

Hartmut Kreß, Reproduktionsmedizin in ethischer Perspektive. Zuwachs an Handlungsmöglichkeiten – Kriterien der Ethik – Reformbedarf der Gesetzgebung, in: Frauenheilkunde – Neue Forschungen für die Frauengesundheit, hrsg. von der ALPHA Informationsgesellschaft mbH, Lampertheim 2015, S. 80-91 (= Exzellenzforschung in der Medizin, Nr. 6)



Reproduktions- medizin in ethischer Perspektive

Zuwachs an Handlungsmöglichkeiten –
Kriterien der Ethik –
Reformbedarf der Gesetzgebung

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Professor für Ethik | Evang.-Theol. Fakultät der Universität Bonn | Abt. Sozialethik | Am Hof 1 | 53113 Bonn

Einleitung. Medizinischer Sachstand und gesellschaftliche Debatten

Die Dynamik der medizinischen Entwicklung

Die Fortpflanzungsmedizin ist ein außerordentlich dynamischer Zweig der Medizin, sowohl auf der Ebene der Forschung als auch in der klinischen und ärztlichen Praxis. In wenigen Jahrzehnten erzielte sie Durchbrüche, die nicht nur medizinisch, sondern ebenfalls in soziokultureller und politischer Hinsicht Zeitgeschichte geschrieben haben. Im Jahr 1978 war es erstmals in England gelungen, ein Kind nach künstlicher Befruchtung, d.h. nach der Vereinigung von Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibes, zur Welt zu bringen. Die medizinischen Pioniere waren der 1988 verstorbene Arzt Patrick Steptoe sowie der Embryologe Robert Edwards, der 2010 hierfür den Medizinernobelpreis erhielt. Inzwischen sind weltweit mehr als 5 Millionen Kinder mit Hilfe einer solchen künstlichen Befruchtung bzw. einer In-vitro-Fertilisation (IVF) geboren worden. Das Verfahren dient der Behandlung der Sterilität, so dass eine Frau z.B. trotz Eileiterverklebung schwanger werden kann. In den 1990er-Jahren wurde zusätzlich anwendungsreif, bei Subfertilität des Mannes medizinisch helfen zu können. Im Rahmen einer außerkörperlichen Befruchtung wird mit einer intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) eine Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert.

Ferner ist vor ca. 20 Jahren die Präimplantationsdiagnostik (PID) spruchreif geworden, deren therapeutischer Sinn freilich anders liegt. Im Unterschied zur „normalen“ außerkörperlichen Befruchtung (IVF und ICSI) zielt sie nicht auf die Behandlung von Sterilitätsproblemen. Vielmehr wird sie von Paaren genutzt, in deren Familien schwerwiegende erbliche Krankheiten bekannt sind. In solchen Fällen können Embryonen, die außerkörperlich erzeugt wurden, noch außerhalb des Mutterleibes auf den fraglichen genetischen Defekt hin untersucht werden. Wenn der Arzt festgestellt hat, dass ein extrakorporaler Embryo die Krankheitsdisposition nicht aufweist, wird dieser der Frau eingesetzt. Nachdem es zu einer Schwangerschaft gekommen ist, kann ein Kind geboren werden, das von der betreffenden Krankheit unbelastet ist. Bei der Polkörperdiagnostik erfolgt eine derartige Analyse zu einem früheren Zeitpunkt, nämlich schon vor dem Abschluss des Befruch-

tungsvorgangs. Sie ist allerdings weniger aussagekräftig.

Um noch ein weiteres Symbol des reproduktionsmedizinischen Fortschritts zu erwähnen: Seit einigen Jahren lassen sich nicht nur Samenzellen und Embryonen, sondern gleichfalls Eizellen einfrieren. Auf dieser Grundlage können zeitversetzte Schwangerschaften geplant werden. Eine Frau kann sich Eizellen entnehmen lassen, diese dann kryokonservieren und sie zu einem späteren Zeitpunkt auftauen, befruchten und sich wieder einsetzen lassen. Eine vorsorgliche Punktion von Eizellen ist überlegenswert, sofern sich eine jüngere Frau aufgrund einer schweren Krankheit einer keimzellschädigenden Therapie (Chemotherapie, Strahlenbehandlung oder anderes) unterziehen muss und sie später trotzdem eventuell noch schwanger werden möchte. Darüber hinaus nutzen Frauen die Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen auch aus sonstigen sozialen, biographischen oder beruflichen Gründen. In der Öffentlichkeit wird Letzteres – zum Teil mit kritischem Akzent – unter der Bezeichnung „social freezing“ diskutiert.

Medizinischer und naturwissenschaftlicher Kontext

Die Entwicklungsdynamik der Reproduktionsmedizin wäre ohne ihre interdisziplinäre Einbindung nicht vorstellbar. Sie ist nicht nur mit der Gynäkologie fachlich verbunden, sondern kooperiert z.B. mit der Humangenetik – besonders augenfällig bei der PID – oder sogar mit der Transplantationsmedizin. In Schweden wurde 2013 einer 35-jährigen Frau die Gebärmutter einer anderen Frau eingepflanzt, so dass sie bei fehlendem eigenem Uterus ein Kind gebären konnte (*Brännström et al. 2015*). Das Verfahren ist freilich hochexperimentell. Eine Schwangerschaft, die nach einer solchen Organtransplantation aufgrund einer IVF erfolgt, ist als Hochrisikoschwangerschaft einzustufen.

Sodann ist der Kontext der Stammzellforschung zu nennen. Humane embryonale Stammzellen wurden erstmals im Jahr 1998 beschrieben. Sie sind Gegenstand von Forschung, die embryonale entwicklungsbiologische Prozesse oder zellbiologische Sachverhalte entschlüsselt. Zudem sind embryonale Stammzellen nutzbar, um die Entstehung von Krankheiten zu erforschen und um Therapien sowie pharmakologische und toxikologische Testsysteme zu entwickeln. Ohne

die Fortpflanzungsmedizin wären die Forschung an diesen Stammzellen und ihre potenzielle klinische und pharmakologische Nutzung überhaupt nicht denkbar gewesen. Denn sie werden Frühembryonen entnommen – ca. am 4. Entwicklungstag –, nachdem diese fortpflanzungsmedizinisch durch außerkörperliche Befruchtung entstanden sind. Die frühen Embryonen, aus denen humane embryonale Stammzelllinien abgeleitet werden, sind in aller Regel überzählig; d.h. sie sind für Fortpflanzungszwecke erzeugt worden, wurden für die jeweilige IVF-Behandlung aber nicht mehr benötigt.

Inzwischen zeichnet sich noch eine weitere Verschränkung von Reproduktionsmedizin und Stammzellforschung ab. Es beginnt realisierbar zu werden, aus Stammzellen – sei es aus embryonalen oder aus induzierten pluripotenten Stammzellen – Samen- oder Eizellen zu generieren. Diese Keimzellen könnten theoretisch für Befruchtungszwecke genutzt werden, so dass es hypothetisch schließlich zu einer Geburt käme. Bei Tieren haben solche Experimente bereits stattgefunden. Bezogen auf Menschen würde dies theoretisch bedeuten, dass ein Paar durch die Nutzung von Stammzellen z.B. auf die Spende von fremdem Samen oder einer fremden Eizelle verzichten könnte. Hypothetisch ließe sich auf diesem Weg eventuell sogar gleichgeschlechtlichen Paaren zu einem genetisch eigenen Kind verhelfen (*Hendriks et al. 2015*).

Soziokulturelle Anschlussfragen

Die voranstehenden Hinweise haben angedeutet, welche Dynamik der reproduktionsmedizinische Fortschritt besitzt und wie groß die Bandbreite bereits praktizierter sowie potenzieller und hypothetischer, darunter auch visionärer Anwendungen ist. Angesichts dessen ist über die Naturwissenschaften hinaus ebenfalls die Einbindung der Reproduktionsmedizin in den Kontext geistes- und kulturwissenschaftlicher Fächer wie Ethik, Soziologie, Psychologie oder Rechtswissenschaften zu betonen. Die neuartigen Möglichkeiten, die menschliche Fortpflanzung zu beeinflussen, betreffen den Kern der menschlichen Existenz und wirken sich darauf aus, wie menschliches Zusammenleben gestaltet und wie Nachkommenschaft geplant wird. Dies bedarf eingehenderer soziokultureller Reflexion. Noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war es Utopie gewesen, die Erzeugung von Nachkommen in einem

derartigen Maß technisch beeinflussen zu können. Heutzutage ist manches zur Realität geworden. Hierdurch trägt die Reproduktionsmedizin zugleich zum Werte- und Strukturwandel bei, der sich in unserer Gesellschaft ereignet.

Ein Element des derzeitigen soziokulturellen Wandels besteht in der Pluralisierung der Lebensformen. Im 19. und besonders im 20. Jahrhundert waren die bürgerliche Ehe und Kleinfamilie das vorherrschende Lebensmodell gewesen. Demgegenüber prägt sich zurzeit eine Heterogenität von Lebensformen aus, die vom intendierten Alleinleben und der gewollten Kinderlosigkeit über die Ehe bis zu eheähnlichen sowie gleichgeschlechtlichen Partnerschaften jeweils ohne oder mit Kindern reichen. Die Fortpflanzungsmedizin hat diesen Strukturwandel der familiären Ordnung zwar nicht erzeugt, stellt aber einen seiner Bausteine dar. In den 1960er-Jahren hat die Etablierung hormonaler Kontrazeption den Weg dazu geebnet, Sexualität und Fortpflanzung künstlich entkoppeln zu können. Seit den 1980er-Jahren ist die Erzeugung von Kindern durch die Reproduktionsmedizin medikalisiert worden. Sie eröffnet Wahlalternativen und Handlungsoptionen, die früher nicht vorhanden waren. Exemplarisch ist an die oben erwähnte Verschiebung der Schwangerschaft auf spätere Lebensjahre („social freezing“) oder an die Kinderwunsch-erfüllung bei lesbischen Paaren zu denken. In gewisser Hinsicht lösen die Fortpflanzungsmedizinischen Angebote dabei auch „konservative“, nämlich strukturkonservative Effekte aus. Zum Beispiel tragen sie dazu bei, dass sich gleichgeschlechtliche Partnerschaften mit Kindern ausbilden, die – bei veränderter gender-Basis – dem tradierten Modell der bürgerlichen Ehe und Kleinfamilie sehr nahe kommen.

