

Electiver Single-Embryo-Transfer (eSET) nach In-vitro-Fertilisation (IVF): Zwingende Optimierungsstrategie oder endgültiger Dammbbruch?

Kerstin Schlögl-Flierl

Zu Ehren des Jubilars, Peter Fonk, der, wie ich bei der Vorbereitung auf diesen Festschriftartikel festgestellt habe, neben Theologie und Philosophie auch Slawistik studiert hat, möchte ich ein neues und zugleich altes Thema der Bioethik, eines aus dem Bereich des Anfangs des Lebens, besprechen. Kollege Fonk hat stets die heißen Eisen der Bioethik debattiert:

„Das neue biopolitische Paradigma hat sich endgültig vom klassischen Züchtungsgedanken verabschiedet. Es entsteht eine neue, bisher noch nicht da gewesene Form der Merkmalsauslese bzw. Merkmalserzeugung, für deren Realisierung Wissenschaft, Technik und Wirtschaft *faits accomplis* [sic! K. S.-F.] schaffen, die normativ kaum mehr einzuholen sind. Die Zielvorstellungen haben sich von Grund auf geändert. Selektionsmaßnahmen werden nunmehr auf der Basis einer individuellen Interessenlage getroffen. Sie sollen dazu dienen, einzelnen Eltern die Geburt eines gesunden Kindes mit Hilfe der Gendiagnostik beim Embryo mit großer Sicherheit vorherzusagen zu können.“¹

Um diese Entwicklungen zu verdeutlichen, bietet sich das Thema Elective Single-Embryo-Transfer (eSET) aus unterschiedlichen Gründen an. Zum einen kann ich damit an Grundzüge des Fonk'schen Arbeitens in der Bioethik anschließen. Zum anderen hat im Juni 2019 die Leopoldina, kurz für Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V./Nationale Akademie der Wissenschaften, eine Stellungnahme zum Thema „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung“ veröffentlicht, in welcher der eSET als eine für Deutschland nicht

¹ Fonk, Peter: Menschenzüchtung auf neuen Wegen. Gedanken zur Geschichte und aktuellen Problemen der Biomedizin. In: Theologische Revue 104 (2008) Sp. 179–212, 187. Fast schon klassisch ist dieser Artikel von ihm: Ab wann ist der Mensch ein Mensch? Ein kritischer Blick aus der Sicht christlicher Ethik auf die Forschung mit embryonalen Stammzellen. In: Christliches ABC heute und morgen. Handbuch für Lebensfragen und kirchliche Erwachsenenbildung. Bad Homburg 2002. S. 543–570 (Zweitveröffentlichung in aktualisierter Form in: Ethica 12 (2004) S. 227–258).

mehr zu umgehende, in anderen Ländern Europas bereits etablierte, reproduktionsmedizinische Maßnahme angesehen wird. Zuerst referiere ich deren Position, um dann im Anschluss eine theologisch-ethische Bewertung des eSET vorzunehmen. Eine neue Formatierung dieser Frage(n) kann ich meiner Ansicht nach im dritten Punkt durch den Ansatz des Soziologen Hartmut Rosa und seine Ausführungen zur Unverfügbarkeit aus dem Jahr 2019 in den Blick nehmen. Zu Beginn steht eine Sachanalyse.

1. Sachanalyse zum eSET

Beim eSET geht es darum, dass nach einer In-vitro-Fertilisation aus den so gewonnenen Embryonen derjenige mit den besten Qualitätskriterien ausgewählt (elective Transfer) wird, um diesen in die Gebärmutter zu transferieren. Die künstlich befruchteten Eizellen werden länger kultiviert, um eine Einteilung in verschiedene Güteklassen nach morphologischen Gesichtspunkten zu erzielen (kein genetisches Screening wie bei der Präimplantationsdiagnostik). Die potenziell entwicklungsfähigsten Embryonen werden der Mutter übertragen, die weniger ‚aussichtsreichen‘ verworfen.² „So weisen zum Beispiel bei dem sog. Embryoscore (neben Eizell- und Vorkernscoring) verzögerte Zellteilungen, ungerade Zellzahlen, verschiedene Zellgrößen oder stärkere Fragmentierungen auf eine eingeschränkte bis fehlende Entwicklungsfähigkeit des Embryos hin.“³ In ihrer Entwicklung verlangsamte Embryonen werden nicht in die Gebärmutter übertragen.

Mittlerweile stellen sich schon weitere Fragen, vor allem in der Verfahrenstechnik: Wird mit gerade entnommenen Embryonen ein eSET vorgenommen oder stammen sie aus der Kryokonservierung? Einfluss auf die Ergebnisse haben u. a. das weibliche Alter, die Anzahl der Versuche, die Morphologie des Embryos und die ovarielle Reaktion auf Stimulation (ovarian response).⁴ Die Empfehlung, einen

² Vgl. Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin – Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege*. Stuttgart 2017. S. 339f.

³ Brücher, Irene: *Strafrechtliche Probleme der Mehrlingsreduktion. Eine medizinstrafrechtliche Untersuchung*. Hamburg 2012. S. 24.

⁴ Vgl. Gatimel, Nicolas u. a.: *How many embryos should be transferred? A validated score to predict ongoing implantation rate*. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 212 (2017) S. 30–36. Vgl. weitere Studien zur Kosteneffektivität: Loendersloot, Laura L. van u. a.: *Cost-effectiveness of single versus double embryo transfer in IVF in relation to female age*. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 214 (2017) S. 25–30. Oder zu den Einflussfaktoren auf die Entscheidung bei den unterschiedlichen Akteur*innen vgl. Klitzman, Robert: *Deciding how many embryos to transfer: ongoing challenges and dilemmas*. In: *Reproductive BioMedicine and Society Online* 3 (2016) S. 1–15.

eSET anzuwenden, ist nicht nur am Alter der Frau festzumachen, sondern ebenso an anderen Parametern bzw. Indikatoren.

