, 442 Neinstimmen, 32 Enthaltungen und 4 ungültige Stimmen. Auf den Kollegen Volker Münz entfielen 205 Jastimmen, 385 Neinstimmen, 35 Enthaltungen und 4 ungültige Stimmen. Damit sind die beiden Abgeordneten nicht gewählt, weil sie die erforderliche Mehrheit nicht erreicht haben.<sup>3)</sup>

Ergebnis der Wahl eines Mitglieds des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes: Es haben 638 Abgeordnete Stimmzettel abgegeben. Mit Ja haben gestimmt 203, mit Nein haben gestimmt 403, Enthaltungen 32. Der Abgeordnete Peter Boehringer hat damit die erforderliche Mehrheit von mindestens 355 Stimmen nicht erreicht und ist nicht in das Gremium gewählt worden.<sup>4)</sup>

- Ergebnis der Wahl eines stellvertretenden Mitglieds des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes: Es haben 638 Abgeordnete ihre Stimmzettel abgegeben; 2 Stimmzettel waren ungültig. 196 Abgeordnete haben mit Ja gestimmt, mit Nein haben gestimmt 409, Enthaltungen 31. Die Abgeordnete Dr. Birgit Malsack-Winkemann hat damit die erforderliche Mehrheit von mindestens 355 Stimmen nicht erreicht. Sie ist als stellvertretendes Mitglied des Sondergremiums nicht gewählt.<sup>5)</sup> (D)

Ich rufe nunmehr den Tagesordnungspunkt 9 auf:

Beratung des Antrags der Bundesregierung

**Fortsetzung der Beteiligung bewaffneter deutscher Streitkräfte an der durch die Europäische Union geführten EU NAVFOR Somalia Operation ATALANTA zur Bekämpfung der Piraterie vor der Küste Somalias**

**Drucksache 19/8970**

Überweisungsvorschlag:  
Auswärtiger Ausschuss (f)  
Ausschuss für Inneres und Heimat  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Verteidigungsausschuss  
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung  
Haushaltsausschuss gemäß § 96 der GO

<sup>1)</sup> Anlage 7

<sup>2)</sup> Namensverzeichnis der Teilnehmer an der Wahl siehe Anlage 4

<sup>3)</sup> Namensverzeichnis der Teilnehmer an der Wahl siehe Anlage 5

<sup>4)</sup> Namensverzeichnis der Teilnehmer an der Wahl siehe Anlage 6

<sup>5)</sup> Namensverzeichnis der Teilnehmer an der Wahl siehe Anlage 6

**Vizepräsident Thomas Oppermann**

- (A) Nach interfraktioneller Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Dazu höre ich keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache und erteile das Wort, sobald die Kollegen, die gehen wollen, auch gegangen sind. – Das Wort hat der Staatsminister des Auswärtigen, Michael Roth.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Michael Roth**, Staatsminister im Auswärtigen Amt:

Vielen Dank. – Lieber Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen, bleiben Sie doch! Das ist ein wichtiges Thema. – Seit mehr als zehn Jahren leisten deutsche Soldatinnen und Soldaten, Zivilistinnen und Zivilisten im Auslandseinsatz Atalanta einen ganz wichtigen Beitrag zu Sicherheit und Stabilität am Horn von Afrika. Zehn Jahre sind für einen Kriseneinsatz eine lange Zeit.

(Tobias Pflüger [DIE LINKE]: Zu lange!)

Selbstverständlich stellen sich nicht wenige von uns die Frage: Brauchen wir diesen Einsatz überhaupt noch?

(Tobias Pflüger [DIE LINKE]: Gute Frage!)

Das gilt vor allem angesichts eher hoffnungsvoller Nachrichten vom Horn von Afrika seit dem Friedensvertrag zwischen Äthiopien und Eritrea, der sehr positiv auf die gesamte Region ausstrahlt. Ja, es stimmt: Das Thema der Sicherheit auf den Meeren ist zuletzt etwas aus den Schlagzeilen geraten. Es gibt Entwicklungen, die uns, aber vor allem auch den Menschen in der Region Mut machen. Doch gerade der bisherige Erfolg dieser Operation ist der Grund, warum ich Sie heute abermals um eine Verlängerung des deutschen Beitrags bitte.

- (B)

Erinnern wir uns zurück an den Sommer 2008. Damals waren mehr als 30 Schiffe am Golf von Aden gekapert worden. Mit rücksichtsloser Brutalität wurden zahlreiche Schiffe angegriffen. Viele Menschen wurden entführt – was für eine menschliche Tragödie! Dank der Operation Atalanta hören und lesen wir heute nur noch wenig von Piraten, die Schiffe kapern und Seeleute als Gefangene nehmen. Dank Atalanta konnten in den vergangenen zehn Jahren mehr als 1,8 Millionen Tonnen Nahrungsmittel sicher von Schiffen des Welternährungsprogramms der Vereinten Nationen zu notleidenden Menschen in der Region geliefert werden. Dank Atalanta können mittlerweile viele Fischer wieder ihrer Arbeit nachgehen. Das ermutigt Menschen, in ihre Heimat zurückzukehren, weil sie wieder eine wirtschaftliche Perspektive haben.

Diese Erfolgsgeschichte ist allerdings nicht einfach vom Himmel gefallen, sondern sie ist das Ergebnis von zehn Einsatzjahren. Und es gibt noch eine Menge zu tun; denn die kriminellen Netzwerke, die einst den Nährboden vor allem für Piraten darstellten, sind nach wie vor aktiv. Sie verfolgen jetzt vorrangig andere kriminelle Machenschaften wie den Waffenschmuggel, den Handel mit Drogen und das Schleusen von Menschen über den Seeweg. Leider kommt es seit dem Frühjahr 2017 auch vereinzelt wieder zu Piraterie: Am 16. Oktober vergangenen Jahres wurde ein Frachter im Indischen Ozean

von Piraten angegriffen. Ein privates Sicherheitsteam an Bord des Frachters konnte den Angriff glücklicherweise abwehren. Ein Aufklärungsflugzeug von Atalanta verfolgte das bei dem Überfall benutzte Boot. Anschließend stellten Kräfte der Operation Atalanta das Boot auf dem Meer sicher, zerstörten es, ohne dass jemand zu Schaden kam.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Welche Kräfte?)

All das war möglich und wurde koordiniert durch das in die Operation integrierte Maritime Lagezentrum.

Europäische Teamarbeit macht die Schlagkraft der Operation aus. An der Operation beteiligen sich 19 Mitgliedstaaten der Europäischen Union und mit Serbien und Montenegro zwei Beitrittskandidaten. Das zeigt: Gemeinsam können wir viel mehr erreichen als jeder für sich allein.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Was tun wir gemeinsam mit anderen? Es geht natürlich nicht nur um diese militärische Komponente. Von ziviler Krisenprävention über Stabilisierung und Konfliktnachsorge bis hin zu langfristiger Entwicklungszusammenarbeit ist Deutschland aktiv, und mit unserer Unterstützung kann dringend benötigte humanitäre Hilfe für Menschen in und aus Somalia geleistet werden. Dafür haben wir in diesem Jahr bislang 65 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

(D) Liebe Kolleginnen und Kollegen, nicht nur der von mir beschriebene Vorfall macht deutlich: Die Region und insbesondere Somalia sind nach wie vor sehr fragil. Das Seegebiet am Horn von Afrika bleibt immer noch sehr gefährlich für die Handelsschiffe, die Europa mit der Arabischen Halbinsel und Asien verbinden. Dabei gilt: Die Bedrohungen für die Schifffahrt am Horn von Afrika wandeln sich. Neue Konflikte destabilisieren die Region. Daher muss sich auch Atalanta in den nächsten Jahren weiterentwickeln.

Wir haben bereits in den vergangenen Jahren unsere Beteiligung verändert und angepasst: So ist unser Aufklärungsflugzeug samt Besatzung jeweils saisonal vor Ort, nämlich dann, wenn die See ruhig ist und die maritimen Aktivitäten von kleineren Schiffen im Seegebiet am Horn von Afrika zunehmen. Die Obergrenze des Mandats hatten wir schon 2016, als sich Deutschland zum vorerst letzten Mal mit Schiffen beteiligte, abgesenkt. Jetzt werden wir dies erneut tun. In Zukunft wird die Obergrenze von 600 auf 400 Soldatinnen und Soldaten sinken. Damit bleibt Deutschland aber nach wie vor einer der Haupttruppensteller.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Bedrohungen verändern sich, aber sie bleiben. Das Horn von Afrika ist eine Brücke zwischen Europa, der Arabischen Halbinsel und Asien. Seine Stabilität und Sicherheit sind von globaler Bedeutung. Die Präsenz internationaler Akteure in dieser Region steigt kontinuierlich. Die Werte und Interessen Deutschlands und der Europäischen Union dürfen dabei nicht ins Hintertreffen geraten. Mit der Operation Atalanta haben wir ein Instrument in der Hand, das auf

**Staatsminister Michael Roth**

- (A) vielen Ebenen dazu beitragen kann, dass dies nicht geschieht – jetzt nicht und auch in Zukunft nicht.

Ich bitte Sie daher, liebe Kolleginnen und Kollegen, im Namen der Bundesregierung um Ihre Zustimmung zur Fortsetzung der deutschen Beteiligung an Operation Atalanta.

Vielen Dank.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP)

**Vizepräsident Thomas Oppermann:**

Vielen Dank. – Als Nächster spricht für die Fraktion der AfD der Kollege Armin-Paulus Hampel.

(Beifall bei der AfD)

**Armin-Paulus Hampel (AfD):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Gäste im Deutschen Bundestag und diejenigen, die vielleicht zu Hause zuschauen! Um es vorwegzunehmen, Herr Staatsminister: Wir werden der Verlängerung des Einsatzes zustimmen. Allerdings muss man den Einsatz und unsere Operationsweise und vor allen Dingen die Ziele – das wird deutlich, wenn man einen Blick in die Geschichte wirft – genauer überdenken und verbessern. Warum sage ich das? Sie hatten recht: 2008 waren es über 30 Schiffe, die aufgebracht worden sind. Allerdings ging die Piraterie schon drei Jahre vorher, in 2005, los. Wir haben erst einmal drei Jahre gebraucht, um überhaupt zu reagieren; aber dann waren wir in der Tat am Horn von Afrika mit vielen anderen präsent. Bis 2018 hat sich dies auf, ich glaube, sieben Schiffe reduziert.

(B)

Um einmal die Fakten zu nennen: Seit 2005 hat die organisierte Piraterie in Somalia und anderswo knapp 500 Millionen Euro, eine halbe Milliarde Euro, eingenommen. Wenn Sie meinen, das sei den Piraten selber in die Tasche geflossen, dann irren Sie sich ebenfalls: Gerade einmal 0,1 Prozent, so habe ich gelesen, sind bei den Piraten selbst gelandet. Viel schlimmer: Das Geld floss in die Tasche von Drogenhändlern, Menschenhändlern und islamistischen Gruppierungen, die dahinterstecken. Das wissen wir.

Dann sagen Sie Dank an die Bundeswehr – ja selbstverständlich! –, an die Deutsche Marine, die vor Ort – 2016 noch mit der Fregatte „Bayern“, jetzt mit Fernaufklärern – präsent war. Das ist alles wunderbar; aber wir müssen auch einmal die Fakten nennen: Immer wenn es ernst wurde, waren wir nicht dabei. Das haben dann andere für uns erledigt. – Man muss in der Tat den deutschen Soldaten danken, die dort auf den Handelsschiffen ihren Dienst gemacht haben. Das waren nämlich in der Regel ehemalige deutsche Bundeswehrsoldaten, die in hervorragender Weise die Handelsschiffe geschützt haben und zu einer robusten Verteidigung fähig und willens waren, meine Damen und Herren!

(Beifall bei der AfD)

Auch wenn die Zahlen jetzt rückläufig sind, müssen wir schon die nächsten Problemzonen in den Fokus nehmen, die sich parallel zum Horn von Afrika genau auf

der anderen Seite des Kontinents entwickeln, nämlich vor der nigerianischen Küste. Ich bin der Meinung, man sollte nicht wieder drei Jahre warten, sondern vielleicht schneller auf diese Entwicklung reagieren und zusammen mit NATO-Streitkräften oder europäischen Kräften schauen, dass man der Piraterie, die sich in Nigeria gerade fröhlich entwickelt, schon möglichst früh die rote Karte zeigt, und das durch einen robusten Einsatz vor der nigerianischen Küste. Der Einsatz vor Somalia hätte auch robust sein müssen. Nur, wir Deutschen waren, wie gesagt, an der Robustheit nicht immer oder selten oder eher gar nicht beteiligt.

(C)

Ich war sehr erfreut, dass heute aus den Reihen der Union und, ich glaube, auch aus Ihrem Haus das nationale deutsche Interesse beschrieben worden ist. Darauf müssen wir den Fokus richten. Warum waren und sind wir am Horn von Afrika präsent? Weil wir dort endlich mal nationale deutsche Interessen durchsetzen wollen! Deutsche Schiffe sollen und müssen dort sicher vorbeifahren können, ohne von Piraten aufgebracht zu werden.

(Beifall bei der AfD)

Das ist genau auf der Linie meiner Fraktion, die genau das einfordert: dass wir auch in der Verteidigung und bei der Abwehr von Gefahren wieder unsere nationalen Interessen definieren und durchsetzen müssen. Und wenn das gemeinsam mit anderen europäischen Partnern funktioniert, wie Sie das gerade erwähnt haben, Herr Staatsminister, dann sage ich: Wunderbar, dann freuen wir uns darüber, dass andere ebenfalls mitmachen.

(D)

Noch mal: Die Aufforderung lautet, Herr Staatsminister: Blicken Sie ans Horn von Somalia. Schauen Sie, dass wir die Lage dort weiter entspannen. Das geschieht – das darf man nicht vergessen – übrigens nach wie vor mit starker Unterstützung der amerikanischen Streitkräfte, die mit ihrer Task Force 151 – oder wie die heißt – immer dann sehr aktiv sind, wenn es robust wird. Dann greifen nämlich die Amerikaner ein und nicht die Europäer. Vielleicht können wir uns ja an den amerikanischen Aktivitäten beteiligen, um den anderen Partnern wenigstens mal zu zeigen, dass wir willens, lustvoll und in der Lage sind, robust unsere Interessen durchzusetzen.

Mein Aufruf lautet: Somalia ja, aber fokussieren Sie jetzt die Problemzone, die sich entwickelt, frühzeitig, damit wir an der Küste von Nigeria, an der Westküste Afrikas nicht wieder deutsche Handelsschiffe in Gefahr sehen. Dort können wir eine sinnvolle und vor allen Dingen proaktive Verteidigung deutscher Interessen durchsetzen.

Ich danke Ihnen, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Peter Tauber.

(Beifall bei der CDU/CSU)

(A) **Dr. Peter Tauber**, Parl. Staatssekretär bei der Bundesministerin der Verteidigung:

Frau Präsidentin! Meine sehr verehrten Damen! Meine Herren! Seit fast elf Jahren leisten unsere Soldatinnen und Soldaten jetzt einen maßgeblichen Beitrag zu Frieden und Stabilität in der Region rund um das Horn von Afrika in einer von der Europäischen Union geführten Operation, der Operation Atalanta. Mit diesem Einsatz tragen wir zu sicheren Seeverbindungen am Horn von Afrika bei. Es ist gelungen, die Piraterie deutlich zurückzudrängen, und wir gewähren damit auch den Schiffen des Welternährungsprogramms und von AMISOM – das ist die Mission der Afrikanischen Union in Somalia – Schutz. Auf diese Weise sichern wir nicht nur die überlebenswichtige humanitäre Versorgung der somalischen Bevölkerung, sondern ermöglichen auch den Weitertransport in andere Länder wie beispielsweise den Sudan, der uns in diesen Stunden ja auch wieder beschäftigt mit dem, was dort geschieht.

Lassen Sie es mich in Zahlen ausdrücken: Über 1 100 Schiffe des Welternährungsprogramms der Vereinten Nationen und fast 700 Schiffe von AMISOM wurden seit Beginn der Operation ohne Zwischenfälle durch die Operation Atalanta überwacht. Das ist eine Sicherungsquote von 100 Prozent. Zudem wurden 234 Fahrten des Welternährungsprogramms durch ein militärisches Sicherungsteam der Operation Atalanta abgesichert und geschützt. Und damit konnten seit dem Jahr 2009 etwa 1,8 Millionen Tonnen Lebensmittel nach Somalia eskortiert werden. Knapp 6 Millionen Menschen in Somalia sind weiterhin von humanitärer Hilfe abhängig. Die Güter der Hilfsprogramme kommen aber eben nur an, wenn die Seewege frei und sicher sind. Für diesen verlässlichen Einsatz und für das Engagement gebühren unseren Soldatinnen und Soldaten, wie ich persönlich finde, unsere Anerkennung und unser tiefer Dank, sowohl denen, deren Einsatz bereits beendet ist, als auch den 78 Angehörigen unserer Streitkräfte, die momentan vor Ort ihren fordernden Dienst verrichten.

(B)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Wahr ist allerdings auch: Noch ist die Lage am Horn von Afrika instabil. Es kommt weiterhin zu vereinzelt Piratenangriffen, zuletzt auf Handelsschiffe wie im Juli und im Oktober des vergangenen Jahres. Diese Angriffe konnten auch durch Anwendung der gemeinsam mit Atalanta entwickelten Verfahren für die Handelsschiffahrt und durch das jeweils an Bord befindliche Sicherungsteam abgewehrt werden.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Durch unsere Bundeswehrosoldaten!)

Als Exportnation – und das kommt dazu; das ist sozusagen die zweite Seite neben der internationalen Verantwortung, die wir als Deutsche übernehmen wollen – sind wir in Zeiten der Globalisierung auf freie und sichere Seewege weltweit angewiesen. Das gilt insbesondere auch für den Golf von Aden, der eine Haupthandelsroute zwischen Europa, der Arabischen Halbinsel und Asien ist.

(C) Liebe Kolleginnen und Kollegen, unser militärischer Einsatz im Rahmen der Operation Atalanta ist eine Rückversicherung zur See. Sie ergänzt unsere umfassenden Stabilisierungsbemühungen an Land sowie im angrenzenden Küstenmeer. Der Beitrag der Bundeswehr zu Atalanta umfasst dabei maßgeblich die Seefernaufklärung, die logistische und sanitätsdienstliche Unterstützung und die Unterstützung des Führungspersonals im Hauptquartier.

Darüber hinaus wollen wir innerhalb der Europäischen Union die Zeit bis Ende 2020 nutzen, um eine Entscheidung zum zukünftigen maritimen Engagement in der Region treffen zu können. Dabei wird wichtig sein, das bereits Erreichte zu konsolidieren, regionale Akteure vor Ort verstärkt einzubinden und eine solide Entscheidung über die zukünftige maritime Präsenz der Europäischen Union zu treffen. Die Anpassung des Fähigkeits- und Kräftebedarfs der Europäischen Union, auch dank einer Intensivierung der Zusammenarbeit mit Drittstaaten wie zum Beispiel der Republik Korea, bietet Deutschland im Rahmen dieses Antrags die Möglichkeit – das ist bereits erwähnt worden –, die Personalobergrenze von 600 auf 400 Soldatinnen und Soldaten zu reduzieren. Die erfolgreiche Mandatserfüllung ist dabei unverändert garantiert, und die Anpassung ermöglicht auch weiterhin die notwendige Flexibilität.

(D) Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren, mit der Fortsetzung unserer Beteiligung an der Operation Atalanta um ein weiteres Jahr können wir einen wichtigen, gefragten Beitrag leisten und die Zukunft von Atalanta konstruktiv begleiten. Ich bitte um Ihre Unterstützung für die Fortführung dieses Mandats und sage unseren Soldatinnen und Soldaten: Vielen Dank für Ihren Dienst und allzeit Soldatenglück!

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des Abg. Dr. Stefan Ruppert [FDP])

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die FDP-Fraktion hat nun Olaf in der Beek das Wort.

(Beifall bei der FDP)

**Olaf in der Beek (FDP):**

Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Lassen Sie es mich gleich zu Beginn kurz machen: Die Fraktion der Freien Demokraten wird der Verlängerung der deutschen Beteiligung an der Operation Atalanta zustimmen. Und natürlich danken auch wir unseren Soldatinnen und Soldaten für ihren Einsatz, der weit von Deutschland entfernt stattfindet.

(Beifall bei der FDP)

Warum stimmen wir dem Einsatz zu? Der Grund hierfür ist einfach: Die Mission ist erfolgreich, aber auch noch immer notwendig. Während es zwischen 2008 und 2012 517 Angriffe durch Piraten gegeben hat, ist die Zahl der Angriffe beispielsweise 2017 auf knapp 10 gesunken. Trotz dieser positiven Entwicklung werden seit dem Frühjahr 2018 wieder mehr Angriffe verzeichnet.

**Olaf in der Beek**

- (A) Das zeigt uns Freien Demokraten, wie wichtig der Einsatz ist, gerade um die dringend benötigten Lebensmittellieferungen des Welternährungsprogramms abzusichern.

(Beifall bei der FDP)

Auch wenn die Vorzeichen am Horn von Afrika sich zuletzt mehr als positiv entwickelt haben, dürfen wir in unserem Engagement vor Ort nicht nachlassen. Im Gegenteil: Der Friedensschluss zwischen Äthiopien und Eritrea im vergangenen Jahr ist eine Chance, die natürlich auch Auswirkungen auf die gesamte Region am Horn von Afrika hat. Diese Chance müssen wir nutzen, indem wir Außen-, Entwicklungs- und Sicherheitspolitik zusammen- und vernetzt denken.

(Beifall bei der FDP)

Denn machen wir uns nichts vor: Das Horn von Afrika ist geostrategisch eine bedeutsame Region. Saudi-Arabien, die Vereinigten Arabischen Emirate, Katar, China, Russland und die USA verfolgen ihre eigenen Interessen, die sicherlich nicht immer nur zum Wohl der Region sind. Das zeigen ganz aktuell der Jemen-Krieg oder die saudische Seeblockade. Das hat natürlich Einfluss auf die Sicherheitslage am Horn von Afrika.

- (B) Menschenschmuggel und Schleusertum in der Region haben nach Angaben der Bundesregierung zugenommen. Der Kampf gegen beides ist allerdings nicht Bestandteil der Operation Atalanta. Das macht die Lage nicht einfacher, sondern eher komplexer. Gerade aus diesem Grund dürfen wir unser Engagement in Somalia nicht schleifen lassen. Für ein friedliches Horn von Afrika reicht eben der Friedensschluss zwischen Äthiopien und Eritrea allein nicht aus. Für ein friedliches Horn von Afrika braucht es auch eine Stabilisierung des Failed State Somalia. Das gelingt nicht allein militärisch, durch eine Sicherung von Seewegen. Hierzu braucht es eben auch humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit. Die wiederum kommen in der fragilen Sicherheitslage Somalias nicht ohne militärische Absicherung aus.

Die Vernetzung von Außen-, Sicherheits- und Entwicklungspolitik muss gelebt werden. Gerade der Rückzug Deutschlands aus der Ausbildungs- und Trainingsmission EUTM Somalia zeigt in diesem Bereich bereits die entscheidende Schwachstelle: Ohne die Truppen der Operation Atalanta kann die Lage vor Ort nicht stabil gehalten werden. Somalia ist dazu nicht in der Lage, weder politisch noch militärisch.

Zwar ist die von der Bundesregierung vorgeschlagene Reduktion der Truppe von 600 auf maximal 400 Soldatinnen und Soldaten im Rahmen des momentanen Mandats sinnvoll. Vor dem Hintergrund einer möglichen Abzugsperspektive müssen wir aber die Zeit jetzt nutzen und sehr genau evaluieren, was denn tatsächlich passieren würde, wenn die EU-Mission auslief. Denn am Ende darf das nicht bedeuten, dass die Überfälle von Piraten und die Instabilität wieder zunehmen. Und es darf auch nicht dazu führen, dass diese geostrategisch so wichtige Region zum Spielball der verschiedenen Akteure wird, die dort bereits heute aktiv sind.

(Beifall bei der FDP)

- All diese Aspekte, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen wir im Auge behalten, wenn es um die zukünftige Bewertung und Ausgestaltung des Mandats oder gar um dessen Ende geht. (C)

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die Fraktion Die Linke hat nun Tobias Pflüger das Wort.

(Beifall bei der LINKEN)

**Tobias Pflüger (DIE LINKE):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Operation Atalanta, über die wir heute entscheiden, ist nach Ansicht der Bundesregierung ein Erfolg, weil die Piraterie am Horn von Afrika stark zurückgegangen sei. Nur warum ging denn die Piraterie dort zurück? Der ehemalige verteidigungspolitische Sprecher der SPD, Rainer Arnold, meinte 2016 dazu, zum Kampf gegen die Piraterie brauche man das Mandat Atalanta nicht mehr; die Piraterie wäre zurückgegangen, seit die privaten Reeder Sicherheitsfirmen an Bord hätten.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Das ist der Punkt!)

- Ich habe den Eindruck, Sie als Bundesregierung ändern ständig die Begründung. Am Ende kommt immer raus: Die Einsätze müssen weitergehen. – Dazu sagen wir Nein. (D)

(Beifall bei der LINKEN)

Was auf jeden Fall nicht geschehen ist, ist, die Ursachen der Piraterie zu bekämpfen. Somalia ist immer noch ein gescheiterter Staat. Die kriminellen Netzwerke bestehen fort. Im aktuellen Pirateriebericht der Bundespolizei See heißt es:

Neben den anhaltenden innersomalischen Konflikten ... stellen die illegale Fischerei vor der somalischen Küste sowie die Vergabe von Fischereilizenzen auch weiterhin ein Problem dar.

Nichts ist gut in Somalia. An Land herrscht Bürgerkrieg. Auf See nimmt die illegale Fischerei, auch von EU-Trawlern, den lokalen Fischern die Lebensgrundlage.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Ja, genau!)

Das Problem Piraterie könne – Zitat – „durch die militärische Präsenz auf See nur weitestgehend unterdrückt, nicht aber gelöst werden“, so die Stiftung Wissenschaft und Politik in einer neuen Studie.

Aber um die Hilfe für Somalia geht es Ihnen bei Atalanta doch gar nicht. Der Kollege Nikolas Löbel hat es am 26. April letzten Jahres an dieser Stelle klipp und klar formuliert: „Wir haben auch deutsche und europäische Wirtschaftsinteressen im Blick.“ – Herr Tauber hat es gerade eben so ähnlich formuliert, nämlich Atalanta sei richtig, auch aus geostrategischen Gründen. –



**Tobias Pflüger**

- (A) Das ist ein weiterer Grund, warum wir gegen diesen Einsatz stimmen werden.

(Beifall bei der LINKEN – Zuruf des Abg. Armin-Paulus Hampel [AfD])

So geht der Einsatz für Wirtschaftsinteressen mittlerweile ins elfte Jahr. Er dauert schon fast so lange wie der Einsatz in Afghanistan. Mit dem Krieg im Jemen ist sogar eine neue Eskalation hinzugekommen. Die Frau Ministerin schreibt in ihrer Vorlage: Der fortwährende Konflikt in Jemen wirkt zusätzlich destabilisierend in der Region und begünstigt die Zunahme von organisierter Kriminalität in Form von Schmuggel und der Unterstützung irregulärer Migration im Seegebiet am Horn von Afrika. – Was hier mit irregulärer Migration beschrieben ist, sind Menschen, die versuchen, vor dem Krieg im Jemen zu fliehen. – Wenn es so ist wie hier beschrieben, warum erfüllen Sie dann nicht endlich den eigenen Koalitionsvertrag und liefern keine Waffen mehr an Länder, die am Jemen-Krieg beteiligt sind?

(Beifall bei der LINKEN – Axel Müller [CDU/CSU]: Machen wir doch!)

Jetzt schickt man quasi zum Ausgleich fünf Soldatinnen und Soldaten und noch mal so viele Polizistinnen und Polizisten in den Jemen, um eine lokale Waffenruhe zu überwachen. Das ist doch absurd. Stoppen Sie die Waffenlieferungen! Das ist ein ganz wesentlicher Punkt.

(Beifall bei der LINKEN)

- (B) Auf hoher See soll Atalanta jetzt richten, was Sie an Land verbockt haben.

Es gibt eine neue Begründung. Inzwischen lautet sie, dass Atalanta im Rahmen der PESCO, der Ständigen Strukturierten Zusammenarbeit der Europäischen Union, unbedingt fortgesetzt werden muss. Man hat am Anfang, 2008, damit begonnen, das Mandat mit der Bekämpfung der Piraterie zu begründen. Jetzt kommt PESCO dazu. Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist doch Unsinn.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

Natürlich können Sie mit Nein und damit gegen diesen Einsatz stimmen. Sie haben auch EUTM Somalia beendet. Lesenswert ist Ihre eigene Begründung dafür: „kein Mehrwert, Defizite in den somalischen politischen und institutionellen Strukturen“.

Wir sagen: Dieser Einsatz ist in seiner eigenen Logik nicht sinnvoll.

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollege Pflüger, Sie müssen bitte zum Schluss kommen.

**Tobias Pflüger (DIE LINKE):**

Wir werden gegen diesen Einsatz stimmen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hat die Kollegin Agnieszka Brugger das Wort.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Agnieszka Brugger (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Man kann nicht über die Mission Atalanta sprechen, ohne auch die Situation in Somalia zu beleuchten – das haben ja auch viele Rednerinnen und Redner in der Debatte getan –; denn die Lage ist für viele Menschen dort, die nach wie vor unter den Folgen einer katastrophalen Dürre leiden, unerträglich. Der Bürgerkrieg im Land hält weiter an. Wir lesen schreckliche Berichte über sexualisierte Gewalt, auch über Journalistinnen und Journalisten, die eingeschüchtert werden. Es ist also insgesamt eine verheerende Menschenrechtslage. Erst vor wenigen Wochen erschütterten innerhalb von wenigen Tagen zwei schwere Anschläge mit Dutzenden Toten die Hauptstadt Mogadischu, und die Terrormiliz al-Schabab hat mittlerweile die Kontrolle über Regionen im Süden und im Zentrum Somalias zurückgewonnen. Die Bundesregierung sollte über ihr ziviles und entwicklungspolitisches Engagement im Rahmen ihrer Möglichkeiten dazu beitragen, dieses Leid zu lindern und eine bessere Zukunft für die Menschen in Somalia mitzugestalten.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Der Auslöser der Militäroperation Atalanta – das haben wir auch schon in dieser Debatte gehört – waren die Angriffe auf Handelsschiffe, aber vor allem auch auf Transporte mit humanitären Gütern vor der Küste Somalias. Auf den ersten Blick – das muss man ein paar Jahre später sagen – war diese Mission auch erfolgreich. Die Anzahl der Angriffe ist massiv zurückgegangen. Damit hat Atalanta einen wichtigen Beitrag für die Menschen am Horn von Afrika und im Jemen geleistet; denn diese Menschen waren und sind dringend auf Nahrungsmittelieferungen angewiesen, und diesen Beitrag sollte man auch nicht kleinreden.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Trotzdem bekämpft man mit dieser Mission am Ende eben doch nur Symptome. Der Nährboden für Kriminalität und für Gewalt, das sind die instabile Sicherheitslage, die grassierende Armut und fehlende Perspektiven für die Menschen im Land, beispielsweise weil die Küstengewässer durch internationale Raubfischerei leergefischt worden sind. Daher ist es von großer Bedeutung, dass die Europäische Union und auch die Weltgemeinschaft dazu beitragen, dass die Menschen vor Ort wirtschaftliche Perspektiven haben, und dieses Ziel nicht auch noch mit ihrer eigenen Handelspolitik untergraben.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Meine Damen und Herren, im Mandat für die Mission Atalanta gibt es eine unnötige Passage mit gefährlichem Eskalationspotenzial. Wir haben schon 2012 deutlich gemacht, dass wir es für hochriskant halten, wenn man im Rahmen dieser Operation nicht nur auf See, sondern auch an Land – es geht um das Einsatzgebiet der somalischen

(C)

(D)

**Agnieszka Brugger**

- (A) Küste bis 2 Kilometer ins Landesinnere hinein – wirken würde. Das bleibt riskant, und es ist auch im Kampf gegen die Piraterie keine kluge Strategie.

Jetzt sagen immer die Kollegen von der Koalition im Ausschuss: Es kommt ja nicht dazu, dass diese Option gezogen wird. – Aber gerade diese Tatsache zeigt doch, dass mittlerweile selbst die Bundesregierung verstanden hat, dass das keine kluge Erweiterung des Mandates war und dass es hochproblematisch wäre, diesen Einsatz aufs Land auszuweiten.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Da stellt sich doch die Frage, warum Sie dann eigentlich nicht endlich – auch im Sinne der Mandatsklarheit und -wahrheit – diese Passage aus dem Mandat nehmen und sich nicht auf europäischer Ebene dafür einsetzen, dass der Operationsplan endlich geändert wird. Denn so könnten auch wir Grüne diesem Mandat wieder zustimmen.

Meine Damen und Herren, weil wir heute auch noch über zwei weitere Mandate gesprochen haben, nämlich über die zwei Einsätze in Mali, möchte ich abschließend noch eine Bemerkung machen, die sich auf alle drei Debatten bezieht: Ich habe es noch in guter Erinnerung, dass sich die Bundesregierung vor ein paar Jahren im Vorfeld der Abstimmung über Mandate sehr bemüht hat, weil das keine Tagesordnungspunkte wie alle anderen sind, eine breite Mehrheit im Parlament herzustellen. Wir haben viele kritische Punkte in Bezug auf die Mandate in Mali angesprochen, aber auch konkret zum Atalanta-Mandat.

- (B) Ich habe das Gefühl, das interessiert Sie überhaupt nicht, und es ist Ihnen egal, ob die Opposition diese Mandate mitträgt.

(Henning Otte [CDU/CSU]: Das ist aber nur ein Gefühl!)

Ich finde es sehr schade, dass Sie einen solchen Kurswechsel vollzogen haben. Ich würde mir wünschen, dass Sie aus Respekt gegenüber dem Parlament, aber auch aus Respekt gegenüber der Parlamentsarmee Bundeswehr zu dem Kurs der Vergangenheit zurückkehren und sich wieder darum bemühen, möglichst viele Fraktionen von den Mandaten zu überzeugen, damit sie von einer breiten Mehrheit des Parlaments getragen werden können.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Ingo Gädechens [CDU/CSU]: Ihre Meinung ist uns immer besonders wichtig, Frau Brugger!)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die CDU/CSU-Fraktion hat nun der Kollege Dr. Reinhard Brandl das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU – Stefan Müller [Erlangen] [CDU/CSU]: Kannst du das mal klarstellen? – Gegenruf der Abg. Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Dass die Koalition böse ist? – Gegenruf des Abg. Stefan Müller [Erlangen] [CDU/CSU]: Nein!)

**Dr. Reinhard Brandl (CDU/CSU):**

(C)

Frau Präsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Vor gut drei Wochen war ich in Vorbereitung der heutigen Debatte gemeinsam mit dem Wehrbeauftragten und dem Staatssekretär Silberhorn in Dschibuti und habe dort das Einsatzkontingent Atalanta mit besucht. Ich will kurz davon berichten.

Dschibuti ist ein sehr besonderer Ort. Dschibuti ist von strategischer Bedeutung für den Welthandel. Ungefähr 90 Prozent des Handelsvolumens zwischen Europa, Asien und Afrika schippern dort an der Küste vorbei. Wir sind Exportweltmeister, wir sind eine Exportnation, und wir haben deshalb ein hohes Interesse an sicheren Handelswegen. Der Einsatz Atalanta geht zurück auf zahlreiche Piraterievorfälle, die wir vor einigen Jahren hatten. Es ist gelungen, diese Piraterie weitestgehend zurückzudrängen. Nichtsdestotrotz ist die Gefahr immer noch latent vorhanden; die Zahl der Piraterievorfälle kann wieder steigen. Deswegen macht es Sinn, dass wir weiterhin, wenn auch im Moment mit einer kleinen Anzahl an Personen, dort vor Ort sind. Wir haben im Moment einen Seefernaufklärer, also ein Flugzeug, in Dschibuti stationiert, das bei Verdachtsfällen aufsteigt und Informationen an Schiffe liefert, die unter Umständen einschreiten. Es macht Sinn, auch mit Blick auf unsere Sicherheit, auf die Sicherheit der Seewege, dass wir dort bleiben.

Meine Damen und Herren, in Dschibuti kann man aber auch vieles über internationale Politik und globale Sicherheitspolitik lernen:

(D)

Zum einen kann man ganz praktisch lernen, wie gut die Zusammenarbeit zwischen den Armeen der Europäischen Union und der Amerikaner funktioniert. Ich gebe Ihnen ein Beispiel – daran denkt man oft gar nicht –: Die Franzosen betreiben dort unten ein sogenanntes Role-2-Hospital, also ein kleines Krankenhaus. Sie haben dort auch ein größeres Kontingent stationiert. Deutschland sendet alle paar Monate ein Team aus Chirurgen und Krankenschwestern, das das französische Sanitätsteam dort unterstützt. An dieser Stelle entlasten wir die Franzosen. An einer anderen Stelle helfen uns die Franzosen, zum Beispiel in Mali, indem sie in Gao die medizinische Versorgung auch für unsere Soldaten im Einsatz bereitstellen. Die Zusammenarbeit funktioniert.

Man kann dort aber noch etwas anderes lernen: Wenn man auf dem Flugplatz steht und in Richtung Hafen schaut, entdeckt man eine riesige Baustelle. Dort bauen die Chinesen im Moment

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Na so was!)

ein Camp für geschätzt 5 000 bis 10 000 Soldaten – manche sprechen sogar von bis zum 15 000 Soldaten –, die dort dauerhaft stationiert sein sollen.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Überraschung!)

Das zeigt, welchen Herausforderungen wir gegenüberstehen, gerade mit Blick auf Afrika. 10 000 Soldaten, das

**Dr. Reinhard Brandl**

- (A) ist das, was wir mit der Bundeswehr insgesamt überhaupt dauerhaft durchhaltefähig in den Einsatz bringen können.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Nein, das schaffen wir nicht!)

Das ist unsere Obergrenze, unser Level of Ambition. Und das setzen die Chinesen alleine in Dschibuti ein, um Handelswege zu sichern, aber auch, um von dort aus einen Zugang zu Afrika zu haben.

Wenn wir in Afrika, wenn wir in der Region präsent sein wollen, wenn wir dort Einfluss haben wollen, dann schaffen wir das nur, wenn wir gemeinsam mit unseren europäischen Verbündeten auftreten – Frankreich und Italien sind dort sehr aktiv –, und gemeinsam mit den Vereinigten Staaten von Amerika.

Atalanta ist ein guter Einsatz. Er hat geholfen, die Piraterie zurückzudrängen. Das ist ein strategischer Einsatz; wir sind am Horn von Afrika vertreten. Er belastet uns im Moment nicht so stark, weil wir im Moment kein Schiff im Einsatz haben, sondern nur einen Seefernaufklärer. Wir sollten den Einsatz auf jeden Fall fortsetzen. Ich bitte Sie bei der in den nächsten Wochen anstehenden Abstimmung um Zustimmung für dieses Mandat.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ebenfalls für die CDU/CSU-Fraktion hat nun der Abgeordnete Ingo Gädechens das Wort.

- (B) (Beifall bei der CDU/CSU)

**Ingo Gädechens (CDU/CSU):**

Sehr verehrte Frau Präsidentin Pau! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Als letzter Redner bei der ersten Lesung zur Fortsetzung des Mandats Atalanta hat man die Gelegenheit, auf die Vorredner einzugehen.

Kollege Hampel, Sie haben für die AfD-Fraktion hier ein Zerrbild dieses Einsatzes geliefert,

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Das ist aber nichts Neues! Das macht der immer!)

indem Sie behauptet haben, dass immer dann, wenn es brenzlich wurde, die Deutsche Marine nicht zugegen war. Das ganze Gegenteil war der Fall. Sie tun den Soldatinnen und Soldaten, die dort einen hervorragenden Dienst geleistet haben, insbesondere in der brenzligen Zeit, unrecht. Das sollten wir nicht tun.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Zur ganzen Wahrheit gehört nämlich auch, dass die Deutsche Marine in Zusammenarbeit mit der Bundespolizei See Best-Practice-Systeme entwickelt hat, die der Verband Deutscher Reeder sehr gerne angenommen hat. Er hat die Schiffe dementsprechend ausgerüstet, um Piraterieangriffe abzuwehren. Auch das ist deutsches Engagement, das hoch geschätzt wird.

Wenn Sie hier so martialisch sprechen: „Wir waren immer nicht da, um deutsche Schiffe zu schützen“, dann frage ich Sie mal: Wie viele Schiffe mit deutscher Flagge am Heck haben Sie denn vor der Küste Somalias gesehen? (C)

(Beifall bei Abgeordneten der FDP und der Abg. Agnieszka Brugger [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wir haben deutsche Güter dort geschützt und für freie See- und Handelswege gesorgt. Ich denke, das ist der Erfolg. Deshalb wurde auch von den Vertretern der Regierung, von Staatsminister Roth und von dem Parlamentarischen Staatssekretär Tauber, dieses Mandat als Erfolg gewertet, und es ist ein Erfolg, meine sehr verehrten Damen und Herren.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollege Gädechens, gestatten Sie eine Frage oder Bemerkung des Abgeordneten Hampel?

(Zurufe von der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Nein!)

**Ingo Gädechens (CDU/CSU):**

Ja, gestatte ich.

**Armin-Paulus Hampel (AfD):**

Vielen Dank, Herr Kollege, für die Chance, Sie zu fragen. Ich lerne ja immer gerne dazu. (D)

(Beifall des Abg. Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU] – Zurufe von der CDU/CSU: Ah!)

Wenn Sie mir bitte den Einsatz der Marine in Somalia zur See nennen, wo deutsche Soldaten robust in die Operation eingegriffen haben, nicht begleitend, nicht mit Fernaufklärer, auch nicht mit Hubschraubern, sondern wo wir in direkter Konfrontation mit den Piraten gewesen sind! Nennen Sie mir ein, zwei, drei Einsätze. Dann weiß ich Bescheid.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Das ist aber eine Logik!)

**Ingo Gädechens (CDU/CSU):**

Als die Deutsche Marine mit ihren Vessel Protection Teams Angriffe quasi abgewehrt hat, waren Sie noch nicht im Deutschen Bundestag.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Ich war schon bei der Marine!)

Ich war mehrfach im Einsatzgebiet, auf den Schiffen. Ich war in Dschibuti. Die Deutsche Marine hat von ihren Schiffen aus Angriffe abgewehrt. Wir haben lokalisiert. Nun sage ich Ihnen mal ganz ehrlich, von der Praxis her: Das Seegebiet vor Somalia ist größer als der europäische Festlandsockel. Sie müssen in der Hochzeit 30 Schiffe auf Sektoren verteilen. Wenn ein anderes Schiff da war,

Ingo Gädechens

- (A) um Piratenangriffe abzuwehren, dann war das gut und richtig. Wenn in dem Moment gerade kein deutsches Schiff da war,

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Da war nie ein deutsches Schiff!)

dann war das gut. Trotzdem hat das Mandat insgesamt dazu geführt, dass die Piraterie bzw. die Piratenangriffe gen null tendieren, und das ist der Erfolg.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der FDP – Armin-Paulus Hampel [AfD]: Also keins!)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bleibe dabei, dass das ein Erfolg ist. Ich sehe aber auch die Probleme, die nach wie vor in Somalia und auf dem Kontinent Afrika insgesamt vorhanden sind. Wir haben jedenfalls das Geschäftsmodell der Piraterie – hier sind ja schon Zahlen genannt worden – kaputtgemacht.

Das EU-Mandat der Operation soll bis Dezember 2020 verlängert werden. Das ist sinnvoll. Wir sehen alle gemeinsam die Fragilität der staatlichen Strukturen in Somalia und die noch schwach ausgeprägte Rechtsstaatlichkeit. Hier ist immer Raum für kriminelle Netzwerke; sie haben gerade in Somalia weiterhin ihre Rückzugsräume. Die Region bleibt politisch leider instabil und anfällig für externe destabilisierende Einflüsse.

- (B) Die aktuellen Bombenanschläge und heimtückischen Terrorattacken mit zahlreichen Verletzten und Toten in Mogadischu, welche die islamische al-Schabab-Miliz auf Ministerien, Hotels und Restaurants im vergangenen Monat verübt hat, verdeutlichen die nach wie vor sehr angespannte Sicherheitslage. Es ist daher richtig und wichtig, dass Europa und damit auch Deutschland weiterhin Präsenz in dieser Region zeigt und die humanitäre Versorgung von notleidenden Menschen mit Nahrungsmitteln durch das Welternährungsprogramm schützt.

Der Einsatz der internationalen Koalition zum Schutz dieses wichtigen Seeweges hat, wie gesagt, die Kriminalität dort eingedämmt. Ich will Ihnen ganz ehrlich sagen: Nicht nur das, was unter anderem unser Seefernaufklärer von Staaten wie Dschibuti aus leistet, ist gut für die Region, sondern insgesamt die deutsche Präsenz, weil wir viel von unserer Form zu leben, von unserem Demokratieverständnis, von unserer Art des Miteinanders, von unseren Werten dorthin übertragen können. Jedenfalls wird unser Engagement dort mit den Bündnispartnern zusammen mit großer Dankbarkeit anerkannt. Deshalb bitte ich sehr herzlich, dass wir dieses Mandat entsprechend verlängern.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/8970 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit ein-

- verstanden? – Das ist der Fall. Dann ist die Überweisung so beschlossen. (C)

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 10 auf:

Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe (17. Ausschuss) zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2014 bis 2017**

**Drucksachen 19/5720, 19/5993 Nr. 8, 19/9300**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich bitte, zügig die Umzüge innerhalb der Reihen der Fraktionen vorzunehmen. Vor allen Dingen bitte ich, wenn Sie weiter an der Debatte teilhaben wollen, auch Platz zu nehmen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat die Abgeordnete Dr. Bärbel Kofler für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Dr. Bärbel Kofler (SPD):**

Frau Präsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Zuhörer und Zuschauer auf den Tribünen! Uns liegt der Bericht der Bundesregierung aus den Jahren 2014 bis 2017 zum Bereich der humanitären Hilfe Deutschlands vor, und dieser Bericht bietet Gelegenheit, über das System der humanitären Hilfe zu diskutieren, die Herausforderungen zu beschreiben und damit auch Ideen und Wege für eine Verbesserung und für ein größeres Engagement in der Zukunft aufzuzeigen. (D)

Der Bericht zeigt deutlich die schwierigen Jahre 2014 bis 2017 – schwierig deshalb, weil der Bedarf an humanitärer Hilfe in diesem Zeitraum um 40 Prozent gestiegen ist – 40 Prozent! –, aber die internationale Finanzierungsmöglichkeit mit diesem Bedarf nicht Schritt gehalten hat. Das ist eines der großen Probleme. Im Jahr 2017 gab es eine Deckungslücke von 11,9 Milliarden Euro, und es konnten nur die Bedarfe von 50 Prozent, denen geholfen werden sollte, gedeckt werden.

Die zweite große Schwierigkeit, vor der die humanitäre Hilfe steht, ist die veränderte Art von Krisen, die sich in ihrer Komplexität und ihrer Dauer wesentlich unterscheiden von kürzeren Krisen vergangener Jahre.

Der dritte entscheidende Punkt ist die Frage: Wie wird mit humanitären Helfern umgegangen? Wie kann es gelingen, die Helfer im humanitären System zu schützen und dafür zu sorgen, dass gemäß den humanitären Prinzipien Hilfe auch wirklich jeden Einzelnen, der ihrer bedarf, erreicht?

Vor diesen großen Herausforderungen stand und steht die humanitäre Hilfe in den letzten Jahren. Es wurde versucht – und ich glaube, hier sind richtige Ansätze auf dem humanitären Weltgipfel in Istanbul gefunden worden –,

**Dr. Bärbel Kofler**

- (A) hier Fragen anzugehen: erstens die Frage der dauerhaften Finanzierung auch von Nothilfefonds und Nothilfeeinrichtungen der Vereinten Nationen, zweitens aber auch die Frage der Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren, seien sie von der humanitären Hilfe, der Not- und Übergangshilfe oder der Entwicklungszusammenarbeit; das konnte verbessert und verstetigt werden.

Wichtig ist für uns selbst in unserem eigenen Land, dass wir hier sehr wohl unsere Hausaufgaben gemacht haben. Der Bericht, glaube ich, spricht hier eine deutliche Sprache. Wir haben die finanziellen Mittel für humanitäre Hilfe in diesem Zeitraum vervierfacht. Bei der Zahl bleibt einem immer ein bisschen die Freude im Hals stecken; denn das heißt ja auch, wie geschildert, dass der Bedarf entsprechend gestiegen ist und dass die Not der Menschen entsprechend gewachsen ist. Wir haben unser Engagement verstetigt und vervierfacht. Wir haben aber auch begonnen, uns konzeptionell anders einzubringen, gerade mit unseren Partnern in den verschiedensten Gremien, sei es auf UN-Ebene, sei es aber auch mit den Organisationen des Roten Halbmonds und des Roten Kreuzes oder auch den vielen deutschen Nichtregierungsorganisationen.

Ein Punkt ist mir besonders wichtig, den wir in den letzten Jahren in den Mittelpunkt gestellt bzw. herausgehoben haben. Dabei geht es darum, dass wir humanitäre Hilfe insbesondere auch in Ländern, die nicht permanent im Fokus der medialen Aufmerksamkeit sind, verstärkt haben und hier wirklich unseren Einsatz nach unseren Möglichkeiten sowohl mit menschlichen Kapazitäten wie auch mit finanziellen Mitteln gestärkt haben. 20 Prozent der Mittel der deutschen humanitären Hilfe gehen in diese Gebiete, in Krisenregionen, und das ist richtig, und das ist gut so, und das muss verstetigt und ausgebaut werden.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Das Auswärtige Amt hat in der letzten Woche die neue Strategie für humanitäre Hilfe vorgelegt. Und es stellt sich ja auch die Frage: Wie geht es weiter? Wie entwickeln wir Antworten auf die Herausforderungen, vor denen wir stehen? Ich habe über die Bedarfe und über die Deckungslücken gesprochen. Die Frage der stetigen Finanzierung ist ein entscheidender Punkt. Der Schutz von Helferinnen und Helfern und das Einhalten des Völkerrechts ist der zweite entscheidende Punkt. Ich finde es sehr richtig, dass Deutschland gemeinsam mit Frankreich im Sicherheitsrat hier erste Initiativen zum Schutz der humanitären Prinzipien und des humanitären Völkerrechts ergriffen hat.

(Beifall bei der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollegin Kofler, ich muss Sie darauf aufmerksam machen, dass Sie jetzt auf Kosten Ihrer Kollegin sprechen.

**Dr. Bärbel Kofler (SPD):**

Ich komme zu meinem letzten Satz. – Es gibt viel zu tun, wir brauchen neue Denkmuster, wir brauchen neue

Ideen. Wir müssen vorausschauende humanitäre Hilfe in den Mittelpunkt stellen, um Krisen vielleicht gar nicht erst entstehen zu lassen. In diesem Sinne hoffe ich auf gutes weiteres Miteinander auch mit den Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausschuss, weil es darum geht, die Not von Menschen zu lindern.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ein kleiner geschäftsleitender Hinweis: Ich bin fest entschlossen, das, was der Präsident heute Morgen begonnen hat und was meine Vizepräsidentinnen- und Vizepräsidentenkollegen fortgesetzt haben, auch für die weiteren Verhandlungen hier durchzusetzen. Verabredete Redezeiten werden eingehalten oder, falls nicht, angerechnet auf die nachfolgenden Redner der Fraktionen.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Militärisches Vokabular! Mittlerweile eine Tonlage hier!)

Das Wort hat der Abgeordnete Jürgen Braun aus der AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Jürgen Braun (AfD):**

Frau Präsidentin! Liebe Kollegen! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Humanitäre Hilfe ist notwendig, und humanitäre Hilfe soll in den Ländern selbst wirken – dort, wo sie gebraucht wird. Der Bericht der Bundesregierung zur humanitären Hilfe offenbart viele Schwächen. Nur eine davon: Es fehlt ein überzeugendes Konzept. Dieser Bericht ist ein Sammelsurium. Weltweit wachsen die humanitären Krisen. Die Bundesregierung versucht aber, ihre Konzeptionslosigkeit mit viel Geld zu verschleiern.

Die enorme Steigerung der Ausgaben für die humanitäre Hilfe offenbart auch eine weitere Schwäche: In den Jahren 2014 und 2015 ist wichtige humanitäre Hilfe aus Deutschland und der EU ausgeblieben. In Syrien und in den Nachbarstaaten wäre sie dringend nötig gewesen. Damals wären es vergleichsweise nur kleinere Millionenbeträge gewesen, nicht viele Milliarden, wie seitdem Jahr für Jahr in Deutschland verschwendet.

(Beifall bei der AfD)

Die Flüchtlingslager waren 2014 überfüllt. Die Not war immens; in Syrien tobte der Krieg. Dann kam die Wanderungsbewegung – gestoppt erst durch Politiker wie Viktor Orban.

(Widerspruch bei der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Zuruf von der SPD: So ein Quatsch!)

Sein Grenzzaun ist heute die Lebensversicherung für Mitteleuropa.

(Beifall bei der AfD – Widerspruch bei der SPD – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Die Mauer muss weg, Herr Braun!)

**Jürgen Braun**

- (A) Ab dem Sommer 2015 hat das Versagen in der humanitären Hilfe die Bundesregierung eingeholt.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Stacheldraht und Schießbefehl funktionieren auch nicht!)

Heute sind es viele Milliarden, die jedes Jahr ausgegeben werden müssen. Ich sage es noch einmal: Humanitäre Hilfe muss in den Ländern selbst wirken. Wir können die Probleme Afrikas und der arabischen Welt nicht hier in Deutschland lösen.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Grüß Gott Zynismus!)

Der Bericht der Bundesregierung ist damit vor allem eines: ein Dokument des schlechten Gewissens. Die Bundesregierung hat mit einer Vervierfachung der Mittel für humanitäre Hilfe ihr schlechtes Gewissen beruhigt.

(Margarete Bause [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Lieber ein schlechtes als kein Gewissen!)

Vor wenigen Wochen gab es eine öffentliche Anhörung im Ausschuss zu genau diesem Bericht, über den wir hier sprechen. Die AfD-Fraktion hatte Alfred de Zayas eingeladen, einen weltweit geachteten und überaus erfahrenen Experten. Er hat mehrere Jahrzehnte lang wichtige Missionen der UNO geleitet.

(Zaklin Nastic [DIE LINKE]: Der hatte aber eine ganz andere Meinung!)

- (B) Und wie nannte dieser international höchst geachtete amerikanische Diplomat den Bericht der Bundesregierung? Eine Selbstbeweihräucherung nannte er ihn.

Wichtige Themen fehlen in diesem Bericht wie die Ursache für die katastrophale humanitäre Krise im Südsudan. Ist es wirklich das Klima, wie der Bericht mehrfach suggeriert? Oder liegt es vielmehr daran, dass die Christen im Südsudan vom Nordsudan verfolgt wurden? Im Süden sind die Christen die größte religiöse Gruppe, weit vor den Moslems. Der Südsudan hat sich vom Nordsudan in einem religiösen Konflikt abgespalten. Bei der Bundesregierung fehlt diese Erklärung der Ursachen. Das heute gestürzte Regime al-Baschir gehörte mit Sicherheit zu den Ursachen.

Und dann der Jemen: Was ist die Ursache für die humanitäre Krise im Jemen? Warum nennt der Bericht nicht die wahren Gründe? Auch im Jemen sind es kriegerische Stammeskongflikte, und sie sind religiös geprägt.

(Gabi Weber [SPD]: So ein Quatsch! – Tobias Pflüger [DIE LINKE]: Völlig gaga!)

Schauen wir in den Gazastreifen: Seit Jahrzehnten werden dort auch deutsche Steuergelder hineingepumpt, doch fast nichts landet bei den Ärmsten. Die Hamas instrumentalisiert das Leid. Israel-Feindlichkeit und Judenhass werden mit deutschen Steuermillionen gefördert.

(Karsten Hilse [AfD]: Ui!)

Viele Mitarbeiter des Hilfswerks der Vereinten Nationen für Palästinaflüchtlinge, kurz UNRWA, sind außerdem

Hamas-Angehörige, das Neutralitätsgebot der humanitären Hilfe wird missachtet. Eine Schande! (C)

(Zaklin Nastic [DIE LINKE]: Sie sollten sich schämen!)

Und dann immer wieder das endlose infantile Gelaber vom Klimawandel: Der Klimawandel: das große grün-linke Ablenkungsmanöver unserer Zeit.

(Beifall bei der AfD – Dr. Frithjof Schmidt [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Den gibt es ja gar nicht! – Kersten Steinke [DIE LINKE]: Wie blöd sind Sie denn überhaupt, ey?)

Allzu oft wird das Klima als Krisengrund genannt, damit man die Wahrheit nicht aussprechen muss.

(Zaklin Nastic [DIE LINKE]: Jeder macht sich seine eigene Wahrheit – wie Sie!)

Religiöse Verfolgung ist oft das Problem. Es sind menschengemachte Krisen. Es sind Stammeskongflikte.

(Ottmar von Holtz [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Oh je! Junge, setz dich hin!)

Es sind Kriege um Rohstoffe. Menschengemachte Krisen weltweit. Zahlreiche islamische Staaten und terroristische Gruppen treten kriegerisch auf, vor allem in Vorderasien und in Afrika. Doch die verantwortlichen Länder sind nicht im Bericht genannt. Es fehlt der Iran, es fehlt Katar, es fehlt Saudi-Arabien.

Die Bundesregierung muss endlich ehrlich über die Ursachen der weltweiten Not informieren. Dann können wir über diesen Bericht ernsthaft diskutieren. (D)

(Beifall bei der AfD)

#### **Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die CDU/CSU-Fraktion hat nun der Kollege Michael Brand das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

#### **Michael Brand (Fulda) (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In diesem Frühjahr haben zwei wirkliche Infernos ihren traurigen Jahrestag. Im Frühjahr 2015 startete Saudi-Arabien seine Luftangriffe im Jemen – und die Welt schaut weiter weg. Vier Jahre zuvor, im Jahr 2011, begann der barbarische Syrienkrieg mit Massenmörder Assad.

Über 6 Millionen Syrer sind bislang aus ihrer Heimat geflohen, und fast 6 Millionen Menschen wurden innerhalb ihres Landes vertrieben. Und heute? Immer mehr Frauen, Männer und Kinder kehren inzwischen zurück – in zerbombte Städte ohne jegliche Infrastruktur. Die Staatengemeinschaft und zahlreiche Hilfsorganisationen, auch aus Deutschland, unterstützen Rückkehrer mit Unterkünften, mit Medikamenten, Nahrungsmitteln, Kleidung, Ausbildungsmöglichkeiten. Auch Flüchtlinge in den Nachbarstaaten erhalten Hilfe – und das alles mit einem fokussierten Blick auf die Zukunft. Traumatherapeuten helfen bei der Verarbeitung von Kriegserlebnissen. Andere Projekte ermöglichen es Kindern, in die Schule zu gehen. Dass es keine verlorene Generation

**Michael Brand (Fulda)**

- (A) gibt, für dieses Ziel müssen politische und humanitäre Akteure wie auch die Zivilgesellschaft alles geben! Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte die heutige Debatte nutzen, um allen humanitären Helfern, den NGOs und natürlich auch den staatlichen Akteuren, die sich für dieses wichtige Gemeinschaftswerk einsetzen, ein herzliches Dankeschön zu sagen.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN und der Abg. Gyde Jensen [FDP])

Im Jemen ist die Lage katastrophal. Die Vereinten Nationen sprechen von der größten humanitären Katastrophe weltweit. Hier muss man befürchten, dass viel mehr verloren geht – denn Tag für Tag verhungern Mädchen und Jungen. Nahrung gäbe es eigentlich genug, doch die Preise sind für viele absolut unerschwinglich geworden. Menschen sind auf Hilfe zum Überleben angewiesen.

Und auch vor unserer Haustür ist Einsatz erforderlich: Die dramatische Lage im Osten der Ukraine wird zu schnell übersehen. Die Bundesregierung stellte vor wenigen Tagen zusätzliche Mittel für das Jahr 2019 in Höhe von 1,8 Millionen Euro zur Verfügung, um die humanitären Maßnahmen des Internationalen Roten Kreuzes vor Ort zu unterstützen. Die Menschen in Donezk, Luhansk und anderswo dürfen nicht vergessen werden!

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP und des Abg. Ottmar von Holtz [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

- (B) Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit sind Grundsätze der humanitären Hilfe weltweit. Der einzige Zweck der humanitären Hilfe ist es, Leiden zu mindern. Herr Kollege Braun, es geht nicht darum, sich mit humanitärer Hilfe zu schmücken. Ich glaube, das ist der völlig falsche Ansatz, so auf diesen Bereich zu schauen,

(Zuruf von der AfD: Den Sie machen!)

und es entlarvt auch, mit welchem Zynismus Sie auf das Thema „humanitäre Hilfe“

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

und auf die Frage des Leidens von anderen Menschen eingehen. Sie sollten das „C“ in Ihren Reden wirklich streichen.

Nie gab es mehr Menschen, die Hilfe zum Überleben brauchten. Waren es vor zehn Jahren über 30 Millionen Menschen, so sind es heute mehr als 132 Millionen Menschen. Über 68 Millionen Menschen – die Hälfte davon Kinder – sind auf der Flucht – so viele wie nach dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr.

Ich finde, man kann diese Berichte vom Auswärtigen Amt auch mal zeigen

(Der Redner hält ein Papier hoch)

– es verfolgen ja auch einige die Debatte an den Fernsehschirmen, im Internet und hier im Plenarsaal –;

(Zuruf von der LINKEN: Am Radio!)

denn man findet, wie ich glaube, darin viel Information und Spannendes über die Entwicklung, über regionale Schwerpunkte, über thematische Schwerpunkte. Ich will an dieser Stelle ausdrücklich den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Auswärtigen Amt hier in Deutschland, aber auch in den Außenstellen, der Beauftragten der Bundesregierung für Menschenrechtspolitik und Humanitäre Hilfe, Kollegin Kofler, und auch Ihnen, Herr Staatsminister Roth, ein herzliches Dankeschön sagen. (C)

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der Abg. Gyde Jensen [FDP])

Deutschland reagiert angesichts wachsender humanitärer Bedarfe und übernimmt konkret Verantwortung. Die Zahlen sind genannt worden. Die Mittel sind von 460 Millionen Euro im Jahr 2014 auf 1,76 Milliarden Euro erhöht worden. Das ist besorgniserregend wegen des Anstiegs der Konfliktherde, zeigt aber zugleich, dass darauf entsprechend reagiert wird. Mit der Vervielfachung der Mittel definiert Deutschland seine Rolle in der humanitären Hilfe selbst neu. Das fordert uns auch neu in zahlreichen Bereichen: bei Qualität und Effektivität der humanitären Hilfe, bei Vernetzung und beim Heben von Potenzial nicht allein bei staatlichen Playern und bei der Stärkung der lokalen Akteure.

Ich glaube, die Perspektive der humanitären Hilfe muss sich künftig noch viel stärker verändern, und zwar von einer rein reaktiven Hilfeleistung nach einer Krise zu einem vorausschauenden Handeln zur Vermeidung von Krisen. Und : Humanitäre Hilfe darf nicht zum Alibi dafür verkommen, politische Konflikte durch die Staatengemeinschaft nicht zu lösen. Es ist richtig und notwendig, dass die Bundesregierung das Thema „humanitäre Hilfe“ zu einem Schwerpunkt der zweijährigen Mitgliedschaft der Bundesrepublik Deutschland im UN-Sicherheitsrat machen will. Dazu gehören zentrale Themen wie der Zugang zu Krisengebieten und der Schutz der humanitären Helfer, die Wahrung humanitärer Prinzipien und die Einhaltung des humanitären Völkerrechts. Das humanitäre Völkerrecht ist vielfach unter Druck. Völkerrecht muss die Menschenrechte schützen – nicht die Diktatoren. (D)

Die Zeit läuft uns davon. Deswegen sage ich: Angesichts der wachsenden Anzahl und der Dauer von Konflikten sowie des steigenden Finanzbedarfs braucht es konkrete Initiativen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die FDP-Fraktion spricht nun die Kollegin Gyde Jensen.

(Beifall bei der FDP)

**Gyde Jensen (FDP):**

Vielen Dank, Frau Präsidentin. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Bericht der Bundesregierung zeigt

**Gyde Jensen**

(A) drei verschiedene Dinge ganz eindeutig auf: Humanitäre Krisen nehmen weltweit zu, und der Bedarf an humanitärer Hilfe ist so hoch wie nie zuvor. Zur Versorgung der Opfer von Konflikten und Naturkatastrophen wurde 2017 die Rekordsumme von 23,5 Milliarden US-Dollar zur Verfügung gestellt. Und die Lücke zwischen den bereitgestellten Mitteln und dem Bedarf wächst trotzdem seit Jahren immer weiter an; momentan wird nur circa die Hälfte des tatsächlich Notwendigen gedeckt.

Mit diesen Fakten müssen die Weltgemeinschaft und vor allen Dingen auch die Bundesregierung umgehen. Deutschlands wachsender Beitrag dazu darf hier natürlich lobend hervorgehoben und nicht zu gering geschätzt werden; denn die deutschen Mittel – Frau Dr. Kofler hat es angesprochen – wurden in den vergangenen Jahren vervierfacht. Das zeigt den Willen, hier Hilfe im Rahmen unserer Möglichkeiten bereitzustellen.

Mit dem Wissen, dass die Dauer humanitärer Krisen stetig zunimmt und dass diese konfliktreicher und komplexer werden, reicht es aber nicht aus, in diesem Bericht sämtliche Einzelmaßnahmen aus den beteiligten Häusern zusammenhanglos aufzulisten. Was wir für eine bessere humanitäre Hilfe brauchen, liefert die Große Koalition in ihrem Bericht nicht. Es gibt kein abgestimmtes Konzept, es gibt keine deutlich erkennbare übergeordnete, ressortübergreifende Strategie, und es gibt keine wirkliche Ursachenorientierung zur nachhaltigen Konfliktlösung – weder hier im Bericht noch in dem angekoppelten Entschließungsantrag der Koalition.

(B) Schwerpunkt der Arbeit meiner Fraktion ist deshalb, auf eine verstärkte Krisenprävention und Krisenfrüherkennung hinzuwirken, und im Mittelpunkt steht für uns die Frage, wie man Hilfe besser koordinieren und vernetzen kann.

(Beifall bei der FDP)

Hier sind vor allen Dingen zwei Dinge entscheidend:

Erstens. Es braucht aus unserer Sicht mehr Aufmerksamkeit für Good Governance – inklusive staatlicher Strukturen, die dazu beitragen, dass Konflikte erst gar nicht entstehen bzw. sie schnell gelöst werden. Wir müssen dafür eigene Ansprüche und Bedingungen formulieren – und das am besten in einem neuen ministeriumsübergreifenden Grünbuch für vernetztes Handeln.

Zweitens braucht es eine Stärkung der Resilienz multilateraler Institutionen, um in diesen immer komplexer werdenden Krisen flexibler reagieren zu können. Es kann nicht sein, dass wir immer erst aufwendige Geberkonferenzen veranstalten müssen und Organisationen quasi zu Bittstellern bei Staaten machen, der Bedarf jedoch letztlich überhaupt nicht ausreichend gedeckt wird.

(Beifall bei der FDP)

Wir müssen daher eine bessere Balance zwischen zweckgebundenen und nicht zweckgebundenen Mitteln finden; denn das Mindeste, was man hier von der Bundesregierung verlangen kann, ist, ihre internationale Zusage von 30 Prozent nicht zweckgebundener Mittel auch einzuhalten. Diesen Wert hat die Bundesregierung nie erreicht. Sie liegt tatsächlich deutlich darunter, näm-

lich mindestens 10 Prozent unter ihrer Zusage. Das ist tatsächlich nicht nur fahrlässig, sondern dadurch kommt auch die Hilfe nicht dort an, wo sie am meisten gebraucht wird. (C)

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Mit dem Sitz im UN-Sicherheitsrat kommt auf Deutschland eine besondere Verantwortung zu – vor allem mit dem Vorsitz in diesem Monat –, und zwar die Verantwortung, zu zeigen, dass die internationale Gemeinschaft in Zukunft besser für die Verhinderung von und die Reaktion auf humanitäre Krisen gerüstet ist. Es wäre daher die Aufgabe der Bundesregierung, multilaterale Strukturen zu stärken und gemeinschaftlich mehr in Krisenprävention zu investieren. Der aktuelle Bundeshaushalt zeigt allerdings, dass die Bundesregierung die Schere zwischen multilateralen und bilateralen Vereinbarungen immer weiter öffnet, und das ist in Zeiten, in denen es deutlich mehr Multilateralismus braucht, ein fatales Signal.

(Beifall bei der FDP)

Meine Damen und Herren, perfide ist – und das muss an dieser Stelle gesagt werden –, dass Sicherheitsratsmitglieder wie China und Russland international ihren humanitären Verpflichtungen nicht im Geringsten nachkommen, gleichzeitig aber aus dem Leid der Menschen in bestimmten afrikanischen Ländern, beispielsweise mit leicht erkauftem Zugang zu Rohstoffen, Profit schlagen.

Meine Redezeit ist leider schon abgelaufen. – Was häufig vergessen wird, hier zu erwähnen, ist, dass es eben nicht nur Krisen im Jemen oder in Syrien gibt, sondern auch die sogenannten zehn vergessenen Krisen, die das Auswärtige Amt erst letztes wieder vorgestellt hat. (D)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Sie müssen jetzt zum Schluss kommen.

**Gyde Jensen (FDP):**

Frau Präsidentin, ich komme zum Schluss. – Deswegen brauchen wir nach Istanbul einen neuen humanitären Weltgipfel, mit dem wir entscheidend dazu beitragen, zu zeigen, dass Zivilisiertheit und Humanität ihren Wert in der Welt nicht verloren haben.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die Fraktion Die Linke hat nun die Kollegin Nastic das Wort.

(Beifall bei der LINKEN – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Jetzt Helm auf!)

**Zaklin Nastic (DIE LINKE):**

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Weltweit sind 75 Millionen Menschen auf der Flucht, 821 Millionen Menschen hungern. Der Bedarf an humanitärer Hilfe hat sich seit den 2000er-Jahren mehr als verzehnfacht,



**Zaklin Nastic**

- (A) obwohl man die Menschheit – das wissen wir alle – zweimal ernähren könnte. Solange aber mit Milch und Mais kapitalistische Geschäfte betrieben werden können, werden eher Nahrungsmittel vernichtet, als dass Konzerne wie Nestlé es zulassen, dass die Preise dafür sinken. Die humanitärste Hilfe – auch bei uns – wäre, die Spekulanten, die mit Not Geschäfte machen, aus der globalen Ernährungswirtschaft zu verjagen und zu vertreiben.

(Beifall bei der LINKEN – Zuruf von der AfD: Enteigenen kommt bestimmt auch noch!)

Die Bundesrepublik hat die Mittel für humanitäre Hilfe in den vergangenen Jahren auf 1,5 Millionen Euro erhöht.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: 1,76 Milliarden Euro! Ihre Zahl war falsch!)

Gleichzeitig haben Sie aber im vergangenen Jahr Rüstungsexporte im Wert von 4,8 Milliarden Euro genehmigt. Dadurch werden die Opfer mehr, auch wenn Ihre Statistik schöner wird.

(Beifall bei der LINKEN)

Als Wohltätige für die Bedürftigen dieser Welt sollten Sie sich nicht gerieren,

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Wer tut das denn?)

solange Sie Kriegs- und Krisengebiete befeuern und sich mit den Milliarden gutstellen, die diese Welt beherrschen und ausbeuten.

- (B) (Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Ihr Zynismus hilft niemandem!)

Sind Heckler & Koch-Sturmgewehre in den Drogenkriegen von Mexiko, EMT-Drohnen im Jemen und Rheinmetall-Granaten wirklich Beiträge zum Frieden und zu Menschenrechten in der Welt?

(Norbert Maria Altenkamp [CDU/CSU]: Ja, vermischen Sie wieder alles! – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Alles rein in den Topf!)

Wie soll man eigentlich Politikerinnen und Politiker nennen, die diese Geschäfte abzeichnen und lizenzieren? Schreibtischtäter oder eher Beihelfer zum Mord?

(Beifall bei der LINKEN – Stefan Müller [Erlangen] [CDU/CSU]: Unglaublich!)

Herr Maas schwirrt über die Redepodeste der Welt und meint, es sei humanitär, zusammen mit Donald Trump den Halbfaschisten Guaidó an die Stelle des autoritären Linken Maduro zu setzen.

(Widerspruch bei der CDU/CSU, der AfD und der FDP)

Wissen Sie eigentlich, worin der wirtschaftliche Fehler und das Missmanagement von Maduro bestehen? Sie bestehen darin, dass er das Öl nicht mehr in Dollar verkauft.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Reden Sie doch mal über Menschenrechte in Venezuela und über Menschenrechtsverletzungen

dort! – Dr. Stefan Ruppert [FDP]: Schämen Sie sich!) (C)

Seitdem wurde nämlich humanitäre Hilfe zum Putschinstrument degradiert, und seit Monaten hält die Bundesregierung die humanitäre Unterstützung für Venezuela zurück.

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Sie sind nicht nur auf dem linken Auge blind, sondern auf beiden! – Ulrich Lechte [FDP]: Eine Milliarde beiseitegeschafft!)

Zu Recht kritisieren sowohl das Internationale Rote Kreuz

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Sie gehören echt zu den wenigen, die das noch verteidigen! – Ulrich Lechte [FDP]: Eine Milliarde pro Jahr!)

– Frau Präsidentin! – als auch namhafte Expertinnen und Experten, dass das, was um Venezuela herum passiert, ein Paradebeispiel für den Missbrauch humanitärer Hilfe für politische Zwecke ist.

(Beifall bei der LINKEN – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Ihnen geht es doch gar nicht um humanitäre Hilfe, sondern um Agitation! – Ulrich Lechte [FDP]: Frau Kollegin, eine Milliarde pro Jahr! – Zurufe von der AfD)

Auch in Syrien war Ihnen nur dort humanitäre Hilfe genehm, wo die sogenannte Opposition herrschte. Die Notlage der Menschen in den anderen Gebieten war Ihnen vollkommen egal. Mit dem Neutralitätsgebot der humanitären Hilfe hat das rein gar nichts zu tun. (D)

Das Mittelmeer: die tödlichste Grenze der Welt. Dort verwehren Sie gezielt die Seenotrettung von Menschen und riskieren Sie deren Leben. Auch das ist eine reine Missachtung der humanitären Grundsätze.

(Beifall bei der LINKEN)

Im Jemen, wo sich durch einen verbrecherischen Krieg – angeführt von Saudi-Arabien – die größte humanitäre Krise unserer Zeit abspielt, sind laut „Safe the Children“ allein 85 000 Kinder aufgrund der Blockadepolitik verhungert und gestorben. Und was machen Sie? Sie schicken humanitäre Hilfe und verschweigen, dass das Mordwerkzeug aus Ihren Genehmigungen stammt.

(Beifall bei der LINKEN – Gyde Jensen [FDP]: Machen Sie doch einen besseren Vorschlag!)

Das Bundeswirtschaftsministerium hat gerade behauptet, Saudi-Arabien verstoße im Jemen nicht gegen die Endverbleibsklausel. Für Sie ist also der Einsatz deutscher Waffen in Angriffskriegen legitim. Für Die Linke ist das ein Verbrechen.

(Beifall bei der LINKEN)

Sie berufen sich auf die Neutralität der humanitären Hilfe, aber dort, wo es um Konzern- und NATO-Interessen geht, sind Sie nicht neutral. Die Linke ist es auch nicht; wir stehen nämlich bei den Opfern.

**Zaklin Nastic**

- (A) Seit Jahren schweigen Sie zu der humanitären Situation und Menschenrechtssituation von Julian Assange. Ich sage Ihnen eines: Nicht diejenigen, die Kriegsverbrechen aufdecken, sondern diejenigen, die sie begehen und in Auftrag geben, gehören kriminalisiert.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

Deswegen sagen wir Linken: Asyl für Julian Assange und Freiheit für Julian Assange!

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat die Kollegin Margarete Bause für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Margarete Bause (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Es ist gut und wichtig, dass Deutschlands Ausgaben für humanitäre Hilfe in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Das ist von extrem großem Wert in Zeiten, in denen die Zahl von Menschen in Not dramatisch wächst. Von noch größerem Wert ist es, dass die Arbeit der vielen humanitären Helferinnen und Helfer vor Ort stattfindet. Deswegen gebührt all denen unser aller großer Dank für ihre aufopferungsvolle und zum Teil auch gefährliche Arbeit,

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN)

- (B) sei es im Jemen, im Südsudan, in Bangladesch, ganz aktuell in Mosambik; überall da, wo Kinder, Frauen und Männer durch Naturkatastrophen, durch Klimakatastrophen, vor allem aber durch schlimmste Konflikte und Kriege in existenzielle Not geraten.

Mit mehr Geld alleine ist es aber nicht getan. Mehr Geld bedeutet auch mehr Verantwortung. Mehr Geld erfordert mehr Transparenz. Mehr Geld benötigt auch andere Strukturen. Sprich: Es braucht eine andere strategische Aufstellung und Klarheit über die Ziele, die man erreichen will.

Wir hatten vor kurzem in unserem Ausschuss eine Anhörung zur humanitären Hilfe; das wurde schon erwähnt. Die Stellungnahmen und Forderungen der Expertinnen und Experten waren sehr eindeutig. Zum einen wurde unisono die finanzielle Anstrengung Deutschlands gelobt. Gleichzeitig wurden aber auch die Mängel und die Herausforderungen benannt, vor denen wir stehen. Als ein großes Problem wurde immer wieder der Mangel an Transparenz thematisiert. Eine Expertin sagte: Wer warum für welches Land wie viel Geld ausgibt, ist nicht nachvollziehbar. – Ich finde, so etwas können wir uns nicht leisten. Da braucht es ganz klar andere Strukturen, mehr Transparenz. Es reicht auch nicht, alle vier Jahre hier im Parlament einen Bericht abzugeben. Da brauchen wir deutlich mehr an Anstrengungen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

- Zweiter Kritikpunkt war, dass die strategische Kompetenz nicht in gleichem Maße gewachsen ist wie die finanziellen Mittel. Zitat: (C)

Will Deutschland strategisch dauerhaft eine größere Rolle spielen, besteht personell sowohl im Amt wie auch in den Botschaften vor Ort akuter Handlungsbedarf.

So der Direktor des Centre for Humanitarian Action. Er verwies darauf, dass das Auswärtige Amt in Berlin weniger Fachkräfte für humanitäre Hilfe vorhält als andere Top-Geberländer allein in ihren Botschaften vor Ort. Auch da brauchen wir größere Anstrengungen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Als weiterer Punkt und weitere Aufgabe wurden die bessere Planbarkeit und die größere Flexibilität der humanitären Hilfe eingefordert. Dafür braucht es verstärkte mehrjährige Förderungen von Programmen und mehr Mittel, die zweckungebunden vergeben werden, weil man nur mit diesen zweckungebundenen Mitteln tatsächlich schnell da helfen kann, wo Hilfe dringend nötig ist.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Deswegen unsere Forderung: Geben Sie denen, die sich vor Ort auskennen, endlich mehr Beinfreiheit!

In Ihrer neuen Strategie betonen Sie auch die vergessenen Krisen. Allein, man merkt: Es gibt keine Kriterien, wonach sich das bemessen soll. Leider müssen wir feststellen, dass Deutschland im Jahr 2017 für die drei weltweit am schlechtesten finanzierten Krisenländer Senegal, Kuba und Dschibuti laut Ihrem Bericht null Euro an humanitärer Hilfe bereitgestellt hat. (D)

Zur Glaubwürdigkeit der humanitären Hilfe gehört ebenfalls die Kohärenz; auch das wurde von den Experten angesprochen. Zur Glaubwürdigkeit gehört auch, dass wir nicht noch durch Waffenlieferungen in Kriegs- und Krisengebiete die Konflikte verschärfen.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir müssen Konfliktlösungen exportieren und keine Krisenverschärfung.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Bei der Eröffnung des Centre for Humanitarian Action lautete das Motto: „Humanitäre Hilfe in der Krise – Deutschland nur ein kleiner Riese?“

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollegin Bause, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Margarete Bause (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Mein letzter Satz. – Liebe Bundesregierung, nehmen Sie das als Ansporn. Zeigen Sie, dass Sie bei der humanitären Hilfe zu den Großen gehören.

Danke schön.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abg. Ulrich Lechte [FDP])

**(A) Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die CDU/CSU-Fraktion hat nun der Abgeordnete Sebastian Brehm das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Sebastian Brehm (CDU/CSU):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Zuschauerinnen und Zuschauer! Humanitäre Hilfe ist das wichtigste Mittel, um Menschen, die durch Kriege oder Naturkatastrophen in dramatische Lagen geraten sind, zu helfen. Deutschland hilft hier in besonderer Weise, und das ist gut und richtig.

Es ist ein positives Signal, dass Deutschland in den vergangenen Jahren eine massive Erhöhung der finanziellen Mittel vorgenommen hat, wie es auch der „Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2014 bis 2017“ bestätigt. Wir tragen mit rund 1,8 Milliarden Euro große Verantwortung und sind somit der zweitgrößte Geldgeber weltweit.

Humanitäre Krisensituationen können aber leider nicht von einem Land alleine gelöst werden, wie sehr die Mittel hier auch erhöht werden. Humanitäre Hilfe ist eine Herausforderung, der sich alle Länder stellen müssen, vor allem aber die wohlhabenden Industrieländer. Der weltweite Bedarf an humanitärer Hilfe betrug in 2017 23,5 Milliarden US-Dollar, davon wurden leider nur 11,9 Milliarden US-Dollar gedeckt, also gerade einmal die Hälfte. Und der Bedarf steigt stetig weiter.

**(B)** Wir haben gehört: 130 Millionen Menschen sind auf humanitäre Hilfe angewiesen, 68 Millionen Menschen sind auf der Flucht, davon die Hälfte Kinder. Deshalb finde ich es äußerst bedauerlich, dass finanzstarke Länder wie die USA ihr Budget für die Entwicklungszusammenarbeit und damit auch die Mittel für die humanitäre Hilfe in 2018 um 6 Prozent gekürzt haben. Im ursprünglichen Haushaltsentwurf war übrigens eine Kürzung von 33 Prozent vorgesehen. Das ist unverantwortlich und führt zwangsläufig zu weiteren Wanderungsbewegungen. Wir haben die Mittel vervierfacht, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Um langfristig erfolgreich zu sein, sollten wir uns nicht nur auf den Wiederaufbau nach Kriegen oder die Versorgung und den Schutz von zivilen Opfern konzentrieren. Wir müssen präventiv handeln:

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

durch den Aufbau von Frühwarnsystemen gegen Naturkatastrophen oder durch die Prävention von Hungersnöten. Hier müssen wir in Zukunft noch mehr auf die Bündelung unserer Ressourcen und unseres Know-hows setzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe können nicht strikt voneinander getrennt sein. Humanitäre Hilfe richtet sich an vier Prinzipien aus: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität und Unabhängigkeit. Dies führt unweigerlich immer mal wieder zu Zielkonflikten zwischen notwendigen außenpolitischen Interessen und humanitärer Hilfe. Aber ich kann in diesem Zusammenhang nur an beide

Ministerien ein Dankeschön für die tolle Arbeit sagen, die in den vergangenen Jahren geleistet wurde. Herzlichen Dank dafür! **(C)**

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Und ein weiterer wichtiger Punkt, der notwendig ist, ist, dass wir die Akteure vernetzen. Wir müssen die humanitäre Hilfe noch stärker vernetzen, um die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen prüfen zu können. Hier liegt meiner Meinung nach der Schlüssel. Nur mit einer gemeinsamen Vernetzung können wir es schaffen, präventiv zu agieren mit dem Ziel, humanitäre Katastrophen zu verhindern. Damit verhindern wir übrigens auch neue Flüchtlingsströme, die entstehen, wenn Menschen vor Hunger, Krieg und Notlagen fliehen müssen. Diese Vernetzung ist ebenfalls notwendig und richtig.

Wenn die AfD und Die Linke heute die humanitäre Hilfe der Bundesregierung anzweifeln – ich tue das übrigens nicht –, dann zweifeln sie auch die Arbeit der vielen Akteure in der Welt an, die humanitäre Hilfe leisten.

(Zuruf von der LINKEN: Das ist ein Unterschied!)

Ich habe großen Respekt vor den Menschen, die in der Welt Hilfe leisten. Deswegen bleibt mir am Schluss, ein großes Dankeschön an alle Akteure zu sagen, die teilweise unter Einsatz ihres Lebens und mit großem Engagement Menschen in der Not helfen. Sie sind alle die Visitenkarte von Deutschland in der Welt. Danke für Ihren Einsatz! **(D)**

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat die Kollegin Özoğuz für die Fraktion der SPD.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Aydan Özoğuz (SPD):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte noch mal an 2014/2015 erinnern, als dem World Food Programme tatsächlich das Geld ausging. Wir konnten uns davon überzeugen, dass es für viele Lager der Welt, gerade in Syrien und um Syrien herum, einfach nicht mehr genügend Geld gab, um Menschen mit Nahrungsmitteln zu versorgen. Als Folge daraus entstanden diese großen Flüchtlingsbewegungen. Obwohl die Menschen nicht weggehen wollten, mussten sie es aus Not doch tun.

Herr Braun, Sie haben gesagt, wir hätten da nicht geholfen. Die Bundesregierung hat Syrien damals das Angebot gemacht, zu helfen. Die syrische Regierung hat das nicht zugelassen. Sie sind als AfD-Fraktion zu den Machthabern nach Syrien gefahren und haben sich mit

**Aydan Özoğuz**

- (A) ihnen kumpelhaft getroffen – genau mit den Menschen, die die humanitäre Hilfe nicht ermöglicht haben. Es waren Ihre Freunde, die diese Hilfe unmöglich gemacht haben.

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP – Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Das sind genau die gewesen, die uns mit Terroranschlägen drohen!)

Wir sprechen im Grunde jedes Jahr darüber – das kam auch in den verschiedenen Beiträgen immer wieder zur Sprache –, dass die Zahl von Flüchtlingen weltweit erneut am höchsten ist. Das braucht natürlich Antworten; denn wir wissen: Die Menschen fliehen vor gewaltsamen Konflikten. Der Bericht der Bundesregierung gibt darüber sehr gut Auskunft. Wir haben es eben mit immer komplexer werdenden und immer länger anhaltenden Konflikten zu tun.

Egal wie viel Geld von der Bundesregierung beigesteuert wurde, gibt es immer Menschen – ich stimme ihnen allen zu –, die sagen: Es kann mehr sein, und es muss mehr werden. – Wir müssen diese Mittel verstetigen, und die Förderung ausbauen. Ich stimme allen zu. Aber ein Zuwachs von 304 Millionen Euro im Jahr 2014 auf ungefähr 1,2 Milliarden Euro in 2017 ist deutlich, und ich finde, das muss man auch klar benennen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

- (B) Die aktuell schlimmste humanitäre Katastrophe – Herr Brand, Sie haben es eben angesprochen; ich möchte es auch noch mal sagen – ist die im Jemen. Wir haben davon einfach keine Bilder in Deutschland. Ich glaube, das liegt auch daran, dass wir uns nicht alle jeden Tag mit dem Jemen befassen und uns anschauen, was dort eigentlich passiert:

(Michael Brand [Fulda] [CDU/CSU]: Sudan!)

24 Millionen Menschen brauchen dringend humanitäre Hilfe, 10 Millionen Menschen – ich glaube, Frau Nastic hat es angesprochen – sind vom akuten Hungertod bedroht, die sanitäre Versorgungslage ist katastrophal, und es bahnt sich auch noch eine Cholera-Epidemie unfassbaren Ausmaßes an.

Manuela Roßbach aus dem Vorstand der Aktion Deutschland Hilft hat kürzlich gesagt – ich darf sie zitieren –:

Ohne humanitäre Hilfe bliebe im Jemen nur noch Leid und Tod!

Deshalb, liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie uns gemeinsam weiter an der humanitären Hilfe arbeiten, sie effizienter und effektiver machen –

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollegin, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Aydan Özoğuz (SPD):**

– und damit unseren Beitrag für etwas mehr Perspektive in der Welt leisten.

Vielen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Letzter Redner in dieser Debatte ist der Kollege Norbert Altenkamp für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU – Zuruf von der CDU/CSU: Guter Mann!)

**Norbert Maria Altenkamp (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Kürzlich habe ich mit Vertretern des Centre for Humanitarian Action, CHA, über die Frage diskutiert: Wie wird die deutsche humanitäre Hilfe eigentlich im Ausland eingeschätzt? Ist Deutschland hier ein kleiner oder ein großer Riese?

Bei der Anhörung im Menschenrechtsausschuss am 20. März 2019 war der Direktor des CHA einer der sechs Experten, die ihre Einschätzung zum Bericht der Bundesregierung zur deutschen humanitären Hilfe im Ausland abgaben. Das Fazit der Experten ist klar: Deutschland ist ein großer Riese, was die Mittel zur humanitären Hilfe betrifft.

Wir sind der zweitgrößte Geldgeber weltweit. Wir leisten damit einen großen Beitrag zur Katastrophenhilfe, zur Verbesserung der Lebensverhältnisse, zur Krisenprävention und zur Bekämpfung von Fluchtursachen. Das ist heute notwendiger denn je; denn die Zahl der Menschen, die wegen Kriegen, Konflikten, Natur- und Klimakatastrophen weltweit auf humanitäre Hilfe angewiesen sind, steigt. Da andere Geberländer ihre Mittel nicht aufstocken, wächst gleichzeitig die Lücke zwischen wachsendem Bedarf und verfügbaren Hilfen – eine katastrophale Entwicklung.

Umso wichtiger ist es, dass die knappen Mittel den größtmöglichen Effekt erzielen. Wie können wir das sicherstellen?

Die deutsche Hilfe könnte noch überzeugender sein, wenn die Mittel häufiger zweckungebunden und damit flexibler eingesetzt würden.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP und der Abg. Margarete Bause [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Die Digitalisierung muss auch in der humanitären Hilfe weiter vorangetrieben werden: für mehr Schlagkraft, für schnellere Bargeldtransfers mithilfe von Blockchain-Systemen oder für die Weiterentwicklung der Hilfsprogramme vor Ort. Die deutsche Expertise bei Datenschutz und Datensicherheit ist hier sehr wichtig; denn Vertrauen in Datensicherheit und Schutz vor Datenmissbrauch sind bei der humanitären Hilfe essenziell.

**Norbert Maria Altenkamp**

- (A) Ein wesentliches Ziel der deutschen humanitären Hilfe ist es, die lokalen Akteure zu stärken. Hier muss auch die Selbsthilfe vor Ort noch besser eingebunden werden.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Entscheidend ist zudem der Ausbau von Katastrophenfrühwarnsystemen und von schützender Infrastruktur. Deutschland ist bei der vorausschauenden humanitären Hilfe inzwischen Vorreiter. Daran sollten sich andere Geberländer ein Beispiel nehmen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Wir müssen nicht nur bei Katastrophen, sondern auch bei drohenden Konflikten früher und wirksamer eingreifen. Zum Beispiel in Regionen wie Assam, damit sich der dort aufblühende Hindu-Nationalismus und die zunehmende Verfolgung der muslimischen Minderheit nicht zu einer großen Krise auswachsen wie bei den Rohingya in Myanmar. Auch hier ist die stärkere Unterstützung von lokalen Initiativen ein guter Anknüpfungspunkt, zum Beispiel von Bildungsinitiativen, wie sie von Childaid Network aus meinem Wahlkreis gefördert werden. Sie helfen in Assam allen Gruppen gleichermaßen und bringen Menschen zusammen.

Die Möglichkeit für Deutschland, lokal engere Verbindungen zu knüpfen, ist groß. Wir genießen weltweit Vertrauen und hohe Wertschätzung für unsere auf Ausgleich und Konfliktlösung gerichtete Außen- und Sicherheitspolitik. Dieses Plus und unser Ansehen als ehrlicher Makler sollten wir bei der Zusammenarbeit vor Ort, aber auch im Bereich der humanitären Diplomatie strategisch noch stärker nutzen.

(B)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Bei der Arbeit vor Ort sind wir außerdem ganz wesentlich auf die Mithilfe der zahlreichen NGOs angewiesen. Deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich oft unter Einsatz ihres Lebens für die Menschen in Not. Das verdient unseren größten Respekt, und deswegen sage auch ich an dieser Stelle ein herzliches Danke.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD und der Abg. Gyde Jensen [FDP])

Zu beachten ist: Wir dürfen die Mittel für humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit nicht gegenrechnen. Wichtig ist, dass die Mittel im BMZ-Haushalt in den nächsten vier Jahren nicht, wie derzeit geplant, sinken, sondern steigen. Gerade in langanhaltenden Krisen müssen humanitäre Hilfe und entwicklungspolitische Ansätze ganz eng ineinandergreifen, zum Beispiel bei Bildungsmaßnahmen vor Ort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Mein Fazit: Der Mittelaufwuchs der deutschen humanitären Hilfe im Ausland ist beispielhaft. Um das insgesamt knappe Geld so effektiv wie möglich einzusetzen, müssen wir vor Ort, in den anstehenden Haushaltsberatungen und im UN-Sicherheitsrat auch neue Akzente setzen.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ich schließe die Aussprache.

(C)

Wir kommen zur Beschlussempfehlung des Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe auf Drucksache 19/9300 zu dem Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland 2014 bis 2017. Der Ausschuss empfiehlt, in Kenntnis des Berichts der Bundesregierung auf Drucksache 19/5720 eine Entschließung anzunehmen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Die Beschlussempfehlung ist mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der AfD-Fraktion, der FDP-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen angenommen.

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 11 a und 11 b sowie den Zusatzpunkt 6 auf:

11. a) Beratung des Antrags der Abgeordneten Stephan Kühn (Dresden), Matthias Gastel, Stefan Gelbhaar, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **Elektromobilität auf die Überholspur bringen – Chancen für eine zukunftsfähige Mobilität nutzen**

#### **Drucksache 19/7195**

Überweisungsvorschlag:

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur (f)

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Finanzausschuss

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Ausschuss Digitale Agenda

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kommunen

Haushaltsausschuss

(D)

- b) Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur (15. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Daniela Kluckert, Frank Sitta, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

### **Technologieoffene Förderung alternativer Antriebe**

#### **Drucksachen 19/7902, 19/8903**

- ZP 6 Beratung des Antrags der Abgeordneten Dietmar Friedhoff, Markus Frohnmaier, Ulrich Oehme, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

### **Keine Elektromobilität zu Lasten von Mensch und Umwelt in rohstoffreichen Entwicklungsländern – Rohstoffförderung für Elektromobilität strenger kontrollieren**

Vizepräsidentin Petra Pau

(A) **Drucksache 19/9251**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur (f)  
Auswärtiger Ausschuss  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie  
Ausschuss für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit  
Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat der Kollege Stephan Kühn für die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Stephan Kühn** (Dresden) (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Sehr geehrte Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ein Leitmarkt für die Elektromobilität sollte Deutschland nach dem Willen der Bundesregierung werden, und 1 Million elektrische Fahrzeuge sollten bis 2020 auf den Straßen rollen. Es ist beim Willen geblieben.

(Dr. Florian Toncar [FDP]: Weil die Menschen das nicht wollen!)

Damit gefährdet die Bundesregierung nicht nur die Einhaltung der Klimaschutzziele, sondern sie setzt auch die Zukunftsfähigkeit des stärksten Wirtschaftszweigs in Deutschland aufs Spiel. Man sichert keine Arbeitsplätze in der Automobilindustrie, indem man den fossilen Verbrennungsmotor unter Artenschutz stellt, während sich der Rest der Welt einen Wettkampf um saubere Antriebe liefert.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Daniela Ludwig [CDU/CSU]: Oje!)

Die Bundesregierung hat sich dazu verpflichtet, den CO<sub>2</sub>-Ausstoß im Verkehr bis 2030 um mindestens 40 Prozent zu reduzieren. Das ist ohne Elektromobilität nicht zu schaffen. Wer es mit Klimaschutz ernst meint, muss der Elektromobilität jetzt zum Durchbruch verhelfen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Doch stattdessen steht die Bundesregierung auf der Bremse. Nehmen wir die Kraftstoffsteuer: Die Bundesregierung verhält sich weder klug noch technologieoffen, wenn sie Dieseldieselkraftstoff immer noch steuerlich stärker subventioniert, als sie die Elektromobilität insgesamt fördert.

Sehen wir uns den Aufbau der Ladeinfrastruktur an. Der bleibt in der Bürokratie stecken. Seit über zwei Jahren wird öffentliche Ladeinfrastruktur gefördert, doch nur ein Bruchteil der Infrastruktur ist aufgebaut. Die Antragsteller warten in der Regel über ein Jahr auf einen Förderbescheid des Ministers. Elektroautos werden künftig vor allen Dingen zu Hause geladen. Doch reihenweise scheitert die Installation von Ladeinfrastruktur in privaten Tiefgaragen oder auf Parkplätzen am Veto von Vermietern oder Miteigentümern.

Seit Herbst 2016 gibt es als Lösung einen Gesetzentwurf aus dem Bundesrat. Doch die Bundesregierung hat erst mal eine neue Arbeitsgruppe gegründet. Es ist dringend notwendig, dass die zuständige Ministerin Barley die Gesetzesänderungen im Miet- und Wohneigentumsrecht noch vor ihrem Abschied nach Brüssel vorlegt.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Vielleicht bleibt sie ja da!)

Im Sommer läuft die Kaufprämie für Elektroautos aus. Das ist falsch, jetzt wo die deutschen Automobilhersteller endlich zahlreiche Elektromodelle auf den Markt bringen. Es wäre aber ebenso falsch, die Kaufprämie weiter aus Steuergeldern zu finanzieren. Sie sollte durch ein Bonus-Malus-System in der Kfz-Steuer ersetzt werden, so dass rein elektrische Fahrzeuge eine Gutschrift erhalten, während Spritschlucker, zum Beispiel SUVs, stärker an den ökologischen Kosten beteiligt werden.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Nur auf Elektromobilität zu setzen, sei ihm zu eingegrenzt, sagte Verkehrsminister Scheuer am Montag beim Future Mobility Summit in Berlin. Es müsse auch die Wasserstoff- und Brennstoffzellentechnologie gefördert werden. Das Gleiche hat FDP-Chef Lindner auf Twitter verkündet. Oje, wer erklärt ihnen, dass die Energie für Elektromotoren neben Batterien auch aus Brennstoffzellen kommen kann und dass in Brennstoffzellen Wasserstoff zum Einsatz kommt? Das sind also keine Alternativen zur Elektromobilität, sondern das sind Varianten der Elektromobilität.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Das bestätigt wieder mal nur, dass es besser ist, wenn Ingenieure die Entscheidung treffen, mit welchen Antriebskonzepten die Autos produziert werden, und nicht die Politik.

(Dr. Florian Toncar [FDP]: Ja, dann lassen Sie doch Ihren Antrag! Ziehen Sie doch Ihren Antrag zurück!)

Es wäre Planwirtschaft, den Autobauern vorzuschreiben, in welche Technologien sie investieren sollen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die deutschen Hersteller setzen, wenn auch reichlich spät, auf Elektromobilität. Bei Volkswagen haben die Ingenieure ideologiefrei die technischen Alternativen durchgerechnet und wenig überraschend festgestellt, dass batterieelektrische Autos als Massenprodukt deutlich günstiger,

(Zuruf von der FDP: Gute These!)

vom Energiebedarf her wesentlich effizienter und damit auch deutlich vorteilhafter sind als alle anderen alternativen Antriebstechnologien.

(Zuruf von der FDP: Das ist doch Quatsch!)

E-Autos verursachen bereits heute deutlich weniger Emissionen im Lebenszyklus als Autos mit Verbren-

(C)

(D)

**Stephan Kühn (Dresden)**

- (A) nungsmotor. Dieser Vorsprung wird mit dem Ausbau der erneuerbaren Energien weiter voranschreiten.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

In der Serienfertigung werden Elektroautos absehbar nicht teurer sein als Autos mit Verbrennungsmotor, trotz Batterie. Dass sich keiner mehr ein E-Auto leisten kann, ist blanker Unsinn. Das derzeit meistverkaufte Elektroauto –

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollege Kühn, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Stephan Kühn (Dresden) (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

– ich komme zum Schluss – bekommt man schon für 99 Euro plus 59 Euro Batteriemiete im Monat. Das ist bezahlbar.

Meine Damen und Herren, wir müssen die Elektromobilität jetzt aus der Nische holen. Wir haben entsprechende Vorschläge gemacht.

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Sie müssen jetzt den Punkt setzen, bitte.

**Stephan Kühn (Dresden) (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Ich freue mich auf die Debatte und auf Ihre Vorschläge.

- (B) (Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ich wiederhole mich, da einige Kolleginnen und Kollegen vor einer Stunde nicht hier waren: Ich bin fest entschlossen, die Praxis, die alle Präsidentinnen und Präsidenten seit heute Morgen um 9 Uhr geübt haben, fortzusetzen. Das heißt, Sie müssen damit rechnen, dass ich Ihnen dann, wenn ich Sie einmal ermahnt habe, Sie aber weiter reden, tatsächlich den Ton abstelle. Das gilt ausnahmslos für alle Kolleginnen und Kollegen, ohne Ansehen der Fraktion.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Das Wort hat der Parlamentarische Staatssekretär Steffen Bilger für die Bundesregierung.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Steffen Bilger, Parl. Staatssekretär beim Bundesminister für Verkehr und digitale Infrastruktur:**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Am Dienstag hat die Leopoldina, die Nationale Akademie der Wissenschaften, ihr Gutachten zum Thema „saubere Luft, Grenzwerte und Fahrverbote“ vorgelegt. Dieser Bericht bestätigt uns in unserer Linie beim Einsatz für Luftreinhaltung unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit.

(Matthias Gastel [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das genaue Gegenteil ist der Fall!)

- Fahrverbote sind nicht sinnvoll, um die Luftreinhalteziele zu erreichen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der AfD sowie des Abg. Thomas Jarzombek [CDU/CSU])

Viel besser geeignet sind Maßnahmen wie Softwareupdates, Hardwarenachrüstungen bei Bussen, der Umstieg auf alternative Antriebe, die Förderung des ÖPNV, des Radverkehrs und neuer Mobilitätsangebote. Und: Die Luft wird ohnehin Jahr für Jahr besser, sodass es unter Beibehaltung der bisherigen Anstrengungen nur eine Frage der Zeit ist, bis die Grenzwerte überall eingehalten werden.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie des Abg. Dr. Florian Toncar [FDP] – Florian Oßner [CDU/CSU]: Exakt!)

Die Leopoldina bestätigt, dass es richtig ist, auf Innovationen statt auf Verbote zu setzen. Die Wissenschaftler bestätigen auch, dass es nicht richtig wäre, sofort nur noch auf Elektroautos zu setzen. Saubere Verbrennungsmotoren werden noch eine Zeit lang ihre Berechtigung haben. Außerdem gibt es auch andere alternative Antriebe als nur das Elektroauto mit Batterie.

Ein Grundkonflikt wird in der politischen Debatte ohnehin bleiben: Stehen wir zur Individualmobilität, zur Freiheit des Menschen, selbst zu entscheiden, wie er von A nach B kommt, oder wollen wir alles reglementieren und mit Verboten und Verteuerungen eine Umerziehung anstreben?

- Am Montag gab es ein Ereignis, das viel über die aktuelle Debatte aussagt. Minister Scheuer fuhr zu einer Veranstaltung und wurde von selbsternannten „Aktivisten“ gestoppt. Greenpeace feierte die Aktion in den sozialen Medien und freute sich, dass der Minister in „seinem dicken SUV“ gestoppt wurde. Nur: Der „dicke SUV“ war ein Elektroauto. (D)

(Zuruf von der FDP: Was? – Florian Oßner [CDU/CSU]: Na, sag mal!)

Meine Damen und Herren, wer aus ideologischen Gründen sogar dagegen ist, dass man mit einem Elektroauto, egal ob groß oder klein, unterwegs ist, dem sage ich sehr deutlich: So nicht! Das ist mit uns nicht zu machen.

(Beifall bei der CDU/CSU – Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wo ist denn Ihr Spaßminister?)

Das Ziel muss doch sein, nachhaltige, effiziente und bezahlbare Mobilität zum Wohl der Menschen zu ermöglichen.

Die Umsetzung der Energiewende ist eine große Herausforderung. Das gilt umso mehr für die Energiewende im Verkehr. Um die Ziele der Bundesregierung im Bereich Klimaschutz zu erreichen – Schadstoffminderung und Energieeffizienz –, sind erhebliche Veränderungen für das gesamte Mobilitätssystem notwendig. Der schrittweise Umstieg auf alternative Antriebe und Kraftstoffe mit gleichzeitigem Aufbau der Tank- und Ladeinfrastruktur ist dabei eine unverzichtbare Voraussetzung.

**Parl. Staatssekretär Steffen Bilger**

(A) Die Bundesregierung unterstützt den Markthochlauf alternativer Antriebstechnologien mit zahlreichen Aktivitäten und Fördermaßnahmen im Bereich Forschung und Entwicklung, Marktaktivierung und Beschaffung über entsprechende Förderprogramme. Das betrifft sowohl die batterieelektrische Mobilität als auch die Nutzung von Wasserstoff- und Brennstoffzelle. Auch die Gasmobilität mit steigenden Anteilen erneuerbarer Gase sowie biogene und strombasierte Flüssigkraftstoffe werden ihren Beitrag leisten. Auch die Entwicklung synthetischer Kraftstoffe verdient Unterstützung. Offen gesagt, kann ich die Ablehnung von Teilen der Grünen, was die synthetischen Kraftstoffe anbelangt, nicht nachvollziehen.

In anderen Bereichen gibt es, wenn ich mir Ihren Antrag anschau, Übereinstimmungen. Auch wir sind beispielsweise der Auffassung, dass im Bereich der privaten Ladeinfrastruktur mehr passieren muss. Daher hat Minister Scheuer kürzlich ein Förderprogramm für private Ladeinfrastruktur vorgeschlagen. Auch beim Wohneigentumsrecht soll sich endlich etwas tun.

Im Ergebnis müssen also, um unsere ambitionierten Ziele zu erreichen, alle vorhandenen Technologien ihre Potenziale zur Reduzierung der Emissionen im Verkehr beisteuern. Heute Morgen beim „Tag der Logistik“ habe ich viele Beispiele für die Anwendung alternativer Antriebe gesehen. Zum Westhafen bin ich mit einem Wasserstoffauto gefahren. Dort wurde ein Schiffsprojekt mit Wasserstoffantrieb vorgestellt. Es waren Zugmaschinen mit Elektroantrieb im Einsatz. Die Unternehmen, die sich dort präsentiert haben, setzen Gas-Lkw ein. Das alles ist schon Realität.

(B)

Für alle genannten Beispiele und auch für Hybridbusse oder Wasserstoffzüge gibt es Fördermaßnahmen des Bundes. Ich will einen eindrucksvollen Beleg für diese effektive Förderung nennen. Seit Sommer letzten Jahres konnten wir allein im Lkw-Bereich – wir reden viel zu oft nur über das Auto, aber auch im Lkw-Bereich gibt es gewaltige Potenziale für alternative Antriebe – die Anschaffung von 506 LNG- und 160 CNG-Lkw, beides Gas-Lkw, und von 22 E-Lkw fördern.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Alternative Antriebe technologieoffen zu fördern, ist wichtig. Nicht die Politik muss entscheiden, welche Form nachhaltiger Mobilität sich durchsetzt. Unsere Aufgabe ist es vielmehr, gute Rahmenbedingungen zu schaffen. Die Bundesregierung hält einen breiten Technologiemix zur Erreichung der im Klimaschutzplan 2050 beschlossenen Klimaziele für notwendig. Deshalb müssen wir die Potenziale aller verfügbaren Technologien bestmöglich erschließen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Ich bitte diejenigen, die sich entschließen, Fragen zu stellen oder Bemerkungen zu machen, sich nicht zehn Sekunden vor Ende der verabredeten Redezeit zu mel-

den. Es macht wenig Sinn, dann noch eine Frage an den Redner zu stellen. (C)

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wir waren eingeschlafen bei der Rede! Das war das Problem!)

– Ja, das kann ich jetzt leider nicht ändern. Ich bitte, das in Zukunft einfach ein bisschen früher zu klären, dann kriegen wir das auch hin.

Nächster Redner ist der Abgeordnete Dr. Dirk Spaniel für die AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Dirk Spaniel (AfD):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Elektromobilität wird ja immer begründet mit den Vorteilen gegenüber Verbrennungsmotoren bezüglich Luftschadstoffen und CO<sub>2</sub>-Emissionen.

Kommen wir mal zum Antrag der Grünen.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sagen Sie lieber etwas zu Ihrem Antrag!)

Im Titel Ihres Antrags sprechen Sie davon, Elektromobilität auf die Überholspur bringen zu wollen. Offensichtlich ist Elektromobilität nicht konkurrenzfähig: Es braucht massive staatliche Eingriffe und Subventionen sowie Verbote von Verbrennungsmotoren, um diese nicht konkurrenzfähige Technologie überhaupt durchzusetzen. (D)

(Beifall bei der AfD)

Ich will Ihnen jetzt einmal erklären, warum Elektromobilität aus Sicht der AfD unsinnig ist. Unter dem aktuellen Strommix in Deutschland ist der CO<sub>2</sub>-Ausstoß beispielsweise eines Tesla Model S höher als der eines modernen Mercedes-E-Klasse-Diesels.

(Zuruf der Abg. Sylvia Kotting-Uhl [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wer Elektromobilität fördert, ändert derweil überhaupt nichts am CO<sub>2</sub>-Ausstoß Deutschlands, die Emissionen werden lediglich vom Verkehrssektor in den Stromerzeugungssektor verlagert. Ergebnis: null Vorteil.

(Beifall bei der AfD)

Kommen wir einmal zu dem Argument „weniger Luftschadstoffe durch Elektromobilität“. Es wurde ja eben schon erwähnt: Diese Woche hat die Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina ein interessantes Gutachten vorgestellt. In dem Bericht der Leopoldina wird klargestellt, dass nicht Stickoxid, sondern Feinstaub die Luftqualität negativ beeinflusst.

(Beifall bei der AfD – Kirsten Lühmann [SPD]: Nein, das steht da nicht drin! Sie sollten es lesen!)



**Dr. Dirk Spaniel**

(A) Ich zitiere:

Weltweit besteht Einigkeit darüber, dass von Feinstaub im Vergleich zu Stickstoffdioxid die höhere Gesundheitsgefahr ausgeht.

(Sabine Leidig [DIE LINKE]: Die höhere!)

Das ist ja hochinteressant. Feinstaub im Verkehr entsteht hauptsächlich durch Abrieb von Bremsen und Reifen

(Kirsten Lühmann [SPD]: Das steht da nicht drin!)

und eben nicht durch den Verbrennungsmotor.

(Beifall bei der AfD – Kirsten Lühmann [SPD]: Doch!)

Im Übrigen liegen – und jetzt wird es spannend – die Feinstaubemissionen eines Euro-6-Diesel-Fahrzeugs auf dem Niveau eines Fahrrades.

(Beifall bei der AfD)

Ja, das sind Fakten. Die Feinstaubbelastung in den Stuttgarter U-Bahn-Stationen ist zweimal höher als an der schon fast legendären Messstation an der Straße am Neckartor. Nutzer der U-Bahn sind damit den höchsten Gesundheitsgefahren ausgesetzt.

(Lachen der Abg. Sabine Leidig [DIE LINKE])

(B) Das sage nicht ich, das sagt eine Studie der DEKRA. Wenn Sie also mit gesundheitlichen Risiken argumentieren, müssten Sie den schienengebundenen unterirdischen ÖPNV dringender unterbinden als den Verbrennungsmotor – ja!

(Beifall bei der AfD)

Daneben gibt es noch weitaus gravierendere Argumente, die gegen den Ausbau der Elektromobilität sprechen: Die Förderung von Rohstoffen, die weitestgehend in Entwicklungsländern stattfindet, gelingt nur mit menschenrechtlich, umwelt- und sozialpolitisch problematischen Maßnahmen.

(Beifall bei der AfD – Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Hierbei ist insbesondere die Förderung von Lithium und Kobalt zu erwähnen. Speziell der hohe Wasserverbrauch bei der Lithiumgewinnung ist aus unserer Sicht unverantwortlich.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD – Zuruf des Abg. Matthias Gastel [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Sie können doch nicht allen Ernstes hier das Elektroauto als das umweltfreundlichste und sauberste Fortbewegungsmittel darstellen,

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Der Strom kommt aus der Steckdose!)

während in den Entwicklungsländern unter erbärmlichen Bedingungen (C)

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie haben den Horizont einer Kaffeetasse!)

Kinder und Erwachsene für Ihr gutes Gewissen einstehen sollen.

