

Ringens um Grenzverläufe – Fortpflanzungsmedizin als ethische Konfliktzone

von Katharina Klöcker

1. Trennung von Sexualität und Fortpflanzung

Als Meilenstein in der Geschichte der Emanzipation wurde sie gefeiert:¹ Die erste so genannte Anti-Baby-Pille, die 1960 in den USA und ein Jahr später in Deutschland auf den Markt kam, entkoppelte den Geschlechtsakt von der mit ihm verbundenen Möglichkeit, neues menschliches Leben zu zeugen. Die Loslösung der Sexualität von der Fortpflanzung eröffnete neue Räume sexueller Selbstbestimmung. Für die katholische Kirche allerdings wurde die Auflösung des Bandes zwischen Sexualität und Fortpflanzung zu einer Zerreißprobe. 1968 veröffentlichte Paul VI. die Enzyklika *Humanae vitae* und verurteilte darin jegliche Art nicht natürlicher Geburtenkontrolle als moralisch unerlaubt, da künstliche Kontrazeptiva die natürliche Hinordnung *jedes* ehelichen Geschlechtsaktes auf die Zeugung verhinderten².

Thematisiert wird in *Humanae vitae* jedoch nur ein relativ kleiner Ausschnitt moderner Reproduktionsmedizin, denn bereits ein Jahrzehnt später wurde in der Geschichte der Trennung von Sexualität und Fortpflanzung ein neues Kapitel aufgeschlagen: 1978 erblickte mit Louise Brown der erste außerhalb eines Geschlechtsaktes gezeugte Mensch das Blitzlichtgewitter einer erregten, teils euphorisch, teils apokalyptisch gestimmt reagierenden Weltöffentlichkeit. Reproduktionsmedizin umfasst damit längst nicht mehr nur die Kontrolle und Verhütung menschlicher Fortpflanzung, vielmehr widmet sie sich unter dem Begriff der assistierten Reproduktion Störungen menschlicher Zeugungsfähigkeit und der daraus resultierenden ungewollten Kinderlosigkeit – sowie vor allem ihrer Überwindung. Künstliche Verhütung und künstliche Zeugung –

¹ Sosehr die Pille einerseits als Befreiung der Frauen gefeiert wurde, so kritisch wurden andererseits in der Folge aber auch gerade von Feministinnen die mit der Pilleneinnahme verbundenen Nebenwirkungen thematisiert sowie die Tatsache, dass die Verantwortung für Verhütung durch orale Kontrazeptiva allein den Frauen angelastet wurde.

² Vgl. Paul VI., Enzyklika *Humanae vitae* 11, in: AAS 60 (1968) 486–492.

die Entwicklung der Pille und die Entwicklung der In-vitro-Fertilisation (IVF) – sind medizingeschichtlich betrachtet eng miteinander verzahnt. Dieselben Forscher, die Mitte des 20. Jahrhunderts an einem oralen Kontrazeptivum arbeiteten, spielten eine maßgebliche Rolle bei der Entwicklung der künstlichen Befruchtung.³ Forschungen, die einerseits die Vermeidung, andererseits die Optimierung der Reproduktion ermöglichen, basierten gleichermaßen auf Erkenntnissen über die Rolle der Sexualhormone bei der Reifung von Eizellen. Während sich durch die Erfindung der Pille die Sexualität von der Fortpflanzung emanzipierte, löste die Geburt des ersten in einer Petrischale gezeugten Menschen die Fortpflanzung von der Sexualität. Das Band, das beide seit jeher miteinander verbunden hat und das der Mensch immer wieder zu lockern suchte,⁴ kann nun tatsächlich gelöst werden.

Dies hat weitreichende Konsequenzen: Wer ein Kind will, plant dies heutzutage in den meisten Fällen aktiv. Dabei handelt es sich um eine Entscheidung, „die unter Umständen andere Selbstverwirklichungsmöglichkeiten ausschließt und die heute für viele zur Zerreißprobe wird, weil sich die idealen Rahmenbedingungen, in denen man ‚vernünftigerweise‘ Kinder bekommen sollte, sehr verkompliziert haben.“⁵ Diese Auflösung der natürlichen Verbindung zwischen Sexualität und Fortpflanzung eröffnet also einerseits neue Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume, sie schafft aber andererseits auch neue Problemkonstellationen. In jedem Fall provoziert sie die Frage, wie mit den neu entstandenen Freiheiten verantwortlich umzugehen ist.

Zu konstatieren ist, dass die vielfältigen aus der Geburt des ersten außerhalb des Mutterleibes gezeugten Menschen resultierenden ethischen Fragen die Diskussion um künstliche Empfängnisverhütung, so sehr sie die Gemüter auch einst erhitzt haben mag, mittlerweile nahezu verdrängt

³ Der US-amerikanische Biologe Gregory Pincus verweist 1934 in einem Aufsatz auf eine extrakorporale Zeugung von Kaninchen; vgl. A. Bernard, *Kinder machen – Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie*. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung, Frankfurt a. M. 2014, 381–388.

⁴ Zur Geschichte der Trennung von Sexualität und Fortpflanzung vgl. R. Jütte, *Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung von der Antike bis zur Gegenwart*, München 2003.

