

Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin

(Vortrag bei der Jahrestagung der Görresgesellschaft in Salzburg Sept.2009)

Das mir aufgetragene Thema „Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin“ ist ein weites Land. Dies zeigt zum Beispiel ein Blick in den einschlägigen Artikel im Lexikon der Bioethik (hrsg. im Auftrag der Görres-Gesellschaft Bd. 1, 773) mit 35 Verweisbegriffen, mit denen die Fortpflanzungsmedizin vernetzt ist. Das medizinische Einleitungsreferat konzentrierte sich auf die In vitro-Fertilisation (IVF). Solche Beschränkung ist auch für die ethischen Überlegungen angesichts des Zeitlimits angebracht. Die folgenden ethischen Reflexionen konzentrieren sich um die aktuellen Probleme der Behandlungsmöglichkeiten zur Behandlung des Leides, das aus ungewollter Kinderlosigkeit folgt, und umfassen **drei Vorbemerkungen** und **neun Aspekte** der Reproduktionsmedizin, die mir besonders dringlich scheinen.

Erste Vorbemerkung: was heißt ethisch?

Ethik ist ein Krisenphänomen. Wenn die Moral aus vielfältigen Gründen in die Krise gerät, erschallt der Ruf nach Ethik. Unter Moral verstehe ich das Insgesamt von Einstellungen und Regeln, aus denen wir, meist ohne lange zu reflektieren, routinemäßig handeln. Ethik hingegen ist die Theorie der Moral. Ethische Überlegungen müssen Sach- und Sinneinsichten miteinander vermitteln, sollen systematisch kohärent und rational nachvollziehbar sein. Ethische Reflexion soll soweit wie möglich alle Dimensionen der betroffenen Person, der anderen an einem Handlungsproblem beteiligten Personen und der Gesellschaft berücksichtigen und diese bewerten. Ich beobachte in der medizinisch-ethischen Literatur nicht selten einen Mangel an anthropologischer Reflexion, wenn von den empirischen Sachverhalten unmittelbar in die Abwägung der „Pros“ und der „Kontras“ gesprungen wird. Aber gerade in der notwendigen philosophischen oder theologischen anthropologischen Reflexion zeigt sich der Pluralismus unserer Gesellschaft besonders deutlich: Der faktische Pluralismus der Moral ist unbestreitbar, der strukturelle Pluralismus der freiheitlichen Demokratie hoffentlich tragfähiger Konsens in unserer Gesellschaft, aber

daraus einem normativen Pluralismus zu folgen, in dem Sinn, dass alle Moralvorstellungen gleich richtig und wertvoll sind, und daher nur der kleinste gemeinsame Nenner von vornherein zu favorisieren sei, ist ein Kurzschluss, der der Abdankung der Ethik gleichkäme.

Keine noch so rational ethische Diskussion spielt sich aber im luftleeren Raum ab. Der ethische Diskurs ist immer verortet in einem geschichtlichen, gesellschaftlichen, weltanschaulichen und religiösen Kontext. Auch der Atheismus und der Agnostizismus sind Weltanschauungen die geglaubt werden müssen und nicht bewiesen werden können - schon gar nicht im Sinne empirischer Beweisführung. Diese Kontexte wirken ständig auf einen noch so nüchternen ethischen Dialog. Es gehört zur Redlichkeit in einer pluralistischen Gesellschaft, die eigenen Kontexte offenzulegen, um den Gesprächspartner einzuladen, in unserer überhektischen Zeit, in der wir dafür kaum Zeit haben, auch über die eigenen Vorannahmen nachzudenken, und diese so weit wie möglich offenzulegen.

Sie haben mich als theologischen Ethiker eingeladen. Meine theologische Motivation für den medizinethischen Diskurs schöpfe ich aus den Quellen des christlichen Glaubens, in denen jeder Mensch in jeder Situation seines Lebens als Person gewürdigt werden soll – vom kleinsten Beginn des Menschenlebens bis zu seinem oft schwachen Ende. Unteilbare und unveräußerliche Menschenwürde als Voraussetzung und Eichpunkt jeder ethischen Güterabwägung im Fall von Güterkonflikten, ist daher nicht graduierbar. Der Gedanke, dass es sich mit der Menschenwürde verhalte wie mit einem „Sparschwein“, in dem im Laufe der Zeit immer mehr dazukommt, ist ein nicht nur theologisch, sondern auch philosophisch unvollziehbarer Gedanke.