Ihnen geht es überhaupt nicht um die Umwelt,

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie wissen nicht mal, wie man „Umwelt“ schreibt!)

Ihnen geht es allein darum, den deutschen Automobilsektor und die Individualmobilität an die Wand zu fahren; das ist Ihr Ziel.

(Beifall bei der AfD – Mathias Stein [SPD]: Quatsch!)

Und der Gipfel ist, dass Sie Eigentümer verpflichten wollen, bei Renovierungen oder Neubauten Ladestationen zu errichten.

(Mathias Stein [SPD]: Quatsch!)

Dadurch steigen die Mieten, und die Kosten tragen wieder einmal die sozial Schwachen, die Sie angeblich immer vertreten wollen.

(Daniela Kluckert [FDP]: Das ist so ein Blödsinn! – Florian Oßner [CDU/CSU]: Wir verpflichten doch keinen!) (D)

Es gibt kein Konzept, wie wir den Strom für die Elektromobilität erzeugen wollen. Einerseits wollen Sie alle Kern- und Kohlekraftwerke abschalten, andererseits wollen Sie mit erneuerbaren Energien, also gerade nicht speicherbarem Strom, die Stromversorgung gewährleisten. Zeigen Sie doch erst einmal auf, wie das funktionieren soll, bevor Sie hier unsere Mobilität und die Autoindustrie abbauen wollen.

(Zuruf des Abg. Dr. Diether Dehm [DIE LINKE])

Herr Scheuer bzw. Herr Bilger, hören Sie nicht auf die Grünen oder die unverbindlichen Inhalte des FDP-Antrags, setzen Sie besser unsere Forderungen nach synthetischen Kraftstoffen um.

(Lachen bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Kirsten Lühmann [SPD]: Ist Ihnen schon mal aufgefallen, dass Sie dafür auch Strom brauchen?)

Damit kann der Verbrennungsmotor auch in Deutschland erhalten werden – auch in Deutschland, wie im Rest der Welt. Nur so können wir für eine breite Bevölkerungsschicht eine finanzierbare und saubere Mobilität gewährleisten.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**(A) Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat der Abgeordnete Mathias Stein für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Mathias Stein (SPD):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Das war, glaube ich, etwas von vorgestern. Jetzt kommt etwas aus der Zukunft.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD, der CDU/CSU und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Lachen bei der AfD)

Der vorliegende Antrag der Grünen serviert uns ein Sammelsurium an altbekannten Vorschlägen, garniert mit kräftigen Vorwürfen gegen die Bundesregierung.

(Stephan Kühn [Dresden] [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Die sind berechtigt! – Cem Özdemir [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Die ihr doch teilt!)

Sie werfen uns vor, wir untergraben die Verkehrswende, und fordern einen Neustart bei der Elektromobilität. Sie machen es sich aber verdammt leicht, wenn Sie so tun, als ob Sie in vielen Kommunen und Ländern gar nicht mit an der Regierung beteiligt wären, als ob Sie zur Zukunft der Elektromobilität nichts beitragen könnten.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

**(B) Wie sieht es denn mit der Förderung der Elektromobilität in den Bundesländern aus? Ich komme aus Schleswig-Holstein. Da warte ich immer noch auf ein Konzept der grünen Finanzministerin für eine Elektromobilitätsinitiative in der Landesverwaltung.**

(Florian Oßner [CDU/CSU]: Wo ist das Konzept? – Weitere Zurufe von der CDU/CSU: Oh!)

Dabei kann sich das Land Schleswig-Holstein in Kiel dank unseres „Sofortprogramms Saubere Luft“ sogar die E-Autos und Ladestationen von der Bundesregierung finanzieren lassen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Also, liebe Grüne, handeln Sie erst mal dort, wo Sie selber regieren!

(Florian Oßner [CDU/CSU]: Sehr gut! – Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Diese Koalition handelt, wir handeln im Bereich Elektromobilität, wir arbeiten, wir schreiten voran – manchmal streiten wir auch voran – bei den Themen Elektromobilität und CO<sub>2</sub>-freie Mobilität. Wir fördern Forschung in den Bereichen Batterietechnologie, Brennstoffzelle, Ladeinfrastruktur, E-Fuels mit Millionensummen, wir sponsern E-Fahrzeuge, Ladesäulen, Wasserstofftankstellen mit erheblichen Beiträgen. Wir bekennen uns bei der Förderung dazu, dass wir technologieoffen sind. Aber wir sehen natürlich auch, dass momentan, nach dem jetzigen Stand der Technologie, der batterieelektrische An-

trieb der günstigste, praktikabelste und effizienteste ist; da stimmen wir mit den Grünen überein. **(C)**

Schon heute ist ein E-Auto trotz hoher Abgaben – EEG-Abgaben, Stromsteuer – deutlich günstiger im Verbrauch als ein Verbrenner. Bei aller Kritik an der Geschäftspolitik mancher Automobilkonzerne: Ich glaube, wir werden auch bei den Anschaffungskosten in den nächsten Jahren einiges erreichen, sodass E-Autos auch günstig zu erwerben sein werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Eines allerdings wundert mich bei dem Antrag der Grünen besonders: Sie haben den Erfolg in der Elektromobilität, den wir in den letzten Jahren erreicht haben, ganz verschwiegen.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Dafür seid ihr doch da!)

Wir haben in Deutschland bereits fast 5 Millionen Elektrofahrzeuge auf den Straßen, nämlich 4,8 Millionen E-Bikes

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

sind bereits auf den Straßen, das sind auch Fahrzeuge, liebe Grüne.

(Daniela Kluckert [FDP]: Das ist jetzt aber nicht Ihr Ernst! – Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das hat nichts mit der Bundesregierung zu tun!) **(D)**

Allein im vergangenen Jahr wurden fast 1 Million E-Bikes verkauft. Das ist eine positive Entwicklung.

(Daniela Kluckert [FDP]: Und mit denen soll dann auf den Autobahnen gefahren werden? – Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Der Vorsitzende des Verkehrsausschusses fährt sogar eines. Das ist ein wunderbarer Weg, wie Menschen tatsächlich auch aufs Fahrrad umsteigen können, wie wir Emissionen sparen können, wie für Klimaschutz gesorgt wird und ein neues Gefühl für Mobilität da ist.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU – Daniela Kluckert [FDP]: Das ist ja nicht mehr ernst zu nehmen!)

Auch im Automobilbereich sind hinsichtlich der Elektromobilität deutliche Fortschritte zu erwarten. Ich habe mich neulich auf der Hannover Messe mit einer jungen Wissenschaftlerin aus Kiel unterhalten. Sie forscht im Bereich Siliziumbatterien. Sie erläuterte mir, dass es bald möglich sein wird, kostengünstige Batterien mit Reichweiten von 1 000 Kilometern zu bauen, die sich in zwölf Minuten voll aufladen lassen. Das wird tatsächlich in wenigen Jahren möglich sein.

(Zurufe von der AfD)

**Mathias Stein**

- (A) Dann kann man von Kiel bis nach Friedrichshafen, wo die Maritime Konferenz stattfindet, fahren, ohne einmal zu laden oder zu tanken.

(Cem Özdemir [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Nicht mit dem Verkehrsminister!)

Das ist, glaube ich, sehr konkurrenzfähig mit einem Verbrenner.

Eine Innovation – jetzt kommen wir zum Verkehrsminister – bei der Elektromobilität ist bereits heute etwas ganz Besonderes: Beim E-Auto kann man beim Bremsen gleichzeitig die Akkus aufladen. Wenn man das auf das Bundesverkehrsministerium überträgt – das ja das ein oder andere Mal vielleicht ein bisschen bremst bei der Verkehrswende –,

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Daniela Ludwig [CDU/CSU]: Das war bis jetzt eine so schöne Rede!)

dann kann man sagen: Der Akku des Bundesverkehrsministeriums müsste ordentlich voll sein.

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollege Stein, ich habe die Uhr angehalten; aber Sie müssen jetzt auch meine Frage zulassen, ob Sie eine Frage oder Bemerkung aus der AfD-Fraktion zulassen.

**Mathias Stein (SPD):**

- (B) Nein.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Florian Obner [CDU/CSU] und Cem Özdemir [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wenn der Akku des Verkehrsministeriums durchs Bremsen nicht ausreichend aufgeladen ist, können wir als Sozialdemokraten dafür sorgen, dass die Klimaziele im Bereich Mobilität, verbunden mit Wohlstand und auch Mobilität für alle Menschen, erreicht werden.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Für die FDP-Fraktion hat nun die Abgeordnete Daniela Kluckert das Wort.

(Beifall bei der FDP)

**Daniela Kluckert (FDP):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ein sehr kleines Auto in Deutschland, also ein Smart Fortwo beispielsweise, kostet zwischen 10 000 und 12 000 Euro. Die Absatzzahlen dieser Autos steigen, im letzten Jahr um 63 000. Gemeinsam mit den Kleinwagen, etwa einem VW Polo, haben sie in Deutschland einen Marktanteil von 25 Prozent. Das ist eine gute Nachricht für das Klima in Deutschland.

Man kann sich jetzt überlegen: Wer ist denn der typische Käufer eines solchen Kleinst- oder Kleinwagens? Das ist vielleicht jemand, dem das Statussymbol Auto nicht so wichtig ist. Es ist vielleicht jemand, der nicht so viel Geld hat oder nicht so viel Geld ausgeben will; aber wahrscheinlich ist es jemand, der das Auto braucht – für sein Büro, für seinen Job, für seine Familie oder für beides. (C)

Die schlechte Nachricht ist: Für dieses Auto wird es keinen E-Auto-Ersatz geben. Schuld daran sind die Batterien. Sie sind womöglich zu schwer, da sie eine große Laufleistung ermöglichen; sie sind aber auf jeden Fall zu teuer; denn sie kosten 4 000 bis 6 000 Euro, und das ist eventuell mehr als die Hälfte dessen, was ein solches Auto überhaupt kostet.

Deswegen ist eine Politik, die allein auf die Elektromobilität setzt, eine Politik, die genau diese Autos abschafft.

(Beifall bei der FDP)

Eine Politik, die allein auf Elektromobilität setzt, ist eine Politik, die sich gegen diejenigen in unserer Gesellschaft überall in unserem Land wendet, die bezahlbare Mobilität brauchen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der AfD)

Außerdem ist eine Politik, die allein auf Elektromobilität setzt, eine Politik, die sich gegen die Mitarbeiter der Automobilindustrie wendet, und das sind immerhin 800 000 Menschen in Deutschland. (D)

(Beifall bei der FDP – Marianne Schieder [SPD]: Das ist ja Unsinn!)

Das erste Opfer dieser Politik ist der Opel Adam geworden. Dieses Kleinstfahrzeug wurde ersatzlos gestrichen; seine Produktion wurde eingestellt.

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Aber nicht deshalb!)

Dabei könnten doch diese Autos mit alternativen Kraftstoffen, mit alternativen Antrieben, so wie auch in unserem Antrag gefordert, einen sehr großen Beitrag dazu leisten, die Emissionen in Deutschland zu senken. Die Bundesregierung, ihr Verkehrsministerium und ihr Umweltministerium, ist aber leider heillos zerstritten und außerstande, überhaupt irgendwelche Entscheidungen zu fällen. Das hat man zuletzt bei der Frage gesehen, ob alternative Kraftstoffe in Brüssel bei den EU-Flottenzielen angerechnet werden.

(Beifall bei der FDP)

Die Grünen würden, wären sie in der Bundesregierung, den Kampf jetzt endlich beginnen – in Wahrheit nicht gegen CO<sub>2</sub>, sondern gegen den Verbrennungsmotor und damit auch gegen die individuelle motorisierte Mobilität; gegen die würden sie ihren Kampf führen.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Erzählen Sie doch mal was Neues!)

Das wäre ein Aus für alles, was sich auf deutschen Straßen bewegt.

**(A) Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollegin Kluckert, gestatten Sie eine Frage oder Bemerkung des Abgeordneten Spaniel?

**Daniela Kluckert (FDP):**

Nein. – Wenn sie mit den Verbrennungsmotoren fertig wären, würden sie die E-Autos zu beseitigen versuchen. Sie sollten so ehrlich sein, das zuzugeben.

Wir erleben heute im Verkehr etwas, was dem ganz ähnlich ist, was wir 2011 in der Energiewirtschaft erlebt haben. Nach der Nuklearkatastrophe von Fukushima sind wir kopfüber aus der Nuklearenergie ausgestiegen. Das ist *ein* Grund, warum wir trotz des technischen Fortschritts bei den erneuerbaren Energien mit der Verminderung von CO<sub>2</sub>-Emissionen nicht wirklich weiterkommen. Genau das passiert jetzt, nach dem Dieselskandal bei VW. Kluge, in die Zukunft gerichtete Politik erleben wir nicht, sondern eine kopflose Abkehr vom Verbrennungsmotor. Statt Rationalität regieren Panik und Bauchgefühl.

Wir brauchen – das glaube ich ganz fest – für die Mobilität der Zukunft einen Mix. Wir brauchen Offenheit: Offenheit im Denken, Offenheit bei den politischen Vorgaben. Deswegen möchte ich heute noch mal für unseren Antrag werben, der die verschiedensten Arten der Mobilität zusammenfasst und sie in der Zukunft möglich macht, und das brauchen wir auch für die Zukunft der Mobilität.

(Beifall bei der FDP)

**(B)****Vizepräsidentin Petra Pau:**

Zu einer Kurzintervention hat der Abgeordnete Spaniel das Wort.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Der hat doch schon geredet!)

**Dr. Dirk Spaniel (AfD):**

Sehr geehrte Frau Kluckert, ich habe Ihren Antrag gelesen und habe mich ein bisschen gewundert. Wir haben ja einen Antrag gestellt, der im Grunde genommen in eine ähnliche Richtung zielt. Sie plädieren hier dafür, dass der – ich zitiere – „Einsatz alternativer Kraftstoffe ebenso Berücksichtigung findet wie die Elektromobilität“ – dann geht es weiter –, „sodass Anreize für die Nutzung von Fahrzeugen mit auf synthetischen Kraftstoffen aus erneuerbaren Energien basierenden Antrieben geschaffen werden“. Das ist schön und gut.

Tatsächlich sind die entscheidenden Argumente die Strafsteuern, die auf Fahrzeuge mit Verbrennungsmotoren und dann natürlich auch auf Fahrzeuge mit synthetischen Kraftstoffen ab 2021 fällig werden. Ich vermisse das in Ihrem Antrag. Ich wollte Sie jetzt fragen, wie Sie sich dazu positionieren; denn genau diese Strafsteuern sind es ja, die die Fahrzeuge mit Verbrennungsmotoren dann nach der Gesetzgebung der Europäischen Union um viele Tausend Euro verteuern. Es geht also viel weniger darum, dass die Nutzung verbilligt wird, sondern es geht, wie wir es in unserem Antrag formuliert haben, darum,

dass diese Fahrzeuge fiskalisch mit Elektrofahrzeugen gleichgestellt werden. Es würde mich jetzt interessieren, warum das in Ihrem Antrag keine Verwendung findet. **(C)**

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Möchten Sie erwidern, Frau Kluckert? – Bitte.

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Frau Kluckert, geben Sie ihm den Antrag noch mal zum Lesen!)

**Daniela Kluckert (FDP):**

Unser Antrag hat einen völlig anderen Geist. Ihr Antrag, auch der, den Sie zuvor eingebracht hatten, enthält wirre Ideen, etwa dass an der Tankstelle entschieden werden könnte, was alternative Kraftstoffe sind und was nicht. Das ist alles weder praktisch nachvollziehbar, noch hat es irgendetwas mit unserem Antrag zu tun. Es tut mir also leid, Ihnen sagen zu müssen: Sie sollten unseren Antrag noch mal lesen, und vielleicht können Sie davon etwas übernehmen.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Wir fahren in der Debatte fort. Das Wort hat der Abgeordnete Andreas Wagner für die Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Andreas Wagner (DIE LINKE):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Verehrte Damen und Herren! Liebe Bürgerinnen und Bürger! Elektromotoren sind mit Abstand die effizienteste Form, Energie in Mobilität umzuwandeln. Elektrofahrzeuge haben daher eine deutlich bessere Klimabilanz als Benzin- oder Dieselfahrzeuge. Sie sind leise und frei von Abgasen. Elektromobilität kann daher zum Klimaschutz und zu lebenswerten Städten beitragen. **(D)**

(Beifall bei der LINKEN)

Hört sich gut an, oder? Doch zu welchem Preis?

Wer den Anteil von Elektrofahrzeugen im Verkehr deutlich erhöhen will, muss auch eine Antwort darauf haben, woher die Rohstoffe wie Lithium oder Kobalt für die Batterieherstellung für Millionen von Fahrzeugen kommen sollen. Es kann und darf nicht sein, dass in Ländern wie in Chile oder im Kongo unter menschenunwürdigen Bedingungen Rohstoffe abgebaut oder ganze Landstriche verwüstet werden und den einheimischen Bauern das Wasser für ihre Felder abgegraben wird, damit wir vermeintlich ökologisch mit Elektroautos zum Einkaufen fahren können und so unsere CO<sub>2</sub>-Bilanz verbessern.

(Beifall bei der LINKEN)

Ja, wir müssen die Schadstoffbelastung und die CO<sub>2</sub>-Emissionen bei uns in den Städten reduzieren, aber nicht auf Kosten der Umwelt und der Menschen in anderen Ländern.

(Beifall bei der LINKEN)

**Andreas Wagner**

- (A) Abgesehen davon: Mit einer Erhöhung des Anteils elektrischer Fahrzeuge lassen sich die Verkehrsprobleme von heute nicht lösen. Parkplatzprobleme und nervige Staus werden nicht weniger, wenn Autos durch Elektroautos ersetzt werden. Elektroautos verbrauchen genauso viel Verkehrsfläche wie andere Pkw.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

Damit keine Missverständnisse entstehen: Die Linke sagt Ja zu Elektromobilität, allerdings nicht zu jedem Preis.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

Wir verstehen unter Elektromobilität mehr als Elektroautos.

(Matthias Gastel [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wir auch!)

Dazu gehören auch E-Bikes. Die weitaus beste und sinnvollste Form der Elektromobilität ist und bleibt jedoch der Schienenverkehr.

(Beifall bei der LINKEN sowie des Abg. Matthias Gastel [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wenn die Bundesregierung die Elektromobilität fördern will, sollte sie die Elektrifizierung von Bahnstrecken vorantreiben. Da gibt es viel zu tun.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

(B)

Elektromobilität ist jedoch kein Allheilmittel. Um den zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden, müssen wir den Verkehr anders organisieren. Dabei müssen wir auch die Menschen im Blick behalten, die kein Geld für ein Elektroauto haben oder aufgrund des Alters oder gesundheitlicher Einschränkungen nicht Auto fahren dürfen. Wir müssen dafür sorgen, dass alle Menschen mobil sind und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Wir brauchen eine Stadtplanung der kurzen Wege. Das Ziel muss sein, Verkehr und somit auch den Energieverbrauch zu reduzieren.

(Beifall bei der LINKEN sowie der Abg. Ingrid Nestle [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wir brauchen sichere und familienfreundliche Radwege. Der öffentliche Verkehr muss ausgebaut werden – nicht nur in den Städten, sondern auch im ländlichen Raum. Und wir brauchen Busse und Bahnen, die attraktiv, pünktlich, verlässlich und bezahlbar sind. Hier ist die Bundesregierung gefordert.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Stellen Sie endlich die Weichen für eine sozial-ökologische Verkehrswende!

Mit der Förderung von Elektroautos oder privater Ladeinfrastruktur werden die Privilegierten in der Gesellschaft gefördert – diejenigen, die sich ein teures Elek-

troauto leisten können. Wir wollen, dass von einer Förderung der Elektromobilität alle profitieren. (C)

(Beifall bei der LINKEN)

Die Linke lehnt daher Kaufprämien für Elektroautos ab. Stattdessen wollen wir Elektromobilität im öffentlichen Verkehr fördern, also elektrisch betriebene Busse und Taxen. Darüber hinaus halten wir Zuschüsse beispielsweise für Fahrzeuge von Handwerkerinnen und Handwerkern sowie sozialen Diensten für sinnvoll.

Mit der Elektromobilität wandelt sich die Automobilindustrie drastisch. Insbesondere bei Zulieferern für Motoren und Getriebe droht ein Abbau von Arbeitsplätzen. Es braucht langfristige Struktur- und Umschulungsprogramme für alle Menschen, deren Arbeitsplätze gefährdet sind.

(Zuruf des Abg. Detlef Müller [Chemnitz] [SPD])

Hier erwarten wir von der Bundesregierung ein schlüssiges Konzept.

(Beifall bei der LINKEN)

Der Verkehr der Zukunft muss attraktiv, bezahlbar für alle und klimafreundlich sein. Die Verkehrswende ist überfällig.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der LINKEN sowie der Abg. Ingrid Nestle [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

(D)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat der Abgeordnete Mario Mieruch.

**Mario Mieruch** (fraktionslos):

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Sehr geehrte Damen und Herren! Ende Januar fand hier in Berlin der Fachkongress „Kraftstoffe der Zukunft“ statt. Über 100 Unternehmen forschen an alternativen Kraftstoffen, sowohl für die Verbrennertechnik als auch für die E-Antriebe. Sie haben alle eins gemeinsam: Sie betonen, dass sie dies völlig ergebnisoffen tun und dass es eine alleinige Universallösung nicht gibt. Das ist die gelebte Praxis.

Dem gegenüber stehen nicht nur die Grünenforderungen, alle Verbrenner ab 2030 zu verbieten. Nein, im Ausschuss stellen die Grünen gar heute schon fest – ohne dass zu Ende geforscht wurde –, dass die synthetischen Kraftstoffe für den Pkw-Verkehr nicht geeignet seien. Das ist spannend; entweder besitzt man bei den Grünen eine Glaskugel, oder es müssen die ideologischen Scheuklappen sein.

Ebenso spannend ist es, dass es deutsche Denkfabriken wie die Agora Verkehrswende gibt, die hinter verschlossenen Türen mit der Beteiligung namhafter Parteivertreter verschiedener Organisationen und Lobbyisten fleißig an der Energie- und Verkehrswende arbeiten und schon 2016 das Ende des Verbrenners propagiert haben. So habe ich den Leiter der eingangs genannten Kraftstoffforscher gefragt, ob es denn eine Kooperation mit

**Mario Mieruch**

- (A) der Agora gibt, wenn die Politik dort schon so stark vertreten ist. Und? Es gibt sie natürlich nicht. Liebe Gäste auf den Tribünen, Ihre Steuergelder finanzieren die Förderung für die Kraftstoffforschung und gleichzeitig die Förderung für Organisationen, die Ihrer Individualmobilität wesentlich entgegenarbeiten.

(Zuruf vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Ziemlich irrsinnig. Als Zwischenergebnis dürfen Sie heute schon sehr hohe Strompreise zahlen;

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie finanzieren doch den Abgeordneten Mieruch!)

Tendenz steigend – versprochen.

Elektromobilität wird ganz klar ein wichtiger Bestandteil der Zukunft sein, aber als Teil eines Technologiemixes, welchen die Bürger über ihren individuellen Bedarf am Markt definieren und nicht durch Verbote aufgedrückt bekommen. Für uns als blaue Partei – da dürfte es jetzt den halben Saal aus den Stühlen reißen – ist Zukunftsmobilität grenzenlos, vielfältig, sie ist divers, sie ist bunt.

Drivers welcome!

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Das Wort hat der Kollege Dr. Christoph Ploß für die CDU/CSU-Fraktion.

- (B) (Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Christoph Ploß (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Bei den vergangenen Debatten hier im Deutschen Bundestag ist deutlich geworden, dass wir als CDU/CSU-Fraktion in dieser Legislaturperiode zwei große Ziele haben, die für uns auch gar nicht im Widerspruch zueinander stehen.

(Zuruf von der FDP: Nichtstun und Nichtstun!)

Zum einen wollen wir Deutschland noch mobiler machen, und zum anderen wollen wir den Verkehr in Deutschland immer klimafreundlicher machen und die Luftqualität in Deutschland weiter verbessern.

Die Mobilität der Zukunft, über die wir in dem Zusammenhang natürlich sprechen müssen, ist für uns dabei wie ein Puzzle, das aus unterschiedlichen Teilen besteht und das wir zu einem großen Ganzen zusammenfügen wollen. Ein Puzzleteil ist zum Beispiel die zunehmende Digitalisierung des Verkehrs. Ein weiteres Puzzleteil ist der Ausbau des öffentlichen Nahverkehrs und des Radverkehrs. Weitere Teile sind Investitionen in die Infrastruktur – vor allem in die Schiene, aber natürlich auch in die Brücken, in die Straßen, in die Tunnel, kurz: in die gesamte Infrastruktur. Vor diesem Hintergrund möchte ich noch mal erwähnen, dass wir in den vergangenen Monaten den größten Investitionshaushalt aller Zeiten hier im Deutschen Bundestag beschlossen haben. Eben-

- falls ein Teil sind Elektrokleinstfahrzeuge, bei denen wir dabei sind, sie zu legalisieren. (C)

(Daniela Kluckert [FDP]: Und die Hälfte vergessen! Zum Thema bitte!)

Ein weiterer Baustein sind natürlich Elektromobilität und synthetische Kraftstoffe, die wir technologieoffen fördern wollen. Das will ich hier noch mal ganz klar sagen, weil der FDP-Antrag etwas anderes suggeriert. Für uns ist es keine Frage des Entweder-oder, sondern eher des Sowohl-als-auch.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Daniela Kluckert [FDP]: Es gibt den Unterschied zwischen Handeln und Sprechen!)

**Vizepräsidentin Petra Pau:**

Kollege Ploß, gestatten Sie eine Frage oder Bemerkung aus der Grünenfraktion?

**Dr. Christoph Ploß (CDU/CSU):**

Immer gerne. Ich kann mir nichts Schöneres am Donnerstagabend vorstellen.

**Matthias Gastel (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Herr Kollege Ploß, vielen Dank. Mir geht es umgekehrt genauso. Ich freue mich deswegen sehr, dass Sie mir die Möglichkeit zu einer Frage geben. – Sie haben von einem Puzzle gesprochen. Meine Frage ist: Wird zu diesem Puzzle auch gehören, dass es eine Verlängerung oder Neuauflage der Kaufprämie – oder Umweltprämie, wie es offiziell heißt – für den Erwerb von Elektroautos gibt? Die bisherige Prämie wird ja zum 30. Juni auslaufen. (D)

(Beifall des Abg. Karsten Hilse [AfD])

Viele Menschen, die sich überlegen, was für ein Auto sie kaufen, sind verunsichert, weil sie nicht wissen, ob es noch diese Prämie gibt oder nicht. Am schönsten wäre es natürlich, Sie würden das nicht nur bestätigen, sondern auch das, was mein Kollege Stephan Kühn vorgeschlagen hat, bestätigen, nämlich dass es eine Bonus-Malus-Prämie gibt, das heißt, dass für große Sprintschlucker höhere Kfz-Steuer zu bezahlen ist und aus den Einnahmen die Kaufprämie für Elektroautos finanziert wird. Wird es eine Verlängerung oder eine Neuauflage dieser Prämie geben?

**Dr. Christoph Ploß (CDU/CSU):**

Also, wenn wir über die Förderung von Elektromobilität sprechen – darauf hat auch der Staatssekretär Steffen Bilger zu Recht hingewiesen –, dann müssen wir unterschiedliche Punkte einbeziehen. Zum einen streben wir den Ausbau der Ladeinfrastruktur an – das wird ein ganz wichtiger Baustein sein –, aber wir brauchen auch steuerliche Anreize. Es wird nicht nur für die Menschen einfacher, das Elektroauto zu laden, sondern es gibt auch steuerliche Förderung. Dazu hat die Bundesregierung in den vergangenen Monaten viele Initiativen ergriffen. Es ist enorm attraktiv geworden, sich ein Elektroauto zuzulegen.

**Dr. Christoph Ploß**

(A) Wie das dann in den nächsten Monaten weitergehen wird, werden wir hier diskutieren; das haben wir ja auch schon angekündigt. Ich persönlich bin in dieser Hinsicht in vielen Richtungen offen. Wichtig ist aber, dass wir Elektromobilität steuerlich fördern. Ich beantworte das etwas allgemeiner, sage Ihnen aber zu, dass wir im Verkehrsausschuss und zusammen mit der Bundesregierung darüber natürlich noch rechtzeitig sprechen werden.

Kommen wir zurück zum Thema. Ich kann mit Blick auf Ihre Frage an den nächsten Punkt anknüpfen. Kein Autofahrer wird auf ein Elektroauto umsteigen, wenn er sich jedes Mal Sorgen machen muss, ob er das Auto aufladen kann. Deswegen ist eines unserer Ziele, dass das Laden eines Elektroautos so einfach sein wird, wie man das vom Tanken kennt, vielleicht sogar noch einfacher, wenn man seine eigene Ladestation zu Hause hat. Das muss unser Ziel sein.

Wenn wir über batteriebetriebene Elektroautos sprechen, dann hört man häufig – das waren ja heute wieder die Vorwürfe aus der AfD-Fraktion, und auch bei der FDP hat man das gehört –: Batteriebetriebene Elektroautos seien gar nicht klimafreundlich; denn entweder seien sie mit Strom aus Braunkohle unterwegs,

(Daniela Kluckert [FDP]: Ja, so sieht's aus!)

oder die Entsorgung der Batterien sei klimaschädlich. Deswegen solle man darauf nicht setzen. – Ich kann ganz klar sagen: Natürlich sind Elektroautos für die Umwelt nur dann gut, wenn sie mit Wind-, Wasser- oder Solarstrom betrieben werden;

(B) (Dr. Julia Verlinden [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Aha!)

denn ansonsten erfolgt der Schadstoffausstoß woanders. Es muss unser Ziel sein, die Klimafreundlichkeit noch weiter auszubauen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Dr. Julia Verlinden [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Da müssen Sie aber noch was tun!)

Natürlich steht und fällt der umweltpolitische Beitrag von Elektroautos auch damit, ob es gelingt, ein nachhaltiges Recyclingsystem zu etablieren und Nachnutzungskonzepte zu implementieren.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Und das, meine Damen und Herren, ist möglich; Sie haben hier den völlig gegenteiligen Eindruck erweckt. Dafür brauchen wir politisch vorgegebene Standards für das technische Design der Batterien – da findet im Moment noch viel zu viel individuell statt –, und wir müssen dem Normungsbedarf für die Wiederverwertung der Autobatterien gerecht werden und die Wiederverwertung etablieren.

(Zuruf des Abg. Dietmar Friedhoff [AfD])

Außerdem brauchen wir eine hohe Recyclingquote für die in der Batterie enthaltenen Materialien. Aber die Autobauer, die auf Elektromobilität setzen, sind heute schon

in der Lage, mehr als 50 Prozent zu recyceln. Viele sagen ganz klar, dass sie es bald schaffen werden, annähernd 100 Prozent zu recyceln. Das muss der Weg sein. Alles andere, was Sie hier vorgeschlagen haben, wäre klimapolitisch der völlig falsche Weg. Deswegen müssen wir auf Elektromobilität setzen, wenn wir den Verkehr in Deutschland umweltfreundlicher gestalten wollen. (C)

Meine Damen und Herren, wir alle wissen: Wir haben hier mit die besten Ingenieure in der Welt. Wir können, wenn wir es wollen, mit Investitionen in neue Technologien und in die Forschung an der Spitze des Fortschritts stehen. Das muss der Anspruch sein. Wir, die CDU/CSU-Fraktion, setzen nicht auf Fahrverbote oder Gängelung der Bürger. Wir setzen auf Innovationen. Damit machen wir Deutschland noch mobiler und noch klimafreundlicher.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Dr. Christoph Ploß. – Schönen guten Abend, liebe Kolleginnen und Kollegen! – Nächster Redner für die SPD-Fraktion: Johann Saathoff.

(Beifall bei der SPD)

**Johann Saathoff (SPD):**

Schönen guten Abend, Frau Präsidentin! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! In Ostfriesland würde man sagen: Watt boben in't Sack is, mutt toerst weer rut. Im Englischen hieße das: Last in, first out. Ich will das mal frei übersetzen: Das Wichtigste muss zuerst erledigt werden. Und das Wichtigste für die Elektromobilität, das, was zuerst erledigt werden muss, ist die Energiewende. Die Rahmenbedingungen in der Energiewende müssen stimmen, damit die Verkehrswende auch tatsächlich klappen kann. (D)

(Beifall bei der SPD)

Das bedeutet: Der Kohleausstieg, der im Konsens mit verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen verhandelt wurde, muss endlich ins Gesetz und auch umgesetzt werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Das bedeutet: Das Ziel „65 Prozent erneuerbare Energien am Bruttostromverbrauch bis 2030“ muss im Gesetz festgeschrieben werden,

(Cem Özdemir [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ihr regiert doch!)

damit wir da weiterkommen können –

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Kommt denn das Gesetz? – Dr. Julia Verlinden [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN], an die CDU/CSU-Fraktion gewandt: Sehen die, die da hinten sitzen, das auch so?)

**Johann Saathoff**

- (A) das will ich an dieser Stelle auch noch mal deutlich sagen –, unter der Voraussetzung, dass insbesondere durch die Elektromobilität der Stromverbrauch bis 2030 nicht etwa sinkt oder gleich hoch bleibt, sondern unter der Voraussetzung, dass der Stromverbrauch, wenn wir Elektromobilität haben, natürlich deutlich steigen wird.

(Zuruf von der AfD: Ja!)

Entgelte und Umlagen müssen wir reformieren, und wir müssen die Netzinfrastruktur an die E-Mobilität anpassen.

(Beifall bei der SPD)

Das betrifft insbesondere die Verteilnetze; denn Ladesäuleninfrastruktur wird in Verteilnetze integriert. Es macht Sinn, Ladesäulen netzdienlich zu installieren. Das heißt, da, wo wir Netzausbaugebiete haben, also zu viel Strom aus erneuerbaren Energien, muss man Ladesäuleninfrastruktur besonders anreizen, und da, wo wir Schwierigkeiten haben, weil es zu wenig Strom gibt – wie zum Beispiel in Süddeutschland, weil es da eine eigenartige Erneuerbare-Energien-Politik gibt –, muss ein bisschen weniger Ladesäuleninfrastruktur hergestellt werden. Die Netzdienlichkeit ist besonders wichtig.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Wir müssen die Verteilnetze intelligent organisieren, damit zum Beispiel durch Smart Meter, die direkt von Netzbetreibern an- und abgeschaltet werden, eine Synchronität hergestellt wird.

(B)

Gleichzeitig ist klar, dass wir vor einem enormen Transformationsprozess in der Automobilindustrie stehen. Auch da müssen wir die Rahmenbedingungen schaffen; auch da müssen Rahmenbedingungen stimmen. Denn gemeinsam mit den Sozialpartnern – das haben die Grünen in ihrem Antrag sehr schön ausgearbeitet; Kompliment dazu – muss der Übergang organisiert werden, gemeinsam mit den Betriebsräten und gemeinsam mit den Gewerkschaften.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dafür steht auch die Sozialdemokratie.

Wir müssen für die Mitarbeiter in der Autoindustrie, die Angst um ihre Arbeitsplätze haben, Rahmenbedingungen schaffen. Denn sie wissen ganz genau, dass die Fertigungstiefe bei der Elektromobilität sinken wird. Das bedeutet, man braucht weniger Menschen, um Elektroautos zu bauen.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Herr Kollege, erlauben Sie eine Zwischenfrage oder -bemerkung von einem Kollegen der AfD-Fraktion?

**Johann Saathoff (SPD):**

Frau Präsidentin, ich würde das gerne machen. Aber, ich glaube, nach der Rede wird auch die schlaueste Frage

mit der schlauesten Antwort nicht zu einem Erkenntnisprozess führen. Von daher lehne ich sie ab. (C)

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abg. Dr. Christoph Ploß [CDU/CSU])

Wir werden Rahmenbedingungen für die Menschen schaffen müssen, die täglich mit dem Auto zur Arbeit kommen. Denn sie müssen auch zukünftig mit dem Auto kommen und das auch bezahlen können.

(Beifall bei der SPD)

Wir wollen und müssen dafür sorgen, dass möglichst die gesamte Wertschöpfungskette der Automobilindustrie in Deutschland erhalten bleibt, auch wenn der Umstieg auf Elektromobilität erfolgt. Dazu gehört die Produktion von Batterien und Batteriezellen. Dabei müssen die Energiewende und die Verkehrswende zusammen gedacht werden. Ich erinnere an das Blue-Factory-Konzept aus Emden, das die Produktion von Autos mit deutlich geringerem CO<sub>2</sub>-Fußabdruck möglich macht, weil Autos mit Wind- und PV-Energie produziert werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Dazu gehört, dass die Produktion von Batterien dort stattfindet, wo grüne Energie jetzt schon im Überfluss vorhanden ist.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Johann Saathoff. – Letzte Rednerin in dieser Debatte für die CDU/CSU-Fraktion: Daniela Ludwig. (D)

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Daniela Ludwig (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Zukunft der Mobilität lässt sich zumindest für meine Fraktion sehr einfach anhand von drei bestimmten Parametern beantworten:

Erstens. Wir lassen den Menschen, soweit es geht, die individuelle Entscheidung, wie sie ihre Mobilität gestalten wollen.

Zweitens. Wir setzen Anreize für alternative Antriebe.

Drittens. Wir konzentrieren uns eben nicht einseitig auf eine Antriebsart, sondern lassen dem Erfindungsreichtum, den es in Deutschland zuhauf gibt, freien Raum und unterstützen deshalb jede Innovation, die dazu beiträgt, für einen klimafreundlichen, aber auch effektiven Verkehr zu sorgen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Machen wir uns mal ehrlich: Ich glaube, keiner von uns hier in diesem Raum kann zum heutigen Tage sagen, welche Antriebsart am Ende für dieses Land, vielleicht auch für ganz Europa oder die Welt die einzig glückselig machende ist. Deswegen ist es für uns wichtig, dass wir nicht nur auf die batterieelektrische Mobilität setzen, die



**Daniela Ludwig**

- (A) wir sehr schätzen und die wir auch fördern, sondern dass wir über verschiedene Programme auch auf Wasserstoff- und Brennstoffzellentechnologie sowie den Umstieg auf Flüssiggasantriebe bei den Lkws setzen. Auch das ist uns wichtig.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Frau Kollegin, darf ich Sie fragen, ob Sie eine Zwischenfrage zulassen?

**Daniela Ludwig (CDU/CSU):**

Nein.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Von niemandem?

**Daniela Ludwig (CDU/CSU):**

In Anbetracht der verbleibenden Tagesordnung: Nein.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Gut.

**Daniela Ludwig (CDU/CSU):**

Auf Basis des Regierungsprogramms zur Wasserstoff- und Brennstoffzellentechnologie unterstützen wir die Forschung und Entwicklung auf diesem Themenfeld. Wir unterstützen mit Maßnahmen der Marktaktivierung die Produkte, die zwar Marktreife haben, aber sich am Markt noch nicht wettbewerbsfähig behaupten konnten.

- (B) Ich halte das für den einzig richtigen Weg.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Wir haben in den vergangenen Jahren eine Förderrichtlinie für energieeffiziente und CO<sub>2</sub>-arme Lkws aufgelegt. Damit unterstützen wir Expeditionen, die bereit sind, sich umweltfreundliche Lkws anzuschaffen, pro Unternehmen mit einem Zuschuss von bis zu 500 000 Euro. Das ist ein Wort. Diesen Weg wollen wir auch weitergehen. Gleichzeitig verlieren wir – da sehen Sie, dass wir tatsächlich technologieoffen aufgestellt sind – natürlich die Elektromobilität nicht aus den Augen.

Unser Programm „Saubere Luft“ ist schon vom Kollegen angesprochen worden. Hier geht es uns im Moment schwerpunktmäßig darum, insbesondere die kommunalen Fahrzeugflotten umzurüsten, weil wir da sehr viel Potenzial sehen, wirklich emissionsärmer auf sehr großem Gebiet in den Städten unterwegs zu sein. Ich kann nur hoffen, dass die Kommunen, die jetzt schon auf diesem Weg erfolgreich sind, dieses Programm gut bewerben, sodass alle anderen, die noch etwas zögerlich sind, mit auf diesen Zug aufspringen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Natürlich können wir uns von politischer Seite darüber einig sein, dass wir es genau so machen wollen, dass wir technologieoffen unterwegs sein wollen. Das schaffen wir aber nicht ohne die Automobilindustrie. In der Tat war vielleicht der eine oder andere Denk- und Meinungsbildungsprozess in der Vergangenheit nicht effizient

und schnell genug, zumindest nicht so, wie er es hätte sein müssen, um auf die Gegebenheiten zu reagieren. (C)

(Steffi Lemke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Oh, Selbstkritik, das erstaunt uns!)

Wir merken aber relativ stark: Die Automobilindustrie hat es jetzt endlich verstanden, steigt ein in die Elektromobilität und fördert sie mit Milliardeninvestitionen; das ist richtig. Aber das muss jetzt auch beim Verbraucher ankommen. Ich glaube, wir sind auf einem guten Weg. Natürlich muss es die Ladeinfrastruktur geben. Es wäre schön, wenn wir in der Koalition nicht nur den Verkehrsminister hätten, der für die Ladeinfrastruktur plädiert, sondern auch den Finanzminister, der das Geld dafür gibt.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Aber da weiß ich, dass die SPD-Verkehrspolitiker auf unserer Seite sind.

Es müssen natürlich Modelle sein, die sich nicht nur der Gut- und Bestverdiener leisten kann, sondern es müssen Modelle sein, die von der Breite der Bevölkerung erwerbbar sind. Dafür können nicht wir die alleinige Verantwortung übernehmen, sondern da ist tatsächlich die Automobilindustrie gefordert, sich massiv Gedanken darüber zu machen, wie das noch besser wird.

Ich bleibe dabei: Wir müssen technologieoffen bleiben, weil niemand die Glaskugel hat und heute entscheiden kann, was in Zukunft der Antrieb schlechthin sein wird. Es wird „den Antrieb schlechthin“ nicht geben. Ich kann nur hoffen, dass die Industrie mitzieht und am Ende auch die Bevölkerung. Wir tun unser Bestes dafür. (D)

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Daniela Ludwig. – Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlagen auf den Drucksachen 19/7195 und 19/9251 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. – Sie sind einverstanden. Dann sind die Überweisungen so beschlossen.

Wir kommen zur Beschlussempfehlung des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur zum Antrag der Fraktion der FDP mit dem Titel „Technologieoffene Förderung alternativer Antriebe“. Der Ausschuss empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/8903, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/7902 abzulehnen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen gibt es keine. Dafür gestimmt haben die CDU/CSU, die SPD, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen. Dagegen gestimmt haben die AfD und die FDP. Damit ist die Beschlussempfehlung angenommen.

Vizepräsidentin Claudia Roth

(A) Ich rufe den Zusatzpunkt 7 auf:

Erste Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und anderer Gesetze**

**Drucksache 19/9228**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
Ausschuss für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe  
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Ich höre einig, aber keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich warte mit der Eröffnung der Aussprache, bis die Kolleginnen und Kollegen Platz genommen haben.

Ich eröffne die Aussprache und rufe den ersten Redner auf, den Kollegen Ansgar Heveling für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Ansgar Heveling (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Die Wahl wird allgemein als das Hochamt der Demokratie bezeichnet. Und tatsächlich nimmt der Staatsbürger bei der Ausübung des Wahlrechts ganz unmittelbar seine demokratischen Rechte in einzigartiger Weise wahr. Den bisherigen Ausschluss der Teilnahme an diesem Hochamt der Demokratie für etwa 80 000 Staatsbürger, bei denen eine Betreuung in allen Angelegenheiten angeordnet ist, heben wir mit diesem Gesetzentwurf auf, so wie es im Koalitionsvertrag auch vereinbart ist.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Gleichzeitig setzen wir Vorgaben aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Januar dieses Jahres zur Verfassungswidrigkeit von Wahlrechtsausschlüssen um. Dies gilt nicht nur für das Bundeswahlgesetz, das Gegenstand der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gewesen ist, sondern auch für das inhaltlich gleichlautende Europawahlgesetz. Der bisherige Wahlrechtsausschluss für schuldunfähige und im Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte Personen wurde durch das Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig und nichtig erklärt und daher aus dem Gesetz gestrichen.

Ergänzend werden die Möglichkeiten und Grenzen zulässiger Assistenz geregelt. Die Strafvorschrift der Wahlfälschung nach § 107a Absatz 1 des Strafgesetzbuches wird im Hinblick auf die Überschreitung der Grenzen zulässiger Assistenz konkretisiert. Kern des Gesetzentwurfes ist die Aufhebung des bisherigen Ausschlusses von der Bundestags- und Europawahl für Personen, für die nicht nur vorübergehend eine Betreuung in allen Angelegenheiten angeordnet ist. Aufgrund der immer häufige-

ren Verbreitung von umfassenden und die Anordnung einer Betreuung ersetzenden Vorsorgevollmachten war für uns dieser typisierende Wahlrechtsausschluss unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung nicht mehr haltbar. Eine weitere Ungleichbehandlung ergab sich aber auch aus der regional unterschiedlichen Praxis der Anordnung einer Betreuung in allen Angelegenheiten.

Aus diesen Gründen hat das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 29. Januar dieses Jahres diesen Wahlrechtsausschluss im Hinblick auf den Grundsatz der Allgemeinheit der Wahl aus Artikel 38 Absatz 1 des Grundgesetzes für verfassungswidrig erklärt. Das Bundesverfassungsgericht hat aber auch ausdrücklich festgestellt, dass ein Ausschluss vom aktiven Wahlrecht verfassungsrechtlich grundsätzlich gerechtfertigt sein kann, wenn bei einer bestimmten Personengruppe davon auszugehen ist, dass die Möglichkeit der Teilnahme am Kommunikationsprozess zwischen Volk und Staatsorganen nicht in hinreichendem Maße besteht. Damit anerkennt das Bundesverfassungsgericht, dass für eine selbstbestimmte Wahlentscheidung eine Einsichts- und Kommunikationsfähigkeit erforderlich ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat daher dem Gesetzgeber aufgegeben – ich darf zitieren –:

... darüber zu entscheiden, wie er ... den Grundsatz der Allgemeinheit der Wahl und die Sicherung des Charakters der Wahl als eines Integrationsvorgangs bei der politischen Willensbildung des Volkes zum Ausgleich bringt.

Das bedeutet: Es bedarf einer Abwägungsentscheidung. Dieser Abwägungsentscheidung haben wir uns, anders als die Gesetzesinitiativen der Opposition, die wir bereits beraten haben und die sich auf eine bloße Streichung der bestehenden Wahlrechtsausschlüsse beschränkt haben, gestellt. Dabei kamen für uns als CDU/CSU-Fraktion verfassungsrechtlich zulässige typisierende Wahlrechtsausschlüsse wegen einer nur schwer zu regelnden Abgrenzung nicht infrage.

Wir hätten uns aber durchaus eine individuelle anlassbezogene Überprüfung der Assistenzfähigkeit durch Betreuungsgenossen vorstellen können. Letztlich wäre aber auch dies nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich gewesen. Wir haben es daher vorgezogen, im Gesetzentwurf die Grenzen assistierter Wahlteilnahme zu regeln und die Geltung dieser Regelung durch die Konkretisierung der Strafvorschrift der Wahlfälschung nach § 107a des Strafgesetzbuches sicherzustellen und so die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Danke schön, Ansgar Heveling. – Nächster Redner für die AfD-Fraktion: Dr. Christian Wirth.

(Beifall bei der AfD)

**(A) Dr. Christian Wirth (AfD):**

Frau Präsidentin! Werte Kollegen! Ein so weitreichender Eingriff in die Grundrechte, wie es der Ausschluss vom Wahlrecht ist, muss gut begründet sein. Das heißt nicht, dass es keine Gründe geben kann. Auch das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil schließlich klargestellt, dass es durchaus gerechtfertigt sein kann, das Wahlrecht einzuschränken, wenn die Möglichkeit der Teilnahme am Kommunikationsprozess zwischen Volk und Staatsorganen nicht in hinreichendem Maße besteht.

Genauso wie wir die Sorge über unrechtmäßigen Wahlausschluss und mangelnde Teilhabe am Wahlrecht ernst zu nehmen haben, so haben wir auch die Sorge über mögliche Einflussnahmen und Manipulationen ernst zu nehmen. Dabei geht es bei letzterem Bedenken gar nicht so sehr um die betroffenen rund 80 000 vom Wahlrecht ausgeschlossenen Deutschen. Vielmehr handelt es sich um einen Verdacht gegen die Menschen, die sich teils beruflich, teils ehrenamtlich, teils aus der Familie heraus tagtäglich in den Dienst hilfsbedürftiger Menschen stellen. Es gibt keinen Grund, von ihnen weniger Ehrlichkeit zu erwarten als von all den Helfern, die bereits jetzt in der Bundeswahlordnung vorgesehen sind, um zum Beispiel Blinde oder anderweitig körperlich eingeschränkte Wähler beim eigentlichen Wahlvorgang zu unterstützen. Uns sind keine Fälle bekannt, in denen diese Position missbraucht wurde. Es erscheint auch mehr als fraglich, ob es die beste Strategie ist, eine Wahl zu manipulieren, indem man jahrelang als Betreuer fungiert, um dann eine einzelne Stimme zu verfälschen. Nein, es geht um die Teilnahme an unserer Demokratie, und Demokratie beruht auf dem Gedanken, dass der Mensch an sich nicht böse ist, nicht manipulieren will, nicht unehrlich ist.

Die Erfahrung aus den Bundesländern, in denen bereits jetzt auch für in allen Angelegenheiten Betreute das Wahlrecht gilt, zeigt, dass es funktioniert. Das sollte uns ermutigen, auch auf Bundesebene den richtigen Schritt zu tun. Nicht nur wird es den neuen Wählern mehr Teilhabe ermöglichen, es wird auch unsere Demokratie bereichern; denn in Zukunft müssen wir alle hier in diesem Hohen Haus auch um diese Stimmen werben. Der grundsätzliche und pauschale Ausschluss von Menschen aufgrund ihrer Betreuungssituation geht, abgewogen gegen das Gebot der Gleichbehandlung, einen Schritt zu weit. Das hat uns auch das Bundesverfassungsgericht klar vorgegeben.

(Beifall bei der AfD)

Auch die UN hat über die Behindertenrechtskonvention enge Grenzen für den deutschen Gesetzgeber gesetzt. Aber wir sollten dieser Ausdehnung des Wahlrechts oder, besser gesagt, der Abschaffung der Einschränkung des Wahlrechts hier nicht nur zustimmen, weil es uns Gerichte oder die UN vorgeben. Es ist eine Anerkennung der Menschenwürde, ein notwendiger Schritt des jahrzehntelangen Abschüttelns unserer alten Vorurteile gegenüber behinderten Menschen.

Als wir im März dieses Jahres zuletzt über das Thema Wahlrecht gesprochen haben, haben wir hier im Plenum gesagt, dass wir der Wiederherstellung des Wahlrechts für die betroffenen Menschen nicht im Wege stehen wer-

den. Im Wege standen zu diesem Zeitpunkt allerdings die gerechtfertigten Bedenken gegen eine Änderung des Europawahlrechts so kurz vor der Stimmabgabe. Die mögliche Torpedierung der bereits aufgestellten Wahllisten für die Europawahl wäre wohl weder im Sinne der Betroffenen noch derjenigen, die den Gesetzentwurf vom heutigen Tage eingebracht haben.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ob das im Sinne der Betroffenen ist, können die Betroffenen besser beurteilen!)

Ich habe, ehrlich gesagt, nicht so ganz geglaubt, dass Sie den hastig versprochenen eigenen Gesetzentwurf tatsächlich so schnell vorlegen würden. Das ist immerhin mal etwas Positives aus Ihren Reihen; das muss man dann auch mal anerkennen.

(Corinna Ruffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das klären wir noch!)

Wir werden dem Gesetzentwurf zustimmen.

Aber noch ein Wort zur SPD. Wenn Ihr Abgeordneter Röspel glaubt, uns heute Morgen populistisch vorwerfen zu müssen, wir wären im Umgang mit Behinderten scheinheilig,

(Sören Pellmann [DIE LINKE]: Wo er recht hat, hat er recht!)

dann muss ich sagen: Es steht auch einer sterbenden Partei wie der SPD nicht zu, Behinderte politisch zu instrumentalisieren. Das ist scheinheilig, selbstgerecht und letztendlich auch schäbig.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Danke schön, Dr. Wirth. – Nächster Redner ist der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN sowie des Abg. Jens Beek [FDP])

**Jürgen Dusel**, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen:

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Sehr verehrte Damen und Herren Abgeordnete im Deutschen Bundestag! Ich möchte mich als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen zunächst dafür bedanken, dass ich heute hier im Deutschen Bundestag zum inklusiven Wahlrecht reden darf.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Corinna Ruffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das ist ja wohl das Mindeste!)

Für mich ist der Deutsche Bundestag der zentrale Ort für Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland, und wir reden heute, hier und jetzt, über den zentralen Grundpfeiler der Demokratie, nämlich das inklusive Wahlrecht für Menschen, die unter sogenannter Vollbetreuung stehen, und für Menschen, die in der forensischen Psychi-

**(C)****(D)**

**Jürgen Dusel**

- (A) atrie untergebracht sind. Meine Damen und Herren, ich freue mich schlichtweg, hier zu sein.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der AfD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Ich habe für meine Amtszeit als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen ein Motto gewählt. Dieses Motto, von dem ich tief überzeugt bin, prägt meine Amtszeit, die Diskussionen, die ich führe, und mein Werben für eine Gesellschaft, in der es normal ist, verschieden zu sein. Dieses Motto lautet: Demokratie braucht Inklusion.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Ich will damit sagen, dass Demokratie und Inklusion für mich im Grunde zwei Seiten derselben Medaille sind und dass ich mir eine gut funktionierende Demokratie nicht vorstellen kann, ohne dass sie demokratisch handelt, inklusiv handelt und inklusiv denkt. Das ist mir besonders wichtig. Demokratie braucht Inklusion.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des Abg. Jens Beeck [FDP])

- (B) Heute geht es um das inklusive Wahlrecht. Wir haben vor wenigen Wochen den zehnten Jahrestag der Ratifikation des völkerrechtlichen Vertrages der UN-Behindertenrechtskonvention gefeiert. Der Bundestag und der Bundesrat haben ihn ratifiziert und zu geltendem Bundesrecht gemacht. Es geht um Teilhabe, es geht um Menschenrechte. Wenn wir über Inklusion reden und vielleicht auch über den richtigen Weg für Inklusion streiten, muss uns klar sein, muss uns präsent sein, dass es letztlich um die Umsetzung von fundamentalen Grundrechten geht.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie der Abg. Wilfried Oellers [CDU/CSU] und Dr. Manuela Rottmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Meine Damen und Herren, auch Menschen mit Behinderungen sind Bürgerinnen und Bürger dieses Landes, und sie haben genau die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der AfD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Es ist nicht nur Aufgabe des Staates, Recht zu setzen, also beispielsweise die UN-Behindertenrechtskonvention zu ratifizieren, sondern es ist vor allem auch Aufgabe des Staates, dafür zu sorgen, dass die Menschen mit Behinderungen diese Rechte, die ja Versprechen sind – Versprechen auf Teilhabe, Versprechen auf Partizipation –, auch leben können. Genau darum geht es hier.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

- (C) Artikel 29 der UN-Behindertenrechtskonvention regelt eine demokratische Selbstverständlichkeit, nämlich die Selbstverständlichkeit, das aktive Wahlrecht und auch das passive Wahlrecht zu haben. Aber Artikel 29 regelt noch mehr. Es geht darin auch um die Rahmenbedingungen, die es Menschen mit Behinderungen überhaupt erst ermöglichen, am politischen Prozess teilzuhaben. Es geht da auch um die Fragen von Barrierefreiheit, von Assistenz, damit Menschen mehr am politischen Prozess teilhaben können. Wir erleben immer noch, dass viel zu wenige Menschen mit Behinderungen beteiligt sind, und wir erleben auch, dass viel zu wenige Menschen mit Behinderungen beispielsweise in Parlamenten tätig sind. Auch darüber müssen wir sprechen.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Meine sehr geehrten Damen und Herren, die Einführung des inklusiven Wahlrechts war im Koalitionsvertrag vereinbart, und ich will Ihnen offen sagen, dass ich mir ganz konkret gewünscht hätte, dass die Umsetzung früher stattfindet, damit die Menschen, die jetzt noch unter den pauschalen Wahlrechtsausschluss fallen, ihr Wahlrecht bei der Europawahl einlösen können.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Dazu hätte es auch mehr Mut des einen oder anderen Beteiligten gebraucht.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Corinna Ruffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Mehr Haltung hätte es gebraucht!)

(D) Meine Damen und Herren, ich habe im Rahmen der Debatte auch zur Kenntnis nehmen müssen, dass es immer noch anachronistische Bilder von Menschen mit Behinderungen gibt. Auch darüber müssen wir reden. Letztlich hat die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes den Prozess beschleunigt. Darüber bin ich sehr froh. Ich will noch eines sagen: Bei der Debatte und der Diskussion um die Einführung haben wir oftmals die Argumente gehört, dass ein Missbrauch des Wahlrechts entstehen könnte oder dass eine Beeinflussung der Wählenden gegeben sein könnte. Meine Damen und Herren, genau die gleichen Argumente haben wir vor über 100 Jahren gehört, als es um die Einführung des Frauenwahlrechtes ging. Diese Argumente waren damals falsch, diese Argumente sind heute falsch, und wir sollten uns davon verabschieden.

(Beifall bei der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP – Michael Frieser [CDU/CSU]: Oi, oi, oi!)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Herr Dusel, darf ich Sie bitten, langsam zum Ende zu kommen.

(A) **Jürgen Dusel**, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen:

Ich komme zum Ende. – Trotz dieser kritischen Worte möchte ich ganz deutlich sagen, dass ich diesen Gesetzentwurf sehr begrüße. Ich halte ihn für eine große Errungenschaft für die Demokratie. Ich glaube, das inklusive Wahlrecht wird unserer Demokratie gut zu Gesicht stehen, einer Demokratie, die inklusiv denkt und inklusiv handelt; denn Demokratie braucht Inklusion.

Herzlichen Dank, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und der Abg. Dr. Manuela Rottmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Jürgen Dusel. – Der nächste Redner in der Debatte: für die FDP-Fraktion Jens Beeck.

(Beifall bei der FDP)

**Jens Beeck** (FDP):

Hochverehrte Präsidentin! Herzlichen Dank, Herr Dusel, für Ihren Input in dieser Debatte, den ich inhaltlich teile, den ich aber – das will ich genauso deutlich sagen – in dem Gesetzentwurf, über den wir jetzt sprechen, überhaupt nicht wiederfinde. Am kommenden Montag wird das Bundesverfassungsgericht auf Antrag der Abgeordneten der Freien Demokraten, der Linken und von Bündnis 90/Die Grünen über unseren Antrag entscheiden, diesen Menschen noch die Teilnahme an der Europawahl im Mai dieses Jahres zu ermöglichen.

(Beifall bei der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Das, liebe Kolleginnen und Kollegen von der Großen Koalition, scheidet vermutlich allein an Ihrem Widerstand.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ja!)

Wir hätten mit den Gesetzentwürfen der Freien Demokraten sowie von Bündnis 90/Die Grünen und den Linken am 15. März in diesem Hause die Weichen dafür stellen können, und wir hätten Verfassungsfrieden geschaffen.

(Beifall bei der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Abg. Ulla Schmidt [Aachen] [SPD])

Aber Sie wollten nicht, und Sie wollen immer noch nicht. Das wird mit dem Gesetzentwurf, der uns heute vorgelegt wird, mehr als deutlich.

(Beifall der Abg. Corinna Rütter [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Nicht nur, dass das Inkrafttreten erneut auf einen Termin nach der Europawahl gelegt ist, auch die ergänzenden Regelungen zur Assistenz und zu Verschärfungen im Strafrecht atmen nichts anderes als tiefes Misstrauen gegenüber Angehörigen und Betreuern. Auch das ist ei-

gentlich keine gute Entwicklung für den heutigen Tag, liebe Kolleginnen und Kollegen. (C)

(Beifall bei der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Dass Sie am Dienstagabend diesen Gesetzentwurf unter Fristverzicht der anderen Fraktionen noch auf die Tagesordnung gepeitscht haben, ist vermutlich der Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht am kommenden Montag geschuldet. Durchsichtig eigentlich!

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Aber es ändert nichts daran, dass klar geworden ist: Wir hätten eine Änderung für die Europawahl erreichen können; denn das, was Sie in Ihrem Gesetzentwurf jetzt vorlegen, war schon in der internen Vorlage vom Dezember enthalten, und zwar inklusive der Assistenzregelungen und der Straftatbestände, die wir gar nicht brauchen und die wir als Freie Demokraten im Übrigen entschieden ablehnen, weil sie Ausdruck tief sitzenden Misstrauens gegenüber Angehörigen, Betreuern und Hilfspersonen sind und die wir deswegen an der Stelle auch nicht mittragen.

(Beifall bei der FDP)

Sie sind auch nicht erforderlich; denn schon heute ist die technische Hilfeleistung möglich. Bislang brauchten wir keine Vorschrift über § 107c Strafgesetzbuch hinaus, der weitere Verschärfungen geregelt hat.

Mit den von Ihnen vorgeschlagenen Änderungen verursachen Sie in erheblicher Weise die reale Gefahr von strafrechtlichen Ermittlungen gegen die Hilfspersonen. (D)

(Michael Frieser [CDU/CSU]: Was?)

Sie wollen Straftatbestände neu einführen, die mit einem Strafrahmen von zwei bis fünf Jahren Haft versehen sind, in § 107a und § 107c. Das machen Sie mit Regelungen, die vor unbestimmten Rechtsbegriffen nur so strotzen.

Unzulässig

– so soll es heißen –

ist eine Hilfeleistung, die unter missbräuchlicher Einflussnahme erfolgt, die selbstbestimmte Willensbildung oder Entscheidung des Wahlberechtigten ersetzt oder verändert oder wenn ein Interessenkonflikt ... besteht.

Wann ist denn die Einflussnahme missbräuchlich? Mit welcher Unterhaltung, die zu einer Veränderung der Wahlentscheidung des Wahlberechtigten führen kann, verstößt eine Hilfsperson gegen diese Vorschrift: durch einen Hinweis auf einen anderen Kandidaten, durch einen Hinweis auf die eigene, abweichende Präferenz? Und für wen gilt das eigentlich wann? Wenn die Hilfspersonen Angehörige des eigenen Haushalts sind, gilt das dann nur bei der Wahlentscheidung, wenn das Kreuz gemacht wird, gilt es auf dem Weg zur Urne, oder gilt es

**Jens Bееck**

- (A) auch für jedes Gespräch beim Frühstück, das man Wochen vorher geführt hat?

(Michael Frieser [CDU/CSU]: Man kann es auch abstrus machen! – Gegenruf des Abg. Dr. Florian Toncar [FDP]: Es ist ja auch abstrus!)

Das alles ist überhaupt nicht klar, und es besteht die reale Gefahr, dass man darauf achten muss, dass durch diese Art der Formulierung Ihres neuen Straftatbestandes am Ende nicht sogar eine Beweislastumkehr entsteht, weil die Assistenz ja auch bei Nichtäußerung des Wahlberechtigten unter Strafe gestellt werden soll.

Nein, verehrte Kolleginnen und Kollegen von der Großen Koalition, das allen gewährte zentrale Grundrecht der Demokratie, wählen zu dürfen, braucht keinerlei ergänzende Regelungen im Strafrecht, keine Drohungen gegen die Angehörigen und Betreuer. Es braucht im Grunde eine einzige Einsicht: In einer Demokratie bestimmen die Wähler ihre Politiker und nicht die Politiker ihr Wahlvolk. Wenn man dieser Einsicht folgt, braucht man diesen Entwurf nicht. Auch die ausgerechneten Verwaltungskosten gehen an der Lebenswirklichkeit vorbei.

Es wird Ihnen auch nicht gelingen, zu erklären, warum es nach der Entscheidung des Verfassungsgerichts ganz viele Bundesländer geschafft haben, das Wahlrecht zu den zeitgleich stattfindenden Kommunalwahlen einzurichten,

- (B) (Beifall bei der FDP und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

aber wir in diesem Hohen Haus das für die Europawahl nicht schaffen. Damit gibt dieses Haus tatsächlich ein klägliches Bild ab.

Frau Präsidentin, herzlichen Dank.

(Beifall bei der FDP und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Jens Bееck. – Nächster Redner in der Debatte: Friedrich Straetmanns für die Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Friedrich Straetmanns (DIE LINKE):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Immerhin, am 8. April 2019 hat es diese Regierungskoalition geschafft, den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bundeswahlgesetzes und unter anderem auch des Europawahlgesetzes vorzulegen. Alle Achtung! Sie hatten sich doch schon im Koalitionsvertrag vom Februar 2018 vorgenommen, das Wahlrecht zu ändern. Schnelle und fachlich gute Arbeit sieht anders aus.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Meine Fraktion Die Linke fordert die Aufhebung des Wahlrechtsausschlusses von Menschen mit Behinderung und unter Vollbetreuung stehenden Menschen schon lange. Sie aber brauchen erst die Belehrung durch das Bundesverfassungsgericht. Sehen Sie sich eigentlich in der Pflicht, ein Arbeitsbeschaffungsprogramm für das Bundesverfassungsgericht aufzulegen? Es scheint so; denn immer wieder zwingen Sie uns dazu, gegen Ihre verfassungsrechtlich nicht haltbaren Gesetzesvorhaben vorzugehen.

(Beifall bei der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Aber zurück zum Wahlrechtsausschluss für unter Betreuung stehende Menschen und Menschen mit Behinderung. Mit Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Januar 2019 wurde festgestellt, dass § 13 Nummer 2 und § 13 Nummer 3 des Bundeswahlgesetzes, in dem es um den Ausschluss ebendieses Personenkreises geht, mit dem Grundgesetz unvereinbar sind. Für die Wahl der Abgeordneten des Europäischen Parlaments aus der Bundesrepublik Deutschland, die Europawahl, enthält das Europawahlgesetz in § 6a Ausschlüsse vom Wahlrecht. Diese sind wortgleich mit denjenigen, die das Bundesverfassungsgericht Ende Januar 2019 für mit dem Grundgesetz unvereinbar erklärt hat.

(Beifall der Abg. Sören Pellmann [DIE LINKE] und Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Dass dringender Handlungsbedarf besteht, muss der Bundesregierung doch spätestens damals klar geworden sein. Ende Januar 2019 ist ja jetzt noch nicht so lange her, könnte man denken. Aber, meine Damen und Herren, die Beschwerde im genannten Verfahren richtete sich bereits gegen den Ausschluss von der Bundestagswahl 2013.

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Hört! Hört!)

In der Zwischenzeit wäre also mehr als genug Zeit gewesen, zu einer sachgerechten Lösung zu kommen. Ich finde das beschämend.

(Beifall bei der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Weil es Ihnen das nicht gelungen ist, reden wir heute über einen Gesetzentwurf, der im Sommer, also erst nach der Europawahl, in Kraft treten soll. Damit schließen Sie ohne Not mehrere Zehntausend Menschen von der Wahl aus. Deswegen haben wir – das ist erwähnt worden – gemeinsam mit den Fraktionen der Grünen und der FDP beim Bundesverfassungsgericht beantragt, die genannten Wahlrechtsausschlüsse bei der Europawahl nicht anzuwenden. Erwartungsgemäß kämpfen Sie auch hiergegen mit aller Kraft an. Das Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat zeichnet in seiner Stellungnahme gegenüber dem Gericht das Bild eines unmöglich zu leistenden Erfüllungsaufwandes

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ungeheuerlich!)

**Friedrich Straetmanns**

- (A) und der Notwendigkeit zahlreicher Änderungen im Bundesrecht. Im vorliegenden Entwurf klingt das alles deutlich weniger aufwendig.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN und der Abg. Jens Bееck [FDP] und Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Vielleicht stimmen sich Koalition und Regierung besser noch einmal ab.

Meine Damen und Herren von der Regierungskoalition, dafür, dass Sie diesen doch recht überschaubaren Gesetzentwurf erst jetzt präsentieren, gibt es keine Ausrede.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Als es letztes Jahr darum ging, die staatlichen Leistungen im Rahmen der Parteienfinanzierung zu erhöhen, haben Sie den entsprechenden Entwurf innerhalb kürzester Zeit durch die parlamentarischen Abläufe gepeitscht. Das Wahlrecht von 85 000 Menschen bei der kommenden Europawahl interessiert Sie offenbar nicht genug. Und da sage ich ganz klar: Das ist respektlos, sowohl gegenüber den betroffenen Menschen als auch mit Blick auf eine so wichtige Wahlentscheidung in Europa.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

- (B) **Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Friedrich Straetmanns. – Nächste Rednerin für Bündnis 90/Die Grünen: Corinna Rüffer.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Corinna Rüffer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Was für eine Freude! Sehr geehrte Frau Präsidentin! Lieber Herr Dusel! Liebe Abgeordnete! Man muss einfach sagen: Netter Versuch! Union und SPD legen hier im Eilverfahren einen Gesetzentwurf vor, den wir kaum lesen, geschweige denn angemessen prüfen konnten. Aber das sind wir ja irgendwie gewohnt.

(Marian Wendt [CDU/CSU]: Das ist bei Ihren Anträgen genauso! Die kommen auch erst zwei Stunden vorher!)

Deswegen will ich das gar nicht weiter thematisieren. Es ist jedoch nervig – das will ich an der Stelle einmal betonen –, dass man in einer solchen Weise mit uns umgeht.

Viel interessanter ist in der Tat die Frage, warum Sie heute diesen Gesetzentwurf vorlegen. Herr Dusel hat nahegelegt, dass es jetzt irgendwie vorangeht. Ich würde das bezweifeln. Ich glaube, es hat etwas damit zu tun, dass am Montag ein Termin ansteht, nämlich die mündliche Verhandlung beim Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt! Man könnte ja meinen, Sie wären eine gute Bundesregierung, die jetzt die Änderung des Wahlrechts umsetzen will. Ich glaube das noch nicht. Ich glaube, dass Sie versuchen, Ihre Argumentation gegenüber dem Gericht zu stärken,

indem Sie behaupten, dass wir mit der Beantragung der einstweiligen Anordnung zu tief in die Rechte des Gesetzgebers eingriffen oder so. Das ist ein ziemlich perfider Plan und zeigt, dass Sie jeden Winkelzug nutzen, um zu verhindern, dass bei den anstehenden Europawahlen am 26. Mai die bisher ausgeschlossenen Menschen zu ihrem Grundrecht, zu wählen, kommen,

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN)

und das nur, weil Sie sich nicht die Peinlichkeit geben wollen, dass erneut das Bundesverfassungsgericht darüber entscheiden muss, ob in diesem Land Grundrechte eingehalten werden oder nicht. – So meine These, aber ich finde, sie ist wohlbegründet.

Der Hintergrund ist klar: Wir wissen lange, dass unser Wahlrecht gegen die UN-Behindertenrechtskonvention verstößt. Ich bin mir sicher, dass wir ohne die letzte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes heute überhaupt nicht über einen Gesetzentwurf reden würden.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Was Herr Heveling heute gesagt hat – er hat betrauert, dass wir keine Einzelfallprüfung vornehmen können –, beweist doch, dass wir dann heute keinen Schritt weiter wären.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN)

Es liegt an der Unionsfraktion, die immer noch nicht kapiert hat, dass es hier darum geht, Menschenrechte umzusetzen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abg. Konstantin Kuhle [FDP])

Ich muss wirklich sagen: Das ärgert mich so maßlos – obwohl wir viele Sitzungswochen hinter uns haben und auch gerne mal nach Hause gehen würden –, dass Sie es echt kaum glauben können.

(Beifall des Abg. Sven Lehmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Ich glaube nicht, dass irgendjemand hier im Raum glaubt, dass Ihre verschwurbelten Formulierungen zur rechtlichen Assistenz zu mehr Rechtssicherheit führen. Sie führen zu mehr Rechtsunsicherheit auf allen Seiten. Das ist es, was Sie uns hier vorlegen. Sie wollen uns doch wohl nicht ernsthaft vormachen, dass wir hier heute auch nur einen Millimeter weiterkämen. Ich glaube das überhaupt nicht.

Ich möchte Sie, Herr Heveling, stellvertretend fragen: Vor wem haben Sie eigentlich Angst?

(Sören Pellmann [DIE LINKE]: Vor seinem Fraktionsvorsitzenden!)

Haben Sie vor den 85 000 Menschen Angst, die am 26. Mai 2019 schon wieder, wenn wir am Montag keinen Erfolg haben, vom Wahlrecht ausgeschlossen werden? Immer wieder argumentieren Sie, die bürokratischen Hürden seien so hoch. Jens Bееck hat es vorhin gesagt: Es gibt Bundesländer, die am 26. Mai 2019 Kommu-

**Corinna Rütter**

- (A) nalwahlen haben und eine entsprechende Änderung des Wahlrechts auf den Weg gebracht haben.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP und der Abg. Ulla Schmidt [Aachen] [SPD])

Und wir hier im Deutschen Bundestag schaffen das nicht? Sie müssen doch sehen, wie peinlich das ist. – Ulla Schmidt, danke, dass Sie klatschen. Das ist hier eine peinliche Veranstaltung.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Corinna Rütter. – Nächster Redner für die CDU/CSU-Fraktion: Wilfried Oellers.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Wilfried Oellers (CDU/CSU):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Nach all der Kritik darf ich ein Wort der Freude darüber verlieren, dass wir dieses Gesetz jetzt auf den Weg bringen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Was ist mit dem 26. Mai?)

- (B) Das ist sicherlich keine einfache Geburt gewesen; das gebe ich gerne zu. Ich hätte mir das auch anders gewünscht. Aber für die 80 000 Menschen, die bisher von den Wahlen ausgeschlossen waren, von Bundestagswahlen und Europawahlen,

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Die sind auch am 26. Mai wieder ausgeschlossen, wenn wir am Montag keinen Erfolg erzielen!)

geht nun der hoffnungsvolle Wunsch in Erfüllung, dass das Wahlrecht für sie entsprechend geregelt wird. Das hat zur Folge, dass wir im Bundeswahlgesetz und im Europawahlgesetz die Wahlausschlüsse streichen. Für die Experten: Nummer 2 und Nummer 3 des § 13 des Bundeswahlgesetzes und des § 6a Absatz 1 des Europawahlgesetzes werden gestrichen.

Zum Verfahren. Nachdem wir im Koalitionsvertrag vereinbart hatten, dass wir das inklusive Wahlrecht einführen bzw. die Wahlrechtsausschlüsse aufheben wollen, hat das Bundesverfassungsgericht Anfang des Jahres, und zwar am 21. Februar 2019, eine Entscheidung getroffen, in der die Wahlrechtsausschlüsse für verfassungswidrig, aber auch für nichtig erklärt worden sind.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Herr Oellers, das wissen wir alles! Vielleicht erklären Sie mal, warum die Leute jetzt nicht wählen dürfen!)

– Frau Haßelmann, vielleicht hören Sie einmal zu. – Darüber hinaus hat das Bundesverfassungsgericht – das ist

vielleicht auch für Sie, Frau Haßelmann, interessant zu wissen, (C)

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ja, ich habe es gelesen!)

falls Sie es nicht gelesen haben –

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ich habe es gelesen!)

eindeutig auf die Notwendigkeit der Einsichtsfähigkeit und der Entscheidungsfähigkeit der Menschen abgestellt und festgestellt, dass die Integrität der Wahl und damit auch die selbstbestimmte Wahl eines jeden gewährleistet sein muss, um somit die demokratische Wahl vor Missbrauch zu schützen. Das sind Dinge, die das Bundesverfassungsgericht gesagt hat. Wenn hier heute oft gefragt wird: „Wovor haben wir denn eigentlich Angst?“ oder: „Warum spricht man hier von Missbrauch?“, sage ich: Das sind Dinge, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung erwähnt hat, die wir als Gesetzgeber zu berücksichtigen haben.

(Dr. Mathias Middelberg [CDU/CSU]: Sehr richtig! So ist das!)

Wenn Sie fragen: „Warum dauert das so lange? Hat man Angst vor irgendetwas?“, dann sage ich: Nein, erstens haben wir keine Angst vor irgendetwas. Zweitens hat es gedauert, weil wir uns als sorgfältiger Gesetzgeber mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts auseinandergesetzt haben. (D)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Und warum hat das jeder Landtag geschafft?)

Deswegen streichen wir nicht nur die Wahlrechtsausschlüsse, sondern konkretisieren auch die Regelungen zur Assistenz sowohl im Bundeswahlgesetz und der Bundeswahlordnung als auch im Strafgesetzbuch. Diese Konkretisierung ist der gesetzgeberische Versuch, für Rechtssicherheit zu sorgen.

Das Gesetz wird laut Entwurf zum 1. Juli 2019 in Kraft treten. Ich bedauere auch sehr, dass wir das nicht bis zur Europawahl geschafft haben.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie haben es doch in der Hand!)

Aber aufgrund der Vorbereitungen zur Wahl – das wurde uns von den Ministerien bestätigt – ist mit Blick auf die Rechtssicherheit der Europawahl – wir reden jetzt nicht nur über eine nationale Wahl, sondern über eine Europawahl, an der auch andere Länder beteiligt sind – Sorgfalt geboten. Da die Richtigkeit der Wahlverzeichnisse nicht gewährleistet werden kann, wurde der 1. Juli gewählt.

Mir ist sehr wohl bewusst, dass das Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht läuft und die mündliche Verhandlung für Montag terminiert ist. Wir werden sehen, wie dort entschieden wird. Wir halten es aber für gebo-



**Wilfried Oellers**

- (A) ten, an dieser Stelle Rechtssicherheit zu wahren, damit die Wahl nicht gefährdet ist.

Danke schön.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Dafür nehmen Sie die Grundrechtsverletzung in Kauf!)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Wilfried Oellers. – Nächster Redner: Dr. Matthias Bartke für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Matthias Bartke (SPD):**

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Sehr geehrter Herr Dusel! Die Auseinandersetzung um das Wahlrecht für Menschen unter Vollbetreuung hat mehr als zehn Jahre gedauert. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird sie endgültig beendet.

(Corinna Rüffer [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Oh Mann!)

Daher gilt: Heute ist ein großartiger Tag für Menschen mit Behinderung.

(Beifall bei der SPD – Jens Beeck [FDP]: Herr Bartke, das glauben Sie ja selber nicht! – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Jetzt wird es aber ganz peinlich!)

- (B) Meine Damen und Herren, in den letzten Jahrzehnten waren wir Zeugen eines wirklich wunderbaren Bewusstseinswandels in der Behindertenpolitik. Dieser Bewusstseinswandel hat langsam, aber sehr stetig stattgefunden. 1994 änderten wir das Grundgesetz und führten das Benachteiligungsverbot von Menschen mit Behinderung in Artikel 3 ein. 2001 haben wir mit der Einführung des SGB IX den Grundsatz der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung in unsere Rechtsordnung eingefügt.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Vor zehn Jahren, in 2009, hat der damalige Bundessozialminister, Olaf Scholz, die UN-Behindertenrechtskonvention für Deutschland unterzeichnet und damit die Tür zur Inklusion aufgestoßen.

(Beifall bei der SPD)

2016 haben wir das Bundesteilhabegesetz verabschiedet, das einen Systemwechsel begründete und ein eigenes Leistungsrecht für Menschen mit Behinderung in einem neuen Teil 2 des SGB IX verankerte.

Und heute, meine Damen und Herren, gehen wir den vorerst letzten Schritt:

(Sören Pellmann [DIE LINKE]: Da ist schon noch ein bisschen mehr zu tun!)

Wir schaffen die Wahlrechtsausschlüsse für Menschen unter Vollbetreuung ab. Damit erfüllen wir eine Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention, die der UN-Fachausschuss bereits mehrfach angemahnt hat. Es

geht dabei um weit mehr als nur um das Wahlrecht von etwa 85 000 Menschen unter Vollbetreuung. Es geht um die ganz grundsätzliche Frage: Kann und darf der Staat Menschen aufgrund ihrer Behinderung die intellektuelle Fähigkeit zu einer Wahlentscheidung absprechen? Hier lautet die ganz klare Antwort: Nein, das kann er nicht, und das darf er nicht.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der LINKEN – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Aber einmal machen wir es noch!)

Im Gegenteil: Menschen mit Behinderung haben häufig klarere Vorstellungen über politisch falsch und richtig als Menschen ohne Behinderung.

Gleichzeitig muss man aber natürlich konzedieren, dass es Menschen gibt, die ohne Hilfe nicht von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen können. Deswegen war es zwingend erforderlich, dass wir auch neue Regelungen für die Wahlassistenz einführen.

(Beifall der Abg. Ulla Schmidt [Aachen] [SPD])

Die Wahlassistenz ist daher ein ganz zentraler Bestandteil unseres Gesetzentwurfs. Und das, liebe Kolleginnen und Kollegen von der Opposition, schüttelt man nicht einfach mal so aus dem Ärmel.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Nein, ist klar!)

Es muss klar werden, wo die Wahlassistenz endet und wo die Einflussnahme beginnt. Wahlassistenz ist zulässig und erwünscht, Einflussnahme ist unzulässig und strafbar.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Wilfried Oellers [CDU/CSU])

Liebe Kolleginnen und Kollegen, noch eines möchte ich hier ausdrücklich klarstellen: Auch wir hätten uns natürlich gewünscht, dass dieses Gesetz rechtzeitig zur Europawahl in Kraft tritt.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Nein! Das schüttelt man nicht so aus dem Ärmel!)

Aber seit Veröffentlichung des Bundesverfassungsgerichtsbeschlusses sind nur sechs Wochen vergangen, und wir haben einen Gesetzentwurf vorgelegt. Wenn man Gesetzentwürfe sorgsam fertigt, dann geht das nicht schneller.

(Jens Beeck [FDP]: Fünf Bundesländer haben es geschafft!)

Wir glauben auch, dass man sechs Wochen vor der Wahl nicht mehr am Wahlrecht drehen sollte, und schon gar nicht, wenn die Kandidatenaufstellungen bereits erfolgt sind.

**Dr. Matthias Bartke**

- (A) Es gibt eine Fraktion hier im Hause, die den Leitsatz hat: Lieber nicht regieren als schlecht regieren.

(Beifall bei der FDP – Stephan Thomae [FDP]: Bravo!)

Wir dagegen sagen: Lieber ein guter Gesetzentwurf, der etwas länger dauert, als ein schlechter Gesetzentwurf, der als Schnellschuss daherkommt.

(Beifall bei der SPD)

Insbesondere vor diesem Hintergrund habe ich mir den Gesetzentwurf der FDP angeguckt. Im Übrigen wurden die Wahlrechtsausschlüsse damals, wie mir Ulla Schmidt gerade berichtet hat, unter Justizminister Engelhard, FDP, eingeführt. Sie wollen einfach die Wahlausschlüsse streichen, sonst nichts, das war's – keine Folgeänderung, keine Wahlassistenz, keine Auseinandersetzung mit den Grenzen der Hilfestellung. Oh Mann! Wenn das gutes Regieren ist, dann ist uns ja wirklich einiges erspart geblieben.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich zum Schluss deutlich sagen: Der vorliegende Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen ist ein Meilenstein in der Behindertenpolitik. Er ist für alle Menschen mit Behinderung in unserem Land ein großer Grund zur Freude.

Ich danke Ihnen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

(B)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Dr. Bartke. – Letzter Redner in dieser Debatte: Michael Frieser für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Michael Frieser (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Meine sehr verehrten Kollegen! Wir sind in der Abteilung „Altius, citius, fortius“, in der es immer darum geht, sich selbst zu überbieten, nach dem Motto: Wir sind die Ersten, wir sind ganz vorne dabei.

Diese Koalition hat, noch bevor das Bundesverfassungsgericht entschieden hat, sich mit der Frage der Wahlrechtsausschlüsse beschäftigt und das Thema in den Koalitionsvertrag aufgenommen. Entschuldigung, aber gespielte Entrüstung bringt uns in dieser Frage keinen Schritt weiter,

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

sondern ausschließlich eine gute gesetzliche Grundlage, um mal etwas ernster zu werden.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Der Staatsmann!)

Es ist keine Petitesse, wenn man sich infolge des Bundesverfassungsgerichts mit der Frage beschäftigt, wie die Umsetzung eines Menschenrechtes auch handwerklich funktionieren soll. Nein, es ist keine Petitesse, wenn wir

über Assistenzleistungen reden. Herr Beeck, das unbelegte Ausüben eines Willens, der gar nicht geäußert wurde, kann nur über das StGB geregelt werden. Das hat mit einem Misstrauen gegenüber dem Betreuer gar nichts zu tun. Im Gegenteil, gegen die Betreuer, die ernsthaft die Interessen ihrer Schützlinge, ihrer zu Pflegenden, ihrer Betreuten wahrnehmen, gibt es null Misstrauen. (C)

Entscheidend ist, dass dort, wo eine Lücke auftaucht, diese gefüllt werden muss. Das geht eben nicht, indem man mit dem Rasenmäher über die einschränkenden Gesetzesformulierungen geht, sondern das funktioniert nur, wenn Sie die Dinge aufeinander abstimmen und die Trennschärfe, die das Bundesverfassungsgericht von uns verlangt, am Ende des Tages auch belegen. Deshalb ist dieser Gesetzentwurf so sinnvoll.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Ich glaube, dass man sich jetzt nicht dazu verleiten lassen sollte, zu sagen: Was habt ihr da wieder verbochen? Ja, die Umsetzung dauert seine Zeit. Natürlich wird sich das Bundesverfassungsgericht in der nächsten Woche mit dieser Frage beschäftigen. Dafür ist es da. Das ist in unserem Interesse, und das kann selbstverständlich auch im Interesse der hiesigen Opposition sein. Ich hoffe nur, dass sich dieses Mittel auf Dauer nicht abgreift;

(Sören Pellmann [DIE LINKE]: Wenn Sie bessere Gesetze machen, brauchen wir das nicht!)

denn wir wollen keinen Ersatzgesetzgeber durch das Bundesverfassungsgericht. (D)

Wir bleiben bei dem, was wir im Koalitionsvertrag vereinbart haben. Ich glaube, dass diese Koalition nicht nur hinsichtlich der Umsetzung der Menschenrechtskonvention, sondern auch mit Blick auf die Frage, wie Menschen an Wahlen teilnehmen können, die dies bisher nicht konnten, einen durchaus belastbaren, validen Weg gefunden hat. Am Ende kommt es darauf an, dass wir als Gemeinschaft diese Menschen inkludieren und Regeln haben, wie die Assistenz für diejenigen, die aus einer betreuten bzw. geschlossenen Einrichtung kommen, beim Wahlrecht funktioniert.

Ich muss ehrlich sagen: Dank gilt denen, die sich Wochen und Monate mit diesem Thema beschäftigt haben. Das sollten wir an dieser Stelle am heutigen Tage nicht kleinreden.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Michael Frieser. – Damit schließe ich die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 19/9228 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. – Es gibt dazu keine anderweitigen Vorschläge. Dann ist die Überweisung so beschlossen.

Vizepräsidentin Claudia Roth

(A) Jetzt rufe ich den Tagesordnungspunkt 13 auf:

Erste Beratung des von den Abgeordneten Stephan Brandner, Andreas Bleck, Corinna Miazga, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre**

**Drucksache 19/9250**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Inneres und Heimat (f)  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)  
**Federführung strittig**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Dazu höre ich keinen Widerspruch.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat als erster Redner für die AfD-Fraktion Stephan Brandner.

(Beifall bei der AfD)

**Stephan Brandner (AfD):**

Meine Damen und Herren! Ein Thema bewegt Deutschland und diesen Bundestag heute Abend, das Thema „Parlamentarische Staatssekretäre“. Das steht auch an der Tafel geschrieben. Da steht allerdings nicht, was wir mit dem Amt machen wollen. Wir als AfD wollen es abschaffen, und zwar ersatzlos. Ich erkläre Ihnen auch gern, warum.

(B) Wir wollen es abschaffen, weil wir mehr Demokratie wagen wollen.

(Zuruf von der CDU/CSU: Weil Sie in die Zeitung wollen!)

Sie kennen dieses Zitat von Willy Brandt, wobei man sagen muss, dass ausgerechnet bei den Parlamentarischen Staatssekretären der Genosse Brandt keine sonderlich rühmliche Rolle spielte; denn er führte das Amt eigentlich mit ein.

(Dr. Volker Ullrich [CDU/CSU]: Der Deutsche Bundestag hat das beschlossen!)

Gleichwohl wollen wir mehr Demokratie wagen. Wir knüpfen da an und wollen dieses verfassungsmäßig fragwürdige Amt abschaffen.

Bevor Sie von den Altparteien in der Weltgeschichte herumreisen und unsere Demokratie immer wieder als die allerbeste preisen, kehren Sie besser vor der eigenen Tür, und beseitigen Sie mit uns diesen verfassungswidrigen Zustand.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD – Philipp Amthor [CDU/CSU]: Was? Hört! Hört!)

Um vor der eigenen Tür kehren zu können, liefern wir Ihnen mit unserem Gesetzentwurf den Besen, meine Damen und Herren.

(Zuruf von der CDU/CSU: Da müssen Sie selber lachen!)

Parlamentarische Staatssekretäre sind politische Zwitter – einige dieser Exemplare sitzen rechts von mir auf der

Regierungsbank –; denn sie sind zugleich Abgeordnete. (C) Parlamentarische Staatssekretäre sollen also Abgeordnete sein. Gleichwohl wurde da eine Ausnahme geschaffen. Parlamentarische Staatssekretäre im Bundeskanzleramt sind keine Abgeordneten. Da wurde der Ämterpatronage also noch mehr Tür und Tor geöffnet.

Jedenfalls sitzen hier auf der Regierungsbank die Parlamentarischen Staatssekretäre, die eigentlich dazu berufen wären, als Abgeordnete die Regierung zu kontrollieren. Das tun sie aber nicht. Sie sind Teil der Regierung und stellen in ihren Fraktionen, den Regierungsfraktionen, etwa 10 Prozent der Abgeordneten.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Sie sind nicht Teil der Regierung!)

Dadurch üben sie natürlich massiven Einfluss darauf aus, was in ihren Fraktionen geschieht. Sie sind also fremdgesteuert von der Regierung, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD – Mahmut Özdemir [Duisburg] [SPD]: Mit „fremdgesteuert“ kennen Sie sich aus!)

Eine verfassungsrechtliche Grundlage für diese Parlamentarischen Staatssekretäre gab es bisher nicht. Es geht also darum, ein Relikt aus den späten 60er-Jahren abzuschaffen. Die Gewaltenschränkung, die Sie, Herr Amthor, oder wer auch immer, gleich wieder erwähnen werden, spielt hier auch keine Rolle; denn die Gewaltenschränkung verlangt nicht, dass Regierungs- und Abgeordnetenamt zusammenfallen.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Sie lässt es aber zu!) (D)

Im Gegenteil, im Sinne unseres Grundgesetzes ist eine klare Gewaltenteilung, und deshalb unser Antrag.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Stimmt doch gar nicht! Unsinn!)

Das Amt der Parlamentarischen Staatssekretäre ist längst dazu verkommen, Partei- und Personalpolitik zu verknüpfen und besonders willfähige, devote und verdiente Parteigenossen und -genossinnen mit lukrativen Posten auszustatten.

(Beifall bei der AfD)

Sie erinnern sich: Ein gescheiterter Merkel-Generalsekretär war schwups, innerhalb weniger Tage Parlamentarischer Staatssekretär im Verteidigungsministerium, und ein besonderes Vertrauensverhältnis eines Staatsministers, also Parlamentarischen Staatssekretärs im Außenministerium, zum heimlichen SPD-Vorsitzenden Scholz reichte aus, um sich ein solches Amt zu verschaffen. Wenn man sich einmal umschaute – die Dame ist heute nicht da –, kann es auch hilfreich sein, mit einem ehemaligen SPD-Vorsitzenden verheiratet zu sein, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der AfD – Marianne Schieder [SPD]: Das ist eine Unverschämtheit!)

Der Bund der Steuerzahler spricht von einem Instrument der Ämterpatronage und Pfründenwirtschaft, und weil es versäumt wurde, die Anzahl der Parlamentari-

**Stephan Brandner**

- (A) schen Staatssekretäre zu begrenzen, gibt es davon inzwischen 35. Insgesamt waren es rund 270 Parlamentarische Staatssekretäre. Das ist rekordverdächtig.

Rekordverdächtig ist auch, was mit dieser Selbstbedienung der Altparteien an Kosten für das Personal einhergeht. So erhalten Parlamentarische Staatssekretäre unter Berücksichtigung der Diäten, die ja auch fließen, ungefähr 20 000 Euro im Monat. Samt Entourage, Fahrer, Mitarbeitern, Büros und allem Möglichen entstehen dem Steuerzahler so Kosten in Höhe von ungefähr 19 Millionen Euro im Jahr. Diese 19 Millionen Euro buttern Sie in ein Amt, das hinter allen Erwartungen zurückgeblieben ist. Die beabsichtigte Entlastung der Minister ist purer Hohn geblieben. Minister sind nicht da, Parlamentarische Staatssekretäre sind auch nicht da; wahrscheinlich gibt es demnächst Parlamentarische Staatssekretärsgehilfen, damit die Parlamentarischen Staatssekretäre entlastet werden. Also, eine Entlastung sehen wir da nicht.

(Beifall bei der AfD)

Wenn Minister entlastet werden sollen, dann sollen Minister ihr Abgeordnetenmandat abgeben und sich auf ihre Ministerarbeit beschränken. Das wäre ein richtiger Ansatz.

In der Hierarchie des Ministeriums haben sie auch nichts zu melden. Die *FAZ* schrieb gestern: Staatssekretäre unterschreiben immer in Lila. Das sei die Abkürzung für „liegen lassen“. – So scheint der Einfluss der Parlamentarischen Staatssekretäre im Amt zu sein. Selbst Frau Merkel antwortete auf die Frage, was die Staatssekretärin Bär ausrichtet, sie würde bestimmte Aufgaben wahrnehmen.

(B)

Meine Damen und Herren, Rainer Barzel – selig – nannte Parlamentarische Staatssekretäre überflüssig wie einen Kropf. Minister sind sie auch kaum geworden. Von den etwa 270 Parlamentarischen Staatssekretären wurden gerade einmal 10 Prozent Minister. Daran sieht man, dass da nicht unbedingt immer die Besten landen.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Ihre Redezeit ist überschritten.

**Stephan Brandner (AfD):**

Meine Redezeit ist um. Deshalb erinnere ich die Grünen noch mal an ihren gleichlautenden Antrag aus dem Jahre 1994

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: 1993!)

und an die Empfehlung der Unabhängigen Kommission aus der 12. Wahlperiode, diese Ämter abzuschaffen. Meine Damen und Herren, lassen Sie uns mehr Demokratie wagen!

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Ihre Redezeit ist zu Ende.

**Stephan Brandner (AfD):**

Lassen Sie uns dieses fragwürdige Amt abschaffen!

(Marian Wendt [CDU/CSU]: Abtreten!)

Stimmen Sie bitte unserem Antrag zu!

Ich bedanke mich herzlich – auch bei Ihnen, Frau Präsidentin, für die Geduld.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Nächster Redner in der Debatte: Philipp Amthor für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Philipp Amthor (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ja, es ist wieder Donnerstagabend, und wir haben wieder einen neuen Teil der schlechten Schauspielerei „Die AfD versucht sich im Parlamentsrecht“ erlebt. In der Hauptrolle, niveaulos wie immer: Stephan Brandner. Sein Ziel: wieder die angeblich faulen Altparteien. Bewaffnet ist der Held wie immer mit Halbwissen im Verfassungsrecht.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP)

Das wird von Woche zu Woche nicht besser. Über Ihre Schmierkomödie, Herr Brandner, schüttelt selbst mancher Kollege in der AfD schon den Kopf. Das kann ich auch nachvollziehen.

Sie haben uns in Ihrer Rede gesagt, Sie hätten einen Besen dabei, mit dem wir mal reinemachen könnten bei unseren Staatssekretären. Ich würde Ihnen empfehlen: Machen Sie damit doch erst mal den Dreck vor der eigenen Tür weg, ehe Sie uns hier belehren.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Ganz ehrlich: „Steuergeldverschwendung“ sagt die Mettbrötchenfraktion. Mehrere Zehntausend Euro in den ersten Wochen und all diese Dinge – von Ihnen brauchen wir nun wirklich keine Belehrungen.

(Karsten Hilse [AfD]: Der Bundesrechnungshof! Schauen Sie mal in den Bericht des Bundesrechnungshofs! Also, mit diesem Argument zu kommen!)

Vor allem weiß ich: Es ist vergossene Milch, Ihnen jetzt etwas über Verfassungsrecht zu erklären. Diesmal war es besonders niveaulos. Das fängt schon mit den Begriffen an. Sie machen sich ja nicht mal viel Mühe. Sie sagen, die Parlamentarischen Staatssekretäre seien Teil der Bundesregierung. – Wenn Sie wissen wollen, was die Bundesregierung ist, empfehle ich Ihnen: Schauen Sie mal in Artikel 62 des Grundgesetzes. Da steht nur ein Satz:

Die Bundesregierung besteht aus dem Bundeskanzler und den Bundesministern.

(C)

(D)

**Philipp Amthor**

- (A) Also schon bei den Begriffen sollten Sie aufpassen. Vor allem wie Sie den Begriff „Gewaltenteilung“ verwenden, finde ich bemerkenswert. In Ihrem Gesetzentwurf und hier sagen Sie, das mit den Parlamentarischen Staatssekretären sei verfassungswidrig. – Da denke ich ja: Mannomann, wenn der Vorsitzende des Rechtsausschusses, so eine Kapazität hier im Parlament, das sagt, dann müsste man sich mal Gedanken machen.

(Dr. Dirk Spaniel [AfD]: Da müssen Sie Respekt haben! – Stephan Thomae [FDP]: Früher war das so!)

Verfassungswidrig! Da kann ich Ihnen nur sagen: Beschäftigen Sie sich einmal mit dem Gewaltenteilungsgrundsatz des Grundgesetzes; denn der lässt die Rolle der Parlamentarischen Staatssekretäre ausdrücklich zu – das hätten Sie dem Grundgesetz sogar entnehmen können –, und zwar erstens dadurch, dass das Grundgesetz kein Verbot der gleichzeitigen Funktion als Abgeordneter im Parlament und als Unterstützung der Regierung macht. Zweitens gibt es sogar eine Norm – für verfassungsrechtliche Feinschmecker; die könnten Sie sich ja einmal anschauen, Herr Brandner –:

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das hätte etwas mit Arbeit zu tun!)

Artikel 53a Absatz 1 Satz 2, zweiter Halbsatz – das können Sie im Protokoll nachlesen – regelt nämlich, dass es im Gemeinsamen Ausschuss eine partielle Inkompatibilität gibt.

- (B) (Ulrich Lechte [FDP]: Das versteht der gar nicht!)

Das bedeutet, dass die Abgeordneten, die dort gewählt sind, nicht gleichzeitig Mitglied der Bundesregierung sein können.

(Stephan Brandner [AfD]: Tolle Rede! Herr Amthor, lernen Sie erst mal zu Ende!)

Daraus folgt im Umkehrschluss logischerweise, dass es ansonsten zulässig ist, dass Abgeordnete auch Parlamentarische Staatssekretäre sein können.

(Martin Hebner [AfD]: Geldverschleuderung!)

Schauen Sie also einfach mal in die Verfassung! Das würde Ihnen echt helfen.

Ich will nur noch eines sagen: Es ist wirklich lästig. Die Plenarsitzungen sind nicht dafür da, dass Sie Debatten aufsetzen, um von uns Gratisnachhilfe im Verfassungsrecht zu bekommen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der FDP)

Wenn Sie mit Inkompatibilitäten anfangen und sagen: „Es kann doch wohl nicht wahr sein, dass die Parlamentarischen Staatssekretäre gleichzeitig Abgeordnete sind“, dann kann ich sagen: Die AfD kommt noch auf viel bessere Ideen. Wenn wir an den Anfang der Legislaturperiode gucken, dann stellt man nämlich fest: Bei Ihnen kann man Bundestagsabgeordneter und gleichzei-

tig Landtagsabgeordneter sein. So wie die Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern (C)

(Beifall bei der CDU/CSU und der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN und der Abg. Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

gleichzeitig Abgeordnete im Landtag und im Europaparlament sind. Bei Ihnen geht das alles.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Herr Amthor, die haben bestimmt eine große Präsenz!)

Deswegen: Es ist hochnotpeinlich, was Sie hier gezeigt haben. Wir sind froh, dass wir gute Parlamentarische Staatssekretäre haben. Ich danke dem Parlamentarischen Staatssekretär im Innenministerium, Günter Krings, ausdrücklich. Er kennt die Verfassung nämlich besser als Sie; das ist auch gut so. Ihr Auftritt heute war peinlich.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der FDP)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank. – Nächste Rednerin: Linda Teuteberg für die FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Linda Teuteberg (FDP):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Frei nach Goethe: Man merkt die Absicht und ist verstimmt, weil man heraushört: Es geht nicht darum, unsere Demokratie zu verbessern, sondern darum, sie schlechtzumachen. Als Demokraten sollten wir allerdings nicht den Fehler machen, Probleme, nur weil sie von den Falschen angesprochen werden, zu ignorieren. (D)

Zweifellos hat das Amt des Parlamentarischen Staatssekretärs eine Funktion; denn auch wenn wir von Exekutive und Legislative und parlamentarischer Kontrolle der Regierungsarbeit sprechen, ist die gelebte Verfassungswirklichkeit zum Teil eine andere. Es gibt die Gewaltenschränkung; sie wurde hier schon angesprochen. Auch Dolf Sternberger hat schon 1960 von einer Form der parlamentarischen Regierung in Deutschland geschrieben, und zwar nicht nur weil fast jede Ministerin, fast jeder Minister ein Bundestagsmandat hat, sondern auch weil die Bundesregierung in Deutschland auch in der Gesetzgebung, der eigentlichen Domäne des Parlaments, eine gewichtige Rolle spielt. Fast alle Gesetzentwürfe, die in diesem Haus schließlich eine Mehrheit finden, und selbst viele Änderungsanträge aus manchen Regierungsfraktionen kommen aus der Feder von Ministerialbürokraten. Das allerdings müssen wir so nicht hinnehmen, sondern daran sollten wir etwas verbessern.

Gerade hier könnten und sollten auch Parlamentarische Staatssekretäre eine wichtige Rolle in einer Zeit spielen, in der nicht nur die Welt, sondern auch die Regierungsarbeit immer komplexer wird, damit die Vorschläge der Regierung dem Willen des Parlamentes bes-

**Linda Teuteberg**

- (A) ser entsprechen. Wenn wir ehrlich sind, werden wir in der Praxis diesem Anspruch nicht gerecht und bleiben hinter diesen Möglichkeiten zurück.

Mit der Position des Parlamentarischen Staatssekretärs werden zumeist einflussreiche Abgeordnete in eine erweiterte Kabinettdisziplin eingebunden.

(Karsten Hilse [AfD]: Das hat er ja gesagt!)

Tatsache ist leider – das hat mein Kollege Stefan Ruppert letztes Jahr schon sehr gut analysiert –, dass Parlamentarische Staatssekretäre in der Praxis ja viel zu wenig als Parlamentarier in die Regierung hineinwirken, und zwar allein deshalb, weil ihnen dazu die Machtmittel fehlen;

(Beifall bei der FDP)

denn die eigentliche Verantwortung liegt hinter dem Minister bei den beamteten Staatssekretären, die den Apparat führen und den Minister als Leiter der obersten Bundesbehörde vertreten. Ich finde daher, dass wir durchaus kritisch über die Rolle und die Zahl der Parlamentarischen Staatssekretäre in der Bundesregierung sprechen müssen –

(Beifall des Abg. Martin Hebner [AfD])

allerdings nicht der Kosten, sondern der Demokratie wegen.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP und des Abg. Martin Hebner [AfD] – Karsten Hilse [AfD]: Natürlich!)

- (B) Wer wichtige Debatten- und Kontrollfunktionen allein der Opposition überlassen will – so gern und so ernst wir sie wahrnehmen –, der verkennt das Wesen der Gewaltenteilung. Wir sollten allerdings das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und deshalb diese Funktion völlig abschaffen, sondern darüber sprechen, wie wir die Parlamentarischen Staatssekretäre in ihrer wohlverstandenen Rolle und Aufgabe stärken können, etwa durch Änderungen der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien, damit sie den Willen und die Vorstellung des Parlamentes besser in exekutives Handeln umsetzen. Das könnte ein echter Beitrag zur Stärkung parlamentarischer Kontrolle und zur Stärkung einer Verfassungswirklichkeit sein, die dem Stellenwert des Parlamentes entspricht.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen herzlichen Dank, Linda Teuteberg. – Nächster Redner für die SPD-Fraktion: Mahmut Özdemir.

(Beifall bei der SPD)

**Mahmut Özdemir (Duisburg) (SPD):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben mal wieder ein Schmierentheater erlebt.

(Stephan Brandner [AfD]: Haben Sie Ihr zweites Examen inzwischen gemacht, Herr Özdemir?)

- Zu einem so schwachen Gesetzentwurf Stellung zu nehmen, ist auch schwierig, weil er eben keinen Gehalt hat. Sie erheben hastig zusammengestrickt wieder die Forderung, etwas abzuschaffen. (C)

(Stephan Brandner [AfD]: Wann machen Sie Ihr zweites Examen?)

Schnell durch das Argument „Die verdienen doch so viel“ angereichert, haben Sie heute das Amt des Parlamentarischen Staatssekretärs im Visier. Sie reihen Halbwahrheiten aneinander, die Sie ohne Scham der Öffentlichkeit andienen, und hoffen, dass sich so, in den Köpfen schwelend, ein bestimmter Eindruck bei den Menschen verfestigt. Das lassen wir Ihnen nicht durchgehen.

Parlamentarische Staatssekretäre dienen dem Interesse des Deutschen Bundestages und dem Interesse der Wählerinnen und Wähler. Sie tragen diese Interessen in die Regierung hinein und bereichern aufgrund der Einarbeitung in die Tiefe eines Sachverhaltes die Debatte auch hier in unserem Hause.

Der Gesetzentwurf ist schwach; denn er übt Kritik an Ämtern in unserem parlamentarischen System und führt zur Begründung lediglich an, dass Parlamentarische Staatssekretäre hohe Kosten verursachen,

(Karsten Hilse [AfD]: Das stimmt doch gar nicht! – Stephan Brandner [AfD]: Da haben Sie nicht zugehört!)

- die Gewaltenteilung beeinträchtigen würden und die mit ihrer Einsetzung historisch erhobenen Erwartungen nicht erfüllt hätten. Das ist alles falsch und aus meiner Sicht eine äußerst dürftige Begründung. (D)

(Karsten Hilse [AfD]: Hören Sie das nächste Mal richtig zu!)

die, wie ich nachfolgend auch zeigen werde, auch jeglicher Grundlage entbehrt. Sie stellt eine Respektlosigkeit

(Karsten Hilse [AfD]: Gegenüber den zukünftigen Parlamentarischen Staatssekretären! Ganz genau!)

gegenüber den Staatssekretärinnen und Staatssekretären im Amt und außerhalb des Amtes dar, weil sie die geleistete Arbeit verkennt und den betriebenen Aufwand gering schätzt. 80 Prozent der 20 000 Anfragen, die aus dem Kreise des Deutschen Bundestages gestellt wurden, sind von Parlamentarischen Staatssekretären bearbeitet und beantwortet worden.

Der Gesetzentwurf der AfD folgt wieder mal einem hässlichen Muster. Sie instrumentieren eine Debatte hier im Deutschen Bundestag, um ein politisches Amt verächtlich zu machen. Sie stellen ein politisches Amt als sinnlos dar, weil es Geld kostet.

(Stephan Brandner [AfD]: Genau!)

Eine solche Betrachtung vorzunehmen, ist schändlich; denn Demokratie an Geld zu messen, verbietet sich in diesem Hause. So eine Betrachtung passt jedoch wie-

**Mahmut Özdemir (Duisburg)**

- (A) derum zu Ihnen, da Sie und Ihre Fraktion anscheinend mehr ausländischen Geldgebern als dem deutschen Volke dienen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der LINKEN – Stephan Brandner [AfD]: Ach du lieber Gott! – Weiterer Zuruf der AfD: Billig, Herr Kollege!)

Wenn für Teile dieses Hauses nicht mehr gilt: „Alle Gewalt geht vom Volke aus“, dann ist das der wahre Angriff auf unsere Gewaltenteilung hier in diesem Land. Für Sie gilt: Alle Gewalt geht vom Geld aus.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Karsten Hilse [AfD]: Um Gottes willen! – Stephan Brandner [AfD]: Alle Macht der Antifa! – Weiterer Zuruf der AfD: Alle Gewalt geht von Ungarn aus!)

– Frau Präsidentin, ich habe ein Summen auf dem rechten Ohr.

(Karsten Hilse [AfD]: Was haben Sie?)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Ja, dann müssen Sie einfach lauter reden.

**Mahmut Özdemir (Duisburg) (SPD):**

- (B) Jede Wählerin und jeder Wähler draußen muss wissen, wenn sie oder er Ihnen eine Stimme anvertrauen will, dass es eingedenk dieser Tatsache ein Leichtes ist, von hier aus zu zeigen, warum Sie das Gesetz über die Rechtsverhältnisse von Parlamentarischen Staatssekretären abschaffen wollen. Sie wollen die demokratische Kontrolle in diesem Land, die durch dieses Amt ausgeübt wird, schwächen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Zuruf von der AfD: Blödsinn!)

Parlamentarier im Amt des Staatssekretärs – auf höchster Ebene im Ministerium – sind über Vorgänge innerhalb dieser Bundesregierung informiert. Sie üben ihre Kontrollfunktion innerhalb ihres Hauses frühestmöglich aus und sorgen ebenso frühestmöglich für die verwaltungstechnische Umsetzung und die Umsetzung des gesetzgeberischen Willens. Das Amt setzt aus meiner Sicht die urdemokratische Kontrolle von Gewalten fort. Die Gewaltenteilung ist nicht Selbstzweck. Sie dient einer Kontrolle der Machtausübung. Wo und wie diese Kontrolle von Macht in unserem demokratischen System stattfindet, ist eine Frage der besten Wirkung.

Die Ansammlung von Macht in Ämtern ist per se auch nicht verwerflich, wenn sie gleichsam von Kontrolle begleitet wird. So halte ich zum Beispiel Rechtsverordnungen durch die Bundesregierung für zielführend und unbedenklich, weil ich jederzeit einen Teil des Gesetzgebers im Haus zugegen weiß.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Herr Kollege, erlauben Sie eine Zwischenfrage?

**Mahmut Özdemir (Duisburg) (SPD):**

(C)

Nein. – In diesem Lichte ist der Parlamentarier in einem Ministerium, der zum Staatssekretär berufen wird, zusätzlich zu seiner ohnehin vorhandenen parlamentarischen Kontrollpflicht auch noch zu einer zusätzlichen Kontrolle und einer zusätzlichen Mittlerrolle bestellt. Das ist daher eine zusätzliche Bürde des Amtes, die für einen Parlamentarier entsteht, der eben auch allen Rechten und Pflichten eines Wahlkreisabgeordneten bzw. eines Abgeordneten, den die Wählerinnen und Wähler über die Landesliste gewählt haben, unterliegt. Daher rechtfertigen sich auch Amtsausstattung und der entsprechende Verdienst von Parlamentariern im Regierungsamt.

Dieser Gesetzentwurf ist verfassungsrechtlich mindestens schwach, eher sogar unbegründet.

Auch Ihr unterschwelliger Vorwurf, dass es sich hier um eine Art Staatssekretärsamt der Raffgier handelt, weil Abgeordnetendiät und Besoldung eines Staatssekretärsamtes auf ein und demselben Gehaltskonto vereinigt werden, geht fehl. Sie versuchen auch, die Menschen draußen im Land hinters Licht zu führen, und unterschlagen dabei völlig die speziellen abgeordnetenrechtlichen Regelungen. Die Absicht hinter diesem Vorgehen ist mir persönlich sehr klar: Sie versuchen, Ihre eigene Daseinsberechtigung abzusichern.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Abschließend zur Wahrheit: Lesen Sie § 29 Abgeordnetengesetz! Dort ist niedergeschrieben: Wenn Abgeordnetenentschädigung und das Einkommen als Staatssekretär zusammentreffen, dann wird die Abgeordnetenentschädigung um die Hälfte gekürzt. Die dort eingezogene Höchstgrenze kommt im Übrigen rechnerisch – persönliche Lebensverhältnisse berücksichtigend – auf den gleichen Betrag.

(D)

Für die übrigen von Ihnen genannten Vorteile wird natürlich zwischen den Tätigkeiten im Amt des Staatssekretärs und der ureigenen Wahrnehmung des Abgeordnetenmandates differenziert. Dies wird dann entweder separat berechnet, oder die Kostenpauschale des Abgeordneten wird pauschal um ein Viertel gekürzt. – Ich bin gerne bereit, Ihnen eine weitere Präzisierung und Belehrung außerhalb meiner Redezeit als Nachhilfe zu gewähren.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU – Stephan Brandner [AfD]: Komm doch rüber!)