Verringert sich beim Transfer von nur einem Embryo nicht die Erfolgsquote? Da der ‚beste‘ ausgewählt wird, ist das nicht der Fall, hängt aber, wie gerade beschrieben, ebenso von mütterlichen Voraussetzungen ab. Dass aber auch Fragen wie diese bei den Patientinnen auftauchen können, zeigen die Richtlinien des Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology und des Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine aus dem Jahr 2012 zum eSET. In der Patientenaufklärung müssten u. a. folgende Aspekte thematisiert werden: “Again, patient education may play a crucial role in responding to this motivation by making patients aware that when the longer-term costs of carrying and delivering a multiple pregnancy are considered, transferring embryos one at a time may be a more cost-effective way of building a family than transferring multiple embryos at once.”⁵ Solche ökonomischen Abwägungen seien neben speziell auf die Patientin individualisierte Indikatoren zu besprechen.

In der Moralthologie wurde der eSET bisher eher stiefmütterlich behandelt⁶, obwohl das Verfahren in vielen europäischen Ländern wie Belgien⁷, England, Finnland, Österreich, Schweden, Schweiz und Spanien bereits Praxis bzw. rechtlich erlaubt ist. Dies lässt nach den Gründen fragen, warum bisher in Deutschland der eSET abgelehnt wurde bzw. ihm weiterhin skeptisch gegenübergestanden werden sollte. Der evangelische Ethiker Hartmut Kreß spricht sogar von einer ethischen Gebotenheit, den eSET in Deutschland zu erlauben.⁸

⁵ Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology & Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine: Elective single-embryo transfer. In: *Fertility and Sterility* 97 (2012) S. 835–842, 838.

⁶ Vgl. Marschütz, Gerhard: *Theologisch-ethisch-nachdenken*, Bd. 2: Handlungsfelder. Würzburg ²2016. S. 191.

⁷ „In Belgien wurde 2003 ein Modell implementiert, bei dem die Kostenübernahme an die Zahl der zu transferierenden Embryonen geknüpft ist. Die Kosten werden hierbei nur übernommen, wenn bei einer Frau unter 36 Jahren im ersten Versuch nur ein Embryo transferiert wird. Erst in späteren Versuchen darf ggf. auch mehr als ein Embryo übertragen werden. Frauen zwischen 36 und 40 Jahren erhalten im ersten Versuch maximal zwei Embryonen. Nur bei Frauen über 40 Jahren gibt es keine Begrenzung. Hierdurch konnte die Mehrlingsrate von 27 % auf 11 % gesenkt werden (Auswertung im Jahre 2010), ohne dass es zu einer Reduktion der Schwangerschaftsrate pro Zyklus kam. [...]“ Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften: *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung*. Berlin 2019. S. 53.

⁸ Vgl. Kreß, Hartmut: *Ethische Argumente zur morphologischen Beobachtung früherer Embryonen mit nachfolgendem Transfer eines Embryos*. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2/(2005) S. 23–28, 23f. Er geht aber 2005 davon aus, dass willkürliche Selektion und technische Überfremdung nicht die Handlungsentention darstellen. Weder Diskriminierung von behinderten Kindern noch das Enhancement stehe im Mittelpunkt. (Ebd.) „Die Embryonenkultivierung und der Single-Embryo-Transfer können als ethisch legitim

Nach dem Embryonenschutzgesetz von 1990 dürfen in Deutschland bis zu drei Embryonen transferiert werden. Beim eSET geht es aber um die konträre Vorgehensweise: „[D]as Verfahren basiert gerade darauf, überzählige Embryonen zu produzieren. Damit verstößt dieses Verfahren gegen § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG und ist de lege lata in Deutschland nicht erlaubt. Schon bei der Befruchtung will der Arzt mehr Embryonen im Hinblick auf eine Auswahl des bestgeeignetsten Embryos gewinnen, als später in einem Zyklus der Frau übertragen werden sollen.“⁹ In der Diskussion um den eSET wird seine Vorzugswürdigkeit in der höheren Schwangerschaftsrate, der besseren Erfüllung des ärztlichen Versorgungsauftrags und der Senkung der monetären Kosten im Gesundheitssektor gesehen.¹⁰

2. Stellungnahme der Leopoldina (2019) „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung“

In der fraglichen Stellungnahme der Leopoldina geht es um Leitlinien für ein zukünftiges Embryonenschutzgesetz bzw. Fortpflanzungsmedizinengesetz (auch die Namensverschiebung kann schon als paradigmatisch bezeichnet werden). Folgende Aspekte sollen dabei in den Augen der Verfasser*innen Berücksichtigung finden.

gelten, weil menschliches Leben in seiner Entwicklungsfähigkeit geachtet und weil es weder verdinglicht noch technisch überfremdet wird.“ (Ebd. S. 24) Auch auf folgenethischer Ebene werden keine Probleme ausgemacht, da keine Ausweitungsfahrer bestünde und die schiefe Ebene nicht beschritten werde, da das Vorgehen klar abgrenzbar sei. Die gesamte Reproduktionsmedizin betrachtend: Vgl. Krefß, Hartmut: Religiöse und ethische Vorbehalte gegen die Reproduktionsmedizin. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 16 (2018) S. 16–21.

⁹ Jofer, Patricia: *Regulierung der Reproduktionsmedizin. Fremdsamenspende, Ersatzmutter-schaft und Umgang mit überzähligen Embryonen*. Tübingen 2014. S. 341f. „Es sind die Vorgaben dieses Gesetzes, die die Dilemmasituation der deutschen Reproduktionsmedizin hervorrufen und den Misserfolg vorprogrammieren.“ Michelmann, Hans Wilhelm: *Der programmierte Misserfolg. Die Dilemmasituation der deutschen Reproduktionsmedizin*. In: *Reproduktionsmedizin* 16 (2000) S. 181f.

¹⁰ Vgl. Vogt, Britta: *Methoden der künstlichen Befruchtung: ‚Dreierregel‘ versus ‚Single Embryo Transfer‘. Konflikte zwischen Rechtslage und Fortschritt der Reproduktionsmedizin in Deutschland im Vergleich mit sieben europäischen Ländern*. Frankfurt a. M. 2008. S. 36.