Weiterhin leitet mich als theologischer Ethiker die Hoffnung, dass das ethisch Richtige sich langfristig und aufs Ganze gesehen auch als das medizinisch Nützliche und sozial Verträgliche herausstellen wird, denn eine doppelte Wahrheit über den Menschen, eine empirische einerseits und eine philosophische und theologische andererseits, die einander widersprechen, kann es nicht geben. Allerdings ist mir realistisch bewusst, dass im Laufe eines Prozesses einzelne Wissenschaftler, Firmen und auch Gesellschaften und Länder sich durch ethisch zweifelhaftes Handeln einen Wettbewerbsvorteil erwerben wollen. Langfristig und aufs ganze des Lebens gesehen wird dies allerdings nicht zum Wohl der Menschen sein.

Aus solchen Motiven lassen sich noch keine Einzelnormen ableiten, aber sie bestimmen so oder so die Auswahl der philosophischen Argumentation und philosophischen Richtung. Ich teile also die Aussagen des kirchli-

chen Lehramtes über die unteilbare Menschenwürde, die nicht graduierbar ist und auch über die grundsätzliche Zusammengehörigkeit von Fortpflanzung einerseits und personal tragfähiger Liebesbeziehung von Mann und Frau andererseits. Diese grundsätzliche Zusammengehörigkeit lässt aber im Detail durchaus einen gewissen Interpretationsspielraum zu, wenn etwa die Instruktion der Glaubenskongregation *Donum Vitae*, vom 22. Februar 1987 in Nummer 7, als ethisches Kriterium nennt, dass all jene medizinischen Hilfen, die den ehelichen Akt unterstützen, erlaubt sind und all jene abzulehnen, die ihn total ersetzen. Eine rein physikalistische Interpretation dieser Zusammengehörigkeit von Fortpflanzung und personaler Liebesbeziehung setzt meines Erachtens etwas zu eng an.

Die zweite. Vorbemerkung besteht in dem ebenso kurzen wie wichtigen Hinweis darauf, dass bei der Reproduktionsmedizin große finanzielle Interessen im Spiele sind; aber darüber zu sprechen fällt im Detail in die Kompetenz anderer Vortragender.

Die dritte Vorbemerkung betrifft die Setzung der Forschungsprioritäten: Auch diese Priorisierung, wofür in der Forschung Ressourcen und Geld eingesetzt werden und wofür eben nicht, ist eine eminent ethische Frage. Ich möchte den in der Literatur geläufigen vier Allokationsebenen der Zuteilung gesundheitsbezogener Leistungen, als fünfte und vielleicht wichtigste die Forschungsallokation hinzufügen. Ein WHO-Bericht vom Ende des Jahres 2004 weist nach, dass der Abstand zwischen den Bedürfnissen der leidenden und kranken Menschen einerseits und den Forschungsprioritäten andererseits immer größer wird (G. Virt/M. Beck, *Versagen des Marktes*, in *Herder Korrespondenz* 2005, 253-257). Vorrangig die Ursachen des Leides, das durch ungewollte Kinderlosigkeit entsteht, zu erforschen, ist nicht nur vom Hausverstand her geboten. Diese Priorität wurde in der großen ethischen Tradition immer festgehalten mit dem Grundsatz, dass das Nichtschaden die grundlegendere Pflicht ist gegenüber einem sogenannten therapeutischen Imperativ, der die Anwendung einer Technik um jeden Preis befürwortet.

Immer mehr werden Ursachen von Infertilität und deren rapider Zunahme in Umweltfaktoren vermutet, ohne dass hier ausreichende Forschungsprioritäten gesetzt werden. Eine TV Sendung von 2008 brachte Hinweise, dass Zusatzstoffe in Plastikröhrchen wie ein Hormon wirken können. Synthetische Weichmacher (sogenannte Phtalate) in Alltagsgegenständen und vor allem in Kosmetika würden die männliche Fortpflanzung schädigen und vieles andere mehr. Ein Wort von Johannes Huber, dem früheren Vorsitzenden der Österreichischen Ethikkommission beim Bundeskanzleramt, fasst diese Vermutung zusammen: „Wir schwimmen auf einem Ozean von Hormonen oder hormonähnlichen Substanzen.“

Ein weiterer Aspekt, der viel mehr Ursachenforschung bedürfte, als sie derzeit betrieben wird, liegt in der Psychosomatik. Der Mensch ist eben keine Maschine, so wie Julien, Offray La mettrie in seinem Buch „Der Mensch als Maschine“ im 18. Jahrhundert als Paradigma für die moderne Medizintechnik formuliert hat, in dem ihm ein nicht unbedeutender Trend der modernen Medizin gefolgt ist. Auch tiefenpsychologische Aspekte kommen mit ganz wenigen Ausnahmen im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin kaum mehr zur Sprache, und scheinen wieder einmal der Verdrängung zu unterliegen. Ein ethisch begründetes Desiderat muss meines Erachtens auf umfassende Ursachenforschung für zunehmende Infertilität gerichtet sein und dieser Forschung eine andere Priorität einräumen, als diese sie derzeit hat. Sind hier nicht auch interessensgeleitete Verzerrungen am Werk?