Moralische Vorbehalte

Insgesamt bietet die Fortpflanzungsmedizin jedenfalls ein vielschichtiges und innovatives Bild. Im Gegenzug ist sie zum Gegenstand moralischer Kritik geworden, die manchmal sehr pauschal ausfällt. Aus strukturalistischer oder aus feministischer Perspektive wurde gesagt, sie repräsentiere technologische Biomacht und überfremde den Körper von Frauen. Kulturpessimistische MedizinerInnen meinen, in ihr manifestiere sich eine Logik des Herrschens und des Herstellens; sie verdingliche das Menschsein und führe zum Verlust von Demut (Maio 2013). Besonders nachdrücklich fallen die Vorbehalte

der römisch-katholischen Kirche aus. Im Jahr 1987 lehnte das katholische Lehramt jede außerkörperliche Befruchtung ab. Zur Begründung stützte es sich auf eine bestimmte Spielart des Naturrechts. Der katholischen Auffassung zufolge muss ein Kind innerhalb einer Ehe auf der Basis eines leiblich-natürlich vollzogenen ehelichen Aktes erzeugt worden sein (*Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre 1987, S 27*). Damit übertrug die katholische Kirche das Verbot künstlicher Empfängnisverhütung, das sie 1968 in der Enzyklika „*Humanae vitae*“ erlassen hatte, auf die außerkörperliche Befruchtung, da diese ihrerseits künstlich sei. Im Jahr 1968 waren hormonelle Methoden der Antikonzeption lehramtlich untersagt worden, weil sie – wie es hieß – im Widerspruch zu den von Gott geordneten „natürlichen Gesetzen und Zeiten der Fruchtbarkeit“ stünden.

Argumentativ stehen solche Verbote auf tönernen Füßen. Indem sie aus biologischen Gegebenheiten oder aus sogenannten „natürlichen“ Vorgängen sittliche Normen bzw. sittliche Verbote ableiten, unterläuft ihnen ein naturalistischer Fehlschluss bzw. ein Sein-Sollen-Fehlschluss. Auf dessen methodische Problematik ist seit der Schrift „*Principia ethica*“ von George Edward Moore aus dem Jahr 1903 immer wieder hingewiesen worden. Wichtig ist die Feststellung, dass das pauschale Nein der katholischen Kirche von anderen Religionsgemeinschaften keineswegs geteilt wird. Ein besonders hohes Maß an Liberalität und an Aufgeschlossenheit für Fortpflanzungsmedizinische Handlungsansätze findet sich im Judentum (Weisz 2011). Im Übrigen setzen sich sogar kirchennahe Katholikinnen und Katholiken über die Verbote der Amtskirche hinweg. Trotzdem sollte das strikte Nein der römisch-katholischen Kirche nicht bagatellisiert werden, weil es abgesehen von Italien auch in der Bundesrepublik Deutschland die Meinungsbildung des Gesetzgebers erheblich beeinflusst hat. Zudem gehört die katholische Kirche in der Bundesrepublik im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich zu den größten Arbeitgebern. In Deutschland hat der Staat den Kirchen ein eigenes, von staatlichen Gesetzen weitgehend losgelöstes Arbeitsrecht zugestanden. Die römisch-katholische Kirche nutzt es dahingehend, ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sogar für die private Lebensführung bestimmte Normen vorzuschreiben. Unter anderem verbietet sie die Wiederverheiratung nach einer Ehescheidung. Eine IVF verstößt aus

amtlicher katholischer Sicht ebenfalls gegen die kirchliche Moral, so dass sie für Beschäftigte in katholischen Einrichtungen arbeitsrechtlich nicht ohne Risiko ist (Kreß 2014, S 94 ff). Im Jahr 2007 hatte es in den USA zu öffentlichem Aufsehen geführt, als eine katholische Privatschule einer Lehrerin kündigte, die eine künstliche Befruchtung hatte durchführen lassen (Kreß 2009, S 148).

Ethische Abwägungen

Das Nein zur Fortpflanzungsmedizin, das von der katholischen Amtskirche allzu pauschal vertreten wird, vermag nicht zu überzeugen. Davon bleibt unberührt, dass die Angebote der Fortpflanzungsmedizin ethisch aufgearbeitet und an normativen Kriterien bemessen werden müssen, die für die jeweiligen Sachverhalte aussagekräftig sind. Für ethische Abwägungen sind insbesondere folgende Normen hervorzuheben:

- der Schutz- und Achtungsanspruch frühen menschlichen Lebens,
- die Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechte der Frau und ihres Partners, die sich die Erfüllung eines Kinderwunsches erhoffen,
- der Gesundheitsschutz und das Recht auf gesundheitliche Versorgung, das der jeweils erreichten medizinischen Erkenntnis entspricht,
- die Gesundheit und das Wohl des Kindes, an dessen Erzeugung der Fortpflanzungsmedizinisch tätige Arzt sich beteiligt.

Zunächst ist der erste Aspekt zu behandeln. Bei einer ärztlichen Unterstützung menschlicher Fortpflanzung erfolgt die Vereinigung von Spermien- und Eizelle außerhalb des Mutterleibes. Hierdurch werden frühe menschliche Embryonen zum Gegenstand des medizinischen Zugriffs. Dieser Sachverhalt hat zu intensiven Debatten darüber geführt, wie der Status und die Schutzwürdigkeit befruchteter Eizellen bzw. früher Embryonen einzuschätzen sind. In der Öffentlichkeit herrscht manchmal der Eindruck, Embryonen seien heutzutage geradezu zum beliebigen Verfügungsmaterial von Ärzten, Forschern und Kinderwunschpaaren geworden. Dies trifft so aber nicht zu. Grundsätzlich wird in der Gegenwart über den Schutzanspruch vorgeburtlichen Lebens keinesfalls großzügiger, laxer oder „liberaler“ geurteilt als in der Vergangenheit – ganz im Gegenteil.

Embryonenschutz: Kulturgeschichtliche Überlieferungen

In der abendländischen Geistesgeschichte ist seit der Antike religiös und philosophisch durchweg der Standpunkt vertreten worden, der Beginn des Menschseins hänge von der Einstiftung einer menschlichen Seele ab, der sogenannten Geistseele oder Vernunftseele („anima intellectiva“). Ihr Eingang in das vorgeburtliche Sein wurde häufig auf den 90. Tag nach der Befruchtung datiert, manchmal auch auf den 80. oder den 120. Tag. Zu diesem Zeitpunkt werde das vorgeburtliche Wesen zum Menschen. Vorher sei es lediglich mit einer vegetativen oder pflanzlichen Seele („anima vegetativa“) begabt und danach mit einer sensitiven Seele („anima sensitiva“), die auch Tiere besäßen. Der auf die Eingießung der humanen Geistseele bezogene Zeitpunkt von 90 Tagen bzw. drei Monaten kehrt noch heute in der Fristenregelung zum Schwangerschaftsabbruch in § 218 Strafgesetzbuch wieder. Geistesgeschichtlich ist die Lehre von der späten Einstiftung der Geistseele auf den antiken Philosophen Aristoteles zurückzuführen. Seine Spätbeseelungs- oder Stufenbeseelungslehre wurde dann im Christentum und im Islam übernommen. Im Judentum findet sich herkömmlich die Meinung, das eigentliche Menschsein beginne überhaupt erst mit der Geburt. Die römisch-katholische Kirche vertritt aktuell zwar den Standpunkt, der Embryo sei vom Tag 1 an ein „Mensch“. Hiermit bricht sie aber mit der Spätbeseelungsvorstellung, die sie selbst bis weit in das 20. Jahrhundert hinein dargelegt hat. Auf die Frühdatierung des Lebensbeginns hat sie sich lehramtlich eindeutig erst im Jahr 1987 festgelegt. Dies erfolgte in jener bereits erwähnten Instruktion der Glaubenslehrekongregation, die der reproduktionsmedizinisch unterstützten Fortpflanzung die religiös-moralische Legitimation absprach.

Der Status des frühen Embryos aus heutiger Sicht

Der Sache nach ist es heute unstrittig, dass mit der Befruchtung der Eizelle spezifisch menschliches Leben entsteht. Diese Klärung ist dem Erkenntnisgewinn der Naturwissenschaften zu verdanken. Bereits 1677 waren mikroskopisch Spermatozoen in der Samenflüssigkeit aufgefunden worden (Bernard 2014, S 27). Doch erst nachdem der Zoologe Karl Ernst von Baer 1827 die weibliche Eizelle entdeckt hatte, stand end-

gültig fest, dass der Beginn des menschlichen Lebens nicht von immateriellen Faktoren, z.B. von der Einstiftung einer Geistseele durch Gott am 90. Tag abhängt, sondern biologisch auf der Vereinigung von Samen- und Eizelle beruht. Es geht auf naturwissenschaftliche Forschung und empirische Beobachtung zurück, dass in der Gegenwart über den Beginn des menschlichen Lebens sachgemäßer, präziser sowie im Ergebnis restriktiver, „strenger“ geurteilt wird als in der Geistes-, Religions- und Kirchengeschichte. Zusätzlich ist heutzutage – wiederum naturwissenschaftlich gestützt – eine weitere Überlegung anzuschließen. Denn inzwischen ist festzuhalten, dass sich das vorgeburtliche menschliche Leben erst allmählich oder sukzessive zum Menschen im eigentlichen Sinn entwickelt. In einer ganz bestimmten Hinsicht, in abgewandelter Form ist der alten aristotelischen Sichtweise mithin sogar recht zu geben. Der frühe Embryo stellt noch keine geistig-leiblich integrierte Einheit dar. Um zu einer menschlichen Person bzw. zu einem Individuum zu werden, durchläuft das vorgeburtliche Sein einen längeren Prozess. Der frühe Embryo, mit dem die Fortpflanzungsmedizin zu tun hat, kann eigentlich noch gar nicht als „Individuum“ bezeichnet werden, weil er sich noch zu teilen vermag und Zwillingsbildung möglich ist. Dies ist besonders dann zu unterstreichen, wenn man das Wort „Individuum“ begriffsgeschichtlich auf den griechischen Terminus „atomos“ / „unteilbar“ zurückführt. Überdies steht beim frühen Embryo die biologisch-genetische Identität noch nicht eindeutig fest. Aufgrund epigenetischer Prozesse und des Imprinting entscheidet sich erst nach und nach, welche Teile des väterlichen und des mütterlichen Genoms bei ihm aktiviert werden. Davon abgesehen sterben die meisten frühen Embryonen von Natur aus ab. Insofern ist zu konstatieren, dass sie im günstigen Fall zu Menschen werden „können“.