Kurze Erläuterung

Ziel ist es, für die Mutter und das potentielle Kind die bestmögliche und schonendste reproduktionsmedizinische Behandlung zu finden. Eine angemessene medizinische, psychosoziale und rechtliche Beratung ist jeder Maßnahme beizustellen. Die Wahrung des Kindeswohls spielt hierbei eine gewichtige Rolle. Die Regelung rechtlicher Elternschaft bei der Familienbildung mithilfe Dritter soll fundiert bzw. ebenso die Regelung der Einwilligung und des Widerrufs der Einwilligung bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen gewährleistet werden. Damit einhergehend gilt es, die Wahrung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung und die Ausgestaltung des Spenderregisters zu sichern. Es wird empfohlen, den Umgang mit einer Kryokonservierung von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen (weiter) zu konkretisieren und geeignete institutionelle Rahmenbedingungen für die Sicherung von Qualität und die Ermöglichung von Innovation zu schaffen. Schließlich soll auch die angemessene Finanzierung der Kinderwunschbehandlung in den Blick genommen werden.

Gemäß der Stellungnahme der Leopoldina sollten viele bisher im Embryonenschutzgesetz von 1990 niedergeschriebene Regeln nicht mehr gelten. So veröffentlichte die Leopoldina: „All dies hat dazu geführt, dass die rechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin, in deren Mittelpunkt nach wie vor das Embryonenschutzgesetz steht, heute lückenhaft ist, Rechtsunsicherheit erzeugt, Wertungswidersprüche enthält sowie teils als ungerecht oder gar dem Kindeswohl abträglich angesehen wird.“ (S. 5)¹¹

Kritische Bemerkungen

Die Liberalisierung, für welche die Leopoldina hier eintritt, wird u. a. darin sichtbar, dass die im Gesetzgebungsverfahren zur Präimplantationsdiagnostik nicht unumstrittene, aber sich schlussendlich im Gesetz findende Kompromisslösung der Ethikkommission nun abgeschafft werden solle.¹²

Die Freiheit der Fortpflanzung und die Vulnerabilität der werdenden Eltern geraten verstärkt in den Blick, wohingegen die mögliche Verwundbarkeit/Verletzbarkeit des zukünftigen Kindes bei der Stellungnahme fast gänzlich ausgeblendet wird

¹¹ Der Text der Stellungnahme der Leopoldina wird mit Seitenzahl im Fließtext zitiert.

¹² Vgl. Leopoldina: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. In: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web_01.pdf. S. 10.

bzw. unter Kindeswohl firmiert. Würde nicht mit ähnlicher Positionierung von Eltern und zukünftigem Kind als beide gleichsam vulnerable Gruppen die Gleichwertigkeit der Interessen deutlicher in den Blick kommen?

Die Eizellspende gelte es im Sinne der Verfasser*innen in Analogie zur Samenspende zu erlauben¹³ – eine Forderung, die aus Sicht der Wunscheltern formuliert ist. Werden die Unterschiede zwischen Eizell- und Samenspende,¹⁴ die in gesundheitlichen Belastungen bei Eizellspenderinnen, Abhängigkeitsstrukturen, bereits bestehenden Auswahlhandlungen¹⁵ und möglichen Beeinträchtigungen während der Schwangerschaft nach Eizellspende¹⁶ liegen, genügend berücksichtigt?

An slippery slope (die schiefe Bahn) erinnert jene Argumentation, dass bei der Gesetzgebung zur Präimplantationsdiagnostik bereits ein gestufter Lebensschutz eingeführt bzw. angenommen worden sei, der nun auch auf den eSET übertragen werden könne. Ist also bei der Gesetzgebung zur Präimplantationsdiagnostik der Dambruch erfolgt?

Damit sind wir bei einer Vielzahl an Einzelthemen (Leihmutterchaft z. B.) angelangt, die alle in der Stellungnahme gesichtet und dazu jeweils Empfehlungen ausgesprochen werden. In diesem Beitrag möchte ich mich auf den eSET konzentrieren.

Die Methode des eSET taucht explizit auf bei der Frage nach der bestmöglichen und schonendsten Behandlung und bei derjenigen der Kostenübernahme mit einer möglichst niedrigen Anzahl der in den Uterus überführten Embryonen (in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der Anzahl der bisher nicht erfolgreichen Versuche). Im Zuge der Darstellung der künstlichen Befruchtung wird der eSET als eine zwingend logische Optimierungsstrategie angesehen, vornehmlich für die ersten beiden Behandlungszyklen. Er wird gar nicht als eigenes zu beackerndes bzw. rechtfertigendes Feld geführt, sondern er gilt als selbstverständliche Weiterführung der IVF.

Besonders die bis jetzt bestehende rechtliche Lage referieren die Verfasser*innen: Der ‚Deutsche Mittelweg‘ wird nicht als Ideallösung für die werdenden Eltern charakterisiert, denn zwar werden alle gewonnenen reifen Eizellen imprägniert, aber nur wenigen wird die Möglichkeit der Weiterentwicklung in der Nährlösung

¹³ Vgl. ebd. S. 71.

¹⁴ Vgl. Walser, Angelika: Zwischen Reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität. Theologische Anmerkungen zu (Social) Egg Freezing/Eizellspende. In: *Ethica* 25 (2017) S. 243–267.

¹⁵ Vgl. Flores, Homero u. a.: Beauty, Brains or Health: Trends in Ovum recipient Preferences. In: *Journal of Women's Health* 23 (2014) S. 830–833.

