

Ethik: Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungs- ethik und Grundrechten

H. Kreß

- 53.1 Fortpflanzungsmedizin im öffentlichen Meinungsstreit – 653**
- 53.2 Verantwortungsethik als Maßstab – 653**
 - 53.2.1 Handlungsfolgenverantwortung – 653
 - 53.2.2 Personale Verantwortung – 654
 - 53.2.3 Normative Verantwortung – 654
- 53.3 Selbstbestimmungsrecht, Persönlichkeitsrechte und die Gewissensfreiheit – 655**
 - 53.3.1 Kinderwunsch in anthropologischer Perspektive – 655
 - 53.3.2 Moralische Zweifelsfragen und die persönliche Gewissensentscheidung – 656
 - 53.3.3 Konkretisierung: Präimplantationsdiagnostik – 657
 - 53.3.4 Selbstbestimmungsrecht im Licht der Befähigungsgerechtigkeit – 658
- 53.4 Gesundheitsschutz und das Kindeswohl – 658**
 - 53.4.1 Grundsatzaspekt: Gesundheitsschutz als Grundrecht – 658
 - 53.4.2 Gesundheitsschutz in der Fortpflanzungsmedizin – 659
 - 53.4.3 Konkretisierung: Pflicht zur Vermeidung behandlungsbedingter Gesundheitsgefahren – das Problem der Mehrlings-schwangerschaften – 660
- 53.5 Embryonenschutz – 660**
 - 53.5.1 Präzisierungen durch den Erkenntnisfortschritt moderner naturwissenschaftlicher Forschung – 661
 - 53.5.2 Heutige bioethische Urteilsbildung – 661
 - 53.5.3 Kulturethischer Aspekt: Pluralität religiöser und weltanschaulicher Überzeugungen – 662
 - 53.5.4 Schlussfolgerungen der Rechtsethik: Zum Status des frühen Embryos in der staatlichen Rechtsordnung – 664

**53.6 Sozialethische Perspektive: Fortpflanzungsmedizin
im Kontext des soziokulturellen Wandels – 665**

53.6.1 »Ordre Public« und die Problematik der Eizellspende – 665

53.6.2 Kinderwunsch gleichgeschlechtlicher Paare – 666

**53.7 Fazit: Ethische Verantwortung angesichts der
Fortpflanzungsmedizin – 667**

Literatur – 668

53.1 Fortpflanzungsmedizin im öffentlichen Meinungsstreit

An der Fortpflanzungsmedizin zeigt sich die hohe Dynamik, die der modernen, vom naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt geprägten Medizin zu eigen ist. Zusammen mit der Humangenetik wird die Fortpflanzungsmedizin in der Öffentlichkeit seit mehreren Jahrzehnten unter der Alternative »Fluch oder Segen?« diskutiert (Flöhl 1985).

Hieran wird deutlich, dass die neuen reproduktionsmedizinischen Handlungsoptionen gesellschaftlich, kulturell und rechtspolitisch erhebliche Verunsicherung wecken. Auf der anderen Seite erzeugen sie Erwartungen, die manchmal zu hoch gesteckt, oftmals aber berechtigt und gut nachvollziehbar sind. Es kommt den legitimen, wohlverstandenen persönlichen Interessen einer Frau und ihres Partners zugute, wenn ein Kinderwunsch in Fällen erfüllbar ist, in denen dies früher nicht denkbar erschien und nur noch Resignation möglich war.

Abgesehen von der Sterilitätsbehandlung ist jetzt z. B. vorstellbar, dass eine Frau oder ein Mann nach einer onkologischen Therapie ein eigenes Kind bekommen. So können vor der Chemotherapie Spermien kryokonserviert werden. Jüngeren Menschen, die eine Tumorerkrankung überwunden haben, werden hiermit neue biographische Perspektiven eröffnet: »Aufgrund der durch moderne Behandlungskonzepte deutlich verbesserten Prognose maligner Erkrankungen bei jungen Menschen bedeutet die Krebsdiagnose nicht mehr zwangsläufig das Ende aller Hoffnungen auf Gründung einer eigenen Familie« (Felberbaum et al. 2007, S. 184).

Das erste außerkörperlich erzeugte Kind war im Jahr 1978 in England geboren worden. Hierfür erhielt der Pionier der In-vitro-Fertilisation (IVF), Robert Edwards, im Jahr 2010 den Medizinernobelpreis. In Deutschland hat sich zur Fortpflanzungsmedizin über mehrere Jahrzehnte hinweg freilich eine Debatte entzündet, die emotional und weltanschaulich sowie religiös in einem solchen Maß aufgeladen war, dass von einem neuen Kulturkampf zu sprechen war. Die Frontlinien verlaufen oftmals zwischen säkularen, konzeptionell rationalen Argumenten einerseits und restriktiven oder Verbotsstandpunkten andererseits. Restriktiv votieren die Kirchen, zuvörderst die römisch-katholische Kirche und abgeschwächt evangelische Kirchen, sodann Initiativen wie die von Juristen getragene »Aktion Lebensrecht für Alle e. V.« oder eine philosophische Fundamentalkritik. Letztere reduziert die Fortpflanzungsmedizin auf das Motiv, über den weiblichen Körper ökonomische, technokratische und medikalisierte »Biomacht« auszuüben (Gehring 2005).

Der Rechtspolitik ist es angesichts der heftigen Kontroversen bislang nicht gelungen, das seit langem überfälli-

ge Fortpflanzungsmedizingesetz zu schaffen. Für die Ethik bietet sich der Begriff der »Verantwortung« an, um den normativen Aspekten sowie dem Sachstand der Fortpflanzungsmedizin gerecht zu werden.

53.2 Verantwortungsethik als Maßstab

In der Öffentlichkeit und der Politik wird der Begriff »Verantwortung« oft unscharf und schlagwortartig verwendet. Daher ist zunächst sein Profil zu verdeutlichen. Seit den 1920er Jahren ist er zu einem Leitbegriff der Ethik aufgestiegen, der dazu beitrug, moderne zivilisatorische und kulturelle Umbrüche sowie den wissenschaftlichen und technischen Fortschritt aufzuarbeiten. Dabei haben sich mehrere Dimensionen ethischer Verantwortung herauskristallisiert. Für die Fortpflanzungsmedizin sind 3 Begriffsaspekte hervorzuheben.

53.2.1 Handlungsfolgenverantwortung

Im Jahr 1919 deutete der Sozialwissenschaftler Max Weber ethische Verantwortung dahingehend, dass bei einer Handlungsentscheidung stets die faktischen Folgen, die realen Ergebnisse zu reflektieren sind. Es gilt, vorsorglich Nutzen-Schaden-Abwägungen vorzunehmen, erwünschte Handlungsfolgen und eventuelle unerwünschte Negativ- und Nebenfolgen miteinander zu vergleichen sowie die Mittel und den Zweck des Handelns gegeneinander abzuwägen. Diese handlungsfolgenorientierte Interpretation ethischer Verantwortung ist heute unverzichtbar geworden. Auf ihr beruhen die Bemühungen um Technikfolgenabschätzung. Für die Reproduktionsmedizin ergibt sich das Postulat, auf unterschiedlichen Ebenen – d. h. in der alltäglichen ärztlichen Praxis sowie in der Forschung – die Handlungskonsequenzen im Auge zu behalten, die das Wohl der Patientinnen und der mit ärztlicher Hilfe erzeugten Kinder betreffen.

Angesichts derzeitiger technologischer Innovationen und neuartiger medizinischer Handlungsoptionen wird es allerdings immer wieder zum Problem, dass manche Handlungsfolgen im Vorhinein gar nicht präzise kalkulierbar sind. Hinzu kommt, dass sich negative Handlungsfolgen möglicherweise nicht mehr korrigieren, nicht mehr wiedergutmachen und revidieren lassen. In der Reproduktionsmedizin ist dies z. B. für hypothetisch vorstellbare Keimbahneingriffe oder für eine evtl. denkbare Generierung von Individuen aus humanen pluripotenten Stammzellen zu beachten (Kreß 2012b). Insofern sind auch Grenzziehungen, das Unterlassen theoretisch denkbarer Handlungen sowie Moratorien zur Geltung zu bringen. Denn »Fehlschläge mechanischer Konstruktion verschrot-

ten wir. Sollen wir dasselbe mit den Fehlschlägen biologischer Rekonstruktion tun?» (Jonas 1985, S. 216).

53.2.2 Personale Verantwortung

Neben der Handlungsfolgenabschätzung ist für Reproduktionsmediziner eine weitere Ausformung von Verantwortungsethik einschlägig, nämlich die personale Verantwortung. Sie beruht auf der Dialogphilosophie des 20. Jahrhunderts. Verantwortung wird hierbei im Horizont menschlicher Intersubjektivität ausgelegt. Zu den Vordenkern dieses Denkansatzes gehörte der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber. In seinen Schriften zum dialogischen Prinzip entfaltete er Kriterien des zwischenmenschlichen Dialogs, an denen sich bemessen lässt, ob Menschen einander im Geist personaler Verantwortung begegnen. Zu Bubers Kriterien gehören die »Wahrhaftigkeit«, die »Rückhaltlosigkeit« und die »Zuwendung« zum Anderen, die ohne eigene innere Vorbehalte erfolgt, sowie die Bereitschaft, das Gegenüber in seiner Individualität zu respektieren und zu tolerieren. Buber betonte ferner die Notwendigkeit, den jeweils Anderen zu »vergegenwärtigen«, ihn also in **seinem** Denk- und Wertehorizont wahrzunehmen und sich die Wirkung des eigenen Sprechens und Handelns aus **seiner** Sicht zu verdeutlichen.

Der Mediziner Viktor von Weizsäcker hat diese Ideen bereits 1923 in seiner Schrift »Der Arzt und der Kranke« aufgenommen und sie speziell für das Verhältnis von Arzt und Patient fruchtbar gemacht. Heute kennt die Medizinethik das Leitbild einer »patientenzentrierten«, »personorientierten« oder »sprechenden« Medizin sowie die »Verantwortungspartnerschaft« von Arzt und Patient (Sass 2006, S. 21, 163; Kreß 2009, S. 27; Engelhardt 2011, S. 8; Bundesärztekammer 2011b, S. 158–164).

Empfehlung

Demzufolge soll sich der Arzt nicht nur für die klinische Anamnese, den objektiven Krankheitsbefund interessieren, sondern sich gleichfalls um eine Wertanamnese bemühen: Es gilt, die persönlichen Präferenzen, die moralischen Überzeugungen, die Wertperspektiven und den Lebensentwurf eines Patienten zu erfassen, um gesundheitsbezogene Entscheidungen dann gemeinsam mit ihm erörtern zu können.

Für Reproduktionsmediziner ist dieses Anliegen von Belang, weil »bei Problemkreisen der Patientin/des Paares wie Hormonstörungen, Befindlichkeitsstörungen, Kinderwunsch und Kinderwunschbehandlung eine isolierte Sicht auf organpathologische Befunde nicht allein zielführend ist« (Kentenich u. Pietzner 2011, S. 19). Die Reproduktions-

medizin berührt einen sehr sensiblen Bereich der persönlichen Lebensführung und Lebensplanung. Umso mehr ist der Arzt – zusätzlich zu seiner Fachkompetenz – zur Empathie und zum Bemühen um Vertrauensbildung herausgefordert, wenn er Patientinnen bzw. Kinderwunschpaare bei ihrer Entscheidungssuche berät und begleitet.

53.2.3 Normative Verantwortung

Eine eigene Dimension ethischer Verantwortung bildet die normative Verantwortung. Die Reproduktionsmedizin zählt zu den Sektoren hochtechnisierter Medizin, die Therapien eröffnen, die im zweiten Drittel des 20. Jahrhunderts noch nicht realisierbar gewesen waren.

➤ **Ethisch gilt der Grundsatz, dass neue Handlungsmöglichkeiten zugleich neue Verantwortlichkeiten nach sich ziehen.**

Die Normen und die Werte, die der ethischen Tradition entstammen, sind auf neuartige Handlungsansätze hin zu überdenken, auf sie hin zuzuschneiden, falls notwendig zu revidieren sowie fortzuentwickeln. Ethische und rechtliche Urteilsfindungen müssen dem medizinisch-technischen Fortschritt standhalten. Daher ist es geboten, Verantwortung »für« ethische Prinzipien und Werte zu übernehmen und diese normative Gestaltungsverantwortung zu akzelerieren, zu steigern und zu beschleunigen. Die Reproduktionsmedizin darf diesem Gebot nicht ausweichen, denn ihre Therapieangebote rufen Fragen wach, die das normative Fundament der Ethik und auch der Rechtsordnung berühren.