Die von Ihnen vorgenommene Zusammenrechnung der Kosten der Demokratie hinkt damit erheblich, da Sie ohne Befassung mit der Gesetzesgrundlage einfach ge-griffen etwas behaupten und nicht begründen und unter dem Strich nicht einmal die Anforderung an eine hohle Phrase erfüllen.

(Karsten Hilse [AfD]: Ihre Rede gerade!)

Aber auch hier gilt: Wer hat schon die Zeit, Zahlen zu prüfen und genau zu arbeiten, wenn er doch so leicht Vorwürfe erheben kann, Neid schüren kann und die Demokratie einer rein geldwerten Betrachtung unterwerfen kann?

**Mahmut Özdemir (Duisburg)**

(A) Unter keinem politischen oder verfassungsrechtlichen Aspekt kommt daher die Abschaffung des Amtes des Parlamentarischen Staatssekretärs für meine Fraktion in Betracht. Sie haben mit Ihrem Gesetzentwurf einen Willen formuliert – das sehe ich –, aber dem Willen fehlt jeglicher Verstand, und das wiederum ist nichts Neues für die AfD.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU – Zuruf von der AfD: Genießen Sie die Zeit Ihrer Staatssekretäre! Sie ist bald vorbei!)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Mahmut Özdemir. – Nächster Redner für die Fraktion Die Linke: Friedrich Straetmanns.

(Beifall bei der LINKEN)

**Friedrich Straetmanns (DIE LINKE):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Wie immer großspurig und als Highlight in Sachen Demokratisierung angekündigt, entpuppt sich der Antrag der AfD – auch wie immer erst nach einem langen Gärprozess vorgelegt – als schale Brühe. Gereift ist Ihr Vorschlag während dieses Prozesses allerdings nicht.

(B) Sie picken sich wieder mal ein einzelnes Thema heraus und betrachten es durch Ihre rechtspopulistische Brille.

(Stephan Brandner [AfD]: Machen Sie ja nie!)

Sie schieben die Position des Parlamentes und die Gewaltenteilung als Gründe vor, entlarven sich aber später dann doch selbst mit Ihrem autoritären Weltbild.

Letzte Woche erzählten Sie uns hier noch, wie machtvorsessen der durchschnittliche Parlamentarier ist und warum die Bevölkerung dringend mit mehr gesetzgebenden Kompetenzen ausgestattet werden muss. Heute stellen Sie sich hin, und spielen Sie sich als Retter des Parlaments gegenüber der Exekutive auf.

(Stephan Brandner [AfD]: Ja, sind wir auch! Ohne Zweifel!)

Später sagen Sie aber ganz deutlich, dass Sie eigentlich niemanden wollen, der den Ministerinnen und Ministern reinredet.

(Stephan Brandner [AfD]: Was?)

Sie wollen ein autoritäres Von-oben-herab-Regieren statt Diskussion und Interessenausgleich.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Ich will gar nicht in Abrede stellen, dass die Abschaffung der Parlamentarischen Staatssekretäre eine sinnvolle Sache wäre, doch brauchen wir dafür ein tragfähiges

Konzept, in das eine solche Abschaffung eingebettet ist. Das ist die Position meiner Fraktion. (C)

(Beifall bei der LINKEN – Stephan Brandner [AfD]: Europäische Lösung!)

Die Aufgaben, die momentan von Parlamentarischen Staatssekretärinnen und -sekretären erledigt werden, lösen sich ja nicht plötzlich in Luft auf. Sie stellen wieder mal eine populäre Forderung in den Raum, machen sich aber nicht an die Arbeit, eine Lösung auszuarbeiten.

(Stephan Brandner [AfD]: Doch! – Karsten Hilse [AfD]: Brauchen wir doch gar nicht!)

Seriöse Arbeit ist das nicht.

(Beifall bei der LINKEN)

In Ihrem Antrag behaupten Sie, meine Damen und Herren von der AfD, dass die Parlamentarischen Staatssekretärinnen und -sekretäre quasi nur den Zweck haben, in Vertretung ihrer Ministerin oder ihres Ministers in der Fragestunde zu sitzen. Herr Brandner, wer sitzt denn in so gut wie jeder Sitzung des Rechtsausschusses neben Ihnen und steht Rede und Antwort?

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Genau! So ist das! – Stephan Brandner [AfD]: Ganz lange!)

Das ist die Parlamentarische Staatssekretärin und nicht die Ministerin. Sie können ja nicht ernsthaft wollen, dass uns diese Informationen nicht mehr erreichen. (D)

(Karsten Hilse [AfD]: Aber durch den Minister!)

Gut durchdacht sieht anders aus.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Dass Sie das nicht getan haben – oder Sie haben es getan, aber die Überlegungen führten zu einem weniger aufsehenerregenden Ergebnis, das sie deshalb lieber unter den Tisch fallen lassen –, merken wir an den Zahlen, die Sie in den Raum stellen. Dass die Parlamentarischen Staatssekretärinnen und Staatssekretäre Kosten von insgesamt 19 Millionen Euro verursachen, mag stimmen, aber das hilft uns doch überhaupt nicht weiter, wenn wir nicht wissen, wie in Zukunft deren jetzige Aufgaben bearbeitet werden sollen und wer diese Aufgaben übernehmen soll. Wie auch immer die konkrete Verteilung der Arbeit aussieht: Der Einspareffekt wäre deutlich geringer, als Sie uns hier glauben machen wollen.

Ich tue mich außerdem sehr schwer, Ihnen die Sorge um den Geldbeutel des durchschnittlichen Steuerzahlers abzunehmen.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Als Sie versucht haben, durch Goldgeschäfte die eigene Parteienfinanzierung hochzuschrauben, um damit über



**Friedrich Straetmanns**

- (A) die staatliche Parteienfinanzierung Steuergelder abzugreifen, war davon wenig zu spüren.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN – Stephan Brandner [AfD]: Wir haben kein SED-Vermögen! – Gegenruf des Abg. Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Alte Leier!)

Auch wenn Spenden hereinkommen, ist es mit der Transparenz bei Ihnen so gut wie vollkommen vorbei.

(Beifall bei der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Sie stellen hier mal wieder einen Antrag, der nichts besser machen würde, und das soll er ja auch gar nicht. Sie werfen einfach, wie jede Woche, Dreck auf das Parlament, in der Hoffnung, dass irgendwas kleben bleibt.

(Gabriele Hiller-Ohm [SPD]: Genau! – Zuruf von der AfD: Getroffene Hunde bellen!)

Meine Fraktion, Die Linke, will eine Parlamentsreform, die dazu taugt, das Parlament wieder näher an die Bürgerinnen und Bürger zu rücken,

(Stephan Brandner [AfD]: Ja, wo sind sie denn?)

die die Prozesse verständlicher macht und die den Menschen die Möglichkeit an die Hand gibt, darauf zu reagieren. Das Parlament soll schlanker werden, und in diesem Zug sind auch wir dafür, die Position des Parlamentarischen Staatssekretärs abzuschaffen,

- (B) (Beifall bei Abgeordneten der AfD – Stephan Brandner [AfD]: Hört! Hört! – Weitere Zurufe von der AfD: Oh!)

aber nicht als Einzelmaßnahme, nicht planlos und nicht, ohne sich um die Folgen zu scheren. Folglich werden wir Ihren schlecht durchdachten Antrag ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN) – Stephan Brandner [AfD]: Was für ein Spannungsbogen!)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Friedrich Straetmanns.

(Stephan Brandner [AfD]: Das war ein Spannungsbogen!)

Nächste Rednerin für Bündnis 90/Die Grünen: Britta Haßelmann.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Zurufe von der AfD: Oh Gott!)

**Britta Haßelmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Noch eine frauenfeindliche Bemerkung vorher? Oder geht es noch?

(Karsten Hilse [AfD]: Reden Sie einfach!)

- Ja, okay. Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie haben sich ja gerade schon warmgelaufen. Ich wollte nur daran erinnern, damit es ganz sicher jemand hört und es im Protokoll steht. (C)

Meine Damen und Herren! Liebe Frau Präsidentin! Man denkt ja jeden Donnerstag, wenn es wieder einen Brandner-Gesetzentwurf gibt,

(Stephan Brandner [AfD]: Hört! Hört!)

der hier schnoddrig eingebracht wird: Geht es eigentlich noch schlechter? Ja, es geht jede Woche noch schlechter.

(Beifall der Abg. Dr. Eva Högl [SPD])

Aber bald sind wir auf einer Niveautiefe angelangt, bei der wir Kolleginnen und Kollegen mal neu überlegen müssen: Wie viel Zeit widmen wir dem Ganzen noch?

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

Aber auch der Einstieg, nicht nur das Thema selber, war schon wirklich bemerkenswert. Da startet der Abgeordnete Brandner mit den Worten: Ein Thema bewegt Deutschland: Parlamentarische Staatssekretäre.

(Heiterkeit bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN, der CDU/CSU und der SPD – Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Ja, da brennt die Hütte! – Stephan Brandner [AfD]: Ja, genau!)

(D)

Es sind ja ziemlich viele Leute heute da. Wissen Sie was: Ich glaube – das finde ich gar nicht schlimm –, dass zwei Drittel der Bevölkerung überhaupt nicht wissen, was Staatssekretäre und Parlamentarische Staatssekretäre überhaupt sind.

(Christoph Bernstiel [CDU/CSU]: Unsere Wähler wissen das!)

Ich frage mich: In welcher Welt lebt denn der Abgeordnete der AfD?

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Meine Damen und Herren, wenn es darum geht, was Menschen in diesem Land bewegt, dann können wir über die Bekämpfung der Klimakrise reden.

(Lachen bei der AfD)

Wir können über die Frage des Pflegenotstands reden, der nämlich sehr viele Menschen betrifft. Wir können auch über die Frage „Zukunft Europas“ reden oder über die Befürchtungen und Ängste, die Bürgerinnen und Bürger, die Unternehmen in unserem Land im Zusammenhang mit dem Brexit haben. Das sind Themen, die Menschen bewegen, aber doch nicht Ihr Parlamentarischer-Staatssekretär-Gesetzentwurf, der sauschlecht ist.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN)

**Britta Haßelmann**

- (A) Wahrscheinlich ist es doch so: Inseheim wäre er doch am liebsten selber ein Staatssekretär, oder?

(Heiterkeit und Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der FDP und der LINKEN)

Mann, Mann, wäre das großartig, sich keine Gedanken mehr zu machen. Aber wissen Sie was, Herr Brandner: Wir und die demokratischen Kräfte in diesem Land werden alles dafür tun, damit Ihnen diese Aufgabe in der Regierung niemals zugewiesen wird. Deshalb ist das ein rein hypothetischer Fall. Kommen Sie wieder runter. Denken Sie nicht zu lange darüber nach.

(Dr. Dirk Spaniel [AfD]: Sie haben das nicht zu entscheiden!)

Auch Ihre Arbeitseinstellung würde nicht zu dem Aufgabenportfolio eines Parlamentarischen Staatssekretärs passen. Also, daraus wird einfach nichts.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und der LINKEN)

Meine Damen und Herren, es gibt in der Staatsrechtslehre – den kleinen Exkurs haben wir schon vom Kollegen Amthor gehört – zu diesem Institut grundsätzlich verschiedene Auffassungen.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Was lesen Sie für Bücher?)

(B)

Es gibt auch grundsätzlich Kritik an der Frage, ob dieses Institut des Parlamentarischen Staatssekretärs, der Parlamentarischen Staatssekretärin, sinnvoll ist. Aber – das muss man ganz deutlich sagen – jede Fraktion, jede Partei, die einmal in einer Regierungskonstellation war oder ist, hat auf dieses Institut des Parlamentarischen Staatssekretär und der Parlamentarischen Staatssekretärin immer zurückgegriffen, auch die Grünen und alle anderen. Deshalb sollten wir alle nicht so die Backen aufblasen und hier keine Dinge ankündigen, die wir am Ende doch nicht machen würden.

Was allerdings, meine Damen und Herren, zu diskutieren ist,

(Stephan Brandner [AfD]: Aha!)

ist die Frage: Warum hat diese Große Koalition eigentlich so viele Staatssekretäre?

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Christoph Bernstiel [CDU/CSU]: Weil Sie so viele Fragen stellen! – Stephan Brandner [AfD]: Gibt es eine Obergrenze?)

Es geht nicht um die Frage des Instituts. Es geht um eine andere Frage, die Sie noch gar nicht aufgeworfen haben. Sie waren noch nicht einmal in der Lage, zu sagen, dass der Gesetzentwurf der Grünen dazu von 1993 war. Er ist noch nicht einmal in der Lage, das richtig zu bringen.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)

Einfach mal nachgucken: 1993 war es, nicht 1994, meine Damen und Herren. (C)

(Dr. Dirk Spaniel [AfD]: Gut, dass Sie das noch wissen! – Zuruf von der AfD: Haben Sie da ein Patent drauf?)

Aber ich glaube, dass die Frage, warum die Große Koalition 35 Parlamentarische Staatssekretärinnen und Staatssekretäre in dieser Legislaturperiode hat, mit einem Legitimationsproblem verbunden ist; das wissen Sie auch alle.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Da haben wir seit Jahren eine wundersame Mehrung: Bei Rot-Grün in der 16. Legislaturperiode waren es 28, bei Schwarz-Gelb waren es 30, bei Rot-Schwarz in der ersten Großen Koalition waren es 33.

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Denken Sie an Ihre Redezeit.

**Britta Haßelmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Jetzt sind es 35.

(Karsten Hilse [AfD]: Sie sind neidisch! – Christoph Bernstiel [CDU/CSU]: Es gibt ja auch mehr Abgeordnete!)

Wenn wir über das Parlament und über Parlamentsthemen reden, dann sollten wir nicht über das von Ihnen genannte Thema sprechen, sondern über Themen, die das Parlament nach vorne bringen, nämlich die Einführung eines Lobbyregisters, mehr Informationsrechte – (D)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Denken Sie an die Redezeit.

(Zurufe von der AfD: Abschalten!)

**Britta Haßelmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

– und viele andere Fragen, die uns Abgeordnete wirklich helfen würden.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Britta Haßelmann. – Die nächste Rednerin, Petra Nicolaisen, gibt ihre **Rede zu Protokoll**.<sup>1)</sup>

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD – Karsten Hilse [AfD]: Jetzt schon? Halb neun schon?)

Der letzte Redner in dieser Debatte: Dr. Volker Ullrich für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Meine sehr verehrten Damen und Herren! In der Verfassungswirklichkeit unseres Landes

<sup>1)</sup> Anlage 8

**Dr. Volker Ullrich**

- (A) existieren Parlamentarische Staatssekretäre seit 52 Jahren. In der weit überwiegenden Zeit in den 70 Jahren unseres Grundgesetzes haben Damen und Herren diesen Dienst vollbracht. Ich glaube, das hat sich bewährt. Wir können all den Männern und Frauen, die als Parlamentarische Staatssekretäre Dienst getan haben, für ihren Einsatz danken.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Sie haben, Herr Brandner, die Geschichte des Jahres 1967 nicht vollständig erzählt. Das Institut der Parlamentarischen Staatssekretäre ist deswegen eingeführt worden, weil im Zuge der Kabinettsreform die Anzahl der Bundesministerien in den 60er-Jahren drastisch reduziert worden ist. Als Ersatz für die Reduzierung der Bundesministerien und vor dem Hintergrund der beginnenden stärkeren internationalen Verflechtung und der zunehmenden Komplexität der Regierungsarbeit ist das Institut der Parlamentarischen Staatssekretäre eingeführt worden.

Das heißt, die Einführung war letzten Endes dem Umstand geschuldet, dass man die Zahl der Ministerien reduziert hat, aber trotzdem eine starke Bande zwischen Parlament und Regierung aufrechterhalten wollte. Ich glaube, das ist der Hintergrund dessen, was dieses parlamentarische System bei uns in Deutschland so erfolgreich macht: dass wir uns nicht gegenseitig voneinander abgrenzen und Mauern hochziehen, sondern in diesem Hause gemeinsam und konstruktiv zusammenarbeiten.

(Beifall bei der CDU/CSU – Dr. Dirk Spaniel [AfD]: Das merken wir ja immer bei der Wahl des Vizepräsidenten!)

- (B) Auch die Überlegung, dass wir eine strikte Gewaltenteilung in Deutschland hätten, ist verfassungsrechtlich nicht haltbar.

(Stephan Brandner [AfD]: Doch!)

Allein der Umstand, dass in Deutschland – das ist ein weiteres Argument – die Gesetzgebung durch Bundestag und Bundesrat wahrgenommen wird und der Bundesrat nicht durch die Länderparlamente, sondern durch die Länderexekutive bestimmt wird, zeigt, dass sich in Deutschland die Vermischung zwischen parlamentarischem Auftrag und exekutiver Eigenverantwortung durch das gesamte Grundgesetz zieht.

Die Verfassungsmütter und -väter haben bereits vor 70 Jahren erkannt, dass die gemeinsam wahrgenommene Verantwortung zwischen Bundesregierung und Bundestag notwendig ist, um dieses Land insgesamt auf einen guten Weg zu bringen. Deswegen sind auch Ihre Erwägungen zum Thema „Gewaltenverschränkung und Gewaltenteilung“ vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Entwicklung, aber auch ganz klar vor dem Hintergrund der Rechtslage einfach als falsch zu bezeichnen.

Ihr Gesetzentwurf zeigt im Grunde genommen etwas anderes. Er zeigt, dass Sie nicht bereit sind, dieses parlamentarische System zu akzeptieren, dass Sie Schwierigkeiten mit der Verfassungspraxis haben

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

- und dass Sie beginnen, parlamentarische Verantwortung in Euro und Cent vorzurechnen. (C)

Es geht Ihnen aber nicht darum, über die Effektivität oder über den Bundestag sprechen zu wollen, sondern es geht Ihnen um die Verächtlichmachung unseres Bundestages und der Bundesregierung. Das ist Ihr Ziel. Daran werden wir Sie immer wieder erinnern.

(Fabian Jacobi [AfD]: Geben Sie sich doch mal ein bisschen Mühe beim Diffamieren! – Kay Gottschalk [AfD]: War das billig! – Weiterer Zuruf von der AfD: Das ist billig!)

Ein weiteres, letztes Argument. Herr Brandner, Sie haben die Kolleginnen und Kollegen auf der Regierungsbank, allesamt Parlamentarische Staatssekretäre, als „Exemplare“ bezeichnet, haben Sie mit dem Wort „devot“ belegt, haben über die Familienverhältnisse einer Staatsministerin gesprochen. Ich sage Ihnen: Das ist unter der Würde dieses Hauses.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Marianne Schieder [SPD]: Er weiß nicht, was Würde ist! Darin liegt das Problem!)

Das ist anstandslos. Aus all diesen Überlegungen heraus werden wir Ihren Gesetzentwurf mit Freude ablehnen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

(D)

#### **Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Volker Ullrich. – Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/9250 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Die Federführung ist strittig. Die Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen wünschen die Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat. Die Fraktion der AfD wünscht Federführung beim Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz.

Ich lasse zuerst über den Überweisungsvorschlag der Fraktion der AfD, also Federführung beim Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, abstimmen. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Niemand. Der Überweisungsvorschlag ist abgelehnt. Die AfD hat zugestimmt, alle anderen Fraktionen haben ihn abgelehnt.

Ich lasse nun über den Überweisungsvorschlag der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen, Federführung beim Ausschuss für Inneres und Heimat, abstimmen. Wer stimmt für diesen Überweisungsvorschlag? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Der Überweisungsvorschlag ist angenommen. Zugestimmt haben die Fraktionen von FDP, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen, SPD und Linke, und dagegengestimmt hat die AfD.

Vizepräsidentin Claudia Roth

(A) Ich rufe den Tagesordnungspunkt 12 auf:

Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zum Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbstständige**

**Drucksache 19/8460**

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss)

**Drucksache 19/9292**

Über den Gesetzentwurf, liebe Kolleginnen und Kollegen, werden wir später namentlich abstimmen.

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat Dagmar Schmidt für die SPD-Fraktion.

(Beifall bei der SPD)

**Dagmar Schmidt** (Wetzlar) (SPD):

Sehr geehrte Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren! Europa ist in aller Munde, aber leider wird überwiegend über den Brexit gesprochen. Deswegen bin ich froh, dass wir den Entwurf dieses Gesetzes, mit dem wir der deutschen Vertretung im Europäischen Rat erlauben, der Empfehlung für mehr Sozialschutz zuzustimmen, zum Anlass nehmen können, über das soziale Europa zu reden.

(B) Ein gemeinsamer Binnenmarkt braucht auch eine gemeinsame sozialpolitische Antwort. Deswegen haben wir im Koalitionsvertrag festgeschrieben, dass wir in Zeiten der Digitalisierung, der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Veränderungen eine Renaissance der sozialen Marktwirtschaft brauchen, dass wir die sozialen Grundrechte stärken und gleichen Lohn bei gleicher Arbeit am gleichen Ort durchsetzen,

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

dass wir unsere Arbeitsmarktpolitik besser koordinieren wollen und dass wir einen Rahmen für Mindestlohnregelungen und nationale Grundsicherungssysteme entwickeln wollen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Wir brauchen Mindeststandards, die Sozialdumping verhindern. Ein starkes soziales Europa schützt unseren Sozialstaat, aber auch diejenigen, die gute Löhne zahlen und faire Arbeitsbedingungen sicherstellen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Und weil wir der Ansicht sind, dass ein starker Binnenmarkt auch einen starken Sozialstaat und starke Arbeitnehmerrechte braucht, begrüßen wir die Initiative der Europäischen Kommission für eine Europäische Säule sozialer Rechte vom November 2017 sehr.

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Leider unverbindlich!)

Die Europäische Säule sozialer Rechte legt in drei Kapiteln zu den Themen „Chancengleichheit und Arbeits-

marktzugang“, „faire Arbeitsbedingungen“ sowie „Sozialschutz und soziale Inklusion“ in insgesamt 20 Punkten fest, welche Themen im Rahmen eines europäischen Sozialmodells angesichts der großen Veränderungen durch neue Technologien, die Globalisierung und die Alterung der Bevölkerung angepackt werden müssen. Dazu gehören Themen wie allgemeine und berufliche Bildung und lebensbegleitendes Lernen genauso wie die Gleichstellung der Geschlechter, gerechte Löhne und Gehälter sowie Mindestlöhne, die Armut trotz Erwerbstätigkeit verhindern. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gehört genauso dazu wie das Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Kai Whittaker [CDU/CSU])

(D) Die Empfehlung, über die wir heute beraten, bezieht sich auf den zwölften Punkt der europäischen Säule, den Sozialschutz. Hier wird gefordert, dass unabhängig von Art und Dauer des Beschäftigungsverhältnisses Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und unter vergleichbaren Bedingungen auch Selbstständige das Recht auf angemessenen Sozialschutz haben. Denn die Veränderungen am Arbeitsmarkt sind immens. Während die sozialen Sicherungssysteme in Europa noch weitestgehend an sogenannten Standardversicherten orientiert sind – sprich: lebenslang bei einem Arbeitgeber, vollzeitbeschäftigt, ohne Unterbrechung für Kindererziehung oder Pflege –, ändert sich die Arbeit in der Realität schnell: Befristete und Teilzeitarbeit, prekäre Arbeitsverhältnisse, Solo-selbstständigkeit, Scheinselbstständigkeit, Wechsel zwischen Selbstständigkeit und abhängiger Beschäftigung, Arbeit auf Abruf und vieles mehr an sogenannter atypischer Beschäftigung sind bereits für viele Menschen Realität. Darauf müssen wir reagieren. Alle brauchen gleichermaßen die Möglichkeit zum Zugang in die sozialen Sicherungssysteme: Schutz bei Krankheit, Vorsorge für das Alter oder bei Invalidität, Hinterbliebenenleistungen, Leistungen bei Mutter- oder Vaterschaft.

Die Konsequenzen aus dieser Empfehlung sind für alle Mitgliedsländer unterschiedlich zu ziehen. Eines ist jedoch für alle gleich, und das ist die Richtung. Wir wollen einen besseren Sozialstaat in allen Ländern. Wir wollen uns dabei gegenseitig unterstützen und uns nicht mit Sozialdumping gegenseitig Konkurrenz machen.

(Beifall bei der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Wir wollen klug und zeitnah auf die Veränderungen reagieren und den Menschen in Europa soziale Sicherheit geben. Dazu leistet diese Empfehlung einen wichtigen Beitrag. Wir wollen im globalen Wettbewerb der Systeme, den es gegen die USA und China zu bestehen gilt, mit Europa die wirtschaftlich und sozial starke demokratische Alternative sein.

(Beifall bei der SPD)

Um es mit den Worten von Katarina Barley zu sagen: Europa ist die Antwort.

Glück auf!

(Beifall bei der SPD)

**(A) Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Dagmar Schmidt. – Nächster Redner für die AfD-Fraktion: Martin Sichert.

(Beifall bei der AfD)

**Martin Sichert (AfD):**

Wertes Präsidium! Meine Damen und Herren! Sie wollen per Gesetz sozialpolitische Kompetenzen an die EU übertragen.

(Jessica Tatti [DIE LINKE]: Unsinn!)

Aus welchem Grund sollten wir Deutsche ein Interesse daran haben, dass andere Staaten mitbestimmen, wie unser Sozialsystem aussieht? Sollen die Griechen, die Bulgaren oder die Spanier mitbestimmen, wie hoch die Rente, das Arbeitslosengeld oder die Sozialabgaben in Deutschland sind?

(Marianne Schieder [SPD]: So ein Schmarrn! – Beate Müller-Gemmeke [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wenn man nichts kapiert, sollte man auch nichts sagen!)

Die Spanier, Griechen oder Bulgaren wissen doch gar nicht, welche Probleme es in Deutschland gibt und welche Vorstellungen wir in diesem Land von einem sozialen Netz haben. Wir wollen weder, dass andere Staaten unseren Sozialstaat mitbestimmen, noch wollen wir anderen Staaten vorschreiben, wie deren Sozialstaat auszu- sehen hat.

**(B) (Beifall bei der AfD – Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Sie haben überhaupt keine Ahnung, wovon Sie reden!)**

Wir, die AfD, sind die Partei der Demokratie,

(Lachen bei der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

der Souveränität, der Toleranz und des Respekts vor fremden Völkern und Kulturen. Möge jedes Volk in seinem Staatsgebiet so leben, wie es gerne möchte, aber natürlich auch die Konsequenzen des eigenen Handelns selbst tragen.

(Beifall bei der AfD)

Genauso, wie wir von der AfD es ablehnen, für die Schulden anderer Länder aufzukommen, lehnen wir es auch ab, anderen Ländern in deren Politik reinzureden.

Meine Damen und Herren von den Altparteien,

(Zurufe von der CDU/CSU: Oh!)

die Zeit des Kolonialismus ist vorbei. Immer wenn man der Auffassung war, dass am deutschen Wesen die Welt genesen soll, immer wenn versucht wurde, anderen Ländern und fremden Völkern die eigenen politischen und kulturellen Vorstellungen aufzuzwingen, hat das in die Katastrophe geführt.

(Beifall bei der AfD – Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Was hat das mit dem Thema zu tun?)

Europa ist bunt, Europa ist vielfältig, und wir wollen, dass Europa bunt und vielfältig bleibt. Sie jedoch träumen von Vereinheitlichung, von einem europäischen Großreich, in dem alle Völker ihre Kultur, ihre Werte einer europäischen Zentralmacht unterordnen müssen.

(Beifall bei der AfD)

Union, SPD, Grüne und auch die FDP sind die Heuchler vor dem Herrn.

(Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Falsch! Gott ist eine Frau!)

Sie wollen auf der einen Seite Selbstbestimmung für die Tibeter, aber auf der anderen Seite die Aufgabe der Selbstbestimmung von den Ungarn, den Polen, den Griechen und anderen.

(Katharina Landgraf [CDU/CSU]: Wer hat denn das gesagt?)

Ein europäischer Sozialstaat ist absoluter Schwachsinn. Die Sozialstaaten in den einzelnen Nationen sind historisch vollkommen unterschiedlich gewachsen.

(Britta Haßelmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Haben nicht gerade Ihre Listenplätze eins und zwei für die Europawahl eine Riesenspendensumpfkampagne an den Hacken?)

Es gibt unterschiedliche Mentalitäten. Das zu vereinheitlichen, sorgt für massiven sozialen Sprengstoff. Die Griechen beispielsweise haben deutlich weniger Sozialleistungen als wir Deutsche, zahlen aber auch deutlich weniger Abgaben. Sollen wir nun einen Sozialstaat auf griechischem Niveau haben, in dem die Menschen bei Arbeitslosigkeit mit Glück 360 Euro im Monat bekommen?

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Das will doch keiner!)

Oder sollen die Griechen unseren Sozialstaat bekommen, den sie selbst gar nicht finanzieren können?

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Man soll nicht von etwas reden, von dem man überhaupt nichts versteht!)

Und wer finanziert den Griechen dann einen solchen Sozialstaat, der dumme deutsche Michel? Haben Sie überhaupt eine Ahnung, was für ein Pulverfass Sie hier aufmachen? Wer einen europäischen Sozialstaat fordert, der legt die Axt an den Frieden in Europa.

(Beifall bei der AfD)

Abgesehen davon, dass es vollkommen gegen die Interessen Deutschlands ist, sozialpolitische Hoheitsrechte an Brüssel abzutreten, ist es obendrein noch verfassungswidrig.

(Marianne Schieder [SPD]: Wer sich von Putin alimentieren lässt, legt die Axt an die Demokratie! – Dr. Martin Rosemann [SPD]: Hat Ihnen das der Putin aufgeschrieben, oder was?)

**Martin Sichert**

- (A) Ich zitiere aus einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2009:

(Jessica Tatti [DIE LINKE]: Reden Sie zum Thema! Einfach zur Sache!)

Als besonders sensibel für die demokratische Selbstgestaltungsfähigkeit eines Verfassungsstaates gelten seit jeher Entscheidungen über ... die sozialstaatliche Gestaltung von Lebensverhältnissen ... Danach müssen die sozialpolitisch wesentlichen Entscheidungen in eigener Verantwortung der deutschen Gesetzgebungsorgane getroffen werden.

(Kai Whittaker [CDU/CSU]: Haben Sie selber eine Idee für den Sozialstaat in Deutschland? Bis heute keine Antwort auf die Rente!)

Und: Es

... obliegt gerade die sozialpolitische Verantwortung dem demokratischen Entscheidungsprozess, auf den die Bürger mit der freien und gleichen Wahl einwirken wollen.

Auf europäischer Ebene haben wir keine gleiche Wahl. In der EU zählt die Stimme eines Luxemburgers oder Maltesers deutlich mehr als die eines Deutschen.

(Beifall bei der AfD – Widerspruch bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Es sind die Deutschen, die bestimmen müssen, wie der deutsche Sozialstaat ausgestaltet ist, und zwar autonom und souverän, ohne dass die EU und andere Staaten uns reinreden.

- (B)

(Kai Whittaker [CDU/CSU]: Minderwertigkeitskomplex!)

Wer dem deutschen Volk Entscheidungen über die Sozialpolitik aus der Hand nehmen will und diese an Brüssel übertragen möchte, der tritt das Grundgesetz mit Füßen.

(Beifall bei der AfD)

Es ist unfassbar, womit wir uns hier beschäftigen müssen. Gehen Sie bei Tageslicht alle bitte einmal vor den Reichstag. Lesen Sie, was dort geschrieben steht, wessen Interessen Sie hier zu vertreten haben. Nicht den Interessen von abgehobenen Politikern wie Merkel, Weber oder Juncker sind Sie verpflichtet, sondern nur einem: Dem deutschen Volke.

(Beifall bei der AfD – Dr. Matthias Bartke [SPD]: Dem russischen Volke! – Marianne Schieder [SPD]: Und Sie sind dem Wladimir Putin verpflichtet!)

Deswegen haben wir eine namentliche Abstimmung beantragt. So kann jeder in diesem Land sehen, wer sich mit der Übertragung von Hoheitsrechten als Feind von Demokratie, Souveränität und damit des Grundgesetzes outet. Wir wollen keine Großreiche, und zwar für niemanden. Stattdessen wollen wir Freiheit, Demokratie und Selbstbestimmung in Europa.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

(C)

Vielleicht nochmals zur Selbstvergewisserung, liebe Kolleginnen und Kollegen: Ich sehe hier keine Altparteien, sondern demokratisch gewählte Abgeordnete in diesem Bundestag.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Nächster Redner für die CDU/CSU-Fraktion: Peter Aumer.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Peter Aumer (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Hier spricht ein Abgeordneter der Altparteien, der mit ganzer Kraft und Liebe für das deutsche Volk arbeitet, so wie das ganze Haus hier. Zur AfD kann ich nur sagen: Den Populismus so kurz vor der Europawahl können Sie sich sparen.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Hätten Sie die Beschlussempfehlung gelesen, nur einmal, dann hätte Herr Sichert sich die Rede sparen können.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD, der FDP, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Denn es geht nicht darum, deutsche Hoheitsrechte zu übertragen. Es geht nicht darum, dass der dumme deutsche Michel Geld an Europa zahlen oder Rechte übertragen soll. Vielmehr geht es darum, Europa, das uns in den letzten Jahrzehnten Frieden, Freiheit und Sicherheit gebracht hat, eine Basis zu geben, damit man auf einer guten sozialen Grundlage weiter arbeiten kann.

(D)

(Abg. Martin Sichert [AfD] meldet sich zu einer Zwischenfrage)

– Sie brauchen sich gar nicht melden. Ich werde Ihre Zwischenfrage nicht zulassen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Solche dummen Anmerkungen, die Sie vorhin gebracht haben, sind fast nicht der Rede wert. Lesen Sie die Beschlussempfehlung! Dann können wir uns ganz objektiv darüber unterhalten.

Es geht, liebe Kolleginnen und Kollegen, um den Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbstständige. Es geht darum, dass die Bundesregierung dieser Ratsempfehlung zustimmen muss. Die Bundesregierung hat diese Ratsempfehlung unter Parlamentsvorbehalt gestellt, damit wir uns in diesem Hohen Hause für das deutsche Volk beraten und ihr zustimmen können oder auch nicht.

Wir als Union stimmen dem vorliegenden Gesetzentwurf zu; denn wir teilen das Ziel, dass der Schutz von Arbeitnehmern und Selbstständigen EU-weit verbessert werden soll. Da die Mitgliedstaaten für Sozialpolitik zuständig sind und, Herr Sichert, zuständig bleiben sollen,

**Peter Aumer**

- (A) ist es konsequent und richtig, dass das nur in Form einer Empfehlung und nicht als Richtlinie gemacht wird. Sie sollten sich einmal mit dem europäischen Recht auseinandersetzen, bevor Sie hier dumm reden.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die Empfehlung des Rates enthalten Anregungen an die einzelnen Mitgliedstaaten. Im Rahmen der notwendigen nationalen Gegebenheiten sollen entsprechende Anpassungen erfolgen. Es ist richtig, dass die soziale Absicherung von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen und von Selbstständigen gerade im Zeitalter der Digitalisierung und neuer Arbeitsformen besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Uns als Union ist es wichtig, dass der Vielfalt der mitgliedstaatlichen Systeme und den nationalen Besonderheiten Rechnung getragen wird und dass trotz des Empfehlungscharakters darauf zu achten ist, dass durch das Vorgehen der EU das Recht der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien der Systeme ihrer sozialen Sicherheit festzulegen, nicht beeinträchtigt werden darf. Deshalb ist es uns wichtig, dass der Vertreter im Rat die Zustimmung mit einer Protokollerklärung versieht. Uns ist auch wichtig, dass der von der Kommission geplante Überwachungsrahmen zur Bewertung der Umsetzung der Empfehlung nicht zu einem Mehr an Bürokratie führen wird.

- (B) Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir haben ein drängendes sozialpolitisches Problem in Europa. Deshalb ist ein solches sozialpolitisches Ziel, auf das sich alle einigen, wichtig. Auch wir in Deutschland müssen unsere Hausaufgaben machen. Herr Sichert, es wäre gut gewesen, wenn Sie sich damit ein bisschen beschäftigt hätten. Die Bundesregierung, Frau Parlamentarische Staatssekretärin, wird noch in diesem Jahr einen Gesetzentwurf zur Altersvorsorgepflicht bei nicht abgesicherten Selbstständigen vorlegen. Auch das ist Ausfluss dieser Ratsempfehlung. Das ist ein wichtiger Punkt.

Dass ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in allen Mitgliedstaaten der EU langfristig ein wichtiges Ziel ist, ist für uns alle unbestreitbar. Es ist für uns wichtig, dass Europa langfristig wirtschaftlich und politisch dieselbe Entwicklung nimmt. Das alleine stärkt und fördert den Zusammenhalt in der Europäischen Union.

Die AfD hatte es gestern schon einmal: Sehr geehrter Herr Sichert, ich habe mir Ihre gestrige Rede auch anhören müssen. Da waren die Rumänen und die Altparteien schuld, dass wir zu wenige Wohnungen haben. Heute sind die Altparteien, die Spanier, die Portugiesen und die Rumänen schuld. Alle wollen unser Sozialsystem mitbestimmen. Das ist doch reiner Populismus, den Sie betreiben. Sie verstehen Europa nicht, und Sie werden in diesem Europa auch nie zu Hause sein.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

- (C) Für uns ist Europa ein ganz wesentliches Element, ein Element, das unsere soziale Marktwirtschaft in den letzten Jahrzehnten zu dem gemacht hat, was sie ist.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Europa hat dazu beigetragen, dass wir heute in Wohlstand leben können. Das soll auch so bleiben. Deswegen stimmen wir dieser Ratsempfehlung zu. Wir brauchen ein starkes Europa. Ich hoffe, dass das die Menschen bei der Europawahl genauso sehen.

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Peter Aumer. – Nächster Redner für die FDP-Fraktion: Carl-Julius Cronenberg.

(Beifall bei der FDP)

**Carl-Julius Cronenberg (FDP):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Kollege Sichert, Heuchler ist, wer vorgibt, die Interessen der deutschen Bürgerinnen und Bürger zu vertreten, dabei in Wahrheit aber nur Angst schürt, um die eigene Karriere zu befördern.

(Beifall bei der FDP, der CDU/CSU, der SPD, der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

(D) Niemand hat etwas gegen den Zugang zu mehr Sozialschutz. Und ja, es gibt immer viel zu verbessern, in Deutschland wie in allen anderen Ländern Europas auch. Darüber herrscht Einigkeit. Wir streiten allenfalls über das Wie, nicht über das Ob.

Es ist richtig, Sozialpolitik nah am Menschen zu machen. Deshalb ist und bleibt es richtig, dass Sozialpolitik Sache der Mitgliedstaaten ist und nicht der EU.

(Beifall bei der FDP)

Subsidiarität und Solidarität gehören untrennbar zusammen. Einen Einstieg in die Vergemeinschaftung von Sozialpolitik – so harmlos das heute auch erscheinen mag – lehnen die Freien Demokraten ab.

(Beifall bei der FDP)

Wir haben über die Empfehlung des Rats intensiv diskutiert und bei allen Kritikpunkten immer gehört: Das ist doch nur eine Empfehlung, das ist alles unverbindlich. – Das haben wir in der Anhörung im Ausschuss und auch heute Abend gehört. Meine Damen und Herren von Union und SPD, wenn Sie gebetsmühlenartig beschwören, wie unverbindlich die Empfehlung ist, dann lässt das doch nur zwei Schlüsse zu: Entweder sie ist überflüssig, oder sie ist doch gefährlicher, als sie aussieht, weil es langfristig nicht bei der Unverbindlichkeit bleiben soll.

(Kai Whittaker [CDU/CSU]: Wenn der Arzt sagt, Sie sollen Sport machen, ist es auch eine Empfehlung!)

**Carl-Julius Cronenberg**

- (A) Ich finde, sie ist beides. Peter Aumer hat ja darauf hingewiesen, wie wichtig ihm das Zusatzprotokoll ist.

(Beifall bei der FDP)

Wir haben in Europa unzählige und historisch gewachsene Besonderheiten der Sozialsysteme. Es wird erhebliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Ratsempfehlung geben. Nehmen wir beispielsweise die geringfügige Beschäftigung. Minijobs bieten oft willkommene Zuverdienstmöglichkeiten für Studierende und Rentner.

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Lohndumping!)

Vollumfassende Sozialabsicherung kann und soll der Minijob zurzeit nicht garantieren, wie es aber die Empfehlung fordert.

Nehmen wir als Beispiel die Absicherung Selbstständiger, eine besondere Herausforderung. Die Gruppe der Selbstständigen ist ebenfalls heterogen. Die Einkommen schwanken oft und stark. Einerseits darf die Solidargemeinschaft der Steuerzahler und der Sozialversicherungen nicht überfordert werden. Andererseits dürfen Gründern nicht unnötig Schwierigkeiten bereitet werden; auch sie dürfen nicht überfordert werden. Hier ist Feinsteuerung geboten und nicht Empfehlung.

Nehmen wir als Beispiel den Überwachungsrahmen, Artikel 19 ff., mit getakteten Fristen, mit quantitativen und qualitativen Indikatoren, mit späterer Überprüfung. Das atmet doch nicht den Geist der dauerhaften Unverbindlichkeit. Ganz ehrlich, diese wird doch hier von einigen politisch gar nicht gewollt. Dagmar Schmidt hat doch auf die Mindeststandards hingewiesen, die sie einfordert. Da, wo es mit der Union nicht geht, versucht man es mit Brüssel.

- (B)

(Beifall bei der FDP)

Die ökonomische und soziale Ausgangslage in Europa ist nach wie vor extrem heterogen. Auch deshalb macht es Sinn, dass die Zuständigkeit der Sozialpolitik in den Mitgliedstaaten bleibt. Es gibt in Europa Länder, die wenig oder keinen Handlungsbedarf haben und denen es wirtschaftlich gut geht. Diese brauchen keine Empfehlung. Dann gibt es Länder, denen es wirtschaftlich schlecht geht. Denen hilft die Empfehlung nicht. Denen hilft die Umsetzung von Strukturreformen. Schließlich gibt es Länder, die sich mitten in einer Aufwärtskonvergenz befinden. Deren Wirtschaft wächst bei geringer Staatsverschuldung und geringer Arbeitslosigkeit. Diese Länder sollten wir nicht stören. Kluge Sozialpolitik in Europa bietet Mehrwert und nicht mehr Einmischung.

(Beifall bei der FDP)

Jetzt lesen wir, dass sich die Kommission in der nächsten Woche vom Einstimmigkeitsprinzip in der Sozialpolitik verabschieden will. Wenn das nicht ein deutliches Signal für den Einstieg in die Vergemeinschaftung sein soll! Wir lehnen das ab. Das Subsidiaritätsprinzip muss unter allen Umständen gewährleistet sein. Allein echter Mehrwert stärkt Chancen und Zusammenhalt in Europa.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

(C)

Vielen Dank, Carl-Julius Cronenberg. – Nächste Rednerin: Jessica Tatti für die Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Jessica Tatti (DIE LINKE):**

Sehr geehrte Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um es vorwegzunehmen: Die Linke stimmt dem Gesetz zum Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbstständige zu.

(Beifall bei der LINKEN und der SPD)

Denn für mich und meine Fraktion ist die Europäische Union nicht nur eine Freihandels- und Wirtschaftsförderzone, sondern sie muss ein Europa für die Beschäftigten werden.

(Beifall bei der LINKEN und der SPD)

Für sie alle muss endlich ein Sozialschutz bestehen, der mindestens Arbeitslosigkeit, Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Renten, Unfälle und Berufskrankheiten absichert. Es ist also allerhöchste Zeit, dass sich die EU mit Fragen der sozialen Sicherheit in ihren Mitgliedstaaten befasst.

(Beifall bei der LINKEN)

Auch hierzulande müssen die gravierenden Lücken in unserem Sozialsystem geschlossen werden.

(Beifall bei der LINKEN)

Das heißt, Selbstständige müssen einen verbindlichen Zugang zur Sozialversicherung erhalten. Angesichts der Zunahme neuer Beschäftigungsformen zum Beispiel durch Plattformen ist das längst überfällig.

(D)

(Beifall bei der LINKEN)

Drei Viertel aller Soloselbstständigen sind gesetzlich nicht zur Altersvorsorge verpflichtet. Während die Zahl aller Selbstständigen eher stagniert, steigt die Zahl der Soloselbstständigen aber immer weiter an, und zwar gerade im prekären Helferbereich, in der Clickwork und Gigwork über Plattformen, zum Beispiel bei Essenslieferdiensten wie Deliveroo oder bei der Vermittlung von Reinigungskräften wie bei Helpling. Hier wollen Arbeitgeber heute lieber Vermittler sein oder Auftraggeber und stehlen sich damit aus ihrer sozialen Verantwortung. Sie drücken sich vor Mindestlöhnen, vor Sozialabgaben, vor Tarifbindung, vor Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und vor gesetzlichen Urlaubsansprüchen. Und Sie lassen das zu! Aber man sieht ja an der schwach besetzten Regierungsbank, wie sehr die Regierung dieses Thema interessiert.

(Beifall bei der LINKEN)

40 Prozent der Soloselbstständigen in Deutschland haben ein Bruttoeinkommen unterhalb des gesetzlichen Mindestlohns. Für die Folgen haftet dann der Steuerzahler, weil die Armut im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit massiv ansteigt. Das wird Die Linke niemals akzeptieren.

(Beifall bei der LINKEN – Matthias W.

Birkwald [DIE LINKE]: Auf gar keinen Fall!)



Jessica Tatti

- (A) Mit freiwilligen Versicherungsangeboten kann das nicht gestoppt werden. Reinigungskräfte, Paketzustellerinnen und Kurierfahrer können nicht einfach so einen satten Zuschlag auf ihre Dienste verlangen, um sich Sozialabgaben leisten zu können, weil sie dann Gefahr laufen, keine Aufträge mehr zu bekommen. Das funktioniert also nur dann, wenn sie alle ausnahmslos in die Sozialversicherungssysteme einzahlen, und zwar zu Beiträgen, die sie sich leisten können.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Soloselbstständige sind genauso wie alle anderen Beschäftigten in gleichem Maße schutzbedürftig. Ihre Einbeziehung in die sozialen Sicherungssysteme ist unabdingbar. So können auch hybride Erwerbsbiografien einfacher abgesichert werden, in denen Zeiten von Selbstständigkeit und abhängiger Beschäftigung sich abwechseln oder sogar parallel verlaufen. So können Versicherungsleistungen aus den Sozialsystemen zwischen verschiedenen EU-Ländern ohne Verluste übertragen werden. Die Globalisierung und die Digitalisierung haben den Arbeitsmarkt verändert und verändern ihn noch. Der Sozialschutz ist diesen Entwicklungen viel zu wenig angepasst. Das muss sich jetzt ändern.

(Beifall bei der LINKEN)

Die vorhandenen Lücken gefährden das Wohl der Beschäftigten, verstärken Armut und Ungleichheit und schaden letztlich auch der Wirtschaft. Sachverständige haben uns das bei der Anhörung bestätigt. Aber vor allem die Union, Herr Whittaker, hat sich über die Unverbindlichkeit der EU-Empfehlungen erleichtert gezeigt. Von der Unverbindlichkeit profitieren aber nur die Arbeitgeber, und zwar auf dem Rücken ihrer Beschäftigten. Deshalb darf sich die Bundesregierung nicht hinter einer Pseudozustimmung verstecken. Setzen Sie die Inhalte der Empfehlung in nationales Recht um! Übernehmen Sie endlich eine aktive Rolle bei der Einführung verbindlicher Regelungen für den Sozialschutz von Millionen Menschen in Europa!

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

Vielen Dank, Jessica Tatti. – Nächster Redner für Bündnis 90/Die Grünen: Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Arbeitsmärkte verändern sich. Wir haben nicht mehr das Normalarbeitsverhältnis als Standard. Vielmehr wird die Arbeitswelt bunter und vielfältiger, genauso wie die Lebensläufe. Es gibt mehr Wechsel zwischen abhängiger und selbstständiger Beschäftigung. Das ist gut, führt aber auch dazu, dass viele Beschäftigte, Arbeitnehmerinnen

und Arbeitnehmer, aber auch Selbstständige keinen oder keinen ausreichenden Zugang zum Sozialschutz haben. Die Europäische Union kümmert sich um dieses Problem, und das ist gut so. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Nun gibt es eine Empfehlung des Rates, also der Versammlung der Regierungen. Wir entscheiden hier und heute im Bundestag, ob die Bundesregierung dieser Empfehlung zustimmen soll oder nicht. Wenn die Empfehlung dann mit Maßnahmen umgesetzt wird, entscheiden wir hier im Bundestag darüber, wie diese Maßnahmen aussehen und gestaltet werden sollen.

(Dr. Martin Rosemann [SPD]: Genau!)

Wir geben keinerlei Kompetenz an die Europäische Union ab. Wir entscheiden hier, und das bleibt so.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Es gibt viele Länder in der Europäischen Union, die beim Sozialschutz etwas zu tun haben. Herr Cronenberg, mehr soziale Sicherheit ist keine Gefahr, sondern ist gut, egal ob in Griechenland oder bei uns.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

Wenn die Griechen Schwierigkeiten haben, müssen wir sie unterstützen, damit sie ihre Ziele erreichen. Das gehört zur europäischen Solidarität. (D)

Wir haben aber auch hier bei uns in Deutschland noch Aufgaben zu erledigen. Bei abhängig Beschäftigten ist es weitgehend gut. Es ist aber nur weitgehend gut, weil die Minijobber keinen vollständigen Zugang zu den sozialen Sicherungssystemen haben. Da müssen wir nachlegen. Das ist uns Grünen besonders wichtig, auch aus Gründen der Geschlechtergerechtigkeit.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die große Baustelle stellen aber die Selbstständigen dar. Da verändert sich eine Menge. Gerade durch die Digitalisierung wird sich noch mehr verändern. Viele Selbstständige sind gar nicht mehr so selbstständig, wie es die Bezeichnung besagt. Gerade durch Plattformen gibt es eine Art abhängige Selbstständige. Da verändert sich eine ganze Menge. Da müssen wir was tun. Die Alterssicherung ist da eine große Baustelle.

Ein Punkt, der uns als Grünen besonders wichtig ist, ist, überhaupt die soziale Sicherung viel universeller zu gestalten. Wir sind für das Prinzip Bürgerinnen- und Bürgerversicherung sowohl für Gesundheit und Pflege, aber eben auch für die Alterssicherung. Und: Die Absicherung von Selbstständigen ist für uns ein wichtiger erster Schritt.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Da sind wir gespannt.

Angekündigt ist ja von der Bundesregierung, dass sie dieses Jahr noch was vorlegen will. Daran ist schon die

**Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn**

- (A) jetzige Verteidigungsministerin von der Leyen gescheitert, als sie noch Sozialministerin war. Da gibt es viele Probleme, die gelöst werden müssen; vor allen Dingen muss es für die Selbstständigen bezahlbar sein. Das ist für uns übrigens nicht nur aus sozialen Gründen wichtig, sondern wir sind auch fest davon überzeugt, dass mehr soziale Sicherheit für Selbstständige auch für die Ökonomie gut ist. Soziales und Ökonomie gehören zusammen, bei uns in Deutschland, aber eben auch in Europa, und auch deswegen streiten wir für das soziale Europa.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Abg. Jessica Tatti [DIE LINKE])

Wir würden also weitergehen, sowohl, was die Umsetzung angeht, aber auch, was das soziale Europa angeht. Wir haben letzte Woche einen Antrag mit elf Punkten eingebracht, wie nach unserer Meinung das soziale Europa weiterentwickelt werden soll. Es gibt heute einen Gesetzentwurf der Bundesregierung. Er ist ein Schritt in diese Richtung. Wir finden diesen Schritt richtig und werden den Gesetzentwurf der Bundesregierung unterstützen und ihm zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

**Vizepräsidentin Claudia Roth:**

- (B) Vielen Dank, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn. – Nächste Rednerin für die CDU/CSU-Fraktion: Jana Schimke.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Jana Schimke (CDU/CSU):**

Frau Präsidentin! Meine Damen und Herren! Europa ist ein Kontinent der Vielfalt, nicht nur kulturell und nicht nur mit Blick auf die Ausgestaltung der politischen Systeme, sondern auch mit Blick auf die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme in den einzelnen Mitgliedstaaten. Was die Bundesrepublik Deutschland angeht, so kann man mit Blick auf die Ratsempfehlung durchaus sagen, dass der Sozialschutz, der dort angesprochen wird, der dort von den Mitgliedstaaten der Europäischen Union verlangt wird, in unserem Land weitestgehend abgedeckt ist. Drei Beispiele:

**Gesetzliche Rentenversicherung:** Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland sind in der gesetzlichen Rentenversicherung für das Alter abgesichert.

Selbstständige haben in Deutschland die Möglichkeit, sich freiwillig in der gesetzlichen Rentenversicherung zu versichern.

Wir haben in Deutschland eine Krankenversicherungspflicht. Auch das ist etwas, was den sozialen Status, den sozialen Standard unseres Landes zum Ausdruck bringt. Selbst im Fall von Elternschaft, im Fall von Elternzeit genießen sowohl Arbeitnehmer als auch Selbstständige in Deutschland eine Absicherung seitens der Bundesrepublik Deutschland.

- (C) Die Selbstständigen sind aber eine Gruppe, die wir aus gutem Grunde in vielen Bereichen der sozialen Sicherung durchaus anders behandeln. Wir behandeln sie anders als abhängig Beschäftigte, weil bei uns in Deutschland mit Blick auf das Unternehmertum zum Glück immer noch die Einheit von Risiko und Haftung gilt. Das heißt nicht nur, dass Selbstständige sich in ihren unternehmerischen Entscheidungen entfalten können, sondern auch, dass sie eigenverantwortlich für ihre Absicherung im Alter, im Fall von Krankheit und anderen Lebensrisiken sorgen müssen. Mir persönlich ist es sehr, sehr wichtig, dass wir diese Freiheit erhalten.

Nun ist aber Altersvorsorge etwas, was in den heutigen Zeiten, in diesen Tagen zunehmende Bedeutung erhält. Wir müssen auch von politischer Seite immer stärker auf die Bedeutung von Altersvorsorge hinweisen. Deswegen haben wir uns dazu entschieden – richtigerweise, wie ich finde –, im Koalitionsvertrag festzuhalten, dass wir auch bei Selbstständigen eine sogenannte Altersvorsorgepflicht einführen wollen. Das heißt hier natürlich nicht, eine Rentenversicherungspflicht einzuführen,

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Wäre besser! Rentenversicherungspflicht wäre besser!)

sondern das heißt, auch bei der Vorsorge die Wahlfreiheit sicherzustellen. Mir ist es wichtig, bei allen Gesetzen, die wir mit Blick auf das Unternehmertum, auf Selbstständigkeit im Deutschen Bundestag verabschieden, die Möglichkeit der Wahlfreiheit zu lassen.

- (D) Der Europäische Rat macht aus gutem Grunde keine Vorschrift, sondern gibt eine sogenannte Empfehlung ab: weil Europa ein sehr verschiedenartiges Gebilde ist und weil unterschiedliche Staaten mit unterschiedlichen sozialpolitischen Voraussetzungen nicht dieselben Lösungen gebrauchen können. Das ist auch nicht zielführend. Jedes Land braucht in seiner Konstitution andere Wege, um am Ende zum Ziel zu kommen. Ich denke, dass die Empfehlung des Europäischen Rates darauf Rücksicht nimmt.

Meine Damen und Herren, wir sind seit Monaten mit den Auswirkungen des Brexits konfrontiert. Jeden Tag schaltet man das Radio ein; jeden Tag kann man sich dieses Drama verinnerlichen, das dort in Großbritannien geschieht. Ich glaube schon, dass die Europäische Union sich im Moment in einer Krise befindet. Warum tut sie das? Vielleicht gerade deshalb, weil in der Vergangenheit viel reguliert wurde, viele Vorschriften gemacht wurden und wir jetzt eben stärker darauf Rücksicht nehmen müssen, die nationalen Individualitäten auch in solchen Empfehlungen zu berücksichtigen. Es geht darum, in der Europäischen Union Vertrauen bei den Menschen zurückzugewinnen. Ich glaube, der Empfehlungscharakter, der uns hier heute zur Abstimmung vorliegt, nimmt genau darauf Rücksicht.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Meine Damen und Herren, ich möchte noch eines sagen: Die sogenannten Zielkriterien, die durch die Ratsmitglieder noch festgelegt werden sollen, werden genau durch die Ratsmitglieder festgelegt, zu denen auch die Bundesrepublik Deutschland gehört. Also, das Kind ist

Jana Schimke

- (A) weiß Gott nicht in den Brunnen gefallen, so wie es uns die AfD glauben machen will, sondern die Ausgestaltung dieser Empfehlungen, die Konsequenz, die in diesen Empfehlungen steckt, liegt am Ende in unseren Händen. Auch die Bundesregierung wird im EPSCO noch einmal auf die Unverbindlichkeit hinweisen.

Meine Damen und Herren, wir treffen hier im Deutschen Bundestag die Entscheidungen. Das ist gut, das ist richtig; das zeigt, worum es in Europa geht. Europa kann irgendwo eine Richtung vorgeben, kann Anregungen geben; aber die Hoheit der Nationalstaaten bleibt selbstverständlich weiterhin gewahrt. Genau aus diesem Grunde und genau deswegen, weil diese Empfehlung das wiedergibt, werden wir dieser Empfehlung heute zustimmen.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner für die SPD-Fraktion: der Kollege Dr. Martin Rosemann.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Martin Rosemann (SPD):**

- Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Wir begrüßen die Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Selbstständige. Das ist ein wichtiges Zeichen für ein soziales Europa. Meine Kollegin Dagmar Schmidt hat schon darauf hingewiesen. Soziales Europa – das steht im Koalitionsvertrag, und das ist im Interesse der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Mehrere Vorredner haben schon darauf hingewiesen, dass diese Empfehlungen rechtlich nicht verbindlich sind. Sie zeigen aber politischen Handlungsbedarf auf – in allen europäischen Ländern und, Herr Cronenberg, auch in Deutschland. Wir sollten uns nicht anmaßen, dass bei uns alles richtig läuft. Das gilt für das Thema Minijobs, und es gilt vor allem für den sozialen Schutz von Selbstständigen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der Abg. Jessica Tatti [DIE LINKE])

Wir haben ein verändertes Bild von Selbstständigkeit. In den letzten 20 Jahren hat die Selbstständigkeit in Deutschland zugenommen. Mittlerweile sind mehr als die Hälfte der Selbstständigen Selbstständige ohne Beschäftigte, sogenannte Soloselbstständige. Selbstständige haben heute nicht mehr unbedingt ein hohes Einkommen und ein dickes Vermögen, sondern haben sogar ein relativ hohes Armutsrisiko. Im Alter ist das Armutsrisiko höher als bei abhängig Beschäftigten, und entsprechend ist auch die Grundsicherungsquote doppelt so hoch. Die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und Selbstständigkeit ist im Einzelfall schwieriger geworden. Die Zahl der Übergänge von abhängiger Beschäftigung

zur Selbstständigkeit – bzw. umgekehrt – hat massiv zugenommen. (C)

All das spricht aus unserer Sicht dafür, dass wir eine verbindliche Absicherung von Selbstständigen in der sozialen Sicherung schaffen, und zwar nicht nur für Soloselbstständige.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des Abg. Matthias W. Birkwald [DIE LINKE])

Deshalb hat die SPD-Bundestagsfraktion bereits in der letzten Wahlperiode ein Konzept zur umfassenden sozialen Sicherung von Selbstständigen vorgelegt. Erste Schritte aus diesem Konzept haben wir im Koalitionsvertrag verabredet. Dazu gehört – das haben wir ja bereits umgesetzt –, dass wir den Mindestbeitrag für Selbstständige in der gesetzlichen Krankenversicherung halbiert haben. Das haben wir Sozialdemokraten durchgesetzt – gegen den erbitterten Widerstand der Union.

(Beifall bei der SPD – Widerspruch bei der CDU/CSU)

– Doch, das ist die Wahrheit.

Der nächste Schritt heißt: verbindliche Altersvorsorge für Selbstständige. Ich bin Bundesminister Heil sehr dankbar, dass er den entsprechenden Gesetzentwurf angekündigt hat. Unser Weg heißt: Einbeziehung in die gesetzliche Rente, mit Ausnahme derjenigen, die in berufsständischen Versorgungswerken versichert sind.

Frau Schimke, im Koalitionsvertrag steht eben keine Wahlfreiheit drin, sondern darin haben wir verabredet: Die gesetzliche Rentenversicherung ist der Regelfall. (D)

(Beifall der Abg. Dagmar Schmidt [Wetzlar] – [SPD] – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Aha!)

Und wir haben ein Opt-out verabredet. Wir werden jetzt miteinander klären, wie wir dieses Opt-out ausgestalten werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Meine Damen und Herren, für uns ist wichtig, dass wir, wenn wir die Selbstständigen einbeziehen, der besonderen Situation von Selbstständigen, ihren schwankenden Einnahmen, Rechnung tragen. Deswegen müssen die Beiträge strikt einkommensabhängig sein. Deswegen brauchen wir auch besondere Regelungen für Gründerinnen und Gründer.

Ich weiß sehr wohl, dass es bei den Selbstständigen Vorbehalte gegen eine verpflichtende Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung gibt.

(Zuruf des Abg. Marian Wendt [CDU/CSU])

Aber ich will an der Stelle sagen: Die gesetzliche Rentenversicherung ist nicht nur eine Altersabsicherung, sondern sie gewährt auch Leistungen wie Prävention, Rehabilitation und Nachsorgeleistungen, die wir in dieser Koalition in der vergangenen Legislaturperiode gestärkt haben. Sie bietet den Schutz vor Erwerbsminderung, und sie bietet eine Hinterbliebenenversorgung.

**Dr. Martin Rosemann**

- (A) Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, uns geht es darum, Schutz und Chancen nicht nur für abhängig Beschäftigte, sondern für alle Erwerbstätigen in Deutschland, auch für Selbstständige, zu gewährleisten – Schutz und Chancen im Wandel, mit dem Sozialstaat als Partner für alle Erwerbstätigen in Deutschland.

(Beifall bei der SPD – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Schauen wir mal, was draus wird!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der letzte Redner: Kai Whittaker, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Kai Whittaker (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Werte Kollegen! Wir stimmen gleich darüber ab, ob der deutsche Vertreter im Rat der vorliegenden Empfehlung zustimmen darf. Ich frage mich schon, warum zu einer solchen Banalität ausgerechnet die AfD-Fraktion eine namentliche Abstimmung beantragt hat. Wenn ich mir Sie anhöre, Herrichert, dann weiß ich die Antwort: Sie haben Angst, Angst vor Europa, weil Sie es nicht verstehen.

(Zurufe von der AfD – Abg. Martinichert [AfD] meldet sich zu einer Zwischenfrage)

Gegen Verständnislosigkeit hilft Nachlesen. Deshalb möchte ich noch einmal zitieren, über was wir hier gleich abstimmen. Zitat:

- (B) Den Mitgliedstaaten wird empfohlen, allen Arbeitnehmern und Selbstständigen in den Mitgliedstaaten Zugang zu einem angemessenen Sozialschutz zu gewähren, ... unbeschadet der Zuständigkeit der Mitgliedstaaten ...

Meine Damen und Herren, wer das heute Abend ablehnt, der ist in Wahrheit dagegen, dass Franzosen, dass Polen, dass Italiener, dass Rumänen, dass Schweden, dass Bulgaren Zugang zur Rente bekommen.

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Herr Kollege, gestatten Sie eine Zwischenfrage?

**Kai Whittaker (CDU/CSU):**

Nein.

(Zuruf des Abg. Kay Gottschalk [AfD])

Der ist dafür, dass sie keinen Zugang zur Arbeitslosenversicherung bekommen, dass sie keinen Krankenversicherungsschutz bekommen. Ich halte es für skandalös, dass Sie diesen Menschen das verwehren wollen, obwohl sie in diesem Land rechtmäßig sind, hier arbeiten und Steuern zahlen.

(Beifall bei der SPD und der LINKEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Sie haben deshalb Angst vor Europa, weil Sie glauben, Europa mischt sich ein. Aber schauen wir uns doch mal die Empfehlungen an! Es geht darum, eine formel-

le Absicherung zu gewährleisten, sprich: abhängig Beschäftigte verpflichtend versichern und Selbstständige freiwillig versichern. Haken dran; das ist Rechtslage in Deutschland. (C)

Es geht um eine tatsächliche Absicherung, also darum, dass man Beiträge zahlen muss, um Leistungen zu erhalten. Haben Sie schon mal was vom Äquivalenzprinzip in der Rente gehört? Wer mehr einzahlt, der bekommt auch mehr Geld raus. Auch da: Haken dran; ist Rechtslage in Deutschland.

Es geht um die Angemessenheit bei der Sozialversicherung, also darum, dass man zügig einen sozialen Schutz bekommt. Die Anwartschaftszeit bei der Rentenversicherung beträgt fünf Jahre, bei der Arbeitslosenversicherung maximal zweieinhalb Jahre. Auch da: Haken dran; ist Rechtslage in Deutschland.

Es geht um Transparenz – ich weiß gar nicht, warum Sie dagegen sind –, also darum, dass die Menschen verstehen, welche Leistungen sie warum bekommen. Bei den vielen Beratungen, die wir machen, können wir auch da sagen: Haken dran; ist Rechtslage in Deutschland.

Und es geht um die Evaluierung, also um eine Vergleichbarkeit der sozialen Systeme in Europa. Es geht nicht darum, ein einheitliches System zu implementieren. Weil Sozialpolitik in Europa nationalstaatlich gemacht wird, ist es so unterschiedlich. Weil wir es nicht vergleichen können, brauchen wir diese Evaluationsbasis. Deshalb müssen dem zustimmen. (D)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Und Sie haben auch Angst davor, dass Deutschland – angeblich – überfordert wird. Im Ausschuss lamentieren Sie ständig darüber, dass Rumänen, Bulgaren, Slowaken und Balten nach Deutschland kommen, um auf Kosten der Deutschen zu leben. Ich sage Ihnen, warum die Leute nach Deutschland kommen: Weil Deutschland Fachkräfte braucht,

(Lachen bei der AfD – Zuruf des Abg. Kay Gottschalk [AfD])

weil man in Deutschland gute Arbeit bekommt und weil man in Deutschland eine gute soziale Absicherung hat.

(Kay Gottschalk [AfD]: Machen Sie die Augen auf, und nutzen Sie die Brille!)

Das bedeutet im Umkehrschluss, dass sie das in ihren Herkunftsländern nicht haben. Deshalb braucht es diese Empfehlung. Wenn Sie wollen, dass diese Menschen in ihrer Heimat eine Perspektive haben, dann braucht es diese Empfehlung. Sie sollten mal zur Kenntnis nehmen, dass die Länder in Osteuropa nur die Hälfte von dem ausgeben, was in Westeuropa für sozialen Schutz aufgewendet wird. Damit sich das ändert, braucht es diese Empfehlung.

(Beifall bei Abgeordneten der LINKEN)

**Kai Whittaker**

- (A) Ich glaube, Sie haben nicht Angst vor Europa; Sie haben Angst vor der nächsten Europawahl. Ihnen gehen die Themen aus. Ihnen gehen die Flüchtlinge aus.

(Lachen bei der AfD – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Bei Ihrer Politik kommen immer mehr!)

Deshalb brauchen Sie jetzt den sozialen Neid, und den schüren Sie.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Ich kann jedem Kollegen nur zurufen: Wer möchte, dass der soziale Zusammenhalt in Europa gestärkt wird, der stimmt jetzt zu.

Danke schön.

(Beifall bei der CDU/CSU, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Ich schließe die Aussprache.

- (B) Wir kommen zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zum Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbstständige. Der Ausschuss für Arbeit und Soziales empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9292, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/8460 anzunehmen. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Das sind Linke, SPD, Grüne und CDU/CSU. Wer stimmt dagegen? – AfD und FDP. Damit ist der Gesetzentwurf in der zweiten Beratung angenommen.

Wir kommen zur

### **dritten Beratung**

und Schlussabstimmung. Wir stimmen über den Gesetzentwurf auf Verlangen der Fraktion der AfD namentlich ab. Ich bitte die Schriftführerinnen und Schriftführer, die vorgesehenen Plätze einzunehmen. – An der Bundsratsbank fehlt noch ein Schriftführer der Opposition. – Sind alle Urnen besetzt? – Das ist der Fall. Ich eröffne die namentliche Schlussabstimmung.

Ist ein Mitglied des Hauses anwesend, das seine Stimme noch nicht abgegeben hat? – Bitte zügig einwerfen!

Jetzt frage ich noch mal: Ist ein Mitglied des Hauses anwesend, das seine Stimme noch nicht abgegeben hat? – Das ist nicht der Fall. Ich schließe die Abstimmung und bitte die Schriftführerinnen und Schriftführer, mit der Auszählung zu beginnen. Das Ergebnis wird Ihnen später bekannt gegeben.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Ergebnis Seite 11460 C

Ich rufe den Zusatzpunkt 8 auf:

(C)

Beratung des Antrags der Abgeordneten Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

### **Schutz der liberalen Demokratie in Europa**

#### **Drucksache 19/9225**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union

Interfraktionell sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Dazu gibt es keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Bevor ich die Aussprache eröffne, möchte ich Sie bitten, Platz zu nehmen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat für die FDP-Fraktion der Kollege Konstantin Kuhle.

(Beifall bei der FDP)

**Konstantin Kuhle (FDP):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Anfang 2016 verschwand hier in Berlin die damals 13-jährige Lisa aus einer deutsch-russischen Familie. Daraufhin erstatteten ihre Eltern eine Vermisstenanzeige. Schon am nächsten Tag tauchte Lisa wieder auf und gab gegenüber der Polizei an, sie sei von drei unbekanntem – Zitat – „Südländern“ verschleppt, festgehalten und vergewaltigt worden.

(D)

Im späteren Verlauf der Vernehmungen stellte sich heraus, dass sie freiwillig bei einem Freund übernachtet hatte und sich wegen Schulproblemen nicht nach Hause traute. Rechtsmedizinische Untersuchungen ergaben, dass eine Vergewaltigung nicht stattgefunden hatte.

(Dr. Bernd Baumann [AfD]: Zum Thema!)

Später wurden zwei Männer im Alter von damals 20 und 23 Jahren zu Bewährungsstrafen verurteilt, weil sie mit dem Mädchen zwar einvernehmliche, aber strafbare sexuelle Kontakte unterhielten.

Eigentlich ist der Fall damit gelöst. Eigentlich ist der Fall Lisa damit einem Ergebnis zugeführt. Aber vor drei Jahren hat der Fall Lisa hier in Deutschland weite Kreise gezogen. Das staatliche russische Fernsehen verbreitete Berichte, dass die Vergewaltigung eines russischen Mädchens durch einen Flüchtling in Deutschland vertuscht worden sei. Die Berichte wurden weit geteilt. Es kam zu Demonstrationen. Etwa 10 000 Menschen gingen in Deutschland auf die Straße, davon 1 000 vor dem Kanzleramt. Und der russische Außenminister Lawrow, er stellte sich hin und warf den deutschen Behörden Vertuschung vor.

Meine Damen und Herren, dieser Fall Lisa im Jahr 2016, er war ein Musterbeispiel für eine Destabilisierungskampagne, die gegen die liberale Demokratie durchgeführt wird. Die Fraktion der Freien Demokraten, sie legt Ihnen heute ein Konzept vor, wie wir den Schutz

**Konstantin Kuhle**

- (A) der liberalen Demokratie intensivieren müssen. Darüber müssen wir vor der Europawahl sprechen.

(Beifall bei der FDP sowie des Abg. Christian Petry [SPD])

Das Ziel solcher Kampagnen ist völlig klar: Die Europäische Union soll delegitimiert werden. Zweifel an der NATO sollen gesät werden. Es sollen staatliche Institutionen untergraben und unterwandert werden. Mit einem ganz einfachen Ziel: Es soll beispielsweise abgelenkt werden von der Lage der Opposition in Russland. Es soll abgelenkt werden vom völkerrechtswidrigen Vorgehen Russlands auf der Krim und in der Ostukraine.

Es hört bei den Kampagnen nicht mit Desinformation auf, sondern geht weiter, wie zum Beispiel mit dem massenhaften Einsatz von Trollen und Social Bots in den sozialen Medien wie beim Brexit. Wir beobachten eine verdeckte Finanzierung von politischen Parteien wie beispielsweise beim Front National in Frankreich. Wir beobachten Cyberangriffe wie die im Jahre 2016 gegen die Demokratische Partei in den Vereinigten Staaten und auch gegen die IT-Infrastruktur des Bundestages im Jahr 2015.

Und, meine Damen und Herren, wir beobachten Kontakte zu Politikern und Parteien, die empfänglich sind für autoritäre und antiwestliche Tendenzen wie im Fall Frohnmaier und AfD.

(Beifall bei der FDP und der CDU/CSU – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Schwachsinn, Herr Kuhle! Wie immer: Schwachsinn!)

(B)

Die Kooperation mit Politikern und Parteien ist dabei völlig ideologiefrei. Wladimir Putin ist es egal, ob sein Krieg in der Ukraine von Linksradikalen oder von Rechtsradikalen verteidigt wird. Er arbeitet mit beiden zusammen und ist bereit, die Destabilisierung der liberalen Demokratie mit beiden zu machen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Wir legen Ihnen heute einige Ideen vor, was man dagegen tun kann.

(Siegbert Droese [AfD]: Jetzt fangen Sie mal an!)

Wir können mehr investieren in Diplomatie, in Öffentlichkeitsarbeit, in fremdsprachige Medienarbeit. Wir können uns darum kümmern, dass die europäische Zusammenarbeit beim Kampf gegen Desinformation intensiviert wird, wie es Macron vorschlägt. Wir können mehr tun für die Transparenz bei der Parteienfinanzierung aus dem Ausland.

(Zuruf des Abg. Petr Bystron [AfD])

Und wir können uns dafür einsetzen, dass die IT-Sicherheit gestärkt wird.

Meine Damen und Herren von der AfD, eines kann ich Ihnen nicht ersparen, weil Sie hier gerade so laut reagiert haben: Ihr Parteichef und Spitzenkandidat zur Europawahl, Jörg Meuthen, war doch vergangenes Wochenende

in Mailand, um sich mit Herrn Salvini zu treffen, um eine Allianz für die Europawahl aufzubauen. (C)

(Siegbert Droese [AfD]: Es war am Montag!)

Die FPÖ in Österreich hat schon erklärt, dass sie mitmachen will.

Ich will Ihnen mal was zu Ihren neuen Freunden sagen: Der niederländische und der britische Geheimdienst geben mittlerweile keine Informationen mehr an Österreich weiter, weil sie Sorge haben, dass die Sachen direkt nach Moskau durchgestochen werden.

(Lachen bei der AfD – Siegbert Droese [AfD]: Da sehen Sie mal, wie es in Europa aussieht!)

Salvini war vor der Europawahl im Dialog mit einer russischen Staatsfirma, um darüber zu sprechen, wie der Europawahlkampf der Lega aus Russland finanziert werden kann. Salvini, Le Pen, Strache und die AfD: Das ist ein und dieselbe gefährliche Mischpoche von Putins Gnaden.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Sie sind die Mischpoche, Herr Kuhle!)

Wir müssen vor der Europawahl mit dieser Diskussion heute ein Zeichen gegen diese Tendenzen setzen. Die liberale Demokratie, sie muss bei der Europawahl verteidigt werden. Fangen wir heute damit an!

Vielen Dank. (D)

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Ein richtiger Kuhle! – Jürgen Braun [AfD]: Was haben Sie denn heute genommen, Herr Kuhle? – Gegenruf des Abg. Dr. Alexander Gauland [AfD]: Der braucht gar nichts nehmen; der ist immer so!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Als Nächstes hat das Wort der Kollege Philipp Amthor, CDU/CSU-Fraktion.

**Philipp Amthor (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich will zunächst sagen: Wir haben in Europa-Debatten von der FDP schon schlechtere Anträge gesehen. Vielen Punkten, die hier in dem Plädoyer enthalten waren, können wir insbesondere in der Zielstellung zustimmen. Es ist richtig und es sollte unser gemeinsames Anliegen sein, gerade auch vor der Europawahl, die Integrität von Wahlen zu schützen. Es sollte unser gemeinsames Ansinnen sein, die Institutionen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten zu schützen.

Es ist richtig – wie Sie es in Ihrem Antrag vorschlagen –, die politischen Stiftungen in ihrer Arbeit im Ausland zu fördern und sich klar gegen Fake News und gegen Desinformationskampagnen zu bekennen. Liebe

**Philipp Amthor**

- (A) Kolleginnen und Kollegen, ich glaube, es ist richtig, vorzuschicken, dass das uns ein gemeinsames Anliegen sein kann.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP)

Ich will ausdrücklich sagen: Ich kann den Ausführungen des Kollegen Kuhle zum Thema Russland und zu den Gefahren, die von Russland auch für unsere staatlichen Institutionen ausgehen, zustimmen. Denn auch für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion ist es ein Skandal, wenn sich die Medienberichterstattung über das Verhältnis des AfD-Abgeordneten Frohnmaier zu Russland bewahrheitet. Dem müssen wir entgegenreten. Wenn Sie von der AfD es ernst meinen würden, dann würden Sie sich an die Spitze der Aufklärung dieser Vorwürfe stellen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP – Dr. Alexander Gauland [AfD]: Da gibt es nichts aufzuklären!)

Wir sind uns also einig in dem, was die Zielstellung angeht. Nur – das gehört auch zur Wahrheit –: Die FDP hat heute vieles gesagt, was in der Zielstellung richtig ist. Aber sie hat gleichzeitig doch dieses Thema zuallererst aufgesetzt, um – das kann ich ja verstehen – ein kleines glühendes Plädoyer noch vor der Europawahl abzusetzen. Das ist in Ordnung.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Natürlich!)

Aber mit den Lösungen, lieber Herr Kollege Kuhle, war es dann doch eher ein bisschen magerer; denn hier ist, wie ich finde, eine kritische Auseinandersetzung schon ein Stück weit notwendig. Da will ich den Blick insbesondere auf den Vorschlag der FDP werfen, eine europäische Agentur für Demokratie einzuführen,

(B)

(Konstantin Kuhle [FDP]: Das ist Macrons Vorschlag! – Dr. Franziska Brantner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das ist der Vorschlag von Macron!)

wie sie Emmanuel Macron vorgeschlagen hat. Die Grünen und die FDP sind ja vor Verzückung schon ganz begeistert. Emmanuel Macron – was für ein toller Typ!

(Konstantin Kuhle [FDP], an die Abg. Dr. Franziska Brantner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN] gewandt: Das ist unser Mann, nicht eurer!)

– Ja, genau, ihr freut euch schon. Ihr könnt zusammen mit Macron Hand in Hand gehen.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Zusammen mit Macron die EVP absetzen!)

Ich kann verstehen, dass die FDP von Macron begeistert ist. Er schaut am Tag bestimmt genauso oft in den Spiegel wie Christian Lindner.

(Heiterkeit bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD, der AfD und der LINKEN – Dr. Christian Jung [FDP]: Eigentlich sind Sie hier der Schönste, Herr Amthor! – Dr. Franziska Brantner [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Oder wie Sie, Herr Amthor!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

(C)

Herr Kollege, gestatten Sie eine Zwischenfrage des Kollegen Hebner?

**Philipp Amthor (CDU/CSU):**

Von Herrn Hebner? Ja, gerne.

(Abg. Christian Lindner [FDP] begibt sich in die vorderen Reihen der FDP-Fraktion)

– Oh, herzlich willkommen!

(Zurufe des Abg. Dr. Diether Dehm [DIE LINKE])

**Martin Hebner (AfD):**

Vielen Dank, Herr Amthor, für das Zulassen der Zwischenfrage. – Sie haben gerade das Verhältnis zu Herrn Putin angesprochen. Haben Sie sich eigentlich mal mit Ihrem Koalitionspartner unterhalten, aus deren Reihen der frühere Bundeskanzler namens Schröder kommt und der von Herrn Putin in einer großen Firma – nennen wir sie mit Namen: Gazprom – eingestellt worden ist? Herr Putin hat ihn auch in diesem Falle wirklich hofiert. Haben Sie mal mit Ihrem Koalitionspartner darüber gesprochen, welche Geheimnisse oder welche vertraulichen Informationen da eventuell geflossen sind, welche Vorbereitungen es gab, was vorher passierte?

(Ulli Nissen [SPD]: Lenken Sie doch nicht ab! Das ist doch schäbig!)

Haben Sie sich im Übrigen auch mal – anderes Thema – mit der Situation in Frankreich auseinandergesetzt, mit den bürgerlichen Protesten, die dort seit über 20 Wochen in über 30 Städten stattfinden und massive Verletzungen zur Folge hatten? Wissen Sie eigentlich, was da an Verletzungen zugefügt wurde? Es gab über 2 000 Schwerverletzte: mit ausgeschossenen Augen, mit abgeschossenen Händen und Füßen. Wissen Sie auch, dass es schon etwa 15 Tote gab? Ist Ihnen eigentlich bewusst, was in diesem Europa momentan passiert? Und da fangen Sie an, zu scherzen und über Herrn Macron, der dafür verantwortlich ist, Witze zu reißen!

(D)

(Christian Petry [SPD]: Wohl keine Redezeit gekriegt!)

Ist Ihnen eigentlich die Situation bewusst, die da herrscht?

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Okay, die Frage wurde verstanden. – Herr Kollege Amthor.

**Philipp Amthor (CDU/CSU):**

Herr Hebner, ich danke Ihnen sehr, dass Sie uns für diese Debatte jetzt noch praktischen Anschauungsstoff gegeben haben, wie nämlich Desinformation und Ablenken funktioniert.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Denn das ist der Kerninhalt der AfD.

**Philipp Amthor**

- (A) Anstatt hier auch nur mal ein Wort darüber zu verlieren, dass Sie den Vorwürfen gegenüber Herrn Frohnmaier vielleicht nachgehen, lenken Sie ab

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der Abg. Ulli Nissen [SPD])

und verweisen auf Fälle im Zusammenhang mit Gerhard Schröder und sonst was. Ich will Ihnen eines sagen: Es wäre ein Skandal, wenn Gerhard Schröder das, was er jetzt macht, als Abgeordneter des Deutschen Bundestages machen würde.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Denn das ist es, was Sie hier praktizieren.

Ich will Ihnen noch etwas zur Methode der AfD sagen: Es gibt keine Gleichheit im Unrecht.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

So argumentieren Sie hier jedes Mal! Nach dem Motto: Die CDU hatte vor ein paar Jahren eine Spendenaffäre – jetzt sind wir auch mal dran! Der Schröder hat tolle Kontakte nach Russland und kriegt Geld dafür – jetzt können wir auch mal was bekommen!

(Dr. Alexander Gauland [AfD]: So viel Geld können wir gar nicht einnehmen!)

- (B) Das ist Ihr Modus.

Ich kann nur sagen: So funktioniert das nicht. Danke für Ihr praktisches Beispiel, wie Vereinfachungen und Ablenkungen von rechts und links funktionieren. Mit uns ist das nicht zu machen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD, der FDP und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich möchte den Blick auf das konkrete Thema lenken, das ich gerade aufgeworfen habe, nämlich auf eine sachliche Auseinandersetzung mit der Frage „Brauchen wir das, was Macron vorschlägt? Brauchen wir eine europäische Agentur zum Schutz der Demokratie? Brauchen wir so etwas?“ Das klingt ja großartig und toll; aber bisher habe ich von der FDP eigentlich einen klügeren Ansatz gekannt. Denn bisher sagte die FDP immer: Bevor man neue Behörden schafft, sollte man darüber nachdenken, ob diese auch einen Mehrwert bringen. Hier wird zuallererst eine neue Behörde gefordert; allerdings ist der Mehrwert nicht zu sehen. Deswegen: Hinterfragen Sie mal ganz ehrlich, ob Ihr Freund Emmanuel Macron auch wirklich immer für unsere gemeinsamen europäischen Interessen und für unser deutsches Interesse steht.

Dass das nicht so ist, kann man an einem praktischen Beispiel sehen, nämlich an der Frage, ob es für die Europäische Union einen gemeinsamen Sitz im Sicherheitsrat

der Vereinten Nationen geben soll. Das ist sicherlich ein vernünftiger Vorschlag, aber ein Vorschlag, der nicht zuallererst im Interesse Frankreichs liegt. Deswegen lehnt Ihr Kumpel Emmanuel Macron das auch ab. (C)

(Christian Lindner [FDP]: Sie haben keine Antwort für Macron! Das ist die Wahrheit!)

Deswegen: Seien Sie vorsichtig, wer Ihre Freunde sind. Emmanuel Macrons Meinungen zu übernehmen, steht nicht immer für das, was in unserem deutschen Interesse liegt, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Wenn es dann um den europäischen Mehrwert geht, frage ich mich: Was soll diese Agentur zum Schutz der Demokratie denn tun?

(Christian Lindner [FDP]: Das sind ja AfD-Methoden!)

Sie soll unsere Cybersicherheit erhöhen. Sie soll vor Hacking schützen. Sie soll vor Desinformationskampagnen schützen. Ich sage im Namen unserer Fraktion: Genau dafür haben wir starke und gute Sicherheitsbehörden. Genau dafür haben wir funktionierende Polizeibehörden. Genau dafür haben wir einen Verfassungsschutz.

(Zurufe von der LINKEN)

Ich würde mir wünschen, Sie würden genauso leidenschaftlich, wie Sie hier dafür werben, eine neue Agentur zu schaffen, auch mal für unsere Sicherheitsbehörden kämpfen; aber die bekommen von Ihnen immer nur Misstrauen. Das ist nicht unser Ansatz. (D)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Konstantin Kuhle [FDP]: Da klatschen nicht mal Ihre eigenen Leute!)

Wir wollen deswegen den Verfassungsschutz zuallererst auf der Ebene der Mitgliedstaaten realisieren. Dafür müssen wir unsere Sicherheitsbehörden stärken. Sie brauchen nicht Ihr Misstrauen, das man im Antrag daran sieht, wie Sie mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik umgehen: Sie tun so, als stünde es unter der Kontrolle und politischen Leitung des Innenministeriums.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Interessenkonflikt!)

– Das ist eben kein Interessenkonflikt, wie Sie hereinrufen. Das ergibt sich schon aus dem gesetzlichen Auftrag des BSI.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Kann ja trotzdem ein Interessenkonflikt sein!)

Dabei geht es darum, Schwachstellen gezielt auszumerken. Genau das macht das BSI auch. Ich weise dieses Misstrauen gegenüber unseren Sicherheitsbehörden zurück. Das ist nicht der richtige Weg.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)



**Philipp Amthor**

(A) Stattdessen geht es um die Frage: Wo können wir einen europäischen Mehrwert schaffen? Ich sehe, dass wir dann, wenn es um den Eigenschutz der Institutionen der Europäischen Union geht, auch über Verfahren nachdenken können. Aber das geht eben Hand in Hand. Und auch wenn bald die Europawahl ist, ist heute nicht der richtige Tag, um auf dem Rücken der nationalen Sicherheitsbehörden hier für mehr Behörden in Europa zu werben. Da hätte ich von der FDP Besseres erwartet.

Ich will zum Schluss aber etwas Versöhnliches sagen. Es gibt, wie gesagt, viele vernünftige Ansatzpunkte, die wir auch teilen; darüber können wir sachlich reden. Und immerhin: Man hat sich bemüht, dem Anspruch der Serviceopposition gerecht zu werden. Da ist noch Luft nach oben;

(Heiterkeit bei der CDU/CSU)

<b>Endgültiges Ergebnis</b>	
Abgegebene Stimmen:	597;
davon	
ja:	456
nein:	139
enthalten:	2

**Ja****CDU/CSU**

(B) Dr. Michael von Abercron  
Stephan Albani  
Norbert Maria Altenkamp  
Philipp Amthor  
Peter Aumer  
Dorothee Bär  
Thomas Bareiß  
Maik Beeremann  
Manfred Behrens (Börde)  
Sybille Benning  
Dr. André Berghegger  
Melanie Bernstein  
Christoph Bernstiel  
Peter Beyer  
Marc Biadacz  
Steffen Bilger  
Peter Bleser  
Dr. Reinhard Brandl  
Michael Brand (Fulda)  
Silvia Breher  
Sebastian Brehm  
Heike Brehmer  
Ralph Brinkhaus  
Dr. Carsten Brodesser  
Gitta Connemann  
Alexander Dobrindt  
Michael Donth

Marie-Luise Dött  
Hansjörg Durz  
Thomas Erndl  
Hermann Färber  
Uwe Feiler  
Enak Ferlemann  
Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)  
Dr. Maria Flachsbarth  
Thorsten Frei  
Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof)  
Michael Frieser  
Hans-Joachim Fuchtel  
Ingo Gädechens  
Dr. Thomas Gebhart  
Alois Gerig  
Eberhard Gienger  
Eckhard Gnodtke  
Ursula Groden-Kranich  
Hermann Gröhe  
Klaus-Dieter Gröhler  
Michael Grosse-Brömer  
Astrid Grotelüschen  
Markus Grübel  
Manfred Grund  
Monika Grütters  
Fritz Güntzler  
Olav Gutting  
Christian Haase  
Florian Hahn  
Jürgen Hardt  
Matthias Hauer  
Mark Hauptmann  
Dr. Matthias Heider  
Mechthild Heil  
Thomas Heilmann  
Mark Helfrich

aber das Thema bietet immerhin Stoff für gute Diskussionen. (C)

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Herr Kollege Amthor.

Ich gebe Ihnen das von den Schriftführerinnen und Schriftführern ermittelte **Ergebnis der namentlichen Abstimmung** über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zum Vorschlag für eine Empfehlung des Rates zum Zugang zum Sozialschutz für Arbeitnehmer und Selbständige bekannt: abgegebene Stimmen 597. Mit Ja haben gestimmt 456. Mit Nein haben gestimmt 139, Enthaltungen 2. Der Gesetzentwurf ist angenommen.

Rudolf Henke	Dr. Katja Leikert
Michael Hennrich	Dr. Andreas Lenz
Marc Henrichmann	Antje Lezius
Ansgar Heveling	Andrea Lindholz
Dr. Heribert Hirte	Dr. Carsten Linnemann
Christian Hirte	Patricia Lips
Alexander Hoffmann	Nikolas Löbel
Karl Holmeier	Dr. Jan-Marco Luczak
Erich Irlstorfer	Daniela Ludwig
Thomas Jarzombek	Karin Maag
Andreas Jung	Dr. Thomas de Maizière (D)
Ingmar Jung	Gisela Manderla
Alois Karl	Dr. Astrid Mannes
Anja Karliczek	Hans-Georg von der Marwitz
Torbjörn Kartes	Andreas Mattfeldt
Volker Kauder	Stephan Mayer (Altötting)
Dr. Stefan Kaufmann	Dr. Michael Meister
Ronja Kemmer	Jan Metzler
Roderich Kiesewetter	Dr. Mathias Middelberg
Michael Kießling	Dietrich Monstadt
Dr. Georg Kippels	Karsten Möring
Volkmar Klein	Elisabeth Motschmann
Axel Knoerig	Axel Müller
Jens Koeppen	Sepp Müller
Markus Koob	Carsten Müller
Alexander Krauß	(Braunschweig)
Gunther Krichbaum	Stefan Müller (Erlangen)
Dr. Günter Krings	Petra Nicolaisen
Rüdiger Kruse	Dr. Georg Nüßlein
Michael Kuffer	Wilfried Oellers
Dr. Roy Kühne	Florian Oßner
Dr. Dr. h. c. Karl A. Lamers	Josef Oster
Andreas G. Lämmel	Henning Otte
Katharina Landgraf	Sylvia Pantel
Ulrich Lange	Martin Patzelt
Dr. Silke Launert	Dr. Joachim Pfeiffer
Jens Lehmann	Dr. Christoph Ploß
Paul Lehrieder	Eckhard Pols

(A)	<p>Thomas Rachel Alexander Radwan Alois Rainer Eckhardt Rehberg Lothar Riebsamen Johannes Röring Dr. Norbert Röttgen Stefan Rouenhoff Erwin Rüdell Albert Rupprecht Stefan Sauer Anita Schäfer (Saalstadt) Jana Schimke Tankred Schipanski Dr. Claudia Schmidtke Christian Schmidt (Fürth) Patrick Schnieder Nadine Schön Felix Schreiner Dr. Klaus-Peter Schulze Uwe Schummer Armin Schuster (Weil am Rhein) Torsten Schweiger Detlef Seif Johannes Selle Reinhold Sendker Dr. Patrick Sensburg</p>	<p>Kees de Vries Dr. Johann David Wadephul Nina Warken Kai Wegner Albert H. Weiler Marcus Weinberg (Hamburg) Dr. Anja Weisgerber Peter Weiß (Emmendingen) Sabine Weiss (Wesel I) Ingo Wellenreuther Marian Wendt Kai Whittaker Bettina Margarethe Wiesmann Klaus-Peter Willsch Elisabeth Winkelmeier-Becker Oliver Wittke Emmi Zeulner Paul Ziemiak Dr. Matthias Zimmer</p>	<p>Bettina Hagedorn Rita Hagl-Kehl Sebastian Hartmann Dirk Heidenblut Wolfgang Hellmich Dr. Barbara Hendricks Gustav Herzog Gabriele Hiller-Ohm Thomas Hitschler Dr. Eva Högl Frank Junge Thomas Jurk Oliver Kaczmarek Elisabeth Kaiser Ralf Kapschack Cansel Kiziltepe Arno Klare Lars Klingbeil Dr. Bärbel Kofler Daniela Kolbe Elvan Korkmaz Christine Lambrecht Christian Lange (Backnang) Dr. Karl Lauterbach Helge Lindh Kirsten Lühmann Caren Marks Katja Mast Christoph Matschie Hilde Mattheis Dr. Matthias Miersch Klaus Mindrup Susanne Mittag Falko Mohrs Claudia Moll Siemtje Möller Detlef Müller (Chemnitz) Dr. Rolf Mützenich Dietmar Nietan Ulli Nissen Mahmut Özdemir (Duisburg) Christian Petry Detlev Pilger Florian Post Achim Post (Minden) Florian Pronold Martin Rabanus Andreas Rimkus Sönke Rix Dennis Rohde Dr. Martin Rosemann René Röspel Dr. Ernst Dieter Rossmann Michael Roth (Heringen) Susann Rüttrich Bernd Rützel Sarah Ryglewski</p>	<p>Johann Saathoff Dr. Nina Scheer Marianne Schieder Udo Schiefner Uwe Schmidt Ulla Schmidt (Aachen) Dagmar Schmidt (Wetzlar) Carsten Schneider (Erfurt) Johannes Schrapf Michael Schrodin Dr. Manja Schüle Ursula Schulte Swen Schulz (Spandau) Stefan Schwartzke Andreas Schwarz Rita Schwarzelühr-Sutter Rainer Spiering Svenja Stadler Martina Stamm-Fibich Sonja Amalie Steffen Mathias Stein Kerstin Tack Claudia Tausend Michael Thews Markus Töns Carsten Träger Marja-Liisa Völlers Dirk Vöpel Gabi Weber Bernd Westphal Dirk Wiese Gülistan Yüksel Dagmar Ziegler Stefan Zierke Dr. Jens Zimmermann</p>	(C)
	<p><b>SPD</b></p> <p>Ingrid Arndt-Brauer Heike Baehrens Ulrike Bahr Nezahat Baradari Dr. Katarina Barley Doris Barnett Dr. Matthias Bartke Sören Bartol Bärbel Bas Lothar Binding (Heidelberg) Leni Breymaier Dr. Karl-Heinz Brunner Katrín Budde Martin Burkert Dr. Lars Castellucci Bernhard Daldrup Dr. Daniela De Ridder Dr. Karamba Diaby Esther Dilcher Sabine Dittmar Dr. Wiebke Esdar Saskia Esken Yasmin Fahimi Dr. Johannes Fechner Dr. Fritz Felgentreu Dr. Edgar Franke Dagmar Freitag Michael Gerdes Martin Gerster Angelika Glöckner Timon Gremmels Kerstin Griese Uli Grötsch</p>				
(B)	<p>Thomas Silberhorn Björn Simon Tino Sorge Jens Spahn Frank Steffel Dr. Wolfgang Stefinger Albert Stegemann Sebastian Steineke Johannes Steiniger Peter Stein (Rostock) Christian Frhr. von Stetten Dieter Stier Gero Storjohann Stephan Stracke Max Straubinger Michael Stübgen Dr. Peter Tauber Dr. Hermann-Josef Tebroke Hans-Jürgen Thies Alexander Throm Dr. Dietlind Tiemann Antje Tillmann Markus Uhl Dr. Volker Ullrich Arnold Vaatz Oswin Veith Kerstin Vieregge Christoph de Vries</p>				(D)
			<p><b>DIE LINKE</b></p> <p>Doris Achelwilm Simone Barrientos Dr. Dietmar Bartsch Lorenz Gösta Beutin Matthias W. Birkwald Heidrun Bluhm Christine Buchholz Birke Bull-Bischoff Jörg Cezanne Sevim Dağdelen Dr. Diether Dehm Anke Domscheit-Berg Klaus Ernst Susanne Fersch Brigitte Freihold Sylvia Gabelmann Nicole Gohlke Dr. André Hahn Heike Hänsel</p>		

(A)	<p>Matthias Höhn Andrej Hunko Ulla Jelpke Kerstin Kassner Dr. Achim Kessler Jan Korte Jutta Krellmann Caren Lay Sabine Leidig Ralph Lenkert Stefan Liebich Thomas Lutze Amira Mohamed Ali Cornelia Möhring Niema Movassat Norbert Müller (Potsdam) Zaklin Nastic Dr. Alexander S. Neu Thomas Nord Petra Pau Sören Pellmann Victor Perli Tobias Pflüger Martina Renner Bernd Riexinger Eva-Maria Schreiber Dr. Petra Sitte Helin Evrim Sommer Kersten Steinke</p>	<p>Katrin Göring-Eckardt Erhard Grundl Anja Hajduk Britta Haßelmann Dr. Bettina Hoffmann Dr. Anton Hofreiter Ottmar von Holtz Dieter Janecek Dr. Kirsten Kappert-Gonther Uwe Kekeritz Katja Keul Maria Klein-Schmeink Sylvia Kotting-Uhl Oliver Krischer Christian Kühn (Tübingen) Renate Künast Markus Kurth Monika Lazar Sven Lehmann Steffi Lemke Dr. Tobias Lindner Dr. Irene Mihalic Claudia Müller Beate Müller-Gemmeke Ingrid Nestle Dr. Konstantin von Notz Omid Nouripour Friedrich Ostendorff Cem Özdemir Lisa Paus Filiz Polat Tabea Röbner Claudia Roth (Augsburg) Dr. Manuela Rottmann Corinna Rüffer Manuel Sarrazin Ulle Schauws Stefan Schmidt Kordula Schulz-Asche Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn Margit Stumpp Markus Tressel Dr. Julia Verlinden Daniela Wagner Gerhard Zickenheiner</p>	<p>Stephan Brandner Jürgen Braun Marcus Bühl Matthias Büttner Petr Bystron Tino Chrupalla Joana Cotar Siegbert Droese Thomas Ehrhorn Berengar Elsner von Gronow Dr. Michael Ependiller Peter Felser Dietmar Friedhoff Dr. Anton Friesen Dr. Götz Frömming Dr. Alexander Gauland Dr. Axel Gehrke Albrecht Glaser Kay Gottschalk Armin-Paulus Hampel Dr. Roland Hartwig Jochen Haug Martin Hebner Udo Theodor Hemmelgarn Waldemar Herdt Lars Herrmann Karsten Hilse Nicole Höchst Martin Hohmann Dr. Bruno Hollnagel Leif-Erik Holm Fabian Jacobi Dr. Marc Jongen Jens Kestner Stefan Keuter Enrico Komning Jörn König Steffen Kotré Dr. Rainer Kraft Rüdiger Lucassen Frank Magnitz Dr. Lothar Maier Jens Maier Dr. Birgit Malsack-Winkemann Corinna Miazga Andreas Mrosek Volker Münz Sebastian Münzenmaier Christoph Neumann Jan Ralf Nolte Gerold Otten Frank Pasemann Tobias Matthias Peterka Paul Viktor Podolay Jürgen Pohl</p>	(C)
			<p>Stephan Protschka Roman Johannes Reusch Jörg Schneider Thomas Seitz Martin Sichert Detlev Spangenberg Dr. Dirk Spaniel René Springer Dr. Alice Weidel Dr. Harald Weyel Wolfgang Wiehle Dr. Heiko Wildberg Dr. Christian Wirth</p>	
			<p><b>FDP</b> Grigorios Aggelidis Renata Alt Christine Aschenberg-Dugnus Nicole Bauer Jens Beeck Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar) Mario Brandenburg (Südpfalz) Dr. Marco Buschmann Carl-Julius Cronenberg Britta Katharina Dassler Bijan Djir-Sarai Christian Dürr Hartmut Ebbing Dr. Marcus Faber Otto Fricke Thomas Hacker Markus Herbrand Torsten Herbst Katja Hessel Dr. Gero Clemens Hocker Manuel Höferlin Dr. Christoph Hoffmann Reinhard Houben Olaf In der Beek Gyde Jensen Dr. Christian Jung Thomas L. Kemmerich Karsten Klein Daniela Kluckert Pascal Kober Dr. Lukas Köhler Carina Konrad Konstantin Kuhle Alexander Kulitz Ulrich Lechte Christian Lindner Michael Georg Link (Heilbronn)</p>	
(B)	<p>Friedrich Straetmanns Dr. Kirsten Tackmann Jessica Tatti Alexander Ulrich Kathrin Vogler Andreas Wagner Harald Weinberg Katrin Werner Hubertus Zdebel</p>			(D)
	<p><b>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</b> Luise Amtsberg Kerstin Andreae Lisa Badum Margarete Bause Dr. Danyal Bayaz Canan Bayram Dr. Franziska Brantner Agnieszka Brugger Dr. Anna Christmann Ekin Deligöz Katja Dörner Katharina Dröge Harald Ebner Matthias Gastel Kai Gehring Stefan Gelbhaar</p>			
	<p><b>Fraktionslos</b> Marco Bülow</p>			
	<p><b>Nein</b></p>			
	<p><b>AfD</b> Dr. Bernd Baumann Andreas Bleck Peter Boehringer</p>			

(A)	Till Mansmann Dr. Jürgen Martens Alexander Müller Roman Müller-Böhm Frank Müller-Rosentritt Dr. Martin Neumann (Lausitz) Hagen Reinhold Bernd Reuther Dr. Stefan Ruppert	Dr. h. c. Thomas Sattelberger Christian Sauter Dr. Wieland Schinnenburg Matthias Seestern-Pauly Frank Sitta Judith Skudelny Dr. Hermann Otto Solms Bettina Stark-Watzinger Dr. Marie-Agnes Strack- Zimmermann	Benjamin Strasser Katja Suding Linda Teuteberg Michael Theurer Stephan Thomae Manfred Todtenhausen Dr. Florian Toncar Dr. Andrew Ullmann Gerald Ullrich	Johannes Vogel (Olpe) Sandra Weeser Nicole Westig Katharina Willkomm	(C)
				<b>Enthalten</b>	
				<b>Fraktionslos</b>	
				Uwe Kamann Mario Mieruch	

*Abgeordnete, die sich wegen gesetzlichen Mutterschutzes für ihre Abwesenheit entschuldigt haben, sind in der Liste der entschuldigten Abgeordneten (Anlage 1) aufgeführt.*

Die nächste Rednerin ist die Kollegin Corinna Miazga von der AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Corinna Miazga (AfD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Geschätztes Kollegium! Lieber Herr Kuhle, als Verfasser dieses Antrags darf ich Sie auch direkt darauf ansprechen

(Konstantin Kuhle [FDP]: Klar!)

(B) und Sie fragen, ob es eigentlich Ihr Ernst ist, dass Sie über dieses geschwätziges Papier hier abstimmen lassen wollen? Sie haben darin über 20 Feststellungen formuliert. Drei Erklärungen sollen wir abgeben und dann noch mal 13 Ihrer vorgeschlagenen Forderungen an die Bundesregierung übernehmen. Das ist sehr umfangreich. Ist das Ihr Ernst, oder ist das wieder eine parlamentarische Wahlkampfinitiative Ihrer Partei?

(Konstantin Kuhle [FDP]: Das sind Informationen zur Europawahl! – Zuruf der Abg. Renate Künast [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Vielleicht muss man in diesem Lichte auch mal den Titel des Antrags betrachten: „Schutz der liberalen Demokratie“.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Schutz vor Ihnen!)

Sie versuchen, sich den Begriff der Demokratie in unzulässiger Weise zu eigen zu machen. Was ist denn liberale Demokratie?

(Konstantin Kuhle [FDP]: Das Gegenteil von Ihnen!)

Erklären Sie das doch mal.

(Beifall bei der AfD)

Es geht doch vielmehr um Ihr liberales Verständnis vom Begriff der Demokratie. So wird ein Schuh draus. So liest sich auch Ihr Antrag bei näherem Hinsehen. Einerseits stellen Sie hier im Plenum große Forderungen gegen Uploadfilter und für die Meinungsfreiheit. Und auf der anderen Seite machen Sie sich für Macrons Idee

zur Schaffung einer Agentur zum Schutz der Demokratie stark.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Lieber Macron als Le Pen!)

– Jetzt bin ich dran.

(Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: Da hat er aber recht!)

Das ist nichts als die Schaffung einer neuen Demokratiepolizei. Dieses Prinzip der Überwachung kennen die Kollegen aus dem Osten noch zur Genüge. Nein, danke!

(Beifall bei der AfD – Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

(D) Aber es geht noch weiter. Ihr Antrag beinhaltet nichts als Larmoyanz, weil Sie in den vergangenen Wahlen nicht mehr so punkten konnten wie früher.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Läuft doch super! Wir sind doch wieder da!)

– Ach, hören Sie doch auf! – Mit dem Auftauchen der AfD sind Sie 2013 schon einmal aus dem Bundestag rausgeflogen.

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Das habt ihr noch vor euch!)

Und jetzt wollen Sie Ihr persönliches Scheitern und das der anderen Parteien hier dadurch rechtfertigen, dass Sie behaupten, dass das alles das Ergebnis von unfairen Methoden, Wahlkampfbeeinflussung und unlauteren Kampagnen aus dem Ausland sei, statt sich eine Sache mal einzugestehen: Sie alle haben vollkommen abgeschlafft. Das ist der Grund, warum Sie nicht mehr gewählt werden, ganz einfach.

(Beifall bei der AfD – Konstantin Kuhle [FDP]: Wir sind doch mehr als Sie!)

Sie haben Ihre Werte aufgegeben, weil Sie bei den entscheidenden Fragen, insbesondere bei der Euro-Rettungspolitik, zuverlässig umgekippt sind, jedes verdammte Mal. Die Wähler wollen Sie nicht mehr,

(Konstantin Kuhle [FDP]: Wir sind mehr als Sie!)

**Corinna Miazga**

- (A) und Ihre jämmerliche Antwort darauf ist diese hilflose Angstbeißerei gegen den politischen Wettbewerb. Lächerlich ist es!

(Ulli Nissen [SPD]: Ist Ihnen das nicht selber peinlich?)

– Der Antifa-Supporter-Club ist auch wieder aktiv; wir hören es ja.

(Beifall des Abg. Dr. Bernd Baumann [AfD])

Man liest in Ihrem Antrag vom Einfluss fremder Mächte. Vielleicht haben Sie ein bisschen zu viel „Star Wars“ gesehen wie der Kollege Minister Scheuer, der sich ja gerade mit einem Laserschwert hat abbilden lassen. Ich weiß auch nicht, was mit Ihnen los ist. Ihnen ist gar nichts mehr peinlich.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Ihnen auch nicht! – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Das sagt die Richtige!)

Denken Sie, dass Sie mit so einem Rumgepose und mit Selfies in der Öffentlichkeit hier irgendjemandes Interesse zurückgewinnen? Das ist doch lächerlich!

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Was?)

Und dann kommen Sie in Ihrem Antrag auch noch mit dem Thema Desinformation daher. Sie wollen den Qualitätsjournalismus fördern,

(Konstantin Kuhle [FDP]: Ja!)

- (B) insbesondere solchen über EU-Angelegenheiten. Aber wer sagt denn, was Qualitätsjournalismus eigentlich ist?

(Beifall bei der AfD – Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: Nicht die AfD! – Dr. Bernd Baumann [AfD]: Relotius!)

– Zum Beispiel. – Das ist doch reine Willkür und öffnet der Zensur Tür und Tor.

(Beifall bei der AfD – Philipp Amthor [CDU/CSU]: In Deutschland jedenfalls nicht! – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Mit Zensur kennt Ihr euch ja aus! Siehe Hamburg!)

In diesem Zusammenhang weisen Sie von den Freien Demokraten ja übrigens auch auf die Idee der Kommission hin, ein unabhängiges europäisches Netz – muss man ja hier ablesen –

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Sie ja!)

von „Faktenprüfern und die Einrichtung einer sicheren europäischen Online-Plattform gegen Desinformation“ zu schaffen. Dem reden Sie das Wort.

„Wahrheitsministerien sind keine Lösung gegen Fake News“ –

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Oh Gott!)

das ist ein Zitat, die Überschrift eines Artikels aus der „Welt“ vom Januar 2018.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Hört! Hört!)

Herr Kuhle, ist das jetzt noch Qualitätsjournalismus, wenn „Die Welt“ so was Unmögliches schreibt, (C)

(Konstantin Kuhle [FDP]: Ich bin doch nicht bei der „Welt“!)

wenn sie schreibt: „Wahrheitsministerium brauchen wir nicht“?

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Wir kontrollieren die Zeitungen nicht wie Sie den „Deutschland-Kurier“!)

Und was ist, wenn ich Ihnen sage, dass der Autor der EU-Kommissar ist, der für die Sicherheitsunion zuständig ist? Ist das jetzt wieder in Ordnung, weil es ja ein Kommissar war? Und was ist, wenn ich Ihnen sage, dass es ein Brite war? Ist es jetzt wieder nicht legitim, weil es den Brexit gibt? Also: Sagen Sie es mir! Erklären Sie es!

Aber der absolute Knaller in Ihrem Antrag ist eigentlich: Sie möchten hier feststellen lassen, dass die AfD vor Strafzahlungen wegen illegaler Parteienfinanzierung steht.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Tatsache! Stimmt doch!)

Steht da drin, möchten Sie feststellen lassen. Da steht: „Der Deutsche Bundestag stellt fest: ...“.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Konstantin Kuhle [FDP]: Ist doch eine Tatsache!)

– Nein, das ist keine Tatsache. Wir sind in einem schwebenden Verfahren. (D)

(Zurufe von der LINKEN)

Ihre Verfahren sind abgeschlossen. Sie mussten zahlen. Fall Möllemann: Sie mussten zahlen.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Da war ich noch gar nicht geboren!)

Auch Sie verbreiten Fake News. Sie sind Fake News.

(Beifall bei der AfD)

Sie spielen sich hier auf als der große Wächter der Meinungsfreiheit, und Sie produzieren selber Fake News.

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Da muss sie selber lachen! Was für ein peinlicher Auftritt!)

Abschließend möchte ich Sie noch mal auf eines hinweisen: Sie kommen hier mit so einem Zeug daher wie:

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Genau! Empfehlung!)

419 russische Fake-Accounts im Zusammenhang mit Brexit-Referendum aufgefallen. – Ich frage Sie mal: Wissen Sie eigentlich, wie viele Fake-Follower Ihr Twitteraccount hat?

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Haben Sie gut vor dem Spiegel geübt! Empfehlung! Super!)

**Corinna Miazga**

- (A) Ich habe es nachgeschaut: 1 139. Es gibt nämlich auch dafür unabhängige Plattformen. Das war's von meiner Seite.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD – Gunther Krichbaum [CDU/CSU]: Sie sahen gerade das HB-Männchen!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner für die SPD-Fraktion ist der Kollege Johannes Schrapf.