In aktuellen Debatten spielt dieses „Können“ eine wichtige Rolle. Verschiedentlich ist aus ihm ein sehr starker, rigoristischer Embryonenschutz abgeleitet worden. Aus der Potenzialität, zum Menschen zu werden, wurde gefolgert, der frühe Embryo sei bereits eine Person und müsse wie ein Mensch geschützt werden. Diese Position („Potenzialitätsargument“) kehrt sogar auf der Ebene der Gesetzgebung wieder, nämlich in § 8 Absatz 1 des deutschen Embryonenschutzgesetzes von 1991. In der Bundesrepublik Deutschland hat sie zu Einschränkungen der Fortpflan-

zungsmedizin geführt, die sehr viel rigider ausfallen als in anderen europäischen Staaten.

Der Versuch, mit Hilfe des Potenzialitätsarguments einen starken Embryonenschutz zu begründen, kann freilich nicht überzeugen. Modallogisch bedeutet die Möglichkeit bzw. die mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit, ein Mensch werden zu „können“, noch kein reales Mensch-„Sein“. Zudem ist offen, woraufhin bzw. auf welches Ziel hin sich der frühe Embryo entwickeln können soll: auf eine nächste Stufe seines Werdens, also z.B. auf die Einnistung in die Gebärmutter hin? Oder auf das späte vorgeburtliche Stadium eines Fetus oder auf die Geburt oder auf das Sein eines Erwachsenen hin? In der älteren Religions- und Kulturgeschichte hatten als das Ziel des Entwicklungspotenzials die Ewigkeit oder das Jenseits gegolten. Zudem ist zu berücksichtigen, dass der Embryo sich gar nicht allein aus sich selbst heraus weiterzuentwickeln vermag. Er besitzt keine potentia activa. Für seine Fortentwicklung und für seine Lebensfähigkeit ist er auf externe Voraussetzungen und auf Unterstützung angewiesen, die ihm von außen zukommt. Konkret sind dies die Rahmenbedingungen der Schwangerschaft oder im Fall der außerkörperlichen Erzeugung die künstlichen Bedingungen in der Kulturschale.

Die Durchschlagskraft des Potenzialitätsarguments wird ferner dadurch gemindert, dass sich embryonale Entwicklungspotenz neuertings künstlich herstellen sowie umgekehrt mit Hilfe von Entwicklungsbremsen künstlich ausschalten lässt oder dass künstlich reprogrammierte Stammzellen (humane induzierte Stammzellen) möglicherweise vorübergehend eine Totipotenzphase durchlaufen (Stier 2014). Daher setzt sich im ethischen und rechtswissenschaftlichen Schrifttum immer mehr die Position des Gradualismus durch. Ihr zufolge ist dem vorgeburtlichen Leben ein Schutz zuzuerkennen, der seinem jeweiligen Entwicklungsstand gemäß schrittweise oder stufenweise ansteigt. Wesentliche Einschnitte oder Stadien sind

- das Ende der Teilbarkeit, das nach der Einnistung des Embryos in die Gebärmutter (ca. 6. Tag) gegeben ist,
- der Beginn sowie das Fortschreiten der Organ- und der Gehirnbildung,
- der Beginn und die Ausformungen der Schmerzempfindlichkeit, die sich als „werdende Funktion“ charakterisieren lässt,

- die extrauterine Lebensfähigkeit des Fetus, die ab ca. der 22. Woche nach der Befruchtung anzunehmen ist.

Die Reproduktionsmedizin hat es mit Embryonen in den ersten Entwicklungstagen zu tun. Im Licht des voranstehend Gesagten sind solche frühen Embryonen noch nicht als menschliche Individuen oder als Personen und auch nicht als „human being“ zu bezeichnen. Andererseits ist zu bedenken, dass sie menschliches Leben („human life“) sind, aus dem im günstigen Fall ein Mensch werden könnte. Insofern sind sie „mehr“ und qualitativ „anderes“ als eine bloße Sache. Im Vergleich zum vollen Menschsein ist ihnen ein „special status“, ein Achtungsstatus mit abgeschwächter Schwere zuzuschreiben (so im Anschluss an die National Academy of Sciences der USA: *Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2005, S 53; Kreß 2009, S 169*). Legt man diese Einschätzung zugrunde, ist es ethisch vertretbar, ihr Sein und ihre Existenz gegen andere hochrangige Güter und Werte abzuwägen. In der Konsequenz ist es dann z.B. statthaft, sie gegebenenfalls beiseitezulegen und absterben zu lassen, sofern sie überzählig sind und keine Aussicht besteht, dass sie in einer Schwangerschaft ausgetragen werden.

Äußerlich betrachtet sind es in der Reproduktionsmedizin Ärztinnen oder Ärzte, in deren Hand der frühe Embryo gegeben ist. Ethisch und rechtlich gesehen steht ihnen über das Schicksal des Embryos aber keine eigene Entscheidungsmacht zu. Die letztliche Entscheidung kommt vielmehr der Frau und dem Kinderwunschpaar zu, von der bzw. von dem der Embryo abstammt. Auf diese Weise gelangt neben dem Embryonenschutz ein weiterer ethischer Gesichtspunkt ins Spiel, an dem die Fortpflanzungsmedizin zu bemessen ist, nämlich das Selbstbestimmungsrecht und die Persönlichkeitsrechte der Eltern.

Das Selbstbestimmungsrecht von Paaren mit Kinderwunsch

Wenn eine Frau und ihr Partner zu dem Entschluss gelangen, sich bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches reproduktionsmedizinisch unterstützen zu lassen, können sie sich auf ihr Selbstbestimmungsrecht und ihre Persönlichkeitsrechte berufen. Beim Selbstbestimmungsrecht handelt es sich um ein fundamentales Grundrecht, das besonders hohes Gewicht besitzt. Letztlich ist es

in der Menschenwürde selbst begründet. In der Aufklärungsepoche hatte bereits Immanuel Kant Selbstbestimmung und Menschenwürde miteinander verknüpft. Ausgehend von der Differenz zwischen menschlichem und nichtmenschlichem Sein meinte er, den Angehörigen der Gattung Mensch sei Würde zu eigen, weil sie im Unterschied zu anderen Lebewesen zu einem rationalen und gewissenhaften Urteil sowie zu eigenverantwortetem Denken und Handeln prinzipiell in der Lage sind. Hieraus zog Kant die Schlussfolgerung, dass es legitim ist, wenn ein einzelner Mensch seine Selbstbestimmung tatsächlich nutzt und er sie konkret in Anspruch nimmt. Dritten gegenüber braucht er dies nicht zu rechtfertigen. Das Selbstbestimmungsrecht ist Teil seiner Menschenwürde. Daher gilt die normative Logik – und zwar nicht nur ethisch, sondern ebenfalls verfassungsrechtlich –, dass es nach außen, gegenüber Dritten keiner weiteren Begründung bedarf, wenn ein Mensch von seiner Freiheit und Selbstbestimmung aktiv Gebrauch macht. Begründungspflichtig ist vielmehr umgekehrt, falls der Staat oder Dritte das individuelle Freiheitsrecht ausnahmsweise einschränken möchten.

In unserem Zusammenhang besteht der springende Punkt darin, dass aus dem persönlichen Selbstbestimmungsrecht nicht nur die Meinungsfreiheit, die Gewissens- oder Religionsfreiheit oder das Recht auf ethische Unabhängigkeit abzuleiten sind. Vielmehr entspringen aus ihm ebenfalls die sexuelle Selbstbestimmung sowie die reproduktive Autonomie, d.h. das Recht, sich für oder gegen eigene Kinder entscheiden zu dürfen, oder anders gesagt das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit. In der aktuellen juristischen Diskussion wird zutreffend betont, dass das Grundrecht auf Fortpflanzung bzw. auf reproduktive Selbstbestimmung umfassend auszulegen ist. Es sind nicht nur verheiratete Paare, die sich hierauf berufen können. Vielmehr gilt es gleichfalls für Alleinstehende oder für Menschen in anderen Lebensformen, etwa für Paare in nichtehelicher oder in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft. Sein Schutzbereich umfasst die natürliche Zeugung, darüber hinaus aber ebenfalls die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung (*Gassner et al. 2013, S 31f*). Fortpflanzungsentscheidungen stehen überdies unter dem Schutz des Grundrechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens, das in der Europäischen Menschenrechtskonvention in Artikel 8 verankert ist.

Dieser ethische und grundrechtliche Sachverhalt ist deshalb so nachdrücklich hervorzuheben, weil die deutschen Gesetze ihm zurzeit nicht hinreichend Rechnung tragen. Auf die Desiderate der Gesetzgebung wird noch zurückzukommen sein. Vorsorglich ist allerdings auch klarzustellen, dass das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung nicht absolut oder grenzenlos gilt. Es stößt dann auf Schranken, sobald Grundrechte anderer Menschen in Mitleidenschaft geraten. Eine solche Schrankenziehung greift beispielsweise beim Thema der Leihmutterchaft. Man kann mit guten Argumenten der Meinung sein, dass es im Einzelfall akzeptabel ist, wenn eine Frau von einer Bekannten oder Verwandten ein Kind austragen lässt, weil sie selbst aus medizinischen Gründen nicht schwanger werden kann. Die Frau, die das Kind austrägt, handelt dann aus altruistischen Motiven. Sofern Leihmutterchaft jedoch kommerziell organisiert wird, Frauen aus Armutsländern hierdurch unter Druck geraten und sie zu diesem Zweck instrumentalisiert werden, findet die reproduktive Autonomie von Kinderwunschpaaren ihre Grenze.