Das führt mich zu den ethischen Problemen im Detail, für deren Beurteilung die Maxime gilt, dass eine Technik im Großen wie im Kleinen nicht größere Probleme schaffen soll, als sie löst.

Ethische Probleme der Fortpflanzungsmedizin im Detail.

Die gemeinsame Wurzel jener neun ethisch relevanten Aspekte, die ich jetzt herausgreife, liegt in den Gefahren zur Instrumentalisierung von Menschen. Die neuen Techniken der Reproduktionsmedizin eröffnen einen direkten Zugriff auf den Beginn des individuellen Menschenlebens als Gegenstand der Forschung und Rohmaterial für die Pharmaindustrie, etwa zur Toxizitätsprüfung. In einem EU-Seminarpapier wurde bereits vor einigen Jahren ausdrücklich als primäres Forschungsziel mit embryonalen Stammzellen die Reduktion und Ersatz von Tierversuchen in den Toxizitätsprüfungen genannt. Robert G. Edwards, der „technische Vater“ des ersten Retortenbabys, hat nicht nur einmal in Stuttgart bei einem Symposium gesagt, dass es ihm bei der Entwicklung dieser Techniken nicht vorrangig darum ging, Paaren, die unter Unfruchtbarkeit leiden, zu eigenen Kindern zu verhelfen, sondern die Forschung an Embryonen zu verschiedenen anderen Zwecken zu ermöglichen. (Vgl. Elisabeth Hildt und Dietmar Mieth, *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation*, Ashgate, Aldershot u.a. 1998,5) Was früher im Schutzraum verborgener Intimität geschah, wird jetzt durch die neuen, mit großen finanziellen Interessen verbundenen Techniken, fremden Interessen verfügbar. Wer einen embryonalen Menschen ganz am Beginn seines Lebens in eine so exponierte Lage wie der Petrischale bringt, hat nicht weniger, sondern mehr Schutzverantwortung für diesen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die „Patientinnen“ selbst mehr zum Objekt einer Behandlung werden, ohne dass die zugrundeliegende Störung der Infertilität ja wirklich therapiert wird. So besteht die Gefahr,

dass die Patientinnen besonders im technischen Konzept zurückbleiben, das heißt zu wenig einbezogen werden.

1. Das führt mich zum ersten, auch ethisch relevanten Punkt, nämlich den **Risiken, die mit der hormonellen Hyperstimulation** von Frauen zur Oozytenreifung zusammenhängt. Die ethische Frage bezieht sich auf die Höhe des gesundheitlichen Risikos im Verhältnis zur Erfolgsaussicht, die -wenn es hoch kommt- nicht einmal bei zwanzig Prozent pro Zyklus liegt. Diese Technik eröffnet darüber hinaus die Gefahr der Instrumentalisierung von Frauen als Oozytenlieferantinnen. Immer wieder wird vom Verkauf und Handel mit Ovula berichtet (vgl. den diesbezüglichen Bericht des EU Parlaments und auch die Erfahrungen aus den USA, wo Studentinnen ihr ganzes Studium mit dem Verkauf von Oozyten finanzieren).

2. Die **Trennung von Liebesbeziehung und Zeugung** wird insbesondere im Falle einer heterologen Insemination zum ethischen Problem. Wer das Kindeswohl ernst nimmt und in den Vordergrund stellt, muss auch die Konsequenzen eines solchen Vorgehens, das zu einer gespaltenen Vaterschaft führt, vor dem Kind verantworten. Ähnliches würde bei einer Eispende gelten, die in Österreich derzeit verboten ist. Nicht ohne gute Gründe hält das Fortpflanzungsmedizingesetz in Österreich fest, dass das Kind beim Einsatz der Reproduktionsmedizin das Recht hat zu erfahren, wer sein biologischer Vater ist. Sicher mussten viele Kinder ohne Vater aufwachsen, oder haben nicht den Vater, den sie meinen zu haben – auch ohne Reproduktionsmedizin. Dies wird vielfach erst in der Adoleszenz zu einer großen psychologischen Belastung. Diesbezügliche Studien sind mir unbekannt, wären aber höchst wünschenswert. Was aber schicksalhaft geschieht, ist noch lange keine Rechtfertigung, solches gezielt und bewusst herbeizuführen.