(Beifall bei der SPD)

**Johannes Schrapf (SPD):**

Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Unsere aktuelle Debatte ist dem Schutz der liberalen Demokratie in Europa gewidmet. Liberale Demokratie: Bei allem Gelächter und Gekeife und Tumult, die wir jetzt in der Debatte hier schon mitbekommen haben, hat das Thema, glaube ich, heute Abend eine gewisse Ernsthaftigkeit verdient.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP)

- (B) Denn mittlerweile haben wir uns alle schon so sehr daran gewöhnt, dass wir in einer freiheitlichen und demokratischen Gesellschaft leben, dass wir an die tiefere Bedeutung des Demokratiebegriffes eigentlich kaum noch denken. Wir nehmen das Leben, in dem wir uns im wahrsten Sinne des Wortes mit allen verbundenen Freiheiten hier bei uns wiederfinden, ganz selbstverständlich zur Kenntnis. Dabei gerät der Wert unseres Umfeldes, des friedlichen und demokratischen Umfeldes der Europäischen Union, trotz seiner Besonderheit manchmal ein wenig außer Acht. Denn wir sollten nicht vergessen, dass es nur wenige Regionen auf unserem Planeten gibt, denen ähnlich lange Zeiten in Frieden und mit demokratischen Strukturen vergönnt sind. Unsere liberale Demokratie ist deshalb nichts anderes als die unabdingbare Grundlage für den Frieden und Wohlstand, den wir alle so schätzen, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des Abg. Konstantin Kuhle [FDP])

Nur ein demokratischer Staat kann seine Pflichten gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern in vollem Maße erfüllen und ihnen gleichzeitig ihre Freiheiten und Rechte vollumfänglich zugestehen. Nur in einer liberalen Demokratie kann die Einhaltung von Menschenrechten und von Minderheitenrechten gewährleistet werden. Nur in einem freien demokratischen Gemeinwesen gewährleisten rechtsstaatliche Grundsätze die Gewaltenteilung und Gleichberechtigung. Nicht umsonst sind all diese Punkte als Grundwerte der Europäischen Union in Artikel 2 des Lissabon-Vertrages fest verankert. Dazu gibt es in diesem Haus auch einen breiten demokratischen Konsens, der die Grundlage für den demokratischen Wettstreit in unserer parlamentarischen Demokratie bildet. Und deshalb ist es auch die Aufgabe aller in freien und demokratischen Wahlen gewählten Mitglieder von Parlamenten,

- also auch dieses Hauses, unsere freiheitliche Ordnung zu schützen und zu verteidigen, liebe Kolleginnen und Kollegen. (C)

Leider gibt es aber zunehmend Akteure, die den Wert dieser liberalen demokratischen Ordnung nicht gleichermaßen wertschätzen, sowohl in den Parlamenten einiger europäischer Nachbarn als auch hier bei uns im Bundestag. Vertreter populistischer und rechtsextremistischer Bewegungen nutzen die Freiheiten, die jedem Mitbürger in unserer freiheitlichen Ordnung zugestanden werden; aber sie nutzen sie, um genau diese Grundlagen freiheitlicher Demokratie von innen zu untergraben. Meinungsfreiheit wird ganz bewusst zur Desinformation und zur Verbreitung von Falschmeldungen missbraucht.

(Fabian Jacobi [AfD]: Die Bundesregierung, oder?)

Mit dem Brexit haben wir übrigens – das ist noch nicht angesprochen worden – momentan ein Paradebeispiel dafür vor Augen, welche Auswirkungen es haben kann, wenn falsche Informationen extrem verbreitet werden. Man denke nur an den großen roten Bus mit lauter falschen Behauptungen, der wochenlang durch London fuhr.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Dr. Volker Ullrich [CDU/CSU])

- Der in Sankt Petersburg geborene deutsche Schauspieler Alexej Boris, der übrigens gerade ein tolles Projekt mit der Friedrich-Ebert-Stiftung durchführt, vergleicht die liberale Demokratie mit einer Kristallvase. Mit einer Kristallvase, die man von seinen Eltern geerbt hat: zerbrechlich und teuer – und irgendwie schon die ganze Zeit da gewesen. Man benutzt sie für Blumen, tagtäglich, und sie sieht manchmal vielleicht auch ein bisschen altmodisch aus. Man passt schon irgendwie darauf auf, aber eine gewisse Routine im Umgang schleicht sich ein. (D)

Von wem geht also Gefahr für diese Vase aus, von wem Gefahr für die Demokratie? Von denen, die sie tagtäglich routiniert benutzen. Wenn Routine sich einschleicht, dann ist die Abstumpfung nicht mehr weit: „Es ist doch schon immer gut gegangen. Warum sollte sie ausgerechnet heute kaputtgehen?“ Die Demokratie geht vielleicht nicht so kaputt wie eine Vase, die runterfällt. Aber auch sie bekommt nach und nach Risse, wenn Unachtsamkeit und Routine Einzug halten. Zugegebenermaßen: Alles in allem ist das vielleicht ein wenig pathetisch. Aber wenn es um Demokratie geht, dann darf man aus meiner Sicht auch mal pathetisch sein. Und vielleicht sollten wir die Augen offen halten, aufmerksam sein und nicht alles allzu routiniert und für ganz selbstverständlich nehmen.

Vielen herzlichen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und des Abg. Konstantin Kuhle [FDP])

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Für die Fraktion Die Linke hat das Wort der Kollege Dr. Diether Dehm.

(Beifall bei der LINKEN)

**(A) Dr. Diether Dehm (DIE LINKE):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Die Forderung nach Abschaffung des Netzwerkdurchsetzungsgesetzes

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Ist Quatsch!)

unterstützen wir. Die Stärkung der Gesinnungspolizei im Internet – East StratCom Task Force – lehnen wir ab.

(Beifall bei der LINKEN – Jürgen Braun [AfD]: Kennen Sie sich ja gut aus, Herr Dehm!)

Auf fremde Mächte, aufs Ausland lenken Sie ab. Der Russe hätte dann den Brexit herbeigeführt,

(Philipp Amthor [CDU/CSU]: Der Russe ist euer Freund!)

Trump und die AfD herbeimanipuliert.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Und Die Linke!)

Ich sage Ihnen: So fangen Fake News an.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der AfD)

Aber der Hauptlügner steht im eigenen Land. Das waren die Dieselgangster in den Konzernetagen. Das sind die Tausenden von Lobbyisten der deutschen Banken, die seit Jahrzehnten gegen den Sozialstaat hetzen und den Privatisierungswahn befeuern. Die Linke fordert öffentliche Eintragungen der Lobbyisten in das EU-Lobbyregister. Das muss zur Pflicht werden.

**(B)**

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD – Stephan Thomae [FDP]: Stalin lebt!)

Mit ihrem Antrag wollen die Liberalen nur die liberale Demokratie vor Lügen schützen.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Ja!)

Aber in Artikel 20 des Grundgesetzes steht mehr:

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD – Zurufe von der FDP)

Wer aber den Sozialstaat nicht schützt, der stärkt die Rechten.

Als die „Bild“-Zeitung in den 90ern die gute, alte Solidarrente und Norbert Blüm sturmreif geschossen hat, da waren die Nutznießer der Privatisierung der Renten die größten Werbekunden der „Bild“, nämlich die Allianz-Versicherung und Herr Maschmeyer. Gegen deren Lügen müssen wir uns wehren.

(Beifall bei der LINKEN)

Der FDP-Antrag kämpft gegen staatlich gelenkte Medien.

(Zuruf des Abg. Stephan Thomae [FDP])

Das ist sicherlich richtig. Aber da steht kein Wort über die Gewerkschaftsfeindlichkeit der Privatsender. Da müssten Sie mal Reinhören. **(C)**

(Beifall bei der LINKEN – Konstantin Kuhle [FDP]: Was?)

Ein früherer FDP-Parteichef nannte dort, in den Privatsendern, den Mindestlohn – ich zitiere mit Genehmigung des Präsidenten – „DDR pur ohne Mauer“. Der Mindestlohn eine DDR ohne Mauern.

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Absurd!)

Und Herr Lindner beschimpfte junge Menschen von Fridays for Future

(Grigorios Aggelidis [FDP]: Das nächste Mal später rauchen! – Alexander Graf Lambsdorff [FDP]: Zur Tagesordnung!)

und sagte, man solle die Klimakatastrophe endlich den Profis zu überlassen. Konstantin Wecker hat gepostet, wer diese Profis sind – er schreibt –: „bestechliche Wissenschaftler, geldgeile Lobbyisten“. Recht hat Konstantin Wecker mit der Beschreibung Ihrer „Profis“, Herr Lindner.

(Beifall bei der LINKEN sowie des Abg. Christian Petry [SPD] – Grigorios Aggelidis [FDP]: Sie müssen mal ausnüchtern!)

Von wem kamen die Propagandalügen, mit denen der Beginn der Bombardierung Jugoslawiens orchestriert wurde, oder die Lüge von Saddam Husseins Giftgas im irakischen Sand oder die Lügen, die zum Libyen-Krieg führten? **(D)**

(Konstantin Kuhle [FDP]: Haben Sie mit Frau Miazga die Rede getauscht?)

Im ZDF lief kürzlich „Killing Gaddafi“, mit Beweisen, wie NATO-Lügen den „Islamischen Staat“ in Libyen erst groß gemacht haben.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Destabilisierung der EU, Destabilisierung der NATO! Volles Programm!)

Jetzt wollen Pentagon und Trump russische Gaslieferungen über North Stream 2 durch das teurere amerikanische Fracking-Gas ersetzen, mit einer riesigen antirussischen Propagandaschlacht. Und ein deutscher Außenminister erklärt wenige Stunden danach, er wisse ganz genau: Wladimir Putin hat den Auftrag zum Giftanschlag auf den Doppelagenten Skripal in London gegeben. – Das sind Fake News, gegen die man sich wehren muss.

(Beifall bei der LINKEN – Zuruf von der SPD: Wladimir Putin wäre stolz auf Sie!)

Heute Morgen wurde der Whistleblower Julian Assange inhaftiert, weil er Kriegslügen aufgedeckt hat. Wenn Leute wie Assange eingesperrt werden, wenn der Cum/Ex-Aufklärer Oliver Schröm kriminalisiert wird, wenn Attac und die antifaschistische VVN

(Konstantin Kuhle [FDP]: Magnitskij!)

**Dr. Diether Dehm**

- (A) die Gemeinnützigkeit von Spenden aberkannt bekommen sollen, dann kann einem wirklich angst um die Demokratie werden.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Was ist mit Magnitskij, Herr Dehm? – Alexander Graf Lambsdorff [FDP]: Bei Ihrer Rede kann einem angst um die Demokratie werden!)

Was die Welt braucht, sind nicht solche Anträge der FDP, sondern wieder mehr kritischer Journalismus wie einst von Günter Gaus, Gabriele Krone-Schmalz, Klaus Bednarz, Bernt Engelmann, Can Dündar. Was wir brauchen, ist Freiheit und mehr Rückgrat für kritischen Journalismus,

(Beifall bei der LINKEN)

Freiheit für Edward Snowden und Julian Assange und nicht für die Verlagskonzerne.

Ich danke Ihnen.

(Beifall bei der LINKEN – Philipp Amthor [CDU/CSU]: Unterhaltsam! Quatsch, aber unterhaltsam!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die Kollegin Dr. Franziska Brantner hat das Wort für Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

- (B) **Dr. Franziska Brantner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Die liberale Demokratie ist das, was Europa auszeichnet, und sie steht unter Druck. In sechs Wochen sind Europawahlen, und da steht verdammt viel auf dem Spiel. Deswegen ist es richtig und wichtig, dass wir heute darüber diskutieren, wie Wahlbeeinflussung von außen, Desinformation, Social Bots Einfluss auf Wahlen nehmen. Zu dem Thema hat unsere Fraktion auch schon gute Vorschläge gemacht. Einige davon finden sich ja auch in Ihrem Antrag wieder.

Wir brauchen, um Beispiele für Beeinflussung zu finden, gar nicht mehr in die USA oder auf das Brexit-Referendum zu schauen, sondern wir finden Beispiele dafür am Rand unseres Plenums.

(Siegbert Droese [AfD]: Wo denn? – Stephan Thomae [FDP]: An beiden Rändern!)

Herr Dehm, Sie haben gerade die Beeinflussung des Brexit-Referendums als Beispiel für Fake News genannt.

(Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: Dass das die Russen waren!)

– Dass das die Russen waren, hat das Unterhaus detailliert nachgewiesen.

(Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: Dieses Unterhaus, da können Sie drauf pfeifen! – Lachen des Abg. Philipp Amthor [CDU/CSU] – Gegenruf des Abg. Stephan Thomae [FDP]: Herr Dehm, das haben Sie doch vergessen, das The-

ma! – Weiterer Gegenruf des Abg. Grigorios Aggelidis [FDP]: Werden Sie erst mal nüchtern!) (C)

– Herr Dehm, auch wenn es Ihnen nicht in den Kram, in Ihre Ideologie passt: Es stimmt trotzdem, dass die Beeinflussung stattgefunden hat,

(Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: Dieses Unterhaus würde ich nicht zitieren! Dieses Unterhaus ist eher Unterwäsche als Unterhaus!)

jedoch leider nicht zugunsten Europas und der liberalen Demokratie. Das stört Sie; aber das ist so.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der CDU/CSU und der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD – Zuruf von der LINKEN: Das Unterhaus ist doch eine Witzveranstaltung!)

Wir haben hier Abgeordnete sitzen, von denen Russland sagt, sie stünden unter absoluter Kontrolle.

(Zuruf von der AfD: Welche Abgeordneten? Wer denn?)

Herr Frohnmaier, wie sollen wir das denn verstehen? Ist Russland die Alternative für Deutschland?

(Heiterkeit bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN und der SPD)

Machen Sie sich doch mal ehrlich, und erklären Sie mal,

(Siegbert Droese [AfD]: „Der Spiegel“ ist doch zurückgerudert! Das müssen Sie einfach mal lesen!) (D)

wie die russische Regierung denn zu dieser Einschätzung über Sie kommt.

(Karsten Hilse [AfD]: Das war doch nicht die „russische Regierung“!)

Herr Frohnmaier ist in der AfD nicht alleine, wenn es um die Einflussnahme von außen geht. Frau Miazga, wir wissen ja immer noch nicht, wo Ihre Spendengelder eigentlich herkommen.

(Zuruf der Abg. Corinna Miazga [AfD])

Das Einzige, was wir wissen, ist: ziemlich sicher nicht aus Deutschland. Vielleicht können Sie uns ja mal erklären, wo sie herkommen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP sowie des Abg. Matthias W. Birkwald [DIE LINKE])

Dass die AfD unterwandert wird, zeigt noch ein anderer Fall: Ihr Abgeordneter Siegbert Droese beschäftigt Daniel Fiß. Das ist der Co-Chef der Identitären Bewegung,

(Konstantin Kuhle [FDP]: Unglaublich! – Siegbert Droese [AfD]: Was Sie alles wissen!)

ehemals Jungkader der NPD.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)



**Dr. Franziska Brantner**

- (A) Diese Organisation steht unter der Beobachtung des Verfassungsschutzes, weil sie unsere freiheitlich-demokratische Grundordnung bedroht. Ich fordere Sie auf: Trennen Sie sich endlich von solchen Leuten. Das ist doch unsäglich.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Schauen Sie sich Ihr Netzwerk, Ihre Partner an: FPÖ, Salvini etc.

(Zuruf des Abg. Siegbert Droese [AfD])

Wir haben jetzt vom Berner Netzwerk gehört. Die Nachrichtendienste von USA, UK und Holland kooperieren alle nicht mehr mit Österreich, weil die Nähe der FPÖ zu Russland zu groß ist. Das sind Ihre Partner, das sind Ihre Freunde. Sie sind Team Putin und nicht Team Europa.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

Was braucht es zum Schutz der liberalen Demokratie? Sie haben viele Vorschläge eingebracht. Wir würden noch ein paar ergänzen: Wir brauchen mehr Unterstützung für unabhängigen, investigativen Journalismus. Wir brauchen mehr Medienbildung, Fact-Checking. Man kann noch einiges obendrauf legen, aber Sie haben wichtige Punkte angesprochen.

- (B) Es gibt auch den europäischen Aktionsplan zum Kampf gegen Desinformation; aber die Regierung tut bis jetzt nichts. Ich habe dazu etwas gefunden und lese es Ihnen mal vor – es geht um Social Bots –:

Ob, in welcher Form und auf welcher Ebene eine Regulierung von Social Bots ... geboten ist, bedarf einer vertieften rechtlichen und fachlich-inhaltlichen Prüfung. ... Die Bundesregierung befindet sich zu diesen Fragen bereits im Austausch mit der Rundfunkkommission der Länder ...

Zur Erinnerung, liebe Bundesregierung: Die Wahl startet in genau 41 Tagen. Da ist es an der Zeit, zu handeln. Die Kommission hat Vorschläge gemacht. Setzen Sie das endlich um, und hören Sie auf, einfach nur vor sich her zu prüfen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der FDP)

Wir haben noch einiges vor. Wir werden diese liberale Demokratie verteidigen. Ich freue mich auf die Auseinandersetzung mit allen, die dagegen sind.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der FDP sowie der Abg. Ulli Nissen [SPD])

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der Kollege Dr. Volker Ullrich ist der nächste Redner für die CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU):**

(C)

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zur liberalen Demokratie gehören die Geltung des Rechts, der Schutz der Grundrechte und der Menschenrechte, der Schutz von Minderheiten und die Durchsetzung von Rechtsstaatlichkeit. Zur liberalen Demokratie gehört die Integrität von Wahlen und Abstimmungen, gehören Wahlen und Abstimmungen, die fair sind und unter Chancengleichheit ablaufen. Die Geltung der liberalen Demokratie bildete übrigens den Anfangspunkt der europäischen Einigung: im Jahr 1949 die Menschenrechtskonvention des Europarates mit einem klaren Bekenntnis zu Rechtsstaatlichkeit und Demokratie.

Wir müssen heute feststellen, dass dieses Europa der liberalen Demokratie und des Rechts herausgefordert wird, von innen und von außen. Wir stellen uns tatkräftig gegen diejenigen, die Europa und die Rechtsstaatlichkeit von innen und außen herausfordern – egal ob es sich um Abwege des Rechtsstaats in einigen europäischen Ländern handelt,

(Zuruf von der AfD: Amen!)

bei denen wir feststellen müssen, dass die Rechtsstaatlichkeit nicht mit einem Knall, sondern schleichend verblasst.

Wir müssen auch darüber sprechen, dass das Vertrauen in Wahlen und Abstimmungen in Europa gelitten hat, weil es in den letzten Jahren gehäuft zu Vorkommnissen kam, bei denen ganz gezielt Kräfte von außen versucht haben, demokratische Prozesse in Europa zu stören und zu zerstören.

(D)

(Zuruf des Abg. Kay Gottschalk [AfD])

Das werden wir klar benennen, und wir werden uns dagegen wenden.

Ich erinnere daran, dass im Vorfeld des Brexit-Referendums vor knapp drei Jahren über viele Hundert Accounts – auch aus dem Ausland finanziert und gesteuert – versucht wurde, die Kampagne zu beeinflussen. Ich erinnere daran, dass Marine Le Pen Darlehen aus Moskau bekommen hat.

(Konstantin Kuhle [FDP]: So ist es!)

Ich erinnere daran, dass die FPÖ eine Kooperation mit der Putin-Partei Einiges Russland hat.

(Konstantin Kuhle [FDP]: Freundschaftsvertrag!)

Ich erinnere daran, dass auch die Partei von Salvini, die Lega Nord, direkte Kontakte in den Kreml hat.

(Zuruf des Abg. Martin Hebner [AfD])

Und all diese Parteien schicken sich nun an, dokumentiert durch die Pressekonferenz von letzter Woche, mit Ihnen von der AfD im Europäischen Parlament eine gemeinsame Fraktion zu bilden. Das ist die Fraktion derjenigen, die Europa zerstören wollen; aber das werden wir nicht zulassen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Dr. Volker Ullrich

- (A) Wir wollen und werden die Integrität von Wahlen schützen. Zur Demokratie gehört selbstverständlich die kontroverse und offene Auseinandersetzung;

(Zuruf von der AfD: Die wollt ihr doch gar nicht!)

aber die Grenze ist erreicht, wenn eine unzulässige Einflussnahme vorliegt, wenn eine Wahlbeeinflussung stattfindet, die nicht transparent ist – nicht transparent in dem, was jemand sagt, und auch nicht transparent in dem, wie sie finanziert wird. Deswegen brauchen wir eine klare gemeinsame Haltung. Wir müssen uns in Europa auf gemeinsame Themen verständigen.

Wir müssen sprechen darüber, wie Werbung in sozialen Netzwerken, die gerade vor der Europawahl europaweit geschaltet wird, finanziert wird. Wir müssen sprechen über die Frage der Parteienfinanzierung. Wie machen wir deutlich, dass wir es nicht zulassen, dass es eine Parteienfinanzierung von außen gibt mit dem Ziel, unlauteren Einfluss auf den demokratischen Diskurs in einem Land zu nehmen?

(Zuruf des Abg. Kay Gottschalk [AfD])

Ja, wir müssen über verschiedene Maßnahmen diskutieren. Über einige Aspekte in dem Antrag der FDP können wir mit gutem Gewissen diskutieren. Diese Debatte hat aber klargemacht, dass sich bei den Kontakten zu Russland und der Einmischung russischer Politik in die europäische Politik, was einen Eingriff in die Integrität Europas darstellt, die Extreme von links und rechts berühren.

(B)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der FDP – Konstantin Kuhle [FDP]: So ist es! – Widerspruch bei der LINKEN)

Dagegen müssen wir uns wenden. Wir wissen – und das sagen wir ganz klar und deutlich –, wer Europa spalten möchte. Wir stehen bei dieser Europawahl vor einer großen Herausforderung.

(Dr. Diether Dehm [DIE LINKE]: NSA!)

Es geht natürlich um sachliche Fragen, aber es geht letzten Endes auch um eine grundsätzliche Auseinandersetzung. Welches Europa wollen wir? Überlassen wir Europa den Populisten und den Nationalisten, oder sagen wir, dass wir ein Europa der Rechtsstaatlichkeit, der Demokratie und der Verantwortung brauchen? Wir stehen für dieses Europa der Demokratie und der Verantwortung.

(Kay Gottschalk [AfD]: Die Rechtsstaatlichkeit hat Deutschland verlassen, Herr Kollege!)

Wir werden dieses Europa verteidigen gegen all diejenigen, die Europa spalten wollen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Es steht außer Frage, dass all diejenigen, die ich vorhin genannt habe – mit Rassemblement und Marine Le Pen in Frankreich,

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Orban!)

mit FPÖ, mit Salvini –,

(C)

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Orban!)

letzten Endes populistische, nationalistische Bewegungen sind.

(Alexander Ulrich [DIE LINKE]: Orban!)

Man muss eines ganz klar und deutlich sagen: Wenn wir Europa denjenigen überlassen, die sagen: „Ich zuerst, mein Land zuerst“, und zwar in Abgrenzung zu den anderen, ohne Rücksicht auf die gemeinsame Friedens- und Freiheitsordnung in Europa, dann werden wir am Ende wieder in einen Zustand kommen, der Europa erst notwendig gemacht hat.

(Kay Gottschalk [AfD]: Das ist Populismus, Herr Kollege! Blanker Populismus!)

Die historische Verantwortung zeigt uns, dass wir diesen Weg nicht zulassen dürfen. Lassen Sie uns deswegen gemeinsam eintreten für all diese wichtigen Werte: für Rechtsstaatlichkeit, für Demokratie, für Frieden, Freiheit und Wohlstand in Europa.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Herr Kollege Ullrich. – Die Rede der Kollegin Saskia Esken geht zu **Protokoll**.<sup>1)</sup>

Ich schließe damit zu diesem Tagesordnungspunkt die Aussprache. (D)

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/9225 an den Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann ist die Überweisung so beschlossen.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 14 auf:

Zweite Beratung und Schlussabstimmung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zu dem Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen Nr. 29 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit**  
**Drucksache 19/8461**

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss)

**Drucksache 19/9011**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Das Wort hat zunächst der Kollege Professor Dr. Matthias Zimmer, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

<sup>1)</sup> Anlage 9

(A) **Dr. Matthias Zimmer** (CDU/CSU):

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wir sprechen heute über ein Gesetz, mit dem die Bundesregierung autorisiert wird, das Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation von 1930 zur Zwangs- und Pflichtarbeit zu ratifizieren.

Ich denke, die Inhalte des Protokolls sind wenig strittig. Im Protokoll wird der Menschenhandel als eine wesentliche Form der Zwangsarbeit anerkannt. Es wird anerkannt, dass das Verbot von Zwangs- und Pflichtarbeit Bestandteil der Grundrechte ist. Wer würde dem widersprechen? Es verweist auf die Verpflichtung der Mitglieder, Zwangs- und Pflichtarbeit unter Strafe zu stellen, darauf, dass es Verpflichtungen des Staates gibt, auf die Beseitigung von Zwangs- und Pflichtarbeit hinzuwirken, und auf vieles mehr. Damit wird auch der Nationale Aktionsplan Wirtschaft und Menschenrechte flankiert, der menschenrechtliche Sorgfaltspflichten entlang der Lieferketten betont. Alles in allem also ein gutes Protokoll, ein richtiges und wichtiges überdies, mit dem für uns keine neuen Pflichten verbunden werden, weil das dort Geforderte bei uns längst gesetzlich verankert ist.

Und dennoch habe ich beim Durchlesen des Protokolls mir im Geiste ausgemalt, wem ich dieses Protokoll einmal zur Lektüre anempfehlen würde:

Ich würde es zunächst einmal der russischen Regierung zur Lektüre anempfehlen, vor allen Dingen mit Blick auf nordkoreanische Zwangsarbeiter, die dort arbeiten. Vielleicht kann ja die Fraktion, deren besondere Beziehungen nach Russland in den letzten Tagen so offenkundig geworden sind, einmal den Versuch unternehmen, den Einfluss umzukehren und Herrn Putin davon zu überzeugen, dass Zwangsarbeit keine gute Sache ist. Dann wäre das Moskauer Geld jedenfalls gut investiert.

(B)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und der FDP)

Ich würde es dann auch der Regierung in Polen einmal geben; denn dort sind ebenfalls noch nordkoreanische Zwangsarbeiter beschäftigt. Dass dies in einem EU-Land passiert, meine Damen und Herren, ist eine Schande.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und der LINKEN)

Ich würde es den Menschen geben, die von „sogenannten Flüchtlingen“ sprechen, ganz so, als sei die Überfahrt auf dem Mittelmeer, die Flucht aus Furcht vor Sklaverei und Zwangsarbeit eine vergnügliche Bootsreise. Wer vor Sklaverei und Zwangsarbeit flieht, hat ein Anrecht darauf, bei uns Schutz zu finden.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD sowie bei Abgeordneten der FDP, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Ich würde es dem Deutschen Fußballbund geben. Die Verhältnisse auf den Baustellen für die Fußball-WM in Katar sind bekannt. Wer auf dem Leiden der Zwangsarbeiter dort ungerührt Fußball spielt, muss sich sagen lassen: Fußball hat etwas mit Fair Play zu tun, auch abseits

des Rasens. – Leider hat man beim Fußball allzu häufig den Eindruck: Mehr Pay ist wichtiger als Fair Play. (C)

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU und der LINKEN)

Ich würde es dem Arbeitgeberpräsidenten Kramer geben, der sich vor ein paar Tagen dahin gehend geäußert hat, es sei der Wirtschaft nicht zuzumuten, die Menschenrechte in den Lieferketten zu beachten. Ich sage ganz deutlich: Wer Kinderarbeit, Sklavenarbeit oder Zwangsarbeit in seinen Lieferketten zulässt oder Hinweise darauf ignoriert, ist Teil einer Unterdrückungsmaschinerie und hat in einer sozialen Marktwirtschaft nichts zu suchen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Soziale Marktwirtschaft, Herr Kramer, heißt Menschenrechte und Menschenwürde achten. Das können Sie schon bei Alfred Müller-Armack nachlesen.

Ich würde das Protokoll gerne den Verantwortlichen in Venezuela geben. Dort dürfen Beschäftigte in privaten Betrieben zur Zwangsarbeit in die Landwirtschaft abgeordnet werden. Zugegeben: Das ist noch eines der kleineren Probleme Venezuelas, es macht aber deutlich: Nicht überall, wo Sozialismus draufsteht, sind auch Menschenrechte drin.

Ich könnte die Liste weiter fortführen; sie ist natürlich nicht abschließend. Ja, es wäre schön, wenn dieses Protokoll bei denen bekannt wird, die die Menschenrechte verachten oder schlicht ignorieren. Deswegen wünsche ich dem Protokoll nicht nur, dass es ratifiziert wird; ich wünsche ihm viele Leser für ein Tribunal der Öffentlichkeit, in dem Praktiken der Zwangsarbeit, der Sklavenarbeit und des Menschenhandels an den Pranger gestellt, verfolgt und abgeurteilt werden. (D)

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner ist der Kollege Jürgen Pohl, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Jürgen Pohl** (AfD):

Herr Präsident! Liebe Zuschauer! Werte Kollegen! Wir sind heute zusammengekommen, um einen Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Thema Zwangsarbeit zu debattieren, den diese seit knapp fünf Jahren vor sich herschiebt. Das ist schon eine herausragende Leistung, besteht der Entwurf doch aus insgesamt zwei Artikeln. Da kann man schon mal sagen: Hut ab, alle zweieinhalb Jahre ein Artikel.

Aber gehen wir in medias res, und schauen wir uns an, was die Kollegen von der Regierungsbank uns hier vorgelegt haben. Die Bundesregierung möchte das Protokoll der ILO zum Thema Zwangs- und Pflichtarbeit endlich auf nationaler Ebene in Kraft setzen. Das ist natürlich äußerst lobenswert, soll doch die Arbeitsleistung eines jeden Einzelnen nicht rechtswidrig ausgebeutet werden.

Jürgen Pohl

- (A) Auch ist die ILO als internationaler Vertreter für Arbeitsrecht hierbei Vorreiter, stammt doch die Grundlage für das gegenständliche Protokoll aus dem Jahr 1930. Die ILO hat heute auf den Tag vor genau 100 Jahren ihre Tätigkeit aufgenommen. Glückwunsch dazu, das mag ein Grund für frische Schnittchen sein, aber nicht für frische Gesetze.

(Zurufe von der LINKEN)

Die Vorgaben bestehen größtenteils aus reinen Absichtserklärungen und Empfehlungen, die in der Zukunft vermutlich – wie überall und immer wieder – zu neuen rechtlichen Regelungen in Deutschland führen werden, und davon hat Deutschland eigentlich genug.

(Zuruf der Abg. Beate Müller-Gemmeke  
[BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wir werden eh schon als Streber auf dem internationalen Schulhof der Politik belächelt. Die Umsetzung der Vorgaben der ILO ist mal wieder ein Paradebeispiel dafür. All die Punkte, in denen wir bitte schön aufgefordert werden, sie national umzusetzen, sind bei uns doch schon lange rechtlich geregelt: Schwarzarbeitsbekämpfung, Schutz von Prostituierten, Verbot der Kinderarbeit, rechtliche Regelungen nebst Amt zum Arbeitsschutz, das Recht zum Arbeitskampf, das Recht auf Arbeitnehmervertretungen – alles ist rechtlich geregelt.

Ein Punkt stößt mir jedoch in der Debatte so richtig sauer auf: Nebenbei wird erklärt, dass die Bundesregierung an einem neuen Opferentschädigungsgesetz arbeitet, durch das auch die Opfer von Menschenhandel und letztlich Zwangsarbeit entschädigt werden sollen. Erst schaffen wir die Möglichkeiten zum Rechtsbruch bei uns in Deutschland, wir kontrollieren an den Grenzen mehr zum Schein, um dann geschleuste und verschleppte Arbeitnehmer für die Folgen zu entschädigen. Das ist widersinnig.

- (B) Ein Punkt stößt mir jedoch in der Debatte so richtig sauer auf: Nebenbei wird erklärt, dass die Bundesregierung an einem neuen Opferentschädigungsgesetz arbeitet, durch das auch die Opfer von Menschenhandel und letztlich Zwangsarbeit entschädigt werden sollen. Erst schaffen wir die Möglichkeiten zum Rechtsbruch bei uns in Deutschland, wir kontrollieren an den Grenzen mehr zum Schein, um dann geschleuste und verschleppte Arbeitnehmer für die Folgen zu entschädigen. Das ist widersinnig.

(Zurufe von der SPD)

Wir laufen wiederum Gefahr, Anreize für die illegale Einwanderung zu schaffen, die dann den Druck auf die Niedriglöhner erhöht.

(Zuruf von der LINKEN: Das hat ja lange gedauert!)

– Das ist so.

(Beifall bei der AfD)

Damit wir uns verstehen: Schutz vor Zwangsarbeit ist gut und wichtig, aber die Definition von Zwangsarbeit hat sich doch wesentlich geändert. Waren es nach früherem Verständnis die kleinen Kinder, die Fußbälle in den Hinterhöfen von Bangladesch genäht haben, so haben wir mittlerweile kriminelle Zustände auf dem deutschen Arbeitsmarkt geschaffen. Um diese kriminellen Zustände zu sehen, müssen Sie nicht einmal investigativ tätig sein. Fahren Sie einfach nach Duisburg-Marxloh. Da sehen Sie den Arbeitnehmerstrich ganz ungeniert auf offener Straße. Die Folgen sind Löhne, von denen niemand leben kann. Der redliche deutsche Arbeitnehmer muss bei einer Vollzeitbeschäftigung mit Hartz IV aufstocken. Dies ist so, weil die von Ihnen geförderte und protegierte Arbeit-

nehmerfreizügigkeit und unkontrollierte Migration zu Lohndumping geführt haben. (C)

(Zurufe vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Die Arbeitnehmer stehen im Lohnkampf mit den verelendeten Zwangsarbeitern, meine Damen. Lohndruck, Abhängigkeit, Ausbeutung, Mietwucher, Prostitution, Verelendung – das sind die Folgen dieser unseligen Politik.

(Beifall bei der AfD)

Jetzt wollen Sie ganz selbstgefällig Ihre Unterschrift unter ein Gesetz setzen, um solche Zustände angeblich zu bekämpfen. Für mich ist das ein Taschenspielertrick. Auf der einen Seite verurteilen Sie die Zwangsarbeit und schwadronieren von Menschenhandel, den es einzudämmen gilt, auf der anderen Seite fördern Sie durch Ihre eigene Zuwanderungs- und Freizügigkeitspolitik eben solche Zustände.

Wissen Sie noch, wie wir von der AfD im Jahr 2015 verteufelt wurden, als wir diese Verelendung der Massen bereits vorhergesagt haben? Das haben wir 2015 gesagt. Sie haben durch Ihre Politik der offenen Grenzen erst dafür gesorgt, dass solche neuen Gesetze notwendig werden. Sie wollen jetzt die Geister bekämpfen, die Sie selbst riefen. Aber nicht mit uns!

(Beifall bei der AfD)

Wir als AfD stehen für den vorrangigen Schutz des deutschen Arbeitnehmers und des deutschen Arbeitsmarktes.

(Dr. Matthias Zimmer [CDU/CSU]: Jawohl! – Weitere Zurufe von der CDU/CSU und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) (D)

Danach können wir uns Gedanken über unsere Nachbarn machen.

Wir haben aber hohe moralische Ansprüche. Wir achten das Wirken der ILO. Wir werden uns deswegen nicht gegen dieses Gesetz und auch nicht gegen dieses Protokoll stellen. Insofern werden wir uns enthalten.

(Zurufe von der LINKEN und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

– Bitte schön, Sie können weiter rufen.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Rede von Michael Gerdes, SPD, geht zu **Protokoll**,<sup>1)</sup> und die nächste Rednerin ist die Kollegin Gyde Jensen für die FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Gyde Jensen (FDP):**

Vielen Dank, Herr Präsident. – Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Anpassung des ILO-Übereinkommens zur Zwangs- oder Pflichtarbeit ist ein weiterer wichtiger

<sup>1)</sup> Anlage 10

**Gyde Jensen**

- (A) Baustein auf dem Weg, Menschenhandel weltweit zu ächten und zu bekämpfen.

Es ist wichtig, dass sich der Deutsche Bundestag hier und heute positioniert und Menschenhandel noch einmal ausdrücklich als eine der wesentlichen Formen von Zwangsarbeit anerkennt, aber mit dieser Anpassung eben auch die Verbesserung von Prävention, die strafrechtliche Verfolgung und den Opferschutz mit auf die Agenda nimmt.

Bemerkenswert finde ich allerdings dennoch, dass die Große Koalition fünf Jahre gebraucht hat, um ein Übereinkommen zu verabschieden, das erstens für bessere Regeln im weltweiten Kampf gegen den Menschenhandel sorgt und dessen Forderungen zweitens Deutschland schon lange vollkommen erfüllt. Es dokumentiert, wie wenig Ehrgeiz die Bundesregierung der Entwicklung des Multilateralismus beimisst, mit Ausnahme schöner Reden hier.

Meine Damen und Herren, so sehr ich und die Freien Demokraten dieser Ratifizierung positiv gegenüberstehen und dieser auch zustimmen, so sehr zeigt das mit großer Mehrheit verabschiedete Übereinkommen aber auch, dass wir keinen Mangel an internationalen Zusagen oder universellen Leitprinzipien haben. In fast jedem Land der Welt sind Gesetze gegen Menschenhandel verabschiedet worden, aber es mangelt schlicht an der effektiven Umsetzung dieser Gesetze.

- (B) Als Zwangsarbeit definiert die ILO unfreiwillige Arbeits- oder Dienstleistungen, die unter Androhung von Strafe ausgeübt werden. Die Ausbeutung von Menschen, die kaum eine andere Möglichkeit haben, als in derartigen Situationen zu arbeiten, bezeichnet die Organisation als moderne Sklaverei. Die weitaus größten solcher kriminell erwirtschafteten Profite werden laut ILO durch zwangsweise sexuelle Ausbeutung erreicht.

Immer noch sind über 400 Millionen Menschen weltweit von moderner Sklaverei betroffen. Darunter fallen zum Beispiel Zwangsarbeit, Zwangsprostitution, politische Gefangennahmen, Kinderarbeit und Rekrutierung von Kindersoldaten. Der Global Report des United Nations Office on Drugs and Crime beschreibt ganz eindrücklich, wie in den aktuellen Krisen dieser Welt vermehrt auf Menschenhandel als Kriegsinstrument zurückgegriffen wird.

Es ist schändlich, wie Menschenhändler große wirtschaftliche Not, in der sich Kriegsbedroffene und Flüchtlinge befinden, ausnutzen. Jeder Staat hat eine besondere Verpflichtung zum Schutz; denn die häufigste Form des Menschenhandels bleibt die sexuelle Ausbeutung, insbesondere von Frauen, aber auch von einer wachsenden Zahl junger Mädchen.

Ja, auch Deutschland kommt heute bereits seinen Verpflichtungen nach. Aber wenn wir die staatliche Verantwortung in jedem Land ernst nehmen, dann müssen wir feststellen, dass sich Deutschland zum Beispiel nicht mit ausreichender Kontrolle von Zwangsprostitution befasst. Es wird auch in unserer Gesellschaft viel zu wenig über die negativen Folgen von Prostitution gesprochen. Der Staat ist verpflichtet, vor allem Frauen vor Missbrauch

- zu schützen und bestehenden Risiken für Menschen zu begegnen. (C)

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Schwierige Ermittlungsbedingungen in Rotlichtmilieus dürfen keine Ausrede dafür sein, Menschenhandel und Zwangsprostitution nicht effektiv zu bekämpfen.

Die Kleine Anfrage, die wir an die Bundesregierung gestellt haben, hat gezeigt, dass die Bundesregierung schlicht nicht in der Lage ist, die Entwicklung von Zwangsprostitution einzuschätzen, geschweige denn einen tatsächlichen oder einen rechtlichen Handlungsbedarf zu bestimmen und abzuleiten.

In der effektiven Umsetzung – das zeigt dieses Beispiel Prostitution – haben wir bei besonders gefährdeten Gruppen auch hier in Deutschland – in Hamburg, in Saarbrücken, in Berlin und in vielen anderen Gegenden – noch erheblichen Nachholbedarf. Das gehört natürlich auch in diese Debatte, und ich erwarte, dass die Bundesregierung diese Schutzstandards ernst nimmt und Lösungsvorschläge dazu erarbeitet und uns hier im Parlament präsentiert.

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

- (D) Vielen Dank, Frau Kollegin. – Die nächste Rednerin ist die Kollegin Jutta Krellmann, Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

**Jutta Krellmann (DIE LINKE):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Zuhörerinnen und Zuhörer! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Internationale Arbeitsorganisation, ILO, feiert im Moment ihr hundertjähriges Bestehen. In dieser Sonderorganisation der Vereinten Nationen sind fast 190 Länder Mitglied, und ihre Aufgabe ist heute immer noch genauso wichtig wie früher.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Hauptziel der ILO ist es, die Arbeits- und Lebensbedingungen aller Menschen weltweit zu verbessern. Da gibt es nach 100 Jahren immer noch viel zu tun. Weltweit arbeiten 40 Millionen Menschen in moderner Sklaverei, 25 Millionen davon in Zwangsarbeit – zum Beispiel auf den Baustellen in Katar, aber auch auf den Tomatenfeldern in Italien. Eines von vier Opfern moderner Sklaverei ist ein Kind. Diese Kinder bauen Rohstoffe ab, die wir für unsere Handys und Elektroautos brauchen. Es ist gut, dass die ILO 2014 das Übereinkommen Nr. 29 zum Verbot der Zwangsarbeit verabschiedet hat. Wir begrüßen es, dass die Bundesregierung dieses Übereinkommen jetzt ratifiziert.

(Beifall bei der LINKEN)

**Jutta Krellmann**

- (A) Auch wir werden dem zustimmen; aber es kommt fünf Jahre zu spät.

Zurück zur ILO: Sie steht, wie gesagt, für Mindeststandards, wenn es um den Schutz von Beschäftigten geht. Es ist aber die Aufgabe der Bundesregierung, dass diese Standards in Deutschland auch eingehalten werden. Die Bundesregierung bewegt sich an der Stelle unseres Erachtens nicht genügend, also viel zu wenig,

(Beifall bei der LINKEN)

zum Beispiel wenn es um Arbeitsschutzkontrollen geht. Seit 2006 fordert das ILO-Übereinkommen Nr. 81, dass es ausreichend staatliche Arbeitsschutzkontrolleure geben muss. Nur so kann der Arbeits- und Gesundheitsschutz auch kontrolliert werden. Für 10 000 Beschäftigte soll es eine Aufsichtsperson geben, doch in Deutschland kommt eine Aufsichtsperson auf 14 000 Beschäftigte. Das ist deutlich schlechter als das, was das ILO-Übereinkommen an der Stelle vorgibt. Was für ein Armutszeugnis für so ein reiches Land wie Deutschland!

Ähnlich sieht es bei der Umsetzung der Europäischen Sozialcharta aus. Das ist ebenfalls eine internationale Vereinbarung zum Schutz von Arbeitnehmern. Sie wurde vor 20 Jahren überarbeitet. Bis heute hat es die Bundesregierung nicht geschafft, sie zu ratifizieren. Bereits 1998 hat es die SPD, damals in der Opposition, in einer Kleinen Anfrage gut auf den Punkt gebracht. Ich zitiere: Die Charta „ist rechtsverbindlicher Ausdruck der Untrennbarkeit von Rechtsstaatlichkeit, Menschenrechten und sozialen Rechten.“ Die Europäische Sozialcharta ist „eine tragende Säule für die Entwicklung des europäischen Sozialmodells.“

(B)

Und heute? Mehr als 20 Jahre später können Sie als SPD sie jetzt umsetzen. Warum versuchen Sie es nicht einfach? Unsere Unterstützung hätten Sie.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der SPD)

Wir als Linke, liebe SPD, sind immer dabei, wenn es um den Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern geht.

Vielen Dank.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Nächste Rednerin ist die Kollegin Beate Müller-Gemmeke, Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Beate Müller-Gemmeke (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Gäste! Das ILO-Übereinkommen über Zwangsarbeit gibt es wirklich seit 1930. Es ist also ein echtes Urgestein, und dieses Urgestein wird jetzt auf den neuesten Stand gebracht. Das ist richtig und wichtig. Natürlich muss das Protokoll zum Übereinkommen auch ratifiziert werden. Deswegen werden natürlich auch wir Grünen dem Gesetzentwurf zu-

stimmen; denn wir müssen die Menschen konsequent vor Ausbeutung und Zwangsarbeit schützen. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei der SPD und der LINKEN)

Die Bundesregierung beschreibt in ihrer Stellungnahme ihre Aktivitäten und die gesetzlichen Regelungen zum Thema Zwangsarbeit. Parallel diskutieren wir ja auch den Gesetzentwurf gegen illegale Beschäftigung. Auch die Opferentschädigung soll reformiert werden. Das ist alles gut, und doch gibt es aus unserer Sicht noch einiges zu tun.

Ich gebe Ihnen drei Beispiele.

Erstes Beispiel. Es ist ein Problem, dass Zwangsarbeit häufig gar nicht erkannt wird. Herr Kollege, das gilt auch für Deutschland. Die Menschen werden unter falschen Versprechungen angelockt, und wenn sie dann hier sind, werden sie unter widrigen Bedingungen ausgebeutet. Wenn sie sich wehren, werden sie unter Druck gesetzt, bedroht oder sie verlieren ihre Arbeit, ohne den versprochenen Lohn zu erhalten. In dieser prekären Situation sind sie dann gezwungen, immer wieder schlechte und auch illegale Jobs anzunehmen. Auch wenn es auf den ersten Blick vielleicht nicht so aussieht: Das ist nichts anderes als Zwangsarbeit.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Deshalb müssen wir von den Opfern aus denken und ihre Situation verstehen. Dafür müssen alle Akteure, die Zwangsarbeit bekämpfen, geschult und sensibilisiert werden. Notwendig sind vielfältige Wege, um die Menschen überhaupt zu erreichen, mehr Beratungsstellen, effektive Vernetzung und koordinierte Zusammenarbeit. Zwangsarbeit muss erst einmal sichtbar werden. Erst dann kann sie tatsächlich bekämpft werden. (D)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

Zweites Beispiel. Opfer von Ausbeutung und Zwangsarbeit haben ein Recht auf ihren Lohn. Das ist die Theorie; in der Praxis sieht es aber anders aus. Sie müssen individuell klagen, und das ist für sie extrem schwierig. Die Gründe dafür sind vielfältig. Ich will nur einige nennen: die Dauer der gerichtlichen Verfahren, finanzielle Notlagen, die Beweislast. Häufig haben sie einfach nur Angst. Die gewerkschaftlichen Beratungsstellen, das Projekt „Faire Mobilität“ und andere Initiativen helfen zwar, wo sie nur können, notwendig wäre hier aber ein Verbandsklagerecht. Das würde die Opfer wirkungsvoll unterstützen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Drittes Beispiel. Die soziale Verantwortung der Unternehmen, und zwar entlang der gesamten Lieferkette. Wer in Deutschland beispielsweise mit Kaffee gut verdient, trägt Verantwortung dafür, dass auch die Beschäftigten auf den Kaffeeplantagen anständig behandelt und bezahlt werden. Die Bundesregierung steht aber immer noch auf

**Beate Müller-Gemmeke**

- (A) der Bremse, wenn es um verbindliche Transparenz- und Sorgfaltspflichten geht. Auch an dieser Stelle müssen Sie endlich liefern.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich hoffe, dass wir heute geschlossen ein Zeichen gegen Zwangsarbeit setzen, aber ich hoffe auch, dass wir noch weitere Schritte gehen, um Ausbeutung wirklich konsequent zu bekämpfen.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
sowie bei Abgeordneten der SPD und der  
LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank, Frau Kollegin. – Die Kollegen Stephan Stracke und Bernd Rützel geben ihre **Reden zu Protokoll**,<sup>1)</sup> sodass ich die Aussprache zu Tagesordnungspunkt 14 schließen kann.

Wir kommen zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zu dem Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen Nr. 29 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit. Der Ausschuss für Arbeit und Soziales empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9011, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/8461 anzunehmen.

(B)

### Zweite Beratung

und Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Bei Enthaltung der Fraktion der AfD haben die übrigen Fraktionen des Hauses zugestimmt. Damit ist der Gesetzentwurf angenommen.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 17 auf:

Beratung des Antrags der Abgeordneten Niema Movassat, Fabio De Masi, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

**Deutschland braucht ein Unternehmensstrafrecht**

**Drucksache 19/7983**

Überweisungsvorschlag:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz (f)

Ausschuss für Wirtschaft und Energie

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Ausschuss für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Ausschuss für die Angelegenheiten der Europäischen Union

Interfraktionell sind 38 Minuten für die Aussprache vereinbart. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

<sup>1)</sup> Anlage 10

Ich eröffne die Aussprache. Der erste Redner ist der Kollege Niema Movassat, Die Linke. (C)

(Beifall bei der LINKEN)

**Niema Movassat (DIE LINKE):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Mit unserem Antrag fordern wir, in Deutschland ein Unternehmensstrafrecht einzuführen. Es leuchtet nicht ein, dass jemand, der 5 Euro klaut, strafrechtlich verfolgt wird, während Unternehmen, die kriminelle Geschäfte tätigen, die einen massiven Steuerbetrug begehen oder die elementare Menschenrechte verletzen, ungeschoren davonkommen.

(Beifall bei der LINKEN)

Die Kleinen hängt man, die Großen lässt man laufen. So ist es bisher, weil wir kein Unternehmensstrafrecht haben. Die Linke will das ändern.

CDU/CSU und SPD schreiben auf Seite 126 ihres Koalitionsvertrages – ich zitiere –:

Wir wollen sicherstellen, dass Wirtschaftskriminalität wirksam verfolgt und angemessen geahndet wird. Deshalb regeln wir das Sanktionsrecht für Unternehmen neu.

Wo sind denn Ihre Vorschläge dazu?

(Dr. Jan-Marco Luczak [CDU/CSU]: Warten Sie es ab! Seien Sie doch mal nicht so ungeduldig!)

(D)

Jetzt muss Die Linke die Koalition schon an ihren eigenen Koalitionsvertrag erinnern.

(Beifall bei der LINKEN – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: So ist das!)

Die damals SPD-geführte Landesregierung in NRW hatte einen Gesetzentwurf für ein Unternehmensstrafrecht vorgelegt. Ich fand den ganz gut, aber der ist im Sande verlaufen. Packen Sie den doch endlich wieder aus!

(Beifall bei der LINKEN)

Meine Damen und Herren, Unternehmen haben fast alle Rechte, welche auch natürliche Personen haben. Sie können Eigentum erwerben, sie werden durch die Grundrechte geschützt, sie genießen alle Vorteile des demokratischen Rechtsstaates. Anders als für jede natürliche Person gilt für sie aber nicht das scharfe Schwert des Strafrechts. Diese Rosinenpickerei ist inakzeptabel.

(Beifall bei der LINKEN – Sebastian Steineke [CDU/CSU]: Sie sind auch keine natürlichen Personen!)

Zahlreiche deutsche Unternehmen sind in Skandale verwickelt, etwa die Deutsche Bank. Ein ehemaliger Mitarbeiter warf ihr eine kriminelle Unternehmenskultur vor. Das ist angesichts der Verwicklungen der Deutschen Bank in den Cum/Ex-Skandal, den größten Steuerbetrug der Geschichte, kein Wunder. Oder nehmen wir den Dieselskandal: Volkswagen und andere Autokonzerne haben

**Niema Movassat**

- (A) systematisch Kunden betrogen, indem sie Fahrzeuge mit manipulierten Abschaltvorrichtungen verkauften.

Zwar wird gegen einzelne Mitarbeiter von VW und der Deutschen Bank ermittelt, aber in solchen Fällen gibt es eine Gesamtverantwortung des Konzerns. Volkswagen und die Deutsche Bank gehören als Unternehmen auf die Anklagebank – und nicht nur einzelne Mitarbeiter.

(Beifall bei der LINKEN)

In 21 von 28 EU-Staaten haben wir bereits ein Unternehmensstrafrecht.

(Sebastian Steineke [CDU/CSU]: Schlimm genug!)

In Deutschland gibt es nur § 30 Ordnungswidrigkeitengesetz. Dieser ermöglicht es, Unternehmen für Straftaten ihrer Leitungspersonen zur Verantwortung zu ziehen. Aber es ist halt, wie das Falschparken, nur eine Ordnungswidrigkeit.

Nehmen wir den VW-Dieselskandal: Nach § 30 Ordnungswidrigkeitengesetz kommt maximal eine Geldbuße von 10 Millionen Euro in Betracht – dafür, dass Zehntausende Kunden betrogen worden sind.

(Dr. Jan-Marco Luczak [CDU/CSU]: Und viele Millionen Vermögensabschöpfung!)

Das zahlt doch fast jeder Großkonzern aus der Portokasse.

- (B) (Beifall bei der LINKEN – Dr. Jan-Marco Luczak [CDU/CSU]: Aber die Vermögensabschöpfung! Herr Kollege, das wissen Sie doch!)

Zudem muss die Staatsanwaltschaft nicht mal ermitteln. Sie ist da bei Ordnungswidrigkeiten frei. Eine Studie der Universität Köln zeigt, dass es fast niemals Ermittlungen gegen Unternehmen gibt.

Hätten wir ein Unternehmensstrafrecht, wären erstens Geldstrafen gemessen an der Wirtschaftskraft der Unternehmen möglich, zweitens müsste dann die Staatsanwaltschaft ermitteln, und drittens wäre bei systematischem kriminellem Verhalten eines Unternehmens mehr als nur eine Geldstrafe möglich, etwa Lizenzentzüge oder auch Betriebsbeschränkungen.

Verfassungsrechtlich spricht nichts gegen ein Unternehmensstrafrecht. Kriminalpolitisch ist ein Unternehmensstrafrecht notwendig, um der kriminellen Energie einiger Unternehmen gerecht werden zu können.

Der Kölner Entwurf für ein Verbandssanktionengesetz – geschrieben von vielen Wissenschaftlern – wäre eine super Vorlage.

(Dr. Johannes Fechner [SPD]: Ja!)

Setzen Sie von der Koalition sich bitte damit auseinander!

(Beifall bei der LINKEN)

- Hören Sie auf den Deutschen Richterbund, auf das katholische Hilfswerk Misereor (C)

(Dr. Jan-Marco Luczak [CDU/CSU]: Dass Sie sich mal auf die Katholiken beziehen, hätte ich auch nicht gedacht!)

und auf die Menschenrechtsorganisation ECCHR! Sie und viele mehr fordern strafrechtliche Sanktionierungen von Unternehmen, wenn diese kriminelle Machenschaften aufweisen. Setzen Sie endlich um, was Sie Ihren Wählerinnen und Wählern im Koalitionsvertrag versprochen haben!

Danke schön.

(Beifall bei der LINKEN)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner ist der Kollege Dr. Jan-Marco Luczak, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Dr. Jan-Marco Luczak (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Eines ist natürlich völlig klar: Unternehmen müssen sich an Regeln halten. Recht und Gesetz sind für jedermann verbindlich – auch für Unternehmen. Das ist eine ganz bare Selbstverständlichkeit.

Genauso selbstverständlich ist es, dass Verstöße gegen Regeln sanktioniert werden müssen. Das ist ganz klar; denn eine Rechtsordnung, die die durch sie statuierten Rechte und Pflichten nicht durchsetzt, entwertet sich am Ende selbst. Eine Rechtsordnung bedarf deswegen auch eines effektiven Sanktionsinstrumentariums, weil die Akzeptanz derjenigen, die sich an die Rechtsordnung zu halten haben, nur dadurch aufrechterhalten werden kann. Deswegen ist die Verteidigung unserer Rechtsordnung – das sage ich jetzt auch mal als jemand, der in einer Rechtsstaatspartei wie der Union ist; wir fühlen uns hier ganz besonders verpflichtet – ganz in unserem Sinne. (D)

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Das, was jetzt die Linken vorschlagen, ist aber nun wirklich der völlig falsche Weg, weil sie nämlich ein Unternehmensstrafrecht vorschlagen. Wenn Sie sich mal die Dogmatik unseres Strafgesetzbuches anschauen – im Übrigen nicht nur die unseres Strafgesetzbuches, sondern schauen Sie sich auch mal an, welches Menschenbild unserem Grundgesetz zugrunde liegt –, dann sehen Sie,

(Elisabeth Winkelmeier-Becker [CDU/CSU]: Haben sie nichts von gehört!)

dass eine Sanktionierung im Strafrecht als Ultima Ratio eine persönliche Verantwortung und individuelle Schuld voraussetzt. Das ist in § 17 unseres Strafgesetzbuches als grundlegendes strafrechtliches, aber eben auch verfassungsrechtlich fundiertes Prinzip manifestiert. Ohne eine zweifelsfrei nachgewiesene individuelle Schuld gibt es keine Strafbarkeit.

Herr Kollege, Sie haben es vorhin selber gesagt: Unternehmen sind keine natürlichen Personen. Und weil



**Dr. Jan-Marco Luczak**

- (A) Unternehmen keine natürlichen Personen sind, können sie aufgrund dieses grundlegenden strafrechtlichen Prinzips auch nicht mit Strafe bedroht werden. Das ist mit unseren verfassungsrechtlichen Prinzipien nicht vereinbar, und alleine schon deswegen lehnen wir Ihren Antrag ab.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Niema Movassat [DIE LINKE]: Das ist allenfalls eine Mindermeinung, die Sie vertreten!)

Ich finde es aber bemerkenswert – das muss man an dieser Stelle ja schon mal sagen –, dass Die Linke hier so sehr auf das Instrument Strafrecht pocht. Ich kann mich noch an sehr viele Debatten hier im Hohen Hause erinnern, zum Beispiel, als wir die Einbruchskriminalität zu einem Verbrechenstatbestand hochgestuft haben, weil wir gesagt haben: Das ist schon etwas, bei dem wir die höhere Strafe ein Stück weit als Abschreckung brauchen. – Sie haben damals gesagt: Ach, das ist doch alles großer Blödsinn. Das Strafrecht hat doch keine abschreckende Wirkung.

(Sebastian Steineke [CDU/CSU]: So ist es!)

Gucken Sie sich jetzt doch mal Ihren Antrag an. Da argumentieren Sie genau so: Das Strafrecht habe eine abschreckende Wirkung, und deswegen müsse man das jetzt für Unternehmen einführen. – Sie messen mit zweierlei Maß. Das ist unglaublich, liebe Kollegen von den Linken.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Niema Movassat [DIE LINKE]: „Ordnungswidrigkeitenrecht“ steht im Antrag! Bitte genau lesen!)

(B)

Richtig ist natürlich, dass wir Handlungsbedarf haben. Sie haben die momentane Regelung im Ordnungswidrigkeitengesetz genannt. Das alles ist manchmal sehr komplex und wird den Umfängen der Verfehlungen auch nicht gerecht. Ein Problem ist zum Beispiel manchmal, dass die Zuständigkeit beim Amtsgericht liegt. Ich glaube, hier müssen wir etwas tun, und deswegen haben wir im Koalitionsvertrag ja genau das aufgegriffen und gesagt: Wirtschaftskriminalität muss effektiv verfolgt und effektiv geahndet werden.

Wir werden – Sie müssen gar nicht so ungeduldig sein – einen Gesetzentwurf vorlegen.

(Dr. Manuela Rottmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Wann? – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Sehr schön! – Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das haben wir als Grüne in der letzten Legislatur schon eingebracht! Wann kommt denn endlich was von Ihnen?)

Wir haben das Justizministerium gehört und erwarten diesen Gesetzentwurf im Frühsommer. Das wird also nicht mehr allzu lange dauern.

Die Frage ist jetzt: Was wollen wir in diesem Gesetzentwurf regeln? Ich habe es gerade gesagt: Wir wollen keine strafrechtliche Regelung. Wir als Union wollen auch nicht ein Gesetz, das die Sanktion in den Mittelpunkt stellt, sondern unser Ziel bei einem solchen Gesetz

muss doch sein, dass sich die Unternehmen zukünftig (C)  
rechtstreu, compliant verhalten.

(Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Was denn sonst?)

Deswegen müssen wir in diesem Gesetz Anreize dafür schaffen, dass die Unternehmen kooperieren, Anreize, wie etwa in der US-amerikanischen Doktrin des Good Corporate Citizen. Wir müssen sie dazu anhalten, dass sie sich zukünftig rechtstreu verhalten, und wollen mit diesem Gesetz nicht repressiv, sondern präventiv vorgehen.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU – Sören Pellmann [DIE LINKE]: Da sind wir gespannt!)

Damit wir das am Ende erreichen, müssen wir effektive Compliance-Maßnahmen von den Unternehmen einfordern, sodass die Kooperation am Ende auch gelingen kann. Wir fordern das, sagen aber: Wir belohnen das am Ende auch. Wenn die Unternehmen kooperieren und effektive Compliance-Maßnahmen einführen, dann soll es dafür auch einen Bonus geben;

(Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Einen Bonus?)

das soll bei der Strafzumessung am Ende berücksichtigt werden.

Ich will jetzt noch mal etwas zu den Sanktionen sagen – Sie haben in Ihrem Antrag ja auch was dazu geschrieben –: Natürlich darf es am Ende keine unverhältnismäßigen Sanktionen und auch keine sinnwidrigen Sanktionen geben. Wir wollen auch keinen modernen Pranger, dass also Unternehmen in öffentlichen Registern angeprangert werden, sodass sie möglicherweise schon in einem Verfahrensstadium, in dem sich noch gar nicht herausgestellt hat, ob sie wirklich eine Verfehlung begangen haben, einen Ansehensverlust erleiden. (D)

Deswegen müssen am Ende die Rechtssicherheit und die Praxistauglichkeit dieses Gesetzes sowie vor allen Dingen der ganz wichtige Bereich der Internal Investigations – das gehört mit den Sanktionen zusammen; hier besteht ein immanenter Zusammenhang – im Vordergrund stehen. Wir wollen, dass Unternehmen aufklären, dass sie kooperieren. Dann müssen wir ihnen aber auch als Subjekte des Verfahrens Beschuldigtenrechte geben. Das ist ein Ausfluss des Rechtsstaatsprinzips, des Gebots des Fair Trial. Sie brauchen eine starke Verfahrensstellung.

Dann müssen wir uns auch das anschauen, was das Bundesverfassungsgericht jetzt gesagt hat, dass es nämlich keine Beschlagnahmefreiheit gebe. Die Frage ist, ob das richtig ist.

(Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Klar!)

Ich glaube, interne Untersuchungen funktionieren am Ende nicht, wenn die Unternehmen Gefahr laufen, dass am Ende die Staatsanwaltschaft kommt und alle Unterlagen beschlagnahmt.

(A) **Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Kommen Sie bitte zum Ende.

**Dr. Jan-Marco Luczak (CDU/CSU):**

Noch einmal: Deswegen ist unser Ziel: Kooperation, Anreize dafür schaffen, Compliance-Systeme honorieren. Dann kann es am Ende eine effektive Maßnahme werden, damit sich Unternehmen rechtstreu verhalten.

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU – Dr. Manuela Rottmann [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Damit tun Sie niemandem weh!)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Der nächste Redner: für die Fraktion der AfD der Kollege Roman Reusch.

(Beifall bei der AfD)

**Roman Johannes Reusch (AfD):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Wenn man als alter Staatsanwalt hört, dass ein Unternehmensstrafrecht eingeführt werden soll, dann lacht im ersten Augenblick erst mal das Herz. Man denkt sofort daran: Die Nachweisführung ist natürlich wesentlich leichter, wenn ich es mit einem Unternehmen zu tun habe, als wenn ich individuelle Schuld beweisen muss. Aber – Dr. Luczak hat es eben völlig zu Recht erwähnt – dafür müsste man den Gesichtspunkt der persönlichen Schuld aufgeben. Da heißt es: Aufgepasst!

(B)

Der Vorschlag hätte aber auch noch weitere Risiken und Nebenwirkungen. Stelle man sich ein großes Unternehmen vor, das eine Riesensauerei angerichtet hat. Dieses Unternehmen ist dann mit massiven Schadensersatzforderungen belastet. Das Image dieses Unternehmens wird in den Keller rauschen. Dementsprechend werden auch die Umsätze sinken. Wenn jetzt noch die von den Linken geforderte drastische Geldstrafe dazukommt, dann kann das so einem Unternehmen schon das Lebenslicht ausblasen. Wer wird dann bestraft? Tausende, unter Zurechnung von Zulieferbetrieben, die damit nichts zu tun haben, aber mit in den Abgrund gerissen werden, vielleicht sogar Zehntausende von Arbeitnehmern.

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

Sie werden sich nicht wundern, dass wir diesen Entwurf voraussichtlich ablehnen werden. Wir sind aber auf die fällige Anhörung im Rechtsausschuss gespannt. Bis dahin wünsche ich allen Beteiligten a guats Nächtle.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Vielen Dank. – Der Kollege Dr. Johannes Fechner hat das Wort für die SPD.

(Beifall bei der SPD)

**Dr. Johannes Fechner (SPD):**

(C)

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Der Skandal um die Panama Papers, der Skandal um Cum/Ex oder der Dieselskandal waren Wirtschaftsskandale, die Milliarden Schäden angerichtet haben, aber bei denen die Hauptverantwortlichen in der Regel nicht zur Rechenschaft gezogen wurden und bei denen man vor allen Dingen nicht den Eindruck hat, dass die beteiligten Unternehmen ihre Unternehmenspolitik nachhaltig geändert und die Konsequenzen aus diesen Betrügereien gezogen hätten. Das kann nicht so bleiben. Wir müssen Wirtschaftskriminalität deshalb viel effektiver bekämpfen, sonst geht das Vertrauen der Bürger in unsere soziale Marktwirtschaft verloren, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der LINKEN – Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das stand schon im vorletzten Koalitionsvertrag!)

In vielen Ländern, auch in der EU, gibt es schärfere Sanktionsregeln als bei uns. Deshalb hat die SPD zu Recht schärfere Unternehmenssanktionen in den Koalitionsvertrag hineinverhandelt. Mit dem Gesetzentwurf rechnen wir noch in diesem Jahr.

(Katja Keul [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]:  
Hui!)

Das ist auch notwendig, weil Wirtschaftskriminalität endlich effektiver und nachhaltig geahndet werden muss, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der LINKEN)

(D)

Wir haben heute eine Bußgeldobergrenze von 10 Millionen Euro. Das ist für viele große Konzerne keine spürbare Sanktion. Deshalb werden wir das verhängbare Bußgeld erhöhen, und zwar deutlich. Die Höhe der Geldbuße wird sich zukünftig an der Wirtschaftskraft orientieren. Bei Unternehmen mit mehr als 100 Millionen Euro Umsatz können bis zu 10 Prozent des Umsatzes als Geldbuße festgesetzt werden. Wenn also ein Unternehmen einen Jahresumsatz von 1 Milliarde Euro macht, dann kann die Geldbuße 100 Millionen Euro betragen. Das sind dann spürbare Sanktionen, die auch tatsächlich die notwendige Wirkung entfalten werden, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der SPD)

Wichtig ist, dass wir das Legalitätsprinzip einführen, also weg vom im Ordnungswidrigkeitenrecht geltenden Opportunitätsprinzip. Das bedeutet, dass die Staatsanwaltschaften und die Behörden zukünftig bei Rechtsverstößen auf jeden Fall ein Ermittlungsverfahren einleiten werden. Auch das ist eine wichtige Neuerung.

Wir hätten uns noch weiter gehende Sanktionen vorstellen können, etwa dass Unternehmen vom Subventionsbezug ausgeschlossen werden oder von öffentlichen Ausschreibungen. Aber immerhin haben wir uns mit der Union darauf einigen können, dass die Rechtsverstöße von Unternehmen und die Sanktionierungen veröffentlicht werden. Auch das wird eine abschreckende Wirkung

**Dr. Johannes Fechner**

- (A) haben. Sie sehen: Das sind alles wichtige Maßnahmen, die die Wirtschaftskriminalität bekämpfen und damit das Vertrauen unserer Bürger in die soziale Marktwirtschaft wieder stärken werden.

(Beifall bei der SPD)

Wir werden diskutieren, wie wir Unternehmen, die taugliche Compliance-Regelungen haben, einen Vorteil zukommen lassen werden. Es ist zum Beispiel denkbar, dass solche Unternehmen eine geringere Sanktion bekommen werden. Das werden wir auf jeden Fall diskutieren.

In diesem Zusammenhang ist es mir wichtig, zu sagen: Uns geht es hier nicht darum, alle Unternehmen unter den Generalverdacht krimineller Handlungen zu stellen. Nein, wir wissen, dass die große Mehrheit der deutschen Unternehmen sich an Recht und Gesetz hält. Aber es gibt eben leider auch schwarze Schafe. Genau um die geht es. Die wollen wir kriegen. Die ehrlichen Unternehmen wollen wir mit diesem Gesetz schützen. Es darf nicht sein, dass die Unternehmen ihren Wettbewerbsvorteil, den sie durch Betrug erlangt haben, nutzen dürfen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der SPD sowie des Abg. Niema Movassat [DIE LINKE])

- (B) Den Antrag der Linken werden wir ablehnen. Sie wollen ein Unternehmensstrafrecht einführen und damit einen Paradigmenwechsel im Strafrecht, also nicht nur ein Personenstrafrecht, sondern auch ein Unternehmensstrafrecht. Das kann man diskutieren. Das wäre aber ein sehr grundlegender Schritt. Den wollen wir nicht gehen. Entscheidend ist, dass es schärfere Sanktionen gibt und dass das Legalitätsprinzip gilt. Das werden wir mit unserem Vorschlag, wie wir ihn im Koalitionsvertrag stehen haben, umsetzen.

Sie fordern in Ihrem Antrag eine härtere und weiter gehende Vermögensabschöpfung. Dazu will ich nicht ganz ohne Stolz und mit nicht geringer Zufriedenheit sagen: Das haben wir in der letzten Wahlperiode beschlossen. Das wirkt. Ich nenne etwa das Milliardenbußgeld gegen VW oder die in den Medien nachzulesenden Abschöpfungen bei kriminellen Clans. Das hätte es ohne dieses Gesetz nicht gegeben. Also, da sind wir schon ein gutes Stück weiter.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Ich komme zum Schluss. Wir sollten Wirtschaftskriminalität bei den schwarzen Schafen unter den Unternehmen effektiv ahnden, damit bei Rechtsverstößen die Geldbußen nicht mehr aus der Portokasse bezahlt werden können. So sichern wir das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in unsere soziale Marktwirtschaft. Das ist ein ganz entscheidender Punkt, liebe Kolleginnen und Kollegen.

(Beifall bei der SPD)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Für die FDP-Fraktion hat das Wort der Kollege Dr. Jürgen Martens. (C)

(Beifall bei der FDP)

**Dr. Jürgen Martens (FDP):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Einführung strafrechtlicher Sanktionierung von Unternehmen wird nun schon eine geraume Zeit diskutiert. Das stellt insofern keine neue Idee dar.

Aber die Annäherung an ein Unternehmensstrafrecht ist fachlich schwierig, schwieriger als in anderen Ländern, etwa mit Blick auf deren Traditionen, deren strafrechtliche Dogmatik, deren Verständnis vom Strafrecht als ein schlichtes Erfolgsstrafrecht. Wir haben in Deutschland ein Schuldstrafrecht, das an das individuelle Fehlverhalten des Täters anknüpft.

Deswegen bedarf die Schaffung eines Unternehmensstrafrechts zunächst der Klärung der Frage: Welches Handeln oder welches Unterlassen wollen Sie denn als so sozial schädlich ansehen, dass es zwingend mit strafrechtlichen Mitteln bekämpft werden muss? Anders gesagt: Wie soll ein solcher Vorschlag mit dem Ultima-Ratio-Prinzip des Strafrechts vereinbar sein? Dazu verlieren Sie kein einziges Wort.

Bei § 30 Ordnungswidrigkeitengesetz bemängeln Sie alleine, dass die Höchstbuße von 10 Millionen Euro zu gering sei.

(Niema Movassat [DIE LINKE]: Das Opportunitätsprinzip!)

(D)

Aber mit der Frage, auf welche Höhe man es heraufsetzen könnte, beschäftigen Sie sich erst gar nicht.

Sie führen aus, dass zu wenig Bußgeldbescheide erlassen worden wären, und nennen als Gründe fehlendes Personal bei den Staatsanwaltschaften und fehlendes Spezialwissen.

(Niema Movassat [DIE LINKE]: Das sagen die selber, die Staatsanwälte!)

Was um Himmels willen soll sich denn an dieser Mangelsituation bei den Staatsanwaltschaften ändern, wenn Sie ein Unternehmensstrafrecht einführen? Gar nichts! Überhaupt nichts wird sich daran ändern. Das nenne ich insofern eine Symbolforderung, meine Damen und Herren.

(Beifall bei der FDP – Niema Movassat [DIE LINKE]: Dazu haben wir einen Punkt im Antrag!)

Die Schwächen des Antrages liegen auch darin, dass er alleine auf die Sanktionierung von Unternehmen ausgerichtet ist. Das Unternehmen selber kann gar nicht handeln; das haben wir herausgefunden. Die Verantwortlichen sind Menschen. Aber was ist der Grund für strafrechtliche Verfolgung? Das Unterlassen der Organisation von Compliance-Systemen? Eine mangelhafte Überwachung von Handelnden? All das sagen Sie nicht.

Den Boden einer ernsten Diskussion verlässt der Antrag dann endgültig, wenn Sie pauschal die strafrechtli-

**Dr. Jürgen Martens**

- (A) che Sanktionierung nicht näher bezeichneter Menschenrechtsverstöße im Ausland verlangen, meine Damen und Herren. Das alles gipfelt in dem Ruf nach Sanktionen bei „Verfehlungen“. Was um Himmels willen sollen denn „Verfehlungen“ sein?

Sie kennen den Bestimmtheitsgrundsatz in Artikel 103 Absatz 2 des Grundgesetzes: „Nullum crimen sine lege“ – kein Verbrechen ohne Gesetz. Dieser Grundsatz besagt: Gesetzliche Bestimmungen müssen so gefasst sein, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage konkret erkennen und sein Verhalten danach ausrichten kann. Die Anforderungen an die Bestimmtheit erhöhen sich mit der Intensität, mit der aufgrund der Regelung in grundrechtlich geschützte Rechte eingegriffen werden kann. Sie wollen hier bis zur Auflösung von Unternehmen gehen; aber die Voraussetzungen dafür erwähnen Sie mit keinem Wort. Anders gesagt: Wenn es darum geht, Unternehmen zu bestrafen, kann Strafbarkeit für Die Linke gar nicht früh genug beginnen.

(Niema Movassat [DIE LINKE]: Unsinn!)

Darin liegt die Schwäche des gesamten Antrags: Er ist alleine auf strafrechtliche Sanktionen fixiert. Die Begründung, die dogmatische Herleitung, die Nennung von Tatbeständen oder Ähnliches ersparen Sie sich, meine Damen und Herren. Es handelt sich um Symbolforderungen, und Sie werden sich nicht weiter wundern, wenn ich Ihnen sage: Wir werden dem nicht zustimmen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU – Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Das wundert uns in der Tat überhaupt null Komma null!)

(B)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Die **Reden** der Kollegen Dr. Manuela Rottmann, Dr. Volker Ullrich, Dr. Nina Scheer und Dr. Matthias Heider gehen **zu Protokoll**,<sup>1)</sup>

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

sodass ich die Aussprache schließen kann.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/7983 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist der Fall. Dann ist das so beschlossen.

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 16 a und 16 b auf:

- a) Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften**

**Drucksache 19/8037**

Beschlussempfehlung und Bericht des Finanzausschusses (7. Ausschuss)

**Drucksache 19/9297**

- b) Beratung der **Beschlussempfehlung und des Berichts des Finanzausschusses (7. Ausschuss)** zu dem Antrag der Abgeordneten Sandra Weeser, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP (C)

**Stromsteuer senken – Bürger entlasten**

**Drucksachen 19/8268, 19/9297**

Zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung liegt ein Entschließungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vor.

Interfraktionell sind 27 Minuten vorgesehen. – Es gibt keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich eröffne die Aussprache. Der erste Redner ist für die Fraktion der SPD der Kollege Bernhard Daldrup.

(Beifall bei der SPD)

**Bernhard Daldrup (SPD):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Es tut mir leid: Ich kann Ihnen keine elektrisierende Rede halten, auch wenn es um die Stromsteuer geht. Ich weiß, dass die Opposition noch einmal die Gelegenheit nutzen will, die Energiebesteuerung insgesamt zu thematisieren. Ich kann das auch verstehen. Aber was wir hier heute machen, ist eigentlich mehr Handwerk. Will sagen: Der vorliegende Gesetzentwurf hat das Ziel, bestehende ökologische Stromsteuerbefreiungen an das EU-Beihilferecht anzupassen; darum geht es. Fachlich sind sich die Regierungsfractionen und die Opposition sogar in weiten Teilen einig, was das konkrete Gesetzesvorhaben angeht. Echte Probleme gibt es eigentlich nicht, das heißt, das BMF hat das gut umgesetzt. (D)

Ich will trotzdem kurz ein paar Punkte ansprechen.

Der erste Punkt. Es gibt eine bestimmte Klassifikation der Wirtschaftszweige nach bestimmten Feststellungszeitpunkten und entsprechende Änderungen. Einige Branchen, die nach den Wirtschaftszweigfeststellungen des Jahres 2003 zum produzierenden Gewerbe gehörten, waren bei der Feststellung des Jahres 2008 nicht mehr dabei und umgekehrt. Deswegen haben wir die Bundesregierung darum gebeten, die Frage einer möglichen Umstellung von der WZ 2003 auf die WZ 2008 im Zuge der Auswertung des kommenden Evaluierungsberichtes zu den Subventionen im Energie- und Stromsteuersektor zu prüfen. Das passiert noch in diesem Jahr; da soll es eine entsprechende Prüfung geben.

Der zweite Punkt – auch in der Anhörung spielte das eine Rolle – betrifft das Kriterium der Zeitgleichheit von Stromerzeugung und Stromentnahme für die Inanspruchnahme der Steuerbefreiung für den Eigenverbrauch. Hier wurde von einigen Sachverständigen die mangelnde gesetzliche Grundlage kritisiert. Wir sind nach Prüfung der Sachlage der Auffassung, dass das kein grundsätzliches Problem rechtlicher Art ist. Es ist eine realitätsgerechte Anforderung, die ungefähre Zeitgleichheit von Produktion und Entnahme nachweisen zu müssen, wenn man die Steuerbefreiung für den Eigenverbrauch in Anspruch nehmen will. Das ist, glaube ich, nach der Durchführungsverordnung zulässig. Damit gibt es auch eine hin-

<sup>1)</sup> Anlage 11

**Bernhard Daldrup**

- (A) reichende rechtliche Grundlage, mit der das Erfordernis durch die Bundesregierung dann auch praxisorientiert und bürokratiearm umgesetzt werden kann.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Bürokratieabbau ist wirklich eine Kernforderung von uns; das wissen, glaube ich, auch alle.

Drittens. Ein weiteres Thema waren die sogenannten Grünstromnetze. Nach der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs ist für stromsteuerliche Zwecke von einem einzigen Versorgungsnetz auszugehen, das nicht in einzelne Teilnetze aufgespalten werden kann. Das gibt es aber faktisch eigentlich gar nicht mehr. Es ist daher richtig, dass die Erfordernis eines Grünstromnetzes für eine Stromsteuerbefreiung wegfällt.

Als Letztes zum Thema Bürokratie. Es ist ein permanentes Thema, und der geplante Bürokratieabbau ist ja eben auch durch entsprechende Beifallsbekundungen gewürdigt worden, wofür ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanke.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Es geht im Kern um Meldepflichten, die sich aus dem EU-Beihilferecht ergeben. Danach fallen kleine Anlagen in Zukunft unter eine allgemeine Erlaubnis, größere Anlagen müssen lediglich einmal gemeldet werden. Das ist, glaube ich, durchaus vertretbar.

- (B) Die Opposition will noch einmal die Gelegenheit nutzen – das kann ich auch verstehen –, durch Änderungsanträge hier etwas zu thematisieren. Das hängt ein bisschen damit zusammen, dass das Gesetz suggeriert, es ginge wirklich um große Dinge. Das ist aber nicht der Fall. Die FDP fordert in ihrem Antrag – das muss man tatsächlich hervorheben, Herr Kollege Herbrand – die Absenkung der Stromsteuer auf das EU-rechtliche Mindestmaß, ohne Ausnahme. Das verkennt, dass damit auch die bisherigen Steuerbefreiungen wegfallen würden. Da haben wir also den seltenen Fall, dass die FDP auch mal dafür steht, dass die Steuern für andere erhöht werden.

(Dagmar Schmidt [Wetzlar] [SPD]: Was? – Weitere Zurufe von der SPD: Unerhört! – Unglaublich!)

Es ist vom Volumen her nicht so bedeutend; aber es ist, sagen wir mal, wichtig genug, um hier erwähnt zu werden.

Ansonsten hat die FDP noch zwei Entschließungsanträge gestellt, mit denen sie weiter gehende Steuerbefreiungen für bestimmte Branchen und Unternehmen fordert. Denen wollen wir nicht folgen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Zu guter Letzt: Ja, man kann natürlich fragen – die Grünen tun das, wie ich finde, zu Recht –, ob man jetzt nicht eine grundlegende und umfassende Reform der Energiebesteuerung bräuchte. Wenn man den Klimaschutz ernst nehmen will, kommt man nicht umhin, das derzeitige System der Energiebesteuerung in Richtung einer CO<sub>2</sub>-Besteuerung umzustellen. Ich habe dafür viel Sympathie; aber Kollege Schmidt weiß, dass dieses

kleine Gesetz für dieses große Rad eigentlich nicht geeignet ist. Im Übrigen ist die Debatte noch längst nicht abgeschlossen. Der Grundgedanke: „Wir müssen den Ausstoß von CO<sub>2</sub> anders besteuern, anders bepreisen“ ist vielleicht einfach und richtig. Andererseits müssen erneuerbare Energien auch attraktiver werden. Die Idee ist nicht schlecht; aber auf der Grundlage dieses Gesetzes eine gesetzliche Initiative zu verlangen, verkennt, dass es sich um einen hochkomplexen Vorgang handelt, den man sozusagen nicht übers Knie brechen kann. (C)

Also, kurz und gut: Wir haben gutes Handwerk abgeliefert. Ich bedanke mich für die konstruktive Zusammenarbeit beim Koalitionspartner, aber in diesem Falle auch bei der Opposition. Alle haben ordentlich mitdiskutiert; deswegen haben wir ein gutes Ergebnis. Wir werden dem Gesetzentwurf zustimmen.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsident Dr. Hans-Peter Friedrich:**

Für die Fraktion der AfD hat das Wort der Kollege Dr. Bruno Hollnagel.

(Beifall bei der AfD)

**Dr. Bruno Hollnagel (AfD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Verehrte Kolleginnen und Kollegen! Die damalige rot-grüne Regierung führte 1999 die Stromsteuer in Deutschland ein. Dieser Schritt wurde als Einstieg in die ökologische Steuerreform gefeiert. Damals war das vertretbar. Der Strompreis wurde seinerzeit als zu niedrig angesehen. Heute haben wir Stromhöchstpreise, und trotzdem wird sich an den exorbitant hohen Stromabgaben nichts ändern. Das ist schon absurd. (D)

Wissen Sie aber, was noch viel absurder ist? Die Vorgänge um die Stromsteuerbefreiung im Vorfeld des hier zu behandelnden Gesetzentwurfes. Seit 20 Jahren haben wir jetzt den Zustand, dass bestimmte Stromerzeuger von der Stromsteuer befreit sind. Wir meinen: völlig zu Recht. Doch jetzt kommt das Ungeheuerliche: Gemäß der Rede des Herrn Kollegen Daldrup am 14. März dieses Jahres ging die Bundesregierung proaktiv auf die EU zu, um die Sache prüfen zu lassen – nach 20 Jahren! Das Ergebnis ist, dass nun bei einer ganzen Reihe von Stromerzeugern die Stromsteuerbefreiung als staatliche Beihilfe bewertet wird. Um die Stromsteuerbefreiung beizubehalten, soll nun das vorliegende Gesetz verabschiedet werden. Das führt zu mehr Bürokratieaufwand beim Staat und bei circa 35 000 Stromerzeugern.

Noch mal – um es ganz deutlich zu sagen –: Durch das proaktive Einschreiten der Bundesregierung wird der Staat und werden viele Stromerzeuger zu einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand geradezu getrieben,

(Sebastian Brehm [CDU/CSU]: Stimmt doch gar nicht!)

**Dr. Bruno Hollnagel**

- (A) Einige Firmen, die bisher steuerbefreit waren, werden zukünftig zahlen müssen.

(Sebastian Brehm [CDU/CSU]: Quatsch!)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Bundesregierung sollte die Interessen der Bürger wahren, statt ihnen Steine in den Weg zu legen.

(Beifall bei der AfD – Bernhard Daldrup [SPD]: Getretener Quark wird breit, nicht stark!)

Ich erinnere an die Anhörung im Finanzausschuss. Praktisch alle Sachverständigen beklagten unklare Begriffe und prangerten die zusätzliche Bürokratie an. Es ist nach unserer Meinung die Aufgabe der Bundesregierung, die Interessen unseres Landes und seiner Bürger zu verteidigen, statt ihnen zu schaden.

Neben den genannten Mängeln berücksichtigt das Gesetz nicht die Tatsache, dass heutzutage Strom zu den Grundbedürfnissen gehört. Kochen, der Gebrauch von Handy, Fernsehen, Computer sind ohne Strom undenkbar. Dennoch sollen die Grundbedürfnisse besteuert werden, und das ohne eine angemessene soziale Komponente bei der Stromsteuergestaltung. Das ist verwerflich.

Abschließend zum Antrag der FDP. Er geht in die richtige Richtung, richtig, lässt aber leider eine seriöse Gegenfinanzierung ebenso vermissen wie soziale Komponenten.

Danke schön.

- (B) (Beifall bei der AfD – Stefan Schmidt [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Als ob die AfD dafür stimmen würde!)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Hollnagel. – Als Nächster für die CDU/CSU-Fraktion der Kollege Sebastian Brehm.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Sebastian Brehm (CDU/CSU):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften setzen wir zum großen Teil nur das um, was durch die Europäische Union im Rahmen des Beihilfeverfahrens erforderlich wurde. Ohne die heutige Änderung wären Tausende Betreiber von Photovoltaikanlagen steuerpflichtig geworden, und es wäre für wichtige Stromerzeugungsanlagen die Stromsteuerbefreiung ersatzlos weggefallen.

(Zuruf von der CDU/CSU: So ist es!)

Deshalb musste hier reagiert werden, es mussten die notwendigen Schritte für eine beihilfekonforme Gesetzgebung eingeleitet werden.

Das haben wir mit dem vorliegenden Gesetzentwurf getan. Wir haben hier schnell gehandelt und haben es vermieden, durch die Gesetzgebung neue Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger, den deutschen Mittel-

stand und die deutsche Industrie zu erzeugen. Genau das ist eine Vertretung der Interessen der Bürgerinnen und Bürger unseres Landes. Sie haben leider, Herr Kollege Hollnagel, überhaupt nicht verstanden, wie die Systematik der Stromsteuer hier ist; tut mir leid.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie des Abg. Bernhard Daldrup [SPD])

Die Stromsteuerbefreiung wird künftig auch weiterhin bei Stromerzeugung aus erneuerbaren Energiequellen gewährt. Dies gilt auch bei Stromerzeugung aus Anlagen mit hocheffizienter Kraft-Wärme-Kopplung zum reinen Energie- und Selbstverbrauch des Betreibers, bei Anlagen über 2 Megawatt – und bei Anlagen unter 2 Megawatt dann, wenn es in einem räumlichen Zusammenhang zu der Anlage an das Unternehmen als Letztverbraucher geleistet wird. Das betrifft vor allem viele kleine kommunale Anlagen.

Im Rahmen der parlamentarischen Behandlung – der Kollege Daldrup hat es gesagt – haben wir drei Punkte zur Ergänzung vorgeschlagen:

Erstens. Wir wollen eine bürokratiearme Regelung für das neue Antragsverfahren, was ja durch die EU vorgeschrieben ist.

Zweitens. Es muss eine Präzisierung der noch ein bisschen unbestimmten Rechtsbegriffe erfolgen: Was ist der Ort der Leistungserbringung? Was ist ein räumlicher Zusammenhang? Was ist zeitgleiche Verwendung? Das wollen wir noch tun.

Ein dritter wichtiger Punkt wurde auch von Ihnen bereits angesprochen, auch in der Anhörung der Sachverständigen: Viele kommunale Betriebe, insbesondere Abfall- und Abwasserbetriebe, werden durch die Klassifikation der Wirtschaftszweige – unter Bezugnahme auf WZ 2003 – nicht von der Stromsteuer befreit, auch wenn sie einen wichtigen Beitrag für den Umstieg auf erneuerbare Energien leisten. Deswegen werden wir im Sommer, wenn der Evaluationsbericht zu den gewährten Subventionen bei Energie- und Stromsteuer vorliegt, noch mal entsprechende Gespräche führen bzw. aufnehmen, um diese Fragen zu klären. Dies wurde im Verlauf des Verfahrens miteinander besprochen und auch so festgehalten, und wir sind froh, dass wir hier im Sommer 2019 nochmals Ergebnisse erzielen können.

Im Rahmen der Diskussion wurde vor allem von der FDP und von den Grünen eine grundsätzliche Debatte zur Reform des Energie- und des Stromsteuerrechts angestoßen. Die FDP spricht sich für eine Absenkung der Stromsteuer aus. Das würde dazu führen, dass wir allgemeine Steuern erhöhen müssten.

(Michael Theurer [FDP]: Was? – Weiterer Zuruf von der FDP: Sparen!)

Sie haben schon darauf hingewiesen.

Die Haltung der Grünen verstehe ich nicht, weil Sie es waren, die das Gesetz 1999 eingeführt haben.

(Sepp Müller [CDU/CSU]: Ja!)

Die Gesetzgebung 1999 ist ja mit Ihrer Mehrheit damals gegen den Widerstand der Union eingeführt worden.

**Sebastian Brehm**

- (A) Der einfache Fakt, der dadurch erreicht worden ist: Die Strompreise sind durch Ihre Gesetzgebung eklatant gestiegen.

(Beifall bei der FDP)

Jetzt fordern Sie erneut, liebe Kolleginnen und Kollegen – übrigens neben der Enteignung von Wohnungseigentümern –,

(Stefan Schmidt [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Das hat aber jetzt gar nichts damit zu tun!)

eine weitere Belastung der Wirtschaft. Das ist wieder ein Beispiel grüner Verbotspolitik; Sie werden gleich in Ihrer Rede darauf zu sprechen kommen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der FDP)

Mit uns ist das so nicht zu machen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Wir können die Debatte über eine sinnvolle Strombesteuerung oder eine sinnvolle Energiebesteuerung gerne führen. Aber wenn wir darüber diskutieren, liebe Kolleginnen und Kollegen der Grünen, dann machen wir das nach CDU/CSU-Manier durch eine vernünftige und ausgewogene Anreizpolitik, aber nicht mit Verboten, wie Sie es fordern. Keine Verbote, sondern Angebote!

(Beifall bei der CDU/CSU – Stephan Thomae [FDP]: Reine Selbstironie! – Michael Theurer [FDP]: Das ist völlig neu!)

- (B) Wir wollen nicht, dass wieder ein Gesetz à la 1999 kommt, das unvernünftig ist und zu weiteren Belastungen für Unternehmen, zu weiteren Belastungen für die Bürgerinnen und Bürger und zu weiteren Belastungen für die Mieterinnen und Mieter führt. Deswegen wollen wir mit Ihnen in eine vernünftige Debatte eintreten, und da können wir gerne an anderer Stelle diskutieren.

(Michael Theurer [FDP]: Wer regiert eigentlich?)

Heute stellen wir die Beihilfekonformität her. Wir schließen die Gesetzgebung ab, sodass alle wieder die Stromsteuerbefreiung in Anspruch nehmen können. Das ist heute Beratungsgegenstand; es ist keine grundsätzliche Debatte.

Herzlichen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Brehm. – Als nächste Rednerin erhält die Kollegin Sandra Weeser für die FDP-Fraktion das Wort.

(Beifall bei der FDP)

**Sandra Weeser (FDP):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Hier im Bundestag und auch in den Medien wurde in den letzten Wochen intensiv über das Thema Energie- und Strompreise gestritten. Ich will vorweg

eines sagen: Wenn ich die Kommentare zu den hohen Strompreisen aus den Reihen der Koalition höre – gerade auch noch mal den Kommentar von Herrn Daldrup –, dann beweist mir das, dass Sie eigentlich gar nichts verstanden haben. Uns geht es hier um Entlastung.

(Beifall bei der FDP)

Das gilt auch für die Kommentare der SPD in der Aktuellen Stunde letzte Woche zu dem Tohuwabohu, von dem vor allem auch Menschen mit geringem Einkommen betroffen sind. Wenn Ihnen dazu nichts Besseres einfällt, als das auch noch zu belächeln, dann tut es mir um die Sozialdemokratie wirklich leid,

(Beifall bei der FDP)

und dann brauchen Sie sich auch nicht zu wundern. Hier geht es um eine soziale Frage, und die erkennen und adressieren wir auch. Von Ihnen würde ich mir das auch wünschen.

(Bernhard Daldrup [SPD]: Auch Liberale werden wir befreien! – Gegenruf des Abg. Stephan Thomae [FDP]: Von der GroKo oder wovon?)

Wir kommen doch alle zu der Feststellung, dass die Strompreise in Deutschland viel zu hoch sind; wir haben es gerade von allen gehört. Das ist der größte Hemmschuh für den Mittelstand. Reden Sie mal mit den Unternehmen in Ihrem Wahlkreis! Hören Sie mal, was die Ihnen erzählen! Die Unternehmen sagen mir ganz klar: Wenn die Strompreise weiter steigen, dann müssen wir gehen.

Und reden Sie mal mit Mietern über Nebenkostenabrechnungen! Hier muss etwas passieren, meine Damen und Herren. Die Verbraucher zahlen einen viel zu hohen Preis, und die mittelständischen Unternehmen hier verlieren im Wettbewerb.

(Beifall bei der FDP – Zuruf von der SPD: Das haben Sie letzte Woche schon erzählt!)

– Ja, aber ich muss es anscheinend wiederholen. Sie haben es ja nicht verstanden.

Ich denke, der Vorschlag der FDP-Fraktion, die Stromsteuer so weit wie möglich abzusenken

(Zuruf von der SPD)

– lassen Sie mich doch mal zu Ende reden! –, ist wirklich sinnvoll und notwendig, zumal CDU, CSU, SPD, Grüne und Linke das teilweise auch vertreten. Lassen Sie also Ihren eigenen Worten mal Taten folgen, und stimmen Sie unserem Antrag zu!

(Beifall bei der FDP)

Unser Vorschlag ist – im Gegensatz zu den Aussagen von Herrn Brehm – auch finanziell gut darstellbar. Denn wenn wir die Ausweitung des Emissionshandels auf weitere Sektoren vorantreiben, dann steigen die Einnahmen; dies gleicht die Mindereinnahmen durch die Absenkung der Stromsteuer aus. Das würden wir auch erst ab 2021 machen, wenn wir den Soli dann auch abgeschafft haben.

(Beifall bei der FDP sowie der Abg. Antje Tillmann [CDU/CSU])

Sandra Weeser

- (A) Das Ganze reiht sich ein in unsere Forderungen nach mehr Wirtschaftlichkeit in der Energie- und in der Klimapolitik. In diesem Zusammenhang freut es mich wirklich, wenn die Union hier ein Umdenken vorantreibt, wenn es um den Emissionshandel geht. Die Bundeskanzlerin hat uns ja gestern – ganz aktuell – Hoffnung gemacht, dass der Ansatz der Grünen und auch der Umweltministerin verworfen wird, die Klimaziele sektorspezifisch zu betreiben.

Wir Freien Demokraten treten auch dafür ein, die Belastung auf Strom zu senken und CO<sub>2</sub> überall zu bepreisen. Das erleichtert nämlich dann auch die Sektorenkopplung, die wir für eine ganzheitliche Energiewende brauchen.

(Beifall bei der FDP)

Insgesamt kann die Absenkung der Stromsteuer allerdings nur der erste Schritt sein. Deswegen fordern wir die Bundesregierung dazu auf, sich auf EU-Ebene für die Möglichkeit zur Abschaffung der Stromsteuer in Gänze einzusetzen. Die Stromsteuer hat ihre Legitimität längst verloren. Sie hat keine Lenkungswirkung mehr; vielmehr behindert sie dort, wo Innovationen möglich sind.

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Frau Kollegin, kommen Sie zum Schluss, bitte.

**Sandra Weeser (FDP):**

Stimmen Sie unserem Antrag zu! Es lohnt sich.

- (B) Danke schön.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herzlichen Dank, Frau Kollegin Weeser. – Der Kollege Jörg Cezanne, Die Linke, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup> – Als nächster Redner spricht zu uns der Kollege Stefan Schmidt, Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Stefan Schmidt (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Guten Abend! Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Deutschland wird seine verbindlichen Klimaziele 2020 nicht erreichen. Das ist bitter, und es ist verantwortungslos gegenüber den nachfolgenden Generationen.

Was wir jetzt brauchen, das sind große Reformen, und zwar solche, die wirklich eine Lenkungswirkung entfalten und effektiv darauf hinwirken, dass wir unsere Klimaziele erreichen. Was wir im Finanzbereich brauchen, ist eine grundlegende Reform der Energiepreise. Es ist höchste Zeit für einen CO<sub>2</sub>-Preis. Mit Verboten hat das überhaupt nichts zu tun, Herr Brehm.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

- Mit dem Gesetzentwurf, den sie vorgelegt hat, hat die Bundesregierung die Chance auf solch eine grundlegende Reform vertan. Die Stromsteuerbefreiungen sind jetzt zwar wieder mit dem EU-Beihilferecht vereinbar. Aber gleichzeitig schafft die Koalition mit der neuen Erlaubnispflicht zusätzliche Bürokratie, und zwar für alle: für die Betreiberinnen und Betreiber von kleinen und großen Anlagen zur Gewinnung erneuerbarer Energien und auch für die Finanzverwaltungen. So viel zu Ihrem Ziel, Bürokratie abbauen zu wollen. (C)

Die Bundesregierung hat auch die Chance vertan, für durchgehende Rechtssicherheit zu sorgen. Schon heute gibt es im Stromsteuergesetz unklare Rechtsbegriffe – das wurde hier schon angesprochen –, die verunsichern und zu Rechtsstreit führen. Diese Unklarheiten werden nicht aufgelöst. Wozu haben wir denn eine Anhörung gemacht, in der alle Experten einstimmig gesagt haben: „Da müssen wir nachbessern, da gibt es unklare Stellen“? Nichts wurde getan, weder vonseiten der Bundesregierung noch vonseiten der Koalitionsfraktionen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Sepp Müller [CDU/CSU]: Bei welcher Anhörung waren Sie denn, Herr Kollege Schmidt?)

– Ich war in der Anhörung dabei. Wenn Sie es nachlesen wollen, dann können Sie das auch tun.

Das Gesetz ist mal wieder ein Paradebeispiel: Reagieren statt Agieren, Verwalten statt Gestalten.

(Sebastian Brehm [CDU/CSU]: Eignen statt Enteignen!) (D)

Eines muss doch klar sein: Mit mehr Klimaschutz hat der Gesetzentwurf gar nichts zu tun.

(Beifall bei Abgeordneten des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Die SPD, Herr Daldrup, hat öfter mal von der Pflicht gesprochen, die man erfülle statt der Kür. Damit suggeriert die Koalition, dass mit Klimaschutz und CO<sub>2</sub>-Reduktion noch gewartet werden könne. Ganz im Gegenteil: Wir müssen jetzt etwas für den Klimaschutz tun.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN)

Wann beginnen wir endlich, die Netzentgelte, die Abgaben, die Umlagen, die Steuern auf Strom und Energie zu überarbeiten? Wann wird endlich ein CO<sub>2</sub>-Preis eingeführt?

Herr Brehm, Sie haben es angesprochen: Ihr Wirtschaftsminister ist es, der blockiert. Er fährt in die Schweiz, schaut sich die CO<sub>2</sub>-Bepreisung an, lobt, wie das dort gemacht wird, kommt zurück – und macht nichts. Das ist grundlegend falsch.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der LINKEN)

Da müssen wir endlich ran, so schnell wie möglich, damit wir wenigstens unsere Klimaziele 2030 erreichen.

<sup>1)</sup> Anlage 12



**Stefan Schmidt**

- (A) Wir Grünen haben mit unserem Entschließungsantrag den Anfang dafür gemacht. Wenn Sie das unterstützen, könnten Sie hier etwas Gutes für den Klimaschutz tun.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Schmidt. – Der Kollege Dr. Hermann-Josef Tebroke, CDU/CSU-Fraktion, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup> – Damit schließe ich die Aussprache.

Tagesordnungspunkt 16 a. Wir kommen zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften. Der Finanzausschuss empfiehlt unter Buchstabe a seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9297, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/8037 in der Ausschussfassung anzunehmen. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf in der Ausschussfassung zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Beschlussempfehlung in zweiter Beratung gegen die Stimmen der AfD-Fraktion bei Enthaltung der Fraktionen der FDP, der Linken und von Bündnis 90/Die Grünen

(Michael Theurer [FDP]: Enthaltung!)

– das habe ich doch gerade gesagt, Herr Kollege Theurer; Aufmerksamkeit zahlt sich aus – mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD angenommen.

(B)

**Dritte Beratung**

und Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist dieser Gesetzentwurf in der dritten Beratung und Schlussabstimmung gegen die Stimmen der AfD-Fraktion bei Enthaltung der Fraktion der FDP, der Fraktion Die Linke, der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen von CDU/CSU und SPD angenommen.

Wir kommen zur Abstimmung über den Entschließungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen auf Drucksache 19/9301. Wer stimmt für diesen Entschließungsantrag? – Wer stimmt dagegen? – Enthaltungen? – Keine. Dann ist dieser Entschließungsantrag gegen die Stimmen der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der übrigen Fraktionen des Hauses abgelehnt.

Tagesordnungspunkt 16 b. Wir setzen die Abstimmung zu der Beschlussempfehlung des Finanzausschusses auf Drucksache 19/9297 fort. Der Ausschuss empfiehlt unter Buchstabe b seiner Beschlussempfehlung die Ablehnung des Antrags der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/8268 mit dem Titel „Stromsteuer senken – Bürger entlasten“. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der Fraktion der FDP bei Enthaltung der Fraktionen der AfD

<sup>1)</sup> Anlage 12

und der Linken mit den Stimmen der anderen Fraktionen des Hauses angenommen. (C)

Ich rufe die Tagesordnungspunkte 18 a und 18 b auf:

- a) Zweite und dritte Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweisgesetzes und weiterer Vorschriften**

**Drucksache 19/8038**

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Inneres und Heimat (4. Ausschuss)

**Drucksache 19/9078**

- b) Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Inneres und Heimat (4. Ausschuss) zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Sitta, Mario Brandenburg (Südpfalz), Manuel Höferlin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Smart Perso – Personalausweis auf dem Handy**

**Drucksachen 19/8265, 19/9291**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 27 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

Ich darf darauf hinweisen, dass der Kollege Josef Oster, CDU/CSU-Fraktion, seine **Rede zu Protokoll** gegeben hat.<sup>2)</sup> (D)

Ich eröffne die Aussprache. Als erste Rednerin spricht zu uns die Kollegin Saskia Esken, SPD-Fraktion.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

**Saskia Esken (SPD):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Die Modernisierung und Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung ist ein wichtiges Anliegen, das in Deutschland leider viel, viel zu lange verschlafen wurde.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

– Es ist so; da kann man auch mal klatschen.

Eine elementare Bedingung für die Onlinenutzung von Verwaltungsdienstleistungen ist natürlich, dass die Nutzer sich online authentifizieren bzw. ausweisen können. Schon vor Jahren wurde aus diesem Grund der neue Personalausweis mit der eID-Funktion entwickelt. Er war zur Zeit seiner Entwicklung ziemlich modern. Heute wirkt die Idee des dazu notwendigen Lesegerätes aber schon wieder seltsam aus der Zeit gefallen.

Nur wenige Bürgerinnen und Bürger nutzen diese eID-Funktion in der Praxis. Laut dem E-Govern-

<sup>2)</sup> Anlage 13

**Saskia Esken**

- (A) ment-Monitor der Initiative D21 haben nur 22 Prozent der Nutzer bei ihrem Personalausweis die eID freigeschaltet, und nur 6 Prozent der Befragten besitzen auch so ein Lesegerät und könnten damit zumindest theoretisch die eID zur Authentifizierung nutzen. So bleibt auch der Anteil derer, die die digitalen Services der Verwaltung nutzen, auf sehr niedrigem Niveau.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen sind die Angebote viel zu wenig bekannt; denn es wird leider keine Werbung dafür gemacht. – Kollegen, wenn Sie sich unterhalten wollen, dann gerne draußen. Hallo?

(Tino Chrupalla [AfD]: Das ist Ihr Koalitionspartner!)

Wenn der Präsident das nicht – –

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Frau Kollegin, ich sehe das auch so. Aber nicht alles, was Sie stört, ist eine Störung.

**Saskia Esken (SPD):**

Alles gut. Ist alles eine Frage der Lautstärke.

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Es wäre trotzdem schön, wenn man der Rednerin mehr Aufmerksamkeit schenkt, auch zu so später Stunde.

**Saskia Esken (SPD):**

Wenn man schon da ist.

- (B) (Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Also, zum einen fehlt es an Werbung, und es fehlt an Informationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Deswegen sind unsere Angebote, die wenigen Angebote, die wir bereits digital anbieten, viel zu wenig bekannt. Zum anderen sind die Angebote zu wenig am Nutzer und an seinem Nutzen orientiert. Es fehlt nicht nur an schicken Front-Ends, sondern oft kann man sein Anliegen gar nicht durchgängig online erledigen und muss dann doch noch persönlich erscheinen. Der digitale Weg müsste schon bequemer, schneller oder wenigstens kostengünstiger sein; sonst kann ich ja gleich aufs Amt gehen.

Bund und Länder haben sich mit dem Onlinezugangsgesetz ein ambitioniertes Ziel gesetzt: Bis 2022 sollen alle relevanten Leistungen der öffentlichen Verwaltung digital angeboten werden. In Digitallaboren wird jetzt mit Nutzerinnen und Nutzern gemeinsam entwickelt, wie so eine Anwendung eigentlich aussehen muss, damit sie auch genutzt wird; denn dazu soll sie ja da sein.

Um auch bei der Authentifizierung vorwärtszukommen, hat die Koalition in der vergangenen Legislatur dafür gesorgt, dass der Personalausweis jetzt automatisch mit der eID ausgeliefert wird, wenn der Bürger oder die Bürgerin eben nicht ausdrücklich widerspricht; das war früher andersrum.

Für die aktuelle Legislatur haben wir uns vorgenommen, den elektronischen Personalausweis jetzt zu einem universellen, zu einem sicheren, mobil und vor allem ohne zusätzliche Hardware einsetzbaren Identifizie-

rungsmedium zu machen, also zu einem smarten Perso – entsprechende Projekte sind im Gang –, sodass wir den Antrag der FDP-Fraktion als Bestätigung dieser Vorgehensweise zur Kenntnis nehmen. (C)

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Auch uns kommt es natürlich darauf an, mit den Services unserer Verwaltung der Lebenswirklichkeit der Bürgerinnen und Bürger entgegenzukommen, die den Personalausweis mit ihrem Smartphone benutzen wollen und nicht mit altertümlichen Lesegeräten. Viele Smartphones bieten mit der sogenannten NFC-Schnittstelle schon eine Erkennung des Ausweises an. Doch während bei Android-Smartphones diese Schnittstelle serienmäßig freigegeben ist, weigert sich Apple bisher, diese Schnittstelle zu öffnen. Das kann ich nicht nachvollziehen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Ich frage mich, ob wir Zwangsmaßnahmen auf den Weg bringen müssen, bevor sich das Unternehmen an der Stelle bewegt.

Der Antrag der FDP-Fraktion zum Smart Perso enthält in der Analyse viel Wahrheit, beschwört aber leider ein Stück weit auch die Vergangenheit und blendet die aktuelle Entwicklung aus.

(Michael Theurer [FDP]: Das ist Unsinn!)

Die in früheren Legislaturen verschlafene Modernisierung der Verwaltung ist mit dem OZG nicht nur auf einem ambitionierten, sondern auch auf einem guten Weg.

Auch zur mobilen Authentifizierung und zu einem multifunktionalen Bürgerkonto hat die Bundesregierung schon mit der Arbeit begonnen und eigene Projekte gestartet. Allerdings ist die eID in ihrer bisherigen Form an den Besitz eines Personalausweises gebunden. Es gibt die eID nur in Verbindung mit dem Personalausweis. Damit sind EU-Bürger – und davon leben nicht wenige in Deutschland – von der Nutzung ausgeschlossen. Natürlich wollen wir die staatlichen Leistungen, die wir jetzt modernisieren und digitalisieren, möglichst vielen Menschen in Deutschland zugänglich machen. Wir wollen deshalb eine eID-Karte für Bürger schaffen, die kein Ausweisdokument, aber ein Authentifizierungsmittel ist. (D)

(Beifall bei der SPD)

Übrigens können auch deutsche Staatsbürger, die im Ausland leben, E-Government-Leistungen nicht nutzen, weil eine Auslandsadresse nach gegenwärtiger Rechtslage nicht in den Personalausweis aufgenommen werden kann.

Der vorliegende Gesetzentwurf will diese Hindernisse nun beseitigen; das ist im Sinne der Gleichbehandlung natürlich rundum zu begrüßen.

Als ich meinen neuen Personalausweis vor einigen Jahren bei der Gemeinde abgeholt habe – mit freigeschalteter eID selbstverständlich –, hat mich die Mitarbeiterin der Verwaltung gleich gewarnt, das sei aber gefährlich. Ich würde mir natürlich wünschen, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der öffentlichen Verwaltung von den Leistungen des Staates einigermassen überzeugt sind und deshalb auch dafür werben.

Saskia Esken

- (A) Aber unabhängig davon muss man natürlich sagen: Das Vertrauen in die Sicherheit unserer E-Government-Anwendungen spielt schon eine sehr, sehr wichtige Rolle in der Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger sie auch annehmen. Dazu gehören Datenschutz und Sicherheit, und dazu gehört natürlich auch die Sicherheit der Authentifizierung. Gerade als Mittel zur Onlineauthentifizierung müssen wir den Personalausweis gegen Missbrauch und gegen Datenklau sichern. Von europäischer Seite ist dazu die Speicherung von Fingerabdrücken auf den Ausweisdokumenten angedacht, und weil es ganz, ganz sicher sein soll, will man die Bürger zur Speicherung ihrer Fingerabdrücke verpflichten. Das ist zum einen in meinen Augen –

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Kollegin, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Saskia Esken (SPD):**

– verfassungsrechtlich hochproblematisch.

(Dr. Konstantin von Notz [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Allerdings!)

Die Pflicht, Fingerabdrücke zu speichern, würde einen schwerwiegenden Eingriff in die informationelle Selbstbestimmung der Bürgerinnen und Bürger darstellen. Zum anderen aber ist es ein Irrglaube –

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Frau Kollegin, kommen Sie bitte zum Schluss.

(B)

**Saskia Esken (SPD):**

– ja –, dass die Fingerabdrücke tatsächlich zur Sicherheit beitragen. Fingerabdrücke nämlich – –

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Ich habe Ihnen gerade das Wort entzogen, Frau Kollegin.

(Saskia Esken [SPD]: Das ist nicht schön!)

– Sie haben die Redezeit überschritten, und zwar deutlich.

Als nächster Redner spricht zu uns der Kollege Christian Wirth, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

Herr Kollege Wirth, bevor Sie anfangen, möchte ich Sie darauf hinweisen, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir zu so später Stunde noch Besuch auf der Tribüne haben: **Kollegen aus Liechtenstein**, die mit uns heute die 300-jährige Staatlichkeit des Fürstentums begangen haben.

(Beifall)

**Dr. Christian Wirth (AfD):**

Herr Präsident! Werte Kollegen! Bevor man damit anfängt, elektronische Ausweispapiere und ihre Funktionalität großzügig in Europa zu verteilen, sollte man vielleicht erst einmal überlegen, warum die Deutschen sich

(C) schon nicht mit diesem System anfreunden können. 2018 haben weniger als 10 Prozent aller Deutschen überhaupt eine Onlinefunktion einer Behörde in Anspruch genommen, und die deutliche Mehrheit aller Besitzer eines entsprechenden Ausweises hat die Onlinefunktion nicht einmal aktiviert.

Könnte es vielleicht daran liegen, dass das Identifikationsverfahren mit Karte und Lesegerät eine doch außerordentlich analoge Lösung für ein digitales Verfahren ist, das schon längst von den technischen Möglichkeiten und Gewohnheiten der Bevölkerung weit entfernt ist? Und wenn Sie jetzt mit der Ausweis-App auf dem Smartphone kommen: Schauen Sie einfach in die Kundenrezensionen – oder besser nicht; sonst fangen Sie dort auch noch an zu zensieren.

An dieser Stelle geht der Antrag der FDP sicherlich in die richtige Richtung: Das Smartphone als modernes Allzweckwerkzeug hat großes Potenzial für die Vereinfachung der Behördengänge und Einsparungen in der Verwaltung, wenn die Bürger das Vertrauen in die Sicherheit und Privatsphäre der Technologie haben.

Allerdings würde ich von dieser Bundesregierung hier nicht viel erwarten, die das Neuland Internet zwar schon entdeckt, aber kaum erkundet hat. Wen funktionierende Segelschiffe und Flugzeuge vor eine schier unüberwindbare Herausforderung stellen, den sollte man nicht mit der Technologie des 21. Jahrhunderts belasten.

(Beifall bei der AfD)

(D)

Was den Gesetzentwurf der Bundesregierung angeht, kann ich genau einen positiven Punkt feststellen: Das ist der Eintrag eines Wohnsitzes im Ausland auf dem deutschen Personalausweis. Gerade für die im Ausland lebenden Deutschen wäre ein dadurch ermöglichter Zugang zu Behördendienstleistungen eine deutliche Verbesserung.