Gesundheitsschutz und das Recht auf gesundheitliche Versorgung

Insgesamt haben ethische Reflexionen zur Fortpflanzungsmedizin eine Mehrzahl ethischer Kriterien zu berücksichtigen. Sie reichen bis zur Berufsausübungs- und Therapiefreiheit von Ärztinnen und Ärzten. Was die Patientinnen und Patienten anbelangt, ist neben dem soeben erörterten Selbstbestimmungsrecht ihr Recht auf Gesundheitsschutz und auf eine gesundheitliche Versorgung hervorzuheben, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Das Anrecht jedes Menschen auf den Schutz seiner Gesundheit ist in Menschenrechtskonventionen garantiert. Ihm kommt Grundrechtsrang zu. Auch vor diesem Hintergrund ergeben sich an die deutschen Gesetze zur Reproduktionsmedizin kritische Rückfragen, die an späterer Stelle noch dargelegt werden.

Zunächst ist zu unterstreichen, dass das Leitbild des Gesundheitsschutzes die Reproduktionsmedizin selbst herausfordert. Es erlegt ihr die Bringschuld auf, umfassend abzuklären, ob und in welcher Hinsicht ihre Therapieangebote für Patientinnen gesundheitsschädigende Auswirkungen besitzen. Dies betrifft etwa die Hormonbehandlung, die einer IVF vorangeht. Insgesamt hat die Forschung, auch die längerfristig ange-

legte Forschung, hierzu beruhigende Ergebnisse erbracht (Brinton 2007; Ludwig 2013). Trotzdem besteht unverändert Forschungsbedarf. Sofern im Einzelfall hinsichtlich der gesundheitlichen Verträglichkeit begründete Zweifel bestehen, sollte einer Frau von einer IVF abgeraten werden. Schädigende Auswirkungen sind z.B. belegt, wenn sich jüngere Frauen, die an Multipler Sklerose leiden, einer Kinderwunschtherapie mit Hormonbehandlung unterziehen (Correale et al. 2012).

Aus ethischer Sicht sind zur Fortpflanzungsmedizin sodann die Belange und die Interessen der Kinder zu bedenken, die extrakorporal erzeugt werden. Es geht um das Kindeswohl und in diesem Rahmen ebenfalls um den Gesundheitsschutz des Kindes, das mit medizinischer Assistenz auf die Welt gebracht werden soll.

Das Kindeswohl

Kulturgeschichtlich war es ein epochaler Durchbruch, als die Vereinten Nationen im Jahr 1989 das Übereinkommen über die Rechte des Kindes verabschiedeten. Die UN-Kinderrechtskonvention hat endgültig klargestellt, dass Kinder nicht nur unfertige Erwachsene oder – wie der Aufklärungsphilosoph René Descartes meinte – Wesen ohne Vernunft seien. Sie sind auch keineswegs nur als das „Eigentum“ der Eltern oder als Objekt elterlicher „Gewalt“ einzustufen. Derartige Vorstellungen haben das gesellschaftliche Bewusstsein bis weit in das 20. Jahrhundert hinein geprägt. Aus heutiger Sicht sind Kinder stattdessen als individuelle Subjekte und als Grundrechtsträger anzuerkennen. Neben ihrem Anspruch auf Bildung, auf Meinungs- und Religionsfreiheit oder auf Nichtdiskriminierung gehören der Gesundheitsschutz bzw. das einem Kind individuell erreichbare Maß an Gesundheit zu den Rechten, die in der UN-Konvention von 1989 explizit aufgezählt werden (dort in Artikel 24).

Der Sache nach nehmen die Leitideen der Kinderrechtskonvention auch die Reproduktionsmedizin in die Pflicht. Bei reproduktionsmedizinischen Therapien ist vorwiegend zu bedenken, ob für ein Kind nach seiner Geburt verfahrensbedingte Risiken und Gesundheitsschäden zu befürchten sind. Langzeitstudien haben inzwischen darlegen können, dass nach extrakorporaler Befruchtung in dieser Hinsicht ein geringes, aber in der Regel kein signifikant erhöhtes Zusatzrisiko bestehen dürfte (Hart/Norman 2013a, 2013b;

Ludwig/Ludwig 2013, S 556ff). Dennoch werden sich eine Ärztin oder ein Arzt stets zu fragen haben, ob bei einer konkreten IVF-Behandlung für das erhoffte Kind unverhältnismäßig hohe Gefahren drohen. Insofern weist es in die richtige Richtung, wenn reproduktionsmedizinische Fachverbände z.B. empfehlen, keine IVF-Behandlung durchzuführen, sofern Lebensgewohnheiten einer Frau wie Alkohol- oder Nikotinkonsum das Kind schon während der Schwangerschaft stark belasten werden.

Den begrifflichen Kern des Kinderrechtsgedankens bildet das Kindeswohl, das in der UN-Kinderrechtskonvention in den Artikeln 3 und 18 genannt wird. Wesentliche Teilelemente des Kindeswohls sind der Kontinuitätsgrundsatz, der auf Stetigkeit in der persönlichen Bindung und bei der Erziehung von Kindern abzielt, oder der Förderungs- und Befähigungsgrundsatz. Falls im Einzelfall der Eindruck besteht, dass eine Frau oder ein Paar dem Wohl des Kindes nach seiner Geburt nicht gerecht zu werden vermag, sollten die Vorbehalte mit den Betreffenden erörtert und die ärztliche Assistenz bei der Erfüllung des Kinderwunsches gegebenenfalls abgelehnt werden.

Dies sei an einem Beispiel erläutert. Zu den neuen Angeboten der Fortpflanzungsmedizin gehört das social freezing, das eingangs schon erwähnt wurde. Eine Frau kann sich Eizellen entnehmen lassen, um diese einzufrieren und zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Samen eines Partners befruchten zu lassen. Das Verfahren wird oft heftig kritisiert. So heißt es, es handle sich um bloße lifestyle-Medizin und um ein lukratives Geschäftsmodell für Reproduktionsmediziner, die hiermit bei Frauen künstlichen Bedarf und zusätzliche Nachfrage wachrufen wollten. Solche Einwände schlagen nicht durch. In manchen Fällen berufen sich Frauen aus nachvollziehbaren Gründen auf ihr Selbstbestimmungsrecht, wenn sie sich Eizellen zum Zweck der Kryokonservierung und späteren Befruchtung entnehmen lassen möchten. Dennoch sind Konstellationen vorstellbar, in denen das potenzielle Kindeswohl gegen das social freezing spricht. Dies dürfte gegeben sein, wenn die zeitversetzte Schwangerschaft voraussichtlich so spät erfolgen wird, dass das Kind physisch geschädigt zu werden droht, oder wenn der Altersabstand zwischen der Mutter und dem Kind sozial und familiär ganz untragbar erscheint. Aus Gründen des Kindeswohls ist deshalb zu erwä-

gen, für das Einsetzen aufgetauter befruchteter Eizellen eine Altersobergrenze zu vereinbaren. Als oberstes Richtmaß wäre an das 50. oder 55. Lebensjahr der Frau zu denken. In Israel, einem der Fortpflanzungsmedizin gegenüber besonders aufgeschlossenen Staat, hat man sich auf das 55. Lebensjahr geeinigt.

Generell darf allerdings nicht der Anschein entstehen, das Kriterium des Kindeswohls laufe durchweg darauf hinaus, dass fortpflanzungsmedizinische Angebote limitiert oder gar verboten werden sollten. In der Bundesrepublik Deutschland sind derartige restriktive Tendenzen immer wieder zu beobachten. Zum Beispiel wurde in Deutschland sehr kontrovers darüber diskutiert, ob Reproduktionsmediziner lesbische Paare bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches unterstützen dürfen. In der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion von 2006, die zurzeit immer noch gilt, wird dies verneint. Inzwischen haben einschlägige Studien aber die Befürchtung widerlegt, das Aufwachsen in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft sei für das Wohl von Kindern abträglich. Die Reproduktionsmedizin ermöglicht Handlungen, die neuartig und kulturell unvertraut sind. Es ist unerlässlich, sie am Maßstab des Kindeswohls zu überprüfen. Wie sich inzwischen gezeigt hat, wird dann häufig das Fazit zu ziehen sein, dass sich in diesem Licht keine Einwände ergeben.

Rechtsunsicherheiten in der Fortpflanzungsmedizin

Gesetzliche Regelungen als Thema der Ethik

Beträchtliche Probleme erwachsen an anderer Stelle. Sie resultieren daraus, dass die gesetzlichen Normen, die in der Bundesrepublik Deutschland für die Reproduktionsmedizin gelten, der Forschungs- und Entwicklungsdynamik dieses Zweigs der Medizin nicht Stand halten. Zwischen der Dynamik der Medizin einerseits, dem Stillstand der Gesetzgebung andererseits hat sich ein erheblicher Gegensatz aufgebaut. Dies betrifft verschiedene Einzelregulierungen, aber auch die Vorgaben der Gesetzgebung auf der Grundsatzebene. Bis heute wird die Fortpflanzungsmedizin in der Bundesrepublik durch das Embryonenschutzgesetz reguliert, das vor einem Vierteljahrhundert, am 1.1.1991, in Kraft getreten

ist. Seit vielen Jahren wird im Schrifttum, in Voten von Ethikkommissionen und in Gutachten eine durchgreifende Reform des Gesetzes gefordert. In bestimmter Hinsicht war das Gesetz sogar schon zum Zeitpunkt seines Inkrafttretens überholt gewesen. Das Gesetz ist als Strafrechtsgesetz angelegt worden (Nebenstrafrecht). Dies erfolgte deswegen, weil der Bund zur Fortpflanzungsmedizin seinerzeit noch keine eigene Gesetzgebungskompetenz besaß, so dass er auf das Strafrecht ausweichen musste. Andererseits hatten bereits 1989 Gesetzentwürfe vorgelegen, die dem Bund diese Befugnis zuerkennen wollten (*Bundestag-Drucksachen 11/5709 vom 16.11.1989 und 11/6155 vom 21.12.1989*). Als das Embryonenschutzgesetz 1990 verabschiedet wurde, waren diese Vorstöße unberücksichtigt geblieben. Im Jahr 1994 hat der Bund die Zuständigkeit dann erhalten (durch Grundgesetz Artikel 74 Absatz 1 Nr. 26). Irritierend ist, dass er sie seitdem nicht in Anspruch genommen hat, um ein kohärentes Fortpflanzungsmedizinengesetz zu schaffen.