⁵ C. Bozzaro, *Ein Kind ja, aber erst irgendwann ... Überlegungen zum Einsatz von Egg- und Ovarian-Tissue Freezing*, in: G. Maio/T. Eichinger/C. Bozzaro (Hrsg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg i. Br. 2013, 233–249, 243.

hat. Die assistierte Reproduktion fördert ein ganzes Feld ethischer Konfliktzonen zutage, das noch längst nicht vermessen und überdies im Wachsen begriffen ist. Der vorliegende Text möchte dieses Feld, soweit dies im vorgegebenen Rahmen möglich ist, kartographieren und dabei die mit der Reproduktionsmedizin einhergehenden, in erster Linie gesellschaftlichen Implikationen und die damit verbundenen auch ethischen Fragestellungen sichten.

2. Vom Retortenbaby zum Wunschkind

Was Ende der 1970er Jahre eine Sensation sondergleichen war und sich gegen viele Ressentiments und Kritik⁶ in den Folgejahren nur langsam durchzusetzen begann, ist mittlerweile Alltag auf Geburtsstationen. Im Jahr 2015 kamen hierzulande erstmals mehr als 20.000 außerhalb des Mutterleibes gezeugte Babys (20.880) auf die Welt, wie das Deutsche IVF-Register im Dezember 2017 mitteilte.⁷ Mehr als 5 Mio. Menschen weltweit wurden bisher im Labor gezeugt. Nach anfänglicher Skepsis und Zurückhaltung⁸ gegenüber der extrakorporalen Befruchtung boomt die Reproduktionsmedizin mittlerweile. Der Begriff Retortenbaby ist dem Wunschkind gewichen.⁹ Und die Zahl derer, die künstliche Befruchtungsmethoden in Anspruch nehmen, wächst: Waren es im Jahr 1982 gerade einmal 742 und 1990 rund 8.500 Behandlungen, werden mittlerweile in Deutschland mehr als 100.000 Behandlungen pro Jahr durchgeführt. Verzeichnet wird eine steigende Tendenz. Dies gilt auch im Hinblick auf Paare, die infolge des 1990, nach intensiven parlamentarischen Debatten, beschlossenen Embryonenschutzgesetzes

⁶ „Zuallererst steht in diesen Auseinandersetzungen der Kern des Menschlichen auf dem Spiel. Die Sorge, dass die Reproduktionsmedizin das Gut des Lebens in ein technisches ‚Produkt‘ verwandele, unabhängig von der körperlichen Vereinigung zweier Menschen, verbindet ansonsten unvereinbare politische Lager: Feministinnen und Kirchenvertreter, alternative und konservative Parteien. Schlagzeilen und Buchtitel greifen immer wieder zu Metaphern der Dehumanisierung.“ A. Bernard, *Kinder machen* (vgl. Anm. 3), 430.

⁷ Vgl. *Jahrbuch Deutsches IVF-Register 2016*, URL: <http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php> (abgerufen am 5.3.2018).

⁸ Vgl. A. Bernard, *Kinder machen* (vgl. Anm. 3), 426–436.

⁹ Vgl. ebd., 440.

(ESchG), das zum Beispiel keine Inanspruchnahme einer „Ersatzmutter“¹⁰ erlaubt, im Ausland Hilfe in Anspruch nehmen.¹¹

Während in den Anfangsjahren eine Voraussetzung für die extrakorporale Befruchtung die Zeugungsfähigkeit des Mannes war, änderte sich dies im Laufe der Zeit: Im Jahr 1992 revolutionierte die sogenannte Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) die extrakorporale Fertilisation. Bei der herkömmlichen, klassischen Methode der Befruchtung in der Petrischale wird die Eizelle ohne weitere Fremdeinwirkung, gewissermaßen spontan durch das aufbereitete Spermium befruchtet. Mit Hilfe der ICSI, die mittlerweile bei drei von vier künstlichen Befruchtungen Anwendung findet, wird dagegen das Spermium mit einer Pipette direkt in die Eizelle injiziert. Diese gezielte Befruchtung, für die nur ein einzelnes Spermium notwendig ist, kann vor allem Paaren, bei denen die Fruchtbarkeit des Mannes stark eingeschränkt ist, zu einem Kind verhelfen. Somit kommen 95 Prozent der unfruchtbaren Männer aufgrund der ICSI für eine künstliche Befruchtung in Frage.¹²

Technisch möglich, wenn auch zum Teil rechtlich in Deutschland verboten, sind – mit oder ohne ICSI – unterschiedliche Befruchtungsvarianten. So können gespendete Eizellen oder Samen von Dritten Verwendung finden, was auch gleichgeschlechtlichen Paaren zur Gründung von sogenannten Regenbogenfamilien verhelfen kann. Es können auch befruchtete

¹⁰ Vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG. Der Begriff *Leihmutter* ist eher geläufig, aber auch dieser Begriff ist irreführend. Vorgeschlagen wird stattdessen die Bezeichnung *Vertragsschwangerschaft*. K. Braun, Grenzenlose Reproduktionsfreiheit? Grenzüberschreitende Mobilisierung weiblicher reproduktiver Ressourcen und die Frage feministischer Gesellschaftskritik, in: B. Bargetz/E. Kreisky/G. Ludwig (Hrsg.), *Dauerkämpfe: Feministische Zeitdiagnosen und Strategien*, Frankfurt a. M. u. a. 2017, 123–134, 126. Vgl. zu den rechtlichen Regelungen: U. Riedel, *Eizellspende und Leihmutterchaft*, in: C. Woopen (Hrsg.), *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Entwicklungen, Fragen, Kontroversen*, Bonn 2016, 109–117.