Hierzu zählt u. a. der Lebensschutz von Embryonen. Auf dieses Thema waren die biomedizinischen Debatten in den zurückliegenden Jahren dann sogar recht einseitig fokussiert gewesen. Reproduktionsmediziner greifen auf befruchtete Eizellen bzw. auf frühe Embryonen zu. Im Ausland erfolgt dies im Rahmen der Forschung. Doch auch im Inland werden alltäglich bei IVF und – seit 2010 durch ein Urteil des Bundesgerichtshofs ermöglicht – bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) pränidative Embryonen verwendet und ggf. vernutzt. Daraus resultiert die Frage, welcher moralische Status und welche Schutzwürdigkeit ihnen zukommt. Sie lässt sich in der Gegenwart mit den Kriterien und Argumenten, die geistesgeschichtlich überliefert sind, nicht mehr adäquat beantworten. Deshalb ist es unerlässlich, die Normen, die den Umgang mit Embryonen regulieren sollen, auf heutigem gedanklichem Niveau neu zu verantworten (► Abschn. 53.5).

Neben dem Schutz von Embryonen hat die Reproduktionsmedizin für weitere ethische Grundprinzipien und Grundrechte Verantwortung zu übernehmen. Es geht um

das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten (s. hierzu den nachfolgenden ► Abschn. 53.3) sowie um das Grundrecht auf Schutz der Gesundheit (► Abschn. 53.4).

53.3 Selbstbestimmungsrecht, Persönlichkeitsrechte und die Gewissensfreiheit

53.3.1 Kinderwunsch in anthropologischer Perspektive

Wenn eine Frau und ihr Partner sich entschließen, sich bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches reproduktionsmedizinisch unterstützen zu lassen, können sie sich rechtlich (Heun 2008, S. 51 f.) sowie ethisch auf ihr Selbstbestimmungsrecht und auf ihre Persönlichkeitsrechte berufen. Unter die **Selbstbestimmung** und das **Persönlichkeitsrecht** sind zu subsumieren: die sexuelle Selbstbestimmung, die Entscheidung für oder gegen eigene Kinder, die reproduktive Autonomie und das Recht auf Fortpflanzung.

Fortpflanzungsentscheidungen stehen zudem unter dem Schutz des Grundrechtes auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Dies ist auch auf der Basis von Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention zu sagen und vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte bestätigt worden.

In die gleiche Richtung weisen Gesichtspunkte aus der **Kulturphilosophie** und der **Anthropologie**. Der Mensch ist »der Gestalter seiner kulturellen Welt« (Landmann 1976, S. 39). Die Schöpfungen des Geistes und der Kultur – einschließlich Technik und Medizin – sind für ihn zur »zweiten Natur« geworden. Zivilisatorischer Fortschritt und technische Innovationen besitzen in vielfacher Hinsicht eine human wünschenswerte, Menschen entlastende Funktion. In der Gegenwart trifft dies auch auf die Fortpflanzungsmedizin zu. Für einen Kinderwunsch, der auf natürlichem Weg nicht erfüllbar ist, lassen sich ggf. physische Ursachen benennen. Bei den Betroffenen löst der unerfüllte Kinderwunsch häufig psychisches Leiden aus; er besitzt Krankheitswert. Daher liegt es für sie nahe, Verfahren der Reproduktionsmedizin zu nutzen, die seit den 1970er/1980er Jahren verfügbar sind.

Hiergegen wurde eingewendet, die Angebote von IVF oder die PID liefen auf eine »Verlagerung der Verantwortung auf Frauen und Paare« hinaus, durch die sie unter Druck, unter Zugzwang gesetzt und überfordert würden (Haker 2011, S. 127). Konzeption, Schwangerschaft und Geburt seien im 20. Jahrhundert medikalisiert und ökonomisiert worden. Die Angebote der Fortpflanzungsmedizin hätten die Nachfrage nach ihnen überhaupt erst erzeugt. Solche Einwände nehmen den reproduktionsmedizinischen Erkenntnis- und Handlungsfortschritt unter tech-

nikkritischem und kulturpessimistischem Vorzeichen in den Blick und bewerten ihn einseitig skeptisch.

Im Gegenzug ist die menschendienliche Seite hervorzuheben. In vielen Fällen braucht Kinderlosigkeit nicht mehr als bloßes Schicksal ertragen zu werden, das einzelnen Menschen »auferlegt« und ihnen »vorgegeben« wäre oder das religiös-moralisierend gar als Ausdruck von Strafe, als Impuls zur Läuterung oder als Prüfung zu deuten wäre. In einem einschlägigen kirchlichen Dokument ist davon die Rede, die Betroffenen sollten eine sterilitätsbedingte Kinderlosigkeit als »Teilnahme am Kreuz des Herrn« begreifen und sie daher hinnehmen (Kongregation für die Glaubenslehre 1987, S. 30). Von Seiten der Ethik ist stattdessen auf das Selbstbestimmungs- und das Persönlichkeitsrecht hinzuweisen.

► **Es ist legitim, wenn Betroffene medizinische Unterstützung nutzen, um gesundheitlichen Einschränkungen und persönlichem Leiden entgegenzuwirken. Dieses moralische Anrecht gilt auch für den unerfüllten Kinderwunsch. Denn der Fortpflanzungswunsch berührt sogar die Mitte der menschlichen Existenz. Er stellt ein existenzielles menschliches Anliegen dar.**

Diese Einsicht ist quer durch die Geistesgeschichte entfaltet worden – in der Vergangenheit ganz losgelöst von der modernen Reproduktionsmedizin. Der Wunsch nach Kindern galt schon in der antiken und mittelalterlichen Philosophie stets als ein Merkmal des Menschseins. Thomas von Aquin (1225–1274) legte dar, dass zur menschlichen Existenz vier natürliche Strebungen (»inclinaciones naturales«) gehören: das Streben nach Selbsterhaltung, nach Fortpflanzung, nach einem Leben in der Gemeinschaft und nach Wahrheit oder Erkenntnis. Dem thomanischen Denkansatz zufolge ist es die Aufgabe der menschlichen Vernunft, die natürlichen Neigungen – unter ihnen den Fortpflanzungswunsch – human und ethisch zu realisieren (Thomas von Aquin, Summa theologiae I/II q XCIV a 2).

Eindrücklich führt überdies die jüdische Geistesgeschichte vor Augen, dass der Kinderwunsch ein menschlich fundamentaler Wert ist. Neben dem Leben und der Gesundheit waren im Judentum herkömmlich die Nachkommen das Gut, das man für besonders gewichtig hielt. Religiös beruhte dies auf der Anschauung, Kinder seien ein Zeichen von Gottes Segen. An ihnen werde sichtbar, dass Gott mit Israel einen »Bund« geschlossen habe; sie seien ein Sinnbild für Gottes Verheißung, für Zukunft und Hoffnung. Die jüdische Überlieferung verknüpfte das persönliche Selbstverständnis der Menschen ganz eng mit Fortpflanzung und Nachkommenschaft. In der Antike kannten die Rabbinen moralisch-religiös sogar eine »Verpflichtung zu Nachkommenschaft und Kindererziehung (hebr. giddul banim)« (Herweg 1994, S. 75).

Dies strahlt noch heute auf das religiöse sowie auf das nachreligiös-säkulare Judentum aus. Auch in der heutigen jüdischen Medizinethik kehrt die Idee einer »Verpflichtung zur Fortpflanzung« wieder (Nordmann 2006, S. 16; Weisz 2011, S. 38). Um beiden Anliegen, dem persönlichen Fortpflanzungswunsch sowie der Gesundheit der erwünschten Kinder gerecht zu werden, befürwortet man in Israel oder im amerikanischen Judentum die extrakorporale Befruchtung sowie pränatale Diagnostik oder PID.

53.3.2 Moralische Zweifelsfragen und die persönliche Gewissensentscheidung

Verantwortungsethisch ist freilich zugleich zu betonen, dass Patientinnen bzw. Kinderwunschpaare die Angebote der Fortpflanzungsmedizin sorgfältig abwägen und gewissenhaft prüfen sollten. Dies gilt schon allein aus medizinischen Gründen. Denn bei einer IVF bestehen für die Frau (van Leeuwen 2011) sowie für das erhoffte Kind Risiken, die aus dem medizinischen Verfahren selbst resultieren. Bei höherem Lebensalter der Frau, aber auch des Mannes oder bei genetischen oder sonstigen Vorbelastungen steigen sie an (Schmutzler et al. 2007; Ludwig u. Ludwig 2008; Ludwig et al. 2011).

Über die rein medizinischen Aspekte hinaus kann die Reproduktionsmedizin moralischen Zweifel wachrufen. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass solcher moralischer Zweifel oftmals zeitbedingte Züge trägt. Er kann daraus erwachsen, dass bestimmte Handlungsmöglichkeiten noch unvertraut und soziokulturell neuartig sind. So hat Günter Dürig, der renommierte Kommentator des Bonner Grundgesetzes, in den 1950er Jahren eine Samenspende für einen Verstoß »gegen die Menschenwürde als solche« gehalten. Der Ehemann werde von seiner Ehefrau zur »vertretbare(n) Größe« degradiert« und als »austauschbar« erachtet. An den Samenspender könne »überhaupt nur schauernd gedacht werden« (Dürig 1956, S. 130).

Diese rigoristischen Einwände sind in der Sache nicht plausibel und werden heute wohl nur noch von wenigen geteilt. Im Jahr 1986 trennte sich der 56. Deutsche Juristentag endgültig von der Aussage, eine heterologe Insemination bilde eine Menschenwürdeverletzung und sei als solche sittenwidrig. In der Gegenwart bezieht sich moralischer Zweifel in der Regel nicht darauf, ob Samenspenden als solche vertretbar seien. Es geht vielmehr um die konkreten Umstände und um mögliche Konsequenzen. So ist an **anonymen** Samenspenden zweifelhaft, ob sie mit dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft vereinbar sind.

Empfehlung

Paare, die die Verwendung von Spendersamen erwägen, sollten sich frühzeitig damit auseinandersetzen, wann und in welcher Weise sie ihre Kinder hiervon später in Kenntnis setzen.

Samenspenden bilden eine Spezialfrage. Moralische Rückfragen können jedoch ebenfalls aus einem Sachverhalt resultieren, der bei extrakorporaler Befruchtung alltägliche Routine ist: Wie ist es zu bewerten, dass um des günstigeren Behandlungserfolges willen zunächst mehr Embryonen erzeugt werden, als einer Frau dann übertragen werden? Die Embryonen lassen sich kryokonservieren und ggf. in einem späteren Behandlungszyklus verwenden. Alternativ wird man sie aber auch beiseitelegen und sie absterben lassen. Eine Frau bzw. ein Paar sollten sich zu den moralischen Aspekten von Erzeugung, Kryokonservierung und Absterbenlassen pränidativer Embryonen ein eigenes Urteil bilden.

Im Ausland (u. a. Großbritannien, USA) kommt auf Patientinnen u. U. sogar die sehr viel weiterreichende Zweifelsfrage zu, ob sie bereit sind, überzählige Embryonen zu spenden und für anderweitige Zwecke verfügbar zu machen. Zu diesen Zwecken gehören die Generierung humaner embryonaler Stammzellen – sodass die Zelllinien dann für Grundlagenforschung oder für medizinisch-pharmakologische Anwendungen genutzt werden – oder Forschungsvorhaben, welche der Verbesserung des IVF-Verfahrens dienen.

Ethisch ist festzuhalten: Für eine Frau und ihren Partner, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Betracht ziehen, hängt es von ihrer persönlichen Überzeugung und von ihrem Gewissen ab, wie sie sich zu solchen Fragen verhalten. Der »ordre public«, die gesellschaftlich vorherrschende Meinung und die Rahmenbedingungen des staatlichen Rechts dispensieren sie nicht davon, in **eigener** Verantwortung zu einem **persönlichen** Urteil zu gelangen. Mit anderer Zuspitzung gesagt: Der staatliche Gesetzgeber sollte es Kinderwunschpaaren dann allerdings auch **gestatten** und es ihnen **ermöglichen**, ein persönliches, eigenverantwortetes Urteil zu fällen. Sofern die Gesetzgebung zu viele Restriktionen und Verbote enthält, fällt der Staat in einen Neopaternalismus zurück. Das positive Recht droht in diesem Fall in Widerspruch zu den normativen Grundlagen des modernen liberalen Verfassungsstaates zu geraten. Diese besagen, dass die persönlichen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte der Menschen einschließlich der reproduktiven Autonomie zu schützen und zu achten sind (Hufen 2007, S. 40; Kreß 2012a, S. 163).

53.3.3 Konkretisierung: Präimplantationsdiagnostik

Der hohe Rang von Fortpflanzungsfreiheit, Selbstbestimmungsrecht und Gewissensfreiheit wird exemplarisch an der PID erkennbar. Eine PID kommt für Paare in Frage, bei denen eine genetische Risikokonstellation vorliegt. Möglicherweise sind Kinder bereits krank geboren worden oder es haben Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten stattgefunden. Wenn Paare sich zu einer PID entschließen, übernehmen sie präventiv Verantwortung für die Gesundheit und für das Wohl eines von ihnen erhofften Kindes, um ihm eine familiär bekannte Schädigung zu ersparen. Insofern handeln sie aus Sorge um und aus Fürsorge für das erhoffte Kind.