Ohnehin war schon 1989/1990 zweifelhaft gewesen, ob die gesetzlichen Bestimmungen zur Fortpflanzungsmedizin tatsächlich so einseitig unter das Vorzeichen des Embryonenschutzes gestellt werden sollten. Denn neben dem Embryo sind auch andere Interessen und Rechte zu berücksichtigen – die Perspektive potenzieller Eltern, der Ärzte, aber auch von Wissenschaftlern –, und es sind zusätzliche Leitgesichtspunkte zu veranschlagen, zu denen die Fortpflanzungsfreiheit oder der Gesundheitsschutz zählen. Der Deutsche Bundesrat hatte am 22.9.1989 vorgeschlagen, der Klarheit halber nicht von einem „Embryonenschutzgesetz“, sondern von einem „Fortpflanzungsmedizinengesetz“ zu sprechen (*Bundesrat-Drucksache 417/89 vom 22.9.1989*). Der Sache nach wäre dies angemessen gewesen und hätten hierdurch Engführungen vermieden werden können. Im Jahr 1990 wurde das Regelwerk aber als „Embryonenschutzgesetz“ beschlossen.

Das Dilemma der Mehrlingsschwangerschaften

Das Embryonenschutzgesetz enthält nicht nur Regelungslücken, sondern führt auch zu Rechtsunsicherheiten. Exemplarisch sei hierzu ein gravierender Problempunkt erwähnt, nämlich die sog. Dreierregel (EschG § 1 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit Nr. 3). Abgekürzt gesagt geht es

darum, dass einer Frau laut Gesetz bei einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung jeweils bis zu drei Embryonen eingesetzt werden dürfen; zuvor sollen nicht mehr Embryonen als die einzusetzenden erzeugt worden sein. Ohne hier Einzelheiten darlegen zu können – im Ergebnis war bzw. ist in Deutschland nach außerkörperlicher Befruchtung die Zahl von Zwillings- oder Mehrlingsschwangerschaften zu hoch. Zwar wurde versucht, die Problematik zu entschärfen und Reproduktionsmedizinern mit Hilfe einer sog. liberalen Auslegung des Gesetzes einen Spielraum zu verschaffen, der Einlingsschwangerschaften begünstigt. Dies ändert aber nichts an der bis heute verbleibenden Rechtsunsicherheit (*Möller 2013 S 589 ff; Günther et al. 2014, C §1 Abs. 1 Nr. 5, Rdnr. 11, §1 Abs. 1 Nr. 3, Rdnr. 6*). Für die Frau und für die erhofften Kinder bilden Mehrlingsschwangerschaften ein hohes gesundheitliches Risiko. Im Extremfall müssen Feten intrauterin abgetötet werden. Die gesundheitlichen Lasten und Schäden, die aus der Dreierregel resultieren, sind nicht auf mangelnde Qualität der ärztlichen Behandlungsstandards zurückzuführen. Es handelt sich um keinen iatrogenen, vom Arzt verursachten Schaden. Stattdessen ist von einem nomogenen Schaden zu sprechen (*Neidert 2006, 87*), d.h. von einer vom Gesetzgeber bewirkten Schädigung, unter der die Schwangeren, die Feten und betroffene Kinder nach ihrer Geburt gegebenenfalls zu leiden haben.

Ungeachtet solcher Schwierigkeiten ist die außerkörperliche Befruchtung mit nachfolgender Übertragung eines Embryos in die Gebärmutter auch in der Bundesrepublik Deutschland zur ärztlichen Routine geworden. Von 2000 bis 2012 wurden in Deutschland 139.263 Kinder nach außerkörperlicher Befruchtung geboren (*DIR Jahrbuch 2013, 16*). Diese Normalität sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass zusätzlich zur sog. Dreierregel noch zu weiteren Fragen rechtlicher Klärungs- und Reformbedarf vorhanden ist. Exemplarisch wird dies deutlich, wenn im Folgenden kursorisch die Spende von Körpermaterialien, nämlich von Samen- und Eizellen für Fortpflanzungszwecke, die Spende von überzähligen Embryonen sowie die Schwangerschafts-spende (Leihmutter-schaft) thematisiert werden.

Offene Fragen zur Samen- und Eizellspende

Bei Samenspenden stellt ein Mann einer Frau bzw. einem Paar seine Keimzellen zur Verfügung,

so dass eine Eizelle mit ihnen befruchtet und ein Kind erzeugt wird. In Deutschland schätzt man die Zahl der durch Samenspende entstandenen Kinder auf ca. 100.000. In der Regel sind es heterosexuelle Paare, die bei Unfruchtbarkeit des Mannes diesen Ausweg nutzen, um zu einem Kind zu gelangen. Darüber hinaus machen in zunehmendem Maß lesbische Paare von Samenspenden Gebrauch, damit ein Kind heranwachsen kann, das mit der einen Partnerin genetisch verwandt und mit der anderen zumindest familiär und sozial verbunden ist. Die Frage des Embryonenschutzes, die in Deutschland zu reproduktionsmedizinischen Fragen häufig in den Vordergrund gerückt wird, bleibt von Samenspenden – und im Übrigen auch von Eizellspenden – unberührt. Sofern Frauen oder Paare die Nutzung einer Samenspende erwägen, können sie sich auf ihre Fortpflanzungsfreiheit berufen.

Ethische Rückfragen ergeben sich insbesondere aus dem Kriterium des Kindeswohls. Zu ihm gehört das Anrecht von Heranwachsenden, über ihren genetischen Erzeuger Auskunft zu erhalten. Insofern ist sehr zu begrüßen, dass auch in Deutschland bei den sozialen Eltern inzwischen die Bereitschaft zunimmt, einem bei ihnen heranwachsenden Kind die Art seiner Zeugung nicht mehr zu verschweigen. Bei lesbischen Paaren ist es ohnehin nicht möglich, die Beteiligung eines Außenstehenden zu verheimlichen. Letztlich hat in der Bundesrepublik Deutschland das Richterrecht zu der Klarstellung geführt, dass Kinder nach einer Samenspende ihr Recht auf Kenntnis ihrer genetischen Herkunft tatsächlich geltend machen und durchsetzen können (*Oberlandesgericht Hamm, Urteil vom 6.2.2013, Az. I-14 U 7/12; Bundesgerichtshof, Urteil vom 28.1.2015, Az. XII ZR 201/13*). Beispielgebend verhielt es sich in England. Dort waren anonyme Samenspenden bereits im vergangenen Jahrzehnt untersagt worden. Eine Dokumentation des Spendernamens ist nicht nur im Blick auf die Persönlichkeitsrechte und die spätere Identitätsfindung eines Kindes unerlässlich. Vielmehr kann sie auch für konkrete gesundheitsbezogene Informationen wichtig werden.

Am Gesetzgeber liegt es, eine Rechtsunsicherheit auszuräumen, die in Deutschland bis heute besteht. Er müsste gewährleisten, dass der Samenspender auch dann, wenn sein Name dokumentiert wird, von ökonomischen Risiken und Unterhaltszahlungen befreit bleibt. Ebenso besteht

Klarstellungsbedarf zu dem Anliegen, dass bei lesbischen Paaren die Partnerin von vornherein als zweite Mutter des Kindes anerkannt wird. Bislang muss sie nach der Geburt des Kindes erst ein langwieriges Antragsverfahren in Gang bringen (*Dethloff 2010 S 167ff, 187f; Kreß 2013b, 241*).

Grundsätzlich sind Samenspenden in der Bundesrepublik Deutschland allerdings zulässig. Anders verhält es sich mit Eizellspenden. Sie sind Teil des Verbotsskorsetts, das der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland angelegt worden ist. Nun sind Eizellspenden ethisch in mancher Hinsicht anders zu bewerten als Samenspenden, vor allem aufgrund des gesundheitlichen Risikos aufseiten der Spenderin. Im Ergebnis ist es aber medizinisch, ethisch sowie unter europäischen und rechtsvergleichenden Aspekten unplausibel, dass eine Eizellspende, die freiwillig erfolgt und altruistisch motiviert ist, im Inland bislang nicht zulässig ist (*Kentenich/Griesinger 2013*).

Embryonenspende aus altruistischen Gründen

Weniger Beachtung als Samen- oder Eizellspenden findet oftmals, dass ebenfalls die Spende eines Embryos vorstellbar ist. In der Reproduktionsmedizin werden verfahrensbedingt Embryonen erzeugt, die der Patientin dann nicht eingesetzt werden. Auch in Deutschland sind in begrenztem Umfang solche überzähligen Embryonen vorhanden, für die keine Aussicht besteht, von der genetischen Mutter in einer Schwangerschaft ausgetragen zu werden. Im Ausland können sie für die Forschung gespendet und ihnen z.B. embryonale Stammzellen entnommen werden. In der Bundesrepublik Deutschland ist dies verboten. Andererseits dürfen nach Genehmigung durch das Robert-Koch-Institut Stammzellen eingeführt werden, die im Ausland aus dortigen überzähligen Embryonen gewonnen worden sind – eine Vorgabe des Gesetzgebers, die in dieser Form doppelbödig und rechtsethisch fragwürdig ist. Kein anderer Staat hat sie nachgeahmt.

Insgesamt sind für den Umgang mit überzähligen Frühembryonen jedenfalls mehrere Alternativen zu sehen. Man kann sie absterben lassen, für die Forschung spenden oder sie kryokonservieren. Letzteres geschieht oft mit der Folge, dass sie zeitverzögert schließlich doch absterben. Darüber hinaus ist eine weitere Option zu erwähnen. Praktisch ist es vorstellbar und medizinisch ist

es realisierbar, dass eine Frau einen Embryo, der ihr nicht eingesetzt wird, einer anderen Frau bzw. einem anderen Paar übergibt. Er wird dann von der anderen Frau ausgetragen. Eine derartige Embryonenspende ist in Deutschland nicht verboten. Um für die Spenderin, die Empfängerin und das potenzielle Kind Rechtssicherheit zu schaffen, müsste der Gesetzgeber aber die Einzelheiten klären (*Möller 2013, S 591f, Günther et al. 2014, B Rdnr. 79*).