¹¹ Das ESchG leistete Anfang der 1990er Jahre einen entscheidenden Beitrag zur gesellschaftlichen Akzeptanz der Reproduktionsmedizin. Forderungen, ein neues, den technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahre angepasstes Gesetz zu schaffen, werden allerdings aktuell, mehr als ein Vierteljahrhundert später, immer lauter. „Ärzte bezeichnen das ESchG [...] als antiquiert, Medizinethiker als ungerecht. Und Juristen beklagen seit Langem, dass es für erhebliche Rechtsunsicherheit Sorge.“ M. Spiewak, *Embryonenschutzgesetz. Regelt das endlich!*, in: *Die Zeit* 43 (2017), URL: <https://www.zeit.de/2017/43/embryonenschutzgesetz-kuenstliche-befruchtung-reproduktionsmedizin-reform> (abgerufen am 30.4.2018).

¹² Eine kompakte Darstellung von aktuell gängigen Methoden assistierter Fortpflanzung: vgl. R. Lassek, *Ein Kind, sechs Eltern. Was kann die moderne Reproduktionsmedizin?*, in: *HerKorr Spezial* 2017, 7–10.

Eizellen gespendet und ausgetragen werden, dies sowohl von der künftigen sozialen Mutter als auch von einer Leihmutter. Seit 2016 ist in Großbritannien der so genannte Kerntransfer erlaubt, wenn die Mitochondrien der Mutter in spe höchst selten vorkommende Defekte aufweisen. Das genetische Material wird dann vor der Befruchtung aus der mütterlichen Eizelle in die Eizelle einer Spenderin mit gesunden Mitochondrien transferiert. Im Jahr 2016 wurde so das erste sogenannte Drei-Eltern Baby geboren, das die DNA dreier Menschen in sich trägt. Von dissoziierter Elternschaft ist die Rede, weil ein Kind mittlerweile bis zu sechs verschiedene genetische und/oder soziale Elternteile haben kann.¹³

3. Kinderwunschgesellschaft

Um zu verstehen, warum die IVF immer mehr in Anspruch genommen wird und ihre gesellschaftlichen Auswirkungen noch viel weitreichender sein werden, als 1978 zu erahnen war, sind zwei Entwicklungen der letzten Jahrzehnte zu berücksichtigen. War die künstliche Befruchtung zu Beginn noch eine sehr begrenzte Behandlungsmethode, um Frauen mit der Diagnose Eileiterverschluss eine Schwangerschaft zu ermöglichen, ist sie mittlerweile zu einem Mittel der Familienplanung und der gezielten Kinderwünscherfüllung geworden. Längst beschränkt sich Reproduktionsmedizin nicht mehr auf die Hilfe für (Ehe-)Paare¹⁴ mit medizinischer Indikation.

Hier allerdings scheint der Bedarf bereits groß zu sein, auch wenn die individuelle Infertilität bzw. Sterilität und das damit verbundene Leiden nach wie vor tabuisiert werden.¹⁵ Schätzungen zufolge ist in Deutschland jedes sechste bis siebte Paar ungewollt kinderlos. Dafür gibt es viele Ursachen. Eine davon: Männer und Frauen treten immer später in die Familienplanungsphase ein, die Fruchtbarkeit bei beiden nimmt aber mit steigendem Lebensalter ab.¹⁶ Begreift man diese Infertilität bzw. Sterilität als

¹³ Vgl. ebd., 7.

¹⁴ Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen für Eheleute ab 25 Jahren – bei Frauen bis 40, bei Männern bis 50 – in der Regel die Hälfte der Kosten für bis zu drei IVF-Behandlungszyklen.

¹⁵ Vgl. K. Polke-Majewski, Schicksal ungewollt kinderlos, URL: www.zeit.de/gesellschaft/2013-04/ungewollt-kinderlos/komplettansicht (abgerufen am 5.3.2018).

¹⁶ In ihrem dritten Lebensjahrzehnt nimmt die Fruchtbarkeit der Frau stark ab, aber auch „die männliche Fertilität ist begrenzt, in der Regel durch das fünfzigste Lebens-

ein ausschließlich biomedizinisches Problem, verkennt man die mitverantwortlichen sozioökonomischen und kulturellen Faktoren.¹⁷

Doch der potentielle Kreis derer, die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen und Eltern werden können, expandiert noch in eine andere Richtung, und hier werden weitreichende Transformationsprozesse sichtbar, die sich im Bereich der Reproduktionsmedizin vollziehen. Künstliche Befruchtung wird nicht mehr nur aufgrund medizinischer Indikationen, sondern auch zur Beseitigung andersgearteter Unfruchtbarkeit eingesetzt. Hürden, die der Realisierung eines Kinderwunsches seit Menschengedenken im Wege standen und die bislang für unüberwindbar gehalten wurden, können nun überwunden werden: nicht nur physiologisch bedingte, sondern auch soziale, zeitliche und räumliche Hürden. Beispielsweise können auch gleichgeschlechtliche Paare oder Frauen jenseits des Gebäralters Kinder bekommen. Nicht nur in den USA, sondern auch hierzulande, wächst die Zahl der *single mothers by choice*, also von alleinstehenden Frauen, die gezielt über Samenbanken nach einem Erzeuger für ihr Kind suchen.¹⁸ Mit sogenanntem *social freezing* sollen junge Frauen ihre Familiengründungsphase auf einen späteren Zeitpunkt verschieben können. Ganz zu schweigen von der Möglichkeit, durch Präimplantationsdiagnostik (PID) Kinder ohne bestimmte genetische Veranlagungen zu bekommen.