Eine Schattenseite besteht darin, dass krankheitsbelastete Embryonen beiseitegelegt («selektiert») werden und absterben. Hiergegen wurde eingewendet, dies sei nicht nur eine Missachtung des Lebensrechtes pränidativer Embryonen. Vielmehr bedeute die PID zusätzlich, dass das Paar mit seinem Wunsch nach einem unbelasteten Kind Kranke und Behinderte diskriminiere.

Der Sache nach ist dieser Einwand nicht triftig. Der Entschluss einer Frau und ihres Partners für eine PID bringt zum Ausdruck, dass sie sich vor konkretem familiärem Hintergrund aus **ihrer** Einschätzung heraus in **ihrer** persönlichen Situation der Verantwortung für das Wohl eines erhofften Kindes stellen. Er richtet sich weder subjektiv noch objektiv gegen die Würde, Anerkennung oder Selbstachtung von Menschen, die behindert geboren worden sind oder die sich im Lauf ihres Lebens eine Behinderung zuziehen. Internationale Dokumente wie die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 sowie verfassungsrechtliche und einfachgesetzliche Vorgaben haben die Schutz- und Teilhaberechte von Menschen mit Behinderungen, auch ihr Recht auf gesundheitliche Versorgung und auf gesellschaftliche Inklusion abgesichert. Wenn einzelne Paare eine PID durchführen lassen, stellt dies die ethischen und rechtlichen Normen, die den nachgeburtlichen Schutz von Behinderten gewährleisten, nicht in Frage.

Dennoch ist zu unterstreichen: Eine Frau und ihr Partner sollten es sich auch unter moralischem Blickwinkel überlegen, ob sie eine PID in Anspruch nehmen möchten. Aufgrund der Pluralität moralischer und weltanschaulicher Überzeugungen werden die persönlichen Antworten unterschiedlich ausfallen. Außenstehende sollten sowohl ein Nein als auch ein Ja tolerieren.

Dieses Anliegen – der Respekt vor den moralischen Einschätzungen von Menschen mit Kinderwunsch – ist für das Memorandum leitend, das der Deutsche Ärztetag am 1.6.2011 zur PID verabschiedete. Es empfahl, die PID in der Bundesrepublik Deutschland zuzulassen (Bundesärztekammer 2011a). Auf derselben Linie liegt das Gesetz, das

der Deutsche Bundestag am 7.7.2011 beschlossen hat. In der Gesetzesbegründung heißt es:

»Gerade im Bereich persönlicher Lebensgestaltung, in dem regulative staatliche Eingriffe besonderer Rechtfertigung bedürfen, bringt eine begrenzte Zulassung der PID den individuellen Freiheitsanspruch auf der einen und den Schutz allgemeiner Rechtsgüter durch den Staat auf der anderen Seite am ehesten zu einem gerechten Ausgleich. Denn eine derartige Zulassung ermöglicht den Paaren, die eine PID wahrnehmen wollen, die verantwortungsvolle Ausübung ihres Grundrechts auf Fortpflanzungsfreiheit, ohne dass damit die moralische Position derjenigen, die die PID strikt ablehnen, abgewertet oder für unhaltbar erklärt würde.
(Deutscher Bundestag 2011, S. 7)«

Hiermit hat in der Bundesrepublik Deutschland jetzt der Gesetzgeber selbst zu verstehen gegeben, dass es vom Selbstbestimmungsrecht und vom persönlichen Gewissensurteil abhängt, ob ein Paar die PID – als Spezialfall reproduktionsmedizinischer Anwendungen – nutzt. Die religiös-moralischen Einwände, die z. B. katholische Gläubige gegen extrakorporale Befruchtung und PID erheben, bleiben für sie persönlich maßgebend. Für Katholiken, die sich am kirchlichen Lehramt orientieren, ist es unbenommen, das Verfahren abzulehnen. Umgekehrt ist für diejenigen, die die PID subjektiv für akzeptabel halten, nun die Chance eröffnet, sich auch im Inland ihren persönlichen Überzeugungen gemäß verhalten zu dürfen und für eine medizinische Behandlung nicht ins Ausland fahren zu müssen.

Kritisch ist zurzeit allerdings hinzuzufügen, dass das Präimplantationsdiagnostikgesetz dem Selbstbestimmungsrecht nicht konsequent genug Rechnung trägt. Denn dem Gesetz zufolge hat – ungeachtet des Selbstbestimmungsrechtes der Frau – im konkreten Fall letztlich eine Ethikkommission über die Realisierung der PID zu entscheiden. Nachdem das Gesetz beschlossen worden war, wurde sogar gefordert, dafür zu sorgen, dass die neu einzurichtenden Ethikkommissionen nur restriktiv Bewilligungen erteilen können. Demgegenüber ist daran zu erinnern, dass für eine moralisch noch viel heiklere Fallkonstellation, nämlich für den Schwangerschaftsabbruch – sogar für den späten Schwangerschaftsabbruch, bei dem schmerzempfindliche, extrauterin lebensfähige Feten getötet werden – kein genehmigendes Kommissionsvotum vorgesehen ist. Nach vorheriger Beratung kommt es hier allein auf den Willen der Frau an.

Ethisch und verfassungsrechtlich wäre es überaus fragwürdig, wenn eine Kommission den begründeten Wunsch einer Frau, eine PID durchführen zu lassen, ablehnen würde. Denn die Verfassung »kennt [...] das Institut der Ethikkommissionen nicht« (Augsberg 2011, S. 276). Das Nein einer Kommission würde in das ethisch fundamentale,

verfassungsrechtlich auf Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes gestützte Grundrecht der Frau auf Freiheit und Selbstbestimmung tief einschneiden. So sehr das Präimplantationsdiagnostikgesetz vom 7.7.2011 innerstaatlich einen Durchbruch zugunsten der Anerkennung des individuellen Selbstbestimmungsrechtes symbolisiert, ist es teilweise doch uneindeutig ausgefallen.

Aktuell (im August 2012) kommt als konkretes Problem hinzu, dass das die PID erlaubende Gesetz im Dezember 2011 zwar in Kraft getreten ist. Paradoxerweise darf die PID in Deutschland seitdem aber nicht mehr durchgeführt werden, weil die Rechtsverordnung fehlt, die das Gesetz für die Klärung von Verfahrensfragen vorgeschrieben hat. Nach langer Verzögerung hat das Bundesgesundheitsministerium im Juli 2012 nun einen Rechtsverordnungsentwurf vorgelegt, zu dessen Einzelheiten derzeit ein heftiger Meinungsstreit entbrannt ist.

53.3.4 Selbstbestimmungsrecht im Licht der Befähigungsgerechtigkeit

An dieser Stelle ist ein erstes Resümee zu ziehen. Eine wesentliche normative Grundlage der Fortpflanzungsmedizin bilden aus ethischer Sicht das Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrecht sowie die Gewissensfreiheit von Patientinnen bzw. von Paaren mit Kinderwunsch. Die Betroffenen sollten ihre Entscheidungen nicht nur zur PID, sondern auch zu sonstigen reproduktionsmedizinischen Angeboten sorgsam erwägen. Denn das Korrelat von Selbstbestimmung und Gewissensfreiheit ist die **Gewissensverantwortung**. Es ist ein weitreichender Entschluss, ein reproduktionsmedizinisches Verfahren zu nutzen. Die Behandlung kann enttäuschend verlaufen und für die Frau selbst zu gesundheitlichen einschließlich psychischen Lasten führen. Überdies sind Dritte betroffen, namentlich das erhoffte Kind. Die Erfüllung des eigenen Kinderwunsches durch IVF kann für das Kind verfahrensbedingte Gesundheitsgefahren mit sich bringen.

Empfehlung

Ob diese Gesundheitsgefahren für das erhoffte Kind im Einzelfall unverhältnismäßig und nicht mehr vertretbar sind, sollten Kinderwunschaare im Vorhinein gewissenhaft abwägen.

Hierzu greift eine Leitidee der Ethik, die erst im ausgehenden 20. Jahrhundert »entdeckt« und auf den Begriff gebracht worden ist: die **Partizipations- oder Befähigungsgerechtigkeit**. Bahnbrechend waren die Schriften des Wirtschaftsnobelpreisträgers Amartya Sen und der Philosophin Martha Nussbaum. Ihrem Denkansatz gemäß be-

deutet Gerechtigkeit: Staat und Gesellschaft stehen in der Pflicht, die einzelnen Menschen dazu zu befähigen, über ihre Lebensgestaltung, darunter gesundheitsbezogene Fragen und ausdrücklich auch »Fragen der Reproduktion« (Nussbaum 1999, S. 200), im Horizont ihrer persönlichen Überzeugungen eigenverantwortlich sowie selbstbestimmt entscheiden zu können. Diese Gerechtigkeitsidee sollte von der Ethik der Reproduktionsmedizin aufgegriffen werden. Sie führt zu dem Postulat, Kinderwunschaare über die rein medizinisch-technische Assistenz hinaus mit Hilfe medizinischer und psychosozialer Beratung in ihrer persönlichen Entscheidungskompetenz zu unterstützen.

Institutionell ist zu diesem Zweck ein breites, plurales Angebot psychosozialer Beratungsstellen auf- bzw. auszubauen. Psychosoziale Beratungen sind ergebnisoffen zu führen, damit Kinderwunschaare in die Lage versetzt werden, Entscheidungen zu treffen, die authentisch, persönlich wohlwogen und für sie selbst tragfähig sind. Von Dritten sind ihre Entscheidungen dann als Ausdruck ihres Selbstbestimmungsrechtes, ihrer Gewissensfreiheit und ihrer Gewissensverantwortung zu respektieren.

53.4 Gesundheitsschutz und das Kindeswohl

Neben dem Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrecht, das soeben in den Mittelpunkt gestellt wurde, hat die Ethik der Reproduktionsmedizin noch andere Normen zu bedenken. Essenziell sind der Schutz der menschlichen Gesundheit und das Kindeswohl. Wenn man diese Normen reflektiert, nimmt man einen Perspektivenwechsel vor. Das Selbstbestimmungsrecht bezieht sich auf die Kinderwunschaare selbst. Für die Wahrung des Gesundheitsschutzes sind v. a. die behandelnden Ärzte verantwortlich.

53.4.1 Grundsatzaspekt: Gesundheitsschutz als Grundrecht

Ethisch ist Gesundheit als fundamentales, elementares oder konditionales Gut zu bewerten, das ganz vorrangig zu schützen ist. Das Maß an Gesundheit, das ein Mensch zu erreichen vermag, bietet für ihn die Basis, sein Leben eigenen Perspektiven gemäß gestalten, persönliche Werte und Lebensziele anstreben und mitmenschliche sowie soziokulturelle Tätigkeiten verwirklichen zu können. Hiermit wird keinem utopischen, überhöhten oder ideologischen Gesundheitsideal das Wort geredet. Vielmehr geht es um den Schutz der physischen und der psychischen Gesundheit, so wie sie im Rahmen der persönlichen Gegebenheiten und Lebensvoraussetzungen eines Menschen – auch eines Menschen mit Behinderung – jeweils möglich erscheint.

Geistesgeschichtlich ist es breit verankert, Gesundheit für ein tragendes Gut zu halten. Der Gedanke, dass auch der Staat und die Rechtsordnung für die menschliche Gesundheit verantwortlich sind, fußt auf der neuzeitlichen Naturrechts- und Aufklärungsphilosophie und auf der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts. Der Mediziner und liberale Politiker Rudolf Virchow formulierte im Jahr 1848:

»Eine vernünftige Staatsverfassung muß das Recht des Einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz unzweifelhaft feststellen.

(zit. bei Kreß 2009, S. 82)«

Für Ärzte galt schon in der Antike die Verpflichtung, zum Wohl des Patienten (»salus aegroti«) zu handeln und ihm keinen Schaden zuzufügen (»nil nocere«). Verschiedene Religionen, neben dem Christentum namentlich das Judentum und der Islam, haben den Wert der menschlichen Gesundheit jeweils auf ihre Weise betont. Im Judentum gilt die Gesundheit seit der Antike als von Gott anvertraut; Gott selbst wurde als Arzt bezeichnet. Ideen- und religionsgeschichtlich wurde oft eine Korrelation von Gesundheit und Gerechtigkeit hergestellt.

In der Gegenwart ist das individuelle Grundrecht auf den Schutz der Gesundheit in einer Reihe von Menschenrechtskonventionen festgeschrieben worden, etwa im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (»Sozialpakt«) aus dem Jahr 1966. In Art. 12 anerkennen die Vertragsstaaten »das Recht eines Jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit«. In die gleiche Richtung zielen Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 oder Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006. Die Europäische Union hat sich in ihrer Grundrechtscharta, die in den EU-Vertrag von Lissabon eingegangen ist, durch Art. II-35 dazu verpflichtet, »ein hohes Gesundheitsschutzniveau« zu sichern. Der Sache nach wäre es eigentlich geboten, in der Bundesrepublik Deutschland den Gesundheitsschutz **ausdrücklich** in den Grundrechtskatalog des Grundgesetzes aufzunehmen (Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2010, S. 105). Doch schon jetzt kommt ihm auch im Inland faktisch der Status eines Grundrechtes zu. Dies ergibt sich aus der Bindung der Bundesrepublik an internationale Konventionen sowie daraus, dass der Anspruch der Bürger auf Gesundheitsschutz aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) oder aus Art. 20 Abs. 1 (Sozialstaatsprinzip) abzuleiten ist.

