

nommen und im Glas mit Sperma befruchtet. Die so entstandenen Embryonen werden zw. dem dritten und fünften Tag ihres Lebens in die Gebärmutter der Frau transferiert. Je nach Alter der Frau ist die Übertragung von zwei bis drei Embryonen üblich; der »Single-embryo-transfer« gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung. Hier werden die befruchteten Eizellen länger kultiviert und durch zusätzliche Untersuchungen klassifiziert, bevor nur der voraussichtlich entwicklungsfähigste Embryo übertragen wird. Ein technisch aufwendiges, gleichwohl das heute vorherrschende Verfahren ist die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI). Dabei wird ein einzelnes Spermium ausgewählt und direkt in das Zytoplasma einer Eizelle injiziert. Verbreitet ist schließlich auch die Praxis, mehrere Eizellen zu befruchten und sie im »Vorkernstadium« einzufrieren (Kryo-Konservierung). In diesem Stadium ist die Kernverschmelzung von Ei- und Samenzelle noch nicht abgeschlossen. Ziel ist es, diese befruchteten Eizellen für spätere Behandlungszyklen aufzubewahren.

Nimmt man den ersten begonnenen Behandlungszyklus zum Ausgangspunkt der Berechnung, dann liegt die »Erfolgsquote« der Reproduktionszentren bei ca. 22 %. Der Erfüllung des ersehnten Kinderwunsches stehen hohe Risiken und Belastungen insbes. für die Frau gegenüber: die Risiken des Überstimulationssyndroms (OHSS) im Zuge der Hormonbehandlung und der unter Narkose vorgenommenen Entnahme der Eizellen, ferner die hohe Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft samt den damit einhergehenden Belastungen (33 % Mehrlingsgeburten nach IVF). Jede fünfte Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung endet mit einer Fehlgeburt. Zu den psychosozialen Belastungen gehört das Wechselbad von Hoffnungen und Enttäuschungen, das viele Paare, z.T. wiederholt, erleben. Als Folgen davon, dass sich die Aufmerksamkeit des Paares zunehmend auf das erhoffte Kind fixiert und andere Lebensziele und Interessen deutlich zurücktreten können, werden die Abnahme des sexuellen Verlangens, Erfolgsdruck, Versagensängste und Scham angesichts des Unvermögens, auf natürliche Weise zu einem Kind zu kommen, sowie Aggressionen gegen sich selbst und den Partner angegeben. Schließlich zeigen Studien, dass auf künstlichem Wege gezeugte Kinder in signifikant höherem Ausmaß Bluthochdruck und Diabetes entwickeln, da die Zellen solcher Kinder schneller altern als bei auf natürlichem Wege gezeugten Kindern (T. Meister u.a., 2018).

## Künstliche Befruchtung

### 1. Medizinische Aspekte

Der Ausdruck »künstliche Befruchtung« (kB) bezeichnet die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares mittels med. Hilfen und Techniken, wenn nicht zu erwarten steht, dass der Kinderwunsch auf natürlichem Wege erfüllt werden kann. Von »künstlicher« Befruchtung wird gesprochen, weil den Motiven, Rahmenbedingungen und der Ergebnisorientierung nach bei der kB die technische Beherrschbarkeit des Vorgangs hervortritt. Das erste auf diese Weise gezeugte Kind (Louise Brown) kam 1978 in England auf die Welt. Seitdem wurden weltweit ca. sechs Mio. Kinder in einem med. Labor künstlich gezeugt, jährlich kommen ca. 200 000 hinzu.

