

- [Jahresthema 2017](#)
- [Woche für das Leben](http://www.woche-fuer-das-leben.de/node/694) <http://www.woche-fuer-das-leben.de/node/694>

2017: Was darf man mit einem Menschen (nicht) tun?

Prof. Dr. Johannes Reiter, Mainz

Ethische Herausforderungen einer technisierten Fortpflanzung

Kaum etwas bereitet Menschen in ihrem Leben eine so große Freude wie die Geburt des gewünschten Kindes. Und kaum etwas in ihrem Leben wird so schmerzlich empfunden wie der unerfüllte Kinderwunsch. Neues Leben kann nicht einfach erzwungen werden, seine Entstehung ist nach wie vor von einem Geheimnis umgeben, weshalb wir es auch als Geschenk erfahren und selbst nichtreligiöse Menschen oft von einem „Wunder“ der Geburt sprechen. [mehr](#)

In Anbetracht des Leids, das Kinderlosigkeit hervorruft, stehen wir vor der ethischen Frage: Welche menschlichen Handlungen sind gerechtfertigt, wenn wir in die normalen natürlichen Prozesse der geschlechtlichen Fortpflanzung eingreifen, um die gute Gabe eines neuen menschlichen Lebens zu ermöglichen?

Was wird gemacht?

Die in den 1980er-Jahren etablierte Reproduktionsmedizin hat sich zum Ziel gesetzt, das Problem der ungewollten Kinderlosigkeit zu kurieren. In der Bevölkerung wird die Reproduktionsmedizin zunehmend in Anspruch genommen. Ihre ethische Bewertung ist nach wie vor unterschiedlich und wird in unserer säkularen Gesellschaft mit ihren pluralen Wertvorstellungen in erster Linie an den erkennbaren Vor- und Nachteilen festgemacht (Bernard 2014; Maio 2014; Rauprich 2015; Walser 2014).

Sowohl die Insemination als auch die In-vitro-Fertilisation (IVF) werden aus dieser Sicht weithin als unbedenklich angesehen, insofern sie im homologen System (Insemination mit Samen des Ehemannes) stattfinden. Dem Paar, so das Hauptargument, werde mit diesen Methoden, die inzwischen medizinischer Standard seien, zu einem eigenen Kind verholfen. Bezüglich der künstlichen Befruchtung im quasihomologen System (unter Partnern einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft) und im heterologen System (mit Spendersamen) werden zwar Vorbehalte, aber kein Verbot formuliert. Als Grund für eine heterologe Insemination wird angeführt: Das Kind sei – anders als bei einer Adoption – wenigstens mit einem Elternteil verwandt. Die Vorbehalte werden im Hinblick auf das Wohl des Kindes vorgebracht, das durch die Trennung von genetischer, leiblicher und sozialer Elternschaft gefährdet sei. Kann das Kind erfüllen, was sich die Eltern nach all dem Aufwand von ihm erhoffen? Hat es sogar eine Dankspflicht gegenüber seinen „Herstellern“? Es ist auch denkbar, dass sich der Ehemann als lediglich sozialer Vater von dem Kind distanziert, insbesondere bei dessen ungünstiger Entwicklung. Man möchte die heterologe Insemination daher nur unter bestimmten Bedingungen zulassen: umfassende psychosoziale Beratung des Ehepaares vor der Behandlung, das Kind hat nach Ablauf des 16. Lebensjahres ein Auskunftsrecht über seine Herkunft, kein Entgelt für den Samenspender, keine Verwendung von Samengemischen. Die Bedenken gegen - über dem heterologen Element entfallen bei der Mikroinjektion (ICSI), einer Weiterentwicklung der IVF-Methode, bei der in die Eizelle ein ausgewähltes Spermium injiziert wird. Allerdings gibt man zu bedenken, dass es durch die sozusagen „erzwungene Befruchtung“ (unter Umgehung der natürlichen Selektion) bei den so gezeugten Kindern zu einer erhöhten Fehlbildungsrate kommen könne.

Fehlbildungsraten beim Embryo begegnen die Fortpflanzungsmediziner durch die

Präimplantationsdiagnostik (PID), bei der Embryonen unter Vorbehalt gezeugt werden und ihre Annahme nicht von ihrer Existenz, sondern von einer genetischen Qualitätsprüfung vor der Übertragung in den Uterus abhängig gemacht wird. Damit wird erklärt, dass nicht jedes Leben bedingungslos anzunehmen ist, sondern nur das Leben, das unseren individuellen Qualitätskriterien entspricht. Die genetischen Testmethoden werden zunehmend ausgeweitet und führen die Eltern in schwierige Entscheidungssituationen.