Aus ethischer Sicht ist zu bedenken, welche Argumente sich für eine Embryonenspende anführen lassen. Teilweise wurde das Motiv des unbedingten Embryonenschutzes geltend gemacht. Folgerichtig wurde von einer Embryo-„adoption“ gesprochen – analog zur Adoption von geborenen Kindern –; und es wurde der Eindruck erweckt, die vorgeburtliche Adoption sei aus Gründen des Lebensschutzes und der Lebensrettung des Embryos moralisch geradezu verpflichtend. Noch weiter ging der Vorschlag, die Hergabe überzähliger Embryonen rechtlich sogar vorzuschreiben und sie im Zweifel gegen die genetischen Eltern gerichtlich durchzusetzen: Es sei an „die Möglichkeit einer gerichtlichen Ersetzung der [elterlichen] Einwilligung“ zu denken (*Wendehorst 2003, 149*); der Staat habe „das Institut einer ‚Präimplantations-Adoption‘ zu schaffen, die gegebenenfalls auch gegen den Willen der Keimzellspender erfolgen kann“ (*Höfling 2001*). Solche Zwangsmaßnahmen gegenüber den genetischen Eltern und die Problematik eines rigoristischen, quasi-absoluten Embryonenschutzes hatte die beim Mainzer Justizministerium angesiedelte Bioethik-Kommission vor Augen, als sie im Gegenzug festhielt: „Paare dürfen ... nicht unter Druck gesetzt werden, einen überzähligen Embryo zur pränatalen Adoption herzugeben“ (*Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2005, S 55*). Zum Vergleich ist auch ein europäisches Urteil zu beachten, das es ablehnt, dass ein extrakorporaler Embryo gegen den Willen eines Elternteils – im konkreten Fall: des Vaters – für eine Schwangerschaft verwendet wird (*Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Große Kammer, Beschwerdesache Evans gegen das Vereinigte Königreich, Urteil vom 10.4.2007, Bsw. 6339/05*). Weil ein früher Embryo noch kein Individuum und noch kein Mensch im engeren Sinn ist, ist es ethisch legitim, ihn im Zweifel absterben zu lassen oder ihn – wie es im Ausland geschieht – nach Einwilligung der Erzeuger für hochrangige Forschungszwecke zu verwenden.

Prinzipiell hielt die Mainzer Bioethik-Kommission die Option der Embryonenspende dann aber für sehr erwägenswert. Als Voraussetzung hat zu gelten, dass eine Frau und ihr Partner aus eigenem freiwilligem Entschluss bereit sind, einen überzähligen Embryo, der entwicklungs-fähig ist, an ein anderes Paar weiterzugeben. Ein solcher Entschluss lässt sich als Ausdruck von Altruismus verstehen. Denn er ermöglicht einem anderen Paar die Erfüllung seines Kinderwunsches. Für die Empfängerin bzw. das Empfängerpaaar könnte als Motiv eine Rolle spielen, eine Samenspende oder eine Eizellspende vermeiden zu wollen, die sie in ihrer persönlichen Situation für nicht ratsam halten (abgesehen davon, dass eine Eizellspende inländisch verboten ist). Die Entscheidung, einen gespendeten Embryo auszutragen, erwächst dann seinerseits aus der reproduktiven Selbstbestimmung und lässt sich als bewusste Verantwortungsübernahme für ein erhofftes Kind deuten.

Die Frage der Schwangerschaftsspende

Eine nochmals andere Fallkonstellation bildet es, wenn eine Frau bzw. ein Paar eine Leihmutter in Betracht zieht. Während bei der Embryospende die austragende Frau für einen „fremden“ Embryo Verantwortung übernimmt, der dann bei ihr bleiben und als eigenes Kind sozialisiert wird, wird die Leih- oder Ammenmutter das Kind nach der Schwangerschaft abgeben. Konkret ist vorstellbar, dass eine Frau sich aus altruistischen Gründen bereit erklärt, für eine andere Frau – etwa für eine Verwandte oder eine Nahestehende, der die Gebärmutter fehlt – ein Kind zur Welt zu bringen. Im Vergleich zu einer Uterustransplantation, die singular bereits durchgeführt wurde, könnte dies technisch und menschlich sogar weniger belastend sein. Zur Charakterisierung ist dann von einer Schwangerschaftsspende zu sprechen. Die Grundlage hierfür muss die gewissenhafte Entscheidung, das verantwortlich ausgeübte Selbstbestimmungsrecht aller Beteiligten sein – sowohl der austragenden als auch der auftraggebenden Frau bzw. des auftraggebenden Paaars. Bei der austragenden Frau werden gegebenenfalls eine altruistische Motivation und mitmenschliche Hilfsbereitschaft leitend sein. In Israel oder in Großbritannien sind für Leihmutterchaften bzw. für Schwangerschaftsspenden normative Rahmenbedingungen definiert worden, die bedenkenswert sind (zur Übersicht: *Deppenbusch/Schultze-Mosgau 2013; Kreß 2013b, 243; Dethloff*

2014, 923ff). Auch in Deutschland wird man sich mit dem Thema beschäftigen müssen. Dass äußerer Druck und Kommerzialisierung ethisch abzulehnen und rechtlich auszuschließen sind, versteht sich bei dieser die Menschenwürde berührenden, sozialetisch sensiblen Frage von selbst.

Präimplantationsdiagnostik – nach wie vor unzulänglich geregelt

Voranstehend wurden Themen der Fortpflanzungsmedizin angesprochen, zu denen der Gesetzgeber tätig werden sollte. Dabei sind in normativer Hinsicht das Selbstbestimmungsrecht, die Persönlichkeitsrechte und die reproduktive Autonomie hervorgehoben worden, und zwar mit Blick auf alle Beteiligten, d.h. auf Frauen und Paare, die sich ein Kind wünschen, sowie auf potenzielle Spenderinnen oder Spender. Bei Letzteren gelangt im besten Fall ein Ethos des Altruismus zum Zuge, das sich an den Hoffnungen von Menschen mit Kinderwunsch orientiert. Altruismus kann und darf von außen nicht eingefordert werden. Menschlich und ethisch ist für Samen-, Eizell-, Embryonen- und gegebenenfalls sogar für Schwangerschaftsspenden der Altruismus jedoch die am stärksten überzeugende Motivation.

Die bewusste Orientierung an anderen Menschen ist freilich nicht nur für potenzielle Spender belangvoll. Auch Frauen oder Paare mit Kinderwunsch, denen es um die Austragung eines genetisch eigenen Kindes geht, sollten beachten, dass ihre Entschlüsse und ihr Handeln sich auf eine andere Person auswirken, nämlich auf das noch nicht geborene Kind. Deshalb sollten sie bei ihren Überlegungen prospektiv das Wohl und die Interessen des erhofften Kindes berücksichtigen, das sich noch nicht selbst äußern kann (*Kreß 2013a, S 659*). Allmählich wird dieser Aspekt im Schrifttum stärker beachtet als noch vor wenigen Jahren (*Lacey et al. 2015*). Aus ethischer Sicht sind das Grundrecht potenzieller Eltern auf reproduktive Selbstbestimmung und ihre Orientierung am Wohl des erhofften Kindes zwei Seiten der einen Münze.

Dies gelangt bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) zum Tragen. Ein Paar, das eine PID erwägt, kann sich für seine Absicht auf die reproduktive Selbstbestimmung berufen. Zugleich handelt es aus Sorge um den Gesundheitsstatus und das Wohl des noch nicht geborenen Kindes.

Das Verfahren wird von Paaren in Anspruch genommen, bei denen familiäre erbliche Leiden bekannt sind. Gegebenenfalls liegt ihnen daran, einem Kind schwere Krankheitslasten zu ersparen. Unter Umständen ist bereits ein Kind geboren worden, das pflegebedürftig wurde oder verstorben ist; oder es haben Fehlgeburten stattgefunden. Bei der PID werden außerkörperlich erzeugte Embryonen auf den konkreten Krankheitsverdacht hin untersucht. Wenn sich herausstellt, dass ein Embryo unbelastet ist, wird er der Frau eingesetzt, wohingegen die krankheitsbelasteten Embryonen „verworfen“ bzw. beiseitegelegt werden, so dass sie absterben.

Im Jahr 2011 hat ein vom Deutschen Bundestag beschlossenes Gesetz die PID in Deutschland zugelassen, zumindest in engen Grenzen. Im Begründungsteil des Gesetzentwurfs war hervorgehoben worden, der Gesetzgeber wolle das Selbstbestimmungsrecht und die Persönlichkeitsrechte der Frau und der Paare respektieren, die über eine PID nachdenken. Man intendiere, „den Paaren, die eine PID wahrnehmen wollen, die verantwortungsvolle Ausübung ihres Grundrechts auf Fortpflanzungsfreiheit“ zu ermöglichen (*Bundestag Drucksache 17/5451 vom 12.4.2011, S 7*). Gegenwärtig – vier Jahre nach dem Gesetzesbeschluss – erwachsen aber immer stärkere Zweifel, ob der Staat diese Absichtsbekundung tatsächlich einlöst. Bislang darf die PID im Inland nicht praktiziert werden. Das Gesetz schrieb einerseits vor, Einzelheiten müssten in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Andererseits sah man davon ab, Übergangsbestimmungen zu schaffen, die zwischenzeitlich gelten könnten. Die Verordnung wurde zum Gegenstand lang andauernder Kontroversen. Schließlich trat sie am 1.2.2014 in Kraft. Anschließend musste sie von den Bundesländern landesrechtlich übernommen werden, was inzwischen (Stand: Februar 2015) formal zwar durchweg erfolgt ist. Jedoch steht immer noch aus, dass die Länder die Durchführungsbestimmungen praktisch umsetzen. Abgesehen von der zeitlichen Verschleppung ist auf eine Schiefelage aufmerksam zu machen, die die ethische und rechtliche Grundsatzebene betrifft. Es zeichnet sich ab, dass die normative Grundlage der PID – das Selbstbestimmungsrecht und die Entscheidungsrechte der Frau – ausgehebelt wird.