➤ **Der Gesundheitsschutz bildet sowohl rechtlich (Verselyté 2005; Pestalozza 2007; Kreß 2009, S. 86 ff.) als auch ethisch, speziell medizinethisch ein Grundrecht, das nicht übergangen werden darf.**

53.4.2 Gesundheitsschutz in der Fortpflanzungsmedizin

Reproduktionsmediziner sollten den Gesundheitsschutz in 3 Richtungen hin beachten. Es gilt,

- das gesundheitliche Wohl der Patientinnen zu wahren, die sich einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung unterziehen,
- die gesundheitlichen Interessen und Schutzrechte Dritter im Auge zu behalten; dies ist z. B. bei Eizellspenden wichtig, denn hierbei handelt es sich – wie die englische Regulierungsbehörde HFEA darlegte – um einen medizinisch und operativ invasiven Prozess, »der körperlich anstrengend, schmerzhaft, stressreich sein kann« und für die Spenderin gravierende Risiken enthält (zit. nach Berg 2008, S. 246),
- das Wohl und die Gesundheit der Kinder zu berücksichtigen, die außerkörperlich erzeugt werden.

Der dritte Aspekt ist hier eingehender zu beleuchten. Es bedarf der Klärung, in welchem Maß und in welcher Hinsicht Ärzte für das Wohl und die Gesundheit eines extrakorporal erzeugten Kindes (mit-)verantwortlich sind. Berufsethisch haben sich Reproduktionsmediziner zu der Verantwortung, die sie für »the child's welfare« tragen, europaweit bekannt. Die Bundesärztekammer hat dieses Anliegen ebenfalls rezipiert. In ihrer Musterrichtlinie zur assistierten Reproduktion knüpfte sie an die UN-Kinderrechtskonvention an und weitete diese aus, indem sie festhielt: »Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind«. Daher tragen eine Ärztin bzw. ein Arzt »für das Wohl des mit ihrer/seiner Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung« (Bundesärztekammer 2006, A 1393).

Nun lassen sich die Basisrisiken, die bei jeder Schwangerschaft für das Kind vorhanden sind, sowie bestimmte IVF-verfahrensbedingte Risiken ärztlicherseits nicht ganz eliminieren. Unrealistisch ist es, wenn Patientinnen oder Paare von Ärzten erwarten, diese könnten die Gesundheit ihres Kindes oder bestimmte gewünschte Eigenschaften (»Wunschkind«) positiv gewährleisten. Stattdessen geht es um die negative Seite, d. h. um den Schutzaspekt des Grundrechts auf Gesundheit.

➤ **Von dem Kind, das ohne seine medizinisch-technische Unterstützung gar nicht geboren würde, hat der Reproduktionsmediziner Schädigungen fernzuhalten, die voraussehbar, unverhältnismäßig und vermeidbar sind.**

Unter Umständen können sogar Gesundheitsgefahren eine Rolle spielen, die dem Kind von Seiten der Frau, aus ihrem Lebensstil oder ihren Lebensgewohnheiten drohen (z. B. Konsum von Alkohol oder Nikotin, Adipositas). Zu Recht

wurde berufsethisch empfohlen, eine IVF-Behandlung abzulehnen, sofern eine Frau in mehr als moderatem Maß Alkohol konsumiert (ESHRE 2010, S. 583). Reproduktionsmedizinische Assistenz sollte überdies unterbleiben, wenn bei den potenziellen Eltern ein überwertiger oder ein das Kind instrumentalisierender, überfremdender Kinderwunsch zu erkennen ist, z. B. Rettung der Ehe, Überwindung einer eigenen strukturellen Depression (Stauber 1998). Vor allem hat der Arzt jedoch solche Gesundheitsgefahren zu minimieren, die für das Kind aus dem IVF-Verfahren selbst entstehen. Hierzu gehören IVF-bedingte Mehrlingsschwangerschaften.

53.4.3 Konkretisierung: Pflicht zur Vermeidung behandlungsbedingter Gesundheitsgefahren – das Problem der Mehrlingsschwangerschaften

Mehrlingsschwangerschaften berühren den Gesundheitsschutz sogar in doppelter Hinsicht. Sie beeinträchtigen das Leben und die Gesundheit der erhofften Kinder sowie die physische und die psychische Gesundheit der Schwangeren. Für Schwangere drohen Präeklampsie, Hypertonus, Thromboembolien, Gestationsdiabetes und Geburtsrisiken. Es kommt hinzu, dass manche Paare die Geburt von Zwillingen oder Drillingen sozial, finanziell, beruflich oder familiär nur schwer verkraften (Hansen et al. 2009; Weblus et al. 2011).

Für die Kinder selbst ergeben sich ebenfalls hohe Gesundheitsrisiken: Frühgeburtlichkeit, vermindertes Geburtsgewicht bei Zwillingen und erst recht bei Drillingen sowie die erhöhte Gefahr von Behinderungen. Überdies ist vermehrte perinatale Mortalität zu befürchten, und es finden Fetozide statt. Ggf. werden im Verlauf der (Mehrlings-)Schwangerschaft einzelne Feten getötet, um für die verbleibenden die Aussicht auf Geburt und auf ein gesundes Leben zu verbessern.

Trotz aller Bemühungen, Mehrlingsschwangerschaften auch in Deutschland einzudämmen, war noch im Jahr 2011 zu konstatieren, dass »aktuell [...] die Mehrlingsrate nach In-vitro-Fertilisation (IVF) und intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) verglichen mit dem natürlichen Vorkommen noch immer um ein Vielfaches erhöht« ist (Weblus et al. 2011, S. 188). Diese Bilanz kollidiert mit der Schutzpflicht des Reproduktionsmediziners für die Gesundheit der Frau und der erwünschten Kinder. Behandlungsbedingte Ursachen sind die unkontrollierte ovarielle Stimulation sowie die Übertragung von mehr als einem Embryo in die Gebärmutter der Frau, v. a. wenn sie über 35 Jahre alt ist.

Was das Letztere anbetrifft, ist es im europäischen Ausland, etwa Skandinavien, oder in der Türkei (Ilkilic 2011,

S. 13) üblich, oder es wird dringend empfohlen (etwa in Kanada; Janvier et al. 2011), einer Patientin überhaupt nur einen Embryo zu transferieren (Single-Embryotransfer). Reproduktionsmedizinisch setzt dies voraus, zuvor mit Hilfe einer morphologischen Beobachtung zu klären, welcher unter den Embryonen, die außerkörperlich erzeugt wurden, für die Übertragung am besten geeignet ist (Diedrich et al. 2008, S. 28 ff., 38, 112 ff.).

Mit der derzeitigen Richtlinie der Bundesärztekammer und mit den Bestimmungen des deutschen Embryonenschutzgesetzes ist ein solches Vorgehen nicht ohne weiteres vereinbar. Das Gesetz stammt aus dem Jahr 1990 und wird dem aktuellen medizinischen Erkenntnis- und Handlungsfortschritt nicht gerecht. Daher haben sich Mediziner und Juristen um eine Gesetzesauslegung bemüht, die es dennoch zulässt, Mehrlingsschwangerschaften möglichst weitgehend vermeidbar werden zu lassen (Bals-Pratsch et al. 2010, S. 88 ff., 92 f.; Frommel et al. 2010; S. 98 ff.).

➤ **Trotz all dieser Bemühungen gehören Mehrlingsschwangerschaften in der Bundesrepublik Deutschland noch immer zu den Schattenseiten der Reproduktionsmedizin. Um des Gesundheitsschutzes der Frau und der erwünschten Kinder willen bleibt das Thema »Mehrlingsschwangerschaft« arztethisch sowie rechtspolitisch auf der Tagesordnung.**

53.5 Embryonenschutz

Ethisch-normativ spielt für die Reproduktionsmedizin zusätzlich zum Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen bzw. der Kinderwunschaare und zum Gesundheitsschutz von Patientin und Kind der Lebensschutz von Embryonen eine Rolle. In der Bundesrepublik Deutschland ist um den moralischen Status und den Schutz früher Embryonen rechtlich und ethisch intensiv gerungen worden. Das Thema gelangte erneut in die Diskussion, als der Gesetzgeber im Jahr 2011 über die PID zu beschließen hatte. Nachdem die PID am 7.7.2011 durch Gesetz zugelassen worden war, sahen Kritiker hierin den Vorboten eines Wertewandels, den das staatliche Recht zulasten des Embryonenschutzes vorgenommen habe. Der Staat habe ein »generelles Machbarkeitscredo der modernen technizistisch denkenden Medizin« legitimiert, die »dem modernen Menschen stets suggeriert, dass die Machbarkeit und die Kontrolle dem unkontrollierbaren und unmachbaren Schicksal stets vorzuziehen seien« (Maio 2011, S. 47). Nun drohe ein »Aus-sortieren von Embryonen, allein weil sie jemandem [...] unerwünscht sind« (Kirchhof 2011, S. 26).

Schon allein angesichts derart schwerer Vorwürfe ist zu durchdenken, welchen Schutzanspruch frühe Embryonen

eigentlich besitzen und welche Argumente hierzu zu berücksichtigen sind.

53.5.1 Präzisierungen durch den Erkenntnisfortschritt moderner naturwissenschaftlicher Forschung

Vorab ist festzuhalten: In der Gegenwart wird über den Schutz vorgeburtlichen Lebens keineswegs – wie oft unterstellt wird – großzügiger und »liberaler« geurteilt als in der Vergangenheit. Im Gegenteil: Die normative Beurteilung ist sachlich besser begründet, präziser und im Ergebnis restriktiver. Noch im 19. Jahrhundert wirkten jahrhundertlange Unsicherheiten über den Beginn des Menschseins nach. Man zweifelte sogar daran, ob behindert geborene Frühgeburten oder Fehlgeburten »Menschen« seien. Im Jahr 1873 schrieb ein amtliches Dokument der katholischen Kirche in Österreich Hebammen vor, sie sollten an behinderten Frühgeburten, die in Todesgefahr seien, um des Seelenheils willen eine Nottaufe vollziehen – jedoch nur unter Vorbehalt. Denn es sei unklar, ob ein neugeborener Behinderter – in damaligem Wortlaut: eine »Missgestalt« – tatsächlich ein menschliches Wesen sei. Die Taufformel sollte konditional ausfallen und einschränkend lauten: »Wenn du ein Mensch bist, so taufe ich dich im Namen des Vaters [...]« (zit. nach Paarhammer 2004, S. 116).

Was die **frühe Phase des vorgeburtlichen Seins** angeht: Bis in die Neuzeit hinein waren religiöse und philosophische Spekulationen wirksam, die sich mit der Art und dem Zeitpunkt der Beseelung befassten. Zumeist nahm man an, das vorgeburtliche Leben sei in den ersten 12 Wochen noch gar kein Mensch im eigentlichen Sinn. Die Ein-Stiftung einer Geistseele (anima intellectiva), von der die Menschwerdung abhängt, ereigne sich am 80. oder 90. Tag nach der Empfängnis. Diese Auffassung wurde römisch-katholisch noch im 19., ja im 20. Jahrhundert aufrecht erhalten (Demel 1995). Sie kehrt bis heute in der 3-Monats-Frist des § 218 Strafgesetzbuch wieder.

Andererseits entdeckte der Zoologe Karl Ernst von Baer im Jahr 1827 die weibliche Eizelle (Beier 2002). Hierdurch wurde auf naturwissenschaftlicher Basis evident, dass der Beginn des menschlichen Lebens nicht von der Ausstattung mit einer Geistseele am 90. Tag abhängt, sondern biologisch mit der Vereinigung von Samen- und Eizelle bzw. mit der Auflösung der Zellkerne gegeben ist. Die bahnbrechenden Klarstellungen über die Befruchtung als Beginn des menschlichen Lebens sind der modernen naturwissenschaftlichen Forschung zu verdanken.

53.5.2 Heutige bioethische Urteilsbildung

Gegenwärtig ist – wiederum im Licht der naturwissenschaftlichen Embryologie – jedoch eine tendenziell gegenläufige Frage zu erörtern: Muss der ganz frühe Embryo in seinen ersten Entwicklungstagen bereits **genauso**, auf exakt dem **gleichen** Niveau geschützt werden wie das vorgeburtliche Leben, das weiter entwickelt ist? Die ethischen Reflexionen über den Status und den Schutzanspruch früher Embryonen haben sich in den zurückliegenden Jahren v. a. auf die **SKIP-Aspekte** gestützt (► Übersicht). Dabei geht es um Schlussfolgerungen, die ethisch aus der Spezieszugehörigkeit des frühen Embryos, aus der Kontinuität seines Werdens, aus seiner Individualität und Identität sowie aus seiner Potenzialität zu ziehen sind, sich zum vollen Menschsein zu entwickeln.