Ohne Frage, viele dieser Entwicklungen sind für Menschen mit bislang unerfüllbarem Kinderwunsch Verheißungen und für diejenigen, die auf diese Weise tatsächlich ein Kind bekommen, die Erfüllung eines Lebensstraums. Doch vieles, was die moderne Reproduktionsmedizin ermöglicht, erzeugt auch, nachdem sie gesellschaftliche Anerkennung erfährt, höchst ambivalente Reaktionen. Man denke an Meldungen über eine frischgebackene 65-jährige Vierlings-Mutter, eine Witwe, die zweieinhalb Jahre nach dem Tod ihres Mannes, ein Kind von ihm bekommt, oder ein Paar, dessen Kind als Embryo 24 Jahre lang eingefroren war und ungefähr zur gleichen Zeit wie seine Mutter gezeugt wurde. Vom ursprünglichen Instrument zur Beseitigung von Infertilität und Sterilität aufgrund medizinischer Indikation ist die assistierte Fortpflan-

jahr. Eine erstmalige Vaterschaft über Vierzig ist bereits selten.“ *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, Monitor Familiendemographie, Ausgabe Nr. 3: Väter und Vaterbilder in Deutschland, Berlin 2005, 3.

¹⁷ Vgl. Datenreport 2016 des Statistischen Bundesamts, Kapitel 2: Familie, Lebensformen und Kinder, 60–63, URL: www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html (abgerufen am 5.3.2018).

¹⁸ Vgl. A. Bernard, Kinder machen (vgl. Anm. 3), 444f.

zung als „Schlüsseltechnologie für die Vervielfältigung von Elternrollen“¹⁹ nicht nur, aber auch zu einem Mittel wunscherfüllender Medizin geworden und damit steht sie noch einmal in einem sehr viel grelleren Licht ethischer Auseinandersetzungen.

4. Mehr als ein natürlicher Vorgang

Ausgangspunkt der Debatte über ethische Prinzipien der Reproduktionsmedizin ist der Begriff der menschlichen Fortpflanzung. Sie ist mehr als ein natürlicher Vorgang und sie wird „in dem Maße, wie wir sie als Handeln verstehen, zu einem Gut, das Gegenstand ethischer Betrachtungen sein kann“²⁰. So stellt sich die Frage nach einem verantwortlichen Umgang mit diesem Gut. Drei Bedeutungsschichten lassen sich identifizieren:²¹ Kinder zu bekommen, ist zum einen ein hochrangiges individuelles Gut. Der Kinderwunsch gehört zu den großen und existentiellen Wünschen vieler Menschen.²² Fortpflanzung ist darüber hinaus „ein relationales soziales Gut“²³, das Beziehung verkörpert und neue Beziehungen im Hinblick auf das werdende Kind entstehen lässt. Schließlich ist Fortpflanzung ein „strukturelles soziales Gut, insofern es den Fortbestand einer Gesellschaft ermöglicht und ihre Grundstruktur beeinflusst“²⁴.

Diese drei Bedeutungsschichten des Guts der Fortpflanzung bilden nun auch das Grundgerüst für das ethische Prinzip der reproduktiven

¹⁹ C. Wiesemann, Fortpflanzungsmedizin und Fortpflanzungsfreiheit, in: C. Woopen (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016, 32–47, 37.

²⁰ C. Woopen, Fortpflanzung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit. Zur ethischen und anthropologischen Bedeutung individueller Anfangsbedingungen, in: Reproduktionsmedizin 5 (2002) 233–240, 236.

²¹ Vgl. *Deutscher Ethikrat* (Hrsg.), Embryospende, Embryoadoption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme, Berlin 2016, 76–79.

²² Was nicht verwechselt werden sollte mit einem universalen Grundbedürfnis, denn es gibt Menschen und Paare, die sich bewusst dagegen entscheiden, Kinder zu bekommen. Vgl. T. Eichinger, Entgrenzte Fortpflanzung – Zu ethischen Herausforderungen der kinderwunscherfüllenden Medizin, in: G. Maio/T. Eichinger/C. Bozzaro (Hrsg.), Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung, Freiburg i. Br. 2013, 65–95, 79–91. Laut einer Forsa-Umfrage aus dem Jahr 2015 wünschten sich 87 Prozent der 18- bis 30-jährigen Kinder, URL: www.eltern.de/baby/die-zukunft-der-familie (abgerufen am 5.3.2018).

²³ *Ethikrat* (Hrsg.), Embryospende (vgl. Anm. 21), 77.

²⁴ Ebd.