Um zumindest einige Problemaspekte herauszugreifen: Die Rechtsverordnung zur PID schreibt vor, jede einzelne PID müsse von einer Ethik-

kommission genehmigt werden. Diese Kommission hat eine „zustimmende Bewertung“ abzugeben, und zwar – was zusätzlich ganz ungewöhnlich ist – sogar mit Zweidrittelmehrheit. Zuvor darf sie die Frau vorladen und sie „mündlich anhören“. Bevor die Ethikkommission eine PID genehmigt, hat sie laut PID-Rechtsverordnung § 6 Absatz 4 die „im konkreten Einzelfall maßgeblichen psychischen, sozialen und ethischen Gesichtspunkte“ zu betrachten (*Präimplantationsdiagnostikverordnung, Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr. 9, 25.2.2013, S 325*).

Diese Bestimmungen sind erst ganz spät in die PID-Rechtsverordnung hineingeschrieben worden und gehen über das vom Deutschen Bundestag beschlossene PID-Gesetz hinaus. Im Extremfall droht der Frau, die eine PID beantragt hat und vor der Kommission erscheinen muss, eine in ihre Privatsphäre eindringende Befragung. Sie würde dann in die Lage versetzt, ihre subjektiven Beweggründe und ihre lebensanschaulichen, weltanschaulichen oder religiösen Motive offenlegen zu sollen. Sicherlich ist zu betonen, dass eine Frau und ihr Partner im Vorhinein sorgsam durchdenken sollten, ob sie eine PID wünschen. Für ihren Entschluss werden familiäre, gegebenenfalls auch religiöse oder weltanschaulich-kulturelle Beweggründe relevant sein. Sinnvoll ist es, wenn sich die Frau und ihr Partner bei ihrem Entscheidungsfindungsprozess von Vertrauenspersonen oder von einer Beratungsstelle unterstützen lassen. Die staatlich eingesetzte Genehmigungskommission stellt jedoch kein Gremium dar, das eine solche Beratung erbringen könnte. Sie hat stattdessen eine Ja-/Nein-Entscheidung zu treffen. Zwar ist es berechtigt, dass ein PID-Antrag auf seine medizinische Sachbegründung und seine Rechtskonformität hin geprüft wird. Jedoch fällt es völlig aus dem Rahmen, dass eine staatlich bevollmächtigte Kommission höchstpersönliche Motive von Patientinnen und Patienten ethisch beurteilen darf und dies sogar tun soll.

Zum Vergleich: Dies ist aus guten Gründen weder bei der Lebendorganspende noch bei Schwangerschaftsabbrüchen der Fall. Sofern eine Schwangerschaft erst sehr spät abgebrochen wird – bei medizinisch-sozialer Indikation im zweiten oder dritten Drittel der Schwangerschaft –, betrifft der Entschluss ein vorgeburtliches Individuum, das weit entwickelt, unter Umständen schmerzempfindlich und bereits extraterin lebensfähig ist. Trotzdem kann und darf die Frau nach vorhergehender Beratung über den Abbruch eigenver-

antwortlich selbst entscheiden. Frühe Embryonen bzw. befruchtete Eizellen, an denen eine PID durchgeführt wird, sind jedoch noch keine empfindenden Lebewesen und sind – wie oben angesprochen wurde – auch noch nicht als „Individuen“ oder als menschliche „Personen“ einzustufen. Es ist analogielos und paradox, dass der Entschluss der Frau ausgerechnet im Fall einer PID der Genehmigung – sogar mit Zweidrittelmehrheit – eines staatlich eingesetzten Gremiums bedarf (ausführlichere Kritik: *Günther et al. 2014, C § 3a Rdnr. 60; Kreß 2015, S 48ff*). Die Etablierung der Kontrollkommission in der Form, wie die PID-Rechtsverordnung sie vorgeschrieben hat, ist rechtsstaatlich äußerst problematisch (so zu Recht auch *Frister 2014, S 130ff*).

Bedenklich ist ebenfalls, dass die Vorgaben der Bundesländer für die Ethikkommissionen uneinheitlich ausgefallen sind. Für eine Frau, die eine PID erwägt, wird ferner noch eine weitere Hürde errichtet: Sie soll sogar die Kosten für die Ethikkommission tragen (*Bayerischer Landtag Drucksache 17/2382 vom 24.6.2014, S 3*). Zurzeit ist damit zu rechnen, dass für die Beurteilung des Antrags durch eine Ethikkommission Beträge zwischen 1.000 und 3.000, möglicherweise bis zu 5.000 Euro zu entrichten sind (*Kentenich et al. 2015, 58*).

Im Kern ist der Einwand zu erheben, dass der Staat bei der PID das Recht einer Frau und eines Paares auf eigene Entscheidung nicht hinreichend respektiert. Auch vor diesem Hintergrund ist abschließend nochmals der Aspekt der Selbstbestimmung und der reproduktiven Autonomie anzusprechen – jetzt allerdings in einer anderen, zusätzlichen Perspektive.

Beratung als Unterstützung der persönlichen Selbstbestimmung

Die Angebote der Fortpflanzungsmedizin haben für Frauen und Paare mit Kinderwunsch neue Handlungsmöglichkeiten und Wahlalternativen eröffnet. Weil ihnen reproduktionsmedizinische Unterstützung zur Verfügung steht, können sie über das Ob und über das Wie der Fortpflanzung in ganz anderem Ausmaß und auf anderem Niveau entscheiden, als es bis weit in das 20. Jahrhundert hinein der Fall war. Hierdurch werden für die reproduktive Selbstbestimmung neue Entscheidungsspielräume und -alternati-

ven eröffnet. Gleichzeitig kommen auf die Betroffenen jedoch Verantwortungslasten zu. Denn den Preis für anwachsende Freiheit bildet ein Mehr an Verantwortung.

Hierzu ist nun ein Gedankengang aufzugreifen, der seit dem späten 20. Jahrhundert in der Ethik profiliert worden ist, nämlich die Idee der Partizipations- oder Befähigungsgerechtigkeit. Zu ihren Vordenkern gehören der Wirtschaftsno-belpreisträger Amartya Sen und die Philosophin Martha Nussbaum. Das Denkmodell der Befähigungsgerechtigkeit nimmt den Staat und die Gesellschaft in die Pflicht, die einzelnen Menschen dabei zu unterstützen und sie in die Lage zu versetzen, über ihre Lebensgestaltung – darunter gesundheitsbezogene Fragen und ausdrücklich auch Fragen der Sexualität und Reproduktion (*Nussbaum 1999, S 200*) – Entschlüsse treffen zu können, die auf ihren persönlichen Überzeugungen beruhen und möglichst verantwortungsbewusst, selbstbestimmt und authentisch ausfallen. Dieses Postulat ist deshalb so wichtig, weil im heutigen weltanschaulichen, religiösen und kulturellen Pluralismus unter den Menschen ganz unterschiedliche Lebensanschauungen und Werteinstellungen anzutreffen sind. Im Blick auf die Reproduktionsmedizin lautet die Konsequenz, dass Patientinnen und Kinderwunschpaare über die für sie in Frage kommenden Therapieansätze umfassend beraten werden sollten, und zwar sowohl in medizinischer als auch in psychosozialer Hinsicht. Eine psychosoziale Beratung sollte nicht durch den behandelnden Arzt, sondern behandlungsunabhängig erfolgen. Wichtig ist, dass sie tolerant, neutral und ergebnisoffen durchgeführt wird. Im Sinn der Befähigungsgerechtigkeit sind die Frau und ihr Partner dahingehend zu begleiten, dass sie sich letztlich so entscheiden, wie es für sie im Horizont ihrer eigenen Biographie, ihrer persönlichen Anschauungen und ihres Selbstbestimmungsrechts plausibel ist.

Zu den potenziellen Beratungsthemen gehört inhaltlich dann ebenfalls die Frage, welche Auswirkungen reproduktionsmedizinische Behandlungen auf Dritte haben. Dabei ist vor allem an das erhoffte Kind zu denken. Zum Beispiel ist bereits im Vorhinein anzusprechen, dass und in welcher Weise ein Kind von seiner Zeugung durch Samenspende später Kenntnis erlangen sollte. Gegebenenfalls sind überdies Konsequenzen der fortpflanzungsmedizinischen Therapie für weitere Betroffene zu thematisieren, etwa

darauf, wie sich das Verhältnis eines lesbischen Paares und seines Kindes zum Samenspender oder die Beziehung eines Paares und seines Kindes zu den Embryospendern gestalten sollte. In der Bundesrepublik ist daher anzustreben, zur Fortpflanzungsmedizin

- tragfähige Beratungsangebote auszubauen,
- die Qualität der Aus- und Fortbildung von Beraterinnen und Beratern zu gewährleisten
- und die Pluralität von Beratungsstellen zu sichern, wobei unvoreingenommene ergebnisoffene Beratung gewährleistet sein muss.

Vor Ort wäre es dann die Aufgabe der behandelnden Ärzte, ihre Patientinnen und deren Partner auf psychosoziale Beratungsangebote aufmerksam zu machen (*Dorn/Wischmann 2013, S 498*). Eigener Diskussion bedarf es, ob für bestimmte weitreichende Behandlungsmöglichkeiten, z.B. Eizellspende oder Schwangerschaftsspende, sogar an gesetzlich vorgeschriebene Pflichtberatungen zu denken wäre. Die Erfahrungen in der Schwangerschaftskonfliktberatung besagen allerdings, dass eine Rechtspflicht, sich beraten zu lassen, bei den Betroffenen auf Abwehr stoßen und insofern kontraproduktiv sein kann (*Franz 2015, S 259f*). Sie könnte zudem als staatlicher Paternalismus empfunden werden, der zum Selbstbestimmungsgrundrecht und zur reproduktiven Autonomie in Kontrast steht. Grundsätzlich ist es inzwischen jedenfalls für eine ganze Reihe von Staaten zum Anliegen geworden, reproduktionsmedizinische Therapien durch das Angebot der Beratung einzurahmen (*Blyth 2012*). In der Bundesrepublik Deutschland ist es an der Zeit, in dieser Hinsicht aufzuholen und für einen flächendeckenden Ausbau kompetenter Beratungsstellen Sorge zu tragen. Dass hierbei jeder staatliche und jeder moralische, kirchliche oder religiöse Paternalismus zu vermeiden ist, versteht sich von selbst, wenn man das Selbstbestimmungsrecht der Kinderwunschpaare ernst nimmt.