¹⁶ Vgl. Pecks, Ulrich u. a.: Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (2011) S. 10–31; Storgaard, Marianne u. a.: Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis. In: *BJOG* (2016) S. 561–572.

eröffnet, um keine überzähligen Embryonen entstehen zu lassen. Die übrigen Vorkernstadien gehen in die Kryokonservierung. „Die medizinische Praxis der In-vitro-Fertilisationen (IVF) in zahlreichen europäischen Staaten folgt dem allgemein anerkannten internationalen Stand des Wissens, wonach von mehreren Embryonen geplantermaßen nur derjenige mit der größten Entwicklungsfähigkeit übertragen wird.“ (S. 12)

Pro eSET argumentieren die Verfasser*innen neben der Referenzierung auf den internationalen Standard, dass mit ihm die Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften einhergeht¹⁷, die risikobehaftet (Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburten) und gesundheitsgefährdend (für Mutter und Kind) seien.¹⁸ „Im Fall einer Mehrlingsschwangerschaft stellt sich unter Umständen auch die für alle Beteiligten belastende Frage eines Fetozids, also der Abtötung eines oder mehrerer Feten im Mutterleib.“¹⁹ (S. 27) Ebenso aus diesen Folgeproblemen heraus wird dem eSET

¹⁷ Vgl. Leopoldina: Fortpflanzungsmedizin (Anm. 12). S. 6 und 9. Vor allem das Argument der Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften ist immer wieder in der Stellungnahme der Leopoldina präsent, da nach IVF unter deutschen Standards die Rate der Mehrlingsschwangerschaft auf 20 % erhöht ist. „Die Frühgeburtslichkeit führt bei den Kindern oftmals zu Folgeproblemen wie unterschiedlichsten Kognitionsstörungen, Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und allgemeinen Entwicklungsverzögerungen. [...] Zwillings- und Mehrlingsschwangerschaften bergen zudem beträchtliche Risiken für die Mutter, wie z. B. den schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruck (Hypertonie). Zudem gibt es eine höhere Kaiserschnitt-rate und dementsprechend auch längere Krankenhausaufenthalte. Mehrlinge bedeuten aber auch eine enorme psychische und physische Belastung für die Eltern. So ist das Risiko für eine postpartale Depression bei Zwillingsmüttern um das 3-fache erhöht.“ (S. 52) „Nach wie vor ist die Rate von fetalen wie maternalen Komplikationen bei Mehrlingsschwangerschaften deutlich erhöht. Dies belegen auch Kennzahlen aus dem deutschen IVF-Register. Einlingschwangerschaften nach ART werden in Deutschland im Durchschnitt in der 39. SSW mit der Geburt beendet. Die Kinder haben im Durchschnitt ein Geburtsgewicht von 3360g. Zwillingschwangerschaften haben dagegen nur eine durchschnittliche Tragzeit von 36 Wochen und ein mittleres Geburtsgewicht von 2500g.“ (Schröer, A. / Weichert, J.: Mehrlingsschwangerschaften. In: Diedrich, Klaus u. a. (Hg.): Reproduktionsmedizin. Berlin, Heidelberg 2013. S. 329–338, 334).

¹⁸ „Verglichen mit Einlingen ist die neonatale Sterblichkeit bei Zwillingen um das 7-Fache und bei Drillingen und höhergradigen Mehrlingen um das 20-Fache erhöht. Die Rate an Frühgeburten steigt von 13 % bei Einlingen auf 57 % bei Zwillingen und 95 % bei Drillingen.“ (Leopoldina: Stellungnahme (Anm. 12). S. 52).

¹⁹ Einer der Gründe in der Diskussion des katholischen Lehramts zur Ablehnung der IVF: Fetozid bei Mehrlingsschwangerschaften bzw. sogenannte Embryonenreduktion. Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre: Instruktion Dignitas personae über einige Fragen der Bioethik (VApS 183). Hrsg. vom Sekretariat der DBK, Bonn 2008. Besonders Nr. 21.

als Leben und die Gesundheit²⁰ fördernder Weg in der Reproduktionsmedizin angesehen.

Gegen den eSET könnte laut Dokument nur aus einer Lebensschutzposition heraus argumentiert werden, denn mit dem eSET verbunden sind die Entstehung überzähliger Embryonen und die gezielte Auswahl eines Embryos. In einer davon abzugrenzenden gradualistischen Position werden das Gebot des Nicht-Schadens gegenüber der Frau und die Schutzpflicht für das Kind als so schwerwiegend eingestuft, dass die Entstehung überzähliger Embryonen dafür in Kauf genommen werden darf. Damit wird konsequenterweise der Schutzanspruch als gestuft angesehen.

Differenzierungen werden darüber hinaus eingezogen, wenn „eine Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer möglichst niedrigen Zahl der transferierten Embryonen in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der Anzahl bisheriger erfolgloser Versuche“ (S. 6, 9, 58) angeraten wird. So haben schon manche Länder, um die Zahl der risikobehafteten Mehrlingsschwangerschaften niedrig zu halten, die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse an die Begrenzung der pro Zyklus maximal übertragenen Embryonen gekoppelt.

Bei der hier vorgestellten Pro-Argumentation zum eSET sind drei Beobachtungen anzumerken. 1.) Vor allem die rechtlichen Schwierigkeiten sind Ausgangspunkt der Betrachtung, was in einer Stellungnahme, die das Embryonenschutzgesetz weiterschreiben will, konsequent ist, aber den Blick vorwiegend auf rechtliche Lösungsfragen bzw. die entsprechende Literatur lenkt. 2.) Das Kind als Produkt der Auswahl kommt, wenn überhaupt, zweitrangig hinzu. 3.) Die Problematik der Auswahlhandlung wird nicht thematisiert. Es wird nicht einmal der historische Erfahrungshintergrund für Deutschland, der immer wieder zur Vorsicht gemahnt hat, kurz angeführt.