SKIP-Kriterien zur Bewertung des Status von Embryonen

- S – Spezieszugehörigkeit
- K – Kontinuität des Werdens
- I – Individualität und Identität
- P – Potenzialität

Potenzialität (P) Besondere Aussagekraft wird immer wieder dem Kriterium der Potenzialität zugewiesen. Auf seiner Basis ist der Standpunkt vertreten worden, der frühe Embryo sei sofort »als« Mensch zu schützen; er stehe sogleich vollumfänglich unter dem Schutz der Menschenwürde. Denn ihm sei die Fähigkeit zu eigen, sich **aktiv und aus sich heraus** zum ganzen Menschen auszubilden.

Bei genauerer Analyse zeigt sich, dass dieser Standpunkt nicht überzeugt. Begrifflich und modallogisch ist zu sagen, dass die bloße »Möglichkeit«, »Fähigkeit« oder »Potenzialität«, sich zum Individuum oder zum Menschen zu entwickeln, noch nicht die »Wirklichkeit« des Menschseins bedeutet. Der Modalbegriff »Möglichkeit« bringt lediglich Grade der Wahrscheinlichkeit zum Ausdruck. Ferner bleibt offen, auf welches Ziel hin der Embryo sich eigentlich entwickeln können soll: lediglich auf eine nächste Stufe des vorgeburtlichen Werdens oder auf die Geburt oder auf eine spätere Phase des Menschseins hin?

Die meisten frühen Embryonen sind ohnehin gar nicht entwicklungsfähig, noch nicht einmal im Sinn der Implantationsfähigkeit. Vielmehr sterben sie von Natur aus ab. Dies gilt auch bei natürlicher Zeugung. Aufgrund chromosomaler Schäden sind sie zur Einnistung in die Gebärmutter und zur weiteren Fortentwicklung von sich aus bzw. von Natur aus nicht imstande.

Sodann ist zu bedenken, dass für die Entwicklung früher Embryonen die mütterlichen Umgebungsbedingungen

wesentlich sind. Die moderne Embryologie hat aufgezeigt, dass die eigene Genaktivität früher Embryonen erst nach und nach einsetzt. Überdies lässt sich Entwicklungsfähigkeit inzwischen technisch induzieren oder umgekehrt künstlich dekonstruieren (mit Hilfe einer Entwicklungsbremse, eines Terminators).

Das Kriterium der Potenzialität weist also erhebliche Unschärfen und Abgrenzungsunsicherheiten auf.

Identität, Individualität (I) Ein weiteres Kriterium, das für die Urteilsbildung über den moralischen Status des frühen Embryos tragend ist, bildet die Identität/Individualität. Hierzu ist zu sagen, dass noch nach der Auflösung der Zellkerne epigenetische Reprogrammierungsprozesse stattfinden. Die Entscheidung, welche mütterlichen oder väterlichen Gene aktiviert werden, ist bei der Befruchtung letztlich noch nicht gefallen. Daher steht die genetische Identität des späteren Menschen zunächst noch nicht endgültig fest. Stattdessen entscheidet es sich prozessual, welche Teile des mütterlichen oder väterlichen Genoms ihn prägen werden. Im strikten Sinn ist der frühe Embryo zunächst überdies kein »Individuum«, weil Zwillingsbildung möglich ist und er sich noch zu teilen vermag (eine Übersicht über die verschiedenen Aspekte findet sich bei Ach et al. 2006; Diedrich et al. 2007; Beckmann 2009, S. 29–50; Kreß 2009, S. 159–174; Gahl 2010; Knöpfler 2012, 52–87).

Weitere Punkte wären zu ergänzen.

Fazit Im Fazit ist festzuhalten: Der frühe Embryo, mit dem die Reproduktionsmedizin zu tun hat, stellt menschliches Leben dar (»human life«). Insofern verdient er Achtung und Schutz. Aber man kann ihn eigentlich noch nicht als einen Menschen (»human being«), als menschliche »Person« oder als menschliches »Individuum« im präzisierten, engen Sinn bezeichnen. Ihm ist ein Status eigener Art (»special status«) zuzuschreiben. Nimmt man dies ernst, dann ist der Schutzanspruch früher Embryonen vergleichsweise abgeschwächt.

Einen stärkeren Anspruch auf Lebensschutz und Lebenserhaltung besitzt das vorgeburtliche Leben in seinen späteren Phasen – nämlich Embryonen, die sich in der Gebärmutter eingenistet haben und allmählich menschliche Gestalt annehmen, sowie Feten, bei denen sich Organe und neuronale Strukturen ausbilden und die schließlich sogar schmerzempfindlich sowie extraterin lebensfähig sind.

➤ **Bioethisch ist daher von einer graduell ansteigenden Würde, einem sukzessiv zunehmenden Würdeschutz des vorgeburtlichen Lebens zu sprechen (zur rechtlichen Dimension dieser gradualistischen bioethischen Auffassung: Hufen 2007, S. 42; Kreß 2012a, S. 161).**

53.5.3 Kulturethischer Aspekt: Pluralität religiöser und weltanschaulicher Überzeugungen

Komplementär zu dieser bioethischen Einschätzung, die sich auf den naturwissenschaftlichen Sachstand stützt, ist das Verständnis früher menschlicher Embryonen noch in einer weiteren Perspektive, nämlich kulturethisch zu erörtern. Kulturell werden in Bezug auf Embryonen Anschauungen vertreten, die sich aus ganz verschiedenen weltanschaulichen und religiösen Hintergrundannahmen herleiten. In unserer pluralistischen Gesellschaft leben Bürger, deren Ansichten und Überzeugungen – auch über den Beginn des menschlichen Lebens – von ihren jeweiligen Religionszugehörigkeiten, Weltanschauungen und Philosophien beeinflusst sind. Um das breite Meinungsspektrum zu veranschaulichen, werden nachfolgend Kernaussagen mehrerer Religionen aufgezählt.

Römisch-katholischer Standpunkt

Eine rigoristische Haltung nimmt die römisch-katholische Kirche ein. Ihre frühere, jahrhundertlang vertretene Lehre besagte, das vorgeburtliche Leben werde erst spät (90. Tag) zum Menschen. Von der Spätdatierung hat sich das katholische Lehramt im 20. Jahrhundert getrennt. In den 1970er und v. a. in den 1980er Jahren hat es sich auf eine Frühdatierung des Lebensbeginns festgelegt. Im Jahr 1987 legte die Kongregation für die Glaubenslehre in der Instruktion »Über den Beginn des menschlichen Lebens und die Würde der Fortpflanzung« dar, Gott stiftete dem Embryo sofort bei der Befruchtung eine Geistseele ein, die ihn zur »Person« mache und ihm einen »absoluten« Schutzanspruch verleihe. In der katholischen Moraltheologie wurde diese Position dahingehend charakterisiert, man habe ein »minimum biologicum« mit einem »maximum spirituale« verklammert (Demmer 2005, S. 105).

Auf ihrer Basis lässt das katholische Lehramt über den Status früher Embryonen **keinerlei** Abwägungen zu. IVF oder PID sind ausdrücklich auch für **verheiratete** Paare untersagt. Das strikte Verbot wird zusätzlich mit der naturrechtlichen Aussage begründet, jedes Kind müsse innerhalb der Ehe in einem natürlichen, leiblich vollzogenen Akt erzeugt worden sein (Kongregation für die Glaubenslehre 1987, S. 7–12, 25, 30).

Legt man die Maßstäbe rationaler ethischer Theoriebildung und Methodik an, dann ist dieser Standpunkt, den die römisch-katholische Kirche vertritt, als Dogmatismus sowie als Naturalismus zu kritisieren.

Christliche Orthodoxie

Überlegungen, die denen der katholischen Kirche vergleichbar sind, finden sich in der christlichen Orthodoxie. Sie ist in Ost- und Südosteuropa beheimatet. Angesichts

des zusammenwachsenden Europa sind ihre Auffassungen jedoch auch in Mitteleuropa zu beachten. Ähnlich wie die römisch-katholische Lehre sprechen russisch- und griechisch-orthodoxe Dokumente von der »Heiligkeit« des menschlichen Lebens, die sofort mit der Befruchtung gegeben sei. Bei der Befruchtung werde der Embryo von Gott beseelt. Hierfür nennt die Orthodoxie eine christologische Begründung: Christus selbst sei vom ersten Moment seiner Empfängnis an ein vollständiges menschliches Individuum gewesen, das aus Leib und Seele zusammengesetzt war.

Die russisch-orthodoxe Kirche beharrt zur extrakorporalen Befruchtung auf einem strikten Nein. Wie die römisch-katholische Kirche stützt sie sich auch auf den Einwand, die Reproduktionsmedizin sprengte den natürlichen Weg der Entstehung menschlichen Lebens in der leiblichen Begegnung der Geschlechter.

Von Interesse sind jedoch die Meinungsdivergenzen, die in der Orthodoxie herrschen. Die griechische Orthodoxie votiert zur Reproduktionsmedizin aufgeschlossener als die russische. Sie beruft sich hierfür auf das Prinzip der Milde (»oikonomia«). Eine extrakorporale Befruchtung greife in die Entstehung menschlichen Lebens ein, die eigentlich auf einen mystischen und heiligen Akt des Planes Gottes zurückzuführen sei. Dennoch dürfe ein mildes Urteil gefällt werden. IVF und PID seien akzeptabel, v. a. wenn Heilung das Ziel sei.

Einzelne orthodoxe Theologen gehen noch weiter. Ihre Einschätzung lautet, die »Weitergabe von Leben« sei eine »unmittelbare Beteiligung am göttlichen Geschenk des Lebens«. Sie verleihe der »Gemeinschaft von Personen« Ausdruck, die in Gott selbst vorhanden sei. Dogmatisch bildet hier die Trinitätslehre, die Lehre von der »Durchdringung der drei Personen der Heiligen Dreieinigkeit«, den Bezugspunkt. Diese sei auf das menschliche Personsein zu übertragen. Für eine Person sei es wesentlich, zu anderem Sein in Beziehung zu stehen. Eine derartige Interpersonalität besitze der Embryo jedoch erst von der Nidation an. Deswegen sei von menschlichem personalem Leben »erst ab dem Moment der Einnistung (Nidation) der befruchteten Eizelle im mütterlichen Leib zu sprechen«. Hiervon ausgehend lasse sich dann »auch die Rede von Empfängnis [...] buchstäblich erst recht entfalten: Empfängnis von neuem Leben entsteht dort, wo das Leben ›in Empfang‹ genommen wird, als Möglichkeit und Öffnung zu einer neuen personalen Beziehung [...] Der in vitro gezeugte Embryo, isoliert betrachtet, kann ohne die Beziehung zum Leib der Mutter nicht weiterentwickelt werden« (Vletsis 2011, S. 229 f.).

In der christlichen Orthodoxie zeigt sich mithin die Bereitschaft, überlieferte dogmatische Lehren so zu wenden, dass die Gläubigen Angebote der Reproduktionsmedizin ihrer Religion gemäß nutzen dürfen.

Protestantische Sichtweisen

Überraschend ist es, dass sich – zumindest in Deutschland – ausgerechnet evangelische Kirchen gegenüber IVF und speziell gegenüber der PID zumeist ablehnend äußerten. Anders als die römisch-katholische Kirche haben sie zwar kein Verbot ausgesprochen. Dies wäre auf evangelischer Seite theologisch und kirchenrechtlich gar nicht möglich. Von der zentralistischen lehramtlichen Struktur der katholischen Kirche hat sich der Protestantismus seit seinen historischen Ursprüngen im 16. Jahrhundert stets abgegrenzt. Die Idee, Lehraussagen der Amtskirche könnten autoritativ bindend sein, ist ihm fremd. Stattdessen liegt dem Protestantismus am persönlichen Gewissen und an der eigenen Verantwortlichkeit jedes Einzelnen – mit einer Formulierung des Kirchenhistorikers Karl Holl aus dem Jahr 1917 gesagt: »Luthers Religion ist **Gewissensreligion** im ausgeprägtesten Sinne des Worts« (zit. bei Kreß 2011, S. 20).

Hieraus lässt sich z. B. erklären, dass evangelische Kirchen in den 1970er Jahren zur damals heftig umstrittenen Reform des § 218 StGB aufgeschlossener votierten als die katholische Seite. Den evangelischen Stellungnahmen lag am Schutz des vorgeburtlichen Lebens. Gleichzeitig hoben sie das existenzielle Dilemma und die Konfliktsituation der Frau hervor. Wenn sie die Schwangerschaft abbreche, sei dies als ihre persönliche Gewissensentscheidung zu respektieren.

Abweisend fielen jedoch die Verlautbarungen aus, die deutsche evangelische Kirchen seit den 1980er Jahren zur Fortpflanzungsmedizin vortrugen. Im Jahr 1987 verabschiedete die Synode der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) unter dem Titel »Zur Achtung vor dem Leben« einen Beschluss, der von extrakorporaler Befruchtung »abräät«. Diese Sprachregelung behielt die EKD danach bei. Die Begründung lautete, niemand habe ein Anrecht auf ein leibliches Kind. Es bestehe die Gefahr des Dammbrochs zulasten von Menschenwürde und Lebensschutz. Der Embryo stehe unter dem Schutz von Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde. Am 15.2.2011 sprach sich das Spitzengremium der deutschen evangelischen Kirchen, der Rat der EKD, in seiner Stellungnahme »Deine Augen sahen mich, als ich noch nicht bereit war [...]« zusätzlich gegen die PID aus. Leben sei »nicht durchgängig planbar. Leben lässt sich vor Leid nicht schützen«. Die PID sei mit »dem christlichen Menschenbild« nicht vereinbar (Kontroverse um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik 2011, S. 6).