Fazit

Die moderne Fortpflanzungsmedizin eröffnet Patientinnen und Paaren ein breites Spektrum von Handlungsoptionen. Manche Therapien, etwa eine IVF- oder ICSI-Behandlung angesichts weiblicher oder männlicher Sterilitätsprobleme, sind zur Routine geworden. Wenn Frauen und ihre Partner sich für reproduktionsmedizinische

Angebote interessieren, können sie sich ethisch und rechtlich auf ihr Selbstbestimmungsrecht, auf ihre Persönlichkeitsrechte und auf ihr Grundrecht auf reproduktive Selbstbestimmung berufen. Neuartige Verfahren – z.B. eine Uterustransplantation zur Ermöglichung einer Schwangerschaft oder die Erzeugung eines Kindes unter Zuhilfenahme einer Mitochondrienspende, die in Großbritannien seit 2015 zulässig ist – bedürfen jeweils gesonderter Abwägung. Bei innovativen Methoden ist auch zu klären, ob Kindern, die auf diese Weise erzeugt werden, unverhältnismäßige gesundheitliche Gefahren drohen und ob das Kindeswohl gewahrt ist. Potenzielle Schattenseiten, Neben- und Negativfolgen reproduktionsmedizinischer Verfahren bedürfen fortwährender Aufmerksamkeit. Im Grundsatz sind reproduktionsmedizinische Therapien jedoch unter dem Vorzeichen zu sehen, dass ihnen ein ethisch hochrangiges Motiv zugrunde liegt, nämlich die Erfüllung eines Kinderwunsches und die Ermöglichung der Geburt eines Kindes. In ethischer Interpretation bestehen die Intention und der Sinn der Fortpflanzungsmedizin darin, Leben zu ermöglichen. Sie ist dem Gut des menschlichen Lebens verpflichtet und ethisch aus diesem Grund bejahenswert.

Sicherlich sind in unserer Gesellschaft zur Fortpflanzungsmedizin recht unterschiedliche Auffassungen anzutreffen. Schroffe Ablehnung äußert vor allem das römisch-katholische Lehramt. Es wäre allerdings unververtretbar, wenn der Staat sich einseitig auf partikulare, etwa auf bestimmte religiöse Positionen stützen und die Nutzung von Therapien untersagen würde, die zahlreiche Menschen für wünschenswert halten. Die Reproduktionsmedizin bedarf gesetzlicher Regulierung, um potenziellem Missbrauch zu wehren und um Rechtssicherheit zu gewährleisten. Zu Einschränkungen und Verboten sollte es aber erst kommen, sofern für Betroffene oder für Dritte absehbar Gefährdungen drohen.

In dieser Hinsicht bedürfen die derzeitigen gesetzlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland der kritischen Überprüfung. Sie sind – auch im europäischen Rechtsvergleich betrachtet – zu restriktiv angelegt. Darüber hinaus sind sie teilweise inkonsistent und von der Sache her veraltet. Aus medizin- und rechtsethischer Sicht ist es deshalb an der Zeit, die gesetzlichen Bestimmungen zur Fortpflanzungsmedizin zu reformieren und zu liberalisieren. Dabei sind sie so auszugestalten, dass sie dem weltanschau-

lichen Pluralismus der modernen Zivilgesellschaft Rechnung tragen und Frauen bzw. Kinderwunschpaaren einen möglichst großen eigenen Entscheidungsspielraum offenhalten. Darüber hinaus ist die ethische Leitidee der Befähigungsgerechtigkeit zu beachten. Sie legt es nahe, zur Fortpflanzungsmedizin die Angebote der ergebnisoffenen psychosozialen Beratung auszubauen. Der Sinn solcher Beratungen ist darin zu sehen, dass Frauen bzw. Paare unterstützt werden, zu Entscheidungen zu gelangen, die persönlich authentisch sind und die gegenüber anderen, insbesondere gegenüber dem erhofften Kind, verantwortungsbewusst ausfallen.

Kontakt

Prof. Dr. Hartmut Kreß
 Professor für Ethik
 Evang.-Theol. Fakultät der
 Universität Bonn
 Abt. Sozialethik
 Am Hof 1 | 53113 Bonn
 hkress@uni-bonn.de

Literatur

Bernard A: Kinder machen. Samenspende, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. S. Fischer: Frankfurt/M. 2014

Blyth E: Guidelines for infertility counselling in different countries: is there an emerging trend? Hum Reprod 2012; 27 (7): 2046–2057

Brännström M et al.: Livebirth after uterus transplantation. The Lancet 2015; Vol 385, No 9968: 607–616

Brinton L: Long-term effects of ovulation-stimulating drugs on cancer risk. Reproductive BioMedicine Online 2007; 15 (1): 38–44

Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz: Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz. Medizinische, ethische und rechtliche Gesichtspunkte zum Revisionsbedarf von Embryonenschutz- und Stammzellgesetz. Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz Mainz 2015, download unter www.mjv.rlp.de/Ministerium/Bioethik

Correale J, Farez MF, Ysrraelit MC: Increase in multiple sclerosis activity after assisted reproduction technology. Ann Neurol 2012; 72 (5): 682–694

Deppenbusch M, Schultze-Mosgau A: Leihmutterchaft. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013, S 297–301

Dethloff N: Assistierte Reproduktion und rechtliche Elternschaft in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften. In: Funcke D, Thorn P (Hg.): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. transcript: Bielefeld 2010, S 161–192

Dethloff N: Leihmütter, Wunscheltern und ihre Kinder. JuristenZeitung 2014; 69 (19): 922–932

DIR Deutsches IVF Register: Jahrbuch 2013. J Reproduktionsmed Endokrinol 2014; 11, Sonderh. 1

Dorn A, Wischmann T: Psychosomatik und psychosoziale Betreuung. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013, S 483–501

Franz J: Beratung nach § 219 StGB. In: Busch U, Hahn D (Hg): Abtreibung. transcript: Bielefeld 2015, S 257–277

Frister H: Der lange Weg zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik. In: Dekan der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Hg.): Wissenschaftsrecht und Wissenschaftspraxis. Nomos: Baden-Baden 2014, S 115–133

Gassner U, Kersten J, Krüger M, Lindner JF, Rosenau H, Schroth U: Fortpflanzungsmedizinengesetz. Augsburg-Münchener-Entwurf (AME-FMedG). Mohr Siebeck: Tübingen 2013

- Günther H-L, Taupitz J, Kaiser P: Embryonenschutzgesetz. Kohlhammer: Stuttgart 2. neu bearb. Aufl. 2014
- Hart R, Norman RJ: The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part I. General health outcomes. Hum Reprod Update 2013a; 19 (3): 232–243
- Hart R, Norman RJ: The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. Part II. Mental health and development outcomes. Hum Reprod Update 2013b; 19 (3): 244–250
- Hendriks S, Dancet EAF, van Pelt AMM, Hamer G, Repping S: Artificial gametes: a systematic review of biological progress towards clinical application. Hum Reprod Update, first published online January 21, 2015, doi:10.1093/humupd/dmv001
- Höfling W: Zygote - Mensch - Person. Frankfurter Allgemeine Zeitung 10.7.2001, 8
- Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 74, hg. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn 10. März 1987
- Kentenich H, Dorn C, Buchholz T, Hilland U, Diedrich K: Umsetzung der PID-Verordnung in Deutschland. Stand zum 13.01.2015. Gynäkologische Endokrinologie 2015; 13 (1): 57–60
- Kentenich H, Griesinger G: Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte. J Reproduktionsmed Endokrinol 2013; 10 (5–6): 273–278
- Kreß H: Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte. Kohlhammer: Stuttgart 2. erw. Aufl. 2009
- Kreß H: Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungsethik und Grundrechten. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013a, S 651–670
- Kreß H: Samenspende und Leihmutterchaft. Familie Partnerschaft Recht 2013b; 19 (6): 240–243
- Kreß H: Die Sonderstellung der Kirchen im Arbeitsrecht – sozialetisch vertretbar? Ein deutscher Sonderweg im Konflikt mit Grundrechten. Nomos: Baden-Baden 2014
- Kreß H: Präimplantationsdiagnostik in der pluralistischen Gesellschaft im Licht des Toleranzgebots. Mit kritischen Bemerkungen zu den Befugnissen der PID-Ethikkommissionen. In: Geis M-E, Winkler M, Bickenbach C (Hg): Von der Kultur der Verfassung. Festschrift für Friedhelm Hufen. C.H.Beck: München 2015, S 43–52
- Lacey SL de, Peterson K, McMillan J: Child interests in assisted reproductive technology: how is the welfare principle applied in practice? Hum Reprod 2015; 30 (3): 616–624
- Ludwig AK, Ludwig M: Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013, S 547–563
- Ludwig M.: Langzeit-follow-up von Patientinnen nach ovarieller Stimulation und Kinderwunschtherapien. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013, S 573–580
- Maio G: Wenn die Technik die Vorstellung bestellbarer Kinder weckt. In: Maio G, Eichinger T, Bozzaro C (Hg.): Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung. Karl Alber: Freiburg/München 2013, S 11–37
- Möller K-H: Rechtliche Regelung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: Diedrich K, Ludwig M, Griesinger G (Hg): Reproduktionsmedizin. Springer: Berlin/Heidelberg 2013, S 585–606
- Neidert R: Embryonenschutz im Zwiespalt zwischen staatlichem Gesetz und ärztlicher Lex artis. Zeitschr. f. Rechtspolitik 2006, 39 (3): 85–87
- Nussbaum M: Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Suhrkamp: Frankfurt/M. 1999
- Stier M: Tetraploide Komplementierung von iPS-Zellen: Implikationen für das Potenzialitätsargument. Ethik Med 2014; 26 (3): 181–194
- Weisz W: Sexualleben und Kinder – zwei göttliche Geschenke an den Menschen. Jüdische Sicht auf die aktuelle Fortpflanzungsmedizin. J Reproduktionsmed Endokrinol 2011; 8, Sonderh 2: 36–40
- Wendehorst C: Zur Möglichkeit der Embryooption in einem zukünftigen Fortpflanzungsmedizinengesetz. Reproduktionsmedizin 2003; 19 (3): 147–150