Und schon etwas polemisch erscheint folgende Anmerkung: „Darüber hinaus sprechen auch Praxis- und Folgesichtspunkte für eine gradualistische Position: Würde das Postulat eines Lebensrechts von Embryonen *in vitro*, also außerhalb des menschlichen Körpers, dem Anspruch der Vertreterinnen und Vertreter des sogenannten strikten Lebensschutzes gemäß tatsächlich konsequent durchgesetzt, müsste dies Folgen haben, die auch in Deutschland als nicht akzeptabel angesehen werden. Hierzu würde etwa die erzwungene Freigabe sogenannter überzähliger kryokonservierter Embryonen zur lebensrettenden Austragung durch Dritte gehören.“ (S. 27) Man stellt sich die Frage, ob solche Aussagen, die Konsequenz der Position auf der Folgebene ins Lächerliche ziehend bzw. als undurchdacht darstellend,

²⁰ Wie kritisch die Frage nach der Gesundheit im Rahmen der Reproduktionsmedizin gesehen werden muss: vgl. Brantl, Johannes: *Reproduktive Gesundheit: Theologisch-ethische Überlegungen zu einem umstrittenen Begriff*. In: *Trierer Theologische Zeitschrift* 124 (2015) S. 85–103.

notwendig im Argumentationsgang erscheinen müssen. Es sollen ja aus katholischer Position heraus gerade keine überzähligen Embryonen entstehen, denn dann müssten solche Folgeprobleme auch nicht angegangen werden. Hier werden Folgerungen herangezogen, um das eigentliche Dilemma nicht weiter zu beleuchten.

3. Theologisch-ethische Betrachtung

Nachdem die Stellungnahme der Leopoldina an vielen Stellen an der Oberfläche verbleibt, soll in diesem Kapitel eine Tiefenbohrung vorgenommen und die Argumentationsführung der Stellungnahme näher untersucht werden. Insbesondere zwei mehr fundamentale bzw. fundamentalmoralische Gesichtspunkte (Ethik der Elternschaft/Auswahlhandlung) werden hierbei noch einmal kritisch vor diesem Hintergrund betrachtet.

Als ethische Herausforderungen durch die Fortpflanzungsmedizin sind allgemein in der Stellungnahme aufgeführt: Freiheit der Fortpflanzung, moralischer Status des Embryos (Wertepluralismus in der Statusfrage), Kindeswohl und Kindesrechte, Gerechtigkeit, Vulnerabilität, Kommerzialisierung, Vermeidung von Wertungswidersprüchen. Für den eSET gilt speziell: „Ein zentrales Problem einer jeden IVF-Behandlung besteht [...] darin, abzuwägen, ob und ggf. in welchem Ausmaß die Erzeugung sogenannter überzähliger Embryonen in Kauf genommen werden darf, um die Erfolgsaussichten der Behandlung zu erhöhen, zugleich die für die werdenden Mütter und die künftigen Kinder riskanten Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden und die Zahl belastender Behandlungszyklen zu verringern.“ (S. 53) Dieses Zitat zeigt das grundlegende Problem auf. Der eSET wurde bisher eher in der Frage des Wertepluralismus in Bezug auf die Statusfrage des Embryos eingeordnet. Vornehmlich das Argument des Gesundheitsschutzes der Frau und des Kindes sowie die Einhaltung internationaler Standards legitimieren den eSET in den Augen der Verfasser*innen des Dokumentes der Leopoldina.

Um aber die Statusfrage aus der von der Leopoldina festgehaltenen Dissensfalle zu holen, wird in der Stellungnahme auf eine Ebenenverschiebung hingewirkt: von einer individualethischen (War die Statusfrage wirklich eine individualethische?) hin auf eine politisch-ethische Ebene: „Um dem Wertepluralismus in politischer Hinsicht gerecht zu werden, ist es sinnvoll, in der Frage des Status des frühen menschlichen Embryos den beteiligten Eltern, Spenderinnen und Spendern sowie Ärztinnen und Ärzten eine angemessene Entscheidungsfreiheit einzuräumen.“ (S. 27)

Der weltanschaulich neutrale Staat solle keine normativen Vorgaben welcher Art auch immer fällen, sondern die Entscheidungsfreiheit jedem Einzelnen einräumen. Um diese wiederum individuelle Lösung zu untermauern, wird eine empirische Studie aus dem Jahr 2006, welche die Sicht der Eltern auf den (zukünftigen)

Embryo untersucht hat, in der Stellungnahme zitiert.²¹ Da die Eltern in der Mehrheit die Embryonen nicht als Person mit voller Menschenwürde ansehen, sondern als je unterschiedliche Vorstufe (Zellhaufen mit Schutzrechten, potenzielles menschliches Leben), sei es legitim, Entscheidungsspielräume zu eröffnen. Zwar seien schon persönliche Beziehungen vorhanden, im Grundsatz gelte aber: „Die intuitiven moralischen Überzeugungen dieser primär für den Embryo verantwortlichen Personen sollten in der ethischen Analyse nicht unberücksichtigt bleiben.“ (S. 28) Damit wird gemäß der Stellungnahme dem Gesetzgeber die Kompetenz abgesprochen, normative Vorgaben festzulegen. Diese Liberalisierung kann nicht unkritisch gesehen werden.

Die theologische Ethik versucht, das Thema Reproduktionsmedizin in einen größeren Kontext zu stellen, nämlich in denjenigen der Ethik der Elternschaft: vor allem vor dem Hintergrund der obigen Ausführungen zur Beziehung der Eltern zum künftigen Kind ein nicht zu vernachlässigender Bewertungshorizont für die Thematik.

Ethik der Elternschaft²²

Handelt es sich um eine natürlich verstandene Weise der Elternschaft oder um eine Variante des sozialen Konstruktivismus²³, in dem extrinsische Faktoren (z. B. Intention eines Elternteils) wichtiger sind als intrinsische Merkmale des Embryos, wie Elternschaft betrachtet wird? Ist es im ersten Fall eine nicht hinterfragte Weiterführung von Partnerschaft, so spielen Absichten und Interessen (vor allem der Eltern) im zweiten eine Rolle. Zwischen diesen beiden Polen eines Verständnisses von Elternschaft liegt noch eine Bandbreite unterschiedlicher Sichtweisen (das Kind als Frage der Liebe oder Lebensprojekt usw.)²⁴. Eine korrespondierende Ethik der Elternschaft untersucht dabei die grundlegenden Prinzipien.

²¹ Vgl. Krones, Tanja u. a.: What is the preimplantation embryo? In: *Social Science & Medicine* 63 (2006) S. 1–20.