3. Bei der technischen Durchführung der IVF kommt es vielfach zu sogenannten **überzähligen Embryonen**. (Überzählige embryonale Menschen sagen die, die den Menschen zum Subjekt machen, menschliche überzählige Embryonen, die den Embryo zum Subjekt machen und das Menschliche daran nur als Adjektiv gelten lassen. Beide Begriffe enthalten bereits eine Wertungsvorentscheidung.) Was also tun mit diesen Embryonen, für die kein Fortpflanzungsprojekt mehr besteht?

In der parlamentarischen Debatte um das Fortpflanzungsmedizingesetz in Österreich wurde in der letzten Phase die Möglichkeit der Kryokonservierung eingefügt, mit dem Ziel eines Rettungsversuches für Embryonen, wenn es zwischen Fertilisierung und Embryonentransfer zu einer Erkrankung oder einem Unfall der Frau käme. Mittlerweile fallen nach einer parlamentarischen Anfrage in Österreich jährlich mehr als 2000 tiefgefrorene Embryonen an, die gemeldet sind. Es möge dahingestellt sein, wie

viele nicht gemeldet werden. Was soll mit diesen geschehen, wenn sicher kein Fortpflanzungswunsch der Eltern mehr besteht? Endloses Kryokonservieren ist wohl kaum möglich. Also bleiben drei Möglichkeiten: Entweder

a) Freigabe der fertilisierten Embryonen zur pränatalen Adoption, wie dies in den USA, in Spanien, in Belgien und vielen anderen Ländern möglich ist, oder

b) sterben lassen, oder

c) als Rohstoff für Forschung und Pharmaindustrie verwenden. Alle diese Möglichkeiten sind in unterschiedlicher Weise ethisch problematisch. Gezieltes Sterben lassen bedeutet, einen Widerspruch gegen den Anspruch zu leben und sich zu entfalten. Nun gibt es leider immer wieder tragische Situationen, in denen das Menschenleben nicht geschützt werden kann, wie etwa im Falle der Notwehr oder am Lebensende, wenn keine sinnvolle Lebenserhaltungsbehandlung mehr möglich ist. Die Verwendung von embryonalen Menschen als Rohstoff für Pharmaindustrie und Forschung bedeutet hingegen einen Verstoß gegen die Menschenwürde als Grundlage ethischer und grundrechtlicher Prinzipien.

In der derzeitigen ethisch prekären Situation gilt es, überzählige Embryonen möglichst zu vermeiden und zu minimieren. Die Heilungsversprechen mit humanen embryonalen Stammzelllinien stellen sich immer mehr als Hype, das heißt als falsches und übertriebenes Versprechen heraus, auch aus medizinischen Gründen. In der Forschung zur regenerativen Medizin zeichnen sich längst Alternativen ab durch adulte Stammzellen, Stammzellen aus dem Nabelschnurblut, induzierte pluripotente Stammzellen oder in ganz neuen Forschungskonzepten, etwa der Nanomedizin (Vgl. Opinion 19 On the Ethical Aspects of Nanomedicine der European Group on Ethics in Sciences and new Technologies, 2007 , 2.2.5 b)

4. Beim häufig vorgenommenen Transfer von mehreren Embryonen kommt es gehäuft zu unerwünschten Mehrlingsschwangerschaften. Nicht selten werden selektiv dann gesunde ungeborene Menschen getötet im sogenannten **selektiven Fötozid**. Mehrlingsschwangerschaften können darüber hinaus auch vermehrt zu Schädigungen führen.

5. In einigen Studien wurde unabhängig von Problem der Mehrlingsschwangerschaft von einer **Erhöhung von schweren Gesundheitsdefekten bei der Geburt nach IVF berichtet** (vgl. M. Hansen u. andere, The Risk of mayor birth defects after intrazytoplasmatic injection and invitro-fertilisation, in: The New England Journal of Medicin März 7, 2002, Nr. 10, 725-730; vgl.auch jüngst der Übersichtsartikel „Ramponiert in der

Retorte“in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 8.3. 2010 mit Verweis auf eine dänische Studie, nach der die Rate von Fehlgeburten nach IVF vier mal höher ist mal nach spontaner Befruchtung in vivo.). Weitere und umfassendere diesbezügliche Studien wären aus ethischen Gesichtspunkten wünschenswert und ebenso ein entsprechender transparenter Dialog in der Öffentlichkeit und vor allem eine entsprechende Aufklärung der Patientinnen.