Bei den Methoden der kB ist zw. Mitteln der Befruchtung *in vivo*, also in der Gebärmutter der Frau, und der Befruchtung *in vitro*, also im Glas, zu unterscheiden. Zur Befruchtung *in vivo* kommt es bei der Insemination, bei der das aus dem Ejakulat des Mannes gewonnene Sperma mittels technischer Hilfsmittel in den Gebärmutterhals bzw. die Gebärmutter übertragen wird. Bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) werden demgegenüber nach hormoneller Stimulation der Frau die reifen Eizellen aus dem Eierstock ent-

## 2. Soziologische Aspekte

(a) Mit dem Aufkommen der »Anti-Baby-Pille« (→ Geburtenregelung) und der damit möglichen Entkopplung von → Sexualität und Fortpflanzung in den 1960er-Jahren verschiebt sich die Realisierung des Kinderwunsches biografisch nach hinten. Die Familiengründung wird planbar und steht der beruflichen Karriere, nun auch von Frauen, nicht länger im Weg. Die Anbieter der Reproduktionsmedizin umwerben die größer werdende Zahl von Paaren, bei denen infolge dieser Verschiebungen aus der anfänglich gewollten in wachsender Zahl ungewollte Kinderlosigkeit geworden ist. Die Reproduktionsmedizin verheißt, dass sich der (geplante) Kinderwunsch auch jenseits der von der Natur gesetzten Grenzen noch realisieren ließe.

(b) Mit der gesellschaftl. Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften orientiert sich die Reproduktionsmedizin zunehmend allein am Kinderwunsch des Paares. Es geht nicht mehr nur darum, Paaren, die von Natur aus im Prinzip ein eigenes Kind zeugen könnten, zu diesem Kind zu verhelfen, sondern darum, den Wunsch nach Kindern auch dort zu realisieren, wo die biologische Voraussetzung dafür, nämlich die Zweigeschlechtlichkeit, fehlt. So zieht die kB Praktiken wie die (legale) Samenspende und die (in Deutschland 2019 noch untersagte) Eizellspende sowie Trag- und Leihmutterchaften nach sich.

(c) Infolge der Technologien der extrakorporalen Befruchtung (IVF, ICSI) kommt es zudem zu einer veränderten Wahrnehmung des Embryos: Dieser wird (zumal vor seiner Übertragung in den Uterus) nicht mehr als ein Mensch in der Frühphase seines Daseins gesehen, der Träger von → Menschenwürde ist und dessen Lebensrecht es zu achten gilt, sondern als eine zu prüfende und je nach Untersuchungsergebnis zu erwählende oder zu verwerfende Sache.

## 3. Ethische Aspekte

(a) In der Logik des Verfahrens ist die Erzeugung überzähliger Embryonen unvermeidlich: Um die Erfolgchancen zu erhöhen, werden zunächst mehr Embryonen erzeugt als tatsächlich benötigt (die ihrerseits zur Mehrlingsbildung neigen). Entscheidet sich die Frau gegen die Übertragung von (weiteren) Embryonen in die Gebärmutter, erkrankt oder stirbt sie zw. extrakorporaler Befruchtung und Übertragung, sind die überzähligen Embryonen dem Tod geweiht, was ethisch deshalb bes. problematisch ist, weil sich die Existenz dieser Embryonen geplantem menschl.

Handeln verdankt. Der Embryo wird hier als Objekt menschl. Sacherwägungen verdinglicht und damit in seiner Würde missachtet.

(b) Die Mehrlingsreduktion (Fetozid) ist darauf ausgerichtet, durch Tötung einzelner Föten ein Fortbestehen der Schwangerschaft mit einer niedrigeren Zahl der Föten zu bewirken und so deren Chancen auf eine optimale Entwicklung zu steigern. Außerdem sollen die gesundheitlichen Risiken für die Mutter sinken. Die gezielte Tötung zunächst absichtlich erzeugter Föten lässt das Kind als Verfügungsmasse erscheinen, die je nach Wunsch und Erfordernis erzeugt und wieder verworfen werden kann.

(c) Problematisch ist weiter, dass Aufwand, Risiken und Belastungsgrad der kB als Resultat eigentlich nur ein gesundes Kind rechtfertigen. Eine logische (und in vielen Staaten auch rechtl.) Folge ist daher die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) sowie in der Praxis ein engmaschiges Monitoring des ungeborenen Kindes (Pränatal-Diagnostik, PND), das darauf ausgerichtet ist, med. auffällige Föten frühzeitig zu entdecken und abzutöten (→ Abtreibung). Auf diese Weise wird das Herbeiführen der Schwangerschaft zu einem Handeln unter Vorbehalt, das Austragen des Kindes zur Schwangerschaft »auf Probe«. Dabei gerät die vorgeburtliche Selektion von Kindern mit auffälligem Befund in Widerspruch zum gesellschaftl. Leitbild der Inklusion von Menschen mit Behinderung.