So ist seit 2012 auch in Deutschland ein nichtinvasiver Pränataltest (NIPT) auf dem Markt (auch „Präna-Test“ genannt), bei dem anhand eines Blutropfens der Schwangeren festgestellt wird, ob bei dem Embryo eine Behinderung vor - liegt, z. B. Trisomie 21, 18 und 13. Wird eine solche diagnostiziert, kommt es in der Regel zu einer Abtreibung. Allerdings wird empfohlen, ein positives Testergebnis durch eine zweite, invasive Untersuchung, meistens eine Fruchtwasseruntersuchung, weiter diagnostisch abzuklären. Im August 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands) das Prüfverfahren zur Frage eröffnet, ob Bluttests bei Risikoschwangerschaften als Kassenleistung ermöglicht werden sollen. Damit wäre der Weg zu einem Routine-Bluttest für alle Schwangeren eröffnet.

Im Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik (PID) und dem nichtinvasiven Pränataltest (NIPT), die derzeit nur Schwangeren mit einem erhöhten Risiko für Chromosomenstörungen angeboten werden, hat ein Teil der pränataldiagnostischen Maßnahmen (PND) sinnvolle therapeutische Konsequenzen. Störungen in der Entwicklung des Ungeborenen können im Ultraschall erkannt und vorgeburtlich, z. B. medikamentös, behandelt werden. Während die Pränataldiagnostik (PND), wenn sie ethisch verantwortbar angewandt wird, also durchaus auch lebenserhaltende Motive enthält, zielen PID und NIPT auf die Selektion von menschlichem Leben und sind daher ein Verstoß gegen die Menschenwürde.

Neuestens bietet die Reproduktionsmedizin jenen Frauen, die keine Gebärmutter haben, entweder von Geburt an oder weil sie diese durch Krankheit oder Unfall verloren haben, die Transplantation einer fremden Gebärmutter von lebenden oder hirntoten Frauen an, um auf diesem Weg schwanger zu werden. Es handelt sich hierbei um ein kaum erforschtes, extrem riskantes und belastendes sowie sehr teures Verfahren mit unklaren Chancen auf Erfolg: Uterusexplantation, Uterusimplantation, Gabe von Medikamenten zur Unterdrückung der Immun - abwehr, IVF, PID, Embryotransfer, Risikoschwangerschaft, Explantation der Gebärmutter nach Geburt des Kindes. Bei all diesen Einzelschritten stellen sich nicht nur extreme medizinische, sondern auch gravierende ethische Probleme, bei denen die Risiken in keinem ausreichenden Verhältnis zum angestrebten Nutzen, dem Erlebnis einer eigenen Schwangerschaft, stehen. Kritiker dieses Verfahrens sprechen von einer Lifestyle-Medizin, weil hier nicht, wie bei anderen medizinischen Eingriffen, das Leben oder die Gesundheit eines Menschen bedroht seien, sondern handlungsleitend sei allein der Kinderwunsch.

Als besondere Variante der künstlichen Befruchtung kann ein Kind auch in der Gebärmutter einer Leihmutter ausgetragen und nach der Geburt den Eltern überlassen werden. Aus dieser Möglichkeit ergeben sich völlig neue Abstammungslinien und Verwandtschaftsverhältnisse. Der Begriff „Eltern“ muss heute bei den Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung je nach Konstellation differenziert werden in: genetische Eltern (jene, von denen die Ei- oder Samenzelle stammen), Leihmutter (Frau, die das Kind austrägt), soziale Eltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern (diejenigen, die das Kind in ihrer Familie groß ziehen). Die genealogische Ordnung, die eine besondere kulturelle Leistung darstellt, scheint somit an ihr Ende gekommen zu sein. Die Leihmutterschaft, die in vielen Ländern praktiziert wird, in Deutschland jedoch durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG)

verboten ist, hat heftige Kritik auf sich gezogen, vor allem, weil sie eine besonders schwere Form der Instrumentalisierung von meist sozial schlecht gestellten Frauen darstelle.