Autonomie. Die so bezeichnete Fortpflanzungsfreiheit ist zentraler Dreh- und Angelpunkt der gesamten Debatte um assistierte Reproduktion. Sie wird im Grundgesetz²⁵ und in der Allgemeinen Erklärung für Menschenrechte der Vereinten Nationen²⁶ zugesichert. Die unterschiedlichen Dimensionen der Fortpflanzung verweisen auf die ethischen Grenzverläufe und die sich dort entzündenden ethischen Konfliktkonstellationen: „Insbesondere mit Blick auf die inhärent soziale Dimension des Zeugens und Aufziehens eines Kindes wird deutlich, dass anders als bei Freiheitsentscheidungen, die im Wesentlichen nur das eigene Leben betreffen, die mit Fortpflanzungsentscheidungen einhergehenden unterschiedlichen Verantwortungsbeziehungen der Freiheit Grenzen setzen.“²⁷

Fortpflanzung als Beziehungsgeschehen wirft also die Frage nach der Verantwortung gegenüber den an diesem Geschehen (potentiell) Beteiligten auf. Anders formuliert: Da Fortpflanzung nie nur den eigenen Lebensentwurf betrifft, lässt sich Fortpflanzungsfreiheit auch nicht auf eine individuell zu treffende Lebensentscheidung, auf ein Individualrecht, verkürzen. „Nur als Freiheit, *kein* Kind zu bekommen, kann [Fortpflanzungsfreiheit, K. K.] strikt individualistisch verstanden werden.“²⁸

Die ethischen Konfliktslinien im Feld der Reproduktionsmedizin brechen nun einerseits da auf, wo Fortpflanzungsfreiheit missverstanden wird als individualistische Inanspruchnahme, andererseits aber auch da, wo die der Freiheit Grenzen setzenden Verantwortungsbeziehungen zwar gesehen, aber nicht angemessen berücksichtigt werden. Dabei kann diese Nicht-Berücksichtigung unterschiedlichste Formen annehmen. Eine besonders herausgehobene Rolle spielt die Frage, wie es um das Wohl des Kindes, seine psychische und körperliche Verfasstheit und die Entwicklung seiner Identität²⁹ bestellt ist. Jeder Kinderwunsch – ob seine Reali-

²⁵ Vgl. C. Wiesemann, Fortpflanzungsfreiheit (vgl. Anm. 19), 32f.: „Im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist dieses ethische Prinzip in verschiedenen Grundrechten abgebildet: in der Menschenwürde, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem Schutz von Ehe und Familie.“ Einschränkungen der Fortpflanzungsfreiheit wie zum Beispiel Zwangssterilisationen sind ein Merkmal totalitärer Regime.

²⁶ Dort heißt es in Art. 16: „Heiratsfähige Männer und Frauen habe ohne jede Beschränkung auf Grund der Rasse, der Staatsangehörigkeit oder der Religion das Recht, zu heiraten und eine Familie zu gründen.“

²⁷ *Ethikrat* (Hrsg.), Embryospende (vgl. Anm. 21), 78f.

²⁸ C. Wiesemann, Fortpflanzungsfreiheit (vgl. Anm. 19), 43. Hervorhebung durch die Verf.

²⁹ Vgl. ausführlicher dazu: J. Sautermeister, Identität im Werden. Herausforderungen

sierung mit oder ohne technische Unterstützung erfolgt – muss sich dieser Frage stellen: „Je mehr die Eigenschaften des Kindes angezielt werden können und je beherrschbarer der Prozess der Fortpflanzung wird, desto mehr erhält das Kind den Charakter eines Produktes, für das es ein modellhaftes Vorbild gibt, dessen Qualität geprüft, für dessen mangelnde Qualität gehaftet und das Gegenstand eines Warenverkehrs werden kann.“³⁰ Das ist der neuralgische Punkt jeder ethischen Auseinandersetzung mit menschlicher Fortpflanzung.

Damit rückt das zweite fundamentale Prinzip ins Blickfeld: Wer durch seine Freiheitsausübung die Freiheit anderer in unzulässiger Weise missachtet oder beschädigt, verletzt ihre Würde. Fortpflanzungsfreiheit hat deshalb immer die Würde *aller* an der Reproduktion Beteiligten und von ihr Betroffenen zu wahren. Wo genau die Würde verletzt wird und wo sich Grenzen für die Fortpflanzungsfreiheit ergeben, ist damit noch nicht definiert, denn das Würde-Prinzip bedarf der Konkretion. Kindeswohl und autonome Selbstbestimmung der Eltern müssen austariert werden.³¹ Und hier entzündet sich eine ganze Reihe von Fragen, um die gegenwärtig gerungen wird.

Reproduktive Selbstbestimmung und Wahrung der Würde aller Beteiligten können als grundlegende, sich gegenseitig bedingende Prinzipien moderner Fortpflanzungsmedizin, die unter allen Umständen berücksichtigt werden müssen, begriffen werden. Dahingegen kommt der Natur keine normative Bedeutung zu: „Vorgänge der Natur sind nicht per se moralisch wertvoll, ein solches Werturteil beruht vielmehr auf einer menschlichen Interpretation im Kontext von deren intraindividuellen, sozialer oder gar kosmischer Bedeutung.“³² Allerdings bedeutet dies nicht, dass der Natürlichkeit nicht mitunter wiederum eine orientierende, auch das Selbstbild des Menschen maßgeblich beeinflussende Funktion beigemessen werden kann. So finden sich Überlegungen, Verantwortung und Natur nicht gegeneinander auszuspielen, sondern die Natürlichkeit als Korrespondenzbegriff zu verstehen, „der das oft intrikate Verhältnis zwischen existentiellen Fragen

der Fortpflanzungsmedizin aus theologisch-ethischer Sicht, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 62 (2016) 91–106.

