

Göttinger Schriften zum Medizinrecht
Band 3



Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn,
Christiane Wendehorst (Hrsg.)

Umwege zum eigenen Kind

Ethische und rechtliche Herausforderungen an die
Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown



Universitätsverlag Göttingen

Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn, Christiane Wendehorst (Hrsg.)

Umwege zum eigenen Kind

This work is licensed under the [Creative Commons](#) License 2.0 “by-nc-nd”, allowing you to download, distribute and print the document in a few copies for private or educational use, given that the document stays unchanged and the creator is mentioned. Commercial use is not covered by the licence.



erschienen als Band 3 in der Reihe „Göttinger Schriften zum Medizinrecht“
im Universitätsverlag Göttingen 2008

Gisela Bockenheimer-Lucius,
Petra Thorn,
Christiane Wendehorst (Hrsg.)

Umwege zum eigenen Kind

Ethische und rechtliche
Herausforderungen an die
Reproduktionsmedizin
30 Jahre nach Louise Brown

Göttinger Schriften zum
Medizinrecht
Band 3



Universitätsverlag Göttingen
2008

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Herausgeber der Reihe

Zentrum für Medizinrecht

Juristische Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Geschäftsführender Direktor : Prof. Dr. Gunnar Dutge

Dieses Buch ist auch als freie Onlineversion über die Homepage des Verlags sowie über den OPAC der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek (<http://www.sub.uni-goettingen.de>) erreichbar und darf gelesen, heruntergeladen sowie als Privatkopie ausgedruckt werden. Es gelten die Lizenzbestimmungen der Onlineversion. Es ist nicht gestattet, Kopien oder gedruckte Fassungen der freien Onlineversion zu veräußern.

Umschlaggestaltung: Kilian Klapp und Margo Bargheer

© 2008 Universitätsverlag Göttingen

<http://univerlag.uni-goettingen.de>

ISBN: 978-3-940344-46-5

ISSN: 1864-2144

Inhaltsverzeichnis

Vorwort..... I

Teil I: Kinderwunsch im Jahr 2008 – allgemeine ethische und rechtliche Herausforderungen

Reproduktionsmedizin im Jahre 2008:
Probleme – Wünsche – Lösungsansätze 1
Hans-Wilhelm Michelmann

Der Kinderwunsch – wie viel ist in
den Augen der Öffentlichkeit zulässig? 9
Tanja Krones

Sollen Kinderwunschbehandlungen
von den Krankenkassen finanziert werden?
Ethische und rechtliche Aspekte 31
Oliver Rauprich

Restriktionen assistierter
Reproduktion aus verfassungsrechtlicher Sicht..... 49
Werner Heun

So weit gehen für ein Kind:
Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg..... 63
Eva-Maria Knoll

Der Embryo im Kontext: Warum die Biopolitik
die menschlichen Beziehungen nicht vergessen darf..... 81
Claudia Wieseemann

Teil II: Chancen und Probleme donogener Techniken

Entstehung und Entwicklung
der Spendersamenbehandlung in Deutschland 89
Thomas Katzorke

Die rechtliche Regelung donogener ART
in Deutschland und Österreich 103
Christiane Wendeborst

Genetische Risiken durch Keimzellspende 123
Barbara Zoll

Samenspende und Stigmatisierung –
ein unauflösbares Dilemma? 135
Petra Thorn

Donor insemination
and the dilemma of the “unknown father” 157
Eric Blyth

Eizellspende und Eizellhandel –
Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen 175
Sigrid Graumann

Teil III: Kinderwunsch in besonderen Situationen

“What about my right to choose?”
Young people with physical impairments
exercising reproductive choice 185
Marilyn Crawshaw

Wenn der Partner an einer progredienten,
potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung leidet –
Fragen zur Entscheidungsfindung für eine
In-vitro-Fertilisation mit ICSI 199
*Gisela Bockenheimer-Lucius, Timo Sauer, Falk Ochsendorf,
Inka Wiegratz, Aglaja Stirn, Yasar Toraman*

Lesben mit Kinderwunsch:
Eine ethische Herausforderung für die Reproduktionsmedizin? 217
Lisa Herrmann-Green

Die Eizellspende – eine Chance für wen? 239
Giselind Berg

Anhang: Autorenverzeichnis 255

Wenn der Partner an einer progredienten, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung leidet – Fragen zur Entscheidungsfindung für eine In-vitro- Fertilisation mit ICSI

*Gisela Bockenheimer-Lucius, Timo Sauer, Falk Ochsendorf, Inka Wiegratz,
Aglaja Stirn, Yasar Toraman*

Seit der Geburt des ersten „Retortenbabys“ im Jahre 1978 wurde die Indikation zur In-vitro-Fertilisation (IVF), nämlich der Einsatz bei Fertilitätsstörungen der Frau, vielfach erweitert. Besondere Bedeutung hat dabei die Möglichkeit, über eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) auch bestimmte Formen männlicher Zeugungsunfähigkeit therapieren zu können.¹ Trotz nach wie vor kontroverser Diskussionen um die künstliche Befruchtung² werden dank dieser Verfahren in Deutschland jährlich etwa 6000 Kinder geboren, weltweit sind es seit *Louise Browns* Geburt ca. 3,5 Millionen Kinder. Dabei gehört die IVF mit ICSI heute zu den Standardverfahren und ist die am häufigsten praktizierte Methode der künstlichen Befruchtung.

¹ ICSI wird in Deutschland seit Anfang der 1990er Jahre durchgeführt, wobei ein einzelnes Spermium mittels einer Nadel in die Eizelle injiziert wird: *Bertelsmann/Gomes/Mund/Bauer/Matthias*, Fehlbildungsrisiko bei extrakorporaler Befruchtung, *Arztebl.* 2008, 11 ff. Vgl. auch den Beitrag von *Michelmann*, Reproduktionsmedizin im Jahre 2008: Probleme – Wünsche – Lösungsansätze, in diesem Band.

² Vgl. dazu *Krones/Neuwöhner/El Ansari/Wissner/Richter*, Kinderwunsch und Wunsch Kinder. Möglichkeiten und Grenzen der In-vitro-Fertilisations-Behandlung, *Ethik in der Medizin* 2006, 51 ff.

In seltenen, aber regelmäßig wiederkehrenden Fällen treten Frauen oder Paare mit dem Wunsch nach einer IVF an die Reproduktionsmedizin heran, bei denen der männliche Partner lebensbedrohlich und unheilbar erkrankt ist oder sich gar in der terminalen Phase einer Erkrankung befindet.³ In diesen Fällen haben die Paare in der Regel erfahren, dass die Spermienqualität des erkrankten Partners für eine homologe Insemination nicht mehr ausreicht, da die Erkrankung die Samenproduktion und -qualität bereits deutlich beeinträchtigt hat. Zudem stehen zumeist therapeutische Maßnahmen wie Chemotherapie und Bestrahlungen an, die eine erhebliche Schädigung der Fertilität mit sich bringen. Dann ist eine Schwangerschaft weder auf natürlichem Wege, noch durch homologe Insemination oder durch eine alleinige IVF zu erreichen. Hoffnung auf Erfolg kann nur der Weg über eine IVF mit ICSI geben. In Einzelfällen kommt es auch zu dem Wunsch einer Frau, mit ihrem Partner ein gemeinsames Kind zu haben, nachdem der Mann im Rahmen eines Unfalls oder postanoxischen Geschehens eine schwere zerebrale Schädigung (z.B. ein apallisches Syndrom) erlitten hat.

In den Erstkontakten mit den Anfragenden tauchen allerdings im reproduktionsmedizinischen Team nicht selten Zweifel auf, ob der emotional durchaus nachvollziehbare Kinderwunsch tatsächlich von beiden Partnern gleichermaßen getragen wird, ob möglicherweise eine verzweifelte Situation zu einem spontanen, kaum hinterfragten Wunsch nach einem gemeinsamen Kind geführt hat und/oder ob einer der beiden Partner unter erheblichem moralischem Druck steht. Auch der größere Familienkreis kann versuchen, Einfluss zu nehmen. Angesichts derartiger Unsicherheiten und Ambivalenzen entstand in den vergangenen drei Jahren in der Uniklinik Frankfurt am Main einigemale Bedarf an Ethikberatung durch das Klinische Ethik-Komitee (KEK) mit der Frage nach der Verantwortung der Reproduktionsmedizin gegenüber den Elternteilen und gegenüber dem noch nicht gezeugten Kind.

1 Ethische Fragen

Konsens besteht mit Blick auf die *reproduktive Autonomie* des Paares. Es gehört zweifellos zu den in besonderer Weise geschützten Persönlichkeitsrechten, nicht

³ Das Ansinnen von Partnerin, Eltern oder anderen Angehörigen bei einem nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten z.B. im Falle eines Hirntodes Samen über eine Hodenbiopsie oder entsprechende Verfahren (Nebenhoden, ableitende Samenwege) zu entnehmen, um einen ehemals geäußerten Kinderwunsch noch zu realisieren, wird an dieser Stelle nicht weiter verfolgt, da ein derartiger Eingriff in die körperliche Integrität nicht ohne persönliche Einwilligung des Betroffenen erfolgen darf und sich daher ethisch wie rechtlich von vornherein verbietet. Prinzipiell wäre eine Vorausverfügung, die die Entnahme von Spermia erlaubt und einen ausdrücklichen Kinderwunsch belegt, mit einer Reihe weiterer Bedingungen für diesen Eingriff durchaus zu diskutieren (vgl. dazu *Tash/ Applegarth/ Kerr/ Fins/ Rosenwaks/ Schlegel*, Post mortem sperm retrieval: The effect of instituting guidelines, *The Journal of Urology* 2003/170, 1922 ff.). In Deutschland verbietet jedoch das Embryonenschutzgesetz ohne Einschränkungen ein derartiges Vorgehen (ESchG § 4, Abs. 3: Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren wird bestraft, wer wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode künstlich befruchtet).

daran gehindert zu werden ein Kind zu zeugen. Unabhängig von der umstrittenen Frage, ob es auch ein positives Recht auf Erfüllung des Kinderwunsches gibt,⁴ kann und darf es im Falle eines Paares, das sich vor dem aller Wahrscheinlichkeit nach unvermeidbaren Tod des Mannes sehnlich noch ein Kind wünscht, nicht darum gehen, die artifizielle Reproduktion unhinterfragt zu verweigern.

Die spezifische Problematik liegt in der gebotenen Beratung eines jeden IVF-Paares, die eben nicht nur den medizinischen Part abdecken darf: „Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der ärztlich assistierten Reproduktion es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.“⁵

Um folglich in der besonderen Belastung durch eine todbringende Erkrankung des potenziellen Vaters implizite ethische Fragen nicht unbeachtet zu lassen und zugleich eine zuverlässige Basis zur Entscheidungsfindung für das beratende und behandelnde Team wie auch für die Betroffenen zu haben, sollen mit dem vorliegenden Beitrag grundsätzliche ethische Überlegungen für die Reproduktionsmedizin zur beschriebenen Problematik dargestellt werden (1), ein Perspektivenwechsel auf die Sicht der potenziellen Eltern vorgenommen werden (2) und schließlich ein Leitfaden vorgestellt werden, der das Verfahren der Beratung und Entscheidungsfindung in der konkreten Situation strukturieren und erleichtern soll (3).

Die ethische Fragestellung ist wie so oft in der Medizin sehr komplex, weil mehrere Akteure in unterschiedlichem Ausmaß beteiligt sind und die jeweiligen Rechte und Pflichten gegeneinander abgewogen werden müssen. Die folgende Analyse basiert auf den von *Beauchamp* und *Childress* für die Medizinethik entwickelten vier Prinzipien „mittlerer Reichweite“, d.h. dem Verzicht auf ein oberstes moralisches Prinzip zugunsten einer möglichst großen Nähe zur Lebenswirklichkeit der Betroffenen und eines kohärenten Begründungsansatzes.⁶ Das dominierende Prinzip dieses Modells ist die *Respektierung der Autonomie* des Patienten. Dies ist für die vorliegende Fragestellung nach der verantwortbaren reproduktionsmedizinischen Maßnahme von besonderer Bedeutung. Es verlangt nämlich nicht nur jeden Verzicht auf äußeren Zwang und Manipulation, sondern beinhaltet zugleich die Pflicht des Arztes bzw. des Teams, die Autonomie derer, die sich ihm anvertrauen, durch Informationen und Förderung des Entscheidungsprozesses Wirk-

⁴ Vgl. dazu etwa *Bundesärztekammer*, (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006, Dt. Ärzteblatt 2006, 1392 ff.; ebenso *Krones/Neuwöhner/El Ansari/Wissner/Richter* (Fußn. 2); in rechtlicher Hinsicht s. Heun, Restriktionen assistierter Reproduktion aus verfassungsrechtlicher Sicht, in diesem Band.

⁵ *Bundesärztekammer* (Fußn. 4), 1393.

⁶ *Beauchamp/Childress*, *Principles of Biomedical Ethics*, 5. Aufl. 2001; vgl. dazu auch *Marckmann*, Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik?, in: *Wiesing* (Hrsg.), *Diessets von Hippokrates*, 2003, S. 325 ff.

lichkeit werden zu lassen.⁷ Das Prinzip, *nicht schaden zu dürfen* sowie das *Fürsorgeprinzip* müssen jeweils skrupelhaft abgewogen werden, um dem Wohl des individuellen Patienten gerecht zu werden. Die Berücksichtigung des Prinzips der *Gerechtigkeit* schließlich stellt mit Blick auf die Mittelverteilung bzw. die jeweiligen finanziellen Lasten für den Einzelnen im Bereich der Reproduktionsmedizin ein hochaktuelles und heftig diskutiertes Problem dar. Der Perspektivenwechsel auf die moralische Herausforderung für die betroffenen potenziellen Eltern wird über die vier genannten Prinzipien hinaus im Weiteren die ethischen Erörterungen um die *elterliche Verantwortung* erweitern.

1.1 Der Blick auf das Kind

Bei allen Entscheidungen in der Medizin, bei denen außer der Frau (und ihrem Partner oder ihrer Partnerin) als Dritter auch ein Kind betroffen ist, kommt dem Kindeswohl ein besonders hohes Maß an Bedeutung zu. Dies gilt z.B. in der Humangenetik, und so werden in der Geburtshilfe beispielsweise Fragen der sog. „Wunschsectio“⁸ oder des Zwangs zum Kaiserschnitt gegen den Willen der Mutter immer auch unter dem Aspekt des Kindeswohls und der Garantenpflicht des Arztes für Mutter *und* Kind diskutiert.⁹ Für die Reproduktionsmedizin betont die Bundesärztekammer dies in der (Muster)-Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion nachdrücklich: „Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin/der Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl des Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und die erwünschten Kinder.“¹⁰

Die Perspektive des noch ungezeugten Kindes selbst ist jedoch sehr spekulativ, da man von einer hypothetischen Person ausgehen muss. Dennoch soll hier so verfahren werden, da das (noch) hypothetische Kind zu einem späteren Zeitpunkt faktisch Folgen zu tragen hat, die aus dem Entscheidungsprozess vor seiner Zeugung hervorgehen.¹¹

⁷ Vgl. zu diesem Aspekt der Aufklärungspflicht ausführlich *Peintinger*, Therapeutische Partnerschaft: Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung, 2003.

⁸ Vgl. dazu u.a. *Bockenheimer*, Zwischen „natürlicher Geburt“ und Wunschsectio, Zum Problem der Selbstbestimmtheit in der Geburtshilfe, Ethik in der Medizin 2002, 186 ff.

⁹ Vgl. dazu in jüngerer Zeit: *Samuels/Minkoff/Feldman/Anonuga/Wilson*, Obstetricians, health attorneys, and court-ordered cesarean sections, Women's Health Issues 2007/17, 107 ff.

¹⁰ *Bundesärztekammer* (Fußn. 4), 1393.

¹¹ Zweifellos gibt es eine umfangreiche philosophische Diskussion über die Pflichten gegenüber einem noch nicht gezeugten Kind. Man denke etwa an die Verantwortung gegenüber zukünftigen Generationen. Auch die Abtreibungsdebatte und die Diskussion um den moralischen Status des Embryos knüpfen an diesen Fragen an. Vgl. etwa *Schöne/Seifert*, Zum moralischen Status von potentiellen Personen, in: Meggle/Fehige (Hrsg.), Zum moralischen Denken, Bd. II, 1995, S. 210 ff. Im vorliegenden Zusammenhang würde diese Erörterung aber den gegebenen Rahmen sprengen.

Nichtschaden/Nonmaleficence: Vor dem Hintergrund des Nichtschadensgebotes sind drei moralisch relevante Aspekte zu diskutieren:

- (a) Kann das IVF/ICSI-Verfahren somatische oder psychische Schäden bei den Kindern verursachen, die man vorab bedenken muss?

Dies ist im Rahmen der Aufklärung der potenziellen Eltern zweifellos von Bedeutung. Es rührt an die noch zu diskutierende Frage, ob Eltern bewusst und u.U. wider besseres Wissen ein Kind zeugen dürfen, das einem hohen Risiko von gesundheitlichen Schäden ausgesetzt ist. ICSI ist Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und seit der Einführung „begleitet von der Sorge, dass das Fehlbildungsrisiko im Vergleich zu natürlich gezeugten oder mit IVF-gezeugten Kindern erhöht sein könnte.“¹² Die Fehlbildungsraten der mit ICSI gezeugten Kinder wurden daher in zahlreichen Studien überprüft. Eine umfangreiche Metaanalyse dieser Studien zeigt, dass für zuverlässige Aussagen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Es erscheint unwahrscheinlich, „dass die Zeugung durch ICSI das Fehlbildungsrisiko der Kinder im Vergleich zur IVF deutlich erhöht. Dies relativiert auch die Sorge eines methodenimmanenten Risikos der ICSI zur Induktion von Fehlbildungen durch Manipulationen an der Eizelle. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die ICSI das Risiko für große Fehlbildungen gegenüber der natürlichen Zeugung erhöht. Das gilt jedoch in gleichem Maße auch für die IVF.“¹³ Die ICSI-Follow-up-Studie II, eine deutschlandweite Multicenterstudie, führte eine Nachuntersuchung der Kinder im Alter von vier bis sechs Jahren durch. Reif geborene Einlingskinder nach ICSI entwickeln sich danach ebenso unauffällig wie spontan konzipierte Kinder.¹⁴ Das Problem des Fehlbildungsrisikos muss folglich Teil einer umfassenden Aufklärung im Rahmen der extrakorporalen Befruchtung sein.

Die Frage nach psychischen Schäden der Kinder hat die anfängliche Debatte um die künstliche Befruchtung stark geprägt. Inzwischen zeigen zahlreiche Langzeitstudien, dass die sog. „Retortenbabys“ sich unauffällig entwickeln.¹⁵

¹² Bertelsmann/Gomes/Mund/Bauer/Matthias (Fußn. 1), 11.

¹³ Bertelsmann/Gomes/Mund/Bauer/Matthias (Fußn. 1), 16; vgl. auch M.Ludwig/Diedrich/A.Ludwig, Deutsche ICSI-Follow-up-Studie II, Frauenarzt 2008, 306 ff.

¹⁴ M.Ludwig/Diedrich/A.Ludwig (Fußn. 13), 312; Zu beachtende Einschränkungen ergeben sich allerdings für Mehrlingsgeburten und mit Blick auf das generelle Risiko von Frühgeburten nach artifizIELler Reproduktion.

¹⁵ Vgl. dazu Ludwig/Diedrich, In vitro Fertilisation und Intrazytoplasmatische Spermieninjektion. Gibt es ein Gesundheitsrisiko für die geborenen Kinder?, Arztebl. 1999, 2892 ff.; umfangreiche Studien liegen vor von Golombok/Brevaes/Cook/Giavazzi/Guerra/Mantonani/v.Hall/Crosignani/Dexcus, The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development, Human Reproduction 1996/11, 2324 ff.; Golombok/Brevaes/Giavazzi/Guerra/MacCallum/Rust, The European study of assisted reproduction families: The transition into adolescence. Human Reproduction 2002/17, 830 ff.; Halliday, Outcomes of IVF conceptions: are they different? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2007/21, 67 ff.; auch die deutsche ICSI-Follow-up-Studie II belegt für reif geborene Einlingskinder im Alter von 4-6 Jahren eine „normale emotionale Entwicklung“ und „normales Verhalten“, M.Ludwig/Diedrich/A.Ludwig (Fußn. 13), 312.

In der hier zu betrachtenden Situation des Kinderwunschs bei todkrankem Partner haben die Fragen nach somatischen oder psychischen kindlichen Schäden nach IVF/ICSI jedoch keinen spezifisch höheren Stellenwert, da die potenzielle Mutter kein höheres Risiko eingeht als eine Frau mit gesundem Partner.

- (b) Ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein in-vitro erzeugtes Kind ggf. ohne Vater aufwachsen muss, Grund genug, das reproduktionsmedizinische Verfahren nicht durchzuführen?

Ob die Aussicht auf ein Leben ohne leiblichen ggf. auch sozialen Vater für das Kind als Schaden zu bewerten ist, hat für den zu diskutierenden Spezialfall entscheidende Relevanz. Aussagen darüber haben allerdings einen hohen spekulativen Charakter. Die (Muster)-Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Bundesärztekammer, Novelle 2006) sieht vor, dass das IVF/ICSI-Verfahren nur bei verheirateten Paaren durchgeführt werden soll, oder bei nicht-verheirateten Paaren, die nachweisen können, in einer eheähnlichen Verbindung zu leben.¹⁶ Was zunächst als Einmischung in den Lebensstil der potenziellen Eltern wirkt, folgt der Intuition, dem hypothetischen Kind beste Lebensvoraussetzungen (Vorhandensein von Vater und Mutter, Stabilität der elterlichen Verbindung) garantieren zu können. In Analogie dazu könnte man zu dem Schluss kommen, von einer IVF bei einem todkranken Vater grundsätzlich abzusehen, da die Vaterlosigkeit hochwahrscheinlich ist und somit die Bedingungen für das Kind von vornherein schlecht seien.

Es gibt jedoch keinen empirischen Nachweis dafür, dass eine Kindheit ohne Vater nicht völlig unauffällig verlaufen kann. Langzeitbeobachtungen, die etwa eine psychisch signifikant ungünstige Entwicklung von Kindern von alleinerziehenden Müttern (oder auch Vätern) belegen, gibt es nicht oder sie sind hoch kontrovers.¹⁷ Auch die Frage, ob und wie weit Vaterlosigkeit etwaige psychische Belastungen ursächlich erklärt, ist nicht generell zu beantworten. Vieles spricht dafür, dass es für die emotionale Entwicklung eines Kindes von höherer Bedeutung ist, „gewollt“ zu sein.¹⁸ Günstige Rahmenbedingungen, wie eine emotional zugewandte Mutter, familiäre Bindungen, ein stabiler Freundeskreis, soziale Kontakte und eine zufrieden stellende finanzielle Lebensgrundlage, dürften erheblich stärkere Bedeutung für die gesunde Entwicklung eines Kindes haben. Zu fragen wäre auch, ob das geplante Kind sein Schicksal mit einem bereits geborenen, aber nur wenig älteren Geschwisterkind teilen wird. Schließlich ist grundsätzlich nicht absehbar, ob das Kind nicht in einer glücklichen Familienatmosphäre mit einem neuen Partner der Mutter und fürsorglichen Vater sowie Geschwistern aufwachsen wird.

¹⁶ Bundesärztekammer (Fußn. 4), 1395.

¹⁷ Vgl. dazu ESHRE, Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction, Human Reproduction 2006/21, 3051 ff.

¹⁸ Vgl. dazu die umfangreiche Literatur zu Abtreibung, anonymer Geburt und Adoption, z.B. bei *Swientek*, Die Wiederentdeckung der Schande, 2001, u.v.a.

Das Fehlen eines Vaters kann also allenfalls als schwaches Argument gewertet werden,¹⁹ für zuverlässige Aussagen wären aber empirische Untersuchungen zur Entwicklung betroffener Kinder wünschenswert.²⁰

- (c) Ist für das Kind mit einem psychosozialen Schaden durch eine psychisch dekompenzierte Mutter zu rechnen? Welche moralische Bedeutung hätte dies?

Auch ein antizipierter psychosozialer Schaden des hypothetischen Kindes durch eine psychisch dekompenzierte Mutter hat spekulativen Charakter, ist jedoch sehr viel nahe liegender als ein Schaden durch die eventuelle Vaterlosigkeit. In der Berücksichtigung derartiger möglicher Belastungen, die nicht zuletzt die kindliche Entwicklung während der Schwangerschaft der Mutter betreffen, liegt die Hauptverantwortung der Reproduktionsmedizin gegenüber dem ungezeugten Kind. Bei der Durchführung der IVF muss gewährleistet sein, dass die Mutter in der Lage ist, die außerordentlichen physischen und psychosozialen Belastungen zu tragen, so dass dem Kind durch eine psychische Dekompensation der Mutter kein Schaden droht. Allerdings sind die zu bedenkenden Folgen dennoch spekulativer Art, denn eine psychisch überforderte Mutter mag zwar kaum in der Lage sein, für optimale Bedingungen zu sorgen, jedoch ist es denkbar, dass das Kind aufgrund seiner individuellen psychischen Konstitution Bewältigungsstrategien entwickeln kann. Erfahrungen aus Kriegs- und Krisensituationen unterschiedlichster Art belegen, dass das „not worth living“-Argument nicht überzeugen kann.

Wohltun/Beneficence: Von einer Wohltat für das zukünftige Kind kann man sinnvoller Weise nur unter der Prämisse sprechen, dass Menschen in der Regel ihr Leben einer Nichtexistenz vorziehen. Hinzu kommt die Mutmaßung, dass die durch IVF gezeugten Menschen ebenso ihrer Existenz zustimmen wie natürlich gezeugte. Für ein Kind mag die Motivation seiner Eltern, durch seine Geburt die gemeinsame Liebe und das Vertrauen in die Zukunft weiter zu tragen, ein überzeugender Grund sein, seine eigene Existenz als besonders wertvoll zu empfinden.

Autonomie: Dem noch nicht gezeugten Kind kann man aus Gründen der Logik keine Autonomie zusprechen.

1.2 Der Blick auf die Frau

Nichtschaden/Nonmaleficence: Während die Beurteilung des Wohles eines noch nicht gezeugten Kindes mit vielfältigen Mutmaßungen einhergehen muss, sind die Be-

¹⁹