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin stellt sich auch die Frage nach der Altersgrenze, jenseits derer eine künstliche Befruchtung nicht mehr praktiziert werden soll. Seit Neuestem wird unter dem Stichwort „social egg freezing“ das Einfrieren von Eizellen mit dem Ziel angeboten, diese nach eigenem Wunschzeitpunkt einzusetzen. Apple und Facebook beteiligen sich an den Kosten, damit ihre Mitarbeiterinnen entspannter ihre Karriere planen können. Hier wird nicht bedacht, dass zwar die Eizellen eingefroren werden können, dass aber nicht nur die zukünftige Mutter, sondern auch ihr gesamtes Umfeld in dieser Zeit des Einfrorenseins weiter altern. Eine Altersgrenze scheint geboten zu sein, insbesondere im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes; sie sollte allerdings nicht nur die Frau betreffend festgelegt werden, sondern auch den Mann im Blick haben. Vieles spricht dafür, dass es keine Kinder für Eltern im Großelternalter geben soll.

Problematische Hilfe

Die Fortpflanzungsmedizin mag sich in einigen wenigen Fällen als heilsam erweisen, in anderen Fällen ist sie jedoch zweifelhaft, in einigen extremen Anwendungen eine Tat menschlicher Hybris. Insgesamt scheinen die Probleme, die sie erzeugt, größer als jene, die sie löst. Jedenfalls gilt es, besonders bei der IVF, den hohen Einsatz im Zusammenhang des gesamten medizinischen Vorgangs, seines Ertrages und seiner Gefahren zu sehen und abzuwägen. Nach neueren Untersuchungen erweist sich das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken der IVF als keineswegs überzeugend. Denn die IVF als Therapie des unerfüllten Kinderwunsches erreicht ihr Ziel, eine Geburt, nur in etwa 20 Prozent der Fälle und die unerwünschten Wirkungen und Gefährdungen sind beträchtlich. Sie äußern sich nicht nur in der hohen Quote erfolgloser Behandlungen, sondern auch in vermehrten Komplikationen beim Schwangerschafts- und Geburtsverlauf.

Auch kann mit der künstlichen Befruchtung nicht jedem Paar geholfen werden. Psychosomatische Untersuchungen zeigen, dass persönliche, partnerschaftliche und sexuelle Probleme häufig ursächlich an der Fruchtbarkeitsstörung beteiligt sind oder sich daraus ergeben. Eine medizinisch induzierte Schwangerschaft kann diese Probleme nicht lösen. Die Reproduktionsmedizin sollte daher über ihre technische Versiertheit hinaus eine optimale Paarberatung leisten, in der auch das Scheitern der Behandlung zur Sprache kommt. „Die Möglichkeit eines bewussten Abschieds vom Kinderwunsch und die Akzeptanz der eigenen Kinderlosigkeit ist ein Schritt, der fast in Vergessenheit gerät. Dabei berichten Paare und Frauen, die diesen Weg gegangen sind, dass es ein ‚Leben danach‘ gibt und dass dieses Leben ein glückliches und erfülltes sein kann.“ (Walser 2014)

Ungelöste Folgeprobleme

Darüber hinaus führt die Fortpflanzungsmedizin zu einer Reihe bislang ungelöster Folgeprobleme, z. B. dem Umgang mit überzähligen Embryonen. Das Embryonenschutzgesetz verbietet es, im Rahmen der künstlichen Befruchtung mehr als drei Embryonen zu erzeugen. In der Regel entspricht dies der Zahl an Embryonen, die auf die Frau übertragen werden. Überzählige bzw. verwaiste Embryonen würden somit nur dann entstehen, wenn deren Übertragung aus medizinischen Gründen aktuell nicht möglich ist und die Übertragung in einem späteren Zyklus erfolgen soll. Nur aus diesem Anlass ist eine Kryokonservierung (Einfrieren von Embryonen) nach ärztlichem Berufsrecht erlaubt. Im ungünstigsten Fall, wenn der Embryo also nicht auf seine Mutter übertragen wird und auch nicht durch Embryonenspende (ES) adoptiert wird, stellt sich hier die Frage nach dem weiteren Vorgehen. In den meisten Fällen werden die überzähligen Embryonen der Forschung zugeführt oder verworfen.

Durch Embryonenspende (ES) werden ungeplant überzählige Embryonen von dem Paar, das seine Kinderwunschbehandlung abgeschlossen hat, für ein ungewollt kinderloses Paar freigegeben. Auch wenn mit dieser Methode einigen überzähligen Embryonen Lebenschancen eröffnet werden, ist sie nicht frei von ethischen Bedenken. Unter anderem besteht die Gefahr einer kommerziellen Verwendung, auch wird die Identitätsfindung des Kindes durch die geteilte Elternschaft erschwert. Der Deutsche Ethikrat hält es aus diesen Gründen für ethisch geboten, die Rahmenbedingungen für die Embryonenspende bzw. Embryonenadoption gesetzlich festzulegen (Deutscher Ethikrat 2016).