³⁰ C. Woopen, Fortpflanzung zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit (vgl. Anm. 20), 235.

³¹ Vgl. E. Schockenhoff, Die Zukunft der Familie. Anthropologische Grundlagen und ethische Herausforderungen, in: C. Woopen (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016, 48–61.

³² C. Wiesemann, Assistierte Reproduktion und vorgeburtliche Diagnostik, in: D. Sturma/B. Heinrichs (Hrsg.), Handbuch Bioethik, Stuttgart 2015, 199–208, 200.

und den durch Medizintechnologien erweiterten Handlungs- und Eingriffsoptionen besser zu erfassen und tiefer zu durchdringen“³³ vermag.

Im Rekurs auf Natürlichkeit findet etwa auch die Überzeugung Ausdruck, dass trotz aller medizinischen Möglichkeiten die Fortpflanzung und das Kinderkriegen nicht restlos technischer Machbarkeit unterliegen (dürfen). Andernfalls würde eine immer lückenloser werdende Verantwortung des Menschen ihre Schattenseiten offenbaren. Ohne die Annahme eines Rests an Kontingenz und Unverfügbarkeit müssten die Eltern letztlich die Verantwortung für alles tragen, was ihr Kind imperfekt mache – eine heillose Überforderung. Natürlichkeit fungiert hier, wie in vielen anderen biomedizinischen Debatten, als eine Art Chiffre für einen bleibend unverfügbaren Rest im Prozess assistierter Reproduktion, der die Verantwortung des Menschen auf ein erträgliches Maß reduzieren soll. Unter anderem hat die Georg-Büchner-Preisträgerin Sibylle Lewitscharoff in ihrer Dresdner Rede³⁴, die einen Eklat auslöste, diesen Gedanken ausgeführt. Sie spricht darin von einer „kaum zu tragenden Bürde“, die vor allem Frauen bei der Beanspruchung reproduktionsmedizinischer Methoden tragen müssten, weil unsere Gesellschaft fortlaufend bestrebt sei, „keine höhere Macht mehr anzuerkennen als nur die Macht des Menschen.“ Wie schmal der Grat ist, auf dem sich das Argument der Natürlichkeit bewegt, hat Lewitscharoff aber in ihrer Rede auf erschreckende Weise auch vor Augen geführt, als sie extrakorporal befruchtete Kinder als „zweifelhafte Geschöpfe“ und „Halbwesen“ stigmatisierte.

5. Grenzverläufe

Exemplarisch soll abschließend illustriert werden, welche Probleme sich aus einer Missachtung der beiden ethischen Prinzipien im Bereich der Reproduktionsmedizin ergeben und was für ethische Konfliktzonen sich ausloten lassen.

³³ O. Müller, Natürlichkeit und Kontingenz. Zu zwei Begriffen und deren Orientierungsfunktion bei reproduktionsmedizinischen Anwendungsfragen, in: G. Maio/T. Eichinger/C. Bozzaro (Hrsg.), Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung, Freiburg i. Br. 2013, 250–268, 251.

³⁴ Vgl. S. Lewitscharoff, Rede: Von der Machbarkeit. Die wissenschaftliche Bestimmung über Geburt und Tod, gehalten am 2.3.2014 in Dresden, URL: www.deutschlandfunk.de/dresdner-rede-von-der-machbarkeit-die-wissenschaftliche.1818.de.html?dram:article_id=279389 (abgerufen am 5.3.2018).

Die Fortpflanzungsfreiheit ist faktisch begrenzt: Die *Baby-take-home*-Rate einer künstlichen Befruchtung ist relativ gering, weil statistisch gesehen tatsächlich nur jeder vierte bis fünfte Embryotransfer zu einer Schwangerschaft führt. Individuelle Faktoren spielen eine wichtige Rolle, und nicht jede Schwangerschaft endet mit der Geburt eines lebenden Kindes. Dabei werden Trauer und Schmerz all derer, die nicht schwanger werden, weitgehend verschwiegen. Hinzu kommt, dass jede Behandlung mit psychischen und finanziellen Belastungen verbunden ist. Frauen müssen Nebenwirkungen, in seltenen Fällen auch ernsthafte Komplikationen in Kauf nehmen.³⁵ So wird die Fortpflanzungsfreiheit sowohl technisch als auch ökonomisch beschränkt. Andererseits setzen aber auch rechtliche Rahmenbedingungen – in Deutschland das Embryonenschutzgesetz – Grenzen.