6. Wenn man den Erfolg der modernen Fortpflanzungsmedizin an die Erfüllung des Wunsches eines Paares nach einem eigenen Kind misst, dann wird bei IVF dieser Erfolg meist mit etwa 15 bis 20 Prozent pro Behandlungszyklus angegeben. **Enttäuschungen sind also vorprogrammiert.** Wie umgehen mit diesen Enttäuschungen? Dies ist ein gravierendes menschliches, psychologisches und daher auch ethisches Problem, dem nicht einfach mit noch mehr Technik beizukommen ist

7. Ethisch problematisch ist als nächstes, die der Reproduktionsmedizin innewohnende Möglichkeit, **eugenische Tendenzen** in der Gesellschaft zu begünstigen, die sich in der Selektion von Embryonen zeigt und in der Technik der Präimplantationsdiagnose, die keineswegs bloß eine vorgezogene Pränataldiagnose ist, abzeichnet. Ein solches Vorgehen ist zwar grundsätzlich von autoritär staatlichen Programmen, die es nicht nur im verbrecherischen Regime des Nationalsozialismus gegeben hat, zu unterscheiden, befördert aber gesellschaftliche Tendenzen, immer mehr Qualitätsansprüche an das zu erzeugende Kind heranzutragen. Ein solches Kind wird dann immer mehr als Produkt nach Qualitätskontrolle gesehen und Kinder, die dann unweigerlich einmal erfahren, dass sie aus einem solchen Selektionsprozess entstanden sind, müssen sich dann fragen, ob die Eltern eigentlich sie gewollt haben oder eben bestimmte genetische und andere Qualitätsmerkmale. Ist dies wünschenswert für die nächste Generation und wird bei solcher Vorgehensweise das Kindeswohl wirklich geachtet? Dieser Trend zeigt sich ja auch schon bei der Pränataldiagnose, wenn immer wieder berichtet wird, dass die Eltern im Rahmen der Chromosomenanalyse das Geschlecht des Kindes erfahren wollen, um dann gegebenenfalls wegen des unerwünschten Geschlechtes, ihr ungeborenes Kind abzutreiben.

8. Auswirkungen auf das **ärztliche Ethos**. Durch die Erwartung der Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der modernen Reproduktionsmedizin und der ihr innewohnenden ethischen Probleme, wird die Verantwortung für die medizinische Profession dahingehend erweitert, ethisch bedenkliche Konstellationen zu vermeiden, auch wenn diese von Patientinnen gewünscht werden. Die Diskussion um die Indikationen ist nicht abgeschlossen und sollte gesellschaftlich transparent geführt werden. Jene,

die die meisten Erfahrungen haben, sollten sich in diesem Dialog ehrlich einbringen.

9. Qualitätsgesicherte Beratung im Rahmen der Reproduktionsmedizin: Angesichts der angesprochenen Probleme in ihrer Komplexität, bedürfen die meisten Menschen einer Beratung für eine verantwortliche Entscheidung. Dass die Beratung alle Erfordernisse einer ärztlichen Aufklärung und einer professionellen psychologischen Vorgangsweise erfüllen sollen, setze ich voraus und äußere den ethisch begründeten Wunsch einer Qualitätssicherung dieser Beratungsvorgänge. Mehrfach wurde faktisch berichtet, dass Eltern, die den Weg der IVF gewählt haben, später mit der Frage konfrontiert wurden, was mit den überzähligen Embryonen geschehen soll. Diese Eltern behaupten, sie wären gar nicht ausreichend über diese überzähligen Embryonen informiert worden.

Der ethische Maßstab für die Beratung besteht darin, dass Beratung Freizeitmöglichkeiten erweitern und Konsequenzen einer Entscheidung ausloten helfen soll. Der Druck, die Technik in Anspruch zu nehmen, ist in unserer Gesellschaft nicht gering. Eine freigebende Beratung müsste ernsthaft die Alternativen der Adoption zur Sprache bringen, aber auch die eines erfüllten Lebens ohne die Erfüllung des spezifischen Wunsches nach genetisch eigenen Kindern im vielfältigen Einsatz für andere Kinder und andere Menschengruppen ausloten.

Schlussbemerkung

In einer umfassenden und qualitätsgesicherten Beratung, die die Patientinnen wirklich als Subjekt des technischen Regimes der Reproduktionsmedizin würdigt, müssten alle angeführten ethischen Probleme angesprochen und durchdiskutiert werden. Früher oder später im Leben werden sie sich vermutlich ohnedies anmelden. Hier schließt sich der Kreis zur einleitenden Vorbemerkung: Ethische Überlegungen sollen so weit wie möglich alle Dimensionen der Person und der an einem Handlungsproblem beteiligten Personen und auch die Konsequenzen der Handlung bewusst machen und berücksichtigen.