²² Vgl. Bormann, Franz-Josef: Werteerosion durch vorgeburtliche Selektion – Gefährdung der Menschenwürde und des Humanen in der Gesellschaft. In: Arnold, Norbert (Hg.): *Biowissenschaften und Lebensschutz. Der schwierige Dialog zwischen Wissenschaft und Kirche*. Freiburg i. Br. 2015. S. 232–246, 236ff.

²³ Vgl. Wiesemann, Claudia: Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft, München 2006. In kritischer Manier: Schaupp, Walter: Fortpflanzungsmedizin und neue Formen der Elternschaft – Weg oder Irrweg? In: *Brixner Theologisches Jahrbuch* 6 (2015) S. 13–29.

²⁴ Vgl. Haker, Hille: Mehr als die Weitergabe von Genen: Eine neue Ethik der Elternschaft. *Herder-Korrespondenz/Spezial*, 1 (2017) S. 48–51.

Vor allem im Feld der Pränataldiagnostik²⁵ kann man mit Franz-Josef Bormann von einer „*konditionierten Elternschaft*“²⁶ sprechen. Nur unter bestimmten Bedingungen kommt es zur Schwangerschaft. Hierbei umfasse die reproduktive Autonomie²⁷ das Recht der Eltern, alle möglichen Informationen (auch genetische) über das Ungeborene zu erhalten, um selbstbestimmt über das Ja oder Nein zum Kind bzw. seine Annahme zu entscheiden. Bei der konditionierten Elternschaft liegt also die Entscheidung bei den Eltern. Bei der un-konditionierten Elternschaft, als Gegenentwurf, wird ihnen keine Verfügungsmacht über das zukünftige Kind zugestanden, sondern das Kind als Geschenk angesehen, das es anzunehmen gelte. Es soll zweifellos um die Gesundheit und das Wohlergehen gesorgt werden, jedoch nicht als Vorausplanung und mit eigener elterlicher definitorischer Macht.

Im theologisch-ethischen Elternschaftskonzept ist der Selbstzweckcharakter des Kindes in unbedingter Weise zu wahren und in das Gesamtgefüge einer stabilen liebenden Partnerschaft einzubetten. Es geht darum, das Kind stets als Subjekt um seiner selbst willen, nicht als Objekt elterlicher Wünsche zu verstehen. Diese Grenze wird herausgefordert, wenn in der Stellungnahme der Leopoldina steht: „Die intuitiven moralischen Überzeugungen dieser primär für den Embryo verantwortlichen Personen sollten in der ethischen Analyse nicht unberücksichtigt bleiben.“ (S. 28). Selbstverständlich sollen sie nicht unberücksichtigt gelassen werden, jedoch die Entscheidung rein auf der Beziehungsebene der Eltern-Kind-Ebene zu belassen, wo sicherlich Entscheidungen gefällt werden müssen, und den normativen Rahmen zurückzunehmen, darf nicht als unproblematisch dargestellt werden.

In der entsprechenden Fußnote²⁸ wird u. a. auf das Konzept der relationalen Autonomie verwiesen, die eine stärker beziehungsorientierte Sichtweise auf die verhandelten Probleme anvisiert. Die zitierte Literatur der Juristin Anne Röthel macht auf den relationalen Aspekt von Autonomie aufmerksam. Aber gerade so ist es spannungreich, wenn relationale Autonomie, auch mit Röthel, sehr weit gedacht wird: „Die mit einem relationalen Verständnis von Autonomie verbundene Aufmerksamkeit für die Beziehungseinbettung lenkt schließlich den Blick auf die Eigentümlichkeiten drittangewiesener Reproduktionstechniken (Eizellspende, Fremdsamenspende, Schwangerschaftsspende bzw. ‚Leihmutterchaft‘). Relational

²⁵ Vgl. allg. und die besonderen Herausforderungen: Schlögl-Flierl, Kerstin / Brantl, Johannes: Elternschaft in neuer Verantwortung. Ethische Herausforderungen der vorgeburtlichen Diagnostik. In: Trierer Theologische Zeitschrift 128 (2019) S. 97–114.

²⁶ Bormann: Werterosion (Anm. 22). S. 238.

²⁷ Vgl. zum Potenzial des Begriffs: Witting, Caroline: Reproduktive Autonomie. Über das Potenzial eines umstrittenen Begriffs (Studien der Moraltheologie. Neue Folge 10). Münster 2018.

²⁸ Vgl. Leopoldina: Fortpflanzungsmedizin (Anm. 12). Fußnote 109.

verständene reproduktive Autonomie interessiert sich auch für die Selbstbestimmung des bzw. der Dritten.²⁹ Dies wäre noch einmal in das Dokument der Leopoldina einzuspeisen.

Markant hält Röthel mit der relationalen Autonomie fest: „Eher unterstreicht ein relationales Verständnis von reproduktiver Autonomie die andere Seite der Medaille: dass die Verwirklichung reproduktiver Wünsche in erster Linie Verantwortung für das (zukünftige) Kind begründet, ohne jedoch zugleich Rechte auf das (zukünftige) Kind zu verbürgen.“³⁰ Auch diese Grenzziehung sollte noch einmal deutlicher auf die Empfehlungen des Dokuments hin überlegt werden. Welche reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, die laut Stellungnahme weniger streng reguliert werden sollen, leisten der Mentalität Vorschub, Rechte auf das (zukünftige) Kind in Anspruch nehmen zu wollen und zu können und welche nicht?