Solche Begründungen bleiben sachlich und begrifflich freilich viel zu unpräzise – schon allein deshalb, weil keineswegs eindeutig aussagbar ist, was unter »dem christlichen Menschenbild« (im Singular!) zu verstehen ist. An der Alltagsrealität und der persönlichen Situation der Betroffenen gehen sie vorbei.

Insgesamt sind im Protestantismus dann aber ganz gegensätzliche Auffassungen anzutreffen. Markante Differenzen zeigen sich zwischen den Aussagen, die von kirchlichen Gremien und von Vertretern der akademischen evangelischen Ethik stammen. Letztere haben auf die Relationalität, auf das In-Beziehung-Sein des Embryos abgehoben. Er sei noch kein eigenständiges menschliches Sein wie das geborene Kind, sondern davon abhängig, dass die Mutter ihn annimmt und austrägt. Darüber hinaus wird in der protestantischen akademischen Ethik die gradualistische Deutung vertreten, der zufolge die Schutzwürdigkeit bzw. der Würdeschutz vorgeburtlichen Lebens im Verlauf seiner Entwicklung nach und nach ansteigt. Dies führt dazu, die Güterabwägungen, die anlässlich einer IVF und der PID vorzunehmen sind, für legitim zu halten.

Islamische Einschätzungen

Hierauf laufen ebenfalls die Gedankengänge hinaus, die von islamischer Seite zur extrakorporalen Befruchtung vorgetragen werden. Ihren Hintergrund haben sie in der alten Lehre von der Spätbeseelung des Embryos, die auf den 40., 80. oder 120. Tag datiert wurde. Extrakorporale Befruchtung wird als zulässig angesehen, wenn eine rechtsgültige Ehe besteht und wenn ungewollte Kinderlosigkeit vorliegt. Diese wird wie eine Krankheit beurteilt, die »mit medizinischen Maßnahmen behandelt werden darf oder sogar soll« (Ilklic 2011, S. 12). Zur Legitimierung von IVF trägt bei, dass das islamische Recht keine Adoption erlaubt.

Zu den Einzelfragen der Reproduktionsmedizin findet man innerislamisch eine Vielfalt von Auffassungen und Rechtsgutachten (Fatwas) vor. Ein Beispiel für die Pluralität, die für den Islam charakteristisch ist: Der sunnitische Islam lehnt die Eizellspende ab, wohingegen der Islam schiitischer Prägung sie für möglich hält. Eine Legitimation bietet die schiitische Anschauung über die Muta-Ehe oder Zeitehe, der zufolge ein Mann mit einer nicht verheirateten Frau für eine vereinbarte begrenzte Zeit eine Ehe eingehen darf. Aufgrunddessen kann eine andere Frau dem kinderlosen Paar ihre Eizelle spenden. Eine derartige religiöse Erlaubnis ließe sich aufgrund der Gesetzeslage in Deutschland zwar nicht umsetzen. Jedoch wird erkennbar, wie groß die Spannweite von Anschauungen im Islam ist. Dass Embryonen extrakorporal erzeugt werden dürfen, wird im Islam sogar quer durch die verschiedenen Strömungen für zulässig gehalten.

Jüdische Vorstellungen

Abschließend ist jüdisches Denken zu erwähnen. Herkömmlich kennt das Judentum die Vorstellung, das Menschsein beginne erst mit der Geburt. Das vorgeburtliche Leben sei lediglich ein Teil der Mutter. Dem Babylonischen Talmud zufolge stellt die Leibesfrucht vor dem 40. Tag »pures Wasser« dar. Auch in der Gegenwart wird

ein Embryo lediglich als »potenzieller« Mensch bezeichnet, der noch kein »wirklicher« Mensch ist. Auf die Differenz zwischen Potenzialität und Wirklichkeit legen jüdische Medizinethiker und Rabbiner heute großen Wert. Mit zunehmender Fortentwicklung steigen die Rechte und die Würde des vorgeburtlichen Lebens dann an (Steinberg 2004, S. 83). Insofern konvergiert der jüdische Zugang mit der bioethischen gradualistischen Interpretation des Embryostatus.

Für konkrete Entscheidungsfindungen ist überdies relevant, dass im Judentum die Gesundheit als besonders hochrangiges Gut betrachtet wird. Daher werden in Israel oder im amerikanischen Judentum einschließlich des religiösen Judentums nicht nur die extrakorporale Befruchtung, sondern pränatale Diagnostik sowie PID bejaht. Hierdurch kann z. B. der genetisch bedingten Tay-Sachs-Krankheit gewehrt werden, die im aschkenasischen Judentum stark verbreitet ist (Nordmann 2006, S. 15 f.).

53.5.4 Schlussfolgerungen der Rechtsethik: Zum Status des frühen Embryos in der staatlichen Rechtsordnung

Die religionsvergleichende Betrachtung ließe sich inhaltlich ausweiten (Nationaler Ethikrat 2004; Körtner et al. 2006). Sie stellt einen Baustein dafür dar, für den Umgang der Menschen mit der Reproduktionsmedizin ihr Recht auf Selbstbestimmung und ihre Gewissensfreiheit hinreichend ernst zu nehmen (► Abschn. 53.3). Wenn man das Verständnis des Embryos kulturbezogen erörtert, sind überdies die Ansätze interessant, die heutzutage von nachreligiösen säkularen Weltanschauungsgemeinschaften – in Deutschland etwa dem Humanistischen Verband – vertreten werden oder die bei einem interkulturellen Rechtsvergleich zutage treten (Seith 2007). Kulturethisch ergibt sich das Bild, dass die Auffassungen über die Würde und den Status des frühen Embryos in der Gegenwart beträchtlich voneinander abweichen. Sie sind kulturrelativ und kulturell wandelbar (hierzu in moralpsychologischer Hinsicht: Engel et al. 2010).

Diese Bilanz ist ebenfalls rechtsethisch, d. h. im Blick auf den Staat und die staatliche Rechtsordnung von Belang. Objektiv, eindeutig und allgemeinverbindlich ist die Frage, welchen ontologischen Status der frühe Embryo besitzt und welcher Würdeschutz ihm zusteht, weder von einer Religion, Weltanschauung oder Philosophie noch vom säkularen Staat beantwortbar. Falls die staatliche Rechtsordnung definieren würde, dass der Embryo schon in den ersten Tagen ein »Mensch« im vollen Sinn des Wortes »ist«, und falls der Staat aus diesem Grund IVF oder PID unter Verbot stellte, würde hierdurch die persönliche Auffassung zahlreicher Bürger – seien es Juden, protestantische Chris-

ten, philosophische Humanisten oder Agnostiker – überfremdet. Letztlich fände ein Eingriff des Staates in ihre Glaubens-, Weltanschauungs- und Gewissensfreiheit statt.

► **Der heutige Staat ist weltanschaulich neutral. Daher darf er nicht einseitig die Auffassung einer Religion, Konfession oder Weltanschauung übernehmen oder selbst Festlegungen treffen, die metaphysischen Charakter tragen. Vielmehr hat er den unterschiedlichen Standpunkten und den persönlichen Entscheidungen der Bürger selbst Raum zu lassen, sodass er sich bei der Reproduktionsmedizin auf die Regelung der äußeren Rahmenbedingungen und die Missbrauchskontrolle beschränken sollte.**

Dieser Punkt ist rechtsethisch in den Vordergrund zu rücken, weil in der Rechtspolitik und in der Rechtsprechung bis heute oft das Gegenteil zu beobachten ist. Die weltanschaulich-religiöse Pluralität wird nicht immer hinreichend berücksichtigt. Im Jahr 2011 zeigte sich diese Problematik an einem Aufsehen erregenden Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Es betraf eigentlich eine biorechtliche Spezialfrage, nämlich die Patentierbarkeit medizinischer Verfahren, die auf der Verwendung humaner embryonaler Stammzelllinien beruhen. In der Urteilsbegründung griff der EuGH am 18.10.2011 jedoch sehr weit aus: Er befasste sich mit dem Begriff und mit der Menschenwürde des Embryos im Allgemeinen. Der Begriff sei »als autonomer Begriff des Unionsrechts anzusehen, der im gesamten Gebiet der Union einheitlich auszulegen ist« (Europäischer Gerichtshof 2011, Nr. 26). Mit dieser Aussage setzte sich der EuGH darüber hinweg, dass die nationalen Rechtsbestimmungen über Embryonen in Europa stark divergieren. Zusätzlich überspielte er die weltanschauliche und moralische Pluralität, die in Europa unter den Bürgern anzutreffen ist. Der EuGH war bestrebt, den Begriff Embryo »weit«, d. h. so ausgreifend wie möglich zu interpretieren (Europäischer Gerichtshof 2011, Nr. 34). Jede Eizelle sei »vom Stadium ihrer Befruchtung an« als »menschlicher Embryo« zu erachten, weil »die Befruchtung geeignet ist, den Prozess der Entwicklung eines Menschen in Gang zu setzen« (Europäischer Gerichtshof 2011, Nr. 35). Der so verstandene Embryo stehe unter dem vollen Schutz der Menschenwürde, die in der EU garantiert werde.

Hiermit hat das Gericht sämtliche Argumente beiseitegeschoben, die das Potenzialitätskriterium problematisieren (► Abschn. 53.5.2). Es übersprang zudem die Gesichtspunkte, die juristisch, naturwissenschaftlich und ethisch darlegen, warum von einer sukzessiv oder graduell ansteigenden Schutzwürdigkeit vorgeburtlichen Lebens zu sprechen ist, sodass der frühe pränidative Embryo noch nicht unter dem vollen Schutz der Menschenwürde steht. Zugespitzt gesagt: Der Europäische Gerichtshof hat sich eine

einzelne weltanschauliche Position zu eigen gemacht, die besonders restriktiv ist (hierzu prägnant der Kommentar in www.sueddeutsche.de 18.10.2011: »Ganz im Sinne des Papstes«).

Sein Urteil betrifft unmittelbar zwar nur die Nutzung von Ergebnissen der embryonalen Stammzellforschung. Bereits in dieser Hinsicht ist es zu kritisieren (Harrison 2011; Leibniz-Gemeinschaft 2011). Für die Fortpflanzungsmedizin hat es juristisch keine direkte Bindungswirkung. Dennoch ist es für sie indirekt bedeutsam. Unterschwellig enthält es nämlich moralische Suggestionen, die gleichfalls den reproduktionsmedizinischen Umgang mit Embryonen betreffen. Denn es beansprucht, Aussagen über das Verständnis und die Menschenwürde früher Embryonen vorzutragen, die den europäischen »ordre public« abspiegeln. Dabei lässt es jedoch den weltanschaulich-religiösen Pluralismus beiseite, der in Europa zu dieser Frage herrscht.

Angesichts des EuGH-Urteils ist daher an beide Argumentationsgänge zu erinnern, die voranstehend zum Embryostatus entfaltet wurden: bioethisch an die Notwendigkeit naturwissenschaftlich fundierter, differenzierter Begriffsbildung sowie kulturethisch an die legitime Bandbreite voneinander abweichender Überzeugungen. Für rechtliche Bestimmungen zur Reproduktionsmedizin heißt dies, dass staatlicherseits die Patientenautonomie, der »informed consent« und die eigenverantwortete Entscheidung der Kinderwunschaapaare selbst als ausschlaggebend anzuerkennen sind.

53.6 Sozialethische Perspektive: Fortpflanzungsmedizin im Kontext des soziokulturellen Wandels

53.6.1 »Ordre Public« und die Problematik der Eizellspende

Im vorherigen ► Abschn. 53.5 ging es im Schwerpunkt darum, dass kulturelle Überlieferungen und das persönliche Ethos der Menschen für das Verständnis pränidativer Embryonen bedeutsam sind. Dieser Gedanke ist jetzt noch auszuweiten. Kulturelle Rahmenbedingungen sind gleichfalls für weitere Themen der Fortpflanzungsmedizin beachtlich. Zu ihnen zählt die Spende von Keimzellen.

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Samenspende rechtlich erlaubt, die Eizellspende jedoch verboten. Gegenteiliges ist z. B. in Israel der Fall. Dort existieren gegenüber der Samenspende Vorbehalte, weil sie sich nicht ohne Weiteres von der Empfängnis als Folge eines Ehebruchs abgrenzen lasse. Die Eizellspende sei mit der Halacha, der überlieferten jüdischen Ethik- und Rechtslehre, hingegen vereinbar und lasse sich heute auf dieser Basis regeln:

»Nach jüdischem Familienrecht gilt als Mutter die Gebärende (biologische Mutter) und nicht die Eizellenspenderin (genetische Mutter)« (Weisz 2011, S. 39).

