

**Parlamentarischer Abend 23. März 2011**  
**Vorstellung der Stellungnahme des Ethikrates**  
**„Präimplantationsdiagnostik“**

**Votum für ein gesetzliches Verbot der Präimplantationsdiagnostik**  
**Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber**

Wie an jede neue medizinische Entwicklung knüpfen sich auch an die PID große Hoffnungen. Genetisch belastete Paare hoffen, dass sich auf diesem Weg ihr Wunsch nach gesunden Kindern erfüllt. Solche Hoffnungen und Wünsche haben großes Gewicht, übrigens auch unabhängig von der Wahrscheinlichkeit, dass sie auf diesem Weg erfüllt werden können. Doch zugleich kommt es gerade im sensiblen Feld der menschlichen Reproduktion darauf an, technologische Entwicklungen ethisch zu prüfen und ihnen, wenn nötig, Grenzen zu setzen. Der Teil des Deutschen Ethikrats, dessen Votum ich hier zu vertreten habe, kommt zu dem Ergebnis, dass eine Zulassung der PID ethisch nicht zu vertreten ist. Wenn ich die Begründung in einem Satz zusammenzufassen versuche, dann heißt dieser Satz: Mit ihr würde der Schutz *in vitro* hergestellter Embryonen als einer um ihrer selbst willen zu achtenden Gestalt menschlichen Lebens infrage gestellt.

In in dieser Grundüberzeugung treffen sich unterschiedliche Begründungen – nämlich sowohl diejenige, die die Frage nach dem moralischen Status des Embryos dahingehend beantwortet, dass sich der Embryo von allem Anfang an als Mensch entwickelt, als auch diejenige, die sagt, er entwickle sich zum Menschen, sei aber gerade darum von Anfang an als eine um ihrer selbst willen zu achtende Gestalt menschlichen Lebens anzusehen.

Das will ich, was gegenüber einem differenzierten Votum immer problematisch ist, in sieben Punkten in aller Kürze verdeutlichen:

1. Aufgrund seiner reproduktionsmedizinischen Erzeugung unterliegt der Embryo *in vitro* einer besonderen Verantwortung; an ihr sind Ärzte und potenzielle Eltern in gleicher Weise beteiligt. Diese Verantwortung ist neuartig und deswegen mit der Frage nach dem rechtlichen Status des Embryos *in vivo* während der ersten 14 Tage nicht zu vergleichen, weil ja bei natürlicher Empfängnis vergleichbare Eingriffsmöglichkeiten in den ersten Tagen der embryonalen Entwicklung gar nicht entstehen. Mit dieser Verantwortung verträgt es sich nicht, einen Embryo zu erzeugen, um ihn im Falle unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen.
2. Mit der PID verbindet sich ein selektiver Blick, der darauf zielt, unter den *in vitro* hergestellten Embryonen die einen auszuwählen und die anderen zu verwerfen. Das unterscheidet die PID grundlegend vom Schwangerschaftskonflikt. Deshalb lässt sich die PID nicht durch einen Vergleich mit der Pränataldiagnostik rechtfertigen, bei dem die Pränataldiagnostik – wohlgerne im Gegensatz zu den geltenden gesetzlichen Bestimmungen – als Mittel zu einer „Schwangerschaft auf Probe“ interpretiert und dann die „In-vitro-Fertilisation auf Probe“ als das vorzugswürdige Mittel im Vergleich zur „Schwangerschaft auf Probe“ angesehen wird.
3. Aus einem solchen Vergleich zwischen PID und PND ergibt sich jedoch, dass mit der PID eine embryopathische Indikation wieder eingeführt würde, also die Erlaubnis, menschliches Leben aufgrund unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Diese embryopathische Indikation wurde aber bei der Schwangerschaftskonfliktregelung von 1995 ausdrücklich ausgeschlossen.
4. Eine Zulassung der PID würde gravierende Folgen für den Embryonenschutz nach sich ziehen. Die „Dreierregel“, mit der sichergestellt werden soll, dass menschliche

Embryonen nur zum Zweck der menschlichen Fortpflanzung *in vitro* hergestellt werden dürfen, ließe sich nicht aufrechterhalten. Vielmehr würde eine erhebliche Zahl von „überzähligen“ Embryonen entstehen, deren Schicksal ungewiss wäre.

5. Persönlich habe ich die Diskussion über dieses Thema besonders unter dem Gesichtspunkt verfolgt, ob ein überzeugender Vorschlag für eine auf Dauer verlässliche Begrenzung zu erkennen ist. Das ist jedoch nicht der Fall. Nicht nur an der Entwicklung in anderen Ländern, sondern auch an der deutschen Diskussion ist abzulesen, dass eine Begrenzung weder an klaren Indikationen festzumachen noch auf Dauer durchzuhalten ist. In der Stellungnahme der Bundesärztekammer beispielsweise liegt bereits jetzt ein Votum vor, das auch spätmanifestierende Krankheiten in die Indikation für PID einbezieht. Aus diesem und vergleichbaren Vorgängen drängt sich mir die Überlegung auf, dass die inhaltliche Bestimmung der Grenzen sich nicht durch Verfahrensregelungen ersetzen lässt.
6. Ich selbst gehöre auch zu denjenigen, die sehr mit sich ringen, ob nicht eine Ausnahme für diejenigen Fälle gemacht werden kann, in denen es bei Paaren, die durch Tot- und Fehlgeburten belastet sind, allein darum geht, überhaupt lebensfähige Embryonen zu identifizieren. Doch der Einwand, dass auch ein solcher Schritt Ausweitungstendenzen in sich trägt und zu einer Aufweichung des Embryonenschutzes insgesamt beiträgt, ist nicht von der Hand zu weisen.
7. Schließlich werden neue Diagnostiktechniken zu einem breiteren Einsatz der PID führen. Chip-gestützte Diagnosen werden das Indikationsspektrum bei potenziellen Eltern kontinuierlich erweitern; bei den untersuchten Embryonen werden sie Resultate erbringen, nach denen gar nicht gefragt wurde. Diese „Überschussinformationen“ werden eine Auswahl von Embryonen auch aus anderen als „eng begrenzten“ Gründen zur Folge haben. Mit solchen Entwicklungen würde sich der Druck auf genetisch belastete Eltern erhöhen, sich einer PID zu unterziehen; Menschen mit genetisch bedingten Behinderungen würden sich durch eine solche Entwicklung tief infrage gestellt sehen. Den Bemühungen um Integration und Inklusion von Behinderten liefe eine solche Entwicklung zuwider.