Auswahlhandlung

Zum Schluss soll noch einmal zur Frage des eSET, dem speziellen Thema dieses Beitrags, zurückgekehrt werden. Wenig wird in der Stellungnahme thematisiert, dass es sich bei dem eSET um ein Auswahlverfahren handelt. Da die assistierte Fortpflanzung besonders mit der Selbstbestimmung der werdenden Eltern begründet wird, steht ihnen in Konsequenz auch die Wahl offen. Im Englischen wird der Unterschied zwischen Wahl (engl. choice) und Auswahl (engl. selection) gemacht.³¹ Hierbei solle bei ‚selection‘ nach Hille Haker nicht sofort der Schluss zur ‚Selektion‘ gezogen werden: „Im internationalen Kontext, vor allem aber im Kontext der Medizin, ist ‚selection‘ kein solch geschichtlich aufgeladener Begriff wie in der deutschen Sprache, und er sollte deshalb nicht sofort im semantischen Licht der Selektion als Bestandteil des Massenmordes an jüdischen Menschen im Kontext des Holocaust verstanden werden.“³²

Jedoch kann für den eSET durchaus festgehalten werden, dass letztlich, wie auch Peter Fonk immer wieder erinnert hat,³³ die Auswahl auf der Basis einer individuellen Interessenlage (der Eltern) getroffen wird. Die Anklänge an Selektionsmaßnahmen des Nationalsozialistischen Regimes erscheinen nicht sachgerecht,

²⁹ Röthel, Anne: Autonomie als Bezugspunkt für eine Kritik der rechtlichen Regulierung des Zugangs zu reproduktiven Verfahren. In: Baer, Susanne / Sacksofsky, Ute (Hg.): Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen. Baden-Baden 2018. S. 215–227, 225f.

³⁰ Ebd. S. 225.

³¹ Vgl. Haker, Hille: Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik. München 2011. S. 222.

³² Ebd.

³³ Vgl. Zitat am Anfang des Beitrages.

aber die Haltung hinter dieser Auswahlhandlung,³⁴ nämlich nur die ‚besten‘ zu nehmen, sollte dabei durchaus thematisiert werden (dürfen). Nur mit der Berufung auf die Vergangenheit ist nicht gedient, jedoch die Position mancher Eltern, die Geburt eines gesunden Kindes mit großer Sicherheit vorhergesagt bekommen zu wollen, sollte durchaus kritisch adressiert sein. Die Möglichkeit der Auswahlhandlung befördert diese Anspruchshaltung.

Die Frage nach der Thematisierung der Auswahlhandlung deutet zudem darauf hin, dass der zugrundeliegende Wertekonflikt zwischen embryonalem Lebensschutz und dem Recht auf Gesundheit der Frau (und im Weiteren auf das Kind) bzw. der Interessen des ungewollt kinderlosen Paares nicht nur einseitig zugunsten der lebenden Menschen aufgelöst werden darf, wie es die Stellungnahme der Leopoldina vornimmt. Eine advokatorische Ethik deutet kritisch vornehmlich auf die Inkaufnahme von überzähligen Embryonen hin, die in der medizinischen Logik des eSET dazu gehören. Wie kann ihnen Tribut gezollt werden? Man mag noch gar nicht die Diskriminierung von Leben mit Behinderung als weitere Folge ansprechen.

4. Die Frage nach der Unverfügbarkeit – anthropologische Bedenkenträgerschaft

Sehr deutlich auf das Problemweisend, beschreibt der Soziologe Hartmut Rosa bestimmte Unverfügbarkeiten, deren prinzipielle Verfügbarkeit sich jedoch mit den medizinischen Möglichkeiten grundlegend gewandelt hat. Dieses Moment der Unverfügbarkeit trifft ebenso auf die Frage nach dem eSET und seine Bedingungen zu, deshalb sei die Thematik noch gesondert reflektiert.

„Ob das neugeborene Kind nach unseren Maßstäben ‚gesund‘ oder ‚krank‘ ist, gehörte bis in die allerjüngste Zeit hinein erst recht in den Bereich des Unverfügbaren, des Geschicks. Heute aber erlauben es uns zahlreiche Untersuchungsmethoden wie etwa die Präimplantationsdiagnostik oder Fruchtwasseruntersuchung, schon vor der Geburt festzustellen, ob das Kind unseren Vorstellungen entspricht – und sein Leben andernfalls zu beenden. Hier werden in der Tat Leben und Behinderung verfügbar gemacht [...]. Das Beispiel der doppelt geplanten Geburt zeigt, wie wir die medizinische und persönliche Weltreichweite vergrößern und damit ehemals Unverfügbares verfügbar machen. Aus ethischer Perspektive allerdings interessiert mich die damit verbundene Frage, ob wir dadurch Resonanzmöglichkeiten ver-

³⁴ Vgl. Serra, Angelo: Selektion und Reduktion von Embryonen. In: Päpstlicher Rat für die Familie (Hg.): *Lexikon Familie. Mehrdeutige und umstrittene Begriffe zu Familie, Leben und ethischen Fragen*. Paderborn u. a. 2007. S. 168–173.

lieren, dass wir Unverfügbarkeit als eines ihrer Kernmomente nicht akzeptieren wollen: Hören und antworten ist eine andere Haltung als planen, machen und berechnen. Wenn ich ungewollt kinderlos bleibe, kann ich versuchen, darauf zu hören, ‚was das Leben mir damit sagen‘ will und in meiner Lebensführung darauf antworten, wobei mich dann dieses ‚Antwortgeschehen‘ sicherlich als Person verändern wird (und auf ähnliche Weise kann ich vielleicht auf ein behindertes Kind hören und ihm antworten?). Wenn es aber in meiner und der Ärzte Gewalt liegt, ob und welche Kinder ich bekomme – ändert sich dann nicht meine Beziehung zum Leben überhaupt? [...] Ein Soziologe muss sicher nicht *wissen*, was die richtige Antwort auf diese Frage ist – aber er muss sie stellen (dürfen).³⁵

Da in diesem durchaus langen Zitat schon die Ethik angesprochen wurde, soll nicht unterlassen werden, dem Soziologen in seinen Beobachtungen zu assistieren und auf die ethischen Implikationen zu verweisen. Besonders aussagekräftig ist hierbei der Satz: „Hören und antworten ist eine andere Haltung als planen, machen und berechnen.“ Die Frage nach der Machbarkeit dominiert die Diskussion, vor allem in der Reproduktionsmedizin. So stellt sich die Frage: Ist die Unverfügbarkeit kein mehr zu akzeptierendes Moment der Lebensführung?