Weitere Probleme ergeben sich aus der Synthese von Reproduktionsmedizin und Gentechnik, näherhin mit der genetischen Diagnostik. Hier wurden Verfahren mit dem Namen „Genome-Editing“ (genome editing with engineered nucleases, GEEN) entwickelt, die mithilfe der CRISPR/Cas-Methode gezielt einzelne DNA-Bausteine umschreiben oder „editieren“ können. Damit haben sie nicht nur Hoffnungen auf künftige Therapien geweckt, sondern auch die Idee, menschliche Keimbahnzellen zu verändern (Germline-Editing) und so die Vererbung genetisch bedingter Erkrankungen zu verhindern.

Damit ist aber zugleich die Tür zur „Optimierung“ des Menschen (Enhancement) geöffnet, die es mehr und mehr ermöglicht, die Eigenschaften der Kinder auszuwählen und weitgehend zu bestimmen. Auch wenn dies zunächst mit der Hoffnung verknüpft ist, Leid zu verhindern, ist die Gefahr, auch in diesem intimen Bereich dem Konsumgedanken zu verfallen, groß. Kinder könnten nur noch als Mittel oder gar Produkt betrachtet werden, die die Wünsche der Eltern befriedigen sollen und an die man früher oder später persönliche Qualitätsansprüche stellen wird. Die Selektionsmöglichkeiten schaffen die Voraussetzung, ein Kind ganz nach den persönlichen Vorlieben der Eltern auszuwählen. Dafür wurde der Begriff „Designerbaby“ geprägt.

Warum und wie reagieren die Kirchen?

Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin verbunden mit den diagnostischen Früherkennungsverfahren richten sich an die grundlegenden Orientierungen, von denen Menschen her ihr Leben gestalten, an unser Menschenbild, an die Verlässlichkeit der Garantie von Lebensrecht und Lebensschutz. In der von Unübersichtlichkeit und Dissens geprägten Situation, in der der Einzelfall noch plausibel und akzeptabel erscheinen mag, im Zusammenhang des Ganzen aber zum Schreckensbild werden kann, liegt es nahe, nach der Aufgabe der Kirchen zu fragen. Diese können sich aus dem Streit um solche Fragen nicht einfach heraushalten und die Suche nach der richtigen Antwort den anderen überlassen. Denn die Biowissenschaften erzeugen primär „Verfügungswissen“ und nicht im gleichen Sinn „Orientierungswissen“. Wenn wir wissen, was wir technisch können, wissen wir noch lange nicht, was wir moralisch sollen. Die Biowissenschaften bedürfen der philosophischen und theologischen Einsicht in die unantastbare Würde des Menschen. Es muss auch nach den Grenzen gefragt werden, an denen reproduktionsmedizinisches Handeln haltmachen muss, nach der Zumutbarkeit bestimmter Fortschritte für Betroffene, nach dem Preis, der für bestimmte Handlungsweisen gezahlt werden muss, und danach, wer diesen Preis zahlen muss. Die Menschenwürde und insbesondere ihre Verletzung sind der Prüfstein des reproduktionsmedizinischen Fortschritts. Die Kirchen verstehen sich als Anwalt der Humanität und der Unverfügbarkeit des Menschen. Sie stellen das menschliche Leben unter den Segen und Schutz Gottes, sie vermitteln Lebenssinn über dieses Leben hinaus. Sie tun dies aus der theologischen Einsicht heraus, dass der Mensch unbeschadet seiner evolutiven Verflechtung durch „göttlichen Lebensatem“ (Gen 2,7) existiert. Von daher stammt seine Würde, aber auch seine Verantwortung für das Leben auf dieser Erde.

In den die Reproduktionsmedizin betreffenden ethischen Grundsätzen sind sich beide Kirchen einig (Schlögel 2015). In Einzelfragen mögen Differenzen auftreten, die

insbesondere von den Fachvertretern der evangelischen Ethik formuliert werden (Dabrock 2015).