Warum wir allerdings eine komplett neue Infrastruktur mit einer komplett neuen Identifikationskarte für EU-Bürger und Staatsbürger weiterer Vertragsstaaten brauchen, erschließt sich uns nicht, vor allem wenn man an Kosten und Nutzen denkt.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Richtig!)

In der Problembeschreibung zum Gesetzentwurf wird festgestellt, dass deutsche Staatsbürger den elektronischen Ausweis und Ausländer mit Aufenthaltsrecht den entsprechenden elektronischen Aufenthaltstitel schon haben. Warum es ein Problem darstellt, dass sonstige Nichtstaatsbürger kein deutsches elektronisches Ausweispapier besitzen, wird mit keinem Wort erklärt.

Ein Problem, das Sie nicht benennen können, wollen Sie mit einer Lösung bekämpfen, die schon in Deutschland kaum einer haben will. Gut, Sie schreiben in der Tat, dass Sie weitere Bereiche erschließen wollen, öffentlich und privat. Sie schaffen sich also erst einmal einen internationalen Kundenstamm und liefern dann das Angebot. Kindergeld hierhin, Aufenthaltstitel dahin – wer weiß, was man bald mit ein paar Klicks aus aller Welt beim

**Dr. Christian Wirth**

- (A) internationalen Sozialleistungsversand BRD alles bestellen kann.

(Beifall bei der AfD – Dr. Kirsten Tackmann  
[DIE LINKE]: Langweilig!)

Gleichzeitig geht es wieder einen deutlichen Schritt in Richtung EU-Staatsbürgerschaft. Sie versuchen, mit Verwaltungsakten zu schaffen, wofür es in Wahrheit Jahrhunderte der Geschichte und Kultur braucht: ein Staatsvolk, das die EU nicht hat.

Digitalisierung und Vereinfachung von Behördengängen: gerne. Einen EU-Personalausweis lehnen wir aber definitiv ab.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Der Kollege Höferlin, FDP-Fraktion, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup> Die Kollegin Akbulut, Die Linke, hat ihre **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>2)</sup>

Als Nächster redet zu uns der Kollege Dr. Konstantin von Notz, Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Dr. Konstantin von Notz** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

- (B) Guten Abend! Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Schon der elektronische Personalausweis war aufgrund seiner unzureichenden IT-Sicherheit – wir haben darüber hier häufiger geredet – ein absoluter Flop. Die Bürgerinnen und Bürger vertrauten ihm nicht – evangelisch aus gutem Grund. Während nämlich die Bundesregierung die vermeintlich so sicheren Zertifizierungsleseggeräte ausgab, warnte das BSI – die eigene Behörde des Innenministeriums – vor den eklatanten Sicherheitslücken ebendieser Geräte.

Deswegen kann man nur sagen: Wer so agiert, der gefährdet die Datensicherheit der Bürgerinnen und Bürger,

(Beifall bei Abgeordneten der AfD)

der vergibt die großen Chancen im Bereich des E-Government, und der sorgt dafür, dass Vertrauen in neue Onlinedienstleistungen eben nicht entsteht, und das, obwohl Vertrauen in Rechtsstaatlichkeit und Sicherheit das Fundament für die Entwicklung ist, die wir brauchen, meine Damen und Herren.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Das Vorgehen der Großen Koalition beim E-Perso ist leider exemplarisch und steht in einer ganzen Reihe gescheiterter IT-Projekte, Großprojekte, bei denen man genau in diesem wichtigen Bereich der IT-Sicherheit fünf hat gerade sein lassen. Auch bei der De-Mail wurden alle Sicherheitsbedenken in den Wind geschlagen; es wurde leider über Jahre auf eine durchgehende Ende-zu-Ende-Verschlüsselung verzichtet. So ist auch dieses Projekt

<sup>1)</sup> Anlage 13

<sup>2)</sup> Anlage 13

phänomenal gefloppt. Doch statt aus den Lehren Konsequenzen zu ziehen, die bisherige E-Government-Politik zu überdenken und konsequent auf Sicherheit zu setzen und damit zu überzeugen, Herr Krings, haben Sie die Bürgerinnen und Bürger zur Nutzung der Onlinefunktion des Persos – die Kollegin Esken hat es eben angesprochen – verpflichtet. Zwangsbeglückung statt Überzeugung, so geht es eben nicht, meine Damen und Herren.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Während Sie also den Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern die Verpflichtung vorschreiben, wollen Sie nun für EU-Bürger erneut eine freiwillige elektronische Identitätskarte einführen. Wer soll diesen Zickzackkurs verstehen? Parallel zu alledem machen Sie biometrische Daten in allen EU-Ausweisen zur Pflicht. So erhöht man keine Sicherheit. Ganz im Gegenteil: So schafft man neue Risiken.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Vor diesem Hintergrund ist der Antrag der FDP zum Smart Perso grundsätzlich sehr begrüßenswert; denn er hat die sehr lobenswerte Intention, kryptografische Verfahren in die breite Masse hineinzutragen, und das ist auch dringend nötig. Vielen Dank dafür.

(Stephan Thomae [FDP]: Gerne!)

Leider findet sich jedoch kein Wort zu den ja auch von Ihnen – unter anderem vom geschätzten Kollegen Schulz – genannten Initiativen zur IT-Sicherheit, und deswegen ist uns der Antrag an dieser Stelle etwas zu dünn.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr Kollege, kommen Sie zum Schluss, bitte.

**Dr. Konstantin von Notz** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich komme zum Schluss, Herr Präsident.

Es ist klar: Wir hinken in Deutschland beim E-Government hinterher. Das ist traurig. Wir müssen dringend aufholen. Das geht nur, –

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr von Notz, bitte!

**Dr. Konstantin von Notz** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

– wenn wir durch Sicherheit überzeugen.

Ganz herzlichen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
sowie des Abg. Stephan Thomae [FDP])

**(A) Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Der Kollege Michael Kuffer, CDU/CSU-Fraktion, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup> Deshalb schließe ich die Aussprache.

Tagesordnungspunkt 18 a. Wir kommen zur Abstimmung über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweises und weiterer Vorschriften. Der Ausschuss für Inneres und Heimat empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9078, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 19/8038 in der Ausschussfassung anzunehmen. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf in der Ausschussfassung zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Gegenprobe! – Wer enthält sich? – Dann ist der Gesetzentwurf mit den Stimmen der CDU/CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion gegen die Stimmen der AfD-Fraktion, der FDP-Fraktion, der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen in zweiter Beratung angenommen.

**Dritte Beratung**

und Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dann stelle ich fest, dass auch in der dritten Beratung und Schlussabstimmung der Gesetzentwurf mit den Stimmen von CDU/CSU-Fraktion und SPD-Fraktion gegen die Stimmen der AfD-Fraktion, der Fraktion der FDP, der Fraktion Die Linke bei Enthaltung der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen angenommen worden ist.

**(B)**

Tagesordnungspunkt 18 b. Beschlussempfehlung des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Antrag der FDP mit dem Titel „Smart Perso – Personalausweis auf dem Handy“. Der Ausschuss empfiehlt in seiner Beschlussempfehlung auf Drucksache 19/9291, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/8265 abzulehnen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der FDP-Fraktion bei Enthaltung der Fraktion der AfD, der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen mit den Stimmen der Fraktion der CDU/CSU und der Fraktion der SPD angenommen.

Ich rufe den Zusatzpunkt 9 auf.

Beratung des Antrags der Abgeordneten Dieter Janecek, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland****Drucksache 19/8567**

Überweisungsvorschlag:  
Ausschuss für Wirtschaft und Energie (f)  
Ausschuss für Arbeit und Soziales  
Ausschuss Digitale Agenda

<sup>1)</sup> Anlage 13

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 38 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen. **(C)**

Ich eröffne die Aussprache und erteile als erstem Redner das Wort Dieter Janecek, Bündnis 90/Die Grünen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Dieter Janecek (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen! Stellen Sie sich vor, es gäbe eine neue Möglichkeit, Brustkrebs so früh zu erkennen, dass er noch gut behandelbar ist. Es könnte so viel Leid erspart werden.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Gibt es schon!)

Die gute Nachricht ist: Das gibt es schon, aber nur in wenigen Arztpraxen. Ein Sozialunternehmen aus Mülheim an der Ruhr bildet sehbehinderte Frauen darin aus, kleinste Gewebeveränderungen zu ertasten. Das könnte flächendeckend Wirklichkeit sein und Leben retten. Der besondere Tastsinn dieser Frauen mit Sehbehinderung ist aber nichts, was der Markt abfragt, sondern das ist etwas, was sozial gefördert werden muss.

Ein zweites Beispiel. Ein Unternehmen aus Konstanz vermittelt ehrenamtlich Datenanalytistinnen und -analysten, die in gemeinnützigen Organisationen, von den Pfadfindern bis zum Sportverein, dafür sorgen, dass Prozesse effizienter gestaltet, Zielgruppen besser kennengelernt und Ressourcen besser genutzt werden können. Data Volunteering nennt sich das und ist, wie ich finde, eine unglaublich gute und wichtige Idee. **(D)**

Ganz ähnlich sieht es bei vielen anderen Social Entrepreneurs aus. Es gibt so viele Ideen, so viel Potenzial. Aber warum wird das nicht ausgeschöpft? Social Startups machen inzwischen 38 Prozent der deutschen Gründerlandschaft aus. Ashoka und McKinsey schätzen das finanzielle Potenzial von Sozialunternehmen auf 18 Milliarden Euro pro Jahr. 50 Prozent der Gründerinnen und Gründer sind Frauen.

Im Koalitionsvertrag haben Sie in Aussicht gestellt, die Sozialunternehmen besser zu fördern. Aber es ist bislang nichts passiert. Also bitte: Wachen Sie endlich beim Thema Social Entrepreneurship auf! Hier muss etwas getan werden.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Doch leider ist es so, dass die Social Entrepreneurs selbst Ihnen die Note 4,6 geben. In der Schule bedeutet das: durchgefallen. Für den Bereich Gründungsstandort geben sie Ihnen die Note 4,4. Liebe Bundesregierung, wenn Sie die Unternehmerinnen und Unternehmer in diesem Bereich fragen, dann sagen sie zu Ihnen: Sie sind durchgefallen.

Wir müssen noch etwas tun. Wir brauchen bessere Rahmenbedingungen. Wir brauchen zum Beispiel Finanzierungsmodelle jenseits des klassischen Denkens. Nicht alles, was sozial ist, lohnt sich in der klassischen

**Dieter Janecek**

- (A) Finanzwelt, aber es lohnt sich für die Gemeinschaften. Hier müssen wir ansetzen.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Lassen Sie uns eine Strategie für soziale Innovationen schaffen. Lassen Sie uns unter Federführung eines Staatssekretärs oder einer Staatssekretärin im Wirtschaftsministerium einen Schwerpunkt auf das Gemeinwohl legen und nicht nur auf die Interessen von Konzernen und Industrie.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Natürlich brauchen wir auch spezielle Finanzierungsmodelle. Denn was bringt die beste Idee, wenn sie niemand finanzieren will? Das ist leider ein Denken, das in Deutschland sehr verbreitet ist. Gehen Sie nach Schweden, in die Niederlande oder nach Frankreich: Überall gibt es entsprechende Förderung in ausreichendem Maße, nur bei uns nicht. Wir müssen hier wirklich etwas tun.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Wir haben in unserem Antrag sehr konkrete Vorschläge unterbreitet. Analog zum High-Tech Gründerfonds brauchen wir zum Beispiel einen „matching fund for social investing“ – so etwas gibt es zum Beispiel in Schweden –, damit auch diejenigen, die soziale und ökologische Ideen haben, die Möglichkeit haben, vor potenziellen Investoren zu pitchten. Bitte fördern Sie so etwas.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

- (B) Wir müssen auch den Gründungszuschuss der Arbeitsagenturen verändern, damit Menschen, die gründen wollen, auch bei Sozialunternehmen einsteigen können. Auch das ist nicht Teil Ihrer derzeitigen Strategie.

(Beifall der Abg. Kerstin Andreae [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Auf internationaler Ebene sieht es so aus, dass sich Deutschland laut World Economic Forum auf Platz 34 von 45 Ländern befindet. Das heißt, wir liegen weit hinten. Dagegen könnte man mehr tun. Social Start-ups brauchen verlässliche Strukturen. Sie brauchen eine feste Anlaufstelle. Sie brauchen finanzielle Unterstützung. Auch die Wohlfahrtsverbände haben in einer gemeinsamen Erklärung betont, dass sie Innovationen in diesem Bereich stärken wollen.

Wir reden doch so oft über die Digitalisierung und darüber, dass wir sie gemeinwohlorientiert, ökologisch und sozial gestalten wollen. Dann sollten wir aber wirklich auch diejenigen unterstützen, die das konkret tun, und das sind die Unternehmerinnen und Unternehmer im sozialen Bereich. Das sind fast 50 Prozent derjenigen, die im Start-up-Bereich unterwegs sind. Das sind viele Frauen. Das sind Menschen, die etwas tun für unser Land. Bitte helfen Sie ihnen, damit hier etwas passiert.

Vielen Dank.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

(C)

Vielen Dank, Herr Kollege Janecek. – Der Kollege Jan Metzler, CDU/CSU-Fraktion, hat seine **Rede** – vorbildlich – zu **Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup>

Als nächster Redner kommt der Kollege Bernd Westphal, SPD-Fraktion, an die Reihe, der vielleicht die Frage des Kollegen Hampel gleich mit beantworten kann, nämlich was Social Entrepreneurship eigentlich ist.

**Bernd Westphal (SPD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Um das aufzugreifen, was der Präsident eben gesagt hat: Es geht um soziales Unternehmertum.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Das hat aber mit dem Antrag nichts zu tun!)

Ich finde gut, dass wir hier über das Thema diskutieren. Es geht um Sozialunternehmer, die verantwortungsvoll einen Beitrag für unsere Gesellschaft leisten.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Wenn Sie englische Begriffe verwenden, müssen sie schon richtig sein: Soziales Unternehmertum oder Sozialunternehmertum?)

– Ich brauche keine Nachhilfe von Ihnen. Sie hätten hier ja einen Wortbeitrag abgeben können. Das haben Sie aber nicht gemacht. Sie haben es nicht verstanden. Ich kann Ihnen nur empfehlen, sich mit dem Thema intensiv auseinanderzusetzen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD – Lothar Binding [Heidelberg] [SPD], an die AfD gewandt: Ist Ihnen das eigentlich nicht peinlich?)

(D)

Heute Abend diskutieren wir über einen wichtigen Beitrag für unsere Gesellschaft. Ich mache keinen Hehl daraus, dass wir als SPD-Fraktion schon die Erwartung hatten, Herr Hirte, dass das Wirtschaftsministerium mehr macht. Ich glaube, dann wären wir in vielen Bereichen schon weiter. Wir haben eine entsprechende Passage in den Koalitionsvertrag reinverhandelt, weil wir einiges erwarten. Wir haben vor allem dafür gesorgt, dass das Thema „soziale Innovationen“ Eingang fand, weil es umfassender gedacht werden muss. Das greift der Antrag der Grünen nicht auf. Hier geht es nur um die Finanzierung. Das ist *eine* Stellschraube, die sicherlich wichtig ist und auf die man sich fokussieren sollte, aber das ist nicht ausreichend. Wir hingegen plädieren für einen grundsätzlichen Wandel hin zu einer sozialen Innovationspolitik. Im Kern geht es dabei darum, den Menschen mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt zu stellen, Profite in sozialen Mehrwert zu verwandeln und spürbare Verbesserungen für die Lebenswelt zu erreichen.

(Beifall bei der SPD)

Unser herkömmliches, einseitiges – weil nur an der Technologie- und Angebotsseite ausgerichtetes – Innovationsverständnis schränkt unsere Lösungsmöglichkeiten ein. Angesichts zukünftiger Herausforderungen sind kre-

<sup>1)</sup> Anlage 14

**Bernd Westphal**

- (A) ative und beteiligungsorientierte Wege richtiger. Grundlage dafür sind Innovationen, also Produkte, Dienstleistungen und Prozesse, durch die soziale, ökologische und gesellschaftliche Probleme gelöst werden können. Ideen dafür können Sozialunternehmer, aber auch öffentliche und zivilgesellschaftliche Akteure generieren. Daher verfolgen wir einen breiteren Ansatz. So stellt sich die Frage, wie beispielsweise die Idee der genossenschaftlichen Organisation und Strukturen im Zeitalter der Digitalisierung übertragen werden kann. Dennoch teile ich die Forderung, Sozialunternehmer zu stärken; denn sie leisten einen wertvollen Beitrag für unsere Gesellschaft.

Wenn es aber um die Gründung solcher Unternehmen geht, stellt man fest, dass Finanzierungen oft unzureichend organisiert sind, sodass die Unternehmen durch das Raster fallen. Deshalb brauchen wir auf jeden Fall eine Verbesserung. Das Problem ist, dass sich der potenzielle gesellschaftliche Mehrwert nicht in Geld ausdrücken lässt. Aufgrund dieser Prämisse müssen wir dafür sorgen, dass Genossenschaften und gemeinnützige GmbHs genauso Anerkennung und entsprechende Kapitalausstattung finden wie etablierte Unternehmen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Angebote der Wirtschaftsförderung und die Möglichkeiten, die den Wohlfahrtsorganisationen offenstehen, sollten von sozialen Unternehmen genutzt werden können. Hier besteht Handlungsbedarf. Allerdings setzt der vorgelegte Antrag sehr einseitig auf die Finanzierungsförderung und vergisst dabei, dass für Unternehmen in der Gründungsphase Know-how, Wissenstransfer und Netzwerkbildung entscheidende Faktoren sind, um die Unternehmensstrukturen zu fördern.

(B)

Das Wirtschaftsministerium hat eine Pilotförderung von nichttechnischen Innovationsprojekten initiiert. Das ist ein erster Schritt. Das Projekt wird Aufschluss darüber geben, worauf es in der Praxis ankommt. Das wird uns eine Grundlage dafür bieten, politisch anzusetzen und entsprechende Regelungen auf den Weg zu bringen. Welche Kriterien es braucht, wird der Praxistest zeigen. Wir können Erkenntnisse – soweit das BMWi sie vorlegt – sammeln und nutzen, sodass das Förderprogramm weiter angepasst werden kann. Es ist gut, dass das BMWi auf mehr Transparenz setzt, um die finanziellen Angebote der Sozialunternehmen sichtbar zu machen, und mit einer Öffentlichkeitskampagne dafür sorgt, dass das Image geschärft und die Aktivitäten in die Öffentlichkeit getragen werden.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Das Familienministerium fördert zudem das Projekt „Soziale Innovation in der Wohlfahrtspflege“, das den Austausch zwischen Sozialunternehmen und karitativen Einrichtungen wie der AWO, der Diakonie und anderen anregt. Diese Maßnahmen begrüßen wir ebenfalls. Das zeigt, dass die Bundesregierung soziale Innovationen auf verschiedenen Ebenen angeht. Auch in der High-tech-Strategie zum Beispiel wird auf das Thema eingegangen.

Auch wenn es bereits ein paar positive Entwicklungen gibt, so fehlt, wie von Bündnis 90/Die Grünen richtig bemerkt, ein Konzept, wie eine umfassende Strategie sozialer Information gefördert werden kann, eine Strategie, die sich allerdings nicht nur auf Maßnahmen zur Förderung von Sozialunternehmen beschränkt, sondern einen ressortübergreifenden Pfad hin zu sozialer Innovationspolitik aufzeigt. Daran werden wir weiter arbeiten. Ich freue mich auf eine konstruktive Diskussion über diesen Antrag auch im Ausschuss. (C)

Vielen Dank.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Westphal. – Als nächster Redner spricht zu uns der Kollege Enrico Komning, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD – Armin-Paulus Hampel [AfD]: Guter Mann!)

**Enrico Komning (AfD):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren Kollegen! Social Entrepreneurship?

(Katharina Dröge [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Jetzt wissen Sie es!)

– Ja, jetzt wissen wir es endlich. – Ich musste das nachlesen. Aus dem Englischen übersetzt, bedeutet das: soziales Unternehmertum. Warum verwenden wir nicht den deutschen Begriff „Sozialunternehmertum“? (D)

(Beifall bei der AfD)

Der vorliegende Antrag der Grünen ist ein weiteres Beispiel dafür, wie weit entfernt die grüne Ideologie von der gesellschaftlichen Wirklichkeit und den wahren Bedürfnissen der Menschen in diesem Land ist.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: Richtig! Sehr gut!)

Sie wollen ein unbürokratisches Darlehen für Sozialunternehmen, setzen dafür aber ein bürokratisches Verfahren voraus. Sie wollen eine soziale Innovationsstrategie ausgearbeitet wissen, um natürlich solche Unternehmenszwecke von vornherein auszuschließen, die nicht in Ihr grünes Weltbild passen.

(Beifall bei der AfD)

Sie wollen einen eigenen Staatssekretär für Sozialunternehmen, als hätten wir nicht schon genug davon. Wenn wir überhaupt einen speziellen Staatssekretär brauchen, dann ist das doch einer für den Mittelstand.

(Beifall bei der AfD)

Nein, mit Ihrem Antrag werden Sie den gesellschaftlichen Mehrwert, den Sie vorgeblich erreichen wollen, nicht schaffen. In Wahrheit geht es Ihnen doch eher darum, Ihre teuren und irrsinnigen grünen Ideen umzusetzen. Ich bin dagegen, diesen Ideen noch sauer verdientes

**Enrico Komning**

- (A) Steuergeld hinterherzuschmeißen. Da werden wir nicht mitmachen.

(Beifall bei der AfD)

Wir wollen Mittelstand statt Biosiegel. Wir wollen eine Gründerkultur statt Gendersternchen.

(Timon Gremmels [SPD]: Das muss ja kein Widerspruch sein!)

Das schafft gesellschaftlichen Mehrwert.

(Beifall bei der AfD)

Wir brauchen dringend eine neue und umfassende Förderstruktur für mittelständische Unternehmen und vor allem für Unternehmensgründungen, und zwar technologie- und branchenoffen. Ganz ehrlich, wenn jemand mit einem Konzept kommt, das auf dem Markt bestehen kann und das wie zum Beispiel die Ausstellung „Dialog im Dunkeln“ des deutschen Sozialunternehmers Andreas Heinecke der gesellschaftlichen Integration von Blinden dient, dann bin ich der Erste, der dabei ist und eine Förderung befürwortet.

(Beifall bei der AfD – Dieter Janecek [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Sie haben doch gerade dagegen gewettet!)

Förderung von Unternehmen mit öffentlichen Geldern, ob Start-ups oder bestehende Betriebe,

(Katharina Dröge [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: „Start-ups“, englisches Wort!)

- (B) muss immer darauf gerichtet sein, dass es sich am Ende bezahlt macht. Der Entrepreneur muss im Vordergrund stehen. Nicht das „social“ darf im Vordergrund stehen.

(Beifall bei der AfD)

Denn der soziale Aspekt solcher Unternehmen steht allenfalls in der Gründungsphase im Fokus. Weniger romantisch wird es dann, wenn es in der Folge um solche simplen Fragen wie den Erhalt von Arbeitsplätzen geht. Landläufig wird der Social Entrepreneur, also der Sozialunternehmer, beschrieben als Person mit kraftvoller Imagination, Ausdauer, Fähigkeiten zur Problemlösung und Umsetzungsstärke bei großer sozialer Kompetenz.

(Timon Gremmels [SPD]: Die haben Sie ja nicht!)

Wenn ich das lese, fällt mir sofort unser stellvertretender Fraktionsvorsitzender, Malermeister und mein Freund Tino Chrupalla ein.

(Beifall bei der AfD)

Aber ihn werden Sie wahrscheinlich nicht meinen. Es ist schon bemerkenswert, dass gerade Sie nun solche Personen fördern wollen, die Ihre Ideologie von Sozialismus und Klassenkampf über ein Jahrhundert in Deutschland bekämpft haben: den ideenreichen, klugen und am Gemeinwohl interessierten mittelständischen Unternehmer.

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: AfD heißt: Agentur für Desinformation!)

Wir müssen den deutschen Mittelstand stärken und fördern. Wir dürfen nicht eine sich selbst verwirklichende

- Generation Z fördern. Der Mittelstand verkörpert alles, was wir brauchen: Innovationskraft, Produktivität, Flexibilität sowie gesellschaftliches und auch soziales Engagement. (C)

(Dieter Janecek [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Auch keine Sprachblasen, Herr Komning!)

Die Bürger werden in Zukunft noch härter arbeiten müssen, um dieses Land aus der Misere herauszuführen, die die idiotische sogenannte Energiewende sowie die katastrophale Euro- und Migrationspolitik herbeiführen werden.

(Beifall bei der AfD)

Wir brauchen dazu eine Gründerkultur in Deutschland, Menschen, die mit Ideen und Tatkraft ans Werk gehen. Diese müssen wir unterstützen. Dabei ist die Ausrichtung des Geschäftskonzepts egal, solange eine ernsthafte Marktchance besteht.

(Armin-Paulus Hampel [AfD]: So ist es!)

Abschließend: Förderpolitik darf keinesfalls durch Ihren grünen Unsinn instrumentalisiert werden.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD – Timon Gremmels [SPD]: Endlich vorbei!)

#### **Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

- Als letzter Redner zu diesem Tagesordnungspunkt erhält nunmehr der Kollege Reinhard Houben, FDP-Fraktion, das Wort. (D)

(Beifall bei der FDP)

#### **Reinhard Houben (FDP):**

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Den Zuruf „Guter Mann!“, der gemacht wurde, als Sie, Herr Komning, an das Rednerpult getreten sind, haben Sie durch die Rede, die Sie gehalten haben, eigentlich nicht untermauern können.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der SPD, der LINKEN und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wer es schafft, in fünf Minuten alternative Krebsbekämpfung mit dem Sieg des Sozialismus zusammenzubringen, hat irgendwie den Knall nicht gehört. Es tut mir leid.

(Beifall bei der FDP, der SPD und dem BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Kommen wir zu den Tatsachen. Herr Kollege Janecek, ich kann verstehen, dass Sie eine gewisse Enttäuschung verspüren.

(Zuruf des Abg. Armin-Paulus Hampel [AfD])

– Hören Sie auf, zu hampeln, Herr Hampel.

(Beifall bei Abgeordneten der FDP)



**Reinhard Houben**

- (A) Eine gewisse Frustration spricht aus Ihrem Antrag. Das ist durchaus zu verstehen; denn trotz vieler Zusagen seitens der Koalition ist nicht viel passiert. Aber, Herr Janecek, das ist ein allgemeines Zeichen von Desinteresse und einer gewissen Ignoranz der aktuellen Bundesregierung, vor allem des Wirtschaftsministers, was diese Themen angeht. Er bekommt inzwischen auch die Quidung von den Wirtschaftsverbänden.

Zur Wahrheit gehört aber auch: Um Social Entrepreneurs – das Wort ist tatsächlich etwas schwierig – ist es in Deutschland gar nicht so schlecht bestellt, wie Sie vielleicht meinen.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Sie beziehen sich auf eine drei Jahre alte Studie. Lediglich 619 Fachleute und Unternehmer wurden befragt. Die Umfrage fand eigentlich ohne eine objektive Faktenbasis statt. Zudem steht Deutschland bei fast allen Themen im oberen Drittel. Berlin ist eigentlich *der* Hotspot für Sozialunternehmen. Manche Forderungen, die Sie offensichtlich vom Social Entrepreneurship Netzwerk übernommen haben, sind nachvollziehbar. Eine konsistente und koordinierte Sozialunternehmensstrategie auf Bundesebene könnte aus unserer Sicht durchaus sinnvoll sein. Richtig ist auch die Forderung, bürokratischen Hürden abzubauen. Aber das sollte für alle Start-ups gelten, nicht nur für die im Bereich der Sozialwirtschaft.

- (B) Spannend ist die Frage, ob wir eine neue Gesellschaftsform brauchen. Die Vielseitigkeit des Gesellschaftsrechts in Deutschland bietet viele Möglichkeiten. So bietet gerade die gGmbH, die gemeinnützige GmbH, Sozialunternehmen schon viele Vergünstigungen und Vorteile. Deswegen sollten wir uns genau überlegen, ob wir noch ein neues Gesellschaftsrecht aufbauen müssen, um solchen Unternehmen zu helfen. Bei der Frage der Förderinstrumente bin ich skeptisch; denn Sozialunternehmen sollten am Ende eigenständige Unternehmen bleiben, die sich selbst tragen. Wie gesagt, steuerliche Vorteile gibt es nicht nur für die gGmbH, sondern auch für Vereine und Stiftungen.

Wenn ich mir die Unternehmen genau anschau, stellen sich mir folgende Fragen: Ist eine Bank besonders förderungswürdig, nur weil sie eine Kreditkarte anbietet, bei der man statt Payback-Punkten Punkte für soziale Projekte sammelt? Ist umgekehrt Payback ein Sozialunternehmen, weil man die Payback-Punkte auch spenden kann? Ich glaube, dass das vielleicht ein etwas irriger Ansatz ist. Ich halte es auch für eine abwegige Idee, das Freiwillige Soziale Jahr so auszuweiten, dass die FSJler zum Beispiel in einer Fabrik für sozialverantwortlich produzierte Limonade tätig sind. Das halte ich vom Ansatz her für zu weitgehend.

Für uns Liberale muss am Ende ein Sozialunternehmen in erster Linie auch ein souveränes Unternehmen sein. Langfristige Subventionen schaden der Innovationsfähigkeit der in Rede stehenden Branche. Diesen Weg

würden wir nicht mitgehen. Ich freue mich trotzdem auf die Diskussionen im Ausschuss. (C)

Vielen Dank.

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Houben. – Die Kollegin Petra Sitte, Fraktion Die Linke, und der Kollege Mark Hauptmann, CDU/CSU-Fraktion, haben ihre **Reden zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup> – Damit schließe ich die Aussprache.

Interfraktionell wird Überweisung der Vorlage auf Drucksache 19/8567 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Ich sehe, dass das der Fall ist. Dann sind die Überweisungen so beschlossen.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 19 auf:

Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Wirtschaft und Energie (9. Ausschuss)

– zu der Verordnung der Bundesregierung

**Zwölfte Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung**

– zu dem Antrag der Abgeordneten Michael Theurer, Reinhard Houben, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP (D)

**Lenkende Industriepolitik ablehnen – Änderung der Außenwirtschaftsverordnung zurücknehmen**

– zu dem Antrag der Abgeordneten Reinhard Houben, Michael Theurer, Thomas L. Kemmerich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

**Attraktivität Deutschlands für ausländisches Kapital sichern**

– zu dem Antrag der Abgeordneten Katharina Dröge, Kerstin Andreae, Dr. Konstantin von Notz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Schlüsseltechnologien und Kritische Infrastruktur schützen – Standortattraktivität für Investitionen sichern**

**Drucksachen 19/7139, 19/7503 Nr. 2, 19/8953, 19/4216, 19/5565, 19/9296**

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung sind für die Aussprache 27 Minuten vorgesehen. – Ich höre keinen Widerspruch. Dann ist das so beschlossen.

<sup>1)</sup> Anlage 14

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki**

- (A) Ich eröffne die Aussprache und erteile als erstem Redner dem Kollegen Andreas Lämmel, CDU/CSU-Fraktion, das Wort.

(Beifall bei der CDU/CSU)

**Andreas G. Lämmel (CDU/CSU):**

Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Am späten Abend kommt als letzter Tagesordnungspunkt ein richtiger Kracher.

(Reinhard Houben [FDP]: Wir zählen auf Sie, Herr Lämmel! – Michael Theurer [FDP]: Jetzt ist fünf vor zwölf!)

Es geht um die Zwölfte Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung. Die Diskussion über die Außenwirtschaftsverordnung wurde mehr oder weniger durch die Versuche chinesischer Unternehmen bzw. Staatsunternehmen angestoßen, sich in deutsche Unternehmen einzukaufen. Ich nenne als Beispiele die Übernahme von KUKA oder den Versuch, sich bei 50Hertz einzukaufen.

Nun muss man sagen: Wir ändern die Außenwirtschaftsverordnung nicht, weil wir Angst vor ausländischen Investoren haben. Aber es hat die Diskussion immerhin befruchtet, dass wir darüber nachdenken müssen, was die kritische Infrastruktur in Deutschland ist und wie wir mit ihr umgehen. Damals, als der amerikanische Geheimdienst das Telefon der Bundeskanzlerin abhörte, stellte sich schon die Frage: Wie sicher sind unsere Netze, und wer hat eigentlich Zugriff auf unsere Infrastruktur? Wenn man sich aber die Zahlen einmal genauer anschaut, dann stellt man fest, dass die chinesischen Investitionen in Deutschland eigentlich nicht so bedeutend sind. Im vorletzten Jahr zum Beispiel waren mit großem Abstand die Niederlande größter Investor in Deutschland, nicht die Volksrepublik China. Des Weiteren haben deutsche Unternehmen 2017 76 Milliarden Euro in China investiert. Das heißt, Deutschland ist ein sehr bedeutender Investor in China. Deswegen kann es bei der Änderung der Außenwirtschaftsverordnung nur darum gehen, mit sehr viel Fingerspitzengefühl die Sache anzupacken. Wir wollen uns in Deutschland nicht gegenüber ausländischen Direktinvestitionen abschotten. Auch wir werben für Direktinvestitionen. Außerdem dürfen wir keine Welle auslösen, die dazu führt, dass andere Länder auf die Idee kommen, ihre Märkte gegenüber deutschen Auslandsinvestitionen abzuschotten.

Wir sind der Auffassung, dass die Außenwirtschaftsverordnung mit großem Augenmaß geändert wurde. Im Prinzip handelt es sich um drei kleine Regelungen, die heute zu beschließen sind. Das Erste ist die Absenkung der Prüfschwelle bei ausländischen Beteiligungen von 25 auf 10 Prozent. Das gilt aber nur für Anträge auf Investitionen in die kritische Infrastruktur.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

- Alle anderen Schwellen in der Verordnung bleiben unverändert. Dann gibt es noch das berühmte Boykottverbot. (C)

(Klaus-Peter Willsch [CDU/CSU]: So ist es richtig!)

Das ist nicht so einfach zu erklären. Dafür brauche ich eigentlich zwei Minuten mehr Redezeit. Das will ich Ihnen aber ersparen. Das können Sie selber in der Begründung der Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung nachlesen. Es gibt zudem eine ganz besondere Spezialität, nämlich eine Genehmigungspflicht für die Ausfuhr von Technologien für die Herstellung von kleinen und mittelgroßen unbemannten Flugkörpern. Das ist ganz bedeutend und wichtig. Deswegen werden wir der Änderung zustimmen.

Kurz zu den Anträgen. Meine lieben Kollegen von der FDP, wir sind in verschiedenen Dingen nicht weit auseinander. Aber verschiedene Passagen Ihrer Anträge können wir so nicht mittragen. Bei den Grünen habe ich den Eindruck, dass sie Gedanken lesen können. Genau das, was wir gerade machen oder was die Regierung gerade umsetzt, schreiben die Grünen schnell auf, machen das zum Antrag und sagen dann hier: Wir wissen etwas!

(Reinhard Houben [FDP]: Sie haben ein U-Boot in Ihrer Fraktion!)

Da dieser Antrag schon vor einem Vierteljahr geschrieben wurde, ist das alles fast erledigt.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

- (B) Sie können heute der Regierung eigentlich nur Beifall klatschen, weil sie genau das getan hat, was Sie wollten. Damit ist Ihr Antrag leider überflüssig, und wir können ihm nicht zustimmen. (D)

Vielen Dank.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Herr Kollege Lämmel. – Als nächster Redner hat das Wort der Kollege Steffen Kotré, AfD-Fraktion.

(Beifall bei der AfD)

**Steffen Kotré (AfD):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Sehr geehrte Damen und Herren! Wir hatten schon im letzten Jahr auf das Problem des Know-how-Abflusses aufmerksam gemacht. Damals hat die Bundesregierung noch gar nicht daran gedacht, den vorgeschlagenen Weg einzuschlagen. Nun macht sie es. Das finden wir schon einmal sehr gut. Aber es geht natürlich nicht weit genug. Wir reden hier nicht nur von kritischer Infrastruktur. Vielmehr müssen wir auch über ausgewählte Unternehmen der Schlüsseltechnologien reden. Auch hier droht ein Know-how-Abfluss. Das müssen wir ebenfalls unterbinden. Das heißt, wir müssen darüber nachdenken, ob es notwendig ist, hier nachzulegen. Das ist das eine. Das andere ist: Wenn die Schwellen gesenkt werden, dann bitte mit Leben erfüllen, klare

**Steffen Kotré**

- (A) Kante zeigen, die Unternehmen entsprechend schützen und auch handeln! Das heißt, dieser Schutz muss durchgesetzt werden.

(Beifall bei der AfD)

Drohender Know-how-Abfluss bedeutet nach unserem Verständnis auch Marktversagen. Das muss verhindert werden. Das dürfen wir auch verhindern. Wir dürfen nicht so lange warten, bis wir in anderen Ländern die gleiche Gesetzmäßigkeit vorfinden und deutsche Unternehmen im Ausland gleichberechtigt behandelt werden. Die Zeit haben wir nicht. Das wird nicht funktionieren. Wir haben auch nicht die Zeit, so lange zu warten, bis sich die EU darum kümmert und sich vielleicht in zwei Jahren dieses Problems gnädigerweise annimmt. Nein, wir haben jetzt das Risiko des Know-how-Abflusses. Dieses Risiko auszuschalten, darum geht es hier. Es wurde argumentiert, dass wir hier noch keine großen schädigenden Wirkungen zu verzeichnen hatten. Nein, es geht darum, schon das Risiko auszuschalten, damit wir hier weniger erpressbar sind. Es verstößt auch nicht, wie der eine oder andere vermutet, gegen das Grundgesetz, ausgewählte Unternehmen der Schlüsseltechnologien zu schützen. Das Grundgesetz ist dafür da, Schaden vom deutschen Volk bzw. vom Volksvermögen abzuwenden.

(Beifall bei der AfD)

Es ist völlig legitim, dass wir die Technologien, das Wissen und das Know-how, das wir in unserem Land erarbeitet haben, auch in unserem Land behalten; denn das sind unsere Bodenschätze.

- (B) Nun zum Thema Medien. Es ist schon grotesk, zu lesen, dass die Bundesregierung große deutsche Medienunternehmen vor ausländischem Einfluss schützen möchte. Denn was passiert in diesem Land? Die Medien liegen am Boden. Es gibt Falschnachrichten, eine nach der anderen.

(Timon Gremmels [SPD]: Die meisten Falschnachrichten produziert die AfD! Sie verbreiten die meisten Falschnachrichten!)

Ich befürchte, dass das Niveau unserer großen Medienhäuser so sehr am Boden ist, als dass Ausländer das noch toppen könnten.

(Beifall bei der AfD)

Ich wünsche mir manchmal, dass sich hier Ausländer bei uns einkaufen, damit die Berichterstattung vielleicht wieder objektiv wird. Ich erinnere an selbsterfundene Hetzjagen in Chemnitz, die nie stattgefunden haben,

(Beifall bei der AfD)

an die Verharmlosung von Ausländerkriminalität – das geschieht systematisch in unseren Medien –, an Merkels kriminelle Grenzöffnung, die nicht so thematisiert wird, wie es sein müsste, oder an die Masseneinwanderungen in die Sozialsysteme. Eine Auseinandersetzung damit findet großflächig nicht statt.

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr Kollege, kommen Sie bitte zum Schluss.

**Steffen Kotré (AfD):**

Da wünsche ich mir fast sogar, dass ausländische Unternehmen ins Land kommen –

(C)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Herr Kotré, bitte kommen Sie zum Schluss!

**Steffen Kotré (AfD):**

– und hier vielleicht ohne Ideologie berichten.

Vielen Dank.

(Beifall bei der AfD – Timon Gremmels [SPD]: Ich wünschte, Sie würden ohne Ideologie reden!)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Kollege Markus Töns, SPD-Fraktion, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup>

Wir beginnen den neuen Tag mit den Worten des Kollegen Michael Theurer, FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

**Michael Theurer (FDP):**

Vielen Dank. – Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wer sich die Äußerungen des Abgeordneten Kotré anhört

(Timon Gremmels [SPD]: Lieber nicht!)

und sich vor Augen führt, wie er über den Standort Deutschland spricht, der maßgeblich davon abhängig ist, dass wir in die internationale Arbeitsteilung eingebunden und weltoffen sind, stellt fest, dass diese Vorgehensweise der AfD den nationalen Interessen Deutschlands und den Interessen von Millionen Menschen, die einen Arbeitsplatz haben, widerspricht. Sie sollten an dieser Stelle dringend einen Kurswechsel vornehmen.

(D)

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU, der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN)

Wir diskutieren zu früher Stunde über die geänderte Außenwirtschaftsverordnung der Bundesregierung wieder einmal in Abwesenheit des Bundeswirtschaftsministers.

(Zuruf vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:  
Wir sollten ihn herztieren!)

Man fragt sich angesichts der Bedeutung der Auslandsinvestitionen deutscher Unternehmen und ausländischer Investitionen in Deutschland, ob nicht zur Primetime über dieses Thema im Deutschen Bundestag diskutiert werden müsste. Wir haben mit unseren Anträgen dafür gesorgt, dass darüber im Deutschen Bundestag überhaupt diskutiert wird und dass dies nicht nur eine Sache der Bundesregierung ist.

(Beifall bei der FDP)

<sup>1)</sup> Anlage 15

**Michael Theurer**

- (A) Wir stellen fest: Die Novellierung der Außenwirtschaftsverordnung wurde ohne angemessene Beteiligung der Wirtschaft und in Rekordzeit durchgedrückt. Genau so wie bei der Nationalen Industriestrategie und dem Industriepolitischen Manifest wendet sich der Bundeswirtschaftsminister vom deutschen Mittelstand ab. Der Mittelstand hat die Außenwirtschaftsverordnung massiv kritisiert, und zwar absolut zu Recht; denn diese Verordnung stellt eine Entmutigungsstrategie für ausländische Investoren dar. Wir wollen aber ausländische Investoren ermutigen, in Deutschland zu investieren. Auch unsere Unternehmen investieren schließlich im Ausland. Der beste Schutz gegen den Ausverkauf der deutschen Wirtschaft, den manche hier an die Wand malen, ist doch, die Bedingungen für inländische Investoren zu verbessern. Deshalb wäre es dringend notwendig, dass die Bundesregierung und die sie tragenden Fraktionen dafür sorgen, dass die inländischen Investoren durch bessere steuerliche Rahmenbedingungen und Abbau von Bürokratie entlastet werden. Aber Fehlanzeige! Stattdessen wird eine unausgeglichene Außenwirtschaftsverordnung auf den Weg gebracht, die unpräzise ist, das, was kritische Infrastruktur darstellt, nicht präzisiert und praktisch der Willkür, wie es die Wirtschaftsweisen zum Ausdruck gebracht haben, Tür und Tor öffnet. Deshalb lehnen wir Freie Demokraten diese Novellierung der Außenwirtschaftsverordnung ab.

(Beifall bei der FDP)

**Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

- (B) Vielen Dank, Herr Kollege Theurer. – Der Kollege Alexander Ulrich, Fraktion Die Linke, hat seine **Rede zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup>

(Matthias W. Birkwald [DIE LINKE]: Vorbildlich!)

– Das finde ich auch.

Die Kollegin Katharina Dröge, Bündnis 90/Die Grünen, ist die letzte Rednerin zu diesem Tagesordnungspunkt.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Katharina Dröge (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):**

Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrter Herr Lämmel, Sie schaffen es noch immer, mich zu verwirren.

(Heiterkeit bei der CDU/CSU)

– Auch nach so vielen Jahren zusammen im Ausschuss bekommen Sie das noch hin. – Während sich Herr Altmaier und Herr Braun öffentlich darüber zerstritten haben, welches die richtige Antwort auf den unfairen Wettbewerb aus China ist, sagen Sie nun, dass wir uns lieber mit den Auslandsinvestitionen aus den Niederlanden befassen sollten; denn das sei interessanter. Die Bundesregierung und die Große Koalition müssen irgendwie

klären, wie sie mit China und dem unfairen Wettbewerb umgehen wollen. (C)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Wir sollten schon etwas genauer hinschauen als bei den Auslandsinvestitionen aus den Niederlanden, wenn wir uns mit China befassen, mit dem, was im Rahmen des „Neue Seidenstraße“-Projekts – China 2025 – geplant ist, den gigantischen Infrastrukturinvestitionen, insbesondere mit den gigantischen Investitionen in kritische Infrastruktur und in Schlüsseltechnologien, die gezielt getätigt und mit geopolitischen Interessen verbunden werden. Angesichts dessen kann man sich hier nicht einfach hinstellen und sagen: Lasst uns über die Niederlande reden! – Vielmehr muss man genau hinschauen, prüfen und sich damit befassen, dass sich nun europäische Länder wie Italien dem „Neue Seidenstraße“-Projekt“ angeschlossen haben. Darüber kann man nicht hinwegsehen. In Richtung SPD und CDU/CSU sage ich: Heiko Maas hat Italien dafür kritisiert, dass es sich dem „Neue Seidenstraße“-Projekt“ angeschlossen hat. Er hat wörtlich gesagt:

Sollten einige Länder glauben, man kann mit den Chinesen clevere Geschäfte machen, werden sie sich noch wundern und irgendwann in Abhängigkeit aufwachen.

Das ist eine wohlfeile Kritik der Bundesregierung. Denn wer war es denn, der die Länder Südeuropas in eine Austeritätspolitik gedrängt hat? Wer war es denn, der den Ländern die Vorgabe gemacht hat, Infrastruktur zu privatisieren? Da muss man sich nicht wundern, wenn die Länder irgendwann einen Käufer finden, der bereit ist, das Geld für solche Infrastrukturen zu zahlen. Das ist auch Ergebnis Ihrer Politik im Deutschen Bundestag. (D)

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie bei Abgeordneten der LINKEN)

Die Antwort auf Chinas Seidenstraßen-Strategie ist eine kluge Industriepolitik, die auf der einen Seite davon ausgeht, dass die Infrastruktur in öffentliche Hand gehört, und die auf der anderen Seite dort, wo sich ausländische Investoren an kritischer Infrastruktur beteiligen, genau hinschaut und prüft. Deswegen ist es richtig – daher werden wir der Novelle zur Außenwirtschaftsverordnung zustimmen –, dass Sie nun die Schwellenwerte für die Prüfung abgesenkt haben. Aber was ich nicht verstehe, ist, warum Sie nur den halben Sprung gemacht haben. Sie schauen beim Aufkaufen kritischer Infrastruktur durch ausländische Unternehmen genau hin, aber nicht beim Aufbau kritischer Infrastruktur. Bei den 5G-Netzen beispielsweise haben Sie nichts geregelt und keinen Schritt gemacht. Entsprechende Schritte haben wir Ihnen in unserem Antrag vorgeschlagen. Aber diesen Teil unseres Antrags haben Sie leider ausgeblendet. Diesen hätten Sie auch übernehmen sollen. Dann wäre das Ganze besser gewesen. Machen Sie also noch den zweiten Schritt! Dann kommen wir auch zueinander.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

<sup>1)</sup> Anlage 15

Katharina Dröge

(A) **Vizepräsident Wolfgang Kubicki:**

Vielen Dank, Frau Kollegin Dröge. – Der Kollege Karl Holmeier hat seine **Rede** ebenfalls **zu Protokoll** gegeben.<sup>1)</sup>

Damit schließe ich die Aussprache.

Bevor jetzt alle aufbrechen: Wir kommen noch zur Abstimmung über die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Wirtschaft und Energie auf Drucksache 19/9296. Der Ausschuss empfiehlt unter Buchstabe a seiner Beschlussempfehlung, die Aufhebung der Verordnung der Bundesregierung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung auf Drucksache 19/7139 nicht zu verlangen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Ich muss die AfD bitten, sich zu entscheiden. Man kann nicht dafür und dagegen sein. Das geht nicht. Ich frage noch einmal: Wer stimmt für die Beschlussempfehlung? – Das sind CDU/CSU-Fraktion, SPD-Fraktion, Fraktion Die Linke und Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Wer stimmt dagegen? – Das sind die FDP-Fraktion und ein wesentlicher Teil der AfD-Fraktion. Wer enthält sich? – Einige Mitglieder der AfD-Fraktion enthalten sich. Damit ist die Beschlussempfehlung angenommen.

Weiter empfiehlt der Ausschuss unter Buchstabe b seiner Beschlussempfehlung die Ablehnung des Antrags der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/8953 mit dem Titel „Lenkende Industriepolitik ablehnen – Änderung der Außenwirtschaftsverordnung zurücknehmen“. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen

(B)

<sup>1)</sup> Anlage 15

die Stimmen der FDP mit den Stimmen der anderen Mitglieder des Hauses angenommen. (C)

Unter Buchstabe c empfiehlt der Ausschuss die Ablehnung des Antrags der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/4216 mit dem Titel „Attraktivität Deutschlands für ausländisches Kapital sichern“. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der FDP mit den Stimmen aller anderen Mitglieder des Hauses angenommen.

Schließlich empfiehlt der Ausschuss unter Buchstabe d seiner Beschlussempfehlung die Ablehnung des Antrags der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen auf Drucksache 19/5565 mit dem Titel „Schlüsseltechnologien und Kritische Infrastruktur schützen – Standortattraktivität für Investitionen sichern“. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Wer stimmt dagegen? – Wer enthält sich? – Dann ist diese Beschlussempfehlung gegen die Stimmen der Fraktion Die Linke und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen bei Enthaltung der Fraktion der AfD mit den Stimmen der CDU/CSU-Fraktion, der Fraktion der SPD und der Fraktion der FDP angenommen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sind damit am Schluss unserer heutigen Tagesordnung.

Ich wünsche Ihnen allen herzlich noch eine erholsame Restnacht.

Ich berufe die nächste Sitzung des Deutschen Bundestages auf heute, Freitag, den 12. April 2019, 9 Uhr – pünktlich –, ein.

Die Sitzung ist geschlossen. (D)

(Schluss: 0.13 Uhr)

(A) **Anlagen zum Stenografischen Bericht** (C)**Anlage 1****Entschuldigte Abgeordnete**

Abgeordnete(r)		Abgeordnete(r)	
Akbulut, Gökay	DIE LINKE	Leyen, Dr. Ursula von der	CDU/CSU
Baerbock, Annalena	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN	Lischka, Burkhard	SPD
Beer, Nicola	FDP	Magwas, Yvonne*	CDU/CSU
Bellmann, Veronika	CDU/CSU	Meiser, Pascal	DIE LINKE
Bernhard, Marc	AfD	Möller, Siemtje	SPD
Brackmann, Norbert	CDU/CSU	Müller, Bettina	SPD
Dağdelen, Sevim	DIE LINKE	Müller, Dr. Gerd	CDU/CSU
Damerow, Astrid	CDU/CSU	Müntefering, Michelle	SPD
Freese, Ulrich	SPD	Oehme, Ulrich	AfD
Frohnmaier, Markus	AfD	Petry, Dr. Frauke*	fraktionslos
(B) Groß, Michael	SPD	Poschmann, Sabine	SPD
Grundmann, Oliver	CDU/CSU	Radomski, Kerstin	CDU/CSU
Hakverdi, Metin	SPD	Remmers, Ingrid	DIE LINKE
Hartmann, Verena	AfD	Rief, Josef	CDU/CSU
Heinrich (Chemnitz), Frank	CDU/CSU	Schmid, Dr. Nils	SPD
Held, Marcus	SPD	Schulz, Jimmy	FDP
Herdt, Waldemar	AfD	Schulz, Uwe	AfD
Heßenkemper, Dr. Heiko	AfD	Steier, Andreas	CDU/CSU
Hoppenstedt, Dr. Hendrik	CDU/CSU	Wagenknecht, Dr. Sahra	DIE LINKE
Huber, Johannes	AfD	Walter-Rosenheimer, Beate	BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN
Ihnen, Ulla	FDP	Witt, Uwe	AfD
Kapschack, Ralf	SPD	Zimmermann (Zwickau), Sabine	DIE LINKE
Katzmarek, Gabriele	SPD	Zimmermann, Pia	DIE LINKE
Klinge, Dr. Marcel	FDP		
Lechte, Ulrich	FDP		

\* aufgrund gesetzlichen Mutterschutzes

(A) **Anlage 2****Zu Protokoll gegebene Reden****zur Vereinbarten Debatte zu vorgeburtlichen genetischen Bluttests  
(Tagesordnungspunkt 3)**

**Heike Brehmer (CDU/CSU):** Wir befassen uns heute in einer umfassenden Orientierungsdebatte mit dem schwierigen Thema vorgeburtlicher genetischer Bluttests und der Frage, ob und inwieweit die Kosten neuer Diagnosemöglichkeiten zur Früherkennung des Downsyndroms durch die Krankenkassen übernommen werden sollen. Ich finde diese Debatte überaus wichtig und richtig; denn das Thema berührt grundlegende Fragen des menschlichen Lebens. Deshalb sollten wir die heutige Debatte nutzen, alle damit verbundenen ethischen und gesellschaftlichen Herausforderungen offen anzusprechen und zu beleuchten.

Wir sprechen bei vorgeburtlichen Bluttests von nichtinvasiver Pränataldiagnostik. Damit sind alle Untersuchungen in der Schwangerschaft gemeint, die Informationen über das Kind erzeugen bzw. erzeugen sollen und dabei unter anderem nach Hinweisen für kindliche Erkrankungen oder Fehlbildungen suchen. Bei den Bluttests, über die wir heute sprechen, ist eine Früherkennung des Downsyndroms möglich.

(B) Nun ist es nur zu verständlich, wenn werdende Eltern wissen möchten, ob ihr Kind gesund zur Welt kommt. Wir sollten uns jedoch die Konsequenzen bewusst machen, die eine derartige Frühdiagnose haben kann, und zwar für die werdenden Eltern im Einzelnen und die Gesellschaft im Allgemeinen.

Zunächst können die werdenden Eltern unter Druck geraten, besonders die schwangere Frau, und zwar dann, wenn der Eindruck entsteht, dass eine Frau nur dann verantwortungsvoll mit ihrer Schwangerschaft umgeht, wenn sie auch tatsächlich diesen Gentest in Anspruch nimmt und dann im Extremfall die Konsequenz einer Abtreibung zieht. Durch das Angebot einer niedrigschwelligen Testung in einer frühen Phase der Schwangerschaft kann ein sozialer Druck hin zu einer Entscheidung gegen ein Kind erwachsen.

Der Druck auf schwangere Frauen, dieses Verfahren anzuwenden, wird steigen. Die Möglichkeit, früh und risikoarm zu testen, könnte die gesellschaftliche Erwartung erzeugen, diese Angebote auch tatsächlich nutzen zu müssen. Genauso steigen könnte der Rechtfertigungsdruck bei Nichtanwendung und Geburt eines Kindes mit Downsyndrom. Es besteht die Gefahr, dass derartige Pränataldiagnostik die Angst vor einem Kind mit Behinderung überhaupt erst weckt.

Bei der Erhebung von genetischen Informationen über das werdende Kind muss aus ethischer Sicht auch unbedingt das Recht des Kindes auf eine offene Zukunft bedacht werden. Wir sollten zudem dringend bedenken: Kinder mit Downsyndrom haben heute bessere Lebenschancen als jemals zuvor. Das Downsyndrom ist nicht heilbar, es ist aber auch keine Krankheit.

(C) Dieser Sichtweise zugrunde liegt häufig die Gleichsetzung von Behinderung und Leiden, die oft aus der Sicht Nichtbehinderter formuliert ist und nicht selten dazu dient, pränataldiagnostische Verfahren ethisch zu legitimieren. Das Leiden, das hier vorrangig verhindert werden soll, ist nicht selten das „Leiden“ der Eltern durch die Geburt eines Kindes mit Behinderung. Betrachtet man jedoch die Lebenswirklichkeit von Familien mit Kindern mit Downsyndrom, zeigt sich, dass die Mehrheit der Familien nicht unter der Behinderung ihres Kindes „leiden“, sondern ihr Kind lieben und als wertvollen und bereichernden Aspekt ihres Familienlebens ansehen.

Bedacht werden sollte noch ein weiterer Aspekt: Die Bluttests, über die wir heute sprechen, können nicht nur nach den Trisomien 13, 18 und 21 suchen, sondern auch nach weiteren Syndromen, die zum Teil keine schwerwiegenden Symptome haben, aber trotzdem zu Abtreibungen führen können.

Der Fortschritt der Medizintechnik wird unweigerlich dazu führen, dass sich das Testspektrum in Zukunft noch erweitert, dass viele weitere „Mängel“ frühzeitig diagnostiziert werden können. Je niedrigschwelliger solche Tests verfügbar sind, desto häufiger werden sie auch nachgefragt und in Anspruch genommen. Leben könnte einer frühzeitigen Bewertung unterzogen werden, einer Kosten-Nutzen-Rechnung. Das können wir als Gesellschaft nicht wollen.

(D) Unser aller Aufgabe muss es sein, Menschen mit einer Behinderung – welcher Art auch immer – eine gleichberechtigte Teilhabe an allen Bereichen der Gesellschaft zu ermöglichen und Eltern eines behinderten Kindes nach Kräften zu unterstützen. Vor dem Hintergrund, dass eine der zentralen Befürchtungen von Eltern darin liegt, mit einem behinderten Kind ihre finanzielle und zeitliche Autonomie zu verlieren, gilt es, Zugangsschwellen zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten abzubauen, zu entbürokratisieren und ein gesellschaftliches Klima der Akzeptanz zu schaffen; denn jedes Leben ist lebenswert.

Ich wünsche mir deshalb in der heutigen Debatte und den weiteren Beratungen einen offenen und sachlichen Meinungsaustausch und eine gewissenhafte Entscheidungsfindung.

**Dr. Thomas Gebhart, Parl. Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit:** Es ist gut, dass wir heute diese breite Debatte führen. Es handelt sich um einen sensiblen Bereich, in dem existenzielle Fragen und Werte berührt sind. Ich verstehe die Sorge, dass Leistungsfähigkeit der einzige Maßstab für gelingendes Leben werden könnte, dass jede Einschränkung der Leistungsfähigkeit – durch Behinderung, durch Krankheit – ausschließlich negativ bewertet und dieser Maßstab bereits auf werdendes Menschenleben angewandt wird. Ich sage ausdrücklich: Dahin dürfen wir niemals kommen!

Worum geht es aber heute in der Frage, die zur Entscheidung ansteht? Es geht nicht um die Einführung von neuen Tests; es geht darum, dass unterm Strich Risiken minimiert werden. Bei der Entscheidung, die der Gemeinsame Bundesausschuss zu treffen hat, handelt es sich um folgende: Sollen Bluttests, die quasi kein Risiko

- (A) haben, bei Risikoschwangerschaften erstattet werden? Und können wir dadurch invasive Testungen, die mit Risiken wie Fehlgeburten verbunden sind und seit langem durch die Kassen bei Risikoschwangeren erstattet werden, reduzieren? Ich meine, ja. Dabei ist eines sehr wichtig: Wir reden über dieselben Voraussetzungen für die Bluttests, wie sie heute für die invasiven Tests gegeben sein müssen. Es darf also nicht um eine flächendeckende Anwendung und Kostenübernahme der Bluttests bei nahezu allen Schwangeren gehen. Der Bluttest soll nicht zu einer Standarduntersuchung als Kassenleistung für alle werden.

Wichtig ist, dass die Beratung über vorgeburtliche genetische Bluttests allgemein verständlich und ergebnisoffen erfolgt, so wie bereits im Gendiagnostikgesetz vorgeschrieben. Mögliche medizinische, psychische und soziale Fragen sind vor der Untersuchung zu erörtern. Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die verantwortungsvoll in der Praxis umgesetzt werden muss. Hier sind alle gefordert, an der Qualität der Beratung weiterzuarbeiten, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte. Zudem muss gelten: Es darf niemals so weit kommen, dass sich eine Frau bzw. eine Familie dafür rechtfertigen muss, ein krankes oder behindertes Kind zur Welt zu bringen. Vielmehr will ich, dass diese Familien und ihre Kinder in ganz besonderer Weise unterstützt und gefördert werden. Das gilt für das private, das schulische wie auch das berufliche Umfeld. Lassen Sie uns daran weiter gemeinsam arbeiten.

- (B) **Eckhard Gnodtke (CDU/CSU):** Es geht bei dieser Orientierungsdebatte nicht etwa um die Einführung von Bluttests oder anderer Verfahren zur Feststellung unter anderem von Trisomie 21; es geht um die Frage, ob die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen hierfür gesetzlich verankert werden soll. Fruchtwasseruntersuchungen gibt es seit mehreren Jahrzehnten, Bluttests seit 2012, Letzteres eben nur nicht als von den Kassen übernommene Leistung.

Das Thema ist in den letzten Tagen von allen Seiten beleuchtet worden. Und eigentlich kann man in dieser Debatte als Abgeordneter nicht sehr viel richtig machen. Spricht man sich für eine Ablehnung der Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen aus, dann muss man sich im Zweifel entgegenhalten lassen: „Ach so, diese Tests sind nur denen vorbehalten, die es sich finanziell leisten können?“, was insoweit nicht ganz zutreffend wäre, als die Kassen bei sogenannten Risikoschwangerschaften die Kosten hierfür bereits anstandslos getragen haben und dies weiterhin tun. Das Argument der anderen Seite lautet: Mit der Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen besteht die begründete Sorge, dass dieser Ansatz quasi als indirekte Aufforderung zu einer Reihenuntersuchung gedeutet werden könnte.

Die Evangelische Kirche in Deutschland hat sich dafür ausgesprochen, bei Risikoschwangerschaften vorgeburtliche Bluttests auf Trisomie unter bestimmten Bedingungen zur Kassenleistung zu machen. So hat der Ratsvorsitzende der EKD, Bedford-Strohm, sinngemäß gesagt, dass der Schutz von Ungeborenen am besten gelinge, wenn man verhindere, dass solche längst verfü-

- baren Tests ungeregelt genutzt würden. Die Zustimmung hierzu sei mit der Bedingung verbunden, dass Schwangere das Angebot einer psychosozialen Beratung bekämen, deren Ziel der Lebensschutz sei. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass menschliches Leben nach bestimmten Kriterien aussortiert werde. Den Äußerungen betroffener Elternteile war in den letzten Tagen immer wieder zu entnehmen, dass es im jeweiligen Fall an genau dieser psychosozialen Beratung gefehlt hat. Ich hoffe insoweit, dass mit der Einführung der vorgeburtlichen genetischen Bluttests genau diese psychosoziale Beratung mit zur Bedingung gemacht wird.

**Erich Irlstorfer (CDU/CSU):** Wir diskutieren heute ein sehr sensibles Thema, das von enormer gesellschaftspolitischer Relevanz ist. Ein guter Freund aus meinem Wahlkreis, der mir mit seiner Frau und seinen Kindern in den letzten Jahren sehr ans Herz gewachsen ist, hat mir vor einigen Jahren bei einem gemeinsamen Besuch berichtet, dass sie Nachwuchs bekommen werden. Bei diesem Gespräch – das natürlich von voller Freude und Zuversicht geprägt war – teilte er mir auch mit, dass es vielleicht sein könnte, dass das noch ungeborene Kind ein Handicap hat. Wir unterhielten uns den ganzen Abend über die Situation und diskutierten auch, wie sinnvoll es wäre, wenn man der Ursache und der Situation genauer auf den Grund gehen würde.

- Bei diesem Gespräch sagte mein Freund einen beeindruckenden Satz: „Was mache ich, wenn ich die Diagnose bekomme, dass mein Kind behindert ist und wir – meine Frau und ich – uns aber generell schon entschlossen haben, dieses Kind zu bekommen. Hat ein solcher Test überhaupt einen Mehrwert für mich?“ Mir persönlich war dieses Gespräch sehr wichtig, da es mir mehrere Seiten der gleichen Medaille zeigte.

Als es jetzt auf politischer Ebene um dieses Thema und um diese Diskussion ging, zog ich ihn und seine Frau zurate. Der Mann hat mir hier ein paar Zeilen aufgeschrieben, die ich Ihnen gerne vortragen möchte: Unsere Gesellschaft hat sich vor über 40 Jahren aus guten Gründen grundsätzlich für die Pränataldiagnostik entschieden. Es gab seitdem jedoch keine angemessene öffentliche oder politische Debatte über den Umgang damit.

Es wird geschätzt, dass bereits heute in Deutschland neun von zehn Kindern mit der Diagnose Trisomie 21 abgetrieben werden. Projektionen aus England zeigen, dass eine Übernahme des Bluttests als Kassenleistung zu einem Anstieg ergänzender Pränataldiagnostik führt und dadurch zu mehr Abtreibungen von Kindern mit Downsyndrom beiträgt.

Ist es nicht ungeheuerlich, dass ausgerechnet nach dieser Behinderung, mit der ein glückliches, gesundes und erfülltes Leben möglich ist, gezielt gesucht und dieses Leben dann aussortiert wird? Als Vater eines Sohns, acht Jahre alt, mit Downsyndrom kann ich diese Frage nur mit Ja beantworten. Es ist ungeheuerlich! Wenn unsere Gesellschaft dies als moralische Grundeinstellung definiert, muss ich dann nicht auch davon ausgehen, dass mein Sohn in dieser Gesellschaft nicht willkommen ist?



(A) Ich mag hoffen, dass dies nicht der Fall ist und wir uns auf den gleichen Wert von Leben mit oder ohne Behinderung einigen können. Davon ausgehend würde ich es sehr begrüßen, wenn jemand, der Befürworter des NIPT ist, versucht, dem lebenslustigen und aufgeweckten Burschen in meinem Haus zu erklären, welchen Wert der NIPT für das ungeborene Kind hat und wer im Übrigen dessen Rechte vertritt. Es stellt sich die Frage, welche Auswahlkriterien zukünftig über Leben und Tod eines Kindes entscheiden sollen und ab wann ein Leben als lebenswert gilt; denn das Genom eines Ungeborenen lässt sich anhand der kindlichen DNA-Fragmente im Blut der Mutter noch sehr viel detaillierter untersuchen, als es der Bluttest bisher ermöglicht.

Ein Bericht des internationalen Ethikausschusses der UNESCO betont, die potenziellen ethischen Nachteile der nichtinvasiven Pränataldiagnostik könnten zusammenfassend wie folgt beschrieben werden: Die Entscheidung, ein Kind mit Behinderung oder Krankheit nicht zur Welt zu bringen, wird zur Regel gemacht und institutionalisiert.

Eltern werden im Rahmen der Diagnostik weder auf einen möglichen Entscheidungskonflikt vorbereitet, noch erhalten sie ausgewogene, zutreffende und neutrale Informationen, die sie in ihrer Entscheidung ethisch gut und hilfreich unterstützen. Ich finde es sehr schade, dass die Vermeidung von Behinderung in der Diskussion einen viel größeren Platz einnimmt als die Lebensfreude und der positive Beitrag der Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft. Je mehr wir die Leistungsfähigkeit eines Menschen – in der Regel aus Sicht der Arbeitswelt – über unsere ureigene Humanität – wir sind doch alle einfach Menschen, oder? – stellen, desto ärmer und kälter wird unsere Gesellschaft.

(B) Viele Eltern und werdende Eltern von Kindern mit Downsyndrom werden durch Falschaussagen wie „Ihr Kind wird nie lesen oder sprechen können“ oder Mitleid des ärztlichen Fachpersonals verunsichert. Genauso erschütternd ist die häufig gestellte Frage, ob man „das mit dem Downsyndrom nicht vorher gewusst“ habe. Dies impliziert die Abtreibung als eine übliche und normale Reaktion auf die Diagnose.

Auch wenn die Entwicklungsunterschiede von Kindern mit Downsyndrom groß sein können: Wir bekommen heute erst eine leise Ahnung davon, wie ein Leben mit Trisomie 21 bei guter Förderung – mit der erst in den 1980er-Jahren begonnen wurde – und Inklusion aussehen kann.

Ein prominentes Beispiel für ein selbstbewusstes und selbstbestimmtes Leben mit Downsyndrom ist Natalie Dedreux, die der Bundeskanzlerin einen Einblick in ihr Leben vermittelte und deutlich mitteilte: „Ich will nicht abgetrieben werden, sondern auf der Welt bleiben“. Auch wir Eltern von Kindern mit Trisomie 21 sind sehr betroffen über die vielen Abtreibungen. Wir, unsere Kinder und unsere Familien, sind glückliche Menschen! Wir führen ein Leben, das für uns vollkommen normal ist. Wir lernen Menschen kennen, die wir ohne unsere Kinder niemals kennengelernt hätten. Wir machen auf einmal Dinge, die wir uns vorher niemals zugetraut hätten. Wir schlagen vollkommen neue Lebenswege ein, lernen neue

Fertigkeiten und setzen uns in großem Maße für Menschlichkeit ein. Unsere Kinder lassen uns die Welt mit vollkommen neuen Augen betrachten. Durch sie bekommen wir einen Blick dafür, was wirklich zählt. Ist das nicht ein Wert, auf den wir stolz sein sollten?

Richard von Weizsäcker stellte bereits 1993 in einer Rede fest: „Maßstäbe für Behinderung sind zufällig und fragwürdig. Noch immer gehen sie von den Forderungen unserer sogenannten Leistungsgesellschaft aus. Vor allem von rationalen und motorischen Fähigkeiten, von der Leistungskraft im Produktionsprozess. Wäre soziales Verhalten der beispielgebende Maßstab, dann müssten wir den Menschen mit Downsyndrom nacheifern.“

Ich denke, das ist eine Überlegung wert und ein wichtiger Blickwinkel in der Diskussion um NIPT und deren Auswirkungen. Es würde mich sehr freuen, damit die eine oder den anderen dadurch beeinflussen zu können. Sie entscheiden über die Gesetzgebung in unserem Land und sind die gewählten Volksvertreter – und in dieser Funktion auch in allererster Linie dem Grundgesetz und der darin verankerten Würde jedes Menschen – mit und ohne Behinderung – verpflichtet. Jetzt haben Sie die Gelegenheit, eine lebensbejahende Botschaft zu senden. Nutzen Sie diese Chance!

Ich habe nun versucht, Ihnen einen kleinen Einblick in das Innenleben von Mann und Frau, von Eltern, zu geben, die seit nunmehr knapp acht Jahren mit einem Kind leben, das das Downsyndrom hat. Ich hoffe, dass diese Zeilen auch für Sie Aufschluss geben können, was hier in der Praxis abläuft. Ihre Entscheidung möchte ich nicht beeinflussen, weil Sie sich selbst ein Bild machen sollen. Dass Sie sich diesen Text angehört bzw. durchgelesen haben, freut mich. Ich danke Ihnen, dass Sie dieser Thematik die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt haben.

**María Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Anlass der heutigen Debatte ist ein Vorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses, der über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidet. Er hat ausdrücklich um eine Debatte des Bundestages über die Frage gebeten, ob der Trisomie-Bluttest für Schwangere zur Kassenleistung wird; denn er sieht bei dieser ethischen und gesellschaftsrelevanten Frage Grenzen seiner Regelungskompetenz.

Bereits seit 1975 wird eine Fruchtwasseruntersuchung für Frauen ab 35 Jahren und bei besonderen Risiken von den Kassen erstattet. Diese invasive Untersuchung ist mit einem beträchtlichen Risiko für eine Fehlgeburt verbunden. Seit 2012 steht ein nichtinvasiver Bluttest zur Verfügung, der heute bereits von 100 000 schwangeren Frauen jährlich als Selbstzahlerleistung genutzt wird. Ich meine, dass dieser Test unter engen Voraussetzungen, nämlich einer Risikoschwangerschaft, zur Kassenleistung werden sollte. Es ist ethisch und sozial hoch fragwürdig, wenn ein risikofreier Test nur für Frauen zugänglich ist, die das Geld dafür, circa 130 bis 400 Euro, zur Verfügung haben.

Zugleich ergibt sich ein Wertekonflikt. So darf es nicht vorweg und durch gesellschaftlichen Druck zu einem Massenscreening von Schwangerschaften auf Formen der Abweichung, auf alle genetisch bedingten Erkrankungen oder auf Behinderung kommen. Damit würde

- (A) suggeriert, dass das Leben von Menschen mit einer Behinderung nicht lebenswert sei. Deshalb ist es wichtig, immer wieder deutlich zu machen, dass in dieser Gesellschaft jedes Leben willkommen ist. Die Entscheidung, ob eine Frau, ein Paar einen solchen Test vornehmen lassen will, ist eine höchst persönliche, ebenso der Umgang mit dem Testergebnis. Aber sie sollten bei dieser Entscheidung die Beratung und Unterstützung erhalten, die sie brauchen. Die ärztliche Beratung ist heute, auch durch die Gefahr von Haftungsrisiken, sehr stark auf medizinische und Risikofragen konzentriert.

Zu kurz kommen Informationen darüber, im Leben mit dem Downsyndrom klarzukommen, Informationen von den Erfahrungen und Erfolgen der betroffenen Familien; denn Menschen mit Downsyndrom sind anders, aber erleben zumeist viel Freude in ihrem Leben. Deshalb ist für mich entscheidend, dass wir gesetzlich den Rahmen für eine ergebnisoffene Beratung, auch unter Einbeziehung von Betroffenen, ermöglichen. Ebenso wichtig ist es, uns noch mehr als heute für eine inklusive Gesellschaft einzusetzen. Familien mit einem behinderten Kind stoßen auch heute noch auf viele Hürden im alltäglichen Leben. Das muss sich deutlich ändern.

Mit der Möglichkeit von immer neuen genetischen Schnelltests kommt auf uns als Gesetzgeber eine neue Aufgabe zu; denn es werden immer mehr neue Tests auf den Markt kommen, die Aussagen über im Lebenslauf auftretende erbliche Erkrankungen möglich machen. Wir sind als Gesetzgeber gefordert, dafür einen gesetzlichen Rahmen zu setzen und Anpassungen am bestehenden Gendiagnostikgesetz zu diskutieren. Dies sollten wir jedoch von der heutigen Frage trennen. Heute geht es darum, ob wir eine seit 40 Jahren genutzte Fruchtwasseruntersuchung, die mit Risiken behaftet ist, durch einen nicht risikobehafteten Bluttest ersetzen. Das sollten wir meiner Meinung nach tun.

- (B) **Patrick Schnieder (CDU/CSU):** Die heutige Orientierungsdebatte bietet uns die Möglichkeit, über die grundsätzlichen ethischen Fragen im Zusammenhang mit Bluttests in der Pränataldiagnostik zu diskutieren. Pränatale Bluttests wurden erstmals im Jahr 2012 zugelassen und ermöglichen durch eine Blutentnahme bei der Schwangeren, Aussagen über die genetischen Eigenschaften des Fetus zu treffen. Hierdurch können sie beispielsweise zur Diagnose von Trisomien wie dem Downsyndrom genutzt werden.

Bei der nun aufgekommenen Frage, ob jene Bluttests als Kassenleistung zur Diagnose von Trisomien zugelassen werden sollten, handelt es sich jedoch nicht um eine gesundheitspolitische, sondern im Wesentlichen um eine ethische Debatte. Denn es geht hierbei um unser Verständnis vom Menschen, auch des behinderten Menschen, und es geht vor allem um unsere Verantwortung für Menschen mit Behinderung und ihre Familien. Deswegen ist es mir wichtig, gleich zu Beginn festzuhalten: Jeder Mensch hat die gleiche Würde und den gleichen Wert, unabhängig davon, über wie viele Chromosomen er verfügt. Durch die Aufnahme pränataler Bluttests in den Leistungskatalog der GKV befürchte ich, dass dieser Grundkonsens innerhalb unserer Gesellschaft ins Wan-

- ken gerät und sich die Einstellung der Gesellschaft gegenüber behinderten Menschen ändert. (C)

Schon heute führt beispielsweise ein vorgeburtlicher Befund des Downsyndroms in den meisten Fällen zu einem Schwangerschaftsabbruch. Die Übernahme der Kosten durch die Kassen würde zwangsläufig dazu führen, dass vorgeburtliche Bluttests zum Standard in der Pränataldiagnostik werden. Es muss unbedingt verhindert werden, dass hierdurch die genannten Zahlen zunehmen oder auch nur der Druck auf werdende Eltern und insbesondere schwangere Frauen steigt, bei Abweichungen von der genetischen „Norm“ die Schwangerschaft abzubrechen. Es geht bei der heutigen Diskussion daher auch um unseren Schutzauftrag für das ungeborene Leben.

Das führt mich zu der Frage, was ist eigentlich normal bzw. sind Kinder mit Downsyndrom etwa „unnormale“? Natürlich sind sie das nicht! Sie bereichern unsere Gesellschaft wie jedes andere Kind. Ich bin mir sicher, dass hierzu in der Gesellschaft ein breiter Konsens besteht. Kinder mit Downsyndrom benötigen gleichwohl eine andere, individuellere Förderung und Betreuung als „gesunde“ Kinder. Daher kann ich den Wunsch vieler Eltern nachvollziehen, dass sie frühestmöglich Klarheit darüber haben möchten, ob ihr Kind das Downsyndrom oder eine Erkrankung hat. Sie möchten sich frühzeitig auf die Notwendigkeit dieser spezielleren Förderung einstellen, um die bestmögliche Betreuung für ihr Kind sicherstellen.

- Dabei müssen die Gesellschaft und der Gesetzgeber sie unterstützen. Die Aufnahme pränataler Bluttests in den GKV-Leistungskatalog hilft dabei jedoch nicht weiter. Zumal diese Bluttests keinerlei therapeutischen Nutzen haben. Es gibt keine Therapiemöglichkeiten, die unmittelbar nach dem Befund gestartet werden können. Vielmehr bedeutet der Wunsch vieler Eltern nach Klarheit für mich, dass wir die Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder mit einer Behinderung und ihre Familien verbessern und flexibler gestalten müssen, und es zeigt, dass wir beim Thema Inklusion noch lange nicht am Ende angekommen sind. Durch die Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog wird das Signal gesendet, dass es wichtig ist, zu überprüfen, ob der Fetus eine Anomalie aufweist. Wenn bereits heute Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen in der Gesellschaft anerkannt wären, wäre diese Überprüfung weder notwendig noch sinnvoll. Indem die Überprüfungsmöglichkeiten sogar erweitert werden, wird schlussendlich der Eindruck vermittelt, dass ein Leben mit dem Downsyndrom oder einer anderen Behinderung weniger lebenswert ist. (D)

Das Gegenteil ist der Fall, und es gilt, zu verhindern, dass pränatale Bluttests eine Ablehnung behinderter Menschen vorantreiben, zumal damit eine Spirale in Gang gesetzt werden könnte. Wenn wir heute darüber diskutieren, ob pränatale Bluttests zur Bestimmung einer Trisomie eingesetzt werden sollten, besteht dann nicht die Gefahr, dass wir morgen darüber diskutieren, ob diese Tests nicht auch zur Bestimmung anderer genetischer Dispositionen eingesetzt werden sollten? Ich befürchte, dass am Ende eine vorgeburtliche Selektion stehen wird, die einzig auf die Leistungsfähigkeit des Einzelnen ausgelegt ist und das hohe Gut einer pluralistischen Gesellschaft, die die Stärken und Schwächen eines jeden wertschätzt und akzeptiert, infrage stellt.

(A) Anlage 3

(C)

**Ergebnis und Namensverzeichnis****der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl eines Stellvertreters des Präsidenten des Deutschen Bundestages teilgenommen haben (1. Wahlgang)****(Zusatztagesordnungspunkt 4)**

Abgegebene Stimmkarten: 635

**Ergebnis**

Abgeordnete/r	Ja-Stimmen*	Nein-Stimmen	Enthaltungen	Ungültige Stimmen
Gerold Otten	210	393	31	1

\*Zur Wahl sind mindestens 355 Ja-Stimmen erforderlich.

**Namensverzeichnis**

<b>CDU/CSU</b>	Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)	Alexander Hoffmann	Dr. Carsten Linnemann
Dr. Michael von Abercron	Dr. Maria Flachsbarth	Karl Holmeier	Patricia Lips
Stephan Albani	Thorsten Frei	Erich Irlstorfer	Bernhard Loos
Norbert Maria Altenkamp	Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof)	Hans-Jürgen Irmer	Dr. Jan-Marco Luczak
Peter Altmaier	Michael Frieser	Thomas Jarzombek	Karin Maag
Philipp Amthor	Hans-Joachim Fuchtel	Andreas Jung	Dr. Thomas de Maizière
Artur Auernhammer	Ingo Gädechens	Ingmar Jung	Gisela Manderla
Peter Aumer	Dr. Thomas Gebhart	Alois Karl	Dr. Astrid Mannes
Dorothee Bär	Alois Gerig	Anja Karliczek	Hans-Georg von der Marwitz
Thomas Bareiß	Eberhard Gienger	Torbjörn Kartes	Andreas Mattfeldt
(B) Maik Beer mann	Eckhard Gnodtke	Volker Kauder	Stephan Mayer (Altötting) (D)
Manfred Behrens (Börde)	Ursula Groden-Kranich	Dr. Stefan Kaufmann	Dr. Michael Meister
Sybille Benning	Hermann Gröhe	Ronja Kemmer	Jan Metzler
Dr. André Berghegger	Klaus-Dieter Gröhler	Roderich Kiesewetter	Dr. Mathias Middelberg
Melanie Bernstein	Michael Grosse-Brömer	Michael Kießling	Dietrich Monstadt
Christoph Bernstiel	Astrid Grotelüschen	Dr. Georg Kippels	Karsten Möring
Peter Beyer	Markus Grübel	Volkmar Klein	Marlene Mortler
Marc Biadacz	Manfred Grund	Axel Knoerig	Elisabeth Motschmann
Steffen Bilger	Monika Grütters	Jens Koeppen	Axel Müller
Peter Bleser	Fritz Güntzler	Markus Koob	Sepp Müller
Michael Brand (Fulda)	Olav Gutting	Carsten Körber	Carsten Müller (Braunschweig)
Dr. Reinhard Brandl	Christian Haase	Alexander Krauß	Stefan Müller (Erlangen)
Dr. Helge Braun	Florian Hahn	Gunther Krichbaum	Petra Nicolaisen
Silvia Breher	Jürgen Hardt	Dr. Günter Krings	Michaela Noll
Sebastian Brehm	Matthias Hauer	Rüdiger Kruse	Dr. Georg Nüßlein
Heike Brehmer	Mark Hauptmann	Michael Kuffer	Wilfried Oellers
Ralph Brinkhaus	Dr. Matthias Heider	Dr. Roy Kühne	Florian Oßner
Dr. Carsten Brodesser	Mechthild Heil	Dr. Dr. h. c. Karl A. Lamers	Josef Oster
Gitta Connemann	Thomas Heilmann	Andreas G. Lämmel	Henning Otte
Alexander Dobrindt	Mark Helfrich	Katharina Landgraf	Sylvia Pantel
Michael Donth	Rudolf Henke	Ulrich Lange	Martin Patzelt
Marie-Luise Dött	Michael Hennrich	Dr. Silke Launert	Dr. Joachim Pfeiffer
Hansjörg Durz	Marc Henrichmann	Jens Lehmann	Stephan Pilsinger
Thomas Erndl	Ansgar Heveling	Paul Lehnrieder	Dr. Christoph Ploß
Hermann Färber	Christian Hirte	Dr. Katja Leikert	Dr. Christoph Ploß
Uwe Feiler	Dr. Heribert Hirte	Dr. Andreas Lenz	Eckhard Pols
Enak Ferlemann		Antje Lezius	Thomas Rachel
		Andrea Lindholz	Alexander Radwan

(A)	Alois Rainer Dr. Peter Ramsauer Eckhardt Rehberg Lothar Riebsamen Johannes Röring Dr. Norbert Röttgen Stefan Rouenhoff Erwin Rüdell Albert Rupprecht Stefan Sauer Anita Schäfer (Saalstadt) Dr. Wolfgang Schäuble Jana Schimke Tankred Schipanski Christian Schmidt (Fürth) Dr. Claudia Schmidtke Patrick Schnieder Nadine Schön Felix Schreiner Dr. Klaus-Peter Schulze Uwe Schummer Armin Schuster (Weil am Rhein) Torsten Schweiger Detlef Seif Johannes Selle Reinhold Sendker Dr. Patrick Sensburg	Kerstin Vieregge Kees de Vries Christoph de Vries Dr. Johann David Wadephul Marco Wanderwitz Nina Warken Kai Wegner Albert H. Weiler Marcus Weinberg (Hamburg) Dr. Anja Weisgerber Peter Weiß (Emmendingen) Sabine Weiss (Wesel I) Ingo Wellenreuther Marian Wendt Kai Whittaker Bettina Margarethe Wiesmann Klaus-Peter Willisch Elisabeth Winkelmeier-Becker Emmi Zeulner Paul Ziemiak Dr. Matthias Zimmer	Angelika Glöckner Timon Gremmels Kerstin Griese Uli Grötsch Bettina Hagedorn Rita Hagl-Kehl Sebastian Hartmann Dirk Heidenblut Hubertus Heil (Peine) Wolfgang Hellmich Dr. Barbara Hendricks Gustav Herzog Gabriele Hiller-Ohm Thomas Hitschler Dr. Eva Högl Frank Junge Josip Juratovic Thomas Jurk Oliver Kaczmarek Johannes Kahrs Elisabeth Kaiser Cansel Kiziltepe Arno Klare Lars Klingbeil Dr. Bärbel Kofler Daniela Kolbe Elvan Korkmaz Anette Kramme Christine Lambrecht Christian Lange (Backnang) Dr. Karl Lauterbach Helge Lindh Kirsten Lühmann Heiko Maas Caren Marks Katja Mast Christoph Matschie Hilde Mattheis Dr. Matthias Miersch Klaus Mindrup Susanne Mittag Falko Mohrs Claudia Moll Siemtje Möller Detlef Müller (Chemnitz) Dr. Rolf Mützenich Andrea Nahles Dietmar Nietan Ulli Nissen Thomas Oppermann Josephine Ortleb Mahmut Özdemir (Duisburg) Aydan Özoğuz Christian Petry Detlev Pilger Florian Post	Achim Post (Minden) Florian Pronold Dr. Sascha Raabe Martin Rabanus Andreas Rimkus Sönke Rix Dennis Rohde Dr. Martin Rosemann René Röspel Dr. Ernst Dieter Rossmann Michael Roth (Heringen) Susann Rührich Bernd Rützel Sarah Ryglewski Johann Saathoff Dr. Nina Scheer Marianne Schieder Udo Schiefner Uwe Schmidt Dagmar Schmidt (Wetzlar) Carsten Schneider (Erfurt) Johannes Schraps Michael Schrodi Dr. Manja Schüle Ursula Schulte Martin Schulz Swen Schulz (Spandau) Stefan Schwartz Andreas Schwarz	(C)
(B)	Thomas Silberhorn Björn Simon Tino Sorge Jens Spahn Katrin Staffler Frank Steffel Dr. Wolfgang Stefinger Albert Stegemann Peter Stein (Rostock) Sebastian Steineke Johannes Steiniger Christian Frhr. von Stetten Dieter Stier Gero Storjohann Stephan Stracke Max Straubinger Karin Strenz Michael Stübgen Dr. Peter Tauber Dr. Hermann-Josef Tebroke Hans-Jürgen Thies Alexander Throm Dr. Dietlind Tiemann Antje Tillmann Markus Uhl Dr. Volker Ullrich Arnold Vaatz Oswin Veith	<b>SPD</b> Niels Annen Ingrid Arndt-Brauer Heike Baehrens Ulrike Bahr Nezahat Baradari Dr. Katarina Barley Doris Barnett Dr. Matthias Bartke Sören Bartol Bärbel Bas Lothar Binding (Heidelberg) Leni Breymaier Dr. Karl-Heinz Brunner Katrin Budde Martin Burkert Dr. Lars Castellucci Dr. Daniela De Ridder Dr. Karamba Diaby Esther Dilcher Sabine Dittmar Dr. Wiebke Esdar Saskia Esken Yasmin Fahimi Dr. Johannes Fechner Dr. Fritz Felgentreu Dr. Edgar Franke Dagmar Freitag Sigmar Gabriel Michael Gerdes Martin Gerster	Christine Lambrecht Christian Lange (Backnang) Dr. Karl Lauterbach Helge Lindh Kirsten Lühmann Heiko Maas Caren Marks Katja Mast Christoph Matschie Hilde Mattheis Dr. Matthias Miersch Klaus Mindrup Susanne Mittag Falko Mohrs Claudia Moll Siemtje Möller Detlef Müller (Chemnitz) Dr. Rolf Mützenich Andrea Nahles Dietmar Nietan Ulli Nissen Thomas Oppermann Josephine Ortleb Mahmut Özdemir (Duisburg) Aydan Özoğuz Christian Petry Detlev Pilger Florian Post	(D)	
			Rita Schwarzelühr-Sutter Rainer Spiering Svenja Stadler Martina Stamm-Fibich Sonja Amalie Steffen Mathias Stein Kerstin Tack Claudia Tausend Michael Thews Markus Töns Carsten Träger Marja-Liisa Völlers Dirk Vöpel Gabi Weber Bernd Westphal Dirk Wiese Gülistan Yüksel Dagmar Ziegler Stefan Zierke Dr. Jens Zimmermann		
			<b>AfD</b> Dr. Bernd Baumann Andreas Bleck Peter Boehringer Stephan Brandner		

(A)	Jürgen Braun Marcus Bühl Matthias Büttner Petr Bystron Tino Chrupalla Joana Cotar Dr. Gottfried Curio Siegbert Droese Thomas Ehrhorn Berengar Elsner von Gronow Dr. Michael Esendiller Peter Felser Dietmar Friedhoff Dr. Anton Friesen Dr. Götz Frömming Dr. Alexander Gauland Dr. Axel Gehrke Albrecht Glaser Franziska Gminder Wilhelm von Gottberg Kay Gottschalk Armin-Paulus Hampel Mariana Iris Harder-Kühnel Dr. Roland Hartwig Jochen Haug Martin Hebner Udo Theodor Hemmelgarn Waldemar Herdt	Gerold Otten Frank Pasemann Tobias Matthias Peterka Paul Viktor Podolay Jürgen Pohl Stephan Protschka Martin Reichardt Martin Erwin Renner Roman Johannes Reusch Ulrike Schielke-Ziesing Dr. Robby Schlund Jörg Schneider Thomas Seitz Martin Sichert Detlev Spangenberg Dr. Dirk Spaniel René Springer Dr. Alice Weidel Dr. Harald Weyel Wolfgang Wiehle Dr. Heiko Wildberg Dr. Christian Wirth	Daniela Kluckert Pascal Kober Dr. Lukas Köhler Carina Konrad Wolfgang Kubicki Konstantin Kuhle Alexander Kulitz Alexander Graf Lambsdorff Ulrich Lechte Christian Lindner Michael Georg Link (Heilbronn) Oliver Luksic Till Mansmann Dr. Jürgen Martens Christoph Meyer Alexander Müller Frank Müller-Rosentritt Dr. Martin Neumann (Lausitz) Hagen Reinhold Bernd Reuther Dr. Stefan Ruppert Dr. h. c. Thomas Sattelberger Christian Sauter Frank Schäffler Dr. Wieland Schinnenburg Matthias Seestern-Pauly Frank Sitta Judith Skudelny Dr. Hermann Otto Solms Bettina Stark-Watzinger Dr. Marie-Agnes Strack- Zimmermann Benjamin Strasser Katja Suding Linda Teuteberg Michael Theurer Stephan Thomae Manfred Todtenhausen Dr. Florian Toncar Gerald Ullrich Johannes Vogel (Olpe) Sandra Weeser Nicole Westig Katharina Willkomm	Christine Buchholz Birke Bull-Bischoff Jörg Cezanne Fabio De Masi Dr. Diether Dehm Anke Domscheit-Berg Klaus Ernst Susanne Fersch Brigitte Freihold Sylvia Gabelmann Nicole Gohlke Dr. Gregor Gysi Dr. André Hahn Heike Hänsel Matthias Höhn Ulla Jelpke Kerstin Kassner Dr. Achim Kessler Katja Kipping Jan Korte Jutta Krellmann Caren Lay Sabine Leidig Ralph Lenkert Michael Leutert Stefan Liebich Dr. Gesine Lötzsck Thomas Lutze Amira Mohamed Ali Cornelia Möhring Niema Movassat Norbert Müller (Potsdam) Zaklin Nastic Dr. Alexander S. Neu Thomas Nord Petra Pau Sören Pellmann Victor Perli Tobias Pflüger Martina Renner Bernd Riexinger Eva-Maria Schreiber Dr. Petra Sitte Helin Evrim Sommer Kersten Steinke Friedrich Straetmanns Dr. Kirsten Tackmann Jessica Tatti Alexander Ulrich Kathrin Vogler Andreas Wagner Harald Weinberg Katrin Werner	(C)
(B)	Lars Herrmann Martin Hess Karsten Hilse Nicole Höchst Martin Hohmann Dr. Bruno Hollnagel Leif-Erik Holm Fabian Jacobi Dr. Marc Jongen Jens Kestner Stefan Keuter Enrico Komning Jörn König Steffen Kotré Dr. Rainer Kraft Rüdiger Lucassen Frank Magnitz Jens Maier Dr. Lothar Maier Dr. Birgit Malsack- Winkemann Corinna Miazga Andreas Mrosek Hansjörg Müller Volker Münz Sebastian Münzenmaier Christoph Neumann Jan Ralf Nolte	<b>FDP</b> Grigorios Aggelidis Renata Alt Christine Aschenberg- Dugnus Nicole Bauer Jens Beeck Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar) Dr. Marco Buschmann Carl-Julius Cronenberg Britta Katharina Dassler Bijan Djir-Sarai Christian Dürr Hartmut Ebbing Dr. Marcus Faber Daniel Föst Otto Fricke Thomas Hacker Katrin Helling-Plahr Markus Herbrand Torsten Herbst Katja Hessel Dr. Gero Clemens Hocker Manuel Höferlin Dr. Christoph Hoffmann Reinhard Houben Olaf In der Beek Gyde Jensen Dr. Christian Jung Thomas L. Kemmerich Karsten Klein	<b>DIE LINKE</b> Doris Achelwilm Simone Barrientos Dr. Dietmar Bartsch Lorenz Gösta Beutin Matthias W. Birkwald Heidrun Bluhm Michel Brandt		(D)

(A)	<b>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</b>	Katrin Göring-Eckardt Erhard Grundl Anja Hajduk Britta Haßelmann Dr. Bettina Hoffmann Dr. Anton Hofreiter Ottmar von Holtz Dieter Janecek Dr. Kirsten Kappert-Gonther Uwe Kekeritz Katja Keul Sven-Christian Kindler Maria Klein-Schmeink Sylvia Kotting-Uhl Oliver Krischer Christian Kühn (Tübingen) Renate Künast Markus Kurth	Monika Lazar Sven Lehmann Steffi Lemke Dr. Tobias Lindner Dr. Irene Mihalic Claudia Müller Beate Müller-Gemmeke Ingrid Nestle Dr. Konstantin von Notz Omid Nouripour Friedrich Ostendorff Cem Özdemir Lisa Paus Filiz Polat Tabea Röbner Claudia Roth (Augsburg) Dr. Manuela Rottmann Corinna Rüffer	Manuel Sarrazin Ulle Schauws Dr. Frithjof Schmidt Stefan Schmidt Kordula Schulz-Asche Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn Margit Stumpp Markus Tressel Jürgen Trittin Dr. Julia Verlinden Daniela Wagner Gerhard Zickenheiner	(C)
				<b>Fraktionslos</b> Marco Bülow Uwe Kamann Mario Mieruch	

*Abgeordnete, die sich wegen gesetzlichen Mutterschutzes für ihre Abwesenheit entschuldigt haben, sind in der Liste der entschuldigten Abgeordneten (Anlage 1) aufgeführt.*

**Anlage 4**

**Ergebnis und Namensverzeichnis**

**der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl eines Mitglieds des Vertrauensgremiums gemäß § 10a Absatz 2 der Bundeshaushaltsordnung teilgenommen haben**

(B) **(Zusatztagsordnungspunkt 5 a)** (D)

Abgegebene Stimmkarten: 633

**Ergebnis**

Abgeordnete/r	Ja-Stimmen*	Nein-Stimmen	Enthaltungen	Ungültige Stimmen
Marcus Bühl	195	404	31	3

\*Zur Wahl sind mindestens 355 Ja-Stimmen erforderlich.

**Namensverzeichnis**

<b>CDU/CSU</b>	Christoph Bernstiel Peter Beyer Marc Biadacz Steffen Bilger Peter Bleser Dr. Reinhard Brandl Dr. Helge Braun Silvia Breher Sebastian Brehm Heike Brehmer Ralph Brinkhaus Dr. Carsten Brodesser Gitta Connemann Michael Donth Marie-Luise Dött	Hansjörg Durz Thomas Erndl Hermann Färber Uwe Feiler Enak Ferlemann Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land) Dr. Maria Flachsbarth Thorsten Frei Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof) Michael Frieser Hans-Joachim Fuchtel Ingo Gädechens Dr. Thomas Gebhart	Alois Gerig Eberhard Gienger Eckhard Gnodtke Ursula Groden-Kranich Hermann Gröhe Klaus-Dieter Gröhler Michael Grosse-Brömer Astrid Grotelüschen Markus Grübel Manfred Grund Monika Grütters Fritz Güntzler Olav Gutting Christian Haase Florian Hahn
----------------	---	--	--

(A)	Jürgen Hardt Matthias Hauer Mark Hauptmann Dr. Matthias Heider Mechthild Heil Thomas Heilmann Mark Helfrich Rudolf Henke Michael Hennrich Marc Henrichmann Ansgar Heveling Christian Hirte Dr. Heribert Hirte Alexander Hoffmann Karl Holmeier Erich Irlstorfer Hans-Jürgen Irmer Thomas Jarzombek Andreas Jung Ingmar Jung Alois Karl Anja Karliczek Torbjörn Kartes Volker Kauder Ronja Kemmer Roderich Kiesewetter Michael Kießling Dr. Georg Kippels	Dr. Thomas de Maizière Gisela Manderla Dr. Astrid Mannes Hans-Georg von der Marwitz Andreas Mattfeldt Stephan Mayer (Altötting) Dr. Michael Meister Jan Metzler Dr. Mathias Middelberg Dietrich Monstadt Karsten Möring Marlene Mortler Elisabeth Motschmann Axel Müller Sepp Müller Carsten Müller (Braunschweig) Stefan Müller (Erlangen) Petra Nicolaisen Michaela Noll Dr. Georg Nüßlein Wilfried Oellers Florian Oßner Josef Oster Henning Otte Sylvia Pantel Martin Patzelt Dr. Joachim Pfeiffer Stephan Pilsinger Dr. Christoph Ploß Eckhard Pols Thomas Rachel Alexander Radwan Alois Rainer Dr. Peter Ramsauer Eckhardt Rehberg Lothar Riebsamen Johannes Röring Dr. Norbert Röttgen Stefan Rouenhoff Erwin Rüdchel Stefan Sauer Anita Schäfer (Saalstadt) Dr. Wolfgang Schäuble Jana Schimke Tankred Schipanski Christian Schmidt (Fürth) Dr. Claudia Schmidtke Patrick Schnieder Nadine Schön Felix Schreiner Dr. Klaus-Peter Schulze Uwe Schummer Armin Schuster (Weil am Rhein) Torsten Schweiger	Detlef Seif Johannes Selle Reinhold Sendker Dr. Patrick Sensburg Thomas Silberhorn Björn Simon Tino Sorge Jens Spahn Katrin Staffler Frank Steffel Dr. Wolfgang Stefinger Albert Stegemann Peter Stein (Rostock) Sebastian Steineke Johannes Steiniger Christian Frhr. von Stetten Dieter Stier Gero Storjohann Stephan Stracke Max Straubinger Karin Strenz Michael Stübgen Dr. Peter Tauber Dr. Hermann-Josef Tebroke Hans-Jürgen Thies Alexander Throm Dr. Dietlind Tiemann Antje Tillmann Markus Uhl Dr. Volker Ullrich Arnold Vaatz Oswin Veith Kerstin Vieregge Kees de Vries Christoph de Vries Dr. Johann David Wadephul Marco Wanderwitz Nina Warken Kai Wegner Albert H. Weiler Marcus Weinberg (Hamburg) Dr. Anja Weisgerber Peter Weiß (Emmendingen) Sabine Weiss (Wesel I) Ingo Wellenreuther Marian Wendt Kai Whittaker Bettina Margarethe Wiesmann Klaus-Peter Willsch Elisabeth Winkelmeier-Becker Emmi Zeulner Paul Ziemiak Dr. Matthias Zimmer	<b>SPD</b> Niels Annen Ingrid Arndt-Brauer Heike Baehrens Ulrike Bahr Nezahat Baradari Dr. Katarina Barley Doris Barnett Dr. Matthias Bartke Sören Bartol Bärbel Bas Lothar Binding (Heidelberg) Leni Breymaier Dr. Karl-Heinz Brunner Katrin Budde Martin Burkert Dr. Lars Castellucci Dr. Daniela De Ridder Dr. Karamba Diaby Esther Dilcher Sabine Dittmar Dr. Wiebke Esdar Saskia Esken Yasmin Fahimi Dr. Johannes Fechner Dr. Fritz Felgentreu Dr. Edgar Franke Dagmar Freitag Sigmar Gabriel Michael Gerdes Martin Gerster Angelika Glöckner Timon Gremmels Kerstin Griese Uli Grötsch Bettina Hagedorn Rita Hagl-Kehl Sebastian Hartmann Dirk Heidenblut Hubertus Heil (Peine) Wolfgang Hellmich Dr. Barbara Hendricks Gustav Herzog Gabriele Hiller-Ohm Thomas Hitschler Dr. Eva Högl Frank Junge Josip Juratovic Thomas Jurk Oliver Kaczmarek Johannes Kahrs Elisabeth Kaiser Cansel Kiziltepe Arno Klare Lars Klingbeil	(C)
(B)	Volkmar Klein Axel Knoerig Jens Koeppen Markus Koob Carsten Körber Alexander Krauß Gunther Krichbaum Dr. Günter Krings Rüdiger Kruse Michael Kuffer Dr. Roy Kühne Dr. Dr. h. c. Karl A. Lamers Andreas G. Lämmel Katharina Landgraf Ulrich Lange Dr. Silke Launert Jens Lehmann Paul Lehnrieder Dr. Katja Leikert Dr. Andreas Lenz Antje Lezius Andrea Lindholz Dr. Carsten Linnemann Patricia Lips Bernhard Loos Dr. Jan-Marco Luczak Daniela Ludwig Karin Maag			(D)	

(A)	Dr. Bärbel Kofler Daniela Kolbe Elvan Korkmaz Anette Kramme Christine Lambrecht Christian Lange (Backnang) Dr. Karl Lauterbach Helge Lindh Kirsten Lühmann Heiko Maas Caren Marks Katja Mast Christoph Matschie Hilde Mattheis Dr. Matthias Miersch Klaus Mindrup Susanne Mittag Falko Mohrs Claudia Moll Siemtje Möller Detlef Müller (Chemnitz) Dr. Rolf Mützenich Andrea Nahles Dietmar Nietan Ulli Nissen Thomas Oppermann Josephine Ortleb Mahmut Özdemir (Duisburg)	Ursula Schulte Martin Schulz Swen Schulz (Spandau) Stefan Schwartz Andreas Schwarz Rita Schwarzelühr-Sutter Rainer Spiering Svenja Stadler Martina Stamm-Fibich Sonja Amalie Steffen Mathias Stein Kerstin Tack Claudia Tausend Michael Thews Markus Töns Carsten Träger Marja-Liisa Völlers Dirk Vöpel Gabi Weber Bernd Westphal Dirk Wiese Gülistan Yüksel Dagmar Ziegler Stefan Zierke Dr. Jens Zimmermann	Jochen Haug Martin Hebner Udo Theodor Hemmelgarn Waldemar Herdt Lars Herrmann Martin Hess Karsten Hilde Nicole Höchst Martin Hohmann Dr. Bruno Hollnagel Leif-Erik Holm Fabian Jacobi Dr. Marc Jongen Stefan Keuter Enrico Komning Jörn König Steffen Kotré Dr. Rainer Kraft Rüdiger Lucassen Frank Magnitz Jens Maier Dr. Lothar Maier Dr. Birgit Malsack- Winkemann Corinna Miazga Andreas Mrosek Hansjörg Müller Volker Münz Sebastian Münzenmaier Christoph Neumann Jan Ralf Nolte Gerold Otten Frank Pasemann Tobias Matthias Peterka Paul Viktor Podolay Jürgen Pohl Stephan Protschka Martin Reichardt Martin Erwin Renner Roman Johannes Reusch Ulrike Schielke-Ziesing Dr. Robby Schlund Jörg Schneider Thomas Seitz Martin Sichert Detlev Spangenberg Dr. Dirk Spaniel René Springer Dr. Alice Weidel Dr. Harald Weyel Wolfgang Wiehle Dr. Heiko Wildberg Dr. Christian Wirth	(C)	<b>FDP</b> Grigorios Aggelidis Renata Alt Christine Aschenberg- Dugnus Nicole Bauer Jens Beeck Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar) Dr. Marco Buschmann Carl-Julius Cronenberg Britta Katharina Dassler Bijan Djir-Sarai Christian Dürr Hartmut Ebbing Dr. Marcus Faber Daniel Föst Otto Fricke Thomas Hacker Katrin Helling-Plahr Markus Herbrand Torsten Herbst Katja Hessel Dr. Gero Clemens Hocker Manuel Höferlin Dr. Christoph Hoffmann Reinhard Houben Olaf In der Beek Gyde Jensen Dr. Christian Jung Thomas L. Kemmerich Karsten Klein Daniela Kluckert Pascal Kober Dr. Lukas Köhler Carina Konrad Wolfgang Kubicki Konstantin Kuhle Alexander Kulitz Alexander Graf Lambsdorff Ulrich Lechte Christian Lindner Michael Georg Link (Heilbronn) Till Mansmann Dr. Jürgen Martens Christoph Meyer Alexander Müller Frank Müller-Rosentritt Dr. Martin Neumann (Lausitz) Hagen Reinhold Bernd Reuther Dr. Stefan Ruppert Dr. h. c. Thomas Sattelberger Christian Sauter
(B)	Aydan Özoguz Christian Petry Detlev Pilger Florian Post Achim Post (Minden) Florian Pronold Dr. Sascha Raabe Martin Rabanus Andreas Rimkus Sönke Rix Dennis Rohde Dr. Martin Rosemann René Rösper Dr. Ernst Dieter Rossmann Michael Roth (Heringen) Susann Rüttrich Bernd Rützel Sarah Ryglewski Johann Saathoff Dr. Nina Scheer Marianne Schieder Udo Schiefner Uwe Schmidt Dagmar Schmidt (Wetzlar) Carsten Schneider (Erfurt) Johannes Schraps Michael Schrodi Dr. Manja Schüle	<b>AfD</b> Dr. Bernd Baumann Andreas Bleck Peter Boehringer Stephan Brandner Jürgen Braun Marcus Bühl Matthias Büttner Petr Bystron Tino Chrupalla Joana Cotar Dr. Gottfried Curio Siegbert Droese Thomas Ehrhorn Berengar Elsner von Gronow Dr. Michael Ependiller Peter Felser Dietmar Friedhoff Dr. Anton Friesen Dr. Götz Frömming Dr. Alexander Gauland Dr. Axel Gehrke Albrecht Glaser Franziska Gminder Wilhelm von Gottberg Kay Gottschalk Armin-Paulus Hampel Mariana Iris Harder-Kühnel Dr. Roland Hartwig	(D)		



(A)	Frank Schäffler Dr. Wieland Schinnenburg Matthias Seestern-Pauly Frank Sitta Judith Skudelny Dr. Hermann Otto Solms Bettina Stark-Watzinger Dr. Marie-Agnes Strack- Zimmermann Benjamin Strasser Katja Suding Linda Teuteberg Michael Theurer Stephan Thomae Manfred Todtenhausen Dr. Florian Toncar Gerald Ullrich Johannes Vogel (Olpe) Sandra Weeser Nicole Westig Katharina Willkomm	Sylvia Gabelmann Nicole Gohlke Dr. Gregor Gysi Dr. André Hahn Heike Hänsel Matthias Höhn Ulla Jelpke Kerstin Kassner Dr. Achim Kessler Katja Kipping Jan Korte Jutta Krellmann Caren Lay Sabine Leidig Ralph Lenkert Michael Leutert Stefan Liebich Dr. Gesine Lötzsich Thomas Lutze Amira Mohamed Ali Cornelia Möhring Niema Movassat Norbert Müller (Potsdam) Zaklin Nastic Dr. Alexander S. Neu Thomas Nord Petra Pau Sören Pellmann Victor Perli Tobias Pflüger Martina Renner Bernd Riexinger Eva-Maria Schreiber Dr. Petra Sitte Helin Evrim Sommer Kersten Steinke Friedrich Straetmanns Dr. Kirsten Tackmann Jessica Tatti	Alexander Ulrich Kathrin Vogler Andreas Wagner Harald Weinberg Katrin Werner  <b>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</b> Luise Amtsberg Kerstin Andreae Lisa Badum Margarete Bause Dr. Danyal Bayaz Canan Bayram Dr. Franziska Brantner Agnieszka Brugger Dr. Anna Christmann Ekin Deligöz Katja Dörner Katharina Dröge Harald Ebner Matthias Gastel Kai Gehring Stefan Gelbhaar Katrin Göring-Eckardt Erhard Grundl Anja Hajduk Britta Haßelmann Dr. Bettina Hoffmann Dr. Anton Hofreiter Ottmar von Holtz Dieter Janecek Dr. Kirsten Kappert-Gonther Uwe Kekeritz Katja Keul Sven-Christian Kindler Maria Klein-Schmeink Sylvia Kotting-Uhl Oliver Krischer	Christian Kühn (Tübingen) (C) Renate Künast Markus Kurth Monika Lazar Sven Lehmann Steffi Lemke Dr. Tobias Lindner Dr. Irene Mihalic Claudia Müller Beate Müller-Gemmeke Ingrid Nestle Dr. Konstantin von Notz Omid Nouripour Friedrich Ostendorff Cem Özdemir Lisa Paus Filiz Polat Tabea Rößner Claudia Roth (Augsburg) Dr. Manuela Rottmann Corinna Rüffer Manuel Sarrazin Ulle Schauws Dr. Frithjof Schmidt Stefan Schmidt Kordula Schulz-Asche (D) Dr. Wolfgang Strengmann- Kuhn Margit Stumpp Markus Tressel Jürgen Trittin Dr. Julia Verlinden Daniela Wagner Gerhard Zickenheiner  <b>Fraktionslos</b> Marco Bülow Uwe Kamann Mario Mieruch
(B)	<b>DIE LINKE</b> Doris Achelwilm Simone Barrientos Dr. Dietmar Bartsch Lorenz Gösta Beutin Matthias W. Birkwald Heidrun Bluhm Michel Brandt Christine Buchholz Birke Bull-Bischoff Jörg Cezanne Fabio De Masi Dr. Diether Dehm Anke Domscheit-Berg Klaus Ernst Susanne Ferschl Brigitte Freihold			

*Abgeordnete, die sich wegen gesetzlichen Mutterschutzes für ihre Abwesenheit entschuldigt haben, sind in der Liste der entschuldigten Abgeordneten (Anlage 1) aufgeführt.*

## Anlage 5

### Ergebnis und Namensverzeichnis

**der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl von Mitgliedern des Gremiums gemäß § 3 des Bundesschuldenwesengesetzes teilgenommen haben**

**(Zusatztagesordnungspunkt 5 b)**

Abgegebene Stimmkarten: 629

(A) **Ergebnis** (C)

Abgeordnete/r	Ja-Stimmen*	Nein-Stimmen	Enthaltungen	Ungültige Stimmen
Albrecht Glaser	151	442	32	4
Volker Münz	205	385	35	4

\*Zur Wahl sind mindestens 355 Ja-Stimmen erforderlich.