In Europa fand das Thema »Eizellspende« in den Jahren 2010/2011 neue Aufmerksamkeit. Ein Kammerurteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) hat das Verbot der Eizellspende, das in der Republik Österreich gilt, am 1.4.2010 als Verstoß gegen Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention bewertet. Art. 8 gewährleistet das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Am 3.11.2011 folgte ein Urteil der Großen Kammer des EGMR. Es hat die Verurteilung Österreichs zwar nicht bestätigt, weil »das fragliche Verbot [...] den damaligen gesellschaftlichen Konsens widerspiegelt«, der in Österreich in den 1990er Jahren geherrscht habe. Interessant ist aber, wie deutlich die Große Kammer gleichzeitig zu verstehen gab, dass die gesellschaftlichen Werturteile im Fluss sind. Die staatlichen Rechtsordnungen seien dazu angehalten, den Wandel der öffentlichen Meinung aufzuarbeiten und sich mit dem »Gebiet der künstlichen Fortpflanzung« kontinuierlich zu beschäftigen (European Court of Human Rights, Pressemitteilung des Kanzlers, ECHR 221 2011, 3.11.2011, S. 4).

Die ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekte der Eizellspende bedürfen besonderer Aufarbeitung (Berg 2008; Heun 2008, S. 57). Nachfolgend wird nicht die Eizellspende, sondern eine nochmals andere Frage behandelt, die für die Reproduktionsmedizin relevant ist. Sozialethisch ist auch für sie die Einsicht zu berücksichtigen, die der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte anlässlich der Eizellspende ins Licht gerückt hat: Der »ordre public«, die staatlich-gesellschaftlichen Auffassungen über die guten Sitten und die öffentliche Ordnung sind keine statischen Größen. Soziokulturelle Bewertungen verändern sich.

► Daher ist es unerlässlich, die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin sozialethisch im Kontext gesellschaftlicher Umbrüche und des Wertewandels zu erörtern.

Der starke Wertewandel der heutigen Gesellschaft zeigt sich u. a. an den Verschiebungen, die sich im Privatleben der Menschen ereignen. Ein Beispiel ist der Anstieg der Kinderlosigkeit, die gewollt und beabsichtigt ist. In Großbritannien ermittelte in den 1990er Jahren eine Studie für einen Zeitraum von 15 Jahren die Zunahme der freiwilligen Kinderlosigkeit von 3,2% auf 11% der Partnerschaften (Stauber 1998, S. 381). Andererseits ist der Kinderwunsch für viele Menschen noch heute ein elementares Anliegen. Nach wie vor ist er – herkömmlich philosophisch ausgedrückt – als *Inclinatio naturalis* oder als ein grundlegendes menschliches Existenzial zu bezeichnen (► Abschn. 53.3.1). In der Gegenwart tritt dies an einem Sachverhalt zutage,

dem früher alltagsweltlich praktisch keine Bedeutung zukam, nämlich am Kinderwunsch in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften.

53.6.2 Kinderwunsch gleichgeschlechtlicher Paare

Die Zahl von Kindern, die bei gleichgeschlechtlichen Partnerinnen oder Partnern heranwachsen, wird größer. Allein in Deutschland dürften es zurzeit ca. 20.000 Kinder sein (Eggen 2010, S. 50). Sie entstammen i. d. R. einer heterosexuellen Beziehung, in der einer der Partner zuvor gelebt hat. Im Jahr 2004 wurde auch in Deutschland legalisiert, dass der gleichgeschlechtliche Partner ein solches Kind nachträglich adoptiert (Stiefkindadoption). Es vermag daher rechtlich abgesichert bei zwei gleichgeschlechtlichen Elternteilen aufzuwachsen.

Für lesbische Paare besteht noch eine zusätzliche Option. Sie können zu einem eigenen Kind gelangen, indem sie die Samenspende eines Dritten nutzen und reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch nehmen (Katzorke 2010). Die angelsächsische Literatur verwendet für eine solche gesellschaftlich neuartige Lebensform den Begriff »planned lesbian families« (»geplant lesbische Familien«).

Diese soziokulturelle Entwicklung ist ethisch aufzuarbeiten. Der Sache nach lässt sich heute die alte, v. a. in Naturrechtstheorien wurzelnde Auffassung nicht mehr aufrecht erhalten, nur heterosexuelle Partnerschaften seien für Kinder offen und von Natur aus auf Kinder angelegt. Auch bei lesbischen Frauen ist ein »natürlicher« Kinderwunsch vorhanden. Sozialwissenschaftlichen Studien zufolge ist er von »denselben Beweggründen« geleitet wie »bei heterosexuellen Frauen« (Herrmann-Green 2008, S. 229; Thorn 2010, S. 77). Der Kinderwunsch lesbischer Frauen ist überdies deswegen zu beachten, weil umgekehrt in verschiedengeschlechtlichen Ehen oder Partnerschaften nicht mehr durchgängig die Absicht besteht, Kinder zu erzeugen: »Manche junge Ehepartner wissen schon zum Zeitpunkt der Eheschließung, dass sie niemals Kinder haben wollen, und vermeiden dies während der Ehe entsprechend gezielt und konsequent« (Karle 2006, S. 195).

Bei lesbischen Partnerinnen ist hingegen immer wieder ein Kinderwunsch vorhanden. Diesen Sachverhalt hat man noch in den zurückliegenden Jahren oft skeptisch beurteilt. Gegen eine rechtspolitische Stabilisierung geplant lesbischer Familien und gegen eine Unterstützung durch die Reproduktionsmedizin machte man geltend, das Aufwachsen in einer solchen Partnerschaft bedrohe das Kindeswohl.

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass der Einwand nicht zutrifft (Brewaeys et al. 2005; Herrmann-

Green 2008, S. 221 ff.; Wapler 2010, S. 130 ff.). Lesbischen Paaren liegt durchweg an einer bewusst verantwortlichen, verlässlichen, auf die Selbstständigkeit und die eigene Entfaltung der Kinder abzielenden Erziehung. Zwar konnte bislang noch nicht ausgeräumt werden, dass Kinder aus lesbischen Familien Abwehr durch ihre Altersgenossen erfahren. Solche vorurteilsbedingten Reaktionen Dritter dürfen nicht beschönigt oder bagatellisiert werden. Aus ihnen lässt sich jedoch kein Argument ableiten, das generell gegen geplant lesbische Familien zu erheben wäre.

Empfehlung

Sozialethisch gesehen und unter dem Aspekt des Kindeswohls ist es daher legitim, wenn Reproduktionsmediziner den Kinderwunsch in einer stabilen lesbischen Partnerschaft durch ihre ärztliche Beteiligung unterstützen.

Dabei ist freilich darauf zu achten, dass die Kinder, die in lesbischen Familien durch Samenspende erzeugt wurden, ein Recht auf Kenntnis ihrer genetischen Herkunft haben. Deshalb sollten Samenspenden nicht anonym erfolgen, wie es in Belgien oder – losgelöst von einer ärztlichen Begleitung – derzeit häufig in Deutschland der Fall ist. In Großbritannien ist die anonyme Samenspende im Jahr 2005 untersagt und für lesbische Paare stattdessen ein personalisiertes Verfahren eingeführt worden. Aus ethischer Sicht ist zusätzlich zu betonen, dass lesbische Paare vor der Realisierung ihres Kinderwunsches umfassend beraten werden sollten – nicht nur medizinisch und rechtlich, sondern gleichfalls psychosozial sowie vorsorglich in Bezug auf Konflikte und Probleme, die in einer lesbischen Familie später einmal aufbrechen könnten. Zu den sensiblen Aspekten gehört das Verhältnis der Partnerinnen sowie des Kindes zu dem leiblichen Erzeuger, dem Samenspender (Thorn 2010, S. 79 f.).

Sogar die Bundesärztekammer hat das Nein, das sie der reproduktionsmedizinischen Begleitung lesbischer Paare früher entgegengehalten hatte, im Jahr 2006 immerhin abgeschwächt. In der Musterrichtlinie zur assistierten Reproduktion heißt es nur noch, bei gleichgeschlechtlichen Paaren sei eine heterologe Insemination »zurzeit« nicht vertretbar (Bundesärztekammer 2006, A 1400). Das Ständerecht ist in Deutschland also auf Öffnung und Liberalisierung angelegt. Deshalb sollte die Bundesärztekammer dies jetzt möglichst rasch explizit zum Ausdruck bringen.

Die staatliche Seite hat es bislang allerdings versäumt, die Rechtsunsicherheiten auszuräumen, die generell, also gleichfalls für heterosexuelle Partnerschaften, zur Samenspende bestehen (Taupitz 2011). In zahlreichen Staaten – unter ihnen skandinavische Länder, Belgien, die Niederlande, England, Spanien, Kanada, Südafrika, Neuseeland

oder US-Bundesstaaten – ist die künstliche Befruchtung bei lesbischen Paaren rechtlich statthaft (Dethloff 2010, S. 172).

An der Frage einer reproduktionsmedizinischen Begleitung lesbischer Paare erweist sich, dass die Fortpflanzungsmedizin im Kontext sonstiger soziokultureller Entwicklungen – hier: der postmodernen Veränderungen der Privatsphäre und der Lebensformen – zu sehen ist. Die Fortpflanzungsmedizin hat lebensweltliche Veränderungen angestoßen, indem sie vorher unbekannte Aussichten auf Fortpflanzung eröffnete. Gleichzeitig ist sie ihrerseits in einen umfassenderen Wandel gesellschaftlicher Lebensformen und Lebensanschauungen eingebunden, der unabhängig von ihr erfolgt. Zwischen der Fortpflanzungsmedizin und den Überzeugungen und Lebensformen, die sich in der heutigen Gesellschaft pluralisieren und verändern, existiert eine Wechselbeziehung.

➤ **Daher ist es unerlässlich, die Reproduktionsmedizin nicht nur vor dem Hintergrund kirchlicher oder religiöser Traditionen sowie unter bio- und rechtsethischem Blickwinkel, sondern darüber hinaus in sozialwissenschaftlicher und sozialethischer Perspektive zu reflektieren.**

53.7 Fazit: Ethische Verantwortung angesichts der Fortpflanzungsmedizin

Abschließend ist darauf zurückzukommen, dass sich eine Ethik der Reproduktionsmedizin unter dem Vorzeichen des Begriffs »Verantwortung« entfalten lässt. Eingangs sind reproduktionsmedizinisch relevante Teilaspekte von Verantwortung erwähnt worden: Handlungsfolgenverantwortung, personale Verantwortung sowie Verantwortung für die Wahrung und Präzisierung ethischer Normen (► Abschn. 53.2). Zusätzlich ist nun die formale Seite des Begriffs anzusprechen. »Verantwortung« ist ein mehrstelliger Relationsbegriff. Es geht um die Verantwortung

- einer Person, nämlich des Entscheidungs- und Handlungssubjekts,
- in Anbetracht des jeweiligen Handlungsfelds bzw. eines Gegenstandsbereichs
- für das jeweilige Tun oder das Unterlassen
- im Rückbezug auf die eigene Person, das eigene Gewissen,
- in Bezug auf andere Menschen
- unter Beachtung ethischer Werte und Normen.

Für die Handlungsstrukturen in der Reproduktionsmedizin heißt dies:

Eine Patientin bzw. ein Paar, aber auch der Arzt tragen Verantwortung angesichts unterschiedlicher fortplan-

zungsmedizinischer Sachverhalte und Möglichkeiten (IVF, ICSI, PID, künstliche Insemination, Eizellspende usw.). Sie sollten ihre Handlungsentschlüsse, ihr Tun und ihr Unterlassen im Horizont ihrer persönlichen Überzeugungen dahingehend durchdenken, dass das Wohl der Betroffenen, insbesondere das Wohlergehen des erhofften, mit ärztlicher Hilfe zu erzeugenden Kindes gewahrt wird. Dabei sind die für die Reproduktionsmedizin relevanten Normen der Ethik zu beachten: die Achtungs- und Sorgfaltpflichten im Umgang mit pränidativen Embryonen, der Gesundheitsschutz der Patientin, die Gesundheit und das Wohl des mit ärztlicher Hilfe erzeugten Kindes sowie das Selbstbestimmungsrecht, die Persönlichkeitsrechte und die Gewissensfreiheit der Patientin bzw. des Kinderwunschaars.

In diesen verantwortungsethischen und grundrechtlichen Rahmen lassen sich weitere Erwägungen einzeichnen. Hierzu gehört, die sich verändernden soziokulturellen Rahmenbedingungen, den Wandel von Lebensformen und die Verschiebungen des »ordre public« sozialetisch zu durchdenken. Dies wurde voranstehend thematisiert (► Abschn. 53.6).