(d) Zu unterscheiden ist zw. der homologen und der heterologen kB. Bei der homologen kB stammen Eizelle und Samen von den Eheleuten. Dabei werden Geschlechtsakt und Zeugung des Kindes zwar voneinander abgelöst, was problematisch ist (s.u. 4.), doch kommt bei der heterologen kB ein weiteres ethisches Problem hinzu: Stammen nämlich Samen- und Eizelle nicht vom Paar selbst, dann wird damit bewusst eine »gespaltene« Elternschaft für das Kind in Kauf genommen, die diesem weitreichende Identitätskonflikte zumutet, wenn (meist in der Pubertät) Fragen nach der eigenen biologischen Herkunft, möglichen Halbgeschwistern oder auch erblichen Dispositionen aufbrechen. In der Rechtsprechung wird inzw. dem Recht auf Wissen um die eigene Abstammung gegenüber dem Wunsch von (v.a. Samen-)Spendern auf Anonymität Vorrang eingeräumt.

## 4. Theologische Reflexion

Die röm.-kath. Kirche sowie die ev. → Ethik würdigen den Wunsch ungewollt kinderloser Ehepaare nach einem eigenen Kind als Ausdruck einer ihnen von Gott

eingestifteten Sehnsucht, widersprechen jedoch einer Verabsolutierung des Kinderwunsches. Dabei bekräftigt das röm.-kath. Lehramt seine grundsätzliche Ablehnung der kB (*Dignitas Personae*, 2008), insofern die Zuordnung der Zeugung zum ehelichen Geschlechtsverkehr gewahrt bleiben soll, während es in der ev. Ethik positive bis krit. Stimmen gibt.

Nach gemeinchristl. Verständnis bedeutet die → Taufe die Aufnahme in eine Gemeinschaft, in der biologische Abstammungsverhältnisse und verwandtschaftliche Zugehörigkeiten nicht aufgehoben, aber verwandelt werden: In der Perspektive des anbrechenden Gottesreiches ist es nicht entscheidend, eigene Kinder zu haben, sondern Kind Gottes zu sein. Die Gemeinde Jesu Christi ist die Hausgemeinschaft des lebendigen Gottes, die wesentlich von Beziehungen der Geschwisterschaft lebt, die nicht notwendig biologischer Natur sein müssen und auch Formen geistl. Verantwortung zw. den Generationen kennt, z.B. das Patenamt (→ Pate / Patenamt) oder Mentorschaften (→ Mentoring). In einer solchen Gemeinschaft wird es möglich, Kindersegen wie ungewollte Kinderlosigkeit in einen umfassenden, auch das Gottesverhältnis einbeziehenden Lebensentwurf zu integrieren.

*Quellen:* Instruktion *Dignitas Personae* – Über einige Fragen der Bioethik, hg. von der Kongregation für die Glaubenslehre, 2008; T. Meister u.a.: Association of Assisted Reproductive Technologies With Arterial Hypertension During Adolescence, in: *Journal of the American College of Cardiology*, 72/2018, 1267-1272.

*Lit.:* A. Bernard: Kinder machen, 2015; H. Haker: Wahlverwandtschaften, in: A. Holderegger / J.-P. Wils (Hg.): *Interdisziplinäre Ethik*, 2001, 213-242; M. Hofheinz: Gezeugt, nicht gemacht. In-vitro-Fertilisation in theologischer Perspektive, 2008; W. Huber: *Der gemachte Mensch*, 2002; G. Maio: *Medizin ohne Maß?*, 2014; ders. u.a. (Hg.): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 2013; E. Pelkner: *Gott, Gene, Gebärmutter*, 2001.

*Chr. Raedel*