**Namensverzeichnis**

<b>CDU/CSU</b>	Alois Gerig	Axel Knoerig	Petra Nicolaisen
Dr. Michael von Abercron	Eberhard Gienger	Jens Koeppen	Michaela Noll
Stephan Albani	Eckhard Gnodtke	Markus Koob	Dr. Georg Nüßlein
Norbert Maria Altenkamp	Ursula Groden-Kranich	Carsten Körber	Wilfried Oellers
Philipp Amthor	Hermann Gröhe	Alexander Krauß	Florian Oßner
Artur Auernhammer	Klaus-Dieter Gröhler	Gunther Krichbaum	Josef Oster
Peter Aumer	Michael Grosse-Brömer	Dr. Günter Krings	Henning Otte
Dorothee Bär	Astrid Grotelüschen	Rüdiger Kruse	Sylvia Pantel
Thomas Bareiß	Markus Grübel	Michael Kuffer	Martin Patzelt
Maik Beermann	Manfred Grund	Dr. Roy Kühne	Stephan Pilsinger
Manfred Behrens (Börde)	Monika Grütters	Dr. Dr. h. c. Karl A. Lamers	Dr. Christoph Ploß
Sybille Benning	Fritz Güntzler	Andreas G. Lämmel	Eckhard Pols
Dr. André Berghegger	Olav Gutting	Katharina Landgraf	Thomas Rachel
Melanie Bernstein	Christian Haase	Ulrich Lange	Alexander Radwan
Christoph Bernstiel	Florian Hahn	Dr. Silke Launert	Alois Rainer
Peter Beyer	Jürgen Hardt	Jens Lehmann	Dr. Peter Ramsauer
Marc Biadacz	Matthias Hauer	Paul Lehnrieder	Eckhardt Rehberg
(B) Steffen Bilger	Mark Hauptmann	Dr. Katja Leikert	Lothar Riebsamen
Peter Bleser	Dr. Matthias Heider	Dr. Andreas Lenz	Johannes Röring
Michael Brand (Fulda)	Mechthild Heil	Antje Lezius	Dr. Norbert Röttgen
Dr. Reinhard Brandl	Thomas Heilmann	Andrea Lindholz	Stefan Rouenhoff
Dr. Helge Braun	Mark Helfrich	Dr. Carsten Linnemann	Erwin Rüddel
Silvia Breher	Rudolf Henke	Patricia Lips	Stefan Sauer
Sebastian Brehm	Michael Hennrich	Bernhard Loos	Anita Schäfer (Saalstadt)
Heike Brehmer	Marc Henrichmann	Dr. Jan-Marco Luczak	Dr. Wolfgang Schäuble
Ralph Brinkhaus	Ansgar Heveling	Daniela Ludwig	Jana Schimke
Dr. Carsten Brodesser	Christian Hirte	Karin Maag	Tankred Schipanski
Gitta Connemann	Dr. Heribert Hirte	Dr. Thomas de Maizière	Christian Schmidt (Fürth)
Michael Donth	Alexander Hoffmann	Gisela Manderla	Dr. Claudia Schmidtke
Marie-Luise Dött	Karl Holmeier	Dr. Astrid Mannes	Patrick Schnieder
Hansjörg Durz	Erich Irlstorfer	Hans-Georg von der Marwitz	Nadine Schön
Thomas Erndl	Hans-Jürgen Irmer	Andreas Mattfeldt	Felix Schreiner
Hermann Färber	Thomas Jarzombek	Stephan Mayer (Altötting)	Dr. Klaus-Peter Schulze
Uwe Feiler	Andreas Jung	Dr. Michael Meister	Uwe Schummer
Enak Ferlemann	Ingmar Jung	Jan Metzler	Armin Schuster (Weil am Rhein)
Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)	Alois Karl	Dr. Mathias Middelberg	Torsten Schweiger
Dr. Maria Flachsbarth	Anja Karliczek	Dietrich Monstadt	Detlef Seif
Thorsten Frei	Torbjörn Kartes	Karsten Möring	Johannes Selle
Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof)	Volker Kauder	Marlene Mortler	Reinhold Sendker
Michael Frieser	Dr. Stefan Kaufmann	Elisabeth Motschmann	Dr. Patrick Sensburg
Hans-Joachim Fuchtel	Ronja Kemmer	Axel Müller	Thomas Silberhorn
Ingo Gädechens	Roderich Kiesewetter	Sepp Müller	Björn Simon
Dr. Thomas Gebhart	Michael Kießling	Carsten Müller (Braunschweig)	Tino Sorge
	Dr. Georg Kippels	Stefan Müller (Erlangen)	Jens Spahn
	Volkmar Klein		

(A)	Katrin Staffler	Dr. Matthias Bartke	Heiko Maas	Sonja Amalie Steffen	(C)
	Frank Steffel	Sören Bartol	Caren Marks	Mathias Stein	
	Dr. Wolfgang Stefinger	Bärbel Bas	Katja Mast	Kerstin Tack	
	Albert Stegemann	Lothar Binding (Heidelberg)	Christoph Matschie	Claudia Tausend	
	Peter Stein (Rostock)	Leni Breymaier	Hilde Mattheis	Michael Thews	
	Sebastian Steineke	Dr. Karl-Heinz Brunner	Dr. Matthias Miersch	Markus Töns	
	Johannes Steiniger	Katrin Budde	Klaus Mindrup	Carsten Träger	
	Christian Frhr. von Stetten	Martin Burkert	Susanne Mittag	Marja-Liisa Völlers	
	Dieter Stier	Dr. Lars Castellucci	Falko Mohrs	Dirk Vöpel	
	Gero Storjohann	Dr. Daniela De Ridder	Claudia Moll	Gabi Weber	
	Stephan Stracke	Dr. Karamba Diaby	Siemtje Möller	Bernd Westphal	
	Max Straubinger	Esther Dilcher	Detlef Müller (Chemnitz)	Dirk Wiese	
	Karin Strenz	Sabine Dittmar	Dr. Rolf Mützenich	Gülistan Yüksel	
	Michael Stübgen	Dr. Wiebke Esdar	Andrea Nahles	Dagmar Ziegler	
	Dr. Peter Tauber	Saskia Esken	Dietmar Nietan	Stefan Zierke	
	Dr. Hermann-Josef Tebroke	Yasmin Fahimi	Ulli Nissen	Dr. Jens Zimmermann	
	Hans-Jürgen Thies	Dr. Johannes Fechner	Thomas Oppermann		
	Alexander Throm	Dr. Fritz Felgentreu	Josephine Ortleb	<b>AfD</b>	
	Dr. Dietlind Tiemann	Dr. Edgar Franke	Mahmut Özdemir (Duisburg)	Dr. Bernd Baumann	
	Antje Tillmann	Dagmar Freitag	Aydan Özoğuz	Andreas Bleck	
	Dr. Volker Ullrich	Sigmar Gabriel	Christian Petry	Peter Boehringer	
	Arnold Vaatz	Michael Gerdes	Detlev Pilger	Stephan Brandner	
	Oswin Veith	Martin Gerster	Florian Post	Jürgen Braun	
	Kerstin Vieregge	Angelika Glöckner	Achim Post (Minden)	Marcus Bühl	
	Kees de Vries	Timon Gremmels	Florian Pronold	Matthias Büttner	
	Christoph de Vries	Kerstin Griese	Dr. Sascha Raabe	Petr Bystron	
	Dr. Johann David Wadephul	Uli Grötsch	Martin Rabanus	Tino Chrupalla	
	Marco Wanderwitz	Bettina Hagedorn	Andreas Rimkus	Joana Cotar	(D)
(B)	Nina Warken	Rita Hagl-Kehl	Sönke Rix	Dr. Gottfried Curio	
	Kai Wegner	Sebastian Hartmann	Dennis Rohde	Siegbert Droese	
	Albert H. Weiler	Dirk Heidenblut	Dr. Martin Rosemann	Thomas Ehrhorn	
	Marcus Weinberg (Hamburg)	Hubertus Heil (Peine)	René Röspel	Berengar Elsner von Gronow	
	Dr. Anja Weisgerber	Wolfgang Hellmich	Dr. Ernst Dieter Rossmann	Dr. Michael Esendiller	
	Peter Weiß (Emmendingen)	Dr. Barbara Hendricks	Michael Roth (Heringen)	Peter Felser	
	Sabine Weiss (Wesel I)	Gustav Herzog	Susann Rührich	Dietmar Friedhoff	
	Ingo Wellenreuther	Gabriele Hiller-Ohm	Bernd Rützel	Dr. Anton Friesen	
	Marian Wendt	Thomas Hitschler	Sarah Ryglewski	Dr. Götz Frömming	
	Kai Whittaker	Dr. Eva Högl	Johann Saathoff	Dr. Alexander Gauland	
	Bettina Margarethe	Frank Junge	Dr. Nina Scheer	Dr. Axel Gehrke	
	Wiesmann	Josip Juratovic	Marianne Schieder	Albrecht Glaser	
	Klaus-Peter Willsch	Thomas Jurk	Udo Schiefner	Franziska Gminder	
	Elisabeth Winkelmeier-	Oliver Kaczmarek	Uwe Schmidt	Wilhelm von Gottberg	
	Becker	Johannes Kahrs	Dagmar Schmidt (Wetzlar)	Kay Gottschalk	
	Emmi Zeulner	Elisabeth Kaiser	Carsten Schneider (Erfurt)	Armin-Paulus Hampel	
	Paul Ziemiak	Cansel Kiziltepe	Johannes Schrap	Dr. Roland Hartwig	
	Dr. Matthias Zimmer	Arno Klare	Michael Schrodi	Jochen Haug	
		Lars Klingbeil	Dr. Manja Schüle	Martin Hebner	
	<b>SPD</b>	Dr. Bärbel Kofler	Ursula Schulte	Udo Theodor Hemmelgarn	
	Niels Annen	Daniela Kolbe	Martin Schulz	Waldemar Herdt	
	Ingrid Arndt-Brauer	Elvan Korkmaz	Swen Schulz (Spandau)	Lars Herrmann	
	Heike Baehrens	Anette Kramme	Stefan Schwartz	Martin Hess	
	Ulrike Bahr	Christine Lambrecht	Andreas Schwarz	Karsten Hilde	
	Nezahat Baradari	Christian Lange (Backnang)	Rita Schwarzelühr-Sutter	Nicole Höchst	
	Dr. Katarina Barley	Dr. Karl Lauterbach	Rainer Spiering	Martin Hohmann	
	Doris Barnett	Helge Lindh	Svenja Stadler	Dr. Bruno Hollnagel	
		Kirsten Lühmann	Martina Stamm-Fibich		

- (A) Leif-Erik Holm  
Fabian Jacobi  
Dr. Marc Jongen  
Stefan Keuter  
Enrico Komning  
Jörn König  
Steffen Kotré  
Dr. Rainer Kraft  
Rüdiger Lucassen  
Frank Magnitz  
Jens Maier  
Dr. Lothar Maier  
Dr. Birgit Malsack-  
Winkemann  
Corinna Miazga  
Andreas Mrosek  
Hansjörg Müller  
Volker Münz  
Sebastian Münzenmaier  
Christoph Neumann  
Jan Ralf Nolte  
Gerold Otten  
Frank Pasemann  
Tobias Matthias Peterka  
Paul Viktor Podolay  
Jürgen Pohl  
Stephan Protschka  
Martin Reichardt
- (B) Martin Erwin Renner  
Roman Johannes Reusch  
Ulrike Schielke-Ziesing  
Dr. Robby Schlund  
Jörg Schneider  
Thomas Seitz  
Martin Sichert  
Detlev Spangenberg  
Dr. Dirk Spaniel  
René Springer  
Dr. Alice Weidel  
Dr. Harald Weyel  
Wolfgang Wiehle  
Dr. Heiko Wildberg  
Dr. Christian Wirth
- FDP**  
Grigorios Aggelidis  
Renata Alt  
Christine Aschenberg-  
Dugnus  
Nicole Bauer  
Jens Beeck  
Dr. Jens Brandenburg  
(Rhein-Neckar)  
Dr. Marco Buschmann  
Carl-Julius Cronenberg  
Britta Katharina Dassler
- Bijan Djir-Sarai  
Christian Dürr  
Hartmut Ebbing  
Dr. Marcus Faber  
Daniel Föst  
Otto Fricke  
Thomas Hacker  
Katrin Helling-Plahr  
Markus Herbrand  
Torsten Herbst  
Katja Hessel  
Dr. Gero Clemens Hocker  
Manuel Höferlin  
Dr. Christoph Hoffmann  
Reinhard Houben  
Olaf In der Beek  
Gyde Jensen  
Dr. Christian Jung  
Thomas L. Kemmerich  
Karsten Klein  
Daniela Kluckert  
Pascal Kober  
Dr. Lukas Köhler  
Carina Konrad  
Wolfgang Kubicki  
Konstantin Kuhle  
Alexander Kulitz  
Alexander Graf Lambsdorff  
Ulrich Lechte  
Christian Lindner  
Michael Georg Link  
(Heilbronn)  
Till Mansmann  
Dr. Jürgen Martens  
Christoph Meyer  
Alexander Müller  
Frank Müller-Rosentritt  
Dr. Martin Neumann  
(Lausitz)  
Hagen Reinhold  
Bernd Reuther  
Dr. Stefan Ruppert  
Dr. h. c. Thomas Sattelberger  
Christian Sauter  
Frank Schäffler  
Dr. Wieland Schinnenburg  
Matthias Seestern-Pauly  
Frank Sitta  
Judith Skudelny  
Dr. Hermann Otto Solms  
Bettina Stark-Watzinger  
Dr. Marie-Agnes Strack-  
Zimmermann  
Benjamin Strasser  
Katja Suding  
Linda Teuteberg
- Michael Theurer  
Stephan Thomae  
Manfred Todtenhausen  
Dr. Florian Toncar  
Gerald Ullrich  
Johannes Vogel (Olpe)  
Sandra Weeser  
Nicole Westig  
Katharina Willkomm
- DIE LINKE**  
Doris Achelwilm  
Simone Barrientos  
Dr. Dietmar Bartsch  
Lorenz Gösta Beutin  
Matthias W. Birkwald  
Heidrun Bluhm  
Michel Brandt  
Christine Buchholz  
Birke Bull-Bischoff  
Jörg Cezanne  
Fabio De Masi  
Dr. Diether Dehm  
Anke Domscheit-Berg  
Klaus Ernst  
Susanne Ferschl  
Brigitte Freihold  
Sylvia Gabelmann  
Nicole Gohlke  
Dr. Gregor Gysi  
Dr. André Hahn  
Matthias Höhn  
Ulla Jelpke  
Kerstin Kassner  
Dr. Achim Kessler  
Katja Kipping  
Jan Korte  
Jutta Krellmann  
Caren Lay  
Sabine Leidig  
Ralph Lenkert  
Michael Leutert  
Stefan Liebich  
Dr. Gesine Löttsch  
Thomas Lutze  
Amira Mohamed Ali  
Cornelia Möhring  
Niema Movassat  
Norbert Müller (Potsdam)  
Zaklin Nastic  
Dr. Alexander S. Neu  
Thomas Nord  
Petra Pau  
Sören Pellmann  
Victor Perli
- Tobias Pflüger  
Martina Renner  
Bernd Riexinger  
Eva-Maria Schreiber  
Dr. Petra Sitte  
Helin Evrim Sommer  
Kersten Steinke  
Friedrich Straetmanns  
Dr. Kirsten Tackmann  
Jessica Tatti  
Alexander Ulrich  
Kathrin Vogler  
Andreas Wagner  
Harald Weinberg  
Katrin Werner
- BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN**  
Luise Amtsberg  
Kerstin Andreae  
Lisa Badum  
Margarete Bause  
Dr. Danyal Bayaz  
Canan Bayram  
Dr. Franziska Brantner  
Agnieszka Brugger  
Dr. Anna Christmann  
Ekin Deligöz  
Katja Dörner  
Katharina Dröge  
Harald Ebner  
Matthias Gastel  
Kai Gehring  
Stefan Gelbhaar  
Katrin Göring-Eckardt  
Erhard Grundl  
Anja Hajduk  
Britta Haßelmann  
Dr. Bettina Hoffmann  
Dr. Anton Hofreiter  
Ottmar von Holtz  
Dieter Janecek  
Dr. Kirsten Kappert-Gonther  
Uwe Kekeritz  
Katja Keul  
Sven-Christian Kindler  
Maria Klein-Schmeink  
Sylvia Kotting-Uhl  
Oliver Krischer  
Christian Kühn (Tübingen)  
Renate Künast  
Markus Kurth  
Monika Lazar  
Sven Lehmann  
Steffi Lemke
- (C)
- (D)

(A)	Dr. Tobias Lindner	Cem Özdemir	Ulle Schauws	Dr. Julia Verlinden	(C)
	Dr. Irene Mihalic	Lisa Paus	Dr. Frithjof Schmidt	Daniela Wagner	
	Claudia Müller	Filiz Polat	Stefan Schmidt	Gerhard Zickenheiner	
	Beate Müller-Gemmeke	Tabea Rößner	Kordula Schulz-Asche		
	Ingrid Nestle	Claudia Roth (Augsburg)	Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn	<b>Fraktionslos</b>	
	Dr. Konstantin von Notz	Dr. Manuela Rottmann	Margit Stumpp	Marco Bülow	
	Omid Nouripour	Corinna Rüffer	Markus Tressel	Uwe Kamann	
	Friedrich Ostendorff	Manuel Sarrazin	Jürgen Trittin	Mario Mieruch	

*Abgeordnete, die sich wegen gesetzlichen Mutterschutzes für ihre Abwesenheit entschuldigt haben, sind in der Liste der entschuldigten Abgeordneten (Anlage 1) aufgeführt.*

## Anlage 6

### Ergebnisse und Namensverzeichnis

#### der Mitglieder des Deutschen Bundestages, die an der Wahl von Mitgliedern des Sondergremiums gemäß § 3 Absatz 3 des Stabilisierungsmechanismusgesetzes teilgenommen haben

#### (Zusatztagesordnungspunkt 5 c)

Abgegebene Stimmkarten: 638

#### Ergebnis der Wahl eines ordentlichen Mitglieds

Abgeordnete/r	Ja-Stimmen*	Nein-Stimmen	Enthaltungen	Ungültige Stimmen
Peter Boehringer	203	403	32	-

\*Zur Wahl sind mindestens 355 Ja-Stimmen erforderlich.

(B) (D)

#### Namensverzeichnis

<b>CDU/CSU</b>	Sebastian Brehm	Ursula Groden-Kranich	Alexander Hoffmann
Dr. Michael von Abercron	Heike Brehmer	Hermann Gröhe	Karl Holmeier
Stephan Albani	Ralph Brinkhaus	Klaus-Dieter Gröhler	Erich Irlstorfer
Norbert Maria Altenkamp	Dr. Carsten Brodesser	Michael Grosse-Brömer	Hans-Jürgen Irmer
Peter Altmaier	Gitta Connemann	Astrid Grotelüschen	Thomas Jarzombek
Philipp Amthor	Michael Donth	Markus Grübel	Andreas Jung
Artur Auernhammer	Marie-Luise Dött	Manfred Grund	Ingmar Jung
Peter Aumer	Hansjörg Durz	Monika Grütters	Alois Karl
Dorothee Bär	Thomas Erndl	Fritz Güntzler	Anja Karliczek
Thomas Bareiß	Hermann Färber	Olav Gutting	Torbjörn Kartes
Maik Beermann	Uwe Feiler	Christian Haase	Volker Kauder
Manfred Behrens (Börde)	Enak Ferlemann	Florian Hahn	Dr. Stefan Kaufmann
Sybille Benning	Axel E. Fischer (Karlsruhe-Land)	Jürgen Hardt	Ronja Kemmer
Dr. André Berghegger	Dr. Maria Flachsbarth	Matthias Hauer	Roderich Kiesewetter
Melanie Bernstein	Thorsten Frei	Mark Hauptmann	Michael Kießling
Christoph Bernstiel	Dr. Hans-Peter Friedrich (Hof)	Dr. Matthias Heider	Dr. Georg Kippels
Peter Beyer	Michael Frieser	Mechthild Heil	Volkmar Klein
Marc Biadacz	Hans-Joachim Fuchtel	Thomas Heilmann	Axel Knoerig
Steffen Bilger	Ingo Gädechens	Mark Helfrich	Jens Koeppen
Peter Bleser	Dr. Thomas Gebhart	Rudolf Henke	Markus Koob
Michael Brand (Fulda)	Alois Gerig	Michael Hennrich	Carsten Körber
Dr. Reinhard Brandl	Eberhard Gienger	Marc Henrichmann	Alexander Krauß
Dr. Helge Braun	Eckhard Gnodtke	Ansgar Heveling	Gunther Krichbaum
Silvia Breher		Christian Hirte	Dr. Günter Krings
		Dr. Heribert Hirte	Rüdiger Kruse

(A)	Michael Kuffer Dr. Roy Kühne Dr. Dr. h. c. Karl A. Lamers Andreas G. Lämmel Katharina Landgraf Ulrich Lange Dr. Silke Launert Jens Lehmann Paul Lehrieder Dr. Katja Leikert Dr. Andreas Lenz Antje Lezius Andrea Lindholz Dr. Carsten Linnemann Patricia Lips Bernhard Loos Dr. Jan-Marco Luczak Daniela Ludwig Karin Maag Dr. Thomas de Maizière Gisela Manderla Dr. Astrid Mannes Hans-Georg von der Marwitz Andreas Mattfeldt Stephan Mayer (Altötting) Dr. Michael Meister Jan Metzler Dr. Mathias Middelberg	Johannes Röring Dr. Norbert Röttgen Stefan Rouenhoff Erwin Rüdell Albert Rupprecht Stefan Sauer Anita Schäfer (Saalstadt) Dr. Wolfgang Schäuble Jana Schimke Tankred Schipanski Christian Schmidt (Fürth) Dr. Claudia Schmidtke Patrick Schnieder Nadine Schön Felix Schreiner Dr. Klaus-Peter Schulze Uwe Schummer Armin Schuster (Weil am Rhein) Torsten Schweiger Detlef Seif Johannes Selle Reinhold Sendker Dr. Patrick Sensburg Thomas Silberhorn Björn Simon Tino Sorge Jens Spahn Katrín Staffler Frank Steffel Dr. Wolfgang Stefinger Albert Stegemann Peter Stein (Rostock) Sebastian Steineke Johannes Steiniger Christian Frhr. von Stetten Dieter Stier Gero Storjohann Stephan Stracke Max Straubinger Karin Strenz Michael Stübgen Dr. Peter Tauber Dr. Hermann-Josef Tebroke Hans-Jürgen Thies Alexander Throm Dr. Dietlind Tiemann Antje Tillmann Markus Uhl Dr. Volker Ullrich Arnold Vaatz Oswin Veith Kerstin Vieregge Kees de Vries Christoph de Vries Dr. Johann David Wadehul	Marco Wanderwitz Nina Warken Kai Wegner Albert H. Weiler Marcus Weinberg (Hamburg) Dr. Anja Weisgerber Peter Weiß (Emmendingen) Sabine Weiss (Wesel I) Ingo Wellenreuther Marian Wendt Kai Whittaker Bettina Margarethe Wiesmann Klaus-Peter Willsch Elisabeth Winkelmeier-Becker Emmi Zeulner Paul Ziemiak Dr. Matthias Zimmer	Uli Grötsch Bettina Hagedorn Rita Hagl-Kehl Sebastian Hartmann Dirk Heidenblut Hubertus Heil (Peine) Wolfgang Hellmich Dr. Barbara Hendricks Gustav Herzog Gabriele Hiller-Ohm Thomas Hitschler Dr. Eva Högl Frank Junge Josip Juratovic Thomas Jurk Oliver Kaczmarek Johannes Kahrs Elisabeth Kaiser Cansel Kiziltepe Arno Klare Lars Klingbeil Dr. Bärbel Kofler Daniela Kolbe Elvan Korkmaz Anette Kramme Christine Lambrecht Christian Lange (Backnang) Dr. Karl Lauterbach Helge Lindh Kirsten Lühmann Heiko Maas Caren Marks Katja Mast Christoph Matschie Hilde Mattheis Dr. Matthias Miersch Klaus Mindrup Susanne Mittag Falko Mohrs Claudia Moll Siemtje Möller Detlef Müller (Chemnitz) Dr. Rolf Mützenich Andrea Nahles Dietmar Nietan Ulli Nissen Thomas Oppermann Josephine Ortleb Mahmut Özdemir (Duisburg) Aydan Özoğuz Christian Petry Detlev Pilger Florian Post Achim Post (Minden) Florian Pronold Dr. Sascha Raabe	(C)
(B)	Dietrich Monstadt Karsten Möring Marlene Mortler Elisabeth Motschmann Axel Müller Sepp Müller Carsten Müller (Braunschweig) Stefan Müller (Erlangen) Petra Nicolaisen Michaela Noll Dr. Georg Nüßlein Wilfried Oellers Florian Oßner Josef Oster Henning Otte Sylvia Pantel Martin Patzelt Dr. Joachim Pfeiffer Stephan Pilsinger Dr. Christoph Ploß Eckhard Pols Thomas Rachel Alexander Radwan Alois Rainer Dr. Peter Ramsauer Eckhardt Rehberg Lothar Riebsamen		<b>SPD</b> Niels Annen Ingrid Arndt-Brauer Heike Baehrens Ulrike Bahr Nezahat Baradari Dr. Katarina Barley Doris Barnett Dr. Matthias Bartke Sören Bartol Bärbel Bas Lothar Binding (Heidelberg) Leni Breymaier Dr. Karl-Heinz Brunner Katrín Budde Martin Burkert Dr. Lars Castellucci Bernhard Daldrup Dr. Daniela De Ridder Dr. Karamba Diaby Esther Dilcher Sabine Dittmar Dr. Wiebke Esdar Saskia Esken Yasmin Fahimi Dr. Johannes Fechner Dr. Fritz Felgentreu Dr. Edgar Franke Dagmar Freitag Sigmar Gabriel Michael Gerdes Martin Gerster Angelika Glöckner Timon Gremmels Kerstin Griese		(D)

(A)	<p>Martin Rabanus            Andreas Rimkus            Sönke Rix            Dennis Rohde            Dr. Martin Rosemann            René Röspel            Dr. Ernst Dieter Rossmann            Michael Roth (Heringen)            Susann Rührich            Bernd Rützel            Sarah Ryglewski            Johann Saathoff            Dr. Nina Scheer            Marianne Schieder            Udo Schiefner            Uwe Schmidt            Dagmar Schmidt (Wetzlar)            Carsten Schneider (Erfurt)            Johannes Schraps            Michael Schrodi            Dr. Manja Schüle            Ursula Schulte            Martin Schulz            Swen Schulz (Spandau)            Stefan Schwartz            Andreas Schwarz            Rita Schwarzelühr-Sutter</p>	<p>Petr Bystron            Tino Chrupalla            Joana Cotar            Dr. Gottfried Curio            Siegbert Droese            Thomas Ehrhorn            Berengar Elsner von Gronow            Dr. Michael Ependiller            Peter Felser            Dietmar Friedhoff            Dr. Anton Friesen            Dr. Götz Frömming            Dr. Alexander Gauland            Dr. Axel Gehrke            Albrecht Glaser            Franziska Gminder            Wilhelm von Gottberg            Kay Gottschalk            Armin-Paulus Hampel            Mariana Iris Harder-Kühnel            Dr. Roland Hartwig            Jochen Haug            Martin Hebner            Udo Theodor Hemmelgarn            Waldemar Herdt            Lars Herrmann            Martin Hess            Karsten Hilse            Nicole Höchst            Martin Hohmann            Dr. Bruno Hollnagel            Leif-Erik Holm            Fabian Jacobi            Dr. Marc Jongen            Jens Kestner            Stefan Keuter            Enrico Komning            Jörn König            Steffen Kotré            Dr. Rainer Kraft            Rüdiger Lucassen            Frank Magnitz            Jens Maier            Dr. Lothar Maier            Dr. Birgit Malsack-Winkemann            Corinna Miazga            Andreas Mrosek            Hansjörg Müller            Volker Münz            Sebastian Münzenmaier            Christoph Neumann            Jan Ralf Nolte            Gerold Otten            Frank Pasemann            Tobias Matthias Peterka</p>	<p>Paul Viktor Podolay            Jürgen Pohl            Stephan Protschka            Martin Reichardt            Martin Erwin Renner            Roman Johannes Reusch            Ulrike Schielke-Ziesing            Dr. Robby Schlund            Jörg Schneider            Thomas Seitz            Martin Sichert            Detlev Spangenberg            Dr. Dirk Spaniel            René Springer            Dr. Alice Weidel            Dr. Harald Weyel            Wolfgang Wiehle            Dr. Heiko Wildberg            Dr. Christian Wirth</p> <p><b>FDP</b></p> <p>Grigorios Aggelidis            Renata Alt            Christine Aschenberg-Dugnus            Nicole Bauer            Jens Beeck            Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar)            Dr. Marco Buschmann            Carl-Julius Cronenberg            Britta Katharina Dassler            Bijan Djir-Sarai            Christian Dürr            Hartmut Ebbing            Dr. Marcus Faber            Daniel Föst            Otto Fricke            Thomas Hacker            Katrin Helling-Plahr            Markus Herbrand            Torsten Herbst            Katja Hessel            Dr. Gero Clemens Hocker            Manuel Höferlin            Dr. Christoph Hoffmann            Reinhard Houben            Olaf in der Beek            Gyde Jensen            Dr. Christian Jung            Thomas L. Kemmerich            Karsten Klein            Daniela Kluckert            Pascal Kober            Dr. Lukas Köhler</p>	<p>Carina Konrad            Wolfgang Kubicki            Konstantin Kuhle            Alexander Kulitz            Alexander Graf Lambsdorff            Ulrich Lechte            Christian Lindner            Michael Georg Link (Heilbronn)            Till Mansmann            Dr. Jürgen Martens            Christoph Meyer            Alexander Müller            Frank Müller-Rosentritt            Dr. Martin Neumann (Lausitz)            Hagen Reinhold            Bernd Reuther            Dr. Stefan Ruppert            Dr. h. c. Thomas Sattelberger            Christian Sauter            Frank Schäffler            Dr. Wieland Schinnenburg            Matthias Seestern-Pauly            Frank Sitta            Judith Skudelný            Dr. Hermann Otto Solms            Bettina Stark-Watzinger            Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann</p>	(C)
(B)	<p>Svenja Stadler            Martina Stamm-Fibich            Sonja Amalie Steffen            Mathias Stein            Kerstin Tack            Claudia Tausend            Michael Thews            Markus Töns            Carsten Träger            Marja-Liisa Völlers            Dirk Vöpel            Gabi Weber            Bernd Westphal            Dirk Wiese            Gülistan Yüksel            Dagmar Ziegler            Stefan Zierke            Dr. Jens Zimmermann</p> <p><b>AfD</b></p> <p>Dr. Bernd Baumann            Andreas Bleck            Peter Boehringer            Stephan Brandner            Jürgen Braun            Marcus Bühl            Matthias Büttner</p>	<p>Benjamin Strasser            Katja Suding            Linda Teuteberg            Michael Theurer            Stephan Thomae            Manfred Todtenhausen            Dr. Florian Toncar            Gerald Ullrich            Johannes Vogel (Olpe)            Sandra Weeser            Nicole Westig            Katharina Willkomm</p> <p><b>DIE LINKE</b></p> <p>Doris Achelwilm            Simone Barrientos            Dr. Dietmar Bartsch            Lorenz Gösta Beutin            Matthias W. Birkwald            Heidrun Bluhm            Michel Brandt            Christine Buchholz            Birke Bull-Bischoff            Jörg Cezanne            Fabio De Masi            Dr. Diether Dehm</p>	(D)		

(A)	Anke Domscheit-Berg Klaus Ernst Susanne Ferschl Brigitte Freihold Sylvia Gabelmann Nicole Gohlke Dr. Gregor Gysi Dr. André Hahn Heike Hänsel Matthias Höhn Ulla Jelpke Kerstin Kassner Dr. Achim Kessler Katja Kipping Jan Korte Jutta Krellmann Caren Lay Sabine Leidig Ralph Lenkert Michael Leutert Stefan Liebich Dr. Gesine Lötzsch Thomas Lutze Amira Mohamed Ali Cornelia Möhring Niema Movassat Norbert Müller (Potsdam) Zaklin Nastic	Sören Pellmann Victor Perli Tobias Pflüger Martina Renner Bernd Riexinger Eva-Maria Schreiber Dr. Petra Sitte Helin Evrim Sommer Kersten Steinke Friedrich Straetmanns Dr. Kirsten Tackmann Jessica Tatti Alexander Ulrich Kathrin Vogler Andreas Wagner Harald Weinberg Katrin Werner	Katja Dörner Katharina Dröge Harald Ebner Matthias Gastel Kai Gehring Stefan Gelbhaar Katrin Göring-Eckardt Erhard Grundl Anja Hajduk Britta Haßelmann Dr. Bettina Hoffmann Dr. Anton Hofreiter Ottmar von Holtz Dieter Janecek Dr. Kirsten Kappert-Gonther Uwe Kekeritz Katja Keul Sven-Christian Kindler Maria Klein-Schmeink Sylvia Kotting-Uhl Oliver Krischer Christian Kühn (Tübingen) Renate Künast Markus Kurth Monika Lazar Sven Lehmann Steffi Lemke Dr. Tobias Lindner	Ingrid Nestle Dr. Konstantin von Notz Omid Nouripour Friedrich Ostendorff Cem Özdemir Lisa Paus Filiz Polat Tabea Rößner Claudia Roth (Augsburg) Dr. Manuela Rottmann Corinna Rüffer Manuel Sarrazin Ulle Schauws Dr. Frithjof Schmidt Stefan Schmidt Kordula Schulz-Asche Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn Margit Stumpp Markus Tressel Jürgen Trittin Dr. Julia Verlinden Daniela Wagner Gerhard Zickenheiner	(C)
		<b>BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN</b>			
		Luise Amtsberg Kerstin Andreae Lisa Badum Margarete Bause Dr. Danyal Bayaz Canan Bayram Dr. Franziska Brantner Agnieszka Brugger Dr. Anna Christmann Ekin Deligöz			
(B)	Dr. Alexander S. Neu Thomas Nord Petra Pau		Dr. Irene Mihalic Claudia Müller Beate Müller-Gemmeke	<b>Fraktionslos</b> Marco Bülow Uwe Kamann Mario Mieruch	(D)

*Abgeordnete, die sich wegen gesetzlichen Mutterschutzes für ihre Abwesenheit entschuldigt haben, sind in der Liste der entschuldigten Abgeordneten (Anlage 1) aufgeführt.*

## Anlage 7

### Erklärung nach § 31 GO

**der Abgeordneten Renate Künast, Kerstin Andreae, Margarete Bause, Dr. Franziska Brantner, Ekin Deligöz, Katja Dörner, Kai Gehring, Anja Hajduk, Uwe Kekeritz, Katja Keul, Monika Lazar, Steffi Lemke, Lisa Paus, Dr. Manuela Rottmann, Stefan Schmidt, Markus Tressel und Daniela Wagner (alle BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) zu der Abstimmung über die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zu dem Antrag der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Stephan Thomae, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP:**

**Rechtssicherheit für schwer und unheilbar Erkrankte in einer extremen Notlage schaffen (Tagesordnungspunkt 8)**

Das Bundesverwaltungsgericht hat 2017 entschieden, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Absatz 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 GG – Menschenwürde – auch das Recht eines schwer und un-

heilbar kranken Menschen umfasst, zu entscheiden, wie und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er kann seinen Willen frei bilden und entsprechend handeln. Im Hinblick auf dieses Grundrecht hat das Bundesverwaltungsgericht das Betäubungsmittelgesetz so ausgelegt, dass der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung ausnahmsweise zulässig, das heißt mit dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes vereinbar ist, wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.

Bundesgesundheitsminister Spahn hat jedoch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte angewiesen, alle dazu vorliegenden Anträge pauschal abzulehnen. Dieses ist eine offensive Missachtung der dritten Gewalt, anstatt einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem Rechtssicherheit und für die benannte extreme Notlage ein Bescheidungsverfahren geschaffen werden, in dem diese Notlage im Einzelfall geprüft und dann in der Sache entschieden werden kann.

Mit dem vorliegenden Antrag auf Drucksache 19/4834 wird auf diese Situation hingewiesen und auf eine Lö-



- (A) sung hingearbeitet. Die erste und die zweite Gewalt müssen nicht nur Respekt vor den Entscheidungen der dritten Gewalt haben, sondern diese auch umsetzen. Aus diesem Grund und aus unserem Respekt vor dem Persönlichkeitsrecht des Einzelnen und einer extremen Notlage stimmen die Unterzeichner dem Antrag zu.

Die in der nächsten Woche vor dem Bundesverfassungsgericht stattfindende Verhandlung zur Verfassungsgemäßheit des § 217 StGB in der Fassung, die der Bundestag 2015 beschlossen hat, hat keine rechtlichen Auswirkungen auf den hier vorliegenden Antrag. Bei dem Verfahren zu § 217 StGB geht es um das Verbot und die Strafbarkeit geschäftsmäßiger Beihilfe zum Suizid. Im Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht wird insoweit nur über die Verfassungsgemäßheit des § 217 StGB entschieden.

## Anlage 8

### Zu Protokoll gegebene Rede

**zur Beratung des von den Abgeordneten Stephan Brandner, Andreas Bleck, Corinna Miazga, weiteren Abgeordneten und der Fraktion der AfD eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre (Tagesordnungspunkt 13)**

- (B) **Petra Nicolaisen (CDU/CSU):** Bis Mittwoch kannte ich nur einen Teil des Titels des Gesetzentwurfs, zu dem wir heute debattieren. Das ist erst einmal nichts Neues, außer dass ich mir – um sicherzugehen, dass der Gesetzentwurf tatsächlich das behandelt, was sein Name impliziert und wovon ich ausgegangen bin – Auszüge aus der Vorstellung Ihrer Anträge und Initiativen bei YouTube anschauen musste. Schon was Sie da von sich gegeben haben, hat mich wenig überzeugt. Und daran – und dies wird Sie wenig erstaunen – hat sich auch nach Sichtung des mittlerweile vorliegenden Gesetzentwurfs nichts geändert. Wieder einmal – zuletzt waren es noch die Ruhebezüge des Bundespräsidenten – unternimmt die AfD mit dem uns hier vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Aufhebung des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre den Versuch, unser parlamentarisches Regierungssystem infrage zu stellen. Sie wollen die Parlamentarischen Staatssekretäre abschaffen, weil Sie Angst um unsere Demokratie haben?! Mir würden auf Anhieb dutzende Dinge einfallen, die ich an Ihrer Stelle ändern würde, um die Demokratie in unserem Land nicht anzugreifen bzw. zu gefährden. Die Abschaffung der Institution der Parlamentarischen Staatssekretäre gehört jedoch nicht dazu.

Sicherlich, auch 50 Jahre nach der Begründung dieser Institution gibt sie für den ein oder anderen immer wieder Anlass zu Kritik und Diskussionen. Dennoch, und dies möchte ich eingangs gleich ganz deutlich machen, hat das Amt des Parlamentarischen Staatssekretärs eine gefestigte Funktion im parlamentarischen Regierungssystem und ist als integraler Bestandteil des Regierungssystems der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr

- wegzudenken. In Ihrem Gesetzentwurf werfen Sie unter anderem die Frage nach der Verfassungskonformität des Amtes des Parlamentarischen Staatssekretärs auf. Der Grundsatz der Gewaltenteilung beinhaltet die Eigenständigkeit von Legislative, Exekutive und Judikative und wird gemeinhin als Bestandteil des Rechtsstaatsprinzips angesehen. Der Grundsatz der Gewaltenteilung bewirkt die wechselseitige Begrenzung, Beschränkung und Kontrolle der drei Gewalten. Das bedeutet aber gerade nicht, dass das Grundgesetz eine strikte und rigide Trennung der Gewalten fordert. Dies wäre ohnehin im parlamentarischen Regierungssystem in der Praxis kaum machbar. Darüber hinaus bieten auch Funktion und Aufgaben des Parlamentarischen Staatssekretärs für uns als Unionsfraktion hinreichend Anlass, uns gegen den vorliegenden Gesetzentwurf auszusprechen.

- Aus dem Innenausschuss kann ich ausdrücklich durchweg nur Positives über unsere Parlamentarischen Staatssekretäre berichten. Aus § 1 Absatz 2 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre folgt deren Aufgabe bzw. der von Ihnen angezweifelte Nutzen. Sie unterstützen die Mitglieder der Bundesregierung, denen sie beigegeben sind, bei der Erfüllung ihrer Regierungsaufgaben. Kurz gesagt: Sie sollen in ihrer Funktion die jeweiligen Ministerinnen und Minister bei der Ausübung ihres Amtes unterstützen und entlasten. Zugleich dienen sie aber auch als Bindeglied zwischen Parlament und Regierung. Dies zeigt sich im Deutschen Bundestag besonders deutlich sowohl in den Ausschüssen als auch im Plenum, wo sie uns Parlamentariern regelmäßig informierend zur Verfügung stehen, und dies – liebe AfD-Fraktion, Sie sollten es mittlerweile eigentlich auch bemerkt haben – kann eben nicht durch die jeweilige Ministerin bzw. den jeweiligen Minister alleine geleistet werden.

Abschließend noch folgende Worte: Sicherlich können wir – in einer dem Amt des Parlamentarischen Staatssekretärs angemessenen Art und Weise – darüber diskutieren, wie viele Parlamentarische Staatssekretäre im Regierungssystem sinnvoll erscheinen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das Amt ein wichtiger Bestandteil unseres Regierungssystems ist und auch zukünftig beibehalten werden muss.

## Anlage 9

### Zu Protokoll gegebene Rede

**zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Konstantin Kuhle, Alexander Graf Lambsdorff, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Schutz der liberalen Demokratie in Europa (Zusatztagsordnungspunkt 8)**

- Saskia Esken (SPD):** Die Demokratie, so stellt der Antrag der FDP ganz richtig fest, steht in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union unter Druck wie nie zuvor seit ihrer Gründung. Autoritäre Gesellschaftsmodelle sind wieder en vogue, schon werden in einigen Ländern

- (A) die Grundrechte beschnitten und der Rechtsstaat untergraben.

Es ist und bleibt unsere Aufgabe, die gesellschaftliche Spaltung, die letztlich hinter diesen Entwicklungen steckt, zu überwinden. Es ist an uns, das Vertrauen der Menschen in demokratische Institutionen und Prozesse zu erneuern, um diesen Entwicklungen die Stirn zu bieten. Medienbildung und politische Bildung sind das stärkste Mittel zur Emanzipation der Menschen und zur Stärkung der Demokratie.

Sind gezielte Desinformationskampagnen in den sozialen Medien, wie wir sie rund um die Präsidentschaftswahlen in den USA oder beim Brexit beobachten konnten, eine wirkliche Gefahr für die liberale Demokratie? Solche Kampagnen dienen nicht nur der Beeinflussung von Meinungsbildung und Wahlen, letztlich haben sie die Destabilisierung unserer Demokratien zum Ziel.

In einer Anhörung im Ausschuss Digitale Agenda des Bundestags zur „Resilienz von Demokratien im digitalen Zeitalter“ haben die Sachverständigen beklagt, dass sich Fragen zu den Auswirkungen von Desinformationskampagnen gar nicht abschließend beantworten lassen, weil Anbieter wie Facebook und Twitter ihre Daten dazu weder der Wissenschaft noch den Behörden zugänglich machen. Das muss sich ändern.

- (B) Die Sachverständigen haben aber auch noch mal verdeutlicht, dass die sogenannten sozialen Netzwerke nicht für soziale Kontakte oder den Austausch hochwertiger Informationen und vielfältiger Meinungen konzipiert sind. Das Geschäftsmodell ist es vielmehr, aus unseren Daten Persönlichkeitsprofile zu bilden und daraus ein Maximum an Werbeeinnahmen zu erzielen.

Und weil Postings mit hohem Erregungspotenzial sich tausendmal leichter und schneller verbreiten und deshalb mehr Klicks, mehr Werbeeinnahmen generieren als solche, die ausgeglichen informieren, forcieren diese Plattformen letztlich die Verbreitung von Hate Speech, Desinformation und Propaganda.

Wir haben nach Trumps Wahl von Start-ups in Osteuropa gehört, die sich auf die Produktion von Fake News für den US-amerikanischen Raum spezialisiert hatten – ohne jedes politische Interesse, nur weil man damit Geld verdienen konnte.

Aus dem Geschäftsmodell heraus besteht also für die Plattformen kein Interesse, Fake News und Hate Speech zu bekämpfen. Wenn es sich um potenziell strafbare Inhalte handelt, dann sind die Plattformen dazu allerdings verpflichtet – Notice & Takedown, genauso wie „Spiegel Online“ oder jede kleine Website.

Deswegen war es absolut richtig – und da bin ich, da sind wir anderer Auffassung als die FDP –, mit dem NetzDG die Plattformen zu geeigneten Strukturen für wirksame „Notice & Takedown“-Verfahren zu verpflichten.

Ein weiteres wichtiges Thema in dem Zusammenhang ist natürlich die Gefährdung von Wahlen und Parlamenten durch cyberkriminelle Angriffe. Der Bundestags-Hack im Jahr 2015 hat uns das deutlich vor Augen

- geführt: Beim Aufbau IT-sicherer Infrastrukturen und Arbeitsweisen und beim Schutz vor Cyberangriffen können wir die fachliche Beratung und Unterstützung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik gut gebrauchen – doch dafür müsste das Bundesamt unabhängig sein; auch darin sind wir uns einig. (C)

Ich fasse zusammen: Zur Bekämpfung illiberaler Bewegungen müssen wir den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern und das Vertrauen in Politik und Demokratie immer wieder erneuern. Wir müssen Informationskompetenz, politische Bildung und unabhängige journalistische Arbeit stärken. Und wir müssen die Plattformen bei Meinungsfreiheit und Pluralität in die Verantwortung und bei der Bekämpfung von Desinformation und Hass in die Pflicht nehmen.

## Anlage 10

### Zu Protokoll gegebene Reden

#### zur Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zu dem Protokoll vom 11. Juni 2014 zum Übereinkommen Nr. 29 der Internationalen Arbeitsorganisation vom 28. Juni 1930 über Zwangs- oder Pflichtarbeit (Tagesordnungspunkt 14)

- (D) **Stephan Stracke (CDU/CSU):** Die Internationale Arbeitsorganisation, ILO, wird dieses Jahr 100 Jahre alt. Vor einem Monat hat sie ihren Festakt zu ihrem 100-jährigen Bestehen in Berlin begangen. Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier hat in seiner Festrede die Arbeit der ILO gewürdigt. Die ILO steht für anständige Arbeitsverhältnisse und menschenwürdige Bedingungen. Gesunde und gute Arbeitsbedingungen sind ein menschliches Grundrecht. Das gilt für alle ILO-Mitgliedstaaten unabhängig vom Stand ihrer wirtschaftlichen Entwicklung. Dafür hat die ILO in den 100 Jahren ihrer Geschichte gekämpft, und das bleibt auch die Herausforderung für die Zukunft.

Dazu zählt auch die Bekämpfung von Zwangsarbeit und Menschenhandel. Nach aktuellen Zahlen der ILO befinden sich zurzeit weltweit etwa 25 Millionen Menschen in Verhältnissen von Zwangs- und Pflichtarbeit, eine besorgniserregende Zahl. Die Bekämpfung von Zwangsarbeit und Menschenhandel zum Zweck der Arbeitsausbeutung hat für uns als Deutsche nicht zuletzt aufgrund unserer besonderen historischen Verantwortung eine hohe politische Relevanz. Im Koalitionsvertrag wird diese Bedeutung explizit unterstrichen. Die Koalitionsparteien haben die Bundesregierung ausdrücklich aufgefordert, ihre Strategie zur Bekämpfung von Zwangsarbeit, Kinderarbeit und Arbeitsausbeutung fortzusetzen und zu intensivieren.

Dazu gehört auch das Übereinkommen Nummer 29 der ILO über Zwangs- oder Pflichtarbeit aus dem Jahr 1930. Das Übereinkommen ist nach über 80 Jahren angepasst und überarbeitet worden. Mit dem ILO-Protokoll von 2014 wird das Übereinkommen dahin gehend ergänzt, dass es Menschenhandel zum Zwecke der Arbeitsaus-

(A) beutung als eine wesentliche Form der Zwangsarbeit heute anerkennt und effektive Maßnahmen zur Prävention, zur strafrechtlichen Verfolgung und zum Opferschutz fordert. Deutschland hat an den Arbeiten am Protokoll eng mitgearbeitet. Die Ratifikation des ILO-Protokolls ist der Schlusspunkt eines langen Prozesses, der damit aber nicht zu Ende ist.

Deutschland ist und bleibt international in der Verantwortung. Denn in global vernetzten Volkswirtschaften macht Verantwortung für gute Arbeit nicht an nationalen Grenzen halt. Unser Wohlstand darf nicht auf Kosten anderer gehen. Deutschland ist ein wohlhabendes Land, das wirtschaftlich einflussreich ist und deshalb auch Einfluss in Fragen der Arbeits- und Menschenrechte nehmen muss. In anderen Ländern sieht das vielfach anders aus: Menschenrechte werden mit Füßen getreten, faire Löhne und Mitbestimmungsrecht verweigert. An dieser Stelle bin ich froh über das Engagement von Bundesentwicklungsminister Gerd Müller, der das seit langem anprangert und auf die politische Tagesordnung hebt. Mit dem Nationalen Aktionsplan „Wirtschaft und Menschenrechte“ haben wir eine Grundlage für verantwortliches Handeln von Unternehmen in Lieferketten geschaffen. In einem Monitoring-Prozess werden wir überprüfen, ob die Unternehmen ihrer Sorgfaltspflicht angemessen nachkommen oder nicht.

(B) Auch in Deutschland gibt es Handlungsbedarf. Deutschland erfüllt zwar die Anforderungen des ILO-Protokolls. Unser nationales Recht setzt die Vorgaben bereits wirksam um. Das heißt aber nicht, dass wir uns zurücklehnen und die Hände in den Schoß legen können. Auch in unserem Land gibt es Missstände auf dem Arbeitsmarkt, zum Beispiel im Bereich der sogenannten Tagelöhnerbörsen wie den „Arbeitsstrich“ in Großstädten. Deshalb bin ich sehr froh, dass wir mit dem Gesetzentwurf gegen illegale Beschäftigung und Sozialleistungsmissbrauch die Voraussetzungen schaffen, Arbeitnehmer besser gegen solche illegalen Lohnpraktiken und Arbeitsausbeutung zu schützen. Wir verdoppeln das Personal bei der Finanzkontrolle Schwarzarbeit mittelfristig auf 13 500 Stellen. Daneben erhält die Finanzkontrolle Schwarzarbeit neue Zuständigkeiten und kann damit noch effektiver gegen Menschenhandel und Arbeitsausbeutung vorgehen.

Mit dem Vertragsgesetz hat die Bundesregierung die Voraussetzungen für die Ratifikation des ILO-Protokolls und damit einen wichtigen Beitrag zur effektiven Bekämpfung von Zwangsarbeit und Arbeitsausbeutung geschaffen. Mit der heutigen parlamentarischen Verabschiedung des Gesetzes greifen wir diesen Aufschlag als Deutscher Bundestag auf und setzen ihn um. Allerdings gibt es noch viel zu tun. Denn mit uns haben erst 28 der 185 ILO-Mitgliedstaaten das Protokoll ratifiziert, davon 15 EU-Mitgliedstaaten. Umso wichtiger ist, dass wir als Deutschland vorangehen und auch andere Länder ermutigen, unseren Weg mitzugehen.

**Michael Gerdes (SPD):** Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erkennen wir das Protokoll der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) vom 11. Juni 2014 an, welches die Mitgliedstaaten der ILO dazu verpflichtet,

Zwangsarbeit und Menschenhandel zu bekämpfen, zu bestrafen und Opfer zu entschädigen. (C)

Bei diesem Thema kann es keine unterschiedlichen Meinungen geben: Menschenhandel zum Zwecke der Arbeitsausbeutung ist aufs Schärfste zu verurteilen. Es ist unsere Pflicht, menschenwürdige Arbeitsverhältnisse sicherzustellen, hier in Deutschland, in Europa und selbstverständlich auch weltweit.

1930 hat die ILO erstmalig Regeln beschlossen, mit denen die Ausbeutung von Menschen eingedämmt werden sollte – aber so, wie sich die Arbeitswelt wandelt, gibt es auch immer wieder neue Formen des Zwangs und des Missbrauchs von Arbeitskraft. Allzu oft geht es um finanziellen Profit. Menschliche Würde wird für satte Gewinne geopfert. Wir als Sozialdemokraten sind davon überzeugt: Wirtschaftlicher Erfolg und soziale Standards sind keine Gegensätze – oder, besser: sie dürfen keine Gegensätze sein! Arbeit darf weder unter Zwang stattfinden, noch sollte sie arm und krank machen oder gar lebensbedrohlich sein.

Sicherlich unterscheiden sich die Zwänge, unter denen Menschen leiden, von Land zu Land oder auch von Kontinent zu Kontinent. Aber angesichts des globalen Handels darf es uns weder egal sein, welche Verstöße es hier vor unserer Haustür gibt, noch, unter welchen zweifelhaften Bedingungen von uns gekaufte Produkte in Asien oder Afrika entstehen. Wir alle kennen die Beispiele: Kinder, die ohne Sicherheitsvorkehrungen nach seltenen Erden graben, damit unsere Handy-Akkus funktionieren; Kleidung, die so billig gekauft werden kann, dass man sich fragt, ob die Näherinnen und Näher überhaupt etwas für ihre Arbeit bekommen haben. (D)

Weltweit leisten über 20 Millionen Menschen Arbeit unter Zwang, eine unfassbar hohe Zahl. Gut, dass die ILO nicht lockerlässt und Regeln für den Schutz von Menschen überall auf der Welt einfordert. Dabei sind Staaten genauso gefordert wie Unternehmen, Sozialpartner und Zivilgesellschaften.

In der EU sind schätzungsweise über 600 000 Menschen von unzumutbaren und ausbeuterischen Arbeiten betroffen. Vor allem Menschen ausländischer Herkunft geraten in Zwangslagen, oftmals dann, wenn ihnen Sprachkenntnisse fehlen und sie nicht wissen, welche Arbeitsstandards hierzulande gelten.

Nach deutschem Recht sind Menschenhandel, Zwangsprostitution, Zwangsarbeit und Ausbeutung von Arbeitskraft strafbar. Das ist die Grundvoraussetzung im Kampf gegen Arbeit und Zwang. Mindestens genauso wichtig sind selbstverständlich die Strafverfolgung der Täter und die Aufklärung von Betroffenen. Erst letzte Woche haben wir in erster Lesung das Gesetz gegen illegale Beschäftigung und Sozialleistungsmissbrauch debattiert. Wer gute Arbeitsbedingungen fordert, muss auch kontrollieren, dass sie eingehalten werden. Genau hier setzen wir an: Der Zoll wird mit mehr Personal und neuen Befugnissen ausgestattet. Auf diese Weise schützen wir Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer besser vor Lohndumping, nicht bezahlten Arbeitsstunden, unwürdigen Wohnverhältnissen oder sogar Freiheitsentzug.

(A) **Bernd Rützel (SPD):** Wir haben es hier bereits gehört, es ist eine Schande: Immer noch werden weltweit 25 Millionen Menschen Opfer von Zwangsarbeit. Häufig sind es Landarbeiter, Hausangestellte, Seefahrer, Frauen und Mädchen, die zur Prostitution gezwungen werden. Aber auch im herstellenden Gewerbe werden weltweit Menschen gegen ihren Willen zur Arbeit gezwungen. Wir dürfen die Augen nicht davor verschließen: Unsere Welt ist voller Produkte und Dienstleistungen, die unter Zwang hergestellt bzw. angeboten werden. Es geht um Menschen, die getäuscht, missbraucht, ausgebeutet und gering oder gar nicht entlohnt werden.

Das Problem macht auch nicht vor unserer Haustüre halt. Für die EU-Mitgliedstaaten selbst wird die Zahl der Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeiter auf gut 800 000 geschätzt, 800 000 Menschen, die häufig mit falschen Versprechungen angelockt werden und sich dann in völlig anderen Bedingungen wiederfinden. Viele von ihnen haben keine Arbeitserlaubnis. Das schwächt ihre Position entscheidend. Deshalb möchte ich an dieser Stelle die Beratungsstellen „Faire Mobilität“ hervorheben. Das Projekt bietet Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus anderen Ländern, die in Deutschland arbeiten, eine kostenlose Beratung an. Dort können sie sich über ihre Rechte auf dem deutschen Arbeitsmarkt informieren – und das in mehreren Sprachen. Die Verantwortung für die Umsetzung des Projekts liegt beim DGB. Neben Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds wird das Projekt durch den Bund gefördert. Im Haushalt 2019 konnten wir verankern, dass die Mittel aufgestockt werden, um das Beratungsangebot zu vergrößern. Nachdem sich das Wirtschaftsministerium aus der Finanzierung zurückgezogen hat, übernimmt das Arbeitsministerium künftig auch dessen Anteil. Darüber bin ich froh. Es ist ein wichtiger Schritt im Kampf gegen Ausbeutung und Zwangsarbeit.

(B) Wir müssen unsere Bemühungen im Kampf gegen dieses Verbrechen grundlegend verstärken. Deshalb ist es so wichtig, dass wir heute dieses Gesetz verabschieden. Damit stärken wir den internationalen rechtlichen Rahmen zur Prävention von Zwangsarbeit. Wir schaffen neue Verpflichtungen für mehr Opferschutz und einen besseren Zugang zu Entschädigungen für das erlittene Unrecht. Die ILO hat ermittelt, dass Zwangsarbeit über 150 Milliarden US-Dollar an illegalen Profiten hervorbringt. Auch an diesem Punkt müssen wir ansetzen. Dazu müssen wir die Strafverfolgung verschärfen. Wir müssen diesen Tätern das Handwerk legen und allen Menschen ein Leben und Arbeiten in Würde ermöglichen.

## Anlage 11

### Zu Protokoll gegebene Reden

**zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Niema Movassat, Fabio De Masi, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: Deutschland braucht ein Unternehmensstrafrecht (Tagesordnungspunkt 17)**

(C) **Dr. Matthias Heider (CDU/CSU):** Der Antrag der Linken zeigt, dass hier einige Fraktionsmitglieder vor lauter Gesellschaftskritik den Fachverstand ausschalten. Damit schaden sie nicht nur einer von Vernunft getragenen Debattenkultur, sondern letztlich auch der eigenen Wählerschaft, die Mitarbeiter dieser Unternehmen sein könnten. Davor müssen wir Die Linke heute bewahren und stimmen deshalb gegen ihren Antrag.

Nachvollziehbar ist, dass sich die Wut oft gegen das Unternehmen richtet, das erkennbarer ist als die dahinterstehenden verantwortlichen Personen. Doch bevor man aus Wut heraus politische Forderungen erhebt, sollte man über Sinn und Tragweite seiner Forderungen nachdenken. Das ist schon ein bisschen viel Barrikadentheater, das Sie uns hier in den letzten Tagen aufischen: erstens Solidarität mit den Gelbwesten, gegen Repressionen; zweitens Uploadfilter zerstören das Internet, gegen Meinungsfreiheit; drittens Enteignungen von Hauseigentümern, gegen Gier. Jetzt Unternehmen bestrafen, gegen – ja was eigentlich?

Wenn Sie also noch einmal in sich gehen, dann werden Sie feststellen, dass Sie fundamentale Prinzipien des Strafrechts und wesentliche Säulen des Grundgesetzes infrage stellen und damit der Wirtschaft, der Gesellschaft und eben insbesondere auch Ihrer eigenen Wählerschaft schaden. Denn dann werden Sie sich daran erinnern, dass nach unserer Rechtstradition das Strafrecht ausschließlich an menschliches Verhalten anknüpft. Tier und Maschine können ebensowenig bestraft werden wie die Rechtshülle eines Unternehmens. Bestraft wird der dahinterstehende verantwortliche Mensch. Deswegen kam auch nicht Arcandor in Haft, sondern Middelhoff, und nicht Unternehmen des Baulöwen Schneider, sondern er selbst. Die Unternehmen selbst werden bereits effektiv über das Ordnungswidrigkeiten-, Insolvenz-, Gewerbe-, Gesellschafts- und Kartellrecht belangt.

(D) Bei weiterer Überprüfung des Antrags der Linken wird Ihnen auffallen, dass dieser dem rechtsstaatlichen Grundsatz „Keine Strafe ohne Schuld“ widerspricht: Das Rechtskonstrukt, die rechtliche Hülle Unternehmen, kann nicht über den Unrechtsgehalt seiner Tat reflektieren und folglich auch nicht schuldhaft handeln. Das BVerfG hat dieses Schuldprinzip seit jeher auch aus dem Rechtsstaatsprinzip abgeleitet.

Wenn Sie also sagen, das Strafrecht solle für Unternehmen abschreckende Wirkung haben, dann sage ich Ihnen: Ihr Antrag selbst hat abschreckende Wirkung – und zwar für jeden Bürger, der in einem Unternehmen arbeitet und an einen funktionierenden Rechtsstaat glaubt. Denn die reine Prangerwirkung einer Unternehmensstrafe träfe nicht nur die verantwortlich handelnden Personen, sondern auch unbeteiligte Arbeiter und Angestellte. Profitieren dürften hingegen die wirklich Verantwortlichen. Denn ohnehin schon schwer beschäftigte Staatsanwaltschaften würden ihre Ermittlungen vermutlich zuvörderst auf die Verfolgung des Unternehmens anstatt auf die wesentlich mühsamere Verfolgung der Einzeltäter konzentrieren.

Mag sein, dass die verehrten Kollegen der Linken den guten Willen haben, kriminelle Strukturen in Unterneh-

(A) men effektiver zu sanktionieren. Diesen Willen hat die Bundesregierung auch und wird im Sommer einen Gesetzentwurf zum Unternehmenssanktionsrecht vorlegen. Zum Teil haben Sie ja sogar aus dem Koalitionsvertrag abgeschrieben, indem Sie zum Beispiel die Forderung übernehmen, dass sich Bußgelder künftig an der Wirtschaftskraft des Unternehmens orientieren sollen.

Die Tatsache aber, dass Sie im Gegensatz zur Koalition das Strafrecht als Mittel zur Sanktionierung wählen, nährt den Verdacht, dass es Ihnen hier wie so oft lediglich um eine Anprangerung unserer Wirtschaftsordnung im Ganzen geht. Sie versuchen, einen Keil zwischen Wirtschaft und Gesellschaft zu treiben, indem Sie Unternehmen von gewisser Wirtschaftskraft und Größe dämonisieren. Dem Großteil der verantwortungsbewussten Konzerne in Deutschland, die sich an Recht und Gesetz halten, Arbeitsplätze schaffen, hohe Steuern zahlen und sich für Nachhaltigkeit und Klimaschutz einsetzen, werden Sie damit nicht gerecht.

Deswegen appelliere ich an Sie: Bewahren Sie sich gern Ihre Emotionalität, aber lassen Sie zugleich auch Vernunft walten, und erkennen Sie endlich, welchen wichtigen Beitrag die Wirtschaft zum Wohle der Bevölkerung leistet.

**Dr. Volker Ullrich (CDU/CSU):** Schwerwiegende Betrugsfälle in unterschiedlichen Branchen haben das Vertrauen der Gesellschaft in unser Wirtschafts- und Rechtssystem nachhaltig erschüttert. In der Automobilbranche wurden durch Abschaltvorrichtungen die Abgaswerte von Millionen von Dieselfahrzeugen verfälscht. Im Bereich der Internetbanken wurden der Referenzzinssatz Libor und der Euribor manipuliert. Bei Cum/Ex-Geschäften bedienten sich Banken und Investoren jahrelang an der Steuerkasse mit einem Verlust von etwa 1,5 Milliarden Euro pro Jahr.

Solch eine Unternehmenskriminalität führt zu enormen Schäden unserer Volkswirtschaft. Die Politik muss dafür Sorge tragen, dass sich Unternehmen durch die Verletzung von Vorschriften keine Vorteile verschaffen können. Rechtsbrüche erfordern eine zureichende Bestrafung, sodass Bußgelder nicht in die ökonomische Abwägung eines Unternehmens einfließen dürfen.

Dennoch muss dem Antrag der Fraktion Die Linke bereits in der Überschrift widersprochen werden. Dieser ist überschrieben mit den Worten „Deutschland braucht ein Unternehmensstrafrecht“.

Es ist dogmatisch wenig zielführend, ein Unternehmensstrafrecht zu fordern. Das Strafrecht verlangt ein tatbestandsmäßiges, rechtswidriges und schuldhaftes Handeln einer Person. Insbesondere die Schuld setzt eine eigene, höchstpersönliche Vorwerfbarkeit voraus, welche nur ein einsichtsfähiger Täter, nicht aber ein Personenverband oder ein anderweitiges Konstrukt haben kann. Wenn nun ein Unternehmensstrafrecht eingefordert wird, verletzt dies vor allem das Schuldprinzip.

Die Argumentationsversuche im Antrag erwiesen sich letzten Endes auch als nicht schlüssig. Das Unternehmensstrafrecht bleibt auch mit der Feststellung, dass Un-

ternehmen keine Menschenwürde zukomme, weiterhin mit dem Schuldprinzip unvereinbar. Diese Argumentation ist vielmehr ein unzulässiger Zirkelschluss. (C)

Auch die aufgezählten Rechtsfolgen erscheinen problematisch. Wenn im Antrag als Ultima Ratio die Auflösung von Unternehmen und Betriebsschließungen gefordert werden, dann wird eine nicht mehr akzeptable Betroffenheit unbeteiligter Dritter verursacht. Solche Strukturmaßnahmen würden letztendlich zum Verlust des Arbeitsplatzes des kleinen Arbeiters führen. Es kann nicht im Sinne der Antragsteller sein, dass der Arbeiter mit seinem Arbeitsplatz für das Fehlverhalten des Managements haftet. Ich denke aber auch an schutzwürdige Kleinaktionäre, die mit dem Verlust ihrer Altersvorsorge bestraft würden, weil der Vorstand strafbare Handlungen vollzieht, die der Kleinaktionär nicht kontrollieren kann.

Zur Vermeidung von Missverständnissen möchte ich deutlich machen, dass wir in der Verfolgung von Wirtschaftskriminalität sicherlich besser werden müssen. Das bestehende Recht muss konsequenter angewendet werden, und dort wo es notwendig ist, müssen wir das Recht auch nachschärfen.

Ausreichende Kapazitäten bei Polizei und Justiz sind ein Schlüssel für die effektive Verfolgung von rechtswidrigem Handeln innerhalb von Unternehmen. Mit dem Pakt für den Rechtsstaat haben wir einen wichtigen Schritt getan. Die Personalaufstockung von 2 000 Stellen für Richter und Staatsanwälte durch die Länder wird für eine spürbare Entlastung der Justiz sorgen. Die zusätzlichen Kapazitäten können in den Wirtschaftsabteilungen der Staatsanwaltschaften und bei der Besetzung der Wirtschaftsstrafkammern an den Landgerichten genutzt werden. (D)

Als nächsten Schritt müssen wir über eine Reform des Unternehmenssanktionsrechts sprechen. Wir haben dies im Koalitionsvertrag vereinbart, und daran werden wir uns halten. Allerdings kann das Ziel nicht ein Paradigmenwechsel zu einem Unternehmensstrafrecht sein, das einen Systembruch darstellt und sich dem ständigen Verdacht der Verfassungswidrigkeit ausgesetzt sähe. Wir wollen eine zielgenaue Lösung, die an die bestehenden Regelungen im Ordnungswidrigkeitenrecht anknüpft und diese verbessert.

Es muss über die derzeitige Wertgrenze der Verbands-geldbuße von 10 Millionen Euro gesprochen werden. Für umsatzstarke Unternehmen ist diese zu gering. Rechtsverstöße dürfen nicht in eine ökonomische Kosten-Nutzen-Analyse einfließen und sich letztendlich sogar lohnen. Es ist sinnvoll, eine künftige Höchstgrenze an der Wirtschaftskraft eines Unternehmens auszurichten. Das Damoklesschwert einer Geldbuße von bis zu 10 Prozent des Umsatzes wird es Unternehmen künftig nicht mehr erlauben, über Rechtsverstöße hinwegzusehen.

Unser Ziel muss es vor allem sein, Strukturverbesserungen für die Zukunft zu schaffen. Wir brauchen eine besondere spezialpräventive Ausrichtung der Unternehmenssanktionen, um ein zukünftig gesetzestreuere Verhalten zu erreichen.

(A) Es ist beispielsweise an eine zur Bewährung ausgesetzte Geldzahlung zu denken. Wenn Auflagen wie die Wiedergutmachung des verursachten Schadens oder die Einrichtung eines verbesserten Compliance-Systems erfüllt werden, könnte ein Teil der Sanktion erlassen werden.

Wir müssen auch über ein Anreizmodell für kooperierende Unternehmen sprechen. Die freiwillige Bereitstellung von Ergebnissen interner Untersuchungen trägt zum Ermittlungserfolg der Behörden bei. Oftmals werden Beweise geliefert, welche den Behörden sonst verschlossen gewesen wären. Für eine derartige Kooperationsbereitschaft muss es in beschränktem Maße zu einer Strafmilderung kommen.

In diesem Zusammenhang müssen wir auch einen rechtlichen Rahmen für die Unternehmensuntersuchungen, sogenannte Internal Investigations, schaffen. Es stellen sich dabei eine Vielzahl von rechtlichen Fragen zu Mitarbeiterinterviews, Beschlagnahmeverboten oder der Durchsicht von E-Mails.

Sie sehen, dass wir eine Vielzahl von eigenen Ideen und Vorschlägen für eine Reform des Unternehmenssanktionsrechts haben. Wir laden das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz ein, diese mit uns auch zu diskutieren. Die Vorschläge aus dem Antrag sind jedoch nicht zu Ende gedacht, weshalb wir diesen ablehnen werden.

(B) **Dr. Nina Scheer (SPD):** Laut Polizeilicher Kriminalstatistik macht die Wirtschaftskriminalität zwar nur 2 Prozent der Kriminalität aus. Durch diese Kriminalität entsteht jedoch jedes Jahr ein wirtschaftlicher Schaden von etwa 4 Milliarden Euro. Dieser wirtschaftliche Schaden muss Anlass genug sein, engagierter gegen Wirtschaftskriminalität vorzugehen.

Hinzu kommt noch der Schaden beim Vertrauen in unser Rechtssystem. Es ist ein untragbarer Zustand, wenn die genannten Umstände politisch unbeantwortet bleiben; denn dies höhlt das Vertrauen in Politik und einen handlungsfähigen Staat aus. Daher muss Wirtschaftskriminalität entschieden bekämpft werden.

Zunächst einmal geht es um die Frage, wie wir überhaupt von solchen Skandalen erfahren. Um Korruptionsskandale, Steuerhinterziehung, Datenleaks oder Gesundheitsrisiken aufzuklären, braucht es häufig Insiderwissen. Von Skandalen in diesem Ausmaß erfahren wir doch nicht etwa, weil einer der Verantwortlichen etwas zugibt, sondern durch Recherche und intern aufgedeckte Missstände.

In diesem Lichte betrachtet möchte ich erwähnen, dass es erst jüngst im Zuge der Umsetzung der EU-Geschäftsgeheimnis-Richtlinie gelungen ist, mit dem im Deutschen Bundestag verabschiedeten Geschäftsgeheimnisgesetz offenlegenden Journalismus zu schützen, Arbeitnehmer- sowie Mitbestimmungsregelungen auszuheben und darüber hinaus den Geschäftsgeheimnisbegriff nicht ausufern zu lassen – um nur einige Maßgaben dieses Gesetzes zu nennen.

Weitere Maßgaben werden in Umsetzung der Whistleblower-Richtlinie folgen. Die Einigung vom 12. März dieses Jahres zwischen der EU-Ratspräsidentschaft, dem Europäischen Parlament und der Kommission war überfällig und ist in diesem Sinne ein wichtiges Zeichen. (C)

Zugleich drängt ein Tätigwerden in Fragen eines durchgreifenden Unternehmensstrafrechts. Deswegen bin ich froh, dass wir in dieser Legislatur erstmals und endlich mit CDU und CSU im Koalitionsvertrag festlegen konnten, dass das Sanktionsrecht für Unternehmen neu geregelt werden soll. Durch die Abkehr vom heute allein maßgeblichen Opportunitätsprinzip – im bislang einschlägigen lediglich Ordnungswidrigkeitenrecht – soll mit der Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag für eine bundesweit einheitliche Rechtsanwendung gesorgt werden. Im Sinne des Legalitätsprinzips müssen Staatsanwaltschaften dann bei einem Anfangsverdacht ermitteln.

Mit dem Koalitionsvertrag ist auch vereinbart, das Sanktionsinstrumentarium zu erweitern. Um eine abschreckende Wirkung zu entfalten, müssen Sanktionen spürbar sein. Die Höhe der Geldsanktion soll sich dann an der Wirtschaftskraft des Unternehmens orientieren. Bei Unternehmen mit mehr als 100 Millionen Euro Umsatz sind dies Geldbußen in Höhe von bis zu 10 Prozent des Umsatzes.

Im Großen und Ganzen sehe ich einige Übereinstimmungen unseres Vorhabens mit den Forderungen aus dem Antrag der Fraktion Die Linke. Wenn uns also der Entwurf aus dem Bundesjustizministerium vorliegt, sehe ich einer konstruktiven parlamentarischen Zusammenarbeit entgegen. (D)

**Dr. Manuela Rottmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Wer fairen Wettbewerb will, muss Foulspieler vom Platz stellen. Deutschland droht hier den Anschluss an andere Rechtsordnungen zu verlieren. Das ist schlecht für den Wirtschafts- und für den Rechtsstandort Deutschland.

Wir Grüne haben bereits im Jahr 2016 eine gesetzliche Regelung gefordert, die die bessere Verfolgung und Sanktionierung von Straftaten ermöglicht, die aus Unternehmen heraus begangen werden. Mittlerweile gibt es einen breiten Konsens, dass die Sanktionierung von Unternehmen zurechenbaren Straftaten und vergleichbaren Rechtsverstößen in Deutschland wirksamer und konsequenter werden muss. Auch die Unternehmen selbst fordern Rechtssicherheit und bringen eigene Vorschläge in die Debatte ein.

Es lohnt sich, sich mit all diesen Vorschlägen auseinanderzusetzen: Auch wenn das Ziel mittlerweile mehrheitsfähig ist, sind im Detail schwierige Abwägungsfragen zu klären. Mancher Vorschlag ist auch interessengeleitet. Für die Grünen etwa kann ich klar sagen: Wir halten überhaupt nichts davon, Unternehmen die Freizeichnung von ihrer Organisationsverantwortung über wohlfeile Corporate-Governance-Zertifikate zu ermöglichen, wenn im Unternehmen etwas ganz anderes

- (A) gelebt wird. Auch die Frage, wie wir sicherstellen, dass interne Untersuchungen durch beauftragte Anwälte nicht dazu führen, Beweismittel beiseitezuschaffen, ohne das Anwaltsgeheimnis zu unterminieren, ist nicht einfach zu beantworten.

Deswegen schrillen bei mir alle Alarmglocken, wenn ich der Presse entnehme, dass DAX-30-Compliance-Officer offenbar über die Pläne des Ministeriums mehr wissen als jeder Abgeordnete hier. Wir Grüne sind über die letzten Jahre immer im Gespräch gewesen, auch mit Unternehmen. Gerade Compliance-Officer können vom Unterschied zwischen behaupteter und gelebter Unternehmenskultur oft ein Lied singen, insbesondere wenn die Unternehmensspitze nicht hinter ihnen steht. Dass aber gerade dem Kreis, um dessen Sanktionierbarkeit es geht, eine recht exklusive Mitwirkung an der Erarbeitung des Gesetzentwurfs eingeräumt wird, wäre in anderen Bereichen des Straf- und Ordnungswidrigkeitenrechts eher ungewöhnlich – um es einmal vorsichtig auszudrücken.

Die Linke geht über all diese Fragen in ihrem Antrag hinweg. Deshalb leistet er auch keinen Beitrag mehr zur Debatte in diesem fortgeschrittenen Stadium. Die Argumente, warum Sie auch gegenüber Verbänden an einer strafrechtlichen Lösung festhalten wollen, überzeugen uns nicht. Sie erheben Unternehmen – juristische Personen – zum Subjekt des Strafrechts. Unser Strafrecht kennt bislang nur natürliche Personen als Beschuldigte und leitet deren Rechte aus der Menschenwürde ab. Auf die Menschenwürde sollen sich Unternehmen aber nach Ihrem Antrag gerade nicht berufen können. Diese Verrenkungen können wir uns meiner Meinung nach sparen, und wir können uns stattdessen den eigentlich nötigen Veränderungen widmen.

- (B) Ergänzungen im Ordnungswidrigkeitenrecht bieten alle Möglichkeiten, Unternehmen für die ihnen zurechenbaren Straftaten zur Verantwortung zu ziehen. Etwa die Verankerung des Legalitätsprinzips, die Schaffung von Schwerpunktspruchkörpern und -staatsanwaltschaften, eine Erhöhung der Sanktionen, die Öffentlichkeit der Verfahren und die Beteiligung Geschädigter am Verfahren. Wir brauchen wirksame Sanktionen auch gegen Unternehmen. Aber dieser Antrag bringt uns nicht weiter.

## Anlage 12

### Zu Protokoll gegebene Reden

#### zur Beratung

- a) **des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften**
- b) **der Beschlussempfehlung und des Berichts des Finanzausschusses zu dem Antrag der Abgeordneten Sandra Weeser, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Stromsteuer senken – Bürger entlasten**  
(Tagesordnungspunkt 16)

**Dr. Hermann-Josef Tebroke (CDU/CSU):** Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Neuregelung von Stromsteuerbefreiungen sowie zur Änderung energiesteuerrechtlicher Vorschriften reagiert die Bundesregierung zügig und angemessen auf die Einlassung der Europäischen Kommission, die die bisherigen Regelungen in der Stromsteuer als staatliche Beihilfe eingeordnet hat.

Vorab möchte ich ein herzliches Dankeschön an den Koalitionspartner und die Kolleginnen und Kollegen im Ausschuss für die konstruktive und sachliche Debatte aussprechen. Ich möchte mich auch ausdrücklich bei den Vertreterinnen und Vertretern des Bundesfinanzministeriums für die hilfreichen Auskünfte bedanken, die uns im Rahmen dieser Beratung zur Verfügung gestellt worden sind. Zudem gilt es, den Sachverständigen, die sich an der öffentlichen Anhörung beteiligt hatten, zu danken. Auch aus der Anhörung durften wir wichtige Impulse mitnehmen.

Mit dem vorliegenden Entwurf werden die Regelungen zu Stromsteuerbefreiungen – insbesondere in § 9 StromStG – beihilfekonform gestaltet, und es wird eine Fortsetzung der gewünschten Förderung erreicht. Das war unser Ziel.

Daneben haben wir als Union gemeinsam mit dem Koalitionspartner im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens eine Änderung des Gesetzentwurfes unterstützt, mit der eine Weiterführung des sogenannten Spitzenausgleichs sichergestellt werden kann. Hierzu verweise ich auf den gemeinsamen Änderungsantrag.

(D) Einen dritten Punkt möchte ich an dieser Stelle aufrufen: Im Laufe der Beratungen haben wir als Unionsfraktion immer wieder auf unser Interesse an einer möglichst bürokratiearmen Regelung hingewiesen. Wir haben darum auch den Erfüllungsaufwand ausführlich diskutiert: Für die Verwaltung verursacht dieser Gesetzentwurf nach Schätzungen der Bundesregierung einen jährlichen Mehraufwand von circa 15 Millionen Euro und für die Wirtschaft circa 12 Millionen Euro. Das widerspricht zunächst einmal unserer „One-in-one-out-Regelung“. Es ist aber von der Bundesregierung glaubhaft gemacht worden, dass die zu erwartende Erleichterung sich bei den anstehenden Änderungen des Energiesteuer- und Stromrechts ergibt. Ich darf insoweit auf den kurzfristig zu erwartenden EU-Evaluationsbericht zur Energiesteuererrichtlinie und auf die Auswertung des im Sommer 2019 zu erwartenden Evaluationsberichts der Bundesregierung zu den im Energie- und Stromsteuersektor gewährten Subventionen verweisen. Wir erwarten diesbezüglich Änderungen, durch die der prognostizierte Erfüllungsaufwand mindestens ausgeglichen wird.

Viertens möchte ich an dieser Stelle die Diskussion über den Umgang mit unbestimmten Rechtsbegriffen erwähnen, die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens geklärt werden konnten, etwa Fragen zum „räumlichen Zusammenhang“, zum „Ort der Leistungserbringung“ oder zur „zeitgleichen Verwendung“. Darüber hinaus haben wir die Klassifikation der Wirtschaftszweige thematisiert. In § 2 des StromStG wird weiterhin auf die WZ 2003 rekurriert. Wir haben als Fraktion angeregt, einen Übergang auf die WZ 2008 zu überprüfen. Entspre-

(A) chend ist im Ausschussbericht festgehalten: „Die Bundesregierung wird aufgefordert, im Zuge der Auswertung des im Sommer 2019 zu erwartenden Evaluationsberichts zu den im Energie- und Stromsteuersektor gewährten Subventionen auch eine Umstellung der Klassifikation der Wirtschaftszweige mit Stand 2003 (WZ 2003) auf den Stand 2008 (WZ 2008) zu prüfen.“

Dies haben wir nicht nur im Sinne einer Aktualisierung veranlasst, sondern um vielleicht auch Betriebe – darunter zahlreiche kommunale Einrichtungen – einbeziehen zu können, die im Bereich der Entsorgung und energetischen Verwendung von Abgasen, Abfällen und Abwässern tätig sind.

Wir haben jetzt keinen Grund, gegen diesen Gesetzentwurf zu sein, und empfehlen ausdrücklich seine Annahme.

Abschließend möchte ich noch kurz auf die anderen vorliegenden Anträge der Oppositionsfractionen eingehen. Im Antrag der FDP wird die Bundesregierung aufgefordert, die Stromsteuer auf den EU-Mindestsatz zu senken. Noch kurzfristiger erreichten uns im letzten Moment der Beratungen zwei Entschließungsanträge zum Gesetzentwurf – ebenfalls von der FDP –, zum einen zu Stromsteuerbefreiungen von Wasserkraftanlagen und zum anderen zu Stromsteuerbefreiungen von Power-to-X-Anlagen. Ich würde diese Themen nicht als irrelevant bezeichnen und halte insbesondere die grundsätzlichen Fragen nach der Zukunft der Stromsteuer für diskussionswürdig. Aber sie im Rahmen dieses aus den genannten Gründen eiligen Gesetzgebungsverfahrens zu verhandeln, halten wir als Union für unangemessen. Das vorliegende Gesetzgebungsverfahren ist an sich für all diejenigen wichtig, die zu Recht weiterhin auf eine Steuerbefreiung setzen. Es erscheint sinnvoller, die von der FDP platzierten Themen bei anderer Gelegenheit aufzgreifen und sodann neu zu überlegen.

Auch im Entschließungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Randbemerkung: Warum Bündnis 90/Die Grünen jetzt noch einen gleichlautenden Entschließungsantrag zur sofortigen Beschlussfassung im Plenum vorlegen, kann ich nicht nachvollziehen – werden Themen aufgerufen, die wir als Union für dringend diskussionswürdig erachten und mit denen wir uns innerhalb der Fraktion an anderer Stelle auch bereits intensiv befassen. Darum würden wir uns auch mit den hier aufgestellten Behauptungen und unterbreiteten Vorschlägen gern kritisch konstruktiv auseinandersetzen – aber an anderer Stelle und in einem anderen Rahmen.

In einem anderen Rahmen nicht nur über die Stromsteuer zu diskutieren, sondern auch insgesamt über eine Neugestaltung unserer Energiepolitik zu diskutieren, ist, wie gesagt, durchaus vorstellbar und wird dann möglicherweise auch die Zukunft der Kfz-Steuer und eine ökologische Ausrichtung der Energiesteuer einschließen. Aber ich wiederhole: Wir als Union halten es für unangemessen, diese grundlegenden Themen im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens zu bearbeiten, da, wie erläutert, unser akutes und insofern vorrangiges Interesse darin besteht, einen beihilfekonformen Zustand der Steu-

erbefreiung möglichst zügig zu erreichen – nicht mehr, (C) aber auch nicht weniger.

Ich komme zu meinem Fazit: Wir lehnen diese Anträge der FDP und des Bündnisses 90/Die Grünen ab, aber wir unterstützen ausdrücklich den ergänzten Gesetzentwurf der Bundesregierung. Ich lade Sie daher sehr herzlich ein, dem Gesetzentwurf zuzustimmen.

**Jörg Cezanne (DIE LINKE):** Bisher gelten Befreiungen von der Stromsteuer, wie zum Beispiel für Kleinanlagen bis zu einer Nennleistung bis zu zwei Megawatt, als staatliche Beihilfen im Sinne des EU-Vertrages. Die Bundesregierung will diese Befreiungen von der Steuer nun beihilferechtskonform ausgestalten. Das heißt, sie sollen nicht mehr als staatliche Beihilfen gelten. Die Grundstruktur der bisherigen Steuerbefreiungen bleibt erhalten. Die Befreiungen beschränken sich künftig aber auf Strom, der aus erneuerbaren Energieträgern oder mittels umweltfreundlicher Kraft-Wärme-Kopplungs-Technologie erzeugt wird. Wie die Regierung selbst auch einräumt, ist der Gesetzentwurf kein großer Wurf, sondern eine kleinteilige Anpassung. Aber auch im Kleinen hat der Gesetzentwurf so seine Schwächen. Zwar enthält er einige Klarstellungen, die Rechtssicherheit für die Betroffenen bieten, aber viele Begriffe wie „Versorger“, „Ort der Erzeugung“ oder „Kundenanlage“ sowie die exakten Pflichten im Bereich des dezentralen Stromverbrauchs bleiben unscharf. Durch diverse neue und zu viele Nachweis-, Erlaubnis- und Monitoringpflichten wird die Administration der Steuerbefreiung enorm erschwert.

Insgesamt bleibt der Gesetzentwurf viele Lösungen für Probleme schuldig, die sich täglich dringlicher stellen: Wenn zum Beispiel selbst erzeugter und verbrauchter Strom aus Regenerativen von der Stromsteuer und teilweise der EEG-Umlage ausgenommen bleibt und der Anteil dieses selbst erzeugten und verbrauchten Stroms am Strommix steigt, dann müssen die Kosten für den Netzausbau und die Energiewende – die ihrerseits wesentlich über die Stromsteuer und vor allem die EEG-Umlage finanziert werden sollen – von immer weniger Nutzern geschultert werden. Insbesondere durch immer mehr Unternehmen, die in die „grüne“ Eigenherstellung des selbst verbrauchten Stroms einsteigen, kommt der heutige gesellschaftliche Finanzierungsmechanismus für die Energiewende unter Druck. Bislang wird die Energiewende über steigende Strompreise finanziert. Diese Unwucht im System muss beseitigt werden, beispielsweise indem Teile der EEG-Vergütung nicht mehr über die EEG-Umlage, sondern über den Bundeshaushalt finanziert werden, denn von der Rettung des Klimas profitieren alle, auch die Verbraucher selbst produzierten Stroms. (D)

Zunächst sollte aber die Stromsteuer auf das europäische Mindestniveau abgesenkt und dann rasch gänzlich abgeschafft werden. Eine Stromsteuersenkung bzw. -befreiung schafft mehr Raum für eine ökologische Lenkungsabgabe, die den Klimaschutz wirklich antreibt. Die Linke fordert daher wirksame CO<sub>2</sub>-Bepreisungsinstrumente für fossile Ressourcen wie Kohle und Öl, um den sozial-ökologischen Umbau nicht nur im Stromsektor voranzubringen.



- (A) Angesichts der genannten Unzulänglichkeiten werden wir uns zum vorliegenden Gesetzentwurf enthalten. Wir begrüßen, dass die Grünen in ihrem Entschließungsantrag einen grundlegenden Blick auf den Zusammenhang von Strompreis, Klimakrise und Energiewende richten, und unterstützen ihn daher.

### Anlage 13

#### Zu Protokoll gegebene Reden

##### zur Beratung

- a) **des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis sowie zur Änderung des Personalausweisgesetzes und weiterer Vorschriften**
- b) **der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Inneres und Heimat zu dem Antrag der Abgeordneten Frank Sitta, Mario Brandenburg (Südpfalz), Manuel Höferlin, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Smart Perso – Personalausweis auf dem Handy**

##### (Tagesordnungspunkt 18)

- (B) **Michael Kuffer (CDU/CSU):** Mit dem heute vorgelegten Gesetzentwurf gehen wir in vielerlei Hinsicht einen bedeutenden Schritt in die Zukunft: Wir erleichtern den Umgang der Bürgerinnen und Bürger mit den digitalen Dienstleistungen unserer Behörden, wir erweitern den Nutzerkreis für E-Government-Anwendungen und erhöhen die Mobilität und Nutzerfreundlichkeit von behördlichen Vorgängen für im Ausland lebende deutsche Staatsbürger.

Eines unserer zentralen Ziele in dieser Legislaturperiode ist es, die digitale Verwaltung in Deutschland weiterhin tatkräftig voranzubringen und den Kontakt der Bürgerinnen und Bürger mit Ämtern und Behörden in gleichem Maße fit für die Zukunft zu machen, wie sie es heute bereits aus vielen anderen Lebensbereichen gewohnt sind. Das Schlagwort „E-Government“ steht dabei für eine ganze Reihe von Projekten und Vorhaben, die nötig sind, um dieses Ziel möglichst schnell und möglichst umfassend in die Tat umzusetzen.

Das zentrale Element, das alle Ansätze verbindet, ist der Bürger. Er ist es, der im Zentrum unserer Aufmerksamkeit steht. Denn nur wenn die Bürgerinnen und Bürger in unserem Land die Anwendungen einfach und unkompliziert nutzen können und sich die digitale Abwicklung von Behördengängen reibungslos erledigen lässt, werden die Angebote auch den entsprechenden Erfolg bringen, das Leben der Menschen erleichtern und die Abläufe in der Verwaltung entlasten.

Hierzu war es notwendig, den Bürgern – im wahrsten Sinne des Wortes – ein Instrument an die Hand zu geben, das es möglich macht, sich zuverlässig, technisch ge-

(C) schützt, rechtssicher und in eindeutiger Weise im digitalen Raum zu identifizieren. Mit dem neuen Personalausweis und der damit nutzbaren eID-Funktion haben wir den entscheidenden Schritt für die Sicherheit der digitalen Identität im Cyberraum bereits seit mehreren Jahren erfolgreich vollzogen.

Die Funktion erfreut sich immer größerer Beliebtheit. Deshalb wollen wir sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für noch mehr Menschen zugänglich und nutzbar machen. Mit der Einführung der eID-Karte auf freiwilliger Basis können sich künftig auch in Deutschland lebende Unionsbürger und Staatsangehörige anderer Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums mittels ihrer wichtigsten persönlichen Daten – etwa Name, Geburtsdatum und -ort sowie Wohnanschrift – im digitalen Raum rechtssicher identifizieren und deutsche E-Government-Dienstleistungen auf höchstem Vertrauensniveau abwickeln.

Indem wir die eID-Funktion für einen erweiterten Personenkreis nutzbar machen, kommen wir unserer im Koalitionsvertrag selbst gesteckten Zielsetzung, den elektronischen Personalausweis zu einem universellen, sicheren und mobil einsetzbaren Authentifizierungsmedium zu machen, seinen praktischen Einsatz benutzerfreundlicher zu gestalten und weitere private und öffentliche Einsatzbereiche zu erschließen, stetig näher.

Dies geht Hand in Hand mit der von Bundesinnenminister Seehofer entschlossen vorangetriebenen Strategie für eine moderne digitale Verwaltung. Bis zum Jahr 2022 sollen alle öffentlichen Dienstleistungen, insgesamt bis zu 575 Stück, digitalisiert und für die Bürger in einem Portalverbund von Bund, Ländern und Kommunen zur Verfügung gestellt werden. Mit einem einheitlichen Nutzerkonto für Bürger und Unternehmen soll dabei, dem Prinzip „once only“ folgend, ein registerübergreifender Behördenservice im Kontakt möglich werden.

Als CDU/CSU-Fraktion haben wir den klaren Anspruch, dieses Land in allen Bereichen fit für die Zukunft zu machen. Wie Sie sehen, arbeiten wir jeden Tag dafür, und ich bin voller Überzeugung, dass es uns gelingen wird!

(D) **Josef Oster (CDU/CSU):** Über ein Thema, das mir so am Herzen liegt wie die eID-Karte, kann man auch mal zu dieser späten, oder besser: frühen, Stunde debattieren. In meiner Rede vor vier Wochen zu diesem Thema habe ich es so formuliert: „Wir denken die Digitalisierung vom Bürger aus.“ Und ich habe betont: „Wir setzen dabei auf Effektivität und Sicherheit.“ Daran hat sich seitdem nichts verändert, und daran wird sich auch in Zukunft nichts verändern. Wir wollen die Verwaltung digitalisieren. Wir haben dafür ein schlüssiges Konzept. Und mit der eID-Karte geht es heute um einen wichtigen Baustein für den Umbau von analogen zu digitalen Dienstleistungen.

Zunächst einige Anmerkungen zum vorliegenden Gesetzentwurf. Die eID-Karte ist kein Ausweisdokument im eigentlichen Sinne. Sie ist eine Chipkarte, auf der Name, Geburtsdatum, Geburtsort und Adresse ge-

(A) speichert sind. Damit ist eine sichere Identifizierung im Internet möglich. Warum ist die eID-Karte notwendig? Meine Antwort: Immer mehr Deutsche identifizieren sich mit der eID-Funktion ihres Personalausweises im Internet wie selbstverständlich: Ummeldungen, Elterngeld, Kfz-Zulassung, Steuererklärung, Führungszeugnis; die Liste ließe sich noch lange fortsetzen. All dies wird in nicht ferner Zukunft online möglich sein. Insgesamt werden wir 575 Leistungen digitalisieren. Aber Stand heute wären die rund 5 Millionen Unionsbürger, die in Deutschland leben, davon ausgeschlossen. Aber auch sie haben ein berechtigtes Interesse an der Inanspruchnahme deutscher Verwaltungsleistungen. Mit der eID-Karte öffnen wir ihnen dafür die Tür. Natürlich – und das sage ich in die Richtung all derer, die sich um den Datenschutz sorgen und Missbrauch fürchten –: Ja, es gibt keine absolute Sicherheit. Aber Karte und PIN-Nummer garantieren höchstes Sicherheitsniveau.

Liebe Kolleginnen und Kollegen der FDP, nun komme ich zu Ihrem Antrag. Sie werfen uns vor, aus schlechten analogen Prozessen schlechte digitale Prozesse zu machen, und Sie fordern uns auf, eine Gesamtstrategie vorzulegen. Beiden Aussagen widerspreche ich ganz entschieden. Als langjähriger Bürgermeister und Chef einer Verwaltung kann ich mit Überzeugung sagen: Das Gesamtkonzept der Bundesregierung ist schlüssig und umfassend. Es ist vom Bürger aus gedacht und für die Verwaltung wie gemacht. Es ist sicher und effektiv, und es ist zeitnah umsetzbar. Sie schlagen in Ihrem Antrag vor, den Personalausweis Smartphone-kompatibel zu machen. Sie schlagen ferner vor, ein „Wallet“ als zentrales Kernelement für amtliche Urkunden und Dokumente einzuführen. Das sind beides auf den ersten Blick gute Vorschläge. Ihr erster Vorschlag ist sogar so gut, dass wir auch schon längst daran gedacht haben. Auch unser Ziel ist, ein digitales Abbild des Personalausweises auf dem Smartphone speichern zu können. Wir setzen auf eine vom Personalausweis abgeleitete Smartphone-Identität. Hierzu läuft momentan das BMWi-Förderprojekt OPTIMOS 2.0. Wer über einen mobilen Dienst beispielsweise einkaufen oder ein Fahrrad mieten möchte, der benötigt eine elektronische Identität und ein Kundenkonto. In sicherheitskritischen Fällen reicht das allerdings nicht. Die Identität des Nutzers muss verifiziert werden. In dem Projekt OPTIMOS 2.0 wird deshalb ein offenes System entwickelt, an dessen Ende eine sichere Smartphone-Identität stehen wird. Ihren zweiten Vorschlag, die Einführung eines sogenannten „Wallets“, also einer dezentralen Sammelmappe für amtliche Urkunden, sehen wir kritischer. Wir setzen dagegen auf zentral geführte Nutzerkonten. Darin sollen amtliche Dokumente als strukturierte Datensätze zentral vorgehalten werden. Je nach Anwendung kann der Bürger dann die benötigten Daten freigeben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen der FDP, die eID-Karte ist nur der erste Schritt hin zu einer digitalen Zukunft. Stellen Sie sich diesem nicht in den Weg, weil Sie den fünften Schritt vor dem ersten gehen wollen. Lassen Sie uns vielmehr gemeinsam zum Ziel kommen.

**Manuel Höferlin (FDP):** Am Gesetzentwurf der Bundesregierung, mit dem sie eine eID-Karte für Unionsbürger einführen möchte, hat sich seit der ersten Beratung hier im Plenum nichts verbessert. Es gab kleinere kosmetische Änderungen, die aufgrund handwerklicher Fehler am Gesetz von der Großen Koalition selbst im Innenausschuss eingebracht wurden. Aber der wirkliche Kern des Problems, nämlich dass die Idee einer deutschen Insellösung für ein europäisches Problem uns nicht weiterbringt, besteht noch immer. Das finde ich persönlich sehr schade. Die Bundesregierung hat hier erneut eine Chance verpasst. (C)

Als Erstes will ich über die Digitalisierung von Verwaltungsdienstleistungen sprechen. Immer wieder hören wir hier im Plenum dieselben Beschwichtigungen. Den Rahmen für die Digitalisierung der Verwaltungsleistungen bildet das Onlinezugangsgesetz. Es verpflichtet Bund und Länder, bis Ende 2022 alle ihre Verwaltungsleistungen auch elektronisch über Verwaltungsportale anzubieten. Die Bundesregierung sagt dazu „digital verfügbar machen“. Wir haben bisher von der Bundesregierung noch keine Auskunft erhalten, welche Verwaltungsleistungen zum jetzigen Zeitpunkt bereits digitalisiert wurden. Außerdem scheint die Bundesregierung eine sehr spezielle Unterscheidung zwischen „digital verfügbar machen“ und „digitalisieren“ für sich etabliert zu haben. So schön man sich natürlich jede Statistik – aber man belügt sich auch selbst. Liebe Kolleginnen und Kollegen der Großen Koalition, Digitalisierung bedeutet nicht, dass ein Dokument nun auch als PDF-Datei unter einem bestimmten Weblink zu finden ist. Es geht um digitale Transformation, und die setzt immer am ganzen Prozess an. (D)

Ich möchte Verwaltungsdienstleistungen künftig nur noch digital beantragen, mich darüber informieren und mit meiner Behörde auch so in Kontakt treten – und das ohne Medienbrüche. Und das ist nicht nur mein eigener Wunsch, sondern die Erwartung der Bürgerinnen und Bürger. In letzter Zeit durften wir miterleben, dass sich insbesondere junge Menschen im Bereich der Digitalisierung politisch engagieren – und sogar bei Demonstrationen gemeinsam auf die Straße gehen. Dass man Dienstleistungen online nutzt, ist schon lange kein Wunschdenken mehr, sondern bei den Bürgerinnen und Bürgern und in der Privatwirtschaft seit Jahren gelebte Realität.

Ein digitaler, smarterer Personalausweis – das wäre ein großer Sprung, nicht bloß ein Schritt in die richtige Richtung. Im Innenausschuss diese Woche habe ich für die FDP-Fraktion noch mal unser Konzept eines wirklich digitalen und smarten Personalausweises erklärt. Danach haben wir auch darüber „debattiert“. Eine wirkliche Debatte kam aber gar nicht auf. Die Union sagte etwas von „guten Ansätzen“, und die SPD erklärte, dass der Antrag „viel Richtiges“ enthalte. Allerdings wurde auch wieder behauptet, man sei beim Großprojekt digitale Verwaltung auf einem guten Weg – so die Unionsfraktion – und die Bundesregierung habe sich bereits an die Arbeit gemacht – so die SPD-Fraktion. Deshalb sei unser Antrag nicht notwendig und auch absolut nicht erforderlich. Aus meiner Sicht liegt aber genau dort das Problem. Bei

(A) der Digitalisierung der Verwaltungsdienste ist es nicht genug, warme Worte und Erkenntnisse in einen Koalitionsvertrag oder eine sogenannte Digital-„Strategie“ zu schreiben. Sie müssen auch handeln. Wenn Sie Ideen haben, dann setzen Sie diese auch um. Die Bundesregierung muss endlich das Tempo anziehen, sonst werden wir das Ziel der digitalen Transformation in unserem Staat nie erreichen.

Genau daran sieht man auch, dass unser Antrag – im Gegensatz zu den Behauptungen der Großen Koalition – absolut notwendig und erforderlich ist und den Nagel auf den Kopf trifft. Denn unser Antrag erfasst nicht bloß einzelne Aspekte, sondern die Grundlage der gesamten Verwaltungsmodernisierung – die digitale Authentizität von privaten und behördlichen Dokumenten und die Authentifizierung von Personen im digitalen Raum. Der Sm@rt Perso, so wie wir ihn uns vorstellen, ist mehr als ein Personalausweis. Er ist eine mobile Wallet, durch die echte digitale Verwaltungsdienstleistungen erst möglich werden. Wie notwendig unser Antrag ist, zeigt also nicht nur der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung, sondern auch die Debatte zu unseren Vorschlägen im Innenausschuss.

Wir machen Ihnen immer gerne Vorschläge. Wir würden uns allerdings auch freuen, wenn Sie unsere Vorschläge nicht nur loben, sondern auch ernst nehmen würden und in die Tat umsetzen. Dann würde es mit der Digitalisierung der Verwaltung auch endlich ein Stück vorangehen auf dem Weg zum Ziel.

(B) **Gökay Akbulut (DIE LINKE):** Wie wir in der ersten Debatte zum Entwurf des Gesetzes zur Einführung einer Karte für Unionsbürger und Angehörige des Europäischen Wirtschaftsraums mit Funktion zum elektronischen Identitätsnachweis schon gehört haben, liegt nicht nur ein großes Problem in der Umsetzung des Ziels dieses Gesetzes. Durch die Neuregelungen entstehen auch weitere Gefahren und Risiken für Datensicherheit.

Die Regierung begründet ihr Vorhaben damit, dass eine einfachere und sicherere Lösung für die elektronische Identifizierung und die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung geschaffen und für jedermann verfügbar gemacht werden soll. Im Grunde begrüße ich, dass durch eine Identifizierungsmöglichkeit eine Öffnung für Unionsbürgerinnen und -bürger, aber auch für Personen, deren Aufenthalt sich nach dem Aufenthaltsgesetz bestimmt, und für Deutsche, die im Ausland leben, geschaffen werden soll. Dass das aber auf dem Papier schöner klingt, als es in der Realität ist, sieht man an den jüngsten Vorfällen um das massenhafte Hacking persönlicher Daten. Das sieht ja sogar die Bundesregierung selbst so. Gleichzeitig bietet sie keinen wirksamen Schutz gegen diese Angriffe.

Die Regierung hat in der ersten Beratung zu diesem Gesetzentwurf im März dieses Jahres sogar davon gesprochen, dass man die Bürgerinnen und Bürger in die Lage versetzen solle, Herausforderungen, die mit der Digitalisierung verbunden sind, beherzt anzupacken. Das sehe ich ganz anders. Vielmehr muss der Staat dafür sorgen, dass die ihm anvertrauten Daten weder durch irgendwelche Unternehmen ohne Einwilligung verwendet

werden, noch dass die Daten irgendwelchen Sicherheitsrisiken ausgesetzt sind. Wir überlassen das alles den Internetkonzernen oder der Privatwirtschaft. Das geht aber nicht; denn es geht hier um sensible Daten. (C)

Hier werden zwei wichtige Punkte einfach unter den Tisch gekehrt. Was ist mit den Menschen, die mit der Digitalisierung nicht viel anfangen können, aber trotzdem am gesellschaftlichen Leben teilhaben möchten? Hier bringt die neue Regelung nicht viel. Und was ist mit den Menschen, die sowieso schon abgehängt sind in der Gesellschaft und faktisch keinen Zugang zu Onlinediensten haben? Wie soll man diese überhaupt noch mitnehmen, wenn der nächste Schritt ist, dass man bestimmte Dienstleistungen nur noch online in Anspruch nehmen kann? Die Linke sagt dazu: Das darf nicht passieren. Und es kann auch nicht sein, dass Datenschutzstandards abgesenkt werden, ohne ein geeignetes Mittel gegen Missbrauch zu schaffen. Das Mindeste wäre, die Dienstleister zu strengen Datenschutzmaßnahmen zu verpflichten.

Mit dem neuen Gesetz bleibt die bisherige Kritik zum elektronischen Ausweis bestehen. Der elektronische Ausweis und alle Formen der elektronischen Identität müssen wieder für alle zu einer rein freiwilligen Angelegenheit werden.

#### Anlage 14

##### Zu Protokoll gegebene Reden

**zur Beratung des Antrags der Abgeordneten Dieter Janecek, Anja Hajduk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Strategische Förderung und Unterstützung von Social Entrepreneurship in Deutschland (Zusatztagsordnungspunkt 9)** (D)

**Jan Metzler (CDU/CSU):** Im Koalitionsvertrag heißt es zu dem Thema, mit dem wir uns hier zu später Stunde beschäftigen – ich zitiere –: „Social Entrepreneurship spielt bei der Lösung aktueller gesellschaftlicher und sozialer Herausforderungen eine zunehmend wichtige Rolle.“

Und weiter heißt es: „Social Entrepreneurship wollen wir noch stärker als bisher fördern und unterstützen.“ Damit ist das Kernthema bereits auf den Punkt gebracht: Die Bundesregierung hat die Bedeutung sogenannter Social Start-ups erkannt und widmet sich bereits diesem Thema. So umfasst etwa die Hightech-Strategie 2025 der Bundesregierung auch explizit strategische Ziele für die Entwicklung von sozialen Innovationen. Es wurden in der laufenden Legislatur bereits viele Maßnahmen ergriffen, um soziales Unternehmertum zu fördern und dessen Bemühungen zu unterstützen.

Eine abgrenzende Strategie – wie sie in dem vorliegenden Antrag gefordert wird – ist derzeit nicht zielführend. Warum? Innerhalb der Bundesregierung haben die unterschiedlichen Ressorts eigene Maßnahmen und Förderprogramme entwickelt, die für Social Start-ups relevant und geeignet sind oder sogar spezifisch auf diese zugeschnitten wurden. Social Start-ups vereinen zwar ein

(A) gemeinsames Wertebild. Die Branchen, die Ideen und die Themen, mit denen diese Gründer an den Start gehen, sind jedoch völlig unterschiedlich. Manche engagieren sich im sozialen Bereich, andere in der Ökologie und wieder andere im Bereich Mobilität. Die Behandlung in den verschiedenen Ressorts ermöglicht es, eben genau diesen vielfältigen Bedürfnissen von Social Entrepreneurship gerecht zu werden.

Ein weiteres Problem bei der Abgrenzung liegt darin, dass ungeachtet der wachsenden Bedeutung von sozialen Unternehmen – oder wie man kurz sagt: SU – eine eigenständige, wissenschaftlich anerkannte Definition bislang weder in Deutschland noch in der Europäischen Union existiert. Je nach Quelle versteht man darunter allgemein Unternehmen, die sich für einen positiven Wandel einer Gesellschaft einsetzen wollen, die also die Gewinnmaximierung hinter oder zumindest neben ein gesellschaftliches oder soziales Ziel stellen. Die Bundesregierung selbst rechnet zu Sozialunternehmertum alle Unternehmen, wirtschaftlichen Vereine und Stiftungen, deren Geschäftsmodell auf die Lösung von sozialen/gesellschaftlichen Herausforderungen mit unternehmerischen Mitteln gerichtet ist. Dieses Spektrum ist unglaublich breit. Ja, viele sind digital affin und innovativ. Aber eben nicht alle. Begriffe wie Eigeninitiative, Kreativität, Innovationsfreude und soziales Verantwortungsbewusstsein sowie Firmenleitung und Firmenbesitz in der gleichen Hand sind verbindende Merkmale mit dem klassischen Mittelstand. Sozialunternehmen nun mit der Brechstange in eine Schublade stecken und abgrenzen zu wollen, ist zu kurz gegriffen.

(B) Im Zuge der gestiegenen öffentlichen Aufmerksamkeit, die Social Start-ups zweifelsohne derzeit erfahren, nun auf den Aktionismuszug aufzuspringen, ist der falsche Weg. Wir sind uns einig: Soziale Unternehmen sind wichtig und können Lösungen etwa im sozialen Bereich, bei Umweltinnovationen, in der Bildung oder auch bei der Integration bieten, die ein gewinnmaximierendes Unternehmen auf der einen Seite oder der Staat auf der anderen nicht darbieten können. Sie können also bei der Lösung aktueller gesellschaftlicher und sozialer Herausforderungen in Zukunft eine zentrale Rolle einnehmen. Derzeit ist der Anteil von Unternehmen, die man den SUs zurechnen kann, aber noch sehr gering. Je nach Betrachtung sind dies derzeit rund 2 Prozent der rund 3,6 Millionen Unternehmen in Deutschland. Ihnen kann aber bereits heute in bestimmten Bereichen eine Schlüsselfunktion zukommen, etwa als Brücke zwischen Zivilgesellschaft, Wirtschaft und Politik. Genau deshalb will die Bundesregierung eben keinen „Social-Start-up-Staatssekretär“, sondern sie will richtigerweise branchenübergreifend und technologieoffen die Rahmenbedingungen für den Mittelstand und Gründer/Start-ups insgesamt verbessern und dabei besondere Akzente speziell für SUs setzen.

Hier gibt es bereits etliche gute Beispiele, wie wir vorankommen. Bereits im letzten Jahr wurde das Thema Social Entrepreneurship als ein eigenständiger Punkt in der Gründungsoffensive des BMWi verankert. Das Ministerium hat zudem einen eigenen Praxisleitfaden „Soziales Unternehmertum“ mit über 100 Informations- und Unterstützungsangeboten erarbeitet. Außerdem weist

(C) Bundesminister Altmaier im Rahmen der Gründungsoffensive „GO!“ ausdrücklich darauf hin, dass soziales Unternehmertum in den Fokus gerückt wird. Hinzuweisen ist zudem darauf, dass Sozialunternehmen bereits jetzt in vielen Förder- und Beratungsangeboten der Bundesregierung implizit adressiert werden. Dies sind beispielsweise im Rahmen der Gründungs- und Wachstumsförderung die Kredit- und Beteiligungsförderungen, zum Beispiel der ERP-Gründerkredit „StartGeld“, das EXIST-Programm, Mikromezzaninfonds, ERP-VC-Fondsinvestments und auch das KfW-Programm „IKU – Investitionskredit Kommunale und Soziale Unternehmen“ sowie das Projekt „Generationsbrücke Deutschland“, bei dem aktuell über 200 Kooperationspartner, wie Altenpflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten und Schulen, beteiligt sind.

Bei einzelnen Fördermaßnahmen wurde die Ansprache von sozialen Unternehmen bereits deutlich erhöht: Die KfW weist seit Ende 2018 in den entsprechenden Merkblättern explizit auf die mögliche Inanspruchnahme durch gewerbliche Sozialunternehmen hin. Aber nicht nur im BMWi, sondern auch in anderen Ressorts gibt es ähnliche Bemühungen. Beispiel: das Projekt „Soziale Innovationen in der Wohlfahrtspflege“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Gefördert wird der wechselseitige Austausch zwischen sozialen Unternehmen und den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt „Selbst ist die Frau“, bei dem ehrenamtlich tätige Ansprechpartnerinnen für gründungswillige Frauen geschult und Netzwerke für Gründerinnen im ländlichen Raum etabliert werden sollen. (D)

Viel wird also getan. Sie untermauern Ihre Forderungen im Übrigen mit dem Hinweis auf eine Vergleichsstudie aus dem Jahr 2016. Darin kommt Deutschland im Unterpunkt „Government Policy zur Unterstützung von Social Entrepreneurship“ auf Platz 34. Unabhängig davon, dass die Studie nun bereits fast drei Jahre alt ist und sich seitdem einiges bewegt hat, lassen Sie leider unter den Tisch fallen: Deutschland liegt in der Gesamtbetrachtung dieser Studie für Social Start-ups im weltweiten Vergleich eben nicht auf Platz 34, sondern auf Platz 12. Aber generell kann man immer die Frage stellen, wie aussagekräftig solche Studien sind, weil sich die Rahmenbedingungen nicht oder zumindest nur schwer vergleichen lassen. In dieser Studie wurden nun pro Land 50 Personen um ihre Meinung gebeten, davon 25 Unternehmer in diesem Bereich und 25 weitere Personen, sogenannte Inkubatoren, Akademiker, Experten. Unabhängig davon, ob sich aus 50 Personen eine generelle Betrachtung für das ganze Land ableiten lässt, ist die Frage, wie hier verglichen werden kann. Ein Social Entrepreneur, der in Deutschland gründet, wird wahrscheinlich in den seltensten Fällen gleichzeitig Erfahrungen mit der Gründung in Südkorea oder Chile haben. Und wenn ich mir die Rahmenbedingungen betrachte, die ja in einer Gründungsphase ebenfalls wichtig sind: Wie will man diese in den Vergleich einbeziehen? Malaysia liegt vier Plätze vor Deutschland. Okay, aber sind hier auch grundlegende Dinge wie soziale Absicherung, Daseinsvorsorge, Krankenversicherung etc. in die Betrachtung eingeflossen?

- (A) Alles in allem bleibt mir in der Gesamtheit der Betrachtung nur der Schluss, dass wir hier auf einem guten und richtigen Weg sind, die sozialen Unternehmen in ihrem Bemühen zu unterstützen und ihnen in ihrer Entwicklung zur Seite zu stehen.