Nochmals ausgeweitet ist die wissenschaftsethische Dimension, nämlich die Forschungsverantwortung hervorzuheben: die Notwendigkeit, Forschung zur Gesundheitsverträglichkeit der reproduktionsmedizinischen Verfahren zu verstetigen, sowie sozialwissenschaftliche Begleit- und die Langzeitfolgenforschung. Nicht zuletzt ist die Verantwortung des staatlichen Gesetzgebers zu betonen:

- Korrektur unplausibler Rationierungen in der Reproduktionsmedizin (Rauprich et al. 2011, S. 60),
- Herstellung kohärenter gesetzlicher Regelungen, die dem Stand medizinischen Wissens und ethischer Einsicht Rechnung tragen,
- Gewährleistung eines höheren Maßes an Rechtssicherheit.

Im Sinn der Befähigungsgerechtigkeit (► Abschn. 53.3.4) ist überdies einzufordern, dass der Staat eine Infrastruktur unterstützt, die der ergebnisoffenen psychosozialen Beratung und der Begleitung von Kinderwunschaars zugute kommt. Dies trägt dazu bei, dass Patientinnen und ihre Partner ihre Entscheidungen selbstbestimmt und wohlerwogen treffen.

Literatur

- Ach JS, Schöne-Seifert B, Siep L (2006) Totipotenz und Potentialität. Gutachten für das Kompetenznetzwerk Stammzellforschung NRW. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Bd. 11. Walter de Gruyter, Berlin New York, S 261–321
- Augsberg I (2011) Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod: Wer entscheidet im Rechtsstaat? In: Weilert AK (Hrsg) Spätabbruch oder Spätabtreibung – Entfernung einer Leibesfrucht oder Tötung eines Babys? Mohr Siebeck, Tübingen, S 271–284
- Bals-Pratsch M, Dittrich R, Frommel M (2010) Wandel in der Implementation des Deutschen Embryonenschutzgesetzes. J Reproduktionsmed Endokrinol 7: 87–95
- Beckmann JP (2009) Ethische Herausforderungen der modernen Medizin. Karl Alber, Freiburg / München
- Beier HM (2002) Die Entdeckung der Eizelle der Säugetiere und des Menschen. Reproduktionsmedizin 18: 333–338
- Berg G (2008) Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst Chr (Hrsg) Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Universitätsverlag, Göttingen, 239–253
- Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (2010) Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen. Bericht der Bioethik-Kommission vom 30. April 2010. Justizministerium, Mainz
- Brewaeys A, Dufour S, Kentenich H (2005) Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt? J Reproduktionsmed Endokrinol 2: 35–40
- Bundesärztekammer (2006) (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Dtsch Ärztebl 103: A 1392–1403
- Bundesärztekammer (2011a) Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik (PID). Dtsch Ärztebl 108: A 1701–1708
- Bundesärztekammer auf Empfehlung ihres Wissenschaftlichen Beirats (2011b) Placebo in der Medizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Demel S (1995) Abtreibung zwischen Straffreiheit und Exkommunikation. Kohlhammer, Stuttgart
- Demmer K (2005) Ethische Argumente zur morphologischen Beobachtung früher Embryonen. J Reproduktionsmed Endokrinol 2: 102–105
- Dethloff N (2010) Assistierte Reproduktion und rechtliche Elternschaft in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften. Ein rechtsvergleichender Überblick. In: Funcke D, Thorn P (Hrsg) Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. transcript, Bielefeld, S 161–192
- Deutscher Bundestag (2011) Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG). Drucksache 17/5451
- Diedrich K, Hepp H, von Otte S (Hrsg) (2007) Reproduktionsmedizin in Klinik und Forschung: Der Status des Embryos. Nova Acta Leopoldina NF Nr. 354 Bd 96. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle
- Diedrich K, Felberbaum R, Griesinger G, Hepp H, Kreß H, Riedel U (2008) Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin
- Dürig G (1956) Der Grundrechtssatz von der Menschenwürde. Archiv des öffentlichen Rechts NF 42: 117–157
- Egen B (2010) Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften ohne und mit Kindern: Soziale Strukturen und künftige Entwicklungen. In: Funcke D, Thorn P (Hrsg) Die gleichgeschlechtliche Familie mit

- Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. transcript, Bielefeld, S 37–60
- Engel JB, Hönig A, Segerer S, Diedrich K, Dietl J, Djakovic A (2010) Der moralische Status des Embryos. *Frauenarzt* 51: 842–846
- Engelhardt K (2011) Verlorene Patienten? Für mehr Menschlichkeit in der Medizin. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- ESHRE Task Force on Ethics and Law (2010) Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction. *Human Reprod* 25: 578–583
- Europäischer Gerichtshof (2011) Urteil des Gerichtshofs (Große Kammer) in der Rechtssache C-34/10 Oliver Brüstle gegen Greenpeace e. V. 18.10.2011
- Felberbaum RE, Gerber B, Emons G (2007) Zum Erhalt der Fertilität nach onkologischer Therapie. In: Felberbaum RE, Bühler K, van der Ven H (Hrsg) *Das Deutsche IVF-Register 1996–2006*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 179–185
- Flöhl R (Hrsg) (1985) Genforschung – Fluch oder Segen? Interdisziplinäre Stellungnahmen. J. Schweitzer, München
- Frommel M, Taupitz J, Ochsner A, Geisthövel F (2010) Rechtslage der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 7: 96–105
- Gahl K (2010) SKIP – Kriterien oder Argumente? Aspekte des Embryonenschutzes. In: Babke H-G (Hrsg) *Wissenschaftsfreiheit*. Peter Lang, Frankfurt/M, S 171–197
- Gehring P (2005) Biomacht Ökonomien: Zirkulierende Körperstoffe, zirkulierende Körper-Dateien. *Polylog Z Interkult Philos* 13: 55–64
- Haker H (2011) Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. Kösel, München
- Hansen M, Colvin L, Petterson B, Kurinczuk JJ, de Klerk N, Bower C (2009) Twins born following assisted reproductive technology: perinatal outcome and admission to hospital. *Human Reprod* 24, 9: 2321–2331
- Harrison C (2011) EU bans embryonic stem cell patents but decision may have limited implications. *Nature Rev Drug Discov* 10: 892–893
- Herrmann-Green L (2008) Lesben mit Kinderwunsch: Eine ethische Herausforderung für die Reproduktionsmedizin? In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst Chr (Hrsg) *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Universitätsverlag, Göttingen, S 217–237
- Herweg RM (1994) Die jüdische Mutter. Das verborgene Matriarchat. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Heun W (2008) Restriktionen assistierter Reproduktion aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg) *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Universitätsverlag, Göttingen, 49–61
- Hufen F (2007) Menschenwürde und Lebensschutz des Embryos aus juristischer Sicht. In: Diedrich K, Hepp H, von Otte S (Hrsg) *Reproduktionsmedizin in Klinik und Forschung: Der Status des Embryos*. Nova Acta Leopoldina NF Nr. 354 Bd. 96. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle, S 37–47
- Ilklic I (2011) Positionen und Argumente zu reproduktionsmedizinischen Verfahren in den innerislamischen Diskussionen. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 8; Sonderheft 2: 10–14
- Janvier A, Spelke B, Barrington KJ (2011) The epidemic of multiple gestations and neonatal intensive care unit use: the cost of irresponsibility. *J Pediatr* 159: 409–413
- Jonas H (1985) *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung*. Insel, Frankfurt/M
- Karle I (2006) »Da ist nicht mehr Mann noch Frau...«. *Theologie jenseits der Geschlechterdifferenz*. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Katzorke T (2010) Medizinisch-technische Behandlungsmöglichkeiten für gleichgeschlechtliche Paare. In: Funcke D, Thorn P (Hrsg) *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform*. transcript, Bielefeld, S 101–111
- Kentenich H, Pietzner K (2011) Placebo in der Medizin oder: Die Rolle des Arztes im therapeutischen Prozess. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 8; Sonderheft 2: 15–19
- Kirchhof P (2011) Wir brauchen mehr Bewusstseinschärfe im Recht. Wie wir mit neuem Wissen verantwortlich umgehen können. *Universitas* 66; 785: 21–28
- Knoepffler N (2012) *Der Beginn der menschlichen Person und bioethische Konfliktfälle*. Herder, Freiburg
- Kongregation für die Glaubenslehre (1987) *Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung*. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 74. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Eigenverlag, Bonn
- Kontroverse um die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (2011) *epd-Dokumentation* Nr. 9, 22.2.2011. Evangelischer Pressedienst, Frankfurt/M
- Körtner UHJ, Virt G, von Engelhardt D, Haslinger F (Hrsg) (2006) *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen*. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn
- Kreß H (2009) *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz, Selbstbestimmungsrechte, heutige Wertkonflikte*, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Kreß H (2011) *Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik aus protestantischer Sicht – Gewissensfreiheit, Gewissensverantwortung und das Selbstbestimmungsrecht als Leitgedanken*. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 8; Sonderheft 2: 20–24
- Kreß H (2012a) *Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik*. Kohlhammer, Stuttgart
- Kreß H (2012b) *Künstliche Herstellung von Gameten und Embryonen aus pluripotenten Stammzellen. Bewertung aus ethischer Sicht*. *Gynäkol Endokrinol* 10; 6
- Landmann M (1976) *Philosophische Anthropologie*, 4. Aufl. Walter de Gruyter, Berlin New York
- Leibniz-Gemeinschaft (2011) *Pressemitteilung der Allianz der Wissenschaftsorganisationen. EuGH-Urteil darf nicht zu Lasten der Forschung ausgelegt werden (7.12.2011)*. [<http://www.leibniz-gemeinschaft.de/>]
- Ludwig AK, Ludwig M (2008) Postpartale Entwicklung nach assistierter Reproduktion geborener Kinder. *Gynäkologe* 41: 194–199
- Ludwig M, Nawroth F, Dorn C, Sonntag B (2011) *Kinderwunsch bei 40plus – was sind die entscheidungsrelevanten Faktoren?* *Frauenarzt* 52: 252–259
- Maio G (2011) »Ein Akt der Humanität«? Die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik als politische und ethische Resignation. *Universitas* 66, 785: 41–55
- Nationaler Ethikrat (2004) *Der Umgang mit vorgeburtlichem Leben in anderen Kulturen*. Eigenverlag, Berlin
- Nordmann Y (2006) *Der Beginn menschlichen Lebens. Aspekte der jüdischen Medizinethik*. In: Körtner UHJ, Virt G, von Engelhardt D, Haslinger F (Hrsg) *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen*. Neukirchener, Neukirchen-Vluyn, S 5–17
- Nussbaum M (1999) *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Gender Studies. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Paarhammer H (2004) *Der kanonische Pfarrer und die Hebammen*. In: Rees W (Hrsg) *Recht in Kirche und Staat*. Duncker & Humblot, Berlin, S 101–121
- Pestalozza C (2007) *Das Recht auf Gesundheit. Verfassungsrechtliche Dimensionen*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 1113–1118

- Rauprich O, Berns E, Vollmann J (2011) Die Finanzierung der Reproduktionsmedizin. *Gynäkol Endokrinol* 9: 60–68
- Sass H-M (2006) *Differentialethik. Anwendungen in Medizin, Wirtschaft und Politik*. LIT, Berlin
- Schmutzler AG, von Otte S, Caliebe A, Küpker W (2007) Genetische Aspekte der männlichen Subfertilität. In: Felberbaum RE, Bühler K, van der Ven H (Hrsg) *Das Deutsche IVF-Register 1996–2006*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 167–178
- Seith C (2007) Die Statusfrage und der extrakorporale Embryo – ein rechtsvergleichender Blick über Ländergrenzen. In: Maio G (Hrsg) *Der Status des extrakorporalen Embryos*. frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S 463–527
- Stauber M (1998) Kinderlosigkeit/Kinderwunsch. In: *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, S 380–383
- Steinberg A (2004) The beginning of life – Jewish perspectives. In: *Nationaler Ethikrat (Hrsg) Der Umgang mit vorgeburtlichem Leben in anderen Kulturen*. Eigenverlag, Berlin, S 79–87
- Taupitz J (2011) Die Samenspende: Finanzielles Vabanquespiel für den Spender. *Z Rechtspolitik* 44: 161–164
- Thorn P (2010) Geplant lesbische Familien. *Gynäkol Endokrinol* 8: 73–81
- Van Leeuwen FE et al. (2011) Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. *Human Reprod; Advance Access published October 26, 2011*, [doi:10.1093/humrep/der322]
- Verselytė A (2005) *Das Recht auf Gesundheitsschutz in der Europäischen Union*. Peter Lang, Frankfurt/M
- Vletsis A (2011) Ist sich die Orthodoxie in bioethischen Fragen einig? *Una Sancta* 66: 222–235
- Wapler F (2010) Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften mit Kindern: Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen. In: Funcke D, Thorn P (Hrsg) *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform*. transcript, Bielefeld, S 115–159
- Weblus AJ, Schlag S, Entezami M, Kentenich H (2011) Fetozyd bei Mehrlingen. *Medizinische und psychologische Aspekte*. *Gynäkol Endokrinol* 9: 187–191
- Weisz W (2011) Sexualeben und Kinder – zwei göttliche Geschenke an den Menschen. *Jüdische Sicht auf die aktuelle Fortpflanzungsmedizin*. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 8; Sonderheft 2: 36–40