Das sagt die katholische Kirche

Auf katholischer Seite ist das bedeutsamste Dokument, das sich eingehend mit den einzelnen Methoden der Fortpflanzungsmedizin auseinandersetzt, die Instruktion der Glaubenskongregation „Donum vitae“ von 1987, deren Kernaussagen auch in die 1995 erschienene Enzyklika „Evangelium vitae“ eingegangen sind. Darin drückt Papst Johannes Paul II. die grundsätzlichen Vorbehalte des Lehramtes sehr deutlich aus, wenn er schreibt: „Auch die verschiedenen Techniken künstlicher Fortpflanzung, die sich anscheinend in den Dienst am Leben stellen und die auch nicht selten mit dieser Absicht gehandhabt werden, öffnen in Wirklichkeit neuen Anschlägen gegen das Leben Tür und Tor.“ Bei seiner Ablehnung sämtlicher Methoden der Fortpflanzungsmedizin im homologen ebenso wie im heterologen System beruft sich das katholische Lehramt im Wesentlichen auf die Würde der ehelichen Fortpflanzung (Auflösung des Zusammenhangs von Liebe und Zeugung) und auf die Gefährdung der Würde und der Rechte des Kindes (Geschenk der Liebe und nicht Produkt einer Labortechnik). Darüber hinaus wird die ablehnende Haltung mit den Umständen und Folgen begründet, die mit der Fortpflanzungsmedizin verbunden sind. Ausdrücklich wird aber in Donum vitae (II B 5) darauf hingewiesen, dass man das mittels dieser Technik auf die Welt gekommene Kind „als lebendiges Geschenk der göttlichen Güte annehmen und mit Liebe aufziehen“ muss.

Das sagt die evangelische Kirche

Die evangelische Kirche formuliert ihre Position nicht so apodiktisch, rät aber von der IVF und der PID ab. „Gewichtige Gründe sprechen gegen die extrakorporale Befruchtung.“ [...] "Der Wunsch nach einem Kind rechtfertigt nicht jede medizinische Maßnahme." (Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland 1987) 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. Zur PID heißt es, sie relativiere das christliche Menschenbild. Das Leben sei nicht durchgängig planbar und lasse sich vor Leid nicht schützen (Rat der EKD 2011).

Entgegen manchen Stimmen, die den Kirchen eine grundsätzliche Ablehnung des biomedizinischen Fortschritts unterstellen, hält die zu diesem Thema zuletzt erschienene Instruktion der Glaubenskongregation „Dignitas personae“ von 2008 – wie viele evangelische Texte auch – fest: „Das Lehramt möchte ein Wort der Ermutigung und des Vertrauens gegenüber einer kulturellen Perspektive bringen, die in der Wissenschaft einen wertvollen Dienst am umfassenden Gut des Lebens und der Würde jedes Menschen sieht. Die Kirche schaut deshalb mit Hoffnung auf die wissenschaftliche Forschung und wünscht, dass sich viele Christen dem Fortschritt in der Biomedizin widmen und den eigenen Glauben in diesem Umfeld bezeugen.“

Literatur

Bernard, Andreas, 2014: Kinder machen. Neue Reproduktionstechniken und die Ordnung der Familie. Samenspender, Leihmütter, künstliche Befruchtung, Frankfurt.

Dabrock, Peter, 2015: Bioethik des Menschen, in: Huber, Wolfgang, u. a. (Hrsg.): Handbuch der Evangelischen Ethik, München, 539-551.

Deutscher Ethikrat 2016: Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme.

Johannes Paul II. 1995: Enzyklika „Evangelium vitae“ an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie alle Menschen guten Willens über den Wert und die

Unantastbarkeit des menschlichen Lebens (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 120), Bonn, Nr. 14.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) 1987: Zur Achtung vor dem Leben (EKD-Texte 20), Hannover, 5. Kongregation für die Glaubenslehre 1987: Instruktion „Donum vitae“ über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Antworten auf einige aktuelle Fragen (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 74), Bonn.

Dies. 2008: Instruktion „Dignitas Personae“ über einige Fragen der Bioethik (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 183), Bonn, Nr. 3.

Maio, Giovanni, 2014: Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit, Stuttgart, 16-79. Rauprich, Oliver, 2015: Assistierte Reproduktion, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin, 267-278.

Rat der EKD 2011: „Deine Augen sahen mich, als ich noch nicht bereit war ...“ (Psalm 139,16). Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Präimplantationsdiagnostik (PID), in: epd-Dokumentation 9 (2011), 5-7.

Schlögel, Herbert, 2015: Bioethik im evangelisch-katholischen Diskurs. Anthropologische Gesichtspunkte im ekklesialen Kontext, in: Stubenrauch, Bertram, und Seewald, Michael (Hrsg.): Das Menschenbild der Konfessionen - Achillesferse der Ökumene, Freiburg, 107-132.

Walser, Angelika, 2014: Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung, Innsbruck-Wien, 126.