Diese freiheitseinschränkende Aspekte werden nun aber nicht einfach hingegenommen, sondern in Frage gestellt. Das technisch Machbare wird tendenziell immer weiter ausgereizt. Ein Indiz dafür ist, dass mittlerweile zu mehr als drei IVF-Behandlungszyklen geraten wird, da die Erfolgsaussichten doch noch stiegen.³⁶ Durch solche Studien wird die Vorstellung genährt, dass im Prinzip jeder Kinderwunsch zu realisieren ist, wenn man nur genügend Anstrengungen dafür in Kauf nimmt. Be feuert werden solche Illusionen von zahlreichen Protagonisten: Es geht um viel Geld, allein in Deutschland gibt es 130 Kinderwunschzentren. Und es ist – das hat die erste Kinderwunschemesse 2017 in Berlin vor Augen geführt – immer auch ein „Geschäft mit der Not“³⁷. So nimmt die Freiheit sich fortzupflanzen mitunter zwanghafte Züge an, wenn die faktisch vorhandenen Grenzen des technisch Machbaren unter Inkaufnahme körperlicher und psychischer Belastungen immer öfter in Frage gestellt werden. Suggestiert wird, dass die Grenzen letztlich doch überwindbar seien. Immer unklarer wird, wer eigentlich wen beherrscht: der Mensch die Technik – oder umgekehrt? „Die Bilder vom Glück ver-

³⁵ Vgl. Jahrbuch Deutsches IVF Register 2016 (vgl. Anm. 7), 42.

³⁶ Vgl. die britische Studie von A. D. A. C. Smith/K. Tilling/S. M. Nelson u. a., *Live-Birth Rate Associated With Repeat in Vitro Fertilization Treatment Cycles*, in: JAMA 314 (2015) 2654–2662, URL: doi:10.1001/jama.2015.17296 (abgerufen am 5.3.2018). Ein Ergebnis der Studie lautet: „Among women in the United Kingdom undergoing IVF, the cumulative prognosis-adjusted live-birth rate after 6 cycles was 65.3 %, with variations by age and treatment type. These findings support the efficacy of extending the number of IVF cycles beyond 3 or 4.“

³⁷ J. Schaaf, *Kinderwunschemesse in Berlin: Man macht ja alles*, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (20.2.2017), URL: www.faz.net/aktuell/feuilleton/familie/erste-kinderwunsch-messe-findet-in-berlin-statt-14884805.html (abgerufen am 5.3.2018).

schweigen, welch gnadenloser Leistungsdruck dahinter stehen kann: Kinderlos zu sein ist in den Augen der Gesellschaft längst kein Schicksal mehr, sondern ein Zeichen mangelnden Willens und mangelnder ökonomischer Potenz.³⁸ So konterkariert aber die Fortpflanzungsfreiheit letztlich sich selbst.

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich darin, dass offensichtlich eine nicht geringe Anzahl von Menschen mit Kinderwunsch nicht bereit ist, bei ihrer individuellen Lebensplanung rechtliche Beschränkungen ihrer Fortpflanzungsfreiheit hinzunehmen. Einzelne Personen oder Paare begeben sich auf ‚Reproreisen‘ ins Ausland und beteiligen sich dadurch an einer „globale[n] Kinderproduktion“³⁹. Der Fortpflanzungstourismus boomt, nicht allein aufgrund laxerer Gesetzgebungen etwa in Russland oder Indien, sondern auch aufgrund günstigerer Behandlungskosten. Die Entwicklung trägt mittlerweile industrielle Züge: „Menschen, Ausrüstung, Kapital, Körpermaterialien werden über große Distanzen und Staatsgrenzen hinweg bewegt. Agenturen mit Hauptsitz in den USA vermitteln z. B. Eizellen von Frauen aus der Ukraine an Kundinnen aus Westeuropa, die befruchteten Eizellen werden zum Austragen nach Indien verschifft und von einer indischen Vertragsmutter ausgetragen.“⁴⁰

Dass die der Fortpflanzungsfreiheit zugrunde liegenden Bedingungen so offenkundig in Frage gestellt und missachtet werden, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass hier ein auf die individualistische Sicht verkürzter Begriff von Fortpflanzungsfreiheit vorherrscht. Hinter das Motiv der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung treten längst „die althergebrachten Motive zurück: Arterhaltung, wirtschaftliche Absicherung, soziale Konformität.“⁴¹ Doch müssen dadurch zwangsläufig auch die die individuelle Freiheit begrenzenden, gesellschaftlichen und sozialen Dimensionen der Fortpflanzung unter den Tisch fallen? Die Durchsetzung einer rein individuell verstandenen Fortpflanzungsfreiheit steht in der Gefahr, letztlich die Freiheit als solche auszuhöhlen.

Mit den ethischen Prinzipien lassen sich unterschiedliche Bereiche der Reproduktionsmedizin analysieren, von denen hier nur noch eine Frage an-

³⁸ M. Drobinski, Kinder machen, in: Süddeutsche Zeitung (22.12.2017).

³⁹ E. Beck-Gernsheim, Kinderwunsch ohne Grenzen? Globalisierte Fortpflanzungsmedizin und neue Formen der Elternschaft, in: G. Maio/T. Eichinger/C. Bozzaro (Hrsg.), Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung, Freiburg i. Br. 2013, 337–354, 338.

⁴⁰ K. Braun, Grenzenlose Reproduktionsfreiheit (vgl. Anm. 10), 125.