**Mark Hauptmann (CDU/CSU):** Initiativen zur Stärkung des Gründertums und innovativer Start-ups in Deutschland sind grundsätzlich zu begrüßen und finden die volle Zustimmung von meiner Fraktion und mir. Der vorliegende Antrag der Grünen ist jedoch der falsche Ansatz, weil er eine bestimmte Art des Unternehmertums besserstellen will als andere. Ich vertrete jedoch den Standpunkt, dass wir Unternehmer nicht gegeneinander ausspielen dürfen. Auch etablierte Unternehmen und vornehmlich gewinnorientierte Start-ups übernehmen soziale Verantwortung für ihr Umfeld und ihre Mitarbeiter. Deshalb müssen wir das Ökosystem, das heißt die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, für alle Gründer und Unternehmer verbessern. Das schließt natürlich Sozialunternehmen mit ein. Grüne Symbolpolitik, um einer bestimmten Klientel zu gefallen, ist hier fehl am Platz. Erfolge erzielen wir nur in einem allgemein gründerfreundlichen Umfeld. Dafür müssen wir die bereits bestehenden Ansätze weiterentwickeln.

- (B) Die Finanzierungslage für Start-ups in der Gründungsphase hat sich auch dank zahlreicher öffentlicher Förderprogramme in den letzten Jahren deutlich verbessert. Das EXIST-Programm des BMWi ist eine Erfolgsgeschichte, es hat die Gründungskultur an Hochschulen schon jetzt nachhaltig verbessert. Etwa drei Viertel der geförderten EXIST-Gründerstipendium-Projekte und mehr als 80 Prozent der EXIST-Forschungstransfer-Projekte führen zu einer Unternehmensgründung. Deshalb ist es richtig, dass wir im Haushalt 2019 die EXIST-Mittel um 40 Millionen Euro erhöht haben. Soziale Unternehmer sind dabei übrigens mit rund 12 Prozent an geförderten Vorhaben beteiligt. Das ist ein signifikant hoher Förderanteil in Relation zur Gesamtzahl von insgesamt lediglich 1 700 hochinnovativen Sozialunternehmen in Deutschland.

Der Erfolg von EXIST führt uns vor Augen: Es herrscht eine enorme Innovationskraft in unseren Hochschulen und der Wirtschaft. Diese gilt es weiterhin zu unterstützen und zu forcieren. Vor diesem Hintergrund sind die Anstrengungen der Bundesregierung in dem Bereich zu begrüßen. Hierzu zählt auch der Start der Gründungsoffensive von Bundeswirtschaftsminister Altmaier im November 2018. In den „10 Punkten für mehr Gründungen“ von Peter Altmaier ist auch explizit folgender Aspekt enthalten: „Soziales Unternehmertum stärker fördern“. Sie sehen: Der Beitrag von Sozialunternehmen für Wirtschaft und Gesellschaft wird bereits anerkannt. Gleichzeitig muss der Hinweis gestattet sein, dass ihnen bereits jetzt Förder- und Beratungsprogramme in der Gründungs- und Skalierungsphase offenstehen.

Das Bundeswirtschaftsministerium hat zudem weitere Verbesserungen angekündigt. So sollen die Gründerportale „gruenderplattform.de“ und „existenzgruender.de“ zielgruppenspezifisch weiterentwickelt werden. Das dient dem übergeordneten Ziel, Informationen, Beratung

- und Finanzierung sowie Förderprogramme zugänglicher für Sozialunternehmen machen. Zudem sollen bestehende BMWi-Förderprogramme auch für Sozialunternehmen optimiert werden. Im Rahmen der ERP-Gründerkredite sowie bei der KfW-Förderung besteht bereits heute ein gewisser Fokus auf gewerblichen Sozialunternehmen. Zusätzlich beteiligt sich die KfW Capital seit Ende 2018 an kommerziellen Wagniskapitalfonds – davon können auch soziale Unternehmen profitieren. (C)

Wie wir sehen, läuft der vorliegende Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ins Leere. Eine bessere Förderung des Unternehmertums in Gänze wird bereits angestrebt, eine besondere Berücksichtigung von Sozialunternehmen ist zum Teil bereits vorhanden. Es macht also keinen Sinn, zusätzliche bürokratische Strukturen aufzubauen. Auch müssen keine neuen Zuständigkeiten für Staatssekretäre – wie seitens der Grünen gefordert – geschaffen werden. Innovative Start-ups fallen schon heute in den Zuständigkeitsbereich der Digital- und Innovationspolitik. Doppelstrukturen sind hier nicht förderlich und sollten nicht aufgebaut werden.

- (D) Bei allem bestehenden Engagement müssen wir dennoch auch die vorhandenen Defizite sehen: In Deutschland besteht ein Mangel an Wagniskapital – für in erster Linie gewinnorientierte Start-ups insbesondere in der Früh- bzw. der Wachstumsphase. Schätzungen zufolge beläuft sich das Defizit auf rund 500 bis 600 Millionen Euro pro Jahr. Dieser Mangel gefährdet langfristig die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands und muss behoben werden. Enormes Potenzial liegt in den finanziellen Ressourcen institutioneller Investoren. Ein Ziel muss es sein, das Kapital privater Investoren zu mobilisieren und innovativen Start-ups zugänglich zu machen. Zusätzlich sollten noch größere Anstrengungen darauf verwendet werden, das Kapital ausländischer Investoren und Staatsfonds für den deutschen Venture-Capital-Markt zu mobilisieren. Ein weiterer Hebel zur Erhöhung der Fondsvolumen im Bereich des Wagniskapitals ist eine steuerliche Förderung für mögliche Investoren. Um Sozialunternehmen im Anfangs- und Entwicklungsstadium noch besser zu unterstützen, halte ich es für eine praktikable Idee, bereits vorhandene Strukturen innerhalb der KfW Capital auszubauen bzw. weiterzuentwickeln. Das Know-how der hundertprozentigen Tochter der KfW-Bankengruppe könnte – angereichert mit zusätzlicher Expertise im Bereich Social Entrepreneurship – auch für Sozialunternehmer die Zugangsmöglichkeiten zum Kapitalmarkt verbessern.

Die Förderung für Social Entrepreneurship ist im Koalitionsvertrag verankert und soll in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden. Es ist der richtige Weg, die bestehenden Fördermaßnahmen und Hilfestellungen für Neugründungen und innovative Geschäftsideen auszubauen. Dabei ist es dringend notwendig, den Zugang zu Wagniskapital für Unternehmen in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen zu verbessern. Ein Weg, um gerade Sozialunternehmen noch mehr zu berücksichtigen, ist die Nutzung entsprechender Förderstrukturen innerhalb der KfW Capital.

- (A) **Dr. Petra Sitte (DIE LINKE):** Nach dem Lesen des Antrags stellt sich für mich die Frage, was soziales Unternehmertum eigentlich ausmacht. Für die Bündnisgrünen sind Social Entrepreneurs „Treiber der ökologischen und sozialen Modernisierung von Wirtschaft und Gesellschaft“. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung steht gerade mal ein halber Absatz darüber, dass diese mehr gefördert werden sollen. Der Begriff des sozialen Unternehmertums bleibt vage. Für mich ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen einer sozialen Unternehmensphilosophie und einer gewinnorientierten, die sich trotzdem der Gemeinnützigkeit und dem Gemeinwohl verpflichtet fühlt. Denn Gemeinnützigkeit und Profitorientierung schließen sich erfahrungsgemäß aus. Beides geht nicht. Allerdings darf diese feine Unterscheidung zwischen sozialen, gemeinwohlorientierten kleinen und mittelständischen Unternehmen oder auch Start-ups und sozialen, aber hauptsächlich profitorientierten Firmen nicht vernachlässigt werden. Verstehen Sie mich nicht falsch, ich rede keinem paternalistischen Staatsdenken das Wort, aber es darf nicht Ziel und Sinn der Förderung von Start-ups oder anderen Unternehmen sein, vormals staatliche Aufgaben zu übernehmen und sie extrem kostengünstiger anzubieten. Denn dann leiden die Qualität der Dienstleistungen und das Arbeitseinkommen der Beschäftigten; denn irgendwo muss ja gespart werden. Im vorliegenden Antrag ist das nicht immer trennscharf dargelegt. Man sieht das am Beispiel des Genossenschaftsrechts, das aufgebrochen werden soll. Aber der gesetzlich festgeschriebene Zweck von Genossenschaften besteht nicht in der Erzielung eines möglichst hohen Gewinns, sondern in der Förderung der Genossenschaftsmitglieder. Und man sieht es an der vorliegenden Forderung der massiven Ausweitung des Bundesfreiwilligendienstes. Wie soll das funktionieren, ohne die Arbeitsmarktneutralität zu verletzen?

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben leider in den letzten Jahren zu oft gesehen, welche negativen Folgen die Privatisierung der öffentlichen Daseinsvorsorge für die Bürgerinnen und Bürger mit sich bringt. Meine Vorstellungen von sozialem Unternehmertum sind eng mit dem Begriff der sozialen Innovation verbunden. Für mich sind soziale Innovationen solche, die auf Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und soziale Gleichheit zielen. Es sind neue Ideen, kreative Entwicklungen und Adaptionen, die das Wohl aller Menschen im Blick haben, ohne in erster Linie profitorientiert zu sein. Die starke Einbeziehung der Zivilgesellschaft und weiterer Akteurinnen und Akteure ist ein nicht zu gering zu schätzender Faktor dieser sozialen Innovationspolitik. Durch diese Fokusänderung wird – anders als im Antrag der Grünen – nicht nur der wirtschaftliche Teil der Innovationspolitik betrachtet. Wenn wir unseren Blick weiten, erkennen wir die demokratischen Potenziale einer anderen Innovationspolitik. Diese Potenziale drücken sich aus in mehr Bürgerbeteiligung, Wiederaneignung und Verantwortungsübernahme durch die Zivilgesellschaft. In meinem Wahlkreis habe ich mit dem Peißnitzhaus das beste Beispiel gemeinnütziger sozialer Gründungen. Der Trägerverein engagiert sich in sozialen, ökologischen und demokratiefördernden Projekten und will einen Raum für generationsübergreifende Begegnung und das Voneinander-Lernen schaffen.

Der sozial-ökologische Umbau unserer Gesellschaft kann mithilfe sozialer Innovationen und sozialen Unternehmertums gelingen, aber nur, wenn diese gemeinwohlfördernd vor profitorientiert sind und nicht einfach Auslagerungen vormals staatlicher Aufgaben. (C)

## Anlage 15

### Zu Protokoll gegebene Reden

#### zur Beratung der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Wirtschaft und Energie

- zu der Verordnung der Bundesregierung:  
**Zwölfte Verordnung zur Änderung der Außenwirtschaftsverordnung**
- zu dem Antrag der Abgeordneten Michael Theurer, Reinhard Houben, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP:  
**Lenkende Industriepolitik ablehnen – Änderung der Außenwirtschaftsverordnung zurücknehmen**
- zu dem Antrag der Abgeordneten Reinhard Houben, Michael Theurer, Thomas L. Kemmerich, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP:  
**Attraktivität Deutschlands für ausländisches Kapital sichern**
- zu dem Antrag der Abgeordneten Katharina Dröge, Kerstin Andreae, Dr. Konstantin von Notz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:  
**Schlüsseltechnologien und Kritische Infrastruktur schützen – Standortattraktivität für Investitionen sichern**  
(Tagesordnungspunkt 19) (D)

**Karl Holmeier (CDU/CSU):** Seit dem Jahr 1993 hat die Europäische Union einen einheitlichen Markt. In diesem Binnenmarkt ist gewährleistet, dass Waren, Dienstleistungen und Kapital ohne Handelshemmnisse ausgetauscht werden können. Die Bürgerinnen und Bürger können sich frei bewegen und ihrer Arbeit in ganz Europa nachgehen. Der Wohlstand Deutschlands und von ganz Europa beruht auf diesem Binnenmarkt, der sinnbildlich für eine freiheitliche Wirtschaftsordnung steht. Als drittgrößte Exportnation der Welt profitiert Deutschland in besonderem Maße von dem europäischen Binnenmarkt sowie von den regen Außenwirtschaftsbeziehungen mit Drittstaaten. Investitionen von ausländischen Investoren sind uns in unserer freiheitlichen Wirtschaftsordnung willkommen. Deutschland und Europa müssen grundsätzlich offen für ausländische Investitionen bleiben. Eingriffe in die Vertragsfreiheit und Eigentumsrechte unserer Unternehmen müssen auf ein Minimum reduziert werden. Ausländische Direktinvestitionen schaffen Arbeitsplätze. So beliefen sich die ausländischen Direktinvestitionen in der EU aus Drittländern Ende 2017 auf 6,3 Billionen Euro und sicherten rund 16 Millionen di-

- (A) rekte Arbeitsplätze. Ein Anstieg der Direktinvestitionen zeigt das große Interesse ausländischer Investoren an unseren erfolgreichen Unternehmen.

In bestimmten Bereichen muss die Politik Regeln für die Wirtschaft aufstellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich nicht alle Länder an die Spielregeln halten und staatlich subventionierte Unternehmen das Know-how unserer Firmen aufkaufen. Die neue Außenwirtschaftsverordnung stellt Regeln auf, die derzeit notwendig sind. Eine intensivere Prüfung beim Erwerb von Unternehmen, die sich mit bestimmten, besonders sicherheitsrelevanten Infrastrukturen beschäftigen, ist richtig und notwendig. Die Prüfeintrittsschwelle bei einem Unternehmenserwerb von 10 Prozent der Anteile gilt ohnehin nur für bestimmte Unternehmen, bei denen durch die Übernahme eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung möglich ist. In den letzten Jahren haben insbesondere Unternehmen aus China, Russland und den Vereinigten Arabischen Emiraten in Deutschland und Europa Unternehmenskäufe getätigt. Auch die Prüfung der Übernahmen von Unternehmen der Medienbranche befürworte ich. Die Pressefreiheit ist eine wesentliche Grundlage unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung. Diese darf nicht in die Hände von ausländischen Unternehmen gelangen, welche in Wahrheit von Staaten gelenkt werden.

Die EU ist mit der neu beschlossenen Verordnung zur Schaffung eines Rahmens für die Überprüfung ausländischer Direktinvestitionen ebenfalls tätig geworden. Ab November 2020 wird diese in vollem Umfang gelten.

- (B) Derzeit verfügen nur 14 EU-Länder über Gesetze zur Kontrolle von Direktinvestitionen. Mit der Verordnung werden alle EU-Staaten über einen gesetzlichen Rahmen verfügen, um ausländische Investitionen in kritische Ressourcen, Technologien und Infrastrukturen aufzudecken und dafür zu sensibilisieren. Deutschland und Europa haben eines der offensten Wirtschaftssysteme der Welt. Dieses wollen wir auch in Zukunft erhalten. Dennoch müssen für alle faire und regelbasierte Wettbewerbsbedingungen gelten.

Die vor einigen Tagen beschlossene gemeinsame Erklärung vom EU-China-Gipfel zeigt, dass Europa sich nicht alles gefallen lassen muss. China hat erkannt, dass es sich an bestimmte Regeln zu halten hat. Nur so kann ein fairer und ausgewogener Handel für beide Seiten betrieben werden. Dies gilt nicht nur für China, sondern für alle Drittstaaten. Solange dies nicht der Fall ist, brauchen wir Regelungen, welche die deutsche, freiheitliche Wirtschaftsordnung und den europäischen Binnenmarkt schützen. Daher sind die Änderungen der Außenwirtschaftsverordnung richtig.

Der Antrag der Grünen für eine europäische Industriestrategie ist abzulehnen. Die Anträge der FDP für eine Rücknahme der Verschärfungen lehnen wir ebenfalls ab.

**Markus Töns (SPD):** Worum geht es heute? Es geht darum, dass wir eine vernünftige Balance finden zwischen Investitionsoffenheit einerseits und dem Schutz besonders sensibler Infrastrukturen in Deutschland andererseits. Das ist auch das Ziel der Änderung der Au-

- ßenwirtschaftsverordnung vom Dezember. An dieser Stelle empfehle ich den Kolleginnen und Kollegen von der FDP, sich die Änderung der Außenwirtschaftsverordnung einmal genau anzusehen. Dann werden Sie feststellen, dass es eben gerade nicht um Protektionismus und Abschottung geht. Die Prüfschwelle wird ganz gezielt für den Bereich der kritischen Infrastruktur angepasst, also für sensible Wirtschaftsbereiche wie die Strom- und Wasserversorgung oder für die Software in Krankenhäusern. Hier wird die Prüfschwelle auf 10 Prozent abgesenkt. Für andere Wirtschaftsbereiche bleiben wir bei 25 Prozent. Das heißt doch: Es geht konkret um die Bereiche, die besonders bedeutsam für unser Gemeinwesen sind und bei denen der Staat eine besondere Schutzpflicht gegenüber den Bürgern hat. Deshalb ist die Absenkung der Aufgreifschwelle hier gerechtfertigt. Anstatt Panik zu verbreiten, sollte die FDP hier lieber einmal zur Aufklärungsarbeit beitragen.

Deutschland ist und bleibt einer der offensten Investitionsstandorte der Welt, und das ist auch gut so. Die Sachverständigenanhörung zur Attraktivität Deutschlands für ausländische Investitionen hat gezeigt: Andere liberale Staaten haben zum Teil sehr viel strengere Regelungen für ausländische Investitionen als wir. Und ich will ganz klar sagen: Natürlich sind ausländische Investitionen bei uns willkommen. Natürlich wird die Untersagung von Unternehmensübernahmen auch nach der Änderung der Außenwirtschaftsverordnung die Ausnahme bleiben. Aber – das hat die FDP noch nicht erkannt –: Eine offene Gesellschaft lässt sich langfristig eben nur bewahren, wenn wir sie schützen.

- (D) Die Sachverständigenanhörung im März hat eines noch mal sehr deutlich gemacht: Wir haben es – gerade wenn wir über China reden – nicht mit rein marktwirtschaftlich getriebenen Investitionen zu tun, wie wir sie in Europa kennen. Wir haben es mit staatlich gelenkten strategischen Investitionen zu tun, die sich nicht zufällig in besonders sensiblen Wirtschaftsbereichen konzentrieren. Wir haben es mit Unternehmen zu tun, die gezielt gefördert werden, wenn sie im Sinne der Strategie China 2025 investieren. Deshalb liegt es doch auf der Hand, dass europäische Unternehmen mit diesen staatlich gelenkten Unternehmen nicht auf fairer Basis konkurrieren können. Gerade deshalb ist es wichtig, dass wir hier ein Instrument haben, um unsere sensiblen Infrastrukturen vor solchen Übernahmen schützen zu können – um unsere Gesellschaft zu schützen.

Die Änderung der Außenwirtschaftsverordnung ist dabei nur ein Aspekt. Es liegt auf der Hand, dass in unserem gemeinsamen europäischen Markt der Schutz kritischer Infrastrukturen nicht allein national, sondern europäisch gedacht werden muss. Deshalb begrüßen wir, dass die Bundesregierung sich erfolgreich für die Schaffung eines europäischen Rahmens zur Prüfung ausländischer Direktinvestitionen eingesetzt hat. Damit können sich die EU-Staaten zukünftig besser koordinieren, sodass dem grenzüberschreitenden Charakter ausländischer Direktinvestitionen endlich Rechnung getragen wird.

Ich will es ganz klar sagen: Unabhängig von der Änderung der Außenwirtschaftsverordnung müssen wir uns dafür einsetzen, dass Unternehmen weltweit auf

- (A) fairer Basis konkurrieren können. Dass wir davon noch weit entfernt sind, macht wiederum das Beispiel China besonders deutlich. Deshalb ist es richtig, dass sich die Bundesregierung zusammen mit unseren europäischen Partnern entschieden für faire Wettbewerbsbedingungen einsetzt – beim Marktzugang für Unternehmen, bei der öffentlichen Beschaffung, nicht zuletzt auch bei Verpflichtungen im Rahmen internationaler Organisationen. Dieses Ziel verfolgt die EU sowohl in bilateralen Gesprächen als auch im WTO-Rahmen. Wir unterstützen das ausdrücklich.

Die Änderung der Außenwirtschaftsverordnung wird nicht alle aktuellen wirtschaftspolitischen Herausforderungen lösen. Sie ist aber ein notwendiger und richtiger Schritt, um die Offenheit unserer Wirtschaft zu wahren und zu schützen.

**Alexander Ulrich (DIE LINKE):** Um es vorwegzunehmen: Wir stimmen der Novelle zur Außenwirtschaftsverordnung zu. Die Absenkung der Prüfschwelle von 25 auf 10 Prozent ist eine Mindestvoraussetzung, um auch künftig wirtschaftspolitische Grundsatzentscheidungen in Deutschland und abgestimmt in Europa möglichst souverän treffen zu können. Aber die jetzige Änderung der Außenwirtschaftsordnung ist eben nur ein erster Schritt, der noch lange nicht ausreicht, um die Binnenwirtschaft und die Belegschaften vor marodierenden Finanzbanden und aggressiven Heuschreckenfonds zu schützen. Firmenübernahmen sollten immer geprüft werden, natürlich erst recht bei sicherheitsrelevanten Infrastrukturen, aber immer auch mit Hinblick auf das Allgemeinwohl.

- (B) Die Linke fordert einen gerechten Welthandel mit klaren Regeln auf Augenhöhe, die gleichermaßen Beschäftigung, Umwelt und Verbraucherinnen und Verbraucher schützen. Deswegen müssen auch die Prüfverfahren für Direktinvestitionen und Unternehmensübernahmen transparent, nach klaren Kriterien für alle Beteiligten und nach gleichen Maßstäben organisiert werden.

(C) Doch die gesamte Debatte um ausländische Direktinvestitionen ist heuchlerisch: Einerseits sollen mit Freihandelsabkommen alle Grenzen für renditesuchendes Kapital eingerissen werden. Andererseits bricht sofort blanke Panik aus, und es werden alle Hebel in Bewegung gesetzt, wenn ausländische Unternehmen mal in Deutschland ihr Glück versuchen. Das ist Investitions-Merkantilismus! So wurde Wirtschaftspolitik im 16. Jahrhundert gemacht. Dieses Vorgehen der Bundesregierung ist zu tiefst anachronistisch und ignorant. VW-Chef Herbert Diess sagte im Januar selbst: „Die Zukunft von Volkswagen wird sich auf dem chinesischen Markt entscheiden.“ Wenn aber chinesische Investoren von deutschem Know-how profitieren wollen, wie wir es bei KUKA gesehen haben, wird der gelbe Teufel an die Wand gemalt.

Ich mache mal an einem Beispiel klar, wie hier mit zweierlei Maß gemessen wird: Bei KUKA wurden, entgegen aller Panikmache, von IG Metall und Betriebsrat weitreichende Standortgarantien ausgehandelt, und selbst beim chinesischen Technologieriesen Huawei konnten die Belegschaften in Deutschland ihre Tarifbindung erhalten. Ein ganz anderes Bild ergibt sich, wenn wir auf das Berliner Coriant-Werk schauen. Die ehemalige Siemens-Tochter Coriant GmbH & Co. KG wurde erst letztes Jahr von dem US-amerikanischen Investor Infinera übernommen. Dieser setzt prompt 400 Beschäftigte auf die Straße und zieht 1 600 Patente ins Ausland ab. Der Netzwerkausrüster lieferte sogar sicherheitsrelevante Hardware für Datenströme der Bundeswehr. Dieser Fall aus Berlin-Spandau zeigt, dass die ganze Debatte um ein „Lex China“ in die Irre führt. Ich fordere die Bundesregierung auf, im Fall Coriant aktiv zu werden und die Übernahme durch Infinera rückabzuwickeln. Eine Außenwirtschaftsverordnung, die solche Fälle nicht verhindert, muss dringend überarbeitet werden. Heuschrecken und Raubtierinvestoren können von überall kommen, und wir brauchen klare und faire Regeln, die Unternehmen und Beschäftigte nicht der Fütterung preisgeben.

(D)







---

## Sachstand

---

### Der Schutz des ungeborenen Lebens in Deutschland

## **Der Schutz des ungeborenen Lebens in Deutschland**

Aktenzeichen: WD 7 - 3000 - 256/18  
Abschluss der Arbeit: 11. Dezember 2018  
Fachbereich: WD 7: Zivil-, Straf- und Verfahrensrecht, Umweltschutzrecht, Bau und Stadtentwicklung

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1.</b>	<b>Verfassungsrecht</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Strafgesetzbuch</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Bürgerliches Gesetzbuch</b>	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b>Nebenstrafrecht</b>	<b>8</b>

---

Das ungeborene Leben ist in Deutschland durch eine Vielzahl an Schutzvorschriften geschützt. Diese Kurzinformation soll einen gedruckten Überblick über den verfassungsrechtlichen, den strafrechtlichen und den zivilrechtlichen Schutz des ungeborenen Lebens geben.

## 1. Verfassungsrecht

In verfassungsrechtlicher Hinsicht wird der Embryo durch Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2, Satz 1 des Grundgesetzes (GG) geschützt,

vgl. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 13.07.2017 (BGBl. I S. 2347), abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/> (Letzter Abruf: 10.12.2018).

Während der personale Schutzbereich des Art. 1 Abs. 1 GG die Würde des „Menschen“ erfasst, schützt Art. 2 Abs. 2, Satz 1 GG das menschliche „Leben“. Durch das Grundgesetz werden dem Staat nicht nur unmittelbare Eingriffe in das menschliche Leben untersagt, er wird zugleich verpflichtet, sich schützend und fördernd vor jedes menschliche Leben zu stellen. Dies umfasst auch das ungeborene Leben. Begründet liegt diese Schutzpflicht in der Würde des Menschen nach Art. 1 Abs. 1 GG, ihr der Gegenstand wird in Art. 2 Abs. 2, Satz 1 GG bestimmt. Die Schutzpflicht beginnt jedenfalls mit der Einnistung des befruchteten Eis in der Gebärmutter (sogenannte Nidation), denn fortan handelt es sich um ein individuelles, genetisch einmaliges und nicht mehr teilbares Leben. Das Ungeborene wird im Wachstumsprozess nicht erst zum Menschen, sondern entwickelt sich als solcher weiter,

vgl. Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 28.05.1993 – 2BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1993, 1751 (1752).

Das Bundesverfassungsgericht hat offengelassen, ob der verfassungsrechtliche Schutz des menschlichen Lebens bereits mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle beginnt. Vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Fortschritts, der eine extrakorporale Entwicklung menschlichen Lebens ohne eine Nidation ermöglicht hat, und der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, dass jedes menschliche Leben schützenswert ist, gesteht ein großer Teil der Literatur dem ungeborenen Leben bereits ab diesem Zeitpunkt den Schutz der Verfassung zu,

vgl. etwa Höfling, in: Sachs, Grundgesetz Kommentar, 6. Auflage 2011, Art. 1, Rn. 60, Art. 2, Rn. 145; Hillgruber, in: Epping/Hillgruber: Beck'scher Onlinekommentar Grundgesetz, 38. Edition, Stand: 15.08.2018, Art. 1, Rn 4.

Das ungeborene Leben ist mithin bereits Träger von Grundrechten. Eine Verletzung seiner Menschenwürde aus Art. 1 Abs. 1 GG kann verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt werden, ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2, Satz 1 GG unterliegt dem einfachen Gesetzesvorbehalt des Art. 2, Abs. 2, Satz 3 GG.

## 2. Strafgesetzbuch

Zunächst käme ein strafrechtlicher Schutz des ungeborenen Lebens durch die Straftaten gegen das Leben, insbesondere durch Mord (§ 211 des Strafgesetzbuchs (StGB)), Totschlag (§ 212 StGB), sowie die Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit nach den §§ 223 ff. StGB in Betracht,

vgl. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 30.10.2017 (BGBl. I S. 3618), abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/> (Letzter Abruf: 10.12.2018).

Die §§ 211, 212 StGB knüpfen als Tatobjekt der Tötung jeweils an den „Menschen“ an. Die Körperverletzungsdelikte der §§ 223 ff. StGB stellen auf eine „andere Person“ ab. Im deutschen Strafrecht ist als maßgeblicher Abgrenzungszeitpunkt zwischen der Leibesfrucht und dem Menschen im strafrechtlichen Sinne überwiegend der Geburtsvorgang, genauer das Einsetzen der Geburtswehen, anerkannt. Diese Unterscheidung ließ sich dogmatisch mit der alten Fassung des § 217 StGB begründen, in dem die Privilegierung der Tötung des Kindes durch die Mutter im Geburtsvorgang oder gleich nach der Geburt normiert war,

vgl. § 217 StGB alter Fassung, in Kraft vom 01.01.1975 bis zum 01.04.1998, abrufbar unter: <https://lexetius.com/StGB/217.3> (Letzter Abruf: 10.12.2018).

Aus dieser Privilegierung zu den anderen Tötungsdelikten ließ sich begründen, dass der Gesetzgeber für das StGB den Geburtsvorgang als maßgeblichen Zeitpunkt für den Übergang von der Entwicklung des Menschen in der Schwangerschaft zum „fertigen“ Menschen begreift. Gleichermaßen wurde angenommen, dass auch die Körperverletzungsdelikte erst ab dem Eintritt der Eröffnungswehen Schutz für das Kind entfalten. Doch auch nach der Streichung des § 217 StGB a.F. ist überwiegend anerkannt, dass die Tötungsdelikte und die Delikte gegen die körperliche Unversehrtheit einen geborenen Menschen als Tatobjekt voraussetzen. Denn die Streichung des § 217 StGB a.F. beruhe nicht auf der veränderten Auffassung zum Tatobjekt des „Menschen“, sondern vielmehr auf der veränderten Auffassung zur Privilegierungswürdigkeit der Kindstötung im oder kurz nach dem Geburtsvorgang. Diese Ansicht lässt sich weiter durch den § 218 StGB stützen, der den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich unter Strafe stellt und damit das ungeborene Leben als Rechtsgut schützt. Eine sinnvolle Abgrenzung zwischen den Tötungsdelikten der §§ 211, 212 StGB und den Körperverletzungsdelikten einerseits und dem Schwangerschaftsabbruch andererseits, lässt sich dann vornehmen, wenn die §§ 211, 212 StGB und die Körperverletzungsdelikte erst dann einschlägig sind, wenn das Kind geboren wurde bzw. die Eröffnungswehen eingesetzt haben,

vgl. Schneider, in: Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2017, Vorbemerkung zu § 211, Rn. 7.

Im Strafgesetzbuch ist das ungeborene Leben daher nach überwiegender Auffassung allein nach dem speziellen Tatbestand des § 218 StGB geschützt. In § 218 Abs. 1, Satz 2 StGB wird klargestellt, dass die Vorschrift ihren Schutz ab der Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter-schleimhaut (Nidation) entfaltet. Aus dem Umkehrschluss des § 218 Abs. 3 StGB, der den Schwangerschaftsabbruch durch die Schwangere selbst privilegiert, lässt sich ableiten, dass sowohl der Selbstabbruch als auch der Fremdabbruch von dem Tatbestand erfasst werden müssen.

Der Schwangerschaftsabbruch nach § 218 StGB stellt die fahrlässige Begehung nicht ausdrücklich unter Strafe, sodass ein fahrlässiger Schwangerschaftsabbruch gemäß § 15 StGB nicht in Betracht kommen kann,

vgl. Gropp, in: Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2017, § 218, Rn. 24.

In § 218a StGB werden Regelungen zur Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs getroffen, insbesondere zur Tatbestandslosigkeit des sogenannten „beratenen Schwangerschaftsabbruchs“. Gemäß § 218a Abs. 1 StGB ist der Tatbestand des § 218 StGB nicht erfüllt, sofern eine Schwangere den Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt verlangt, diesem eine Bescheinigung vorlegt, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind. In § 218a Abs. 2, 3 StGB wird festgelegt, dass der „indizierte Schwangerschaftsabbruch“ zwar den Tatbestand erfüllt, allerdings gerechtfertigt ist; in § 218a Abs. 4 StGB wird die persönliche Straffreiheit der Schwangeren trotz rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch geregelt.

### 3. Bürgerliches Gesetzbuch

Die zivilrechtliche Rechtsfähigkeit beginnt mit der Vollendung der Geburt, § 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB),

vgl. Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2.01.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 12.07.2018 (BGBl. I S. 1151), abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/> (Letzter Abruf: 10.12.2018).

Die Rechtsfähigkeit bezeichnet die Fähigkeit, Träger von Rechten und Pflichten zu sein. Von § 1 BGB wird jede geborene, noch lebende natürliche Person erfasst. Die Rechtsfähigkeit tritt mit der Vollendung der Geburt, also mit der vollständigen Trennung des Kindes vom Mutterleib auf natürlichem oder künstlichem Wege ein. Doch auch dem bereits gezeugten, aber noch nicht geborenen Kind (Nasciturus) werden im Zivilrecht Rechte zugestanden. So kann der Nasciturus bereits Erbe sein (§ 1923 Abs. 2 BGB), ihm können Ersatzansprüche wegen der Tötung eines Unterhaltspflichtigen zustehen (§ 844 Abs. 2, Satz 2 BGB), auch ein Vertrag zugunsten des Nasciturs' ist bereits zulässig (§ 331 Abs. 2 BGB),

vgl. Spickhoff, in: Münchener Kommentar zum BGB, 8. Auflage 2018, § 1, Rn. 5 ff.

Darüber hinaus stehen dem Nasciturus nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) auch bereits Haftungsansprüche nach dem Deliktsrecht des § 823 Abs. 1 BGB wegen einer Gesundheitsverletzung im pränatalen Stadium zu,

vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 11. 1. 1972 - VI ZR 46/71, Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 1972, 1126 (1126).

Dies erfasst zum einen Fälle, in denen Dritte, insbesondere auch Ärzte, schädigend auf die Gesundheit des Embryos eingewirkt haben und dadurch eine Schädigung der Gesundheit des geborenen Kindes verursacht haben.

Ebenfalls erfasst werden davon Ansprüche des Nasciturus gegen den Vater. Dabei gelten keine Besonderheiten, der Vater haftet nach der Zeugung nach den allgemeinen Regeln und kann wie ein sonstiger Dritte seinem Kind gegenüber verpflichtet sein,

vgl. Hager, in: J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Buch 2: Recht der Schuldverhältnisse, § 823 A-D, Neubearbeitung 2017, § 823, Rn. B 48.

Darüber hinaus können auch Ansprüche des ungeborenen Kindes gegen seine Eltern nach § 823 Abs. 1 BGB in Betracht kommen, wenn etwa bekanntermaßen ein Elternteil an einer ansteckenden Krankheit oder Erbkrankheit leidet und das Kind infolgedessen krank oder behindert zur Welt kommt. Für die Eltern besteht dabei keine Rechtspflicht, auf Kinder zu verzichten, weil die Gefahr einer Erkrankung oder Behinderung des Kindes besteht, denn einer solchen Pflicht der Eltern stünde bereits deren verfassungsrechtlich in Art. 2 Abs. 1 GG garantierte Persönlichkeitsrecht entgegen. Jedoch können im Einzelfall von diesem Grundsatz Ausnahmen gemacht werden, etwa wenn ein Partner vorsätzlich die Aufklärung über seine Erkrankung unterlässt. In solchen Einzelfällen soll der Partner auch gegenüber dem Kind nach dem Deliktsrecht haften,

vgl. Hager, in: J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Buch 2: Recht der Schuldverhältnisse, § 823 A-D, Neubearbeitung 2017, § 823, Rn. B 46, B 47.

Uneinheitlich wird die Frage der deliktischen Haftungsverpflichtung der Mutter gegenüber dem Nasciturus während der Schwangerschaft beantwortet. Zum Teil wird eine deliktische Haftung der Mutter etwa bei Schädigungen des Nasciturus durch die Ausführung von Extremsportarten oder den Konsum von Alkohol oder Drogen angenommen. Ein uneingeschränktes Dispositionsrecht der Mutter über die Gesundheit des Embryos könne bereits durch die Wertungen des Abtreibungsrechts nicht bestehen. Weiter sei die Mutter auch dem geborenen Kind durch die elterliche Sorgfalt nach § 1664 BGB bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz zum Schadensersatz verpflichtet, sodass gegenüber dem ungeborenen Kind nichts anderes gelten dürfe,

vgl. Wagner, in: Münchener Kommentar zum BGB, 7. Auflage 2017, § 823, Rn. 205.

Dem wird von anderer Seite entgegengehalten, dass für die Mutter keine Pflicht zu einer bestimmten Lebensführung bestehe. Das Zivilrecht könne die werdende Mutter nicht in ihrem Lebenswandel kontrollieren, dies gebiete bereits ihr Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG,

vgl. Hager, in: J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Buch 2: Recht der Schuldverhältnisse, § 823 A-D, Neubearbeitung 2017, § 823, Rn. B 49.

Doch auch nach dieser Ansicht kommt eine Haftung der Mutter bei einer vorsätzlichen Schädigung des Kindes in Betracht, etwa bei einem fehlgeschlagenen Abtreibungsversuch.



#### 4. Nebenstrafrecht

In den Gesetzen des Nebenstrafrechts wird das ungeborene Kind durch das Embryonenschutzgesetz und das Mutterschutzgesetz geschützt.

Das Embryonenschutzgesetz begründet insbesondere die Strafbarkeit der missbräuchlichen „In-vitro-Fertilisation“, einer bestimmten Art der künstlichen Befruchtung, und bestimmte Verwendungen menschlicher Embryonen verhindern,

vgl. Embryonenschutzgesetz vom 13.12.1990 (BGBl. I S. 2746), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 21.11.2011 (BGBl. I S. 2228), abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/index.html> (Letzter Abruf: 10.12.2018).

Im Mutterschutzgesetz werden insbesondere für das Arbeitsverhältnis der schwangeren Frau relevante Regelungen getroffen, die auf den Schutz des ungeborenen Kindes abzielen,

vgl. Mutterschutzgesetz vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1228), abrufbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/muschg\\_2018/](https://www.gesetze-im-internet.de/muschg_2018/) (Letzter Abruf: 10.12.2018).

\*\*\*



ZdK

Zentralkomitee  
der deutschen Katholiken

[Aktuelles](#)

[Presse](#)

[Kontakt](#)

[Interner Bereich](#)

[Seiteneinstellungen](#)

[Suchen](#)



[> | Über uns](#)

[> | Aufbau](#)

[> | Veröffentlichungen](#)

[> | Service](#)



Freitag, 23. November 2018

## > | ZdK lehnt Kassenzulassung von Bluttests ab

> VOLLVERSAMMLUNG DES ZENTRAKKOMITEES DER DEUTSCHEN KATHOLIKEN AM 23./24. NOVEMBER 2018

Das Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) lehnt die Kassenzulassung von Bluttest zur Diagnose von Trisomie 21 ab.

„Wir befürchten, dass die Verfügbarkeit dieses vermeintlich harmlosen Instruments sich als effektives Instrument zur Selektion herausstellen wird“, so ZdK-Präsident Prof. Dr. Thomas Sternberg vor der Vollversammlung am Freitag, dem 23. November 2018. „Einmal etabliert, sorgt es dafür, dass – gewollt oder ungewollt – Kinder mit Trisomie 21 faktisch kaum noch geboren werden. Die immer leistungsfähigeren Tests werden ein Schritt hin zur Vermessung des Menschen sein, wobei der Maßstab nicht die Menschenwürde, sondern das Vorhandensein erwünschter Eigenschaften oder die Nützlichkeit ist.“

Ausdrücklich unterstützt der ZdK-Präsident die Forderung der EKD, dass die unabhängige psychosoziale Beratung für werdende Eltern vor einer Inanspruchnahme pränataldiagnostischer Untersuchungen auszubauen ist.

Die ethisch begründete Empfehlung der EKD für eine Kassenzulassung aber lehnt Sternberg ab. „Es mag einen gesellschaftlichen Nutzen geben, wenn es durch die bessere Zugänglichkeit des Bluttests weniger invasive Fruchtwasseruntersuchungen und eine stärkere gesellschaftliche Kontrolle des Markts diagnostischer Angebote gibt. Dem stehen aber viel größere gesellschaftliche Kosten und ein viel größerer gesellschaftlicher Schaden gegenüber, wenn es zur Verfestigung und Standardisierung einer selektiven Mentalität kommt.“

> | © 2020 Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) | Hochkreuzallee 246 | 53175 Bonn | Telefon 0228 38297-28 | [presse@zdk.de](mailto:presse@zdk.de)

| [Impressum](#) | [Datenschutzerklärung](#)

[Social Bookmarks](#)



<p><b>Sprechstunden</b></p> <p> Sprechstunden/ Spezialsprechstunden am MGZ</p>	<p><b>Schwerpunkte</b></p> <p> Genetische Beratung in allen Teilbereichen der Humangenetik</p>	<p><b>Leistungen</b></p> <p> Humangenetische Beratung und Diagnostik im Zentrum von München.</p>
--	--	--

[ZURÜCK](#) | [STARTSEITE](#) » [FÜR PATIENTEN](#) » [THEMEN DER HUMANGENETIK](#) » [INFORMATIONEN ZUR PRÄNATALEN MICROARRAY-DIAGNOSTIK](#)

## Vorgeburtliche Diagnostik

**Sehr geehrte Patientin,**

**liebe Ratsuchende,**

Die vorgeburtliche Diagnostik (Pränataldiagnostik) bietet ein breites Spektrum an Untersuchungsmethoden, die gewährleisten, fetale Fehlbildungen und genetisch bedingte Erkrankungen des Kindes auszuschließen oder frühzeitig zu erkennen.

Am häufigsten werden die Chromosomen des ungeborenen Kindes untersucht, entweder wenn in Voruntersuchungen der Verdacht auf eine Chromosomenstörung geäußert wird oder auch aus dem Sicherheitsbedürfnis der Schwangeren.

Die Chromosomen können auf zwei unterschiedliche Arten untersucht werden:

- durch eine **zytogenetische, mikroskopische Analyse**
- durch eine molekulargenetische **Microarray-Diagnostik**

### WANN IST EINE GENETISCHE UNTERSUCHUNG DER CHROMOSOMEN ANZURATEN?

In den allermeisten Fällen verläuft eine Schwangerschaft komplikationslos und außer einer Ultraschalluntersuchung oder einem Ersttrimesterscreening aus dem Blut der Schwangeren bedarf es keiner weiteren Diagnostik.

Der nicht invasive Pränataltest (NIPT), ebenfalls aus dem Blut der Schwangeren, hat dazu beigetragen, die Mehrzahl der invasiven Untersuchungen (Chorionzottenbiopsie, Fruchtwasseruntersuchung) zu vermeiden, wenn es darum geht, das Vorliegen einer Trisomie 21, 18 oder 13 auszuschließen.

Während die nicht invasiven Verfahren (Ersttrimesterscreening und NIPT) lediglich Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für eine Chromosomenstörung liefern, bieten invasive Verfahren mit nachfolgender zytogenetischer Analyse oder Microarray-Diagnostik die größte diagnostische Sicherheit.

### Untersuchungen im Rahmen der Pränataldiagnostik

- **Nicht-invasive Verfahren**
  - Ultraschalluntersuchung
  - Ersttrimester-Test
  - Nicht-invasiver Pränataltest, NIPT
- **Invasive Verfahren**
  - Chorionzotten (Plazenta)-Biopsie
  - Amniozentese (Fruchtwaspunktion)

Auffälligkeiten, die sich in nicht invasiven Untersuchungen ergeben haben, können durch eine invasive Diagnostik weiter abgeklärt werden.

Bei erhöhtem Risiko für eine numerische Chromosomenveränderung (z.B. Verdacht auf Trisomie 21 in der NIPT) ist meist eine lichtmikroskopische Chromosomenanalyse ausreichend.

In der konventionellen zytogenetischen Chromosomenanalyse werden Anzahl und Struktur der Chromosomen unter dem Mikroskop bestimmt.

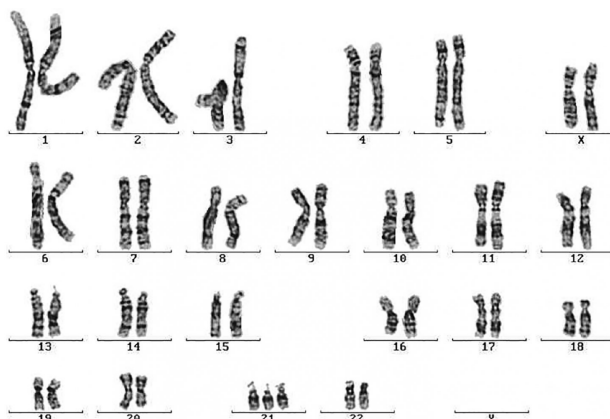


Abbildung 1: Weiblicher Chromosomensatz mit Trisomie 21

## PRÄNATALE MICROARRAY DIAGNOSTIK

In der pränatalen Microarray-Diagnostik (molekulare Karyotypisierung) werden moderne molekularbiologische Verfahren angewendet, die über die DNA des ungeborenen Kindes eine hochauflösende Chromosomenanalyse ermöglichen, die bis zu tausendmal genauer ist als eine mikroskopische Untersuchung. Auf diese Weise werden selbst kleinste Veränderungen an einem Chromosom sichtbar (Abbildung 2).

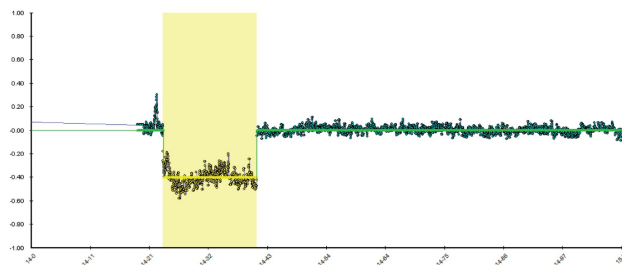


Abbildung 2: Microarray-Diagnostik bei fetalen Fehlbildungen: Deletion im Chromosom 14

### Ablauf der pränatalen Microarray-Diagnostik

Die Analyse kann aus dem Material der Chorionzottenbiopsie oder dem Material der Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt werden. Es ist somit keine gesonderte Materialentnahme notwendig. Das Ergebnis wird Ihnen von Ihrem betreuenden Gynäkologen erklärt, gerne stehen wir auch für eine humangenetische Beratung zur Verfügung.

### Indikationen für eine pränatale Microarray-Diagnostik

- Eine lichtmikroskopisch festgestellte Chromosomenveränderung, die nicht eindeutig charakterisiert werden kann: In diesen Fällen sollte eine ergänzende Microarray-Diagnostik zur differenzierten Untersuchung von strukturellen Chromosomenveränderungen empfohlen werden.
- Nicht selten liegen fetale Auffälligkeiten vor, die keiner numerischen Chromosomenstörung zuzuordnen sind, oder die mit kleinen strukturellen Chromosomenveränderungen assoziiert sein können, die mit der konventionellen zytogenetischen Analyse nicht erkannt werden.
- Daten aus internationalen Studien zeigen, dass gerade bei Frauen, die aufgrund einer nicht invasiven Diagnostik (erhöhte Nackentransparenz, auffälliges Ersttrimesterscreening) einem mittleren Risikobereich zugeordnet werden, eine invasive Diagnostik und pränatale Microarray die beste diagnostische Option darstellt.

### Vorteile der pränatalen Microarray-Diagnostik

- Auflösung bis zu 1000x höher als lichtmikroskopische Analyse
- Gleichzeitige Untersuchung aller Mikrodeletionssyndrome
- Signifikanter diagnostischer Zuwachs im Vergleich zur lichtmikroskopischen Analyse
- Erkennung einer Kontamination mit z.B. mütterlichem Gewebe

### Grenzen der pränatalen Microarray-Diagnostik

Trotz ihrer wesentlich besseren Aussagekraft können auch durch die pränatale Microarray-Diagnostik nicht alle Ursachen genetischer Erkrankungen erfasst werden.

So lässt sich keine Aussage über monogen bedingte Erkrankungen treffen, welche durch eine pathologische Sequenzveränderung einzelner Gene verursacht werden. Bei entsprechendem Verdacht aus den Untersuchungsbefunden oder aus der Familiengeschichte ist eine gezielte molekulargenetische Untersuchung notwendig.

### Kosten der Untersuchung

Eine pränatale Microarray-Diagnostik ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen, sie ist als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) möglich.

PRÄ Informationen zu pränataler Microarray-Diagnostik

#### Kontakt

MGZ - Medizinisch Genetisches Zentrum  
Bayerstraße 3-5  
Eingang Schlosserstraße 6  
80335 München  
Tel. +49 (0) 89 30 90 886 - 0  
Fax. +49 (0) 89 30 90 886 - 66  
info@mgz-muenchen.de

KONTAKT

#### Übersicht

- Für Patienten
- Fachspezifische Genetik
- Diagnostik
- Partnerschaften
- Über uns

#### News

- Aktuell
- Publikationen

#### Rechtliches

- Impressum
- Datenschutz
- FAQ

Pharma & Gesundheit · Gesundheitszustand

## Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland in den Jahren von 1996 bis 2018



**DOWNLOAD**

PDF XLS PNG PPT

**Quelle**  
Statistisches Bundesamt  
→ [Weitere Quellenangaben anzeigen](#)  
→ [Veröffentlichungsangaben anzeigen](#)

**Veröffentlichungsdatum**  
Februar 2019

**Region**  
Deutschland

**Erhebungszeitraum**  
1996 bis 2018

### Statistik zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland 2018

Veröffentlicht von [Statista Research Department](#), 09.08.2019

Im Jahr 2018 wurden deutschlandweit 100.986 Schwangerschaftsabbrüche gezählt - rund zwei Prozent weniger als im Vorjahr. Damit hat sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in den letzten zwanzig Jahren um rund 30.000 reduziert. Besonders stark ausgeprägt ist der Rückgang in der Altersgruppe der 18 bis 25 Jahre alten Frauen, in der die meisten künstlichen Abbrüche vorgenommen werden. Im europäischen Vergleich der Schwangerschaftsabbruchraten belegt Deutschland einen der hinteren Plätze.

Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig

[Weiterlesen](#)

#### WEITERE STATISTIKEN ZUM THEMA

→ [Frauen in Deutschland](#)

<p><b>DEMOGRAPHIE</b></p> <p>Heiratsalter lediger Frauen in Deutschland bis 2018</p>	<p><b>DEMOGRAPHIE</b></p> <p>Zahl der Einwohner in Deutschland nach Geschlecht bis 2018</p>
<p><b>DEMOGRAPHIE</b></p> <p>Geburten nach Alter der Mutter in Deutschland 2017</p>	<p><b>DEMOGRAPHIE</b></p> <p>Fertilitätsrate in Deutschland bis 2018</p>

## Statista-Accounts: Zugriff auf alle Statistiken. 588 € / Jahr

<p><b>Basis-Account</b></p> <p>Zum Reinschnuppern</p> <p>Zugriff nur auf Basis-Statistiken.</p> <p><a href="#">Kostenlos anmelden</a></p>	<p><b>Single-Account</b></p> <p>Der ideale Einstiegsaccount</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Sofortiger Zugriff</b> auf 1 Mio. Statistiken</li> <li>✓ <b>Download</b> als XLS, PDF &amp; PNG</li> <li>✓ Detaillierte <b>Quellenangaben</b></li> </ul> <p>49 € / Monat *</p> <p><a href="#">Jetzt bestellen</a></p>	<p><b>Corporate-Account</b></p> <p>Komplettzugriff</p> <p>Unternehmenslösung mit allen Features.</p> <p><a href="#">Anfrage senden</a></p>
---	---	--

\* Alle Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen MwSt. Mindestlaufzeit 12 Monate



Frauen in Deutschland

## Frauen in Deutschland

200 Seiten | Deutsch | PPTX | Detaillierte Quellenangaben

Das ganze Thema "Frauen in Deutschland" in einem Dokument: Redaktionell und in übersichtlichen Kapiteln aufbereitet. Inklusive detaillierter Quellenangaben.

[Zum Dossier](#)

*Ich habe noch nie schneller eine Präsentation mit aussagekräftigen Fakten unterlegt.*

**Dr. Felix Wunderer**  
VP Business Communication Products,  
Deutsche Telekom AG

### Statistiken zum Thema: "Frauen in Deutschland"

<b>Demografie</b>	<b>Die wichtigsten Statistiken</b>  Umfrage in Deutschland zu Frauen und Männern nach Anzahl von Kindern 2018 Umfrage in Deutschland zum Verhältnis berufstätiger Mütter zu ihrem Kind 2017 Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt nach Geburtenfolge bis 2017 Geburten nach Alter der Mutter in Deutschland 2017 Geburtenziffer in Deutschland nach Alter der Mütter 2018 Fertilitätsrate in Deutschland bis 2018 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland bis 2018 Umfrage zu den wichtigsten Gründen für Nachwuchs in Deutschland 2017 (Geschlecht)
<b>Werte und Einstellungen</b>	
<b>Beruf und Karriere</b>	
<b>Familie und Kinder</b>	
<b>Liebe, Sex und Partnerschaft</b>	
<b>Interessen und Freizeitverhalten</b>	
<b>Ernährungseinstellungen</b>	
<b>Körperpflege, Hygiene und Kosmetik - Präferenzen und Marken-Rankings</b>	
<b>Käufertypologie und Konsum</b>	

## Statista entdecken

Statistiken, Prognosen und Umfragen finden

[Statista-Suche](#)

Brauchen Sie Hilfe bei der Recherche mit Statista? [Tutorials und erste Schritte](#)

### Weitere Inhalte: Das könnte Sie auch interessieren

#### STATISTIKEN

Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz bis 2018  
Umfrage in Deutschland zu Abtreibung wegen Gesundheitsgefährdung der Mutter 2012  
Schwangerschaftsabbrüche in der Schweiz nach dem Alter bis 2018  
Schwangerschaftsabbrüche nach Bundesland bis 2018  
Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche in der Schweiz bis 2018  
Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach Familienstand bis 2018  
Rate jährlicher Schwangerschaftsabbrüche in ausgewählten europäischen Ländern 2016

#### THEMEN

Frauen in Deutschland  
Geburten  
Bevölkerung  
Liebe  
Familie

Haben Sie Fragen zu unseren

## Unternehmenslösungen?

Wir senden Ihnen umgehend detaillierte Informationen zum Corporate-Account.

[Jetzt kontaktieren](#)

### Pränataltest zur Erkennung von Trisomie 21: Warnung vor Automatismus

Ein neuer Bluttest zur relativ treffsicheren Bestimmung einer Trisomie 21 in der frühen Schwangerschaft kann die Pränataldiagnostik verändern. Ethiker befürchten leichtfertige Entscheidungen gegen das Kind.

Sollte es wirklich so weit kommen, dass dieser Test zur breiten Routine wird, dann gibt es irgendwann kaum noch Menschen mit Down-Syndrom", befürchtet der Humangenetiker Prof. Dr. med. Wolfram Henn, Homburg/Saar. Anlass zu solchen von Sorge geprägten Äußerungen ist der neue Bluttest der Firma Lifecodexx in Konstanz am Bodensee.

Der Test ermöglicht es Ärzten, einer Schwangeren anhand von 10 ml ihres Bluts mit hoher Treffsicherheit zu sagen, ob ihr Kind eine Trisomie 21 haben wird oder nicht. Fetale DNA-Fragmente werden aus dem mütterlichen Blut isoliert und einem Massively Parallel Shotgun Sequencing (MPSS) unterzogen. Dabei fahnden die Wissenschaftler nicht wie bei anderen Gentests nach definierten funktionalen Gensequenzen, sondern bestimmen die chromosomale Herkunft einer großen Anzahl von DNA-Bruchstücken. Anhand dieser Daten berechnet der Computer dann, ob das Chromosom 21 mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur doppelt, sondern dreifach angelegt ist.

Test soll ab Mitte des Jahres zur Verfügung stehen

In einer großen internationalen Validierungsstudie zeigte der Test eine hohe Sensitivität und Spezifität. Die Rate der falschnegativen Ergebnisse betrug 0,8 Prozent, die der falschpositiven 0,2 Prozent. Lifecodexx hat von der US-amerikanischen Firma Sequenom die Rechte erworben, das Verfahren - zunächst auf dem deutschsprachigen Markt - anzubieten. Es ist damit zu rechnen, dass das MPSS zur Detektion von Trisomie 21 ab Mitte des Jahres zur Verfügung steht, vorerst lediglich an wenigen Pränatalzentren und als individuelle Gesundheitsleistung für 1 200 Euro. Lifecodexx betont, der Test sei nur als sekundäres, das heißt ergänzendes pränataldiagnostisches Verfahren und nur für Schwangere mit erhöhtem Risiko ab der zwölften Schwangerschaftswoche geeignet. Prof. Dr. med. Klaus Vetter, Chefarzt der Klinik für Geburtsmedizin am Vivantes-Klinikum Berlin-Neukölln vermutet, dass sich die Firma mit dem sekundären Einsatz vor möglichen Haftungsansprüchen bei falschnegativen Ergebnissen schützen will.

Angesichts der rasant fortschreitenden Sequenzierungstechnologie und des zeitlich begrenzten Patentschutzes ist damit zu rechnen, dass das Verfahren in wenigen Jahren zu einem deutlich niedrigeren Preis angeboten wird. Auch eine Anwendung bereits ab der zehnten Woche wäre mit derselben Technologie ohne weiteres möglich. Die stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Prof. Dr. med. Christiane Woopen, sieht es als ethisch sehr bedenklich an, wenn man die Existenz von Kindern mit Down-Syndrom in einer Art Automatismus verhindert. Bereits heute entscheiden sich 90 bis 95 Prozent aller Schwangeren, die erfahren, dass ihr Kind eine Trisomie 21 hat, für einen Abbruch.

Hohe Verantwortung für die psychosoziale Beratung

Der ethische Diskurs um den Test ist stark von unterschiedlichen Menschenbildern, Wertesystemen und religiösen Einstellungen geprägt und wird in einer vergleichbaren emotionalen Vehemenz geführt, wie die Diskussion um Schwangerschaftsabbruch und künstliche Befruchtung. So verhärtet die Fronten auch sein mögen, in einem Punkt sind sich die Experten aus Ethik und Genetik, Mitarbeiter von Beratungsstellen und von Menschen mit Down-Syndrom einig: Es ist eine große Herausforderung für eine Schwangere zu entscheiden, ob sie eine pränatale Untersuchung durchführen lassen soll und wie sie mit einem möglicherweise positiven Befund umgehen würde - eine Herausforderung, die viel zu groß ist, um damit alleine gelassen zu werden.

Den in der Schwangerenvorsorge tätigen Ärzten und den Mitarbeitern von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen kommt daher eine hohe Verantwortung zu. Bärbel Cramer-Ihrac vom donum-vitae-Landesverband Nordrhein-Westfalen und Leiterin der deutschlandweit ersten auf Pränataldiagnostik (PND) spezialisierten psychosozialen Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle in Düsseldorf, will kein pauschales Urteil abgeben: "Einerseits ist es zu begrüßen, wenn es eine risikoarme Alternative zu den invasiven Verfahren gibt, die ja immer mit einem Fehlgeburtsrisiko behaftet sind." Andererseits würden Kinder mit Trisomie 21 durch den Test schon früher als bisher entdeckt, in einem Stadium, in dem die Schwangere noch keine so starke Bindung zu ihrem Kind entwickelt habe. "Ich befürchte, dass für die Entscheidung zu wenig Zeit zum Überlegen bleibt", sagt Cramer-Ihrac.

Würde der Test schon in der zehnten Woche angeboten, sei zu befürchten, dass die Betroffene bei positivem Befund als Nächstes nicht die invasive Diagnostik, sondern einen Abbruch im Rahmen der gesetzlichen Beratungsregelung in Anspruch nähme. Andererseits würden dann auch Frauen zur psychosozialen Beratung kommen, die sie sonst gar nicht unbedingt zu Gesicht bekäme, sagt die donum-vitae-Mitarbeiterin. Die Pflicht zur Beratung besteht nämlich nur im Rahmen der



Beratungsregelung vor der zwölften Schwangerschaftswoche und nicht bei medizinischer Indikation.

Psychosoziale Beratung im Rahmen der PND habe, erklärt Cramer-Ihrac, primär die Aufgabe, die Schwangere ergebnisoffen zu beraten. Der Schwangeren werde geholfen, ihre eigenen Ressourcen realistisch einzuschätzen und sich über mögliche Hilfen - etwa für Eltern von Kindern mit Down-Syndrom - zu informieren. "Die Betroffenen sollen darin unterstützt werden, eine Entscheidung zu finden, mit der sie leben können." Dass schwangere Frauen bereits vor der Durchführung einer pränatalen Untersuchung in die Beratungsstelle kommen, um die Tragweite der Untersuchung abzuwägen, sei zwar wünschenswert, komme aber eher selten vor. In der Regel stimmten die Frauen der Untersuchung zu, weil sie Gewissheit haben wollen, dass ihr Kind gesund ist. "Werden sie dann mit einem positiven Befund konfrontiert, sind sie meist schockiert und sehr verzweifelt", berichtet Cramer-Ihrac. Weitere Aufgaben der psychosozialen Beratung im Kontext der PND sind die Trauerbegleitung von Frauen nach einem Abort oder Schwangerschaftsabbruch. Gemeinsam mit den Kolleginnen ihrer Beratungsstelle hat sie dazu ein spezielles Beratungskonzept erarbeitet.

Beratungskapazitäten reichen nicht aus

Die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle arbeitet Tür an Tür mit einer pränataldiagnostischen Arztpraxis. "Das hat sich sehr bewährt", sagt Leiterin Cramer-Ihrac. "Wir können dazugeholt werden, wenn eine Frau einen positiven Untersuchungsbefund erfährt." Die Beratungskapazitäten in Deutschland sind ihrer Ansicht nach nicht ausreichend, um den hohen Anforderungen der Beratung im Kontext der Pränataldiagnostik gerecht zu werden.

Auch den Gynäkologen wird ein enormes Maß an Beratungskompetenz abverlangt. Die Inhalte der Beratung vor und nach PND sind seit Anfang 2010 im Gendiagnostikgesetz (GenDG) und im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) § 2 a genau geregelt. Dazu gehört unter anderem, dass der Arzt die Schwangere über ihren Anspruch auf eine psychosoziale Beratung informiert. Bei Schwangeren mit auffälligem PND-Befund wie einer Trisomie 21 sieht das SchKG ausdrücklich die Vermittlung zur Behinderten-Selbsthilfe vor, um der Schwangeren Ängste zu nehmen, sich über Unterstützungsangebote zu informieren und sich ein realistisches Bild vom Leben mit einem Kind mit Down-Syndrom zu machen. Seit 1. Februar dieses Jahres sind die Qualifikationsanforderungen des GenDG verpflichtend für Ärzte, die Schwangere vor und nach Pränataldiagnostik beraten.

Geburtsmediziner Vetter, der auch Mitglied der Gendiagnostikkommission am Robert-Koch-Institut ist, sieht die MPSS-basierten Tests nur als "Vorgeplänke" sehr viel weitreichender Innovationen, an denen die Genforscher derzeit im Eiltempo arbeiten. Es sei nur eine Frage der Zeit, bis eine komplette Genomsequenzierung mit fötalen Zellpartikeln aus dem mütterlichen Blut für einen erschwinglichen Preis machbar sei. "Damit wäre die Büchse der Pandora endgültig geöffnet", vermutet Vetter. Er befürchtet, dass die gesetzlichen Vorgaben in Deutschland umgangen werden, indem Schwangere beispielsweise Blutproben im Ausland analysieren lassen: "What can be done, will be done."

Dr. med. Thomas Bißwanger-Heim

*Bißwanger-Heim, Thomas*

<b>Quelle:</b>	Deutsches Ärzteblatt 14/109 vom 06.04.12 Seite 697
<b>ISSN:</b>	0012-1207
<b>Ressort:</b>	THEMEN DER ZEIT
<b>Dokumentnummer:</b>	124727

**Dauerhafte Adresse des Dokuments:**

[https://www.wiso-net.de/document/DAE\\_755a2f6a2bfff8012be0b50ecd9bb30348410ab2](https://www.wiso-net.de/document/DAE_755a2f6a2bfff8012be0b50ecd9bb30348410ab2)

Alle Rechte vorbehalten: (c) Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

 © GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH

## Verschwindet die Trisomie 21? Fachärzte fordern strenge Regeln – und kein Screening

Die Pränataldiagnostik per einfachem Bluttest der Mutter fordert die Gesellschaft heraus. Sollen Embryos flächendeckend und zu Lasten der Kassen auf Downsyndrom gescreent werden? Der Bundestag startet eine Orientierungsdebatte.

Anno Fricke

Werdende Eltern wünschen sich gesunde Kinder. Der medizinisch-technische Fortschritt erlaubt immer genauere Blicke auf das ungeborene Leben.

Mit einfachen Bluttests bei Schwangeren lassen sich weitgehend exakte Erkenntnisse über die Embryos gewinnen. Diese Tests fordern die Gesellschaft in Deutschland heraus. In einem neuen Zusammenhang konfrontieren sie sie mit den Themen Eugenik, Diskriminierung und Menschendesign. Für Donnerstagvormittag hat der Bundestag dazu eine Orientierungsdebatte angesetzt.

Seit 2012 wird ein solcher nichtinvasiver pränataler Test (NIPT) legal als IGeL-Leistung in Deutschland angeboten. Zwischen 200 und 400 Euro werden dafür fällig. Bereits nach neun Wochen zeigt er zu mehr als 99 Prozent zutreffend an, ob ein Embryo eine Trisomie 13, 18 oder 21 aufweist. Neun von zehn Frauen mit dieser Information entscheiden sich für eine Abtreibung. Da Schwangerschaften in der Lebensplanung von Frauen immer häufiger ins riskantere Alter verschoben werden, steigt die Prävalenz.

Aus ethischer Sicht sei das eine Art „Rasterfahndung“ nach genetischen Auffälligkeiten hieß es dazu aus dem Deutschen Ethikrat. Für die Schwangere ist die Testung aber auch eine mündige, selbstbestimmte Entscheidung. Ein sozialer Aspekt wird in diesem Zusammenhang ebenso diskutiert. Nicht alle Schwangeren können sich den Test leisten. Behinderte Kinder könnten so zu einem Armutsmerkmal werden. Das wiederum könnte einen gesellschaftlichen Druck auf Frauen auslösen, ihren Embryo grundsätzlich screenen zu lassen, selbst wenn sie eigentlich lieber ihr Recht auf Nichtwissen in Anspruch würde nehmen wollen. Schon heute werde in Aufklärungsbögen vor pränataldiagnostischen Untersuchungen ein Leben mit Down-Syndrom als etwas zu Vermeidendes dargestellt, heißt es in einem Papier einer großen Gruppe von Abgeordneten aller Fraktionen im Bundestag außer der AfD. Werdende Eltern erhielten kaum eine Chance, sich einen lebensnahen Eindruck von Menschen mit Downsyndrom und ihren Familien zu verschaffen.

Die Betroffenen selbst kommen nur selten zu Wort. Dabei hat sich Deutschland mit der Unterzeichnung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen verpflichtet, behinderten Menschen die Wahrnehmung der Menschenrechte zu garantieren. Das kann auch das ungeborene Leben betreffen.

### Gesundheitsökonomie versus Ethik

Die gemeinsame Selbstverwaltung der Vertragsärzte, Kassen und Krankenhäuser im Bundesausschuss untersucht schon in einem strukturierten Verfahren der Methodenbewertung, ob die nichtinvasiven DNA-Suchtests Kassenleistung werden sollen. Der Ansatz des GBA ist in der Regel gesundheitsökonomisch. Gleichwohl kam der Anstoß für eine ethische Debatte über die Tests von dort. Es sei zwingend notwendig, eine parlamentarische Diskussion und Willensbildung zu der Fragestellung herbeizuführen, ob und wie weit molekulargenetische Testverfahren in der Schwangerschaft angewendet werden können, heißt es in einem Schreiben des Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Professor Josef Hecken an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses. Schließlich sei damit zu rechnen, dass schon in absehbarer Zeit weitere molekulargenetische Testverfahren zur Verfügung stehen.

### Umsetzen müssen es die Ärzte

Die niedergelassenen Pränatalmediziner müssten die nichtinvasiven Tests als Kassenleistung im medizinischen Alltag umsetzen. Wollen würden sie es nicht. Der Verband spricht sich in einem Positionspapier aus ethischen Gründen ausdrücklich gegen die NIPT als flächendeckende Kassenleistung aus. Die vereinfachende Werbung blende die Folgen eines positiven Tests weitgehend aus. Die Tests seien in der Lage, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Trisomie 21 zu prognostizieren. Sie könnten die Chromosomenstörung jedoch nicht diagnostizieren. Invasive Verfahren wie die Chorionzottenbiopsie und die Amniozentese blieben dafür Voraussetzung und müssten als Anschlussuntersuchung zügig vorgenommen werden können.

Die Pränatalmediziner warnen vor einer Banalisierung der Tests. Kassenleistung sollten sie nur bei besonderen Indikationsstellungen sein. Sie sollten nur in Einrichtungen vorgenommen werden, die über die entsprechende

Beratungskompetenz verfügen. Das ist richtig. Die psychosoziale Beratung muss auch das Umfeld der Schwangeren erreichen – Mann und mögliche Geschwister zum Beispiel.

NIPT sollte zudem immer mit einer qualitätsgesicherten Ultraschalluntersuchung vorgenommen werden. Die Nackenfaltenmessung (Ersttrimesterdiagnostik) ist aber ebenfalls nicht GKV-Leistung und sollte mit dem NIPT synchronisiert werden.

[anno.fricke@springer.com](mailto:anno.fricke@springer.com)


<b>Quelle:</b>	Ärzte Zeitung, Heft 40-67/2019, S. 2
<b>Dokumentnummer:</b>	957930

---

**Dauerhafte Adresse des Dokuments:**

[https://www.wiso-net.de/document/AEZT\\_3e023e3cacea0d57464aa5bfec92318bb4139d1c](https://www.wiso-net.de/document/AEZT_3e023e3cacea0d57464aa5bfec92318bb4139d1c)

Alle Rechte vorbehalten: (c) Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH

 © GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH

Informationen für ÄrztInnen, PädagogInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, die auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit beraterisch oder therapeutisch tätig sind

SCHWERPUNKT

## Nicht invasive Pränataltests NIPT

Angelika Dohr, Vera Bramkamp

### Entwicklung der Pränataldiagnostik

Vor etwa 35 Jahren wurde zum ersten Mal eine Empfehlung zur pränatalen Diagnostik in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Anlass war die wissenschaftliche Erkenntnis, dass bei steigendem Alter der Mutter das Risiko für die Geburt eines Kindes mit einer zahlenmäßigen Chromosomenstörungen (Trisomie 13, 18 und 21) ansteigt. Schwangeren ab 35 Jahren sollte daher wegen ihres „genetischen Altersrisikos“ zu einer Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese, AC) oder Mutterkuchenpunktion (Chorionzottenbiopsie, CVS) geraten werden. Obwohl sich die Komplikationsrate dieser Eingriffe ständig verringert hat, führen sie noch immer in 0,3 bis 1 Prozent zur Fehlgeburt des Kindes.

Ein großes Ziel der Pränataldiagnostik war und ist seitdem die Weiterentwicklung von nicht invasiven Methoden, die über das statistische Altersrisiko hinaus das tatsächliche individuelle Risiko einer

Schwangeren erfassen und damit unnötige Eingriffe wie AC und CVS vermeiden. Seit etwa 10 Jahren gilt das erweiterte Ersttrimesterscreening (ETS), das in der 11. bis 14. SSW durchgeführt wird, als genaueste Methode. Nach klar definierten und überprüften Standards werden spezifische Eiweiße und Hormone im mütterlichen Blut bestimmt und eine detaillierte Ultraschalluntersuchung mit Messung der Nackentransparenz sowie anderer Risikomarker durchgeführt, um ein Gesamtrisiko für verschiedene Chromosomenstörungen zu berechnen (Trisomie 13, 18 und 21). Es werden bis zu 95 Prozent der betroffenen Feten mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) erkannt. Bei 3 bis 10 Prozent der Feten ohne Down-Syndrom wird ein erhöhtes Risiko ermittelt. Um das Vorliegen einer Trisomie zu bestätigen, ist jedoch eine AC oder CVS nötig (Nicolaidis 2013).

Die Entwicklung und Markteinführung von nicht invasiven Testverfahren (NIPT = nicht invasiver Pränataltest), die mittels einer Blutentnahme bei der Schwangeren direkt die Chromosomen bzw. genetische Erkrankungen des ungeborenen Kindes nachweisen können, war daher Ziel langer Forschung. Zwei entscheidende Voraussetzungen haben die Durchführung solcher Tests ermöglicht. Ende der 1970er Jahre wurde mit der Sequenzierungsmethode die Erbinformation (DNA) erstmals lesbar, war zunächst jedoch zu aufwändig für den Einsatz als medizinisches Testverfahren. Erst die >>

SCHWERPUNKT

Nicht invasive Pränataltests NIPT Seite 1

AKTUELLE INFORMATION

Wird EllaOne® Standardpräparat? Seite 9

Neue Hormonspirale auf dem Markt Seite 11

Entwicklungen der Next Generation Sequencing Methode (NGS) und immer leistungsfähigerer und günstigerer Analysegeräte machten die Entschlüsselung des menschlichen Genoms technisch möglich. Ein weiterer Schritt war der Nachweis von freier DNA des Feten im Blutplasma schwangerer Frauen und schließlich der Nachweis, dass das gesamte fetale Genom in Bruchstücken im Plasma der Mutter vorhanden und bestimmbar ist (Lo 1997, Lo 2010). Dauerten die ersten Gen-Sequenzierung noch Jahre, können inzwischen mit der Technik des Massive Parallel Shotgun Sequencing (MPSS) Tausende bis Millionen Sequenzierungsreaktionen gleichzeitig in nur wenigen Tagen durchgeführt werden.

Vier große US-amerikanische Firmen entwickelten für den klinischen Bereich taugliche pränatale Bluttests, die nach Einführung in den USA auf einem weltweit expandierenden Markt seit Ende 2012 sukzessive auch in Deutschland verfügbar geworden sind.

### Die Methode der NIPT

Während der Schwangerschaft befinden sich neben den Erbinformationen der Mutter auch die des Kindes im mütterlichen Blutkreislauf, allerdings nicht als vollständige Chromosomen, sondern in Form von zellfreien DNA Bruchstücken. Die kindliche zellfreie DNA stammt aus der Plazenta. Zwischen der 10. und 22. Schwangerschaftswoche macht der Anteil der kindlichen zellfreien DNA etwa 10 bis 13 Prozent der gesamten zellfreien DNA im mütterlichen Blut aus. Zur Durchführung eines NIPT wird der Schwangeren ab der 10. Schwangerschaftswoche (nach der letzten Menstruation) Blut abgenommen. In einem speziellen Probenröhrchen wird das Blut in eines der anbietenden Labore geschickt, und die im Plasma befindlichen zellfreien DNA Bruchstücke von Mutter und Kind werden isoliert. Auf dem deutschen Markt befinden sich derzeit 3 verschiedene Testverfahren, mit denen diese zellfreie DNA auf Chromosomenstörungen untersucht wird. Das Verfahren des Whole Genom Sequencing

(PraenaTest®) reichert die DNA Fragmente aller Chromosomen von Mutter und Kind an. Mit dem Verfahren des Next Generation Sequencing können die Bruchstücke effizient vervielfältigt und dem jeweiligen Chromosom zugeordnet werden. Die Menge der Bruchstücke von den Chromosomen 13, 18, 21, X und Y wird mit einem Referenzgenom aus einer öffentlich zugänglichen Datenbank verglichen, das einen normalen Chromosomensatz enthält. Wird zum Beispiel eine größere Anzahl von DNA Bruchstücken des Chromosoms 21 gefunden, so spricht das für eine Trisomie 21 beim Kind. Für dieses Verfahren werden die gesamten DNA Bruchstücke der Schwangeren und des Kindes aus wenigen Mikrolitern Serum vervielfältigt, gelesen und gezählt. Aus diesem Grunde ist das Whole Genom Sequencing (derzeit noch) sehr kostenintensiv.

Bei der DANSR Methode (digitale Analyse ausgewählter Bereiche, Harmony Test®) wird nur ein Teil des Genoms von Mutter und Kind gelesen. Mit dem Verfahren des Targeted Sequencing erfolgt die Vervielfältigung von Regionen, die spezifisch sind für die Chromosomen 13, 18, 21 sowie X und Y. Anhand von 576 sogenannter nicht polymorpher Regionen können die mütterlichen und kindlichen DNA Bruchstücke dieser Chromosomen erkannt, vervielfältigt und gezählt werden. Als Referenzgenom dienen hier die Chromosomen 1 bis 12 derselben Probe.

Ein weiterer Test nutzt so genannte SNPs (Einzelnukleotidpolymorphismen, Panorama Test®). Das sind Regionen auf einzelnen Genen, die sich von Mensch zu Mensch unterscheiden können. Mit Hilfe von 19.500 solcher SNPs, die hauptsächlich auf den Chromosomen 13, 18, 21, X und Y liegen, werden diese Chromosomenstücke erkannt und mit dem Verfahren des Targeted Sequencing, einer gezielten Sequenzierung, analysiert und dem jeweiligen Chromosom zugeordnet. Zusätzlich wird beim Panorama Test® aus den weißen Blutkörperchen (Leukozyten) der Mutter die mütterliche DNA bestimmt. Damit können die kindlichen DNA-

Bruchstücke aus den gesamten DNA Fragmenten heraus gerechnet werden. Es ist also kein Referenzgenom nötig. Optional kann bei diesem Test ein Wangenabstrich des Kindsvaters eingesandt werden, wodurch Ausfälle des Tests von 2 Prozent weiter reduziert werden.

Da bei DANSR und SNP basierten Tests durch die selektive Anreicherung der relevanten DNA Fragmente eine deutlich geringere Menge an DNA vervielfältigt werden muss, entstehen geringere Kosten. Aus diesem Grund können beide Tests günstiger angeboten werden.

### Wie sicher sind die Tests?

Die neuen Bluttests wurden bisher nur bei Frauen mit hohem Risiko für Chromosomenauffälligkeiten untersucht. Die Einschätzung, ob die Bluttests als diagnostische oder als Tests zur Risikokalkulation<sup>1</sup> zu bewerten sind, ist nicht einheitlich. Konsens besteht jedoch darüber, dass ein positives Testergebnis durch invasive Diagnostik (AC oder CVS) bestätigt werden muss. Bei allen Tests lassen sich die Chromosomen 18 und 21 am sichersten nachweisen, wogegen bei den Chromosomen 13 und X die Erkennung und Zuordnung der Chromosomenstücke erschwert ist. Daher ist bei fast allen Tests für diese Chromosomen mit einer niedrigeren Erkennungsrate zu rechnen. Die Erkennungsrate und die Rate der falsch positiven Befunde sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

	Materni T21 PLUS® (entspricht dem dt. PraenaTest®)		Harmony Prenatal Test®		Panorama Test®	
	ER	FPR	ER	FPR	ER	FPR
<b>Trisomie 21</b>	99,1 %	0,2 %	>99 %	0,1 %	>99 %	0,1 %
<b>Trisomie 18</b>	100 %	0,3	98	0,1	>99	0,1
<b>Trisomie 13</b>	91,7	0,9	80	0,05	>99	0,1

ER: Erkennungsrate, FPR: Rate falsch positiver Befunde.  
Nach Zimmermann 2012 und Angaben der Hersteller.

Der Anteil der kindlichen im Verhältnis zur mütterlichen DNA ist sehr konstant und liegt ab der 10. Schwangerschaftswoche zwischen 10 bis 13 Prozent. Jedoch steigt mit zunehmendem Kör-

pergewicht der Schwangeren der Anteil der Frauen, in deren Blut weniger als 4 Prozent kindliche DNA nachweisbar ist. Bei weniger als 8 Prozent DNA nimmt die Zahl nicht auswertbarer Tests deutlich zu. Bei einem Gewicht von > 140 kg fällt der Test bei 30 Prozent der Frauen falsch negativ aus oder zeigt kein Ergebnis (Wang 2013). Der Panorama® Test soll laut Herstellerangaben auf Grund seines speziellen Anreicherungsverfahrens auch noch bei einem Anteil von 4 bis 8 Prozent kindlicher DNA verwertbare Ergebnisse liefern (Eiben 2013). In einzelnen Fällen enthalten die Zellen der Plazenta andere Erbinformationen als die des Kindes. Ein solches so genanntes Mosaik kann bedeuten, dass trotz negativen Testergebnisses das Kind eine Chromosomenauffälligkeit hat, oder dass eine Trisomie nur in den Zellen der Plazenta vorliegt nicht aber beim Kind. Solche Mosaikformen sind sehr selten, können aber mit diesen Testverfahren nicht erkannt werden.

Mit welchem der 3 Tests in Zukunft die sichersten Ergebnisse zu erzielen sind, ist derzeit nicht zu sagen, da noch keine großen Vergleichsstudien vorliegen.

### Welchen Frauen sollen diese Tests angeboten werden?

Bisher wurden Daten zur Sensitivität und Spezifität der neuen Tests nur bei Schwangeren mit erhöhtem Risiko für Chromosomenveränderungen (Alter, auffällige Risikomarker) gewonnen. Diese können nur mit Einschränkungen auf alle Schwangeren übertragen werden, daher ist nicht klar, ob die bisher ermittelten Sicherheiten auch in einem Nicht-Risiko-kollektiv erreicht werden. Auf Grund statistischer Wahrscheinlichkeiten steigt bei geringem Risiko für eine Chromosomenauffälligkeit die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse. Daher empfehlen

ExpertInnenkommissionen und Fachgesellschaften, den Test derzeit bevorzugt Frauen mit einem erhöhten Risiko für Chromosomenstörungen anzubieten (Scharf 2013, ACOG 2012). >>

**Zum Risikokollektiv gehören entsprechend den Empfehlungen:**

- Frauen über 35 Jahren (derzeit 23 Prozent aller Schwangeren in Deutschland)
- Frauen, bei denen das ETS ein erhöhtes Risiko ergab
- Vorangegangene Schwangerschaft mit einem Kind mit Trisomie
- Erbliche Disposition, „Softmarker“ oder andere Auffälligkeiten im Ultraschall

Zu der Frage, ob der Test primär oder erst nach einem vorgeschalteten ETS (mit auffälligem Ergebnis) angeboten werden soll, gibt es widersprüchliche Empfehlungen. Wird der Test jedoch als alleinige Diagnostik angeboten, so sollte nach Expertenmeinung zuvor ein Ultraschall durchgeführt werden, um Fehlbildungen, die mit diesen

Tests nicht festgestellt werden können, nicht zu übersehen.

Für Frauen, die das Fehlgeburtenrisiko invasiver Tests auf keinen Fall eingehen wollen, bieten die risikolosen neuen Tests eine Möglichkeit, im Vergleich zu bisherigen Screeningtests eine zuverlässigere Aussage über das Vorliegen bestimmter Chromosomenauffälligkeiten zu erhalten. Obwohl betont wird, dass die Aussagekraft der Tests bei Frauen mit geringem Risiko sinkt, räumen Spezialisten ein, dass der Test Frauen mit großer Angst vor kindlichen Chromosomenauffälligkeiten auch bei geringem Risiko nicht vorenthalten werden kann. Es wird jedoch betont, dass die Verfahren nicht als generelle Screeningtests angeboten werden sollten. Der Panorama Test® kann nicht angewandt werden bei Blutsverwandtschaft der Eltern, nach einer Kno-

**In Deutschland verfügbare Tests**

Name	PraenaTest® PraenaTest Express®	Panorama Test®	HarmonyTest®
<b>Anbieter</b>	LifeCodexx (D) in Kooperation mit Sequenom Inc (USA)	Natera Inc (USA) in Kooperation mit Labor-konzern Amedes (D)	Ariosa Diagnostics Inc (USA) in Kooperation mit Labor Enders (D)
<b>Verfügbar seit</b>	Sommer 2012 Expressversion seit Oktober 2013	2013	2013
<b>Angewendetes Verfahren</b>	Whole Genom Sequencing	Single Nucleotide Polymorphisms (SNPs)	Chromosome – Selective Sequencing
<b>Untersuchung möglich ab (Zeitpunkt in SSW)*</b>	9+0 SSW bis 32+1 SSW	9+0 SSW	10+0 SSW
<b>Ort der Analyse</b>	D	USA**	USA**
<b>Untersuchung</b>	Trisomie 13, 18, 21	Trisomie 13, 18, 21, XO (Turner-Syndrom), optional auf Triploidie	Trisomie 13, 18, 21, optional Chromosom X und Y
<b>Zeit bis zum Ergebnis</b>	10 Werktage bzw. 2 Wochen Expressversion: max. 6 Werktage bzw. eine Woche	15 Werktage	10 Tage
<b>Kosten</b>	ca. 825 Euro Expressversion: 925 Euro	ca. 595 Euro Bei optionalem Test auf Triploidie ca. 635 Euro	ca. 485 Euro Bei optionalem Test X und Y ca. 495 Euro

\* SSW= Schwangerschaftswoche; \*\* Versand über deutschen Kooperationspartner

chenmarkstransplantation bei der Mutter sowie bei Eizellspende und Leihmutterchaft, da er mit dem mütterlichen Referenzgenom arbeitet. Er ist außerdem derzeit noch nicht für Zwillinge zugelassen.

Der Harmony Test® kann laut Hersteller zwar bei Zwillingsschwangerschaften eingesetzt werden, es ist jedoch mit eingeschränkten Ergebnissen zu rechnen. Der PraenaTest® ist seit Anfang 2014 für Zwillinge zugelassen. Bei höhergradigen Mehrlingschwangerschaften ist keiner der derzeit auf dem Markt befindlichen Tests anwendbar. Daher sollte vor der Durchführung der NIPTs ein früher Ultraschall erfolgen, um Mehrlingschwangerschaften oder sog. Vanishing Twins (eine ursprüngliche Zwillingsschwangerschaft bei der eine der Embryonalanlagen sich nicht weiter entwickelt hat) auszuschließen. Bei diesen Schwangerschaften kann die Anzahl der Chromosomenstücke im mütterlichen Blut erhöht und das Testergebnis verfälscht sein. Weisen im Ultraschall festgestellte Fehlbildungen deutlich auf eine Chromosomenauffälligkeit hin, sollte beim Wunsch der Schwangeren nach weiterer Abklärung direkt ein invasives Verfahren (CVS, AC) gewählt werden. Ein Zwischenschalten des Bluttests verzögert die endgültige Diagnose um 2 Wochen. Außerdem kann mit den invasiven Verfahren ein breiteres Spektrum an genetischen Auffälligkeiten diagnostiziert werden.

### Wichtige Aspekte der Beratung

- Jede Frau hat ein Recht auf „nicht Wissen“, das bedeutet sie kann alle Tests ablehnen.
- Alle Frauen, die in Deutschland einen Bluttest auf kindliche Chromosomenstörungen durchführen lassen wollen, müssen entsprechend dem Gendiagnostikgesetz von einer ÄrztIn (meistens PränataldiagnostikerIn, HumangenetikerIn oder FrauenärztIn) mit einer Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung ausführlich informiert und beraten werden.
- In der Beratung sollten deutlich gemacht werden, welche Chromosomenauffälligkeiten durch den jeweiligen Test mit welcher Sicherheit festgestellt werden können sowie die Grenzen der

Aussagekraft der Tests. Die Bedeutung der Bestätigung eines positiven Testergebnisses durch eine invasive Diagnostik sollte betont und die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Ergebnisse in Zahlen verdeutlicht werden. Bei einem negativen Testergebnis kann nach Meinung von ExpertInnen auf weitere Untersuchungen verzichtet werden.

- Die Frauen sollten auch darüber informiert werden, dass bei 3 bis 4 Prozent der Proben auf Grund mangelnder Anzahl von fetalen DNA Bruchstücken oder mangelnder Qualität der untersuchten Chromosomenfragmente kein Ergebnis erzielt werden kann bzw. eine erneute Blutentnahme erfolgen muss.
- Mit den Tests ist auch die Geschlechtsbestimmung des Kindes möglich. Das deutsche Gesetz sieht vor, dass eine Befundmitteilung erst nach Ablauf der 14. SSW nach Menstruation erfolgen darf, um eine Geschlechtsauswahl mittels Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel zu verhindern.
- Die Tests kosten derzeit zwischen 485 und 1150 Euro. Die Kosten müssen die Schwangeren selbst tragen. Nach individueller Einzelfallentscheidung übernehmen jedoch immer mehr private und zunehmend auch gesetzliche Krankenkassen die Kosten.

### Vor- und Nachteile für die schwangeren Frauen

Bislang hatten Frauen, die eine Chromosomenauffälligkeit bei ihrem ungeborenen Kind ausschließen wollten, zwei Möglichkeiten, einen invasiven Test (CVS oder AC) mit sicherem Ergebnis, aber dem Risiko einer Fehlgeburt, oder das ETS mit einer unsicheren Aussage, jedoch ohne Risiko. Mit dem neuen Verfahren der NIPT können durch eine risikolose Blutentnahme die 3 häufigsten fetalen Chromosomenauffälligkeiten relativ sicher festgestellt oder ausgeschlossen werden.

Der Test ist schon früh, bereits ab der 10. Schwangerschaftswoche durchführbar. So können Frauen durch ein unauffälliges Testergebnis bereits früh in der Schwangerschaft entlastet werden. Liegt ein >>



auffälliger Befund vor, so kann die Auseinandersetzung mit der diagnostizierten Erkrankung und die Entscheidung zur weiteren Abklärung ebenfalls früh beginnen. Das eröffnet einerseits die Möglichkeit, ohne Zeitnot alle zusätzlichen hilfreichen Beratungsgespräche, zum Beispiel mit einem Kinderarzt oder mit Behindertenverbänden, sowie Austausch mit betroffenen Eltern oder psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen. Andererseits können schwangere Frauen und Paaren im Falle einer Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch noch die Methode wählen, denn bis zur 14. SSW ist in den meisten Kliniken noch eine Vakuumaspiration möglich. Eine Geburtseinleitung in einer späten Schwangerschaftswoche wird von den Betroffenen häufig als psychisch sehr belastend empfunden.

Allerdings birgt das frühe Testergebnis auch das Risiko eines vorschnellen Abbruchs nach der Beratungsregelung, ohne dass die Frau das Ergebnis durch eine invasive Diagnostik bestätigen lässt. Daher muss großer Wert auf die Qualität der vorangehenden Beratung und der Befundmitteilung gelegt werden.

Auch könnte der gesellschaftliche Druck auf schwangere Frauen, pränatale Diagnostik und bei positivem Befund einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen durch den risikolosen und sicheren Test noch mehr wachsen. Derzeit sind die Kosten jedoch noch so hoch, dass nur gut verdienende Frauen bzw. Paare sich diese Tests leisten können. Eine Übernahme durch die Krankenkasse, wie auch bei der invasiven Diagnostik wäre wünschenswert und sozial gerecht.

### **Gewährleistung der Sicherheit bei Tests im Ausland**

Von allen auf dem Markt befindlichen Anbietern für NIPT hat nur das Labor der Firma Life Codex seinen Standort in Deutschland. Somit ist der PraenaTest® CE zertifiziert und die Untersuchung unterliegt dem Gendiagnostikgesetz mit der Folge, dass „die Eignung und Zuverlässigkeit der Analyse-methode“ geprüft werden muss. Ebenso gelten

für die Verwendung der Proben und die Aufbewahrung der Daten deutsche Standards.

Die Tests, deren Analyse in Laboren der USA erfolgt, unterliegen diesen Bestimmungen nicht. Zwar fordern alle vom Einsender eine Beratung der Schwangeren nach dem Gendiagnostikgesetz, aber die in den USA geleistete Laborarbeit unterliegt nicht diesem Gesetz. Über die Datensicherheit beim Transport in die USA, bei der Datenspeicherung und Aufbewahrung der Proben dort kann keine Aussage getroffen werden. Die Weiterverwendung der eingesandten Proben und Speicherung der gewonnenen Daten muss von der Patientin durch Unterschrift genehmigt oder ausdrücklich widerrufen werden! Es gibt Testanbieter mit Firmensitz in den USA oder im asiatischen Raum, die nicht direkt für den deutschen Markt angeboten werden. Die meisten sind global online vertreten. Testanforderungen über das Internet sind unter Umgehung des deutschen Rechts insbesondere in Zukunft denkbar.

### **Beratung zu NIPT in der Praxis**

Nach Erfahrung von pro familia BeraterInnen werden derzeit die nicht invasiven Bluttests in den gynäkologischen Praxen nur zögerlich angeboten. Die Erfahrungen mit den neuen Testverfahren sind gering, die Beratung zum Gendiagnostikgesetz aufwendig und die Abdeckung von Risiken für den Frauenarzt durch die Berufshaftpflicht unklar. In pränataldiagnostischen Schwerpunktpraxen oder Kliniken werden die Tests meist bei Auffälligkeiten im Ultraschall, familiärem Risiko oder nach einem auffälligen ETS angeboten. Zunehmend kommen aber auch Schwangere in die Praxen mit dem gezielten Wunsch nach Durchführung eines Bluttests.

Ein Großteil der PränatalmedizinerInnen überweist Patientinnen vor dem Test zur Beratung an kooperierende HumangenetikerInnen. Ein Hinweis auf psychosoziale Beratung erfolgt in den meisten Fällen erst nach einem auffälligen Befund. In Beratungsstellen mit pränataldiagnostischem

Schwerpunkt oder solchen, die mit Pränatalzentren kooperieren, finden noch am ehesten Gespräche vor in Inanspruchnahme eines NIPT statt, insbesondere wenn Frauen unentschlossen sind. Die meisten betreuenden ÄrztInnen berichten jedoch, dass die Frauen diese Beratung nicht wünschen. Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass die neuen Tests sehr früh in der Schwangerschaft angeboten werden können. Zu diesem Zeitpunkt haben viele Frauen gerade erst erfahren, dass sie schwanger sind. Die Beratung und die Auseinandersetzung über das Für und Wider eines Bluttests mit den Konsequenzen, die ein negatives Ergebnis hat, widerspricht dem berechtigten Wunsch der Schwangeren, einfach nur „in guter Hoffnung“ zu sein. Dass ihr Wunschkind eine Fehlbildung hat, ziehen die meisten zu diesem Zeitpunkt gar nicht in Erwägung. Sie möchten mit der Durchführung des Tests einfach nur Sicherheit bekommen.

Dennoch wäre für viele Frauen und Paare vor einem NIPT unterstützende Beratung ohne moralischen Druck hilfreich. Dabei könnten sie Fragen klären wie zum Beispiel: Was bedeutet die Untersuchung für mich? Will oder brauche ich diese Information über mein ungeborenes Kind? Was erfahre ich durch die Tests und was nicht? Welche Konsequenzen hätte ein auffälliges Ergebnis? Vermutlich wird diese Beratung immer wichtiger und komplexer, denn es wird nicht bei der Testung der drei häufigsten Chromosomenstörungen bleiben.

### Was bringt die Zukunft?

Die Testung freier fetaler DNA aus dem Plasma der Mutter birgt ein bisher ungeahntes Potential zur Erkennung vielfältiger kindlicher genetischer Erkrankungen. Gleichzeitig werden die Kosten immer geringer und der Zeitraum bis zum Vorliegen der Ergebnisse immer kürzer. Der Nachweis von genetisch bedingten Erkrankungen wie zum Beispiel der Bluterkrankungen  $\beta$ -Thalassämie und Sichelzellanämie beim Ungeborenen durch NIPT wurde in Studien bereits gezeigt. Es wurde angekündigt, dass in Kürze Mikrodeletionen (Stückverluste von Chromosomen, die mit zum Teil schweren

Beeinträchtigungen für das Kind einhergehen) mit diesen Tests nachgewiesen werden können. Technisch ist schon jetzt eine Sequenzierung des gesamten fetalen Genoms in der 20. Schwangerschaftswoche gelungen (Lo 2010). Es ist denkbar, dass wir schon bald Informationen über weitere Erkrankungsrisiken im späteren Leben des ungeborenen Kindes wie zum Beispiel Diabetes, Alzheimer oder Brustkrebs bekommen. Bei dieser Entwicklung stellen sich dringliche Fragen: Was sollen wir mit diesen Informationen anfangen? Was dürfen und wollen wir von unserem Kind wissen, noch bevor es geboren wurde? Zwar müssen in Deutschland die diagnostischen Möglichkeiten sowie die Qualität der angebotenen Tests auf der Basis des Genodiagnostikgesetzes geprüft werden. Ob das Gesetz aber dem wachsenden gesellschaftlichen Druck entgegensteht, ein gesundes Kind zu bekommen, ist fraglich. Für pro familia BeraterInnen zeigt sich in der Beratung zur Pränataldiagnostik schon jetzt, dass eine informierte selbstbestimmte Entscheidung für Frauen immer schwieriger wird. Die Test-Anbieter haben wirtschaftliche Interessen und locken im Internet mit vielen Versprechungen. Geschickt sprechen sie das Bedürfnis nach Sicherheit an, das jede Schwangeren hat. Pränatale Diagnostik gilt heute als Routine, sie abzulehnen oft unter Schwangeren als fahrlässig. Entscheidet eine Frau sich nach auffälliger Diagnostik jedoch gegen das Kind, so spürt sie schnell, dass auch dieser Weg gesellschaftlich nicht gewünscht ist. Die Entscheidung Schwangerer wird von gesellschaftlichem Druck beeinflusst. Eine Gesellschaft, in der Menschen mit Einschränkungen selbstverständlich und gewünscht sind und gleichzeitig respektiert wird, dass sich werdende Eltern nach einer auffälligen Diagnose für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, ist Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung.

Aber der Umgang mit den neuen Möglichkeiten der NIPT erfordert auch eine ethische Debatte darüber, wie viel genetische Information wir von unserem ungeborenen Kind haben wollen oder dürfen. Die Frage stellt sich, wie mit den gesammelten >>

Informationen umgegangen werden soll? Wir dürfen nicht abwarten, was medizinisch machbar sein wird, sondern müssen schon jetzt darüber nachdenken, welche Konsequenzen kommende Entwicklungen für unsere Gesellschaft haben werden. Jede Schwangere wird sich weiterhin „ein gesundes Kind“ wünschen. Was dieser Satz aber in Zukunft bedeuten wird und welche gesellschaftlichen Veränderungen das mit sich bringt, müssen Politik, Interessensverbände, Fachgesellschaften und nicht zuletzt pro familia immer wieder öffentlich diskutieren. ■

**Dr. Angelika Dohr, Frauenärztin/ärztliche Psychotherapeutin (SG), Dr. Vera Bramkamp, Frauenärztin mit Weiterbildung zu PND Beratung (EZI Berlin). Beide arbeiten bei pro familia Münster und in dem Kooperationsprojekt „Begleitende psychosoziale Beratung zur Pränataldiagnostik“ mit dem Zentrum für pränatale Medizin der Universitätsfrauenklinik Münster zusammen. Die Autorinnen danken Herrn Dr. med. Markus Weber für die fachliche Unterstützung.**

1 In der Pränataldiagnostik werden diagnostische und Tests zur Risikobewertung unterschieden. Tests zur Risikobewertung machen keine endgültige Aussage, ob eine (bestimmte) Chromosomen auffälligkeit oder Fehlbildung vorliegt, dazu müssen weitergehende – diagnostische – Untersuchungsverfahren wie die Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie abgeschlossen werden. Bei diesen diagnostischen Tests ist zu bedenken, dass sie zwar zuverlässige Auskunft über die Beschaffenheit der Chromosomen oder Gene des Feten geben. Daraus ist jedoch nur mit Einschränkungen abzuleiten, wie das betroffene Kind sich entwickeln wird. Gelegentlich werden genetische Auffälligkeiten festgestellt, bei denen keinerlei Aussage dazu möglich ist, ob überhaupt und welche Auswirkungen diese auf die Entwicklung des Kindes haben.

2 Bei der Amniozentese wird durch die Bauchdecke der Schwangeren etwas Fruchtwasser entnommen. Die Probe enthält kindliche Zellen, deren Chromosomen untersucht werden können.

3 Bei der Chorionzottenbiopsie wird durch die Scheide oder über die Bauchdecke der Schwangeren Gewebe aus dem frühen Mutterkuchen entnommen. Die Zellen können auf Chromosomenauffälligkeiten untersucht werden.

4 Als invasive Methoden der Pränataldiagnostik werden die Fruchtwaspunktion, die Chorionzottenbiopsie sowie die Entnahme von Nabelschnurblut des Feten bezeichnet. Nicht invasive Methoden sind Ultraschall und eine Blutentnahme bei der Schwangeren. Weitere Informationen dazu auf der Internetseite des National Human Genome Research Institute des US-Amerikanischen National Institute of Health. [www.genome.gov/10001772](http://www.genome.gov/10001772)

5 Weitere Informationen dazu auf der Internetseite des National Human Genome Research Institute des US-Amerikanischen National Institute of Health. [www.genome.gov/10001772](http://www.genome.gov/10001772)

6 Die Sensitivität zeigt an, wie viele der betroffenen Personen von einem Test identifiziert werden. Die Spezifität ist ein Maß dafür,

wie gut nicht betroffene Personen als solche von einem Test erkannt werden.

7 Als Softmarker werden bestimmte bei der Ultraschalluntersuchung erhobene Befunde bezeichnet, die an sich harmlos, aber mit einem höheren Risiko für genetische Auffälligkeiten verbunden sind (zum Beispiel ein kleines Nasenbein oder ein erweitertes fetales Nierenbecken).

## Literatur

ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Committee of Genetics and the Society for Maternal-Fetal Medicine Publication Committee. Non invasive prenatal testing for fetal aneuploidy. Committee Opinion Number 545, Dec 2012

Eiben B, Hall M, et al.: Ein neuer nicht invasiver Pränataltest. *Frauenarzt* 2013; 54: 768-770

Lo YMD, Corbetta N et. al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet* 1997; 350: 485-7.

Lo YMD, Chan, KCA, et al. Maternal plasma DNA sequencing reveals the genome-wide genetic and mutational profile of the fetus. *Sci Transl Med* 2010; 2:61ra91

Nicolaides KH, Wright D, et al: First trimester contingent screening for trisomie 21 by biomarkers and maternal blood all-free DNA testing 2013 *Ultrasound Obstet Gynecol*; 42: 41-50.

Scharf A, Stumm M. Molekulargenetische nicht invasive Pränataldiagnostik – Tests. *Frauenarzt* 2013; 54: 1082-1086

Wang E, Batey A, et al. Gestational age and maternal weight effects on cell-free DNA in maternal Plasma. *Prenatal Diagnosis* 2013; 33: 662-666

Zimmermann V, Hill M, et al. Noninvasive prenatal aneuploidy testing of chromosomes 13, 18, 21, X, and Y, using targeted sequencing of polymorphic loci. *Prenat Diagn* 2012; 32: 1233-1241

## AKTUELLE INFORMATION

# Wird EllaOne® Standardpräparat?

Helga Seyler

Die seit Ende 2009 zugelassene Pille danach, EllaOne® wird vom Hersteller mit Unterstützung von ExpertInnengremien aus der Gynäkologie als Präparat der ersten Wahl zur postkoitalen Verhütung aufgebaut. In einer vielfach veröffentlichten gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin und des Berufsverbands der Frauenärzte (zum Beispiel Rabe 2013) wird EllaOne® als Standardpräparat bezeichnet, das primär ver-

ordnet werden soll. Auch in der Argumentation gegen die Entlassung der Postkoitalpille auf Basis von LNG aus der Rezeptpflicht wird in Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe argumentiert, die Verordnung von EllaOne® sei wegen der gesicherten höheren Wirksamkeit als Standard anzusehen. Besondere Verunsicherung schafft die Erörterung potentieller Haftungsrisiken für ÄrztInnen, wenn sie Postkoitalpillen mit LNG verordnen ohne über die geringere Wirksamkeit aufzuklären. Als Beleg für die Überlegenheit von UPA werden neue Veröffentlichungen angeführt. Es handelt sich dabei jedoch nicht um neue Untersuchungen, sondern um weitere Auswertungen von Daten aus bereits bekannten und veröffentlichten Studien.

### Auswirkungen auf den Eisprung

So wurde im letzten Jahr eine Studie zur Wirkung von UPA und LNG bei Anwendung kurz vor dem Eisprung veröffentlicht, in der Daten aus drei früheren Studien gemeinsam ausgewertet wurden (Brache 2013). Diese Auswertung belegt die Überlegenheit von UPA zur Verschiebung des Eisprungs bei Gabe nach Beginn des LH-Anstiegs (etwa 2 Tage vor dem erwarteten Eisprung). Die in der Fachpresse zitierte Wirkungslosigkeit von LNG kurz vor dem Eisprung lässt sich jedoch aus der Veröffentlichung nicht so klar ableiten. Der Datenvergleich muss ohnehin mit Vorsicht interpretiert werden, da in den zugrundeliegenden Studien die beiden Wirkstoffe nicht direkt miteinander, sondern jeweils mit Placebo verglichen wurden.

Insgesamt wurden Daten von 48 Zyklen mit LNG, 34 Zyklen mit UPA und 50 Zyklen mit Placebo ausgewertet. Außerdem wurden Daten für ein nicht zugelassenes Behandlungsschema mit kombinierter Gabe von LNG und Meloxicam, einem Cox-2-Inhibitor, aufgeführt. Die Präparate wurden bei einer Größe des Leitfollikels von mindestens 18 mm verabreicht. Mittels Ultraschall und Hormonbestimmungen von LH und Progesteron wurde der weitere Zyklusverlauf beobachtet. Bei Auswertung aller Zyklen fand der Eisprung nach der Gabe von

UPA bei knapp 60 Prozent (20 von 34) der Zyklen frühestens 5 Tage später statt. Mit LNG war das nur bei 15 Prozent (7 von 48) der Zyklen der Fall, mit Placebo wurde der Eisprung bei 4 Prozent der Zyklen mehr als 5 Tage verspätet beobachtet. In den Placebo-Zyklen wurde der Eisprung im Mittel 2 Tage nach der Anwendung beobachtet, in den Zyklen mit UPA im Mittel 6 Tage später. Das entspricht einer Verschiebung des Eisprungs um 4 Tage.

Wegen der kleinen Zahl der Zyklen war der Unterschied zwischen LNG und Placebo statistisch nicht signifikant. Allerdings wurde das Medikament in der LNG-Gruppe im Mittel zu einem späteren Zeitpunkt im Zyklus verabreicht als in der Gruppe mit UPA: bei etwa der Hälfte der Anwendungen von LNG war der LH-Gipfel bereits erreicht, in der UPA-Gruppe war dies nur bei einem Drittel der Fall.

Daher ist die getrennte Auswertung mit Anwendung von LNG und UPA vor dem LH-Gipfel wichtig. Diese muss aber wegen der noch geringeren Zahl von Zyklen ebenfalls mit Vorsicht interpretiert werden. Bei der Gabe vor dem LH-Gipfel wurde der Eisprung mit UPA bei 86 Prozent (19 von 22 Zyklen) frühestens 5 Tage nach der Einnahme beobachtet, mit LNG in 20 Prozent (5 von 26) der Zyklen, mit Placebo bei einem von 26 Zyklen. Wenn der LH-Anstieg bereits begonnen hatte, der Gipfel aber noch nicht erreicht war, fand der Eisprung mit UPA bei 11 von 14 Zyklen und mit LNG bei 2 von 14 Zyklen mehr als 5 Tage nach der Einnahme statt. Bei Anwendung am Tag des LH-Gipfels hatte weder UPA noch LNG einen Einfluss auf den Eisprung. Auch im weiteren Zyklusverlauf unterschieden sich die beiden Substanzen in ihren Auswirkungen. Nach der Anwendung von UPA kam es in der Hälfte der Zyklen nach wenigen Tagen zu einem LH-Gipfel sowie durchschnittlich 6 bis 7 Tage später zu einem verspäteten Eisprung. Mit LNG kam es in der Regel zu keinem LH-Gipfel, selbst wenn der Eisprung stattfand. Wenn durch LNG der Eisprung zunächst verhindert werden konnte, blieb er oft im weiteren Zyklus vollständig aus. Neben einem abgeflachten LH-Gipfel fanden sich (auch nach einem >>

Eisprung) im weiteren Zyklusverlauf niedrigere Progesteronwerte und Hinweise auf verkürzte Gelbkörperphase im Vergleich zu Zyklen mit Placebo oder UPA. Diese Auswirkungen von LNG auf den weiteren Zyklus könnten von Bedeutung sein, wenn es zu weiteren ungeschützten Sexualkontakten kommt. Das geschieht nicht selten und ist ein häufiger Grund für das Versagen der Notfallkontrazeption (Glasier 2011). Es gibt aber keine Daten dazu, ob LNG in diesen Fällen besser schützt als UPA. Zwei frühere Studien (Noé 2010, Novikova 2007) fanden ebenfalls Hinweise auf eine Wirkung von LNG, auch wenn der Eisprung nicht verhindert werden konnte, da die Rate an Schwangerschaften in diesen Fällen geringer als zu erwarten war (siehe auch FPR Nr. 3 2010 S. 14 bis 16).

### Wirkungsverlust bei Übergewicht?

Ein weiteres Argument für die Empfehlung, im Regelfall EllaOne® zu verordnen, ist der Hinweis, dass die Wirksamkeit von LNG bei höherem Körpergewicht deutlich geringer oder sogar aufgehoben ist. Als Beleg dient eine gesonderte Auswertung von Daten aus den Zulassungsstudien für EllaOne®, in der die Versagerrate bei unterschiedlichem Körpergewicht betrachtet wurde (Glasier 2011). Den folgenden Ergebnissen soll vorausgestellt werden, dass die AutorInnen der Studie deutlich auf die kleinen Fallzahlen hinweisen, auf denen die Daten beruhen und daher nur Hinweise auf einen Zusammenhang geben, jedoch keine endgültigen Schlüsse zulassen. Außerdem wurden die zugrundeliegenden Daten nicht zu diesem Zweck erhoben, daher besteht ein Risiko der Verfälschung der Ergebnisse. Trotzdem werden diese Ergebnisse in vielen Veröffentlichungen der Fachpresse als gesichert dargestellt.

Die Untersuchung zeigt sowohl für UPA als auch für LNG eine abnehmende Wirksamkeit bei zunehmendem Körpergewicht. Im Vergleich zu Frauen mit einem BMI < 25 kg/m<sup>2</sup> lag die Versagerrate bei einem BMI von 25 bis 30 kg/m<sup>2</sup> um den Faktor 1,5 höher, bei einem BMI von > 30 kg/m<sup>2</sup> um den Faktor 2,6. Der Wirkungsverlust war jedoch bei LNG ausgeprägter

als bei UPA. Mit UPA fand sich bei mäßigem Übergewicht (BMI 25 bis 30 kg/m<sup>2</sup>) kein Wirkungsverlust, während sich die Versagerrate mit LNG in dieser Gruppe verdoppelte. Bei einem BMI von > 30 kg/m<sup>2</sup> vervierfachte sich die Versagerrate mit LNG, während sie mit UPA in dieser Gruppe doppelt so hoch wie bei normalgewichtigen Frauen lag. Die Auswertung enthält jedoch überraschende Daten in Bezug auf normalgewichtige Frauen (BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>): in dieser Gruppe fand sich nämlich keinen Unterschied der Effektivität zwischen UPA und LNG. Dieses Ergebnis wird jedoch lediglich in einer Tabelle aufgeführt, es wird weder von der Autorin der Studie diskutiert noch in den Fachmedien aufgegriffen.

Bei der europäischen Arzneimittelbehörde EMA wurde inzwischen auf Anfrage der Schwedischen Zulassungsbehörde ein Verfahren eingeleitet, um die Wirksamkeit von Präparaten zur postkoitalen Verhütung mit LNG und UPA bei Frauen mit erhöhtem BMI bzw. mit Übergewicht zu untersuchen (EMA 2014). Die Firma HRA Pharma, die Präparate mit beiden Substanzen vermarktet, hatte bereits Ende 2013 in einem an ÄrztInnen und ApothekerInnen in Österreich und der Schweiz verschickten Schreiben über eine geringere Wirksamkeit insbesondere von LNG bei Frauen mit Übergewicht informiert und eine Änderung der Fachinformation für Norlevo® (unter diesem Namen ist LNG dort auf dem Markt) angekündigt. Sie soll um die Information ergänzt werden, dass in Studien die Effektivität von LNG bei Frauen mit einem Gewicht von mehr als 75 kg reduziert war und LNG bei einem Gewicht von mehr als 80 kg nicht mehr wirksam war. Ein weiterer Hersteller von Notfallkontrazeptiva mit LNG, Gedeon Richter, wies dagegen darauf hin, dass in großen, unter Aufsicht der WHO durchgeführten Zulassungsstudien für LNG die Wirksamkeit unabhängig vom Körpergewicht überzeugend belegt sei (Gedeon Richter, Pressemitteilung 29.11.2013). Gedeon Richter sieht daher für sein Präparat Postinor® keinen Anlass für eine Ergänzung der Fachinformation. Die Veröffentlichung, auf die die Presseerklärung verweist (Von Hertzen 2002), enthält allerdings keine Informationen zur Wirksamkeit

von LNG in Bezug auf das Körpergewicht. Aus der Pressemitteilung der EMA zur geplanten Verfahren der Überprüfung der beiden Substanzen wird nicht deutlich, ob sich dieses auf die vorhandenen Daten beschränkt oder ob weitere Daten ausgewertet werden sollen (EMA 24.1.2014). Auch die WHO und die US-Arzneimittelbehörde FDA haben angekündigt, die Wirksamkeit von Notfallkontrazeptiva bei Frauen mit Übergewicht zu überprüfen (persönliche Information, Reuters Health Information 2013).