Rosa stellt in seinem Buch die These auf, dass der moderne Mensch unablässig versuche, die Welt in Reichweite zu bringen. Dabei drohe sie uns stumm und fremd zu werden. Seine These lautet: Lebendigkeit entstehe nur aus der Akzeptanz des Unverfügbaren.³⁶ Man mag zu dieser These unterschiedlicher Meinung sein, der Kerngehalt aber, dass eine Verfügbarmachung der Welt bewirkt, dass der Einzelne nun verstärkt in die Verantwortung (positiv formuliert) genommen wird bzw. in einem Machbarkeitszwang (negativ formuliert) verfällt, ist schon naheliegend und gilt es weiter zu bedenken. Für viele Eltern ist das Geschehen um Zeugung und Geburt ein teilweise erster Einbruch von Kontingenzerfahrung in eine sonst durchwegs eigen- und selbstständig bestimmte Lebenswirklichkeit und Biographie. Jener Endlichkeit und ihrer Erfahrung will sich gerade in diesem besonderen, aber auch prekären Moment der Lebensführung nicht überlassen werden.

Mit dieser Kritik am eSET soll jedoch nicht weitergehenden Fragestellungen in der Reproduktionsmedizin abschlägig begegnet werden. Neu sollte auf jeden Fall die homologe In-vitro-Fertilisation auf ihre theologisch-ethische Erlaubtheit hin bedacht werden. Hier sei sich an Franz-Josef Bormann angeschlossen: „Zwar ist es richtig, dass die Verlagerung des eigentlichen Zeugungsgeschehens aus dem Schutzbereich des menschlichen Organismus in die Petrischale moralisch durchaus insofern von Bedeutung ist, als mit ihr der Zugriff auf den Embryo erleichtert und der Ausbreitung einer fragwürdigen ‚Selektionsmentalität‘ Vorschub geleistet werden kann, doch lassen sich diese negativen Effekte durch zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen

³⁵ Rosa, Hartmut: *Unverfügbarkeit*. Wien, Salzburg ²2019. S. 73f.

³⁶ Vgl. ebd.

(*safe guards*) im Prinzip durchaus beherrschen.³⁷ Genau den genannten zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen würde ein Verbot des eSET entsprechen. Der Embryo würde nicht verfügbar gemacht werden.

Schluss

„Damit wird aber zugleich – und das läßt das Janusgesicht der Pränatalmedizin deutlicher hervortreten – eine andere Einstellung zum Kind systematisch herausgebildet. Der durchaus berechnete und verständliche Wunsch werdender Eltern, ein gesundes Kind zu bekommen, hat sich nicht selten verschwistert mit der Anspruchshaltung, ein – möglicherweise einklagbares – Recht auf ein gesundes Kind zu besitzen. Menschliches Leben ist und bleibt aber von Anfang an Geschenk. Es ist von Gott unbedingt gewollt, weil jeder Mensch in seinem Sosein, in seiner je einmaligen Personhaftigkeit von Gott bejaht und geliebt wird. Das gilt in gleicher Weise für gesundes wie auch für krankes und behindertes Leben. Mehr noch: der beispielhafte Umgang Jesu mit den Kranken und Marginalisierten der Gesellschaft macht deutlich, daß gerade dem Menschen in seiner Schwäche und Hinfälligkeit Gottes besondere Liebe und Fürsorge gilt.“³⁸

In dieser deutlichen Position kann Peter Fonk, der Jubilar, zitiert werden. Für die Frage nach dem eSET ist daraus zu lernen, dass generell und speziell in dieser Thematik die Position des Kindes wenig eingenommen, sondern mehr aus Elternsicht argumentiert wird. Überhaupt die Kinderfrage für sich abschlägig zu beurteilen, nachdem sich der Wunsch nicht erfüllt hat, und andere Lebenswege für sich und/oder gemeinsam in einer Partnerschaft in Betracht zu ziehen, stellt ein immer wieder neu einzuholendes Desiderat (bzw. die Erinnerung daran) dar. So wichtig der primordiale Wunsch nach einem Kind ist und sein kann, so können und dürfen nicht alle Mittel und Wege zur Wunscherfüllung beschritten bzw. eine Anspruchshaltung noch weiter befördert werden. Diese Mahnerschaft (ebenso angesichts von

³⁷ Bormann, Franz-Josef: Aktuelle Herausforderungen der Reproduktionsmedizin. In: ThQ 198 (2018) S. 80–87, 86.

³⁸ Fonk, Peter: Schwangerschaft auf Probe? Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik als ethische Herausforderung. In: *Ethica* 7 (1999) S. 29–46, 37; 143–172. „Es ist nicht möglich, das Rad der Zeit zurückzudrehen und einen Zustand jener genetischen Unschuld wiederherstellen zu wollen, der uns unwiederbringlich verlorengegangen ist. Aber die Zurückhaltung, die wir uns heute beim Einsatz der diagnostischen Möglichkeiten beim Menschen, zumal beim Ungeborenen, auferlegen und der Respekt vor der Würde der Person von Anfang an entscheiden darüber, ob die Gesellschaft von morgen auch noch ein menschliches Antlitz trägt und auch jenen noch einen Raum zum Leben und der Geborgenheit bietet, die sich diesen Platz aus eigener Kraft nicht schaffen können.“ (S. 168); ders.: Behindert – deshalb unerwünscht? Vorgeburtliche Diagnostik und gesellschaftliche Akzeptanz von Kindern mit erblichen Erkrankungen. In: Baumgartner, Isidor / Landersdorfer, Anton (Hg.): *Jeder Mensch ist kostbar. FS Dominikus Ringeisen (1835–1904). Ein Anwalt des Lebens*. Passau 2004. S. 99–114.

Dammbrüchen) hat Kollege Fonk immer eingenommen, der es sich auch in Zukunft angesichts der neuen Möglichkeiten bzw. anders vorgetragenen Forderungen (eSET als aus Sachgründen zwingende Optimierungsstrategie) anzuschließen gilt.