⁴¹ K. Polke-Majewski, Schicksal ungewollt kinderlos (vgl. Anm. 15).

gedeutet werden soll. Vertragsschwangerschaften, die auch als „embodied labor“⁴² bezeichnet werden, setzen „soziale und ökonomische Zwangslagen und Ungleichheiten voraus.“⁴³ Hier ist zu fragen, welche Auswirkungen die Kommerzialisierung der Schwangerschaft, die „die Beziehung der Frau zum Kind sowie letztlich das Kind selbst zum Gegenstand einer Markttransaktion“⁴⁴ macht, für alle Beteiligten hat? Welche Folgen ergeben sich für die psychische Gesundheit der Schwangeren und ihre eigene Fortpflanzungsfreiheit? Ohne die ethische Problematik an dieser Stelle mit der nötigen Detailliertheit entfalten zu können, zeichnen sich doch zumindest die Umriss eines Geflechts von individuellen und globalen Verantwortungsbeziehungen ab, die bei einer Bewertung berücksichtigt werden müssen.⁴⁵

6. Ausblick

Deutlich geworden ist, dass der individuelle Wunsch nach einem Kind unter dem Vorzeichen einer reduktionistisch verstandenen reproduktiven Autonomie Konflikte erzeugt. Dies fordert eine Gesellschaft heraus, ausgehend von der relationalen Dimension der Fortpflanzung über Grenzen nachzudenken, ohne damit das hochrangige Gut individueller Fortpflanzungsfreiheit ungebührlich zu beschränken. Markiert werden konnten im Rahmen der vorliegenden Ausführungen lediglich einige wenige neuralgische Punkte, die bei diesem Nachdenken eine Rolle spielen.

Diejenigen, die eine totale Infiltrierung menschlicher Fortpflanzung durch das Produktionsparadigma befürchten, haben Recht, wenn sie sich sorgen, und sollten dieser Sorge im gesellschaftlichen Diskurs auch Ausdruck verleihen können, ohne reflexhaft als technikfeindlich gebrandmarkt zu werden. Sie liegen aber falsch, wenn sie meinen, die Reproduktionsmedizin würde zwingend in eine Zukunft führen, die das

⁴² A. Pande, *Wombs in Labor: Transnational Commercial Surrogacy in India*, New York 2014, 104.

⁴³ K. Braun, *Grenzenlose Reproduktionsfreiheit* (vgl. Anm. 10), 126.

⁴⁴ C. Schliesser, *Körperlichkeit und Kommerzialisierung. Zur theologisch-ethischen Problematik der Leihmutterchaft*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 62 (2016) 107–120, 113. Vgl. dazu: M. J. Sandel, *Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes*, Berlin 2012.

⁴⁵ Vgl. S. Harbarth/C. Thomale/M.-P. Weller, *Kinder auf Bestellung? Fortpflanzungstourismus – die Leihmutterchaft als Prüfstein für Ethik und Menschenwürde*, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (17.8.2017).

Kinderbekommen restlos der Logik von Produktion und Ökonomie unterwirft.⁴⁶ Deutlich geworden sein dürfte, dass im „Rahmen künstlich assistierter Befruchtungstechnologien [...] Chancen und Risiken des instrumentellen Paradigmas besonders eng beieinander“⁴⁷ liegen. Denn dass vieles machbar geworden und Kinderlosigkeit kein Schicksal mehr ist, erweist sich für viele Menschen eben auch als großes Lebensglück oder hat ihnen gar überhaupt erst das Leben ermöglicht.

Nicht müde werden darf eine Gesellschaft also, sich über eine moralisch vertretbare Nutzung der Fortpflanzungsmedizin zu verständigen. Detaillierte Auseinandersetzungen mit Reproduktionspraktiken und ihren Folgen und Begleiterscheinungen für alle Beteiligten sind notwendig. Wie die einzelnen Mitglieder einer Gesellschaft, ob fortpflanzungswillig oder nicht, aber auch die Gesellschaft als Ganzes mit den hier nur angedeuteten Herausforderungen und dem Ringen um Grenzverläufe umgehen, verrät viel über das sie tragende und prägende Verständnis von Freiheit und Würde.

Und zu guter Letzt: Die Frage steht im Raum, ob nicht – bei aller Wertschätzung lebensförderlicher Technologien – auch Bereiche des nach wie vor Unverfügbaren zu schützen seien und warum dies notwendig wäre? Müssten Reservoirs der Kontingenz deshalb geschützt oder verteidigt werden, weil sie die Rückversicherung dafür sind, dass der Mensch nicht mit einem unerträglichen Maß an Verantwortung konfrontiert wird? Wäre das eine Sicht, die gerade von christlicher Seite aus in den Diskurs eingebracht werden kann und muss? Ist Lewitscharoff darin also Recht zu geben, dass „nicht über alles, wirklich alles bestimmen zu wollen, [...] geradezu der Garant für ein in Maßen gelingendes Leben“⁴⁸ ist? Oder gibt es doch noch andere Antworten christlicher Provenienz? Keine Frage: Die Reproduktionsmedizin fordert auch die Theologie heraus.

⁴⁶ In direkter Anlehnung an Michael Sandel formuliert. Vgl. *M. J. Sandel*, Plädoyer gegen die Perfektion. Ethik im Zeitalter der genetischen Technik, Berlin 2008, 148.

⁴⁷ *T. Eichinger*, Entgrenzte Fortpflanzung (vgl. Anm. 22), 73.

⁴⁸ *S. Lewitscharoff*, Dresdner Rede (vgl. Anm. 34).