### Fazit: Überlegenheit von UPA nicht gesichert

Die zahlreichen Auswertungen zur Effektivität von UPA im Vergleich zu LNG unter verschiedenen Aspekten beruhen alle auf der gleichen, relativ kleinen Datenbasis. Die gefundenen Unterschiede sollten daher weiterhin mit Vorsicht interpretiert werden (siehe auch FPR Nr.3 / 4 2012 S. 14 bis 16). Auch die Redaktion des Arzneitelegramms sieht die Überlegenheit von UPA innerhalb von 72 Stunden nach einem ungeschützten Koitus als nicht belegt an und empfiehlt für diesen Zeitraum die Verordnung von LNG (a-t 2013). ■

### Literatur

Arznei-Telegramm. Notfallkontrazeption. Levonorgestrel (Pidana®) statt Ulipristalacetat (EllaOne®) verordnen unethisch? a-t 2013; 44: 21-22.

Brache V, Cocho L, et al. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel – analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception* 2013; 88: 611-18

European Medicines Agency. Review of emergency contraceptives started. Press release 24 January 2014.

Glazier A, Cameron S, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception* 2011; 84: 363-367.

Gedeon Richter. Levonorgestrel containing emergency contraception products are effective in overweight and obese women as well, assures Gedeon Richter. November 29, 2013 [www.richter.hu/EN/Pages/pr131129.aspx](http://www.richter.hu/EN/Pages/pr131129.aspx)

Noé G, Croxatto H, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2010; 81: 414-20.

Novikova N, Weisberg E, et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception* 2007; 75: 112-8.

Reuters Health Information. FDA reviewing if weight affects 'morning after' pill. November 26, 2013. [www.medscape.com/viewarticle/815017](http://www.medscape.com/viewarticle/815017)

Von Hertzen H, Piaggio G, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803-10.

### AKTUELLE INFORMATION

## Neue Hormonspirale nun auf dem Markt

Helga Seyler

Nach jahrelangen Ankündigungen ist die neue Hormonspirale Jaydess® nun in Deutschland erhältlich. Ausführliche Informationen über den Stand des Wissen finden sich bereits im FPR Nr. 2, 2013 Seiten 7 bis 9. Weitere Daten wurden seitdem nicht veröffentlicht.

Die neue Spirale ist etwas kleiner als das bisher erhältliche System Mirena® und der Einführstab hat einen geringeren Durchmesser. Zur sonografischen Unterscheidung von Mirena® hat Jaydess® unterhalb der Seitenarme einen im Ultraschall gut sichtbaren Silberring. Das neue IUS setzt mit durchschnittlich 6 µg pro Tag weniger LNG frei und die Liegedauer beträgt drei Jahre. Es kostet ca. 175 Euro.

### Einlage

Die Einlage des neuen Systems scheint durch den dünneren Einführstab etwas leichter zu sein im Vergleich zu Mirena®. Sie wurde von den ÄrztInnen bei 93 Prozent der Frauen mit Geburten und 84 Prozent ohne Geburten als einfach bewertet. Etwa die Hälfte der Frauen ohne Geburten gaben dabei mäßige, 15 Prozent starke Schmerzen an, ein Drittel empfand keine Schmerzen.

### Verhütungssicherheit

In der Fachinformation wird ein Pearl-Index von 0,41 im ersten Jahr der Anwendung und 0,9 nach drei Jahren angegeben, die mittlere Versagerrate pro Jahr mit 0,33. Ein direkter Vergleich mit der Sicherheit von Mirena® ist nicht möglich, da die einzige Vergleichsstudie zu wenige Probandinnen hatte, um kleine Unterschiede zu ermitteln. In der Fachinformation für Mirena® wird



ein PI von 0,2 pro Jahr angegeben sowie 0,7 nach fünf Jahren.

Wichtig ist, dass die Hälfte der mit Jaydess® entstandenen Schwangerschaften extrauterin eingenistet war (EUG). Insgesamt lag die Rate mit 0,1 Prozent etwas niedriger im Vergleich zu Frauen ohne Verhütung. In der Fachinformation wird jedoch Wert darauf gelegt, dass das Risiko von EUG bei bestehenden Risikofaktoren (zum Beispiel EUG oder Eileiteroperation in der Vorgeschichte) bedacht und die Anwenderinnen über Anzeichen (Unterbauchschmerzen und veränderte Blutungen) sowie möglichen Folgen einer EUG aufgeklärt werden sollen.

### Blutungsveränderungen

In den ersten Monaten treten wie bei Mirena® häufige Zwischenblutungen auf, die aber bei zunehmender Liegedauer immer seltener werden. Die Regelblutung wird deutlich schwächer, sie blieb im dritten Anwendungsjahr bei 11 Prozent der Frauen vollständig aus, im Vergleich zu 25 Prozent mit Mirena®. Vier Prozent der Frauen hatten auch im dritten Jahr noch häufige oder verlängerte Blutungen, fünf Prozent ließen das System wegen inakzeptabler Blutungen vorzeitig entfernen.

Eine Schwangerschaft sollte laut Fachinformation ausgeschlossen werden, wenn nach zunächst regelmäßigen Blutungen die Blutung für mehr als sechs Wochen ausbleibt. Bei fortbestehender Amenorrhoe ist kein weiterer Schwangerschaftstest erforderlich.

### Nebenwirkungen

Wegen hormonbedingter Nebenwirkungen wie Akne oder Kopfschmerzen ließen drei Prozent der Frauen das IUS vorzeitig entfernen, sechs Prozent wegen Schmerzen. Bei gut drei Prozent wurde das IUS ausgestoßen, das Risiko war bei Frauen mit Geburten höher als bei Frauen ohne Geburten.

Infektionen im kleinen Becken traten in den Zulassungsstudien bei 0,4 Prozent der Frauen auf, die meisten davon im ersten Monat nach der Einlage. Ovarialzysten traten seltener auf als mit Mirena® (bei 13 Prozent der Frauen im Vergleich zu 22 Prozent).

### Eignung für Jugendliche

Jaydess® wird als besonders geeignet für junge Frauen und Frauen ohne Geburten beworben. Allerdings enthält die Fachinformation – wie auch bei Mirena® – den Hinweis, dass Jaydess® wegen begrenzter klinischer Erfahrungen nicht die erste Wahl zur Kontrazeption bei Frauen ohne Geburten ist. Zwar hatten in den Zulassungsstudien 38 Prozent der Teilnehmerinnen keine Geburten und knapp 40 Prozent waren unter 25 Jahre alt, die Daten scheinen jedoch für die EMA in Bezug auf die Versagerrate und das Risiko von EUG nicht ausreichend zu sein. Wegen der geringeren Größe erscheint Jaydess® für diese Zielgruppe zumindest besser geeignet als Mirena®. Allerdings wird auch Mirena® international häufig bei Jugendlichen angewendet und einige, wenn auch kleine Studien zeigen, dass diese Methode von der Mehrzahl dieser Mädchen vertragen wird. ■

### Impressum

#### Herausgeber

pro familia Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt am Main

#### Redaktion

Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg  
Dr. med. Ines Thonke, pro familia Bundesverband

E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)

Erscheinungsweise: vierteljährlich  
© 2014 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)



## Pränataldiagnostik

Als Pränataldiagnostik fasst man in der Regel Untersuchungen an ungeborenen Kindern sowie den werdenden Eltern zusammen, die das Ziel haben, Informationen über das Kind zu gewinnen. Im weiteren Sinne gehören auch die Präimplantationsdiagnostik, die mittlerweile auch in Deutschland unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist, oder gar das präkonzeptionelle Screening prospektiver Eltern zur Pränataldiagnostik.

Die Grundlage für die Pränataldiagnostik legte der britische Geburtshelfer Ian Donald mit der erstmaligen sonographischen Darstellung eines ungeborenen Kindes. Die Ergebnisse wurden 1958 in *The Lancet* mit dem Titel „Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound“ veröffentlicht [1]. Die Erkenntnis, dass sich anhand kultivierter Fruchtwasserzellen Aussagen über die Chromosomen eines Feten machen lassen, begann in den 1960er Jahren durch Steele und Bregg [2]. Anfang der 1980er Jahre folgte die Veröffentlichung der Chorionzottenbiopsie [3]. Heute sehen wir uns nun mit der Möglichkeit einer vorgeburtlichen Untersuchung hinsichtlich der häufigen Aneuploidien oder gar des gesamten kindlichen Genoms aus dem mütterlichen Blut konfrontiert [4].

Wenn werdende Eltern erfahren, dass mit ihrem ungeborenen Kind „etwas nicht stimmt“, wirft diese Situation unendlich viele Fragen auf und sorgt für Gewissenskonflikte sowie Unsicherheit, die man als Außenstehender nur erahnen kann. Es sollte daher selbstverständlich sein, dass sich alle an einer Pränataldiagnostik Beteiligten ihrer besonderen Verantwortung bewusst sind. Dies gilt umso mehr, da die meisten Störungen, die durch die Pränataldiagnostik erkannt werden, bisher nicht therapierbar sind, sodass die prospektiven Eltern bei einem schweren pathologischen Befund oft mit der Frage eines Schwangerschaftsabbruchs kon-

frontiert werden. Klar ist, dass die Frage nach der Lebensqualität nicht auf medizinische oder genetische Befunde reduziert werden darf. Es bleibt zu hoffen, dass neue Therapiemöglichkeiten zu neuen Perspektiven für die Pränataldiagnostik führen werden.

Im Spannungsfeld des technisch möglichen und des ethisch Vertretbaren sollte Pränataldiagnostik nur im Kontext einer individuellen Abwägung erfolgen. Dies gilt im besonderen Maße für den Einsatz der neuen Hochdurchsatzsequenzierung, die eine Tendenz zu unspezifischen „Suchverfahren“ anstelle einer gezielten diagnostischen Untersuchung unterstützt.

Umso mehr erfordert die Pränataldiagnostik eine umfassende ärztliche Begleitung und Beratung, die über medizinisch-genetische Fakten weit hinausgeht. *H. Joachim Schindelbauer-Deutscher* und *Wolfgang Henn* weisen in ihrem Beitrag auf die besonderen Anforderungen für Beratungen im Kontext einer Pränataldiagnostik hin. *Bernd Eiben, Ralf Glaubitz und Oliver Kagan* stellen die Prinzipien und den Stellenwert des Aneuploidiescreenings über Hochdurchsatzsequenzierung an freier fetaler DNA („noninvasive prenatal testing/NIPT“) im Vergleich zur weit verbreiteten individuellen Risikobewertung für kindliche chromosomale Auffälligkeiten aufgrund biochemischer und sonographischer Parameter in Kombination mit dem mütterlichen Alter („Ersttrimesterscreening/ETS“) dar. Während falschnegative NIPT-Befunde im Hinblick auf die Trisomie 21 offenbar sehr selten sind, ist der positive prädiktive Wert von nahezu 50% im Vergleich zu 5% bei anderen Screening-Verfahren wie dem ETS deutlich höher, so dass das NIPT als Screening-Methode auf Vorliegen einer fetalen Trisomie 21 anderen Methoden überlegen ist. Jedoch ist auch klar, dass durch das NIPT nur ein Teil der möglichen chromosomalen Ursachen von fetalen Auffäl-

ligkeiten erfasst wird. Die klassischen Methoden der zytogenetischen und molekularzytogenetischen Pränataldiagnostik, die *Anja Weise, Kristin Mrasek und Thomas Liehr* darstellen, sind zur Bestätigung eines auffälligen Screening-Befundes oder bei ungeklärten sonografischen Befunden des Feten also weiterhin aktuell. Für ausgewählte pränatale sonografische Befunde oder bei der Abklärung der Ursache von Aborten schlagen sie ein stufenförmiges diagnostisches Vorgehen vor. Der daran anknüpfende Beitrag von *Karsten Held und Susanne Zahn* erläutert wie die pränatale Array-CGH bei Unklarheit nach konventioneller Diagnostik/FISH bei geeigneten Indikationen weiterhelfen kann. Der technischen und klinischen Anwendbarkeit vorgeburtlicher und präkonzeptioneller klinischer genomweiter Sequenzierung nehmen sich die Autoren *Andreas Dufke und Olaf Riess* an. Peter Wehling beleuchtet diese Entwicklungen in seinem Beitrag aus der soziologischen Perspektive. Schließlich geben *Andreas Hehr, Helmut Frister, Sabine Fondel, Susann Krauß, Christine Zühlke, York Hellenbroich, Ute Hehr, und Gabriele Gillissen-Kaesbach* eine Übersicht zum aktuellen Stand der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland.

Die Beiträge geben nicht zwingend die Position des Themenheftkoordinators, der Schriftleitung der Zeitschrift medizinische Genetik oder gar der Gesellschaft für Humangenetik (GfH) wieder. Sie können selbstverständlich auch nicht alle Aspekte der Pränataldiagnostik berücksichtigen. Sie geben dennoch hoffentlich einen interessanten Querschnitt zu diesem für unser Fachgebiet wichtigen und schwierigen Thema. Klar ist, dass sich die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik von den Vorgaben für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft z.B. im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien mittlerweile weit entfernt haben.



---

## Korrespondenzadresse

---

**Prof. Dr. C. A. Hübner**  
Institut für Humangenetik  
Universitätsklinikum Jena,  
Kollegiengasse 10, 07743 Jena  
christian.huebner@med.uni-jena.de

---

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** C.A. Hübner gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Donald I, MacVicar J, Brown TG (1958) Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet* 1(7032):1188–1195
2. Steele MW, Breg WR Jr (1966) Chromosome analysis of human amniotic-fluid cells. *Lancet* 1(7434):383–385
3. Ward RH, Modell B, Petrou M et al (1983) Method of sampling chorionic villi in first trimester of pregnancy under guidance of real time ultrasound. *Br Med J (Clin Res Ed)* 286:1542–1544
4. Kitzman JO, Snyder MW, Ventura M et al (2012) Noninvasive whole-genome sequencing of a human fetus. *Sci Transl Med* 4:137ra76

[Titelseite](#)[Menschen und Meinungen](#)[Thema der Woche](#)[Innenpolitik](#)[Wirtschaft und Finanzen](#)[Im Blickpunkt](#)[Europa und die Welt](#)[Kultur und Bildung](#)[Kehrseite](#)[Aus Politik und Zeitgeschichte  
Zur aktuellen Ausgabe](#)

## DIAGNOSTIK

Susanne Kailitz

# Hohe Trefferquote

## Der Bluttest ist verlässlich, aber umstritten


Wenige Tests, die für eine kleine Gruppe von Menschen zur Verfügung stehen, erfahren so viel Aufmerksamkeit wie derzeit dieser: Der Praena-Test der Firma Lifecodexx ist seit 2012 in Deutschland zugelassen. Mit Hilfe dieses Bluttests kann mit hoher Verlässlichkeit festgestellt werden, ob ein ungeborenes Kind von einer Genommutation betroffen ist. Festgestellt werden können Trisomie 21, 18 und 13 sowie Fehlverteilungen der Geschlechtschromosomen X und Y, das sogenannte Turner-, Triple X-, Klinefelter- und XYY-Syndrom, sowie das DiGeorge-Syndrom. Nach Angaben des Herstellers werden Testgenauigkeiten von bis zu 99 Prozent erreicht.

*Bewertungsverfahren* Auch unter unabhängigen Experten gilt der Test als zuverlässig: So kam das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu dem Schluss, für Trisomie 21 sei der Test "ähnlich sensitiv und spezifisch wie die invasiven Methoden". Weil die invasiven Methoden - Fruchtwasseruntersuchung und Chorionzottenbiopsie - das Risiko von Fehlgeburten mit sich bringen und von den Krankenkassen bei Risikoschwangerschaften bezahlt werden, wird nun diskutiert, ob die weniger riskante Untersuchungsmethode auch zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören soll. Im Herbst 2016 hat der GBA dazu ein Bewertungsverfahren eingeleitet. Es sei das Ziel, wissenschaftlich-technisch zu überprüfen, ob mit dem neuen Verfahren bestimmte Gendefekte zuverlässig erkannt werden könnten, hieß es dazu von dem Gremien. Die ethisch-politische Debatte sei aber Aufgabe des Gesetzgebers.

Für die Diagnostik wird der Mutter Blut entnommen und untersucht. In ihrem Blut befindet sich Genmaterial des Fötus, das im Labor isoliert und auf Abweichungen hin untersucht werden kann. Möglich ist diese Testung ab der neunten Schwangerschaftswoche, der Hersteller empfiehlt den Frauen, den genauen Zeitpunkt mit dem behandelnden Frauenarzt abzusprechen. Nach der Blutentnahme dauert es wenige Tage, bis die Frau eine Auswertung erhält.

Die Kosten für den Test sind davon abhängig, wie umfassend die Diagnostik sein soll. Soll nur auf Trisomie 21 getestet werden, kostet er 129 Euro, sollen alle erkennbaren Chromosomenstörungen untersucht werden, fallen 299 Euro an.

In anderen Ländern wie Dänemark gehört der Test bereits zum Standard. Nach Angabe der landesweiten Vereinigung Down-Syndrom sind 2015 in Dänemark nur noch 31 Kinder mit Trisomie 21 auf die Welt gekommen.

Artikel drucken 

### Weitere Informationen

► Weiterführende Links zu den Themen dieser Seite finden Sie in unserem E-Paper.

[Aus Politik und Zeitgeschichte](#)

**ZUR AKTUELLEN AUSGABE:**  
Aus Politik und Zeitgeschichte

**HERAUSGEBER:**

# Pränataldiagnostik

## Aktuelle medizinische Aspekte

Ungefähr 5% aller Neugeborenen in Deutschland zeigen eine oder mehrere angeborene Fehlbildungen oder Störungen. Diese sind die zweithäufigste Todesursache im Säuglingsalter und die häufigste Todesursache im Kindesalter [1]. Eine gewisse Anzahl dieser Fehlbildungen und Störungen ist aufgrund der familiären Vorbelastung, z. B. bedingt durch genetische Erkrankungen, vorhersehbar. Die überwiegende Zahl der angeborenen Defekte tritt jedoch unerwartet und spontan im Verlauf einer Schwangerschaft auf. Die Pränataldiagnostik kann dabei helfen, diese Fälle zu erkennen, und ermöglicht damit den betroffenen Eltern wichtige Handlungsoptionen.

Im Rahmen der Pränataldiagnostik muss zwischen Methoden differenziert werden, die lediglich eine Risikoabschätzung ermöglichen (z. B. Ersttrimesterscreening) oder ein diagnostisches Ergebnis (z. B. Fruchtwasseranalyse) erzielen. Des Weiteren muss zwischen nichtinvasiver Pränataldiagnostik (Ultraschalluntersuchungen, biochemische Analysen) und der invasiven Pränataldiagnostik (Fruchtwasserpunktion, Chorionzottenbiopsie und Nabelschnurpunktion) unterschieden werden. Während die nichtinvasive Pränataldiagnostik außer dem Risiko der Verunsicherung der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern kein Risiko für die Schwangerschaft mit sich bringt, beinhaltet die invasive Pränataldiagnostik ein kleines, aber messbares Risiko, die Schwangerschaft durch den Eingriff zu verlieren. Dieses Risiko liegt je nach Untersuchungsmethode, Erfahrung des Untersuchers und der Zahl der pro Jahr durchgeführten Eingriffe in einem Bereich von 0,3–3,0%.

Inzwischen sind auch nichtinvasive pränatale, molekulargenetische Untersuchungen der freien fetalen/plazentaren DNA aus dem mütterlichen Blut durchführbar. Sie werden in der Routinediagnostik allerdings bisher nur zur Bestimmung des fetalen Geschlechts, des fetalen Rhesus-Status sowie zum Nachweis der am häufigsten vorkommenden autosomalen Trisomien 13, 18 und 21 eingesetzt.

### Nichtinvasive Methoden der Pränataldiagnostik

#### Screeninguntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien

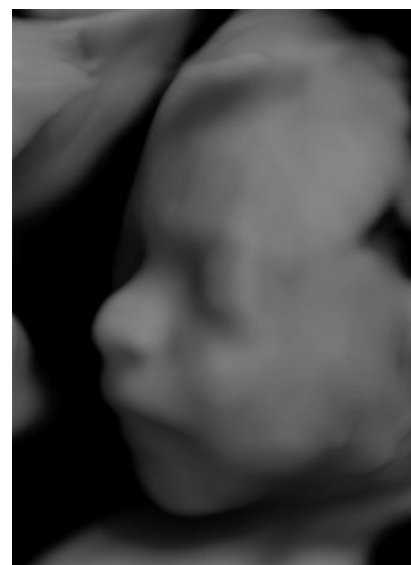
Deutschland hat im Jahr 1979 als erstes Land der Welt die Ultraschalluntersuchung als Routineuntersuchung für jede Schwangere eingeführt. Bei normalem Schwangerschaftsverlauf wurden zunächst 2 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Ab 1995 wurde das Konzept bei normalem Schwangerschaftsverlauf auf 3 Ultraschalluntersuchungen erweitert (10/20/30 Schwangerschaftswochen = SSW-Konzept) [2].

**Erste Screeninguntersuchung.** Die erste Screeninguntersuchung (9.–12. SSW) befasst sich mit folgenden Aspekten/Fragstellungen:

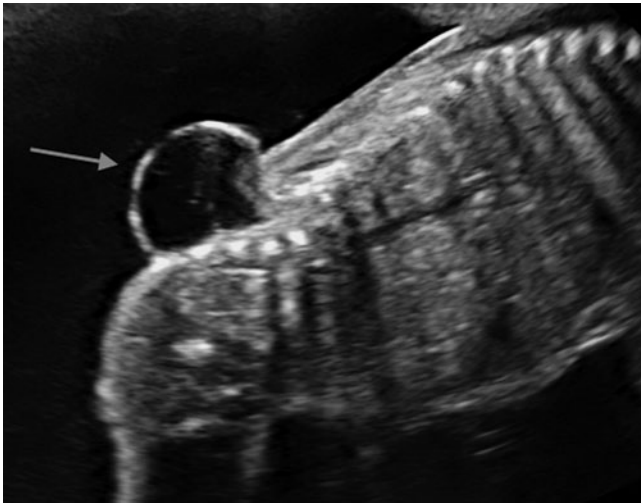
1. Ist die Schwangerschaft intakt? Ungefähr 15% aller Schwangerschaften enden als Fehlgeburt (Abort) im ersten Drittel der Schwangerschaft [3].
2. Die Längenmessung (Scheitel-Steißlänge) des Embryos bzw. ab der 11. SSW des Fetus, soll sichern, dass der errechnete Entbindungstermin stimmt. Dies ist die Voraussetzung

dafür, um im späteren Schwangerschaftsverlauf die zeitgerechte Entwicklung des Feten diagnostizieren zu können.

3. Nach den Mutterschaftsrichtlinien sollen Auffälligkeiten der embryonalen/fetalen Entwicklung erfasst und ggf. eine weiterführende Untersuchung durch eine Spezialistin/einen Spezialisten veranlasst werden.
4. Mehrlinge sollen erkannt und insbesondere eineiige Mehrlinge dokumentiert werden, weil diese spezifische Schwangerschaftsrisiken aufweisen.



**Abb. 1** ▲ 3D-Darstellung des Gesichts in der 23. SSW: Mund und Nase sind gut erkennbar, die Augen noch geschlossen. Es handelt sich um eine dreidimensionale Darstellung, die aus aufeinanderfolgenden zweidimensionalen Schnitten rekonstruiert wird (rendering). Die Strukturen im Randbereich sind nicht so detailliert darstellbar wie die Strukturen im Zentrum. Überlagerungen z. B. durch die Plazenta und Kindsbewegungen führen zu Artefakten



**Abb. 2** ◀ Myelomeningozele bei Spina bifida („offener Rücken“) im Kreuzbeinbereich in der 22. SSW. Bei dieser Fehlbildung kann eine vorgeburtliche Operation die Langzeitprognose für das Kind verbessern

**Zweite Screeninguntersuchung.** Die zweite Screeninguntersuchung (19.–22. SSW) dient dazu, das zeitgerechte Wachstum des Feten zu erkennen und Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen zu erfassen. Außerdem sollen Störungen der Plazentalage (Placenta praevia) erkannt werden, um für die Geburt entsprechend gewappnet zu sein. Bezüglich dieser zweiten Screeninguntersuchung wurden zwischenzeitlich Veränderungen beschlossen: Die Schwangere soll nach entsprechender Aufklärung mithilfe eines vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (das IQWiG steht dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beratend zur Seite) erarbeiteten Informationsblattes [4] entscheiden, ob sie im zweiten Screening lediglich eine Größenbestimmung des Feten wünscht oder auch eine „kleine“ Fehlbildungsdiagnostik durch ihre Frauenärztin/ihren Frauenarzt (zu unterscheiden von der seit über 20 Jahren durchgeführten umfassenderen weiterführenden Fehlbildungsdiagnostik). Auch hier ist bei Auffälligkeiten der Schwangerschaft oder der fetalen Entwicklung oder bei besonderen Risiken die weiterführende Untersuchung ausdrücklich vorgesehen.

**Dritte Screeninguntersuchung.** Die dritte Screeninguntersuchung (29.–32. SSW) soll Störungen des fetalen Wachstums, wie sie z. B. beim Gestationsdiabetes oder der Plazentainsuffizienz (Unterfunktion des Mutterkuchens) auftreten, erkennen helfen, um ggf. eine in-

tensivere Überwachung der Schwangerschaft oder eine rechtzeitige Entbindung bei gefährdetem Feten zu veranlassen. Außerdem gibt es durchaus fetale Fehlbildungen, die zumeist erst im dritten Trimenon der Schwangerschaft erkennbar sind (z. B. Verengungen des Verdauungstraktes), obwohl die zugrunde liegende Schädigung bereits in der Embryonalperiode stattgefunden hat.

Obige Untersuchungen stehen jeder Schwangeren zu, wobei die Schwangere selbstverständlich das Recht hat, die Untersuchungen abzulehnen bzw. nicht wahrzunehmen.

Das IQWiG-Informationsblatt [4] beleuchtet aber nicht ausführlich die möglichen negativen Folgen für das Kind, wenn Fehlbildungen, wie z. B. Neuralrohrdefekte („offener Rücken“), oder fetale Herzfehler nicht vorgeburtlich erkannt werden, weil die Fehlbildungsscreeninguntersuchung abgelehnt wurde. Aus ärztlicher Sicht wäre es besser, dass die Schwangere klar äußert, wenn für sie ein Abbruch der Schwangerschaft überhaupt nicht infrage käme und sie nur Diagnosen mitgeteilt bekommen möchte, die eine therapeutische Perspektive zum Wohl des Kindes eröffnen.

### Weiterführende Ultraschalluntersuchungen

**Weiterführende Fehlbildungsdiagnostik im zweiten Drittel der Schwangerschaft.** Die weiterführende Fehlbildungsdiagnostik im zweiten Drittel der Schwangerschaft (■ Abb. 1) wird bereits

seit über 20 Jahren im Bedarfsfall (Indikationen sind in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt und umfassen auch den Punkt: Ultraschall als Alternative zur invasiven Pränataldiagnostik) durchgeführt und umfasst eine detaillierte Untersuchung der Schwangerschaft, des Feten und der fetalen Organsysteme nach einem vorgegebenen Ablauf (DEGUM-Leitlinien) [5]. Üblicherweise wird diese Untersuchung durch eine(n) speziell qualifizierte(n) Frauenärztin/Frauenarzt (z. B. DEGUM-II/III-Qualifikation) zwischen der 20. und 23. SSW durchgeführt. Ungefähr 5–10% der Feten zeigen bei der Ultraschalluntersuchung sog. Hinweiszeichen auf genetische Anomalien. In der Mehrzahl der Fälle sind diese auch bei gesunden Feten zu finden. Sie können aber auch als Indiz für eine chromosomale Anomalie gewertet werden, damit eine Aufklärung nach Gendiagnostikgesetz erfordern und die Frage der weiterführenden Abklärung aufwerfen. Wenn sich im Rahmen dieser Untersuchung Hinweise auf genetische Anomalien ergeben, obliegt es dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, über eine weitere Abklärung [invasive Pränataldiagnostik oder einen nichtinvasiven pränatalen Test (NIPT) an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut)] zu entscheiden. Für den Fall schwerer Fehlbildungen oder zu erwartender geistiger Entwicklungsstörungen des Feten sind die Möglichkeiten des weiteren Procedere in den § 218 und § 219 des STGB sowie im Schwangerschaftskonfliktgesetz in der aktualisierten Fassung von 2010 mit entsprechenden Beratungsverpflichtungen für die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt geregelt. Die spezialisierte weiterführende Fehlbildungsdiagnostik ermöglicht das Erkennen von ca. 80% der schweren fetalen Erkrankungen und Fehlbildungen ([4], ■ Abb. 2).

**Ersttrimesterscreening nach Nicolaides.** In den letzten 15 Jahren hat sich neben der weiterführenden Fehlbildungsdiagnostik durch Spezialistinnen/Spezialisten um die 20.–22. SSW in mehreren europäischen Nachbarländern wie England, Frankreich, Dänemark, Holland das Ersttrimesterscreening nach Nicolaides etabliert. Hier wird eine Ultra-

schalluntersuchung zwischen der 12. und 14. SSW durchgeführt, bei der der Fetus anatomisch beurteilt und die fetale Nackendicke gemessen wird, um Risiken für chromosomale Veränderungen, Herzfehler und weitere Erkrankungen abschätzen zu können [6, 7, 8]. Durch die zusätzliche Bestimmung mütterlicher Schwangerschaftsparameter (PAPP-A, freies  $\beta$ -HCG) zwischen der 10. und 14. SSW lässt sich die Aussagekraft über chromosomale Anomalien deutlich erhöhen. Diese Untersuchung wird „combined screening“ genannt und ist im oben genannten europäischen Ausland ein Routineangebot an alle Schwangere [9]. Selbstverständlich unterliegt diese Untersuchung in Deutschland dem Gendiagnostikgesetz, ergeben sich doch aus den Ergebnissen eventuell weitreichende Konsequenzen für die Schwangere. Bei einem im Rahmen des Ersttrimesterscreenings ermittelten erhöhten Risiko für chromosomale Erkrankungen ist die weitere diagnostische Klärung des Befundes nur mittels invasiver Pränataldiagnostik oder NIPT möglich.

**Ersttrimesterscreening mit detaillierter Fehlbildungsdiagnostik.** Das Ersttrimesterscreening mit detaillierter Fehlbildungsdiagnostik (■ **Abb. 3 und 4**) (im Unterschied zur isolierten Nackentransparenzmessung) ermöglicht das frühzeitige Erkennen von ca. 85% der schweren fetalen Fehlbildungen, die sich sonst erst bei der weiterführenden Fehlbildungsdiagnostik um die 19.–22. SSW zeigen würden [10, 11]. Das Ersttrimesterscreening hat zu einem Paradigmenwechsel in der Indikationsstellung zur invasiven Pränataldiagnostik geführt [12, 13]. Vor seiner Verbreitung wurde allen Schwangeren ab einem mütterlichen Alter von 35 Jahren zum errechneten Geburtstermin eine invasive Pränataldiagnostik, zumeist mittels Amniozentese, angeboten. Damit wurden, bezogen auf die Trisomie 21, ca. 30% der betroffenen Feten erkannt, wobei 5% der Schwangeren eine invasive Pränataldiagnostik angeboten werden musste. Aufgrund des steigenden Alters der Schwangeren müsste nach diesem Vorgehen 20% der Schwangeren eine invasive Pränataldiagnostik angeboten werden, mit der 50% der Feten mit Tri-

somie 21 erfasst würden. Mittels Ersttrimesterscreening lassen sich mehr als 90% der betroffenen Feten diagnostizieren bei 5% testpositiven Schwangeren, die dann weitergehend mittels invasiver Pränataldiagnostik oder NIPT untersucht werden müssten. Die Trisomie 21 steht hier als Surrogatparameter auch für andere chromosomale Veränderungen, die mittels des Ersttrimesterscreenings bzw. der Fehlbildungsdiagnostik erkennbar sein können. Grundsätzlich muss aber betont werden, dass es sich beim Ersttrimesterscreening bezüglich chromosomaler Anomalien nur um ein statistisches Testverfahren handelt, während die invasive Pränataldiagnostik und die NIPT diagnostische Methoden sind.

Sowohl für die Schwangere als auch für den pränataldiagnostischen Laien dürfte die Unterscheidung zwischen den oben genannten Untersuchungen, insbesondere die Abgrenzung der „kleinen Fehlbildungsdiagnostik“, wie sie jetzt in die Mutterschaftsrichtlinien eingeführt wird, von der etablierten weiterführenden Fehlbildungsdiagnostik nur schwer bis unmöglich sein. Die jetzt verabschiedete Reform setzt also weiterhin auf das Mehrstufenkonzept, das darauf beruht, dass der weniger qualifizierte und weniger erfahrene Untersucher „etwas Ungewöhnliches“ bemerken muss, um die Schwangere zum Spezialisten weiter zu überweisen.

Wie gut funktioniert das Mehrstufenkonzept, das in den 1970er-Jahren sicher ein wegweisendes fortschrittliches Konzept im Sinne der Schwangeren gewesen ist [14]? Wir wissen es nicht! Es gibt spärliche Untersuchungen zum Erfolg des Mehrstufenkonzeptes beim Ultraschall in der Schwangerenvorsorge. Die Erkennungsrate für schwere Fehlbildungen des Kindes wird dabei mit ca. 20% angegeben, d. h., 4 von 5 schweren Fehlbildungen werden nicht erkannt [15]. Als Maß für die Effektivität der Schwangerenvorsorge wird in Deutschland oft die sinkende perinatale Mortalität (perinatale Mortalität = Rate an Totgeburten mit mindestens 500 g Gewicht und an allen Lebendgeborenen, die innerhalb von 7 Tagen nach der Geburt versterben, bezogen auf 1000 Geburten) angeführt, die in den 1970er-Jahren im Mittelfeld der

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:1662–1669  
DOI 10.1007/s00103-013-1854-7  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M. Stumm · M. Entezami  
**Pränataldiagnostik. Aktuelle medizinische Aspekte**

#### Zusammenfassung

Die Pränataldiagnostik hat in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung durchlaufen. Durch die Verbesserung der Ultraschalldiagnostik und die Einführung des Ersttrimesterscreenings hat sich die Anzahl der invasiven pränatalen diagnostischen Eingriffe mehr als halbiert. Die seit Kurzem verfügbaren, nicht-invasiven Tests an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut forcieren diese Entwicklung noch weiter, sodass invasive Eingriffe in naher Zukunft immer seltener zum Einsatz kommen werden und damit auch die Zahl eingriffsbedingter Fehlgeburten weiter sinken wird.

#### Schlüsselwörter

Schwangerschaft · Nichtinvasive Pränataldiagnostik · Invasive Pränataldiagnostik · Ultraschall · Zellfreie fetale DNA

#### Prenatal diagnostics. Current medical aspects

#### Abstract

During the last few years, there has been a rapid development in prenatal diagnosis. Due to the improvements in sonographic examinations and the introduction of first-trimester screening, the number of invasive prenatal diagnostic procedures has dropped by more than 50%. Recently, noninvasive prenatal diagnostic tests with cell-free fetal DNA from maternal blood have also become available and will further enhance this development. As invasive prenatal procedures will become less frequent in the near future, the proportion of procedure-related abortions will further decrease.

#### Keywords

Pregnancy · Noninvasive prenatal diagnostics · Invasive prenatal diagnostics · Sonographic examinations · Cell-free fetal DNA

Industrienationen lag, inzwischen aber zu den niedrigsten der Welt zählt. Die perinatale Mortalität liegt in Deutschland bei ca. 5 auf 1000 Geburten.

Studien zur Effektivität spezialisierter Ultraschalluntersuchungen gibt es dagegen in größerer Zahl. Hier sind Er-



**Abb. 3** ◀ Messung der fetalen Nackentransparenz in der 13. SSW zur Abschätzung des Risikos für chromosomale Anomalien und Herzfehler, zusätzlich wird die vierte Hirnkammer (Pfeil) beurteilt, um einen Neuralrohrdefekt frühzeitig diagnostizieren zu können



**Abb. 4** ▲ 3D-Darstellung von Gesicht und Händen in der 13. SSW (3D-Technik s. Abb. 1)

kennungsraten für schwere Fehlbildungen von bis zu 85–90% beschrieben. Eine Metaanalyse aus 17 Studien zeigte, dass die Detektionsraten für schwere fetale Fehlbildungen im zweiten Trimester im Allgemeinen gut sind, aber stark zwischen den betroffenen anatomischen Systemen variieren ([16], ■ Tab. 1).

Prof. Hackelöer, der das Mehrstufenkonzept wesentlich mitgeprägt und seine Einführung durchgesetzt hat, sieht inzwischen, dass es der rasanten Entwicklung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der Pränataldiagnostik nicht gerecht wird. Folglich beantragte er 2005 beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Anpassung der Mutterschaftsrichtlinien an die aktuellen medizinischen Gegebenheiten: Es sollte nach

seiner Meinung jeder Schwangeren eine weiterführende Ultraschalluntersuchung angeboten werden [4]. Hintergrund für diese Forderung ist, dass sich die meisten relevanten Fehlbildungen und fetalen Erkrankungen anhand der Vorgeschichte der Schwangeren nicht erkennen lassen (es gibt keine „Nicht-Risiko-Schwangerschaft“) und dass das Mehrstufenkonzept zum Erkennen von Fehlbildungen nicht ausreichend sicher ist, um den Schwangeren eine zeitgemäße Versorgung zu gewährleisten. Wenn eine Feindiagnostik nur nach auffälliger „Grobdiagnostik“ angeboten wird, werden naturgemäß viele Fehlbildungen des Fetus übersehen oder erst später erkannt, als nötig wäre.

### Molekulargenetische Diagnostik an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut

Die Entdeckung großer Mengen zellfreier fetaler DNA im mütterlichen Blut [17] eröffnete – zusätzlich zu den bildgebenden Verfahren – ein völlig neues Feld der nichtinvasiven pränatalen Diagnostik. Durch die Untersuchung dieser zellfreien fetalen DNA (cff-DNA) wird eine genetische Diagnostik des heranwachsenden Kindes möglich, ohne dass vorher ein invasiver Eingriff erfolgt. Der Begriff „zellfreie fetale DNA“ ist jedoch nicht völlig korrekt, da diese DNA maßgeblich aus dem Zytotrophoblasten, d. h. aus der Plazenta stammt und damit definitionsgemäß extraembryonalen Ursprungs ist. Dies bedeutet wiederum, dass mit der

diagnostischen Untersuchungen dieser DNA maximal die diagnostische Sicherheit einer Chorionzottenbiopsie erreicht werden kann und fetoplazentare Diskrepanzen zu einem geringen Prozentsatz (~1–2%) zu falsch positiven oder falsch negativen Ergebnissen führen können. Die zellfreie fetale DNA ist ab der vierten Schwangerschaftswoche im mütterlichen Blut nachweisbar und hat einen Anteil von durchschnittlich 10%. Dies bedeutet, dass 90% der zellfreien DNA mütterlichen Ursprungs sind, was wiederum die genetische Diagnostik erheblich erschwert. Erste Untersuchungen fokussierten sich deshalb auf den qualitativen Nachweis von Sequenzen, die im mütterlichen Genom nicht vorhanden sind wie Y-chromosomale Sequenzen [17] oder RhesusD-Sequenzen in RhesusD-negativen Frauen [18].

Neue Verfahren mit modernen Sequenziermethoden der nächsten Generation (Next Generation Sequencing, NGS) ermöglichen mittlerweile auch eine zuverlässige quantitative Analyse spezifischer Aneuploidien an der cff-DNA aus mütterlichem Blut [19, 20, 21]. Dabei werden Millionen amplifizierte genomische Fragmente parallel sequenziert (Massively Parallel Sequencing, MPS). Mittels bioinformatischer Algorithmen können anschließend Dosisdifferenzen einzelner Chromosomen ermittelt und damit fetale Aneuploidien nachgewiesen werden.

Erste klinische Studien zu diesen molekulargenetischen nichtinvasiven pränatalen Testsystemen (NIPT) zeigen hohe Detektionsraten und wenig falsch positive Befunde für den Nachweis der Trisomien 13, 18 und 21 [21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28]. Die Sensitivitäten und Spezifitäten sind aber nicht für alle 3 Chromosomen gleich, da der unterschiedliche GC-Gehalt der einzelnen Chromosomen bei der DNA-Amplifikation zu einem Ungleichgewicht führt. Mittels spezifischer Algorithmen kann diesem Effekt aber bei der bioinformatischen Analyse entgegengewirkt werden [21, 22, 23, 29, 30]. Dennoch wurde in den entsprechenden Studien auch über falsch negative und falsch positive Ergebnisse berichtet. Wie bereits erwähnt, ist dabei auch immer zu berücksichtigen, dass die

**Tab. 1** Prävalenz und Detektionsraten von schweren fetalen Fehlbildungen im zweiten Trimester [16]

Fetale Fehlbildung	Prävalenz pro 1000	Detektionsrate (%)
Anecephalus	0,52	98
Enzephalozele	0,15	91
Bilaterale Nierenagenesie	0,37	90
Bauchwanddefekte	0,33	90
Unilaterale Nierendysplasie	0,49	87
Holoprosenzephalie	0,14	73
Hydrozephalus	0,49	69
Spina bifida	0,47	66
Kongenitale Zwerchfellhernie	0,15	48
Talipes	0,27	20
Gesichtsspalten	0,20	14
Atrioventrikularer Septumdefekt	0,09	13
Trachea-Ösophagusatresie	0,03	7

sog. zellfreie fetale DNA aus der Plazenta stammt und deshalb – entsprechend der Situation bei der Chorionzotendiagnostik – nicht immer den fetalen Chromosomensatz repräsentieren muss. Aus diesem Grund sollten alle aneuploiden Befunde der nichtinvasiven pränatalen Diagnostik aus cff-DNA durch eine Amnionzentese bestätigt werden. Eine Chorionzottenbiopsie ist dabei nicht zu empfehlen, da diese ja zum selben diskrepanten Ergebnis führen könnte.

Des Weiteren sind folgende Sachverhalte zu beachten, die im Rahmen einer genetischen Beratung der Schwangeren vor der Durchführung einer NIPT vermittelt werden sollten:

1. Durch die gezielte Analyse der Aneuploidien der Chromosomen 13, 18 und 21 werden nur ca. 50% aller chromosomalen Aberrationen detektiert. Andere Aneuploidien und strukturelle Aberrationen wie unbalancierte Translokationen, Deletionen und Duplikationen werden nicht erfasst.
2. Die NIPT können nicht zwischen unterschiedlichen Formen von Aneuploidien unterscheiden. Das heißt, es bleibt nach der Untersuchung unklar, ob es sich um eine freie Trisomie, eine Translokationstrisomie oder um ein Zellmosaik mit einem hohen Anteil an aneuploiden Zellen handelt. Da diese Informationen aber zur Einschätzung der Prognose und des Wiederholungsrisikos wichtig sind, sollte dieser Sachverhalt durch wei-

tere zytogenetische Diagnostik abgeklärt werden.

3. Es kann zu Problemen bei den NIPT kommen, wenn der fetale DNA-Gehalt im maternalen Blut zu niedrig ist (<4%). Dies verzögert das Vorliegen eines Ergebnisses. Biologische Faktoren, die zu einem geringen fetalen DNA-Gehalt führen können, sind ein hoher Body Mass Index (BMI) der Schwangeren, die Plazentagröße sowie frühe Schwangerschaftswochen.
4. Insgesamt ist auch zu berücksichtigen, dass das Ergebnis der NIPT später vorliegt als das Ergebnis der Serumanalyse oder die ersten Ergebnisse der invasiven Pränataldiagnostik (Chorionzottenkurzzeitkultur und pränataler Schnelltest an nativen Amnionzellen).
5. Mit den NIPT werden keine Neuralrohrdefekte erkannt, und sie ersetzen auch nicht das Ersttrimesterscreening. Das Ersttrimesterscreening ermittelt nicht nur das Aneuploidierisiko, sondern es werden hier zusätzlich auch fetale Fehlbildungen (z. B. Herzfehler) und Erkrankungen sowie andere Schwangerschaftskomplikationen festgestellt.
6. Vor dem Einsatz der NIPT ist eine Ultraschalluntersuchung erforderlich, um das exakte Schwangerschaftsalter, Mehrlingsschwangerschaften oder Vanishing Twins zu erfassen. Ein zu frühes Schwangerschaftsalter (<12 SSW p.m.) kann zu einem zu geringen fetalen DNA-Gehalt führen und damit kein Ergebnis liefern.

Für Mehrlingsschwangerschaften existieren nur limitierte Studiendaten. Das Vorliegen von Vanishing Twins kann zu falschen Ergebnissen führen, wenn im maternalen Blutkreislauf noch plazentare DNA des untergegangenen Zwillinges zirkuliert.

Doch trotz all dieser Einschränkungen liefern die NIPT sehr viel zuverlässigere Ergebnisse als die Analysen mütterlicher Serumparameter. Die Detektionsraten sind höher und die Falsch-positiv-Raten niedriger. Dies führt zu dem Vorteil, dass es deutlich weniger invasive Eingriffe aufgrund falsch positiver Ergebnisse gibt. Zum momentanen Zeitpunkt empfiehlt sich die NIPT vor allem für Frauen, die nach dem Ersttrimesterscreening kein eindeutig auffälliges, aber auch kein eindeutig unauffälliges Ergebnis vorliegen haben. Mit dem Ergebnis der NIPT kann das Risiko eines unnötigen invasiven Eingriffes in diesem Patientenkollektiv vermieden werden. Ein aktuelles Positionspapier zur Thematik „Aneuploidie-Screening“ wurde vor Kurzem von der International Society for Prenatal Diagnosis (ISPD) veröffentlicht [31].

## Invasive Methoden

Die Zahl der durchgeführten invasiven Pränataldiagnostikmaßnahmen hat in den letzten Jahren in Deutschland kontinuierlich abgenommen. In unserem Zentrum werden im Vergleich zu vor 10 Jahren nur noch ca. 30% der invasiven pränatal diagnostischen Eingriffe durchgeführt. Das erscheint vor allem deshalb paradox, weil das Alter der Schwangeren nach wie vor das größte Risiko für eine fetale Chromosomenstörung darstellt und immer mehr Frauen erst in der vierten Lebensdekade schwanger werden. Doch jede invasive Methode birgt ein kleines, aber messbares Risiko für einen eingriffsbedingten Schwangerschaftsverlust. Daher entscheiden sich mittlerweile viele Schwangere gegen eine invasive Pränataldiagnostik und ziehen die nichtinvasiven Screeningtests vor. Die genetischen Untersuchungen an Fruchtwasserzellen sind jedoch nach wie vor der Goldstan-

## Übersicht 1 Inhalte einer genetischen Beratung vor der vorgeburtlichen Diagnostik

1. Aktuelle Untersuchungsmöglichkeiten
2. Das Risiko der Untersuchung
3. Die Aussagekraft und mögliche Einschränkungen eines auffälligen Befundes, insbesondere bei Fragen der Risikoabklärung
4. Mögliche Konsequenzen der pränatalen Diagnostik
5. Alternativen bei einer Entscheidung gegen die Untersuchung

dard in der genetischen Pränataldiagnostik. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass jede Schwangere, die sich für oder gegen einen invasiven Eingriff entscheidet, ausführlich beraten wird, um die Vor- und Nachteile ihrer Entscheidung richtig einordnen zu können. Jede genetische Beratung vor einer vorgeburtlichen Diagnostik sollte deshalb die in **Übersicht 1** dargelegten Inhalte einschließen.

Bei RhesusD-negativen Frauen muss darüber hinaus bei jedem invasiven Eingriff eine Anti-RhesusD-Immunglobulin-Prophylaxe durchgeführt werden. HIV-positive Frauen müssen darüber aufgeklärt werden, dass das Risiko einer viralen Mutter-Kind-Übertragung unsicher bleibt.

Zu den invasiven Eingriffen gehören die Chorionzottenbiopsie, die Fruchtwasserpunktion (Amniozentese) und die fetale Nabelschnurpunktion (Chordozentese). An dem gewonnenen Material können zytogenetische, molekular-zytogenetische, molekulargenetische oder biochemische Untersuchungen durchgeführt werden.

### Chorionzottenbiopsie

Die Chorionzottenbiopsie (Chorionic Villi Sampling, CVS) wird in der Regel im ersten Trimester in der 11. bis 14. SSW durchgeführt. Frühere Punktionen werden als problematisch angesehen, da dabei eine erhöhte Rate an Extremitätenfehlbildungen festgestellt wurde. Eine häufige Indikation für die Chorionzottenbiopsie ist ein im Ersttrimesterscreening ermitteltes erhöhtes Aneuploidierisiko, da ein Ergebnis bereits am nächsten Tag vorliegt und entsprechende Hand-

lungsoptionen bietet. Neben dem schnellen Ergebnis bietet die CVS einen weiteren Vorteil: Es kann relativ viel Material gewonnen werden (bis zu 20–30 mg), was neben einer Zellkultur auch eine direkte DNA-Präparation aus nativem Material ermöglicht. Diese ist vor allem dann gefragt, wenn das heranwachsende Kind auf eine monogene Erkrankung untersucht werden soll.

Die Chorionzottenentnahme erfolgt in der Regel über eine transabdominale Biopsie. Dabei wird Trophoblastengewebe mit einer dünnen Nadel unter Ultraschallkontrolle entnommen. Die gewonnenen Chorionzotten sind extraembryonalen Ursprungs und setzen sich aus 3 Zellschichten zusammen: aus dem Synzytiotrophoblast, dem Zytotrophoblast und dem mesenchymalen Kern. Der Zytotrophoblast weist im ersten Trimester eine spontane Teilungsaktivität auf, wodurch eine erste Chromosomenanalyse bereits 24 h nach der Biopsie möglich ist. Zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit wird zusätzlich eine Langzeitkultur aus Zellen des mesenchymalen Kerns, der sich in der Embryonalentwicklung erst zu einem späteren Zeitpunkt von der inneren Zellmasse differenziert hat, angelegt. Fehlbefunde aufgrund einer mütterlichen Zellkontamination liegen in geübten Laboratorien unter 1%. Jedoch treten im extraembryonalen Gewebe häufiger Mosaiken auf, sodass es bei der Chorionzottenbiopsie in ca. 1–2% der Fälle zu fetoplazentaren Diskrepanzen kommen kann. Der Großteil von ihnen ist dabei auf plazentabegrenzte Mosaiken zurückzuführen. Die Sicherheit der Chorionzottenbiopsie ist in etwa vergleichbar mit der an Fruchtwasserzellen, wenn sowohl die Kurzzeit- als auch die Langzeitkultur untersucht werden. Dabei wird in der Regel aber nicht die Bänderungsqualität einer Chromosomenanalyse an Fruchtwasserzellen erreicht. Je nach Studie variiert die diagnostische Sicherheit zwischen 97,5 und 99,6% [32]. Falsch positive oder falsch negative Ergebnisse sind bei Vorliegen durchgängig pathologischer Zelllinien sowohl in der Kurzzeit- als auch in der Langzeitkultur sehr selten (<0,01%). Das eingriffsbedingte Abortrisiko nach CVS liegt laut Literaturangaben im Bereich von 0,5–1,0%.

Der Hauptvorteil der CVS ist die Biopsie im ersten Trimester. Dies ermöglicht eine frühe Diagnostik, reduziert damit die Wartezeit und den Stress für die Eltern und ermöglicht zudem einen einfacheren Schwangerschaftsabbruch durch eine Kürettage [33].

### Amniozentese

Die Amniozentese (AC) wird in der Regel im zweiten Trimester nach der 15. bis 16. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Frühere Punktionen werden als problematisch angesehen, da hier die Zahl der Schwangerschaftsverluste und Fehlbildungen größer ist. Die AC erfolgt über eine transabdominale Punktion mit einer dünnen Nadel unter Ultraschallkontrolle. Dabei werden in der Regel 10–20 ml Fruchtwasser entnommen. Im Fruchtwasser finden sich Zellanteile der Fruchthöhle und des Feten. Die gewonnenen Zellen liegen zunächst in der Ruhephase (G0-Phase) des Zellzyklus vor. Nur wenige Zellen sind so vital, dass sie wieder in den Zellzyklus eintreten und dann zu Kolonien auswachsen. In der Regel ist deshalb eine Kultivierung der Amnionzellen von 8 bis 14 Tagen erforderlich. Das Risiko für eine mütterliche Zellkontamination liegt bei einer AC im Bereich von 0,5%. Der Anteil von Kulturversagern sollte 0,2% nicht überschreiten. Die diagnostische Sicherheit liegt im Bereich von 99,4–99,8% [32]. Damit ist die AC nach wie vor der Goldstandard der invasiven pränatalen Diagnostik. Das eingriffsbedingte Abortrisiko nach AC liegt nach Literaturangaben im Bereich von 0,3–0,5% und ist von der Erfahrung des Untersuchers und der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Eingriffe abhängig [34, 35, 36].

### Chordozentese

Die Chordozentese (CC) kann ab der 16.–18. SSW durchgeführt werden. Dabei erfolgt unter Ultraschallkontrolle eine Punktion der Nabelvene, vorzugsweise an der Plazentaansatzstelle. Bei der Punktion werden 2–3 ml Fetalblut gewonnen. Eine Kontamination mit mütterlichen Zellen sollte vor jeder genetischen Untersuchung ausgeschlossen wer-



den (Kleihauer-Test, mittleres korpuskuläres Erythrozytenvolumen, MCV). Das eingriffsbedingte Abortrisiko liegt im Bereich von 1–3%; es ist hier jedoch zu berücksichtigen, dass die CC meist nur bei Hochrisikoschwangerschaften eingesetzt wird. Wichtige Indikationen für eine CC sind erforderliche zytogenetische und/oder molekulargenetische Analysen nach auffälligem Ultraschallbefund bei der Feindiagnostik oder ein weiteres Abklärungsbedürfnis nach unklaren zytogenetischen Befunden (z. B. Mosaiken) nach einer CVS und/oder AC. Die Vorteile der CC liegen darin, dass ausschließlich fetales Material untersucht wird und molekular-zytogenetische Ergebnisse bereits nach 24 h sowie konventionelle zytogenetische Befunde bereits nach 3 bis 4 Tagen vorliegen. Obwohl bei der CC ausschließlich fetales Material gewonnen wird, ist die diagnostische Sicherheit der zytogenetischen Befunde eingeschränkt, da bei Vorliegen spezifischer chromosomaler Mosaiken falsch negative Befunde auftreten können [33].

In unserem Zentrum werden zur Klärung spezifischer Fragestellungen in seltenen Fällen auch Zellen aus anderen fetalen Körperflüssigkeiten (z. B. fetaler Urin, Aszites) durch Biopsie gewonnen und nach der Zellkultur zytogenetische Analysen durchgeführt [33].

## Fazit

**Die Weiterentwicklung von sensitiven und spezifischen nichtinvasiven Methoden hat die Pränataldiagnostik in den letzten Jahren maßgeblich verändert und die Notwendigkeit für invasive pränatale Eingriffe drastisch reduziert. Diese Entwicklung wird durch Fortschritte bei nichtinvasiven molekulargenetischen Tests an zellfreier fetaler DNA aus mütterlichem Blut auch weitergehen. Diese Testsysteme werden eine hohe diagnostische Qualität erreichen und die weniger sensitiven und spezifischen Risikoanalysen ablösen. Die invasiven Techniken werden aber nach wie vor im begrenzten Maß benötigt werden, da sie die höchste diagnostische Sicherheit bieten und darüber hinaus zusätzliche zytogenetische Informationen für die Beratung liefern. Dies bedeutet**

**aber auch, dass den Schwangeren die Vor- und Nachteile der verschiedenen zur Verfügung stehenden Methoden im Rahmen einer genetischen Beratung adäquat vermittelt werden müssen, um ihnen eine Entscheidungsfindung zu ermöglichen. In der aktuellen Stellungnahme des deutschen Ethikrates wird zusätzlich gefordert, dass eine pränatale Diagnostik nur an Einrichtungen für Pränataldiagnostik durchgeführt werden soll, die bei Bedarf auch eine weiterführende differenzierte Ultraschalldiagnostik und die Zusammenarbeit mit einer unabhängigen psychosozialen Beratungseinrichtung anbieten können [37].**

## Korrespondenzadresse

### PD Dr. M. Stumm

Zentrum für Pränataldiagnostik und Humangenetik Kudamm-199  
Kurfürstendamm 199, 10719 Berlin  
stumm@kudamm-199.de

**Danksagung.** Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen sowie allen Mitarbeitern aus dem Zentrum für Pränataldiagnostik und Humangenetik Kudamm-199 für die langjährige erfolgreiche Zusammenarbeit.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** M. Stumm und M. Entezami sind Partner in der Partnerschaftsgesellschaft „Zentrum für Pränataldiagnostik und Humangenetik Kudamm-199“ in Berlin. M. Stumm ist darüber hinaus Gesellschafter und Geschäftsführer der BG Berlin-Genetics GmbH. M. Stumm: Referententätigkeit und Beratungstätigkeit für die Firma LifeCodexx AG.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt. <http://www.angeborene-fehlbildungen.com> (Zugegriffen: 05.05.2013)
2. Mutterschaftsrichtlinien. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/> (Zugegriffen: 05.05.2013)
3. Borrell A, Stergiotou I (2013) Miscarriage in contemporary maternal-fetal medicine: targeting clinical dilemmas. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Epub ahead of print] PubMed PMID: 23436575
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). [https://www.iqwig.de/download/P08-01\\_Vorbericht\\_Aufklaerung\\_Ultraschallscreening\\_in\\_der\\_Schwangerschaft.pdf](https://www.iqwig.de/download/P08-01_Vorbericht_Aufklaerung_Ultraschallscreening_in_der_Schwangerschaft.pdf) (Zugegriffen: 05.05.2013)

5. Merz E, Eichhorn KH, Hansmann M, Meinel K (2002) Qualitätsanforderungen an die weiterführende differenzialdiagnostische Ultraschalluntersuchung in der pränatalen Diagnostik (= DEGUM Stufe II) im Zeitraum 18. bis 22. Schwangerschaftswoche. *Ultraschall Med* 23:11–12
6. Brady AF, Pandya PP, Yuksel B et al (1998) Outcome of chromosomally normal livebirths with increased fetal nuchal translucency at 10–14 weeks' gestation. *J Med Genet* 35:222–224
7. Bindra R, Heath V, Liao A et al (2002) One stop clinic for assessment of risk for trisomy 21 at 11–14 weeks: a prospective study of 15,030 pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 20:219–225
8. Crossley JA, Aitken DA, Cameron AD et al (2002) Combined ultrasound and biochemical screening for Down's syndrome in the first trimester: a Scottish multicentre study. *BJOG* 109:667–676
9. Ekelund CK, Petersen OB, Skibsted L et al (2011) First-trimester screening for trisomy 21 in Denmark: implications for detection and birth rates of trisomy 18 and trisomy 13. *Ultrasound Obstet Gynecol* 38:140–144
10. Becker R, Wegner RD (2006) Detailed screening for fetal anomalies and cardiac defects at the 11–13-week scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 27:613–618
11. Timor-Tritsch IE, Fuchs KM, Monteagudo A, D'Alton ME (2009) Performing a fetal anatomy scan at the time of first-trimester screening. *Obstet Gynecol* 113:402–407
12. Hagen A, Entezami M, Gasiorek-Wiens A et al (2011) The impact of first trimester screening and early fetal anomaly scan on invasive testing rates in women with advanced maternal age. *Ultraschall Med* 32:302–306
13. Becker R, Schmitz L, Kilavus S et al (2012) „Normal“ nuchal translucency: a justification to refrain from detailed scan? Analysis of 6858 cases with special reference to ethical aspects. *Prenat Diagn* 32:550–556
14. Hansmann M (1981) Nachweis und Ausschluss fetaler Entwicklungsstörungen mittels Ultraschall-screening und gezielter Untersuchung – ein Mehrstufenkonzept. *Ultraschall* 2:206–220
15. Jahn A (2002) Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft Evidenz und Vorsorgewirklichkeit. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 96:649–654
16. NICE (2008) Antenatal care – routine care for the healthy pregnant woman – clinical guideline. National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2. Aufl. RCOG Press
17. Lo YM, Corbetta N, Chamberlain PF et al (1997) Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet* 350:485–487
18. Lo YM, Hjelm NM, Fidler C et al (1998) Prenatal diagnosis of fetal RhD status by molecular analysis of maternal plasma. *N Engl J Med* 339:1734–1738
19. Stumm M, Wegner RD, Hofmann W (2012) Zellfreie fetale DNA im mütterlichen Blut: neue Möglichkeiten in der pränatalen Diagnostik. *J Lab Med* 36:253–261
20. Stumm M, Entezami M, Trunk N et al (2012) Non-invasive prenatal detection of chromosomal aneuploidies using different next generation sequencing strategies and algorithms. *Prenat Diagn* 32:569–577
21. Stumm M, Entezami M, Haug K et al (2013) Diagnostic accuracy of random massively parallel sequencing for non-invasive prenatal detection of common autosomal aneuploidies: a collaborative study in Europe. *Prenat Diagn* (im Druck)

22. Palomaki GE, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM et al (2011) DNA sequencing of maternal plasma to detect Down syndrome: an international clinical validation study. *Genet Med* 13:913–920
23. Palomaki GE, Deciu C, Kloza EM et al (2012) DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study. *Genet Med* 14:296–305
24. Bianchi DW, Platt LD, Goldberg JD et al (2012) Genome-wide fetal aneuploidy detection by maternal plasma DNA sequencing. *Obstet Gynecol* 119:890–901
25. Dan S, Wang W, Ren J et al (2012) Clinical application of massively parallel sequencing-based prenatal noninvasive fetal trisomy test for trisomies 21 and 18 in 11 105 pregnancies with mixed risk factors. *Prenat Diagn* 32:1225–1232
26. Norton ME, Brar H, Weiss J et al (2012) Non-Invasive Chromosomal Evaluation (NICE) Study: results of a multicenter prospective cohort study for detection of fetal trisomy 21 and trisomy 18. *Am J Obstet Gynecol* 207:137.e1–137.e8
27. Ashoor G, Syngelaki A, Wagner M et al (2012) Chromosome-selective sequencing of maternal plasma cell-free DNA for first-trimester detection of trisomy 21 and trisomy 18. *Am J Obstet Gynecol* 206:322.e1–322.e5
28. Ashoor G, Syngelaki A, Wang E et al (2013) Trisomy 13 detection in the first trimester of pregnancy using a chromosome-selective cell-free DNA analysis method. *Ultrasound Obstet Gynecol* 41:21–25
29. Chen EZ, Chiu RW, Sun H et al (2012) Noninvasive prenatal diagnosis of fetal trisomy 18 and trisomy 13 by maternal plasma DNA sequencing. *PLoS One* 6:e21791
30. Lau TK, Chen F, Pan X et al (2012) Noninvasive prenatal diagnosis of common fetal chromosomal aneuploidies by maternal plasma DNA sequencing. *J Matern Fetal Neonatal Med* 25:1370–1374
31. Position Statement from the Aneuploidy Screening Committee on Behalf of the Board of the International Society for Prenatal Diagnosis April 2013. <http://www.ispdhome.org/public/news/2013/PositionStatementAneuploidy4apr2013.pdf> (Zugegriffen: 05.05.2013)
32. Benn P, Borrell A, Cuckle H et al (2012) Prenatal detection of Down Syndrome using Massively Parallel Sequencing (MPS): a rapid response statement from a committee on behalf of the Board of the International Society for Prenatal Diagnosis, 24 October 2011. *Prenat Diagn* 32:1–2
33. Wegner RD, Stumm M (2011) Zytogenetische Methoden in der Pränataldiagnostik. *Med Gen* 23:457–462
34. Eddleman KA, Malone FD, Sullivan L et al (2006) Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstet Gynecol* 108:1067–1072
35. Alfirevic Z, Tabor A (2007) Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstet Gynecol* 109:1203–1204
36. Margioula-Siarkou C, Karkanaki A, Kalogiannidis I et al (2013) Operator experience reduces the risk of second trimester amniocentesis-related adverse outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 169:230–233
37. Stellungnahme: Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung (2013) Deutscher Ethikrat, Berlin

Hier steht eine Anzeige.



### III. Fazit und Ausblick

Die 1. kleine Strafkammer des LG Köln hat ein großes Urteil verkündet. Es ist richtig, Religionsausübung und elterliches Erziehungsrecht dort enden zu lassen, wo das Wohl des Kindes auf dem Spiel steht. Das ist bei medizinisch nicht nötigen Zirkumzisionen der Fall. Deshalb ist der Staat ver-

pflichtet, Kinder davor zu bewahren und solche Eingriffe erst zu erlauben, wenn die Entscheidung selbstbestimmt getroffen werden kann. Von dem Urteil geht eine klare und richtige Botschaft aus: Ob Junge oder Mädchen, die Genitalien kleiner Kinder darf man ohne medizinische Notwendigkeit nicht verletzen – auch nicht aus religiösen Gründen.

DOI: 10.1007/s00350-012-3244-9

## Ethische und rechtliche Aspekte der Pränataldiagnostik

Herausforderungen angesichts neuer nicht-invasiver Testverfahren

Bert Heinrichs, Tade Matthias Spranger und Lisa Tambornino\*

Seitdem der Forscher *Dennis Lo* im Jahr 1997 zeigen konnte, dass sich in maternalem Plasma fetale DNA befindet, wird nach Möglichkeiten geforscht, diese zu diagnostischen Zwecken, vor allem der Diagnose des Down Syndroms, zu gewinnen. Ein entscheidender Vorteil einer solchen nicht-invasiven Form der Pränataldiagnostik (PND) bestünde darin, dass das signifikante Risiko für Fehlgeburten, das mit etablierten invasiven Formen der PND verbunden ist, wegfiel. In den USA hat die Firma *Sequenom* einen entsprechenden Test unter dem Namen *MaterniT21* im Oktober 2011 kommerziell eingeführt. Für den europäischen Markt hat *Sequenom* einen Lizenzvertrag mit der in Konstanz ansässigen Firma *LifeCodexx* geschlossen. Die Einführung des Tests in Deutschland ist in den Medien kritisch begleitet worden. Im Beitrag werden zunächst die medizinisch-naturwissenschaftlichen Hintergründe des neuen Verfahrens kurz skizziert. Anschließend werden ethische und rechtliche Implikationen der neuen nicht-invasiven PND diskutiert.

### I. Einleitung

Unter dem Begriff Pränataldiagnostik (PND) werden unterschiedliche Untersuchungsmethoden zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass es sich um diagnostische Verfahren handelt, die am Fötus oder Embryo im Uterus durchgeführt werden<sup>1</sup>. Die PND unterscheidet sich so zum einen von der Präimplantationsdiagnostik (PID), die an Embryonen vor der Verpflanzung in den Uterus durchgeführt wird, und zum anderen von diagnostischen Verfahren, die am geborenen Kind unternommen werden. Gemäß den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen formulierten Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (sog. Mutterschafts-Richtlinien) sollen pränataldiagnostische Verfahren vor allem dazu beitragen, Risikoschwangerschaften und Risikogeburten frühzeitig zu erfassen, Gefahren für

Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abzuwenden und Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können<sup>2</sup>. Wenn sich im Rahmen der Mutterchaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko ergeben, soll die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder Untersuchung aufgeklärt werden. Die Bundesärztekammer formuliert in den Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen die Hilfestellung bei der Entscheidung über Fortsetzung oder Abbruch einer Schwangerschaft als ein Ziel der pränatalen Diagnostik<sup>3</sup>.

Eine wichtige Differenzierung innerhalb der Methoden der Pränataldiagnostik ist die zwischen nicht-invasiven und invasiven Verfahren. Zu den nicht-invasiven pränataldiagnostischen Verfahren zählen Ultraschalluntersuchungen und andere bildgebende Verfahren, mit denen die Entwicklung des entstehenden Kindes zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Schwangerschaft beobachtet werden kann, sowie serologische Untersuchungen, bei denen auf Grundlage des mütterlichen Blutes Informationen über das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Fötus gewonnen werden. Invasive Methoden der Pränataldiagnostik sind vor allem die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), die Punktion des Mutterkuchens (Chorionzottenbiopsie) und die Nabelschnurpunktion (Cordozentese). Die meisten nicht-invasiven pränataldiagnostischen Untersuchungen gelten (in industrialisierten Ländern) heute als medizinische Routineverfahren<sup>4</sup>. So sind in Deutschland Ultraschall- und serologische Untersuchungen und eine Kombination beider Verfahren routinemäßig bei allen Schwangeren vor-

Dr. phil. Bert Heinrichs,  
Leiter der Wissenschaftlichen Abteilung, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE),  
Bonner Talweg 57, 53113 Bonn, Deutschland

Priv.-Doz. Dr. iur. Tade Matthias Spranger,  
Leiter der BMBF-Gruppe „Normierung in den modernen Lebenswissenschaften“, am Institut für Wissenschaft und Ethik (IWE),  
Bonner Talweg 57, 53113 Bonn, Deutschland

Dr. des. Lisa Tambornino, Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
in der Nachwuchsgruppe „Medizin und Ethik“ am Institut  
für Wissenschaft und Ethik (IWE),  
Bonner Talweg 57, 53113 Bonn, Deutschland

\* Wir danken Frau Dipl. Bibl. *Claudia Leuker* vom Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE) in Bonn für ihre freundliche Unterstützung bei der Recherche zu diesem Beitrag.

- 1) Einen Überblick geben bspw. *Bui/Meiner*, State of the art in prenatal diagnosis, in: *Leuzinger=Bohleber/Engels/Tsiantis* (Hrsg.), The Janus Face of Prenatal Diagnostics. A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis, and Medicine, 2008, S. 61–86.
- 2) S. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) i. d. F. v. 10.12.1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60a v. 27.3.1986), zuletzt geändert am 15.12.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 36, S. 914, in Kraft getreten am 3.3.2012.
- 3) Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, DÄBl. 1998, A3236–3242.
- 4) *Bui/Meiner*, State of the art in prenatal diagnosis, in: *Leuzinger=Bohleber/Engels/Tsiantis* (Hrsg.), The Janus Face of Prenatal Diagnostics. A European Study Bridging Ethics, Psychoanalysis, and Medicine, 2008, S. 61.

gesehen<sup>5</sup>. Invasive Verfahren werden hingegen aufgrund des mit ihnen verbundenen Risikos einer Fehlgeburt in der Regel nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation durchgeführt<sup>6</sup>. Invasive pränataldiagnostische Untersuchungen kann zwar grundsätzlich jede Frau vornehmen lassen, wenn sie sich zuvor angemessen genetisch beraten lässt, von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden die damit einhergehenden Kosten allerdings nur, wenn die Schwangere 35 Jahre oder älter ist oder andere Faktoren vorliegen, die eine Risikoschwangerschaft kennzeichnen und den Eingriff legitimieren, wie beispielsweise ein familiär bedingtes Risiko für genetische Erkrankungen<sup>7</sup>.

In Deutschland gibt es pro Jahr in etwa 700.000 Geburten<sup>8</sup>. Das Durchschnittsalter schwangerer Frauen steigt dabei kontinuierlich an. Einer Studie zufolge ist die Anzahl von über 35-jährigen Schwangeren in den Jahren 1980 bis 2004 von 4,8 % auf 18,6 % gewachsen<sup>9</sup>. Dementsprechend stieg zunächst auch die Zahl der durchgeführten invasiven Verfahren. Mittlerweile ist diese Zahl allerdings rückläufig. So haben *Andrea Wray* und Kollegen gezeigt, dass sich im Jahr 2003 im Vergleich zum Jahr 2001 weniger Frauen für invasive Testungen des Ungeborenen entschieden haben (26 % vs. 71 %) <sup>10</sup>.

Über die Anwendung von pränataldiagnostischen Verfahren ist lange Zeit kontrovers diskutiert worden<sup>11</sup>. Die Befürchtung von Kritikern bestand vor allem darin, dass ein verbreiteter Einsatz dazu führen würde, dass Föten auch mit minderschweren pathologischen Befunden (oder gar aufgrund medizinisch irrelevanter Eigenschaften) abgetrieben werden<sup>12</sup>. Aus heutiger Sicht muss man feststellen, dass sich diese Befürchtungen zumindest teilweise bewahrt haben: Eine im Jahr 2008 veröffentlichte, europaweit durchgeführte Studie von *Patricia Boyd* und Kollegen zeigt, dass im Anschluss an die Diagnose „Down Syndrom“, im Durchschnitt in 88 % der Fälle ein Schwangerschaftsabbruch erfolgt<sup>13</sup>. Im Rahmen der Studie wurde der Umgang mit den Ergebnissen pränataldiagnostischer Untersuchungen in zwölf europäischen Ländern erforscht. Die höchste Abtreibungsrate wurde mit 100 % in Kroatien verzeichnet, gefolgt von Spanien, Deutschland und Frankreich mit je 96 %. Am seltensten finden Abtreibungen in Folge der Diagnose „Down Syndrom“, mit 73 % der Fälle, in den Niederlanden statt. Auch wenn die PND damit zu einer Situation geführt hat, vor der Kritiker stets gewarnt haben, ist in den letzten Jahren eine gewisse Beruhigung der Diskussion zu verzeichnen. Die Suche nach einschlägigen Publikationen zum Thema „PND“, sowohl in der Fachliteratur als auch in Presse, Radio und Fernsehen lässt dies zumindest vermuten. Es hat den Anschein, dass sich ein gewisser gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der aktuellen Praxis eingestellt hat. Ein neues nicht-invasives Testverfahren könnte diesen – wirklichen oder vermeintlichen – Konsens erneut in Frage stellen. Zumindes gibt dieses Testverfahren Anlass, die rechtliche und ethische Einschätzung der Pränataldiagnostik erneut zu überdenken. Dies entspricht der Einschätzung, die *Henry Greely* im vergangenen Jahr in einem Kommentar in *Nature* abgegeben hat; er schreibt: „Most importantly, we need to start conversations, between all those concerned, about the limits, if any, to place on this powerful technology. Whether we view NIPD [= non-invasive prenatal diagnosis] gladly as a way to reduce human suffering, warily as a step towards a eugenic dystopia, or a mix of both, we should agree that the better we prepare, the more likely we are to avoid the worst misuses of this potentially transformative technology“<sup>14</sup>. Die Einführung des neuen nicht-invasiven Testverfahrens ist einerseits mit Chancen, andererseits mit Gefahren verbunden, die in einer ethischen Analyse gleichermaßen berücksichtigt werden müssen.

## II. Die neue Methode

Seitdem der Forscher *Dennis Lo* im Jahr 1997 zeigen konnte, dass sich in maternalem Plasma fetale DNA befindet<sup>15</sup>, wird

nach Möglichkeiten geforscht, diese zu diagnostischen Zwecken, vor allem der Diagnose des Down Syndroms, zu gewinnen. Erst einige Jahre später wurden Methoden entwickelt, mit denen Chromosomenfehler des ungeborenen Kindes im Blut der Schwangeren nachgewiesen werden konnten<sup>16</sup>. Die Methoden wurden zunächst in mehreren proof-of-concept-Studien auf ihre Zuverlässigkeit und Aussagekraft hin untersucht<sup>17</sup>, anschließend weiterentwickelt und dann in der klinischen Anwendung erprobt. Im Zentrum des aktuellen Interesses stehen Tests auf Aneuploidien<sup>18</sup>, vor allem Tests auf Trisomie 21<sup>19</sup>. Die Studien belegen, dass bei sog. Risikoschwangerschaften, bei denen bislang eine medizinische Indikation für eine invasive Untersuchung vorliegt, das neue nicht-invasive Verfahren sehr gute Ergebnisse bei der Detektion von Trisomie 21 liefert. So führte eine Forschergruppe aus Zypern eine klinische Studie durch, bei der sie bei 80 Schwangeren in der 12. und 15. Woche alle 34 Fälle von Trisomie 21 nachweisen konnte<sup>20</sup>. Einer anderen Forschergruppe gelang es, aus den Blutproben von 232 Schwangeren alle 86 Fälle von Trisomie 21 aufzuzeigen<sup>21</sup>. Darüber hinaus wurde mittels der beschriebenen Testverfahren auch der Nachweis anderer Anomalien des Fötus erbracht. So konnten *Glenn Palomaki* und Kollegen sehr gute Ergebnisse bei der Detektion der Trisomien 18 und 13 sowie der Monosomie x erzielen<sup>22</sup>. Eine thailändische Forschergruppe entwickelte zudem ein Verfahren, mit dem mittels der Blutprobe einer Schwangeren festgestellt werden können soll, ob ein Fötus an der Krankheit Beta-Thalassämie erkrankt ist<sup>23</sup>. *Lo* und seiner Forschergruppe aus Hongkong gelang schließlich die nahezu vollständige Sequenzierung des fetalen Genoms aus dem mütterlichen Blut<sup>24</sup>.

In den USA hat die Firma *Sequenom* einen entsprechenden Test unter dem Namen *MaterniT21* im Oktober 2011 kommerziell eingeführt<sup>25</sup>. Nach Angaben von *Sequenom* ist die

- 5) S. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“).
- 6) S. Nationaler Ethikrat, Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, 2003, [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Genetische-Diagnostik.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf), Zugriff am 27. 4. 2012; *Boyd/DeVigan* et al., *BJOG* 2008, 689–696.
- 7) S. „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“).
- 8) Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneInsgesamt.html?nn=50738>, Zugriff am 30. 4. 2012.
- 9) S. *Bittles/Bower/Hussain/Glasson*, *European Journal of Public Health* 2006, 221–225.
- 10) *Wray/Ghidini*, *Prenat Diagn* 2005, 350–353.
- 11) *Hahn* et al., *Curr Opin Gynecol* 2008, 146–151; *Dormandy* et al., *Patient Educ Couns* 2006, 56–64.
- 12) Auf solche Gefahren der PND verweist u. a. *Ruth Baumann*; s. *Baumann*, *Ethische Überlegungen zur pränatalen Diagnostik*, in: *Kind* et al. (Hrsg.), *Behindertes Leben oder verhindertes Leben*, Bern 1993, S. 130–142.
- 13) S. *Boyd/DeVigan* et al., *BJOG* 2008, Tabelle 4, S. 693.
- 14) *Greely*, *Nature* 2011, 289–291. Ähnlich bereits zuvor *Chachkin*, *AJLM* 2007, 9–53.
- 15) *Lo* et al., *Lancet* 1997, 485–487.
- 16) *Lo* et al., *Nat Med* 2007, 218–223; *Dhallan*, *Lancet* 2007, 474–481.
- 17) *Fan* et al., *PNAS* 2008, 16266–16271; *Chiu* et al., *Proc Natl Acad Sci* 2008, 20458–20463.
- 18) *Go* et al., *Human Reproduction Update* 2011, 372–382.
- 19) *Chiu* et al., *BMJ* 2011, 342; *Palomaki* et al., *Genet Med* 2012, 296–305; *Ehrlich* et al., *Amr J Obstet Gynecol* 2011, 205.
- 20) *Papageorgiou* et al., *Nature Medicine* 2011, 510–513.
- 21) *Chiu* et al., *BMJ* 2011, 342.
- 22) *Palomaki* et al., *Genet Med* 2012, 296–305.
- 23) *Tungwiwat* et al., *Translational Research* 2007, 319–325.
- 24) *Lo* et al., *Science Translational Medicine* 2010.
- 25) *Sequenom: MaterniT21™ Test Commercial Launch*. 17. 10. 2011. [http://www.sequenom.com/files/pdf-documents/maternit21\\_launch\\_presentation](http://www.sequenom.com/files/pdf-documents/maternit21_launch_presentation), Zugriff am 19. 4. 2012.

Anwendung für das erste oder zweite Trimester der Schwangerschaft vorgesehen. Zielgruppe sind Frauen mit einem erhöhten Risiko für fetale Aneuploidien. Die Bearbeitungszeit wird mit acht bis zehn Tagen angegeben. Zunächst soll der Test in 20 amerikanischen Großstädten und deren Umgebung angeboten werden, u. a. in New York. Im Februar 2012 hat *Sequenom* bekanntgegeben, dass ein erweiterter Test unter dem Namen MaterniT21 Plus bereitsteht, der zusätzlich auch die Trisomien 13 und 18 detektiert. Für den europäischen Markt hat *Sequenom* einen Lizenzvertrag mit der in Konstanz ansässigen Firma *LifeCodexx* geschlossen<sup>26</sup>. In einer Pressemitteilung vom 20. 8. 2012 teilt die Firma *LifeCodexx* mit, dass der PraenaTest in mehr als 70 qualifizierten pränataldiagnostischen Praxen und Kliniken in Deutschland, Österreich, Liechtenstein und in der Schweiz verfügbar ist. In Deutschland wird er als sog. individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten<sup>26a</sup>.

Der entscheidende Vorteil des neuen nicht-invasiven Tests gegenüber herkömmlichen invasiven pränataldiagnostischen Verfahren besteht darin, dass das Risiko von Fehlgeburten ausgeschlossen wird. Das Risiko, eine Fehlgeburt auszulösen, wird bei der Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese) mit 0,5 % bis 1 %<sup>27</sup>, bei der Untersuchung des Mutterkuchens (Chorionzottenbiopsie) mit 0,5 % bis 2 %<sup>28</sup> und bei der Nabelschnurpunktion (Cordozentese) mit 2 % bis 3 %<sup>29</sup> angegeben. Stellt man beispielsweise in Rechnung, dass im Jahr 2009 31.000 Fruchtwasseruntersuchungen von deutschen Krankenkassen erstattet worden sind<sup>30</sup>, dann wird deutlich, dass die etablierten Tests auch in absoluten Zahlen zu einer durchaus signifikanten Zahl von Fehlgeburten führen. Im Vergleich zur Ultraschalluntersuchung hingegen liefert der Bluttest nicht nur eine Risikobewertung, sondern eine nahezu sichere Diagnose. Als weiterer Unterschied und möglicherweise Vorteil des Bluttestes gegenüber anderen pränataldiagnostischen Verfahren wird ein zeitlicher Aspekt benannt. Während die Fruchtwasseruntersuchung erst in der 15.–17. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden kann<sup>31</sup>, soll die Testung des maternalen Blutes bereits in der 10. Schwangerschaftswoche aussagekräftige Ergebnisse liefern<sup>32</sup>, was Auswirkungen auf die Entscheidung für oder gegen einen Abbruch der Schwangerschaft haben kann. Während sich der Embryo in der 10. Schwangerschaftswoche noch nicht vollständig entwickelt hat, sind in der 15. Woche bereits sämtliche Körperteile und Organe ausgebildet, der Fötus ist mehr als doppelt so groß und zudem kann die Schwangere bereits seine Bewegungen wahrnehmen. Außerdem ist die Schwangere in der frühen Phase der Schwangerschaft von ihrem äußeren Umfeld noch nicht als werdende Mutter erkennbar. Der frühe Schwangerschaftsabbruch geht deswegen vermutlich mit geringeren psychischen Belastungen einher<sup>33</sup>.

### III. Ethische Aspekte

Die skizzierte Entwicklung hat eine erneute Debatte über die Pränataldiagnostik angestoßen. In den deutschen Medien gab es kritische Berichte zu dem neuen nicht-invasiven Testverfahren<sup>34</sup>. Dabei ist u. a. kritisch bemerkt worden, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Entwicklung des Tests mit 230.000 € gefördert hat<sup>35</sup>. Diese Berichterstattung hat *LifeCodexx* veranlasst, auf der Firmenwebsite eine kurze Stellungnahme zu veröffentlichen, in der betont wird, dass das Testverfahren nichts grundsätzlich Neues bringe, sondern vielmehr eine risikofreie Alternative zu existierenden Methoden darstelle<sup>36</sup>. Der Deutsche Ethikrat hat am 22. 3. 2012 eine öffentliche Anhörung zum Thema „Wissenschaftlich-technische Entwicklungen im Bereich der Multiplex- und High-throughput-Diagnostik“ veranstaltet<sup>37</sup>, bei der u. a. die medizinische Direktorin von *LifeCodexx*, *Wera Hofmann*, vorgetragen hat<sup>38</sup>.

Tatsächlich kann es auf den ersten Blick seltsam anmuten, dass ein Testverfahren, das bei hoher Aussagekraft das Risiko

für Fehlgeburten auf null senkt, in ethischer Hinsicht als problematisch eingestuft wird. Es erscheint nachgerade paradox, einen Test zu kritisieren, der absehbar dazu führen wird, dass hunderte von Fehlgeburten im Jahr in Deutschland vermieden werden. *LifeCodexx* kann zu Recht geltend machen, dass der Test grundsätzlich nichts Neues bringt, sondern lediglich

- 26) Pressemitteilung auf BioLago.org v. 1. 9. 2011: Sequenom gibt europäischen Lizenzvertrag mit CATC-Tochter LifeCodexx bekannt. <http://www.biolago.org/aktuelles-presse/news-artikel/sequenom-gibt-europaeischen-lizenzvertrag-mit-gatc-tochter-lifecodexx-bekannt/3/>, Zugriff am 19. 4. 2012.
- 26a) *LifeCodexx*, Pressemitteilung v. 20. 8. 2012, [http://lifecodexx.com/praeenatest\\_erfuellt\\_gesetzliche0.html](http://lifecodexx.com/praeenatest_erfuellt_gesetzliche0.html), Zugriff am 29. 8. 2012.
- 27) *Kozlowski/Knippel/Stressig*, *Ultraschall Med* 2007, 165–72; Bundesärztekammer, Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen, DÄBl. 1998, A3236–3242.
- 28) *Schroeder=Kurth*, *Pränatalmedizin*, in: *Lexikon der Bioethik*, Bd. 3, 2000, S. 44–51.
- 29) *Tongsong et al.*, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001, 719–723.
- 30) *S. Bahnsen*, *Die Zeit* 2011, online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2011/34/M-Trisomie>, Zugriff am 19. 4. 2011.
- 31) Vgl. *Chachkin*, *AJLM* 2007, 9–53.
- 32) *S. Palomaki et al.*, *Genet Med* 2012, 296–305.
- 33) Vgl. *Chachkin*, *AJLM* 2007, 9–53.
- 34) Vgl. bspw. *Bahnsen*, *Die Zeit* 2011, online verfügbar unter <http://www.zeit.de/2011/34/M-Trisomie>, Zugriff am 19. 4. 2011.; *3Sat nano* spezial, Sendung v. 30. 1. 2012 zur Diagnose vor der Geburt, online verfügbar in der Mediaethik von 3Sat unter <http://www.3sat.de/mediaethik/?display=1&red=nano>, Zugriff am 19. 4. 2012; *Niederer*, *NZZ* 2011. Online verfügbar unter [http://www.nzz.ch/nachrichten/hintergrund/wissenschaft/praeenataldiagnostik\\_aus\\_dem\\_blut\\_der\\_mutter\\_1.9223573.html](http://www.nzz.ch/nachrichten/hintergrund/wissenschaft/praeenataldiagnostik_aus_dem_blut_der_mutter_1.9223573.html), Zugriff am 19. 4. 2012.
- 35) Vgl. *Löhr*, Kommentar auf [taz.de](http://taz.de) 2011, online verfügbar unter <http://www.taz.de/!77286/>, Zugriff am 19. 4. 2012; s. auch *Baureithel*, *der Freitag* 2011, online verfügbar unter <http://www.freitag.de/datenbank/freitag/2011/34/heiliger-gral-der-praeenataldiagnostik/print>, 19. 4. 2012. Die Zeit gibt die vom BMBF geförderte Summe mit 300.000 € an (*Bahnsen*, *Die Zeit* 2011), in allen anderen gesichteten Publikationen wird aber durchgehend ein Förderbetrag von 230.000 € benannt.
- 36) Die Stellungnahme, auf die man vorübergehend bei Aufruf der Firmenwebsite geleitet wurde, lautet: „In den Medien wird derzeit leidenschaftlich und kontrovers über unseren neuartigen Pränataldiagnostiktest *LifeCodexx PraenaTest™* zur risikofreien Bestimmung einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) diskutiert. Hier ein aktuelles Beispiel: *nano spezial* vom 30. 1. 2012. Bei allem Respekt für andere Sichtweisen und Empfindungen halten wir das Wissen um folgende Fakten für wichtig: 1. Der *LifeCodexx PraenaTest™* untersucht grundsätzlich nichts Neues. Er ist vielmehr eine risikofreie Alternative zu herkömmlichen invasiven Untersuchungsmethoden, wie z. B. der Fruchtwasseruntersuchung. 2. Dank seiner Risikofreiheit kann der *LifeCodexx PraenaTest™* jährlich allein in Deutschland 600 bis 700 ungeborene Kinder vor den tödlichen Folgen eines invasiven Eingriffs, z. B. einer Fruchtwasseruntersuchung, bewahren. 3. Der *LifeCodexx PraenaTest™* kann nicht „einfach so“ durchgeführt werden und ergänzt andere Untersuchungen des Arztes. Die Schwangere muss ein erhöhtes Risiko für chromosomale Veränderungen beim Ungeborenen tragen, – sich in der 12. Woche der Schwangerschaft oder darüber befinden, – sich gemäß Gendiagnostikgesetz sowie den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission durch einen qualifizierten Arzt humangenetisch und ergebnisoffen beraten und aufklären lassen. 4. Wie bei herkömmlichen Untersuchungen trifft allein die Schwangere Entscheidungen für sich selbst und ihr ungeborenes Kind. So will es das gesetzlich verankerte Recht auf informationelle Selbstbestimmung.“ <http://www.lifecodexx.com>, Zugriff am 19. 4. 2012.
- 37) Eine komplementäre Veranstaltung zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen prädiktiver genetischer Diagnostik multifaktorieller Erkrankungen“ fand am 3. 5. 2012 statt.
- 38) Die Präsentation von *Wera Hofmann* ist online verfügbar unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/anhoeerung-22-03-2012-hofmann.pdf>, Zugriff am 19. 4. 2012.

eine bestehende Praxis risikofreier gestaltet. Zur Verteidigung der staatlichen Förderung durch das BMBF hat auch der Parlamentarische Staatssekretär, *Thomas Rachel*, ähnlich argumentiert, wenn er feststellt, es sei „ethisch unvertretbar, die Weiterentwicklung einer in Deutschland angewandten Methode nicht fördern zu wollen, die das ungeborene Leben und die werdende Mutter besser schützen könnte“<sup>39</sup>.

Allerdings übersieht eine solche Argumentation einen wichtigen Umstand, der womöglich die skizzierte Paradoxie erklären kann. Das substantielle Risiko bisheriger invasiver Verfahren hat dazu geführt, dass diese nur unter besonderen Bedingungen, nämlich bei sog. Risikoschwangerschaften, zum Einsatz kommen. Sie sind als ‚außergewöhnliche Maßnahmen‘ angesehen worden und als solche wurden sie akzeptiert. Die Einführung des neuen nicht-invasiven Verfahrens wird aller Voraussicht nach aber dazu führen, dass diese Art von pränataler Diagnostik zur Routine wird. *Greely* meint, dass das neue Verfahren „prenatal genetic testing from uncommon to routine“<sup>40</sup> führen könne, und *Carolyn J. Chachkin* spricht in Anlehnung an *Sonia M. Suter* von der Möglichkeit einer „routinization of prenatal genetic testing“<sup>41</sup>. Dies wird nur verschleiert, wenn die anbietenden Firmen darauf hinweisen, dass die neuen Testverfahren lediglich auf Frauen mit einem erhöhten Risiko abzielen. Auch das „Rapid Response Statement“ der *International Society for Prenatal Diagnosis*, in dem eine Anwendung bei Frauen mit geringem Risiko aktuell abgelehnt wird, ignoriert eine absehbare Entwicklung<sup>42</sup>. Damit stellen sich eine Reihe schwieriger Fragen, etwa die nach der praktischen Umsetzung einer stark steigenden Testnachfrage<sup>43</sup>. Es ist nicht auszuschließen, dass das neue Testverfahren, welches nur angewendet werden darf, wenn zuvor eine genetische Beratung stattgefunden hat<sup>44</sup>, aufgrund seiner nicht-Invasivität wesentlich häufiger durchgeführt wird als beispielsweise die Fruchtwasseruntersuchung. Dementsprechend wird der Bedarf an gut ausgebildeten Ärzten, Genetikern und anderen Berufsgruppen, die eine entsprechende genetische Beratung vornehmen dürfen, steigen. Geklärt werden muss, welche Anforderungen eine solche genetische Beratung erfüllen muss bzw. wie eine adäquate Aufklärung gestaltet sein muss. Klärungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich der Finanzierung. Mit einer steigenden Testnachfrage geht ein erheblicher finanzieller Aufwand einher. Würde der Bluttest als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen angeboten, so müssten alle, auch diejenigen, die pränataldiagnostische Untersuchungen prinzipiell ablehnen, die Kosten (mit)tragen. Wird das neue Testverfahren aber, wie in Deutschland vorgesehen, als IGeL angeboten, so sind diejenigen benachteiligt, die den Bluttest gerne durchführen lassen würden, dies aufgrund ihrer finanziellen Ausgangssituation jedoch nicht können. Solche Gerechtigkeitsprobleme, die mit der Verteilung von Mitteln im Gesundheitssystem grundsätzlich einhergehen, werden durch die Einführung des neuen Testverfahrens verstärkt.

Daneben stellen sich aber sehr viel grundsätzlichere Fragen nach der ethischen und rechtlichen Einschätzung einer standardmäßig durchgeführten Pränataldiagnostik, die – nimmt man die aktuellen Zahlen als Grundlage – zu einer deutlichen Steigerung von Schwangerschaftsabbrüchen führen wird<sup>45</sup>. Fraglich ist u. a., ob unter diesen Bedingungen Eltern de facto überhaupt noch frei wählen können, ob sie eine Pränataldiagnostik durchführen lassen bzw. wie dies gewährleistet werden kann<sup>46</sup>. *Amanda van den Heuvel* und Kollegen konnten zeigen, dass viele Ärzte und andere im Gesundheitssystem Beschäftigte davon ausgehen, dass Patienten vor der Durchführung nicht-invasiver pränataldiagnostischer Verfahren im Vergleich zu der Vornahme invasiver Testverfahren weniger umfassend aufgeklärt werden müssen<sup>47</sup>. Sollte sich eine solche Meinung bei der Einführung des neuen Testverfahrens durchsetzen, dann ist zu befürchten, dass Patientinnen nicht immer angemessen aufgeklärt werden, bevor sie in die Testung des maternalen

Blutes einwilligen. Eine informierte Einwilligung ist bei nicht-invasiven Verfahren aber genauso erforderlich wie bei invasiven. Es stellt sich ferner die Frage, welche Auswirkungen eine solche Praxis auf die Stellung von Behinderten in der Gesellschaft hat<sup>48</sup>. Schließlich wird auch die Abwägung von Rechten der Mutter einerseits und denen des Fötus andererseits unter diesen veränderten Umständen womöglich erneut problematisch. Jedenfalls ist es nicht klar, dass die ethische und rechtliche Einschätzung einer standardmäßig durchgeführten Pränataldiagnostik die gleiche sein muss wie die einer solchen, die als Ausnahme konzipiert ist. Insofern greifen einfache Hinweise darauf, dass der neue Test eine Verbesserung darstelle, da er objektive Risiken ausschalte, bei einer normativen Bewertung zu kurz. Eine solche Einschätzung ist nur unter der zusätzlichen Prämisse gültig, dass die normative Bewertung existierender invasiver pränataldiagnostischer Verfahren, die unter bestimmten klar definierten Bedingungen zum Einsatz kommen, auf ein nicht-invasives Verfahren, das routinemäßig durchgeführt wird, übertragbar ist. Unabhängig davon, ob man diese Prämisse teilt oder nicht, bedarf sie jedenfalls einer argumentativen Auseinandersetzung.

#### IV. Rechtliche Aspekte

Unter rein rechtlichen Gesichtspunkten erbringt die Analyse des neuen nicht-invasiven Verfahrens zunächst einmal Eindeutiges: Gemäß §2 Abs. 1 GenDG erstreckt sich dessen Anwendungsbereich nämlich auch auf genetische Untersuchungen und genetische Analysen bei Embryonen und Föten während der Schwangerschaft.

Eine solche vorgeburtliche genetische Untersuchung darf unter anderem zur Behandlung des Ungeborenen, vor allem aber auch zu medizinischen Zwecken vorgenommen werden, dies jedoch nur, soweit die Untersuchung auf bestimmte genetische Eigenschaften des Embryos oder Fötus abzielt, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik seine Gesundheit während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen<sup>49</sup>. Sollen indes genetische Eigenschaften des Embryos oder des Fötus für eine Erkrankung festgestellt werden, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres ausbricht, so darf die Untersuchung nicht vorgenommen werden<sup>50</sup>. Das Gesetz statuiert so ein Untersuchungsverbot für spätmanifestierende Erbkrankheiten. Wird anlässlich einer vorgeburtlichen Untersuchung das Geschlecht eines Embryos oder Fötus festgestellt, so kann dies der Schwan-

39) Zitiert nach *Löhr*, Kommentar auf taz.de 2011. Online verfügbar unter <http://www.taz.de/!77286/>, Zugriff am 19. 4. 2012.

40) *Greely*, *Nature* 2011, 289–291.

41) *Chachkin*, *AJLM* 2007, 50. S. *Suter*, *AJLM* 2002, 233–270.

42) Prenatal Detection of Down Syndrome using Massively Parallel Sequencing (MPS): a rapid response statement from a committee on behalf of the Board of the International Society for Prenatal Diagnosis, 24. 10. 2011. Online verfügbar unter [http://www.ispdhome.org/public/news/2011/ISPD\\_RapidResponse\\_MPS\\_24Oct11.pdf](http://www.ispdhome.org/public/news/2011/ISPD_RapidResponse_MPS_24Oct11.pdf), Zugriff am 19. 4. 2012.

43) Vgl. zu praktischen Fragen bzgl. der steigenden Testnachfrage auch *Chachkin*, *AJLM* 2007, die u. a. Modellrechnungen bzgl. der Kosteneinsparungen anstellt, sowie *Greely*, *Nature* 2011, 290.

44) Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG). I. d. F. v. 31. 7. 2009, BGBl. I S. 2529, 3672; § 10 Genetische Beratung.

45) Vgl. *Chachkin*, *AJLM* 2007, 49.

46) Vgl. *Greely*, *Nature* 2011, 290.

47) *Van den Heuvel* et al., *Patient Education and Counseling* 2010, 24–28.

48) *Chachkin*, *AJLM* 2007, 51–52.

49) § 15 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 GenDG.

50) § 15 Abs. 2 GenDG.

geren mit ihrer Einwilligung erst nach Ablauf der zwölften Schwangerschaftswoche mitgeteilt werden<sup>51</sup>. Diese Einschränkung soll in Ansehung der Zwölf-Wochen-Frist des § 218a Abs. 1 Nr. 3 StGB einem geschlechtsbezogenen straflosen Schwangerschaftsabbruch entgegenwirken.

Vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses ist die Schwangere genetisch zu beraten und ergänzend auf den Beratungsanspruch nach den Vorgaben des Schwangerschaftskonfliktgesetzes hinzuweisen; der Inhalt der Beratung ist zu dokumentieren<sup>52</sup>. Für den Fall, dass die Schwangere nicht einwilligungsfähig ist, statuiert schließlich § 15 Abs. 4 GenDG weitere Voraussetzungen.

Diese auf den ersten Blick umfassend wirkenden gesetzgeberischen Entscheidungen waren weder in der Praxis noch in der rechtswissenschaftlichen Auseinandersetzung dazu angetan, einen umfassenden Konsens zu begründen<sup>53</sup>. So ergeben sich beispielsweise nennenswerte Rechtsanwendungsprobleme, wenn es zu ermitteln gilt, welche Erkrankungen die Gesundheit des Embryos oder Fötus „während der Schwangerschaft oder nach der Geburt beeinträchtigen“; vergleichbare Schwierigkeiten bereitet etwa das Verbot der vorgeburtlichen Untersuchung spätmanifestierender Erkrankungen<sup>54</sup>. Diese bedauerlichen Unschärfen des GenDG wirken sich jedoch nicht in spezifischer Weise auf einzelne oder auf neue Diagnosemethoden aus. Vielmehr führt die umfassende Einbeziehung sowohl invasiver als auch nicht-invasiver Untersuchungsmethoden dazu, dass alle Formen vorgeburtlicher genetischer Untersuchungen<sup>55</sup> von der Regelung des § 15 GenDG erfasst werden.

Von dieser Feststellung unberührt bleibt jedoch die Frage, ob und in welcher Weise das neue nicht-invasive Verfahren die dem GenDG zugrundeliegenden (verfassungsrechtlichen) Wertungen tangiert und damit ggf. den Gesetzgeber auf den Plan ruft. Zu Recht wird regelmäßig darauf hingewiesen, dass § 15 GenDG in seinem Verhältnis zum Abtreibungsrecht gesehen werden muss, da die Möglichkeiten und Grenzen vorgeburtlicher Untersuchungen das für einen etwaigen Schwangerschaftsabbruch relevante Wissen der Eltern beeinflussen können<sup>56</sup>. Insoweit könnte der nicht-invasive Charakter des neuen Verfahrens als Indiz dafür gewertet werden, dass es künftig zu zusätzlichen PND-basierten Abtreibungen kommen könnte.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass ein solches rein quantitativ-basiertes Argument nicht zu einer grundlegenden Neujustierung des GenDG zwingt. Ausschlaggebend sowohl für die gesetzliche Regelung des Abtreibungsrechts als auch für die Etablierung des Rechtsrahmens vorgeburtlicher Diagnostik waren und sind umfassende Güterabwägungen, bei denen vor allem die aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 GG resultierenden staatlichen Schutzpflichten zugunsten des ungeborenen Lebens und die verfassungsrechtlich verbürgten Rechte der Eltern resp. der Mutter in Einklang gebracht werden müssen. Diese nicht in Ansehung des konkreten Einzelfalls oder besonderer Fallgruppen, sondern abstrakt-generell erfolgende Güterabwägung kann eine Neuausrichtung letztlich nur über qualitative, nicht jedoch aufgrund quantitativer Erwägungen erfahren<sup>57</sup>. Unabhängig davon, dass ein erneutes „Aufschnüren“ des GenDG in Ansehung der Härte der seinerzeitigen gesetzgeberischen Diskussion ohnehin eher unwahrscheinlich ist, kann somit auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten keine entsprechende Notwendigkeit erkannt werden.

Sollte es aber ungeachtet dessen doch zu einer umfassenderen Diskussion im biopolitischen Kontext kommen, dürfte die Betrachtung keineswegs auf quantitativen Gesichtspunkten verharren; stattdessen müsste ebenso Berücksichtigung finden, dass der Rückgriff auf nicht-invasive Verfahren nicht nur zu einer Reduktion von Fehlgeburten, sondern auch zu geringeren psychischen Belastungen der Mutter führt. Das Argument, wonach derartige Entlastungen der Eltern auf-

grund einer möglicherweise drohenden Zunahme der Abtreibungszahlen eher zu vermeiden seien, stellt die relevanten (verfassungsrechtlichen) Wertungen auf den Kopf und verfängt daher nicht: Ungeachtet des angesprochenen engen Konnexes zwischen pränataler Diagnostik und Abtreibungsrecht darf nämlich zunächst einmal nicht verkannt werden, dass ein strafloser Schwangerschaftsabbruch bekanntlich nicht mit einer Erkrankung des Kindes, sondern ausschließlich mit Risiken für die Mutter begründet werden kann<sup>58</sup>. Zwar finden sich insoweit argumentative Umgehungsstrategien; wer diesen Umstand kritisiert, muss jedoch nicht für ein Verbot neuer Diagnoseverfahren, sondern in Ansehung des allgemeinen Charakters dieser Erscheinung konsequenterweise für eine umfassende Neuregelung des gesamten Abtreibungsrechts plädieren. In diesem Zusammenhang wäre schließlich auch zu berücksichtigen, dass sowohl der historische Gesetzgeber des Embryonenschutzgesetzes als auch der BGH in seiner grundlegenden Entscheidung zur PID<sup>59</sup> zwecks Wahrung des Verhältnismäßigkeitsprinzips davon ausgehen, dass nicht-invasiven Untersuchungsverfahren gegenüber invasiven Methoden der Vorrang einzuräumen ist.

In der Gesamtschau zeigt sich somit, dass sich ein isoliertes Verbot oder spezifische Beschränkungen des neuen Verfahrens weder über das GenDG noch über verfassungsrechtliche Erwägungen begründen lassen. Kritiker des neuen Verfahrens müssten vielmehr auf eine grundlegende Neujustierung des gesamten Rechts des vorgeburtlichen Lebensschutzes hinwirken. Insoweit mag jedoch der Hinweis auf die Geschichte des Abtreibungsrechts oder auf das Ringen um ein umfassendes Fortpflanzungsmedizinengesetz als Beleg dafür genügen, dass die baldige Umsetzung eines solchen Vorhabens eher unwahrscheinlich ist.

## V. Ausblick

Es mag sein, dass das Risiko existierender Testverfahren die grundsätzlicheren Fragen eine Zeit lang verdeckt hat. Vielleicht hat man sie allzu gerne ausgeblendet und sich zumindest uneingestanden damit beruhigt, dass es sich um eine Ausnahme handelt, in der spezielle normative Kriterien angelegt werden müssen. Durch die Entwicklung des neuen risikofreien Tests wird nun jedoch eine Beschäftigung mit grundsätzlichen ethischen Fragen unumgänglich. Insofern muss man die neuerlichen kritischen Fragen zur Pränataldiagnostik keineswegs als paradox ansehen: Ein „besserer“ Test wird nicht als ethisch problematischer eingeschätzt. Es ist vielmehr so, dass der „bessere“ Test grundlegende Fragen ans Licht bringt,

51) § 15 Abs. 1 S. 2 GenDG.

52) § 15 Abs. 3 GenDG.

53) S. hierzu etwa auch die gemeinsame Stellungnahme der Akademien Leopoldina, acatech und Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften v. November 2010, <http://www.acatech.de/aktuelles-presse/presseinformationen-news/news-detail/artikel/praediktive-diagnostik-akademien-schlagen-novellierung-des-gendiagnostikgesetzes-vor.html>, Zugriff am 23. 5. 2012.

54) Vgl. Kersten, JZ 2011, 161, 164.

55) S. auch die entsprechenden Definitionen des Gesetzgebers: Gemäß § 3 Nr. 1 lit. b GenDG ist genetische Untersuchung auch eine auf den Untersuchungszweck gerichtete vorgeburtliche Risikoabklärung. Bei der vorgeburtlichen Risikoabklärung handelt es sich nach § 3 Nr. 3 GenDG um eine Untersuchung des Embryos oder Fötus, mit der die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen bestimmter genetischer Eigenschaften mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung des Embryos oder Fötus ermittelt werden soll.

56) Kersten, JZ 2011, 161, 166. S. auch Czerner, MedR 2011, 783, 787.

57) S. zur Unbeachtlichkeit quantitativer Erwägungen bei abstrakter Güterabwägung auch die Ausführungen des BVerfG zum Luftsicherheitsgesetz, BVerfGE 115, 118–166.

58) § 218a Abs. 2 StGB.

59) BGHSt 55, 206–220.

die zuvor durch eine Art „Sekundäreffekt“ überlagert waren. Mit dieser Einschätzung ist freilich noch nichts darüber gesagt, wie mit dem neuen Testverfahren umgegangen werden soll. Die Kritik, die an dem neuen Testverfahren geübt worden ist, und das Unbehagen, das sich bei Vielen angesichts der absehbaren Entwicklung einstellt, macht aber deutlich, dass (erneut) eine ganz grundsätzliche Debatte über Abtreibung, reproduktive Autonomie und informierte Einwilligung, den Umgang mit Behinderten und andere Themen in unserer Gesellschaft zu führen wäre. Diese Debatte müsste nicht un-

bedingt zu einer veränderten rechtlichen Regelung führen. Die Tatsache, dass nach hartem Ringen in einem demokratischen Prozess eine Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs (inkl. der Regeln für die Schwangerschaftskonfliktberatung im SchKG und die genetische Beratung im GenDG) gefunden wurde, darf nicht gering geachtet werden. Es sollte aber auch nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass der erneute und umfassende Blick auf grundsätzliche Fragen dazu führen könnte, Lösungsmodelle insgesamt zu überdenken und womöglich zu ändern.

## Die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Heinz Haage

### I. Einleitung

Mit der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.6.2002<sup>1</sup> trat eine neue Ausbildungsstruktur mit einer weitgehend veränderten Prüfungsstruktur zum 1.10.2003 in Kraft. Während über Jahre hinweg<sup>2</sup> die Ärztliche Prüfung in drei Teilen absolviert worden ist und es insbesondere eine theoretische Prüfung vor dem Praktischen Jahr (PJ) gab und eine mündlich-praktische Prüfung als Studienabschluss, wurde dies durch die o. g. ÄAppO 2003 geändert.

Bereits im Jahr 1995 hatte eine Bund-Länder-Kommission einen Vorschlag für eine neue ÄAppO erarbeitet. Darin ist die bestehende Prüfungsstruktur nicht angetastet worden. Erst die Interventionen des Medizinischen Fakultätentages und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) führten dazu, dass das Prüfungssystem umgestaltet worden ist und die Hochschulen Prüfungen bis zum Beginn des PJ in eigener Regie durchführen konnten, während die staatliche Prüfung ganz ans Ende der Ausbildung verlegt worden ist<sup>3</sup>. Das sog. „Hammerexamen“ war also keine Erfindung des Ministeriums, sondern entstand auf Druck der Fakultäten und der AWMF.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Fassung enthielt dann bereits ein Prüfungssystem mit einer zweigeteilten Ärztlichen Prüfung, also dem Ersten Abschnitt nach zwei Jahren und dem Zweiten Abschnitt nach sechs Jahren Medizinstudium, mithin nach dem PJ<sup>4</sup>.

Mit der jetzt vorgelegten Reform, der Ersten Verordnung zur Änderung der ÄAppO vom 17.7.2012<sup>5</sup>, wird diese Entscheidung wieder zurückgenommen. Es wird damit wieder, wie schon seit 1970, vor dem PJ schriftlich und nach dem PJ lediglich noch mündlich-praktisch geprüft.

### II. Inhalt der Ersten Änderungsverordnung zur ÄAppO

Laut Begründung dient die Änderungsverordnung der gezielten Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden<sup>6</sup>. Dazu wird der schriftliche Teil des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das PJ verlegt und die Ärztliche Prüfung dadurch in drei Abschnitte aufgeteilt. Dem vor allem von den Studierenden erhobenen Vorwurf, man müsse sich während der klinisch-praktischen

Ausbildung gleichzeitig auf das Examen vorbereiten, wird Rechnung getragen, da nun nicht mehr auf den schriftlichen Prüfungsteil gelernt werden muss.

Die bislang bestehende Bindung, dass das PJ in der Regel nur an der Universitätsklinik der Heimatuniversität oder dieser zugeordneten Lehrkrankenhäusern absolviert werden darf, wird aufgehoben. Damit kann das PJ künftig an allen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden, also im Prinzip deutschlandweit. Als Regelungsgrund wird auf eine ausgewogenere regionale Verteilung der Studierenden hingewiesen.

Um eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit dem Studium zu erreichen, wird den Studierenden eingeräumt, das PJ auch in Teilzeit durchführen zu können. Eine weitere Erleichterung ist die Anhebung der erlaubten Fehlzeiten von 20 auf 30 Tage während der PJ-Phase. Begründet wird dies damit, dass in den Fällen einer Schwangerschaft, bei der Betreuung minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger die bisher möglichen Fehlzeiten von 20 Ausbildungstagen nicht ausreichend gewesen seien.

Weiter soll die Rechtsänderung die Allgemeinmedizin in der ärztlichen Ausbildung weiter stärken. Deshalb wird das Blockpraktikum von einer Mindestdauer von einer Woche auf zwei Wochen erweitert und die Universitäten müssen zunächst ab Oktober 2015 mindestens 10 % der Studierenden im PJ für das Wahltertial in der Allgemeinmedizin einen Platz anbieten, ab Oktober 2017 wird diese Quote auf 20 % erhöht und ab Oktober 2019 muss für alle Studierenden, die ein Wahltertial in der Allgemeinmedizin absolvieren wollen, auch ein Platz vorhanden sein.

Laut Begründung sind diese Maßnahmen alternativlos.

Der Aufwand der Rechtsänderung wird für die Bevölkerung mit einem zusätzlichen Erfüllungsaufwand von 4.300 Stunden<sup>7</sup>, der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft aus Informationspflichten (Bürokratiekosten) mit 720.000 € pro Jahr und der für die Verwaltung auf Länderebene mit rund 3,3 Millionen € pro Jahr sowie einem einmaligen Erfüllungsaufwand von 2,7 Millionen € angegeben.

1) BGBl. I S. 2405.

2) Zur Geschichte und den Änderungen der ÄAppO seit 1970: Haage, Das neue Medizinstudium, 2003.

3) Clade, DÄBl. 1997, A-1848/B-1560/C-1456.

4) BR-Dr. 1040/97, vgl. Haage, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung 2006, 325.

5) BGBl. I S. 1539; vgl. BR-Dr. 862/11 und 238/12.

6) BR-Dr. 862/11, S. 1.

7) BR-Dr. 862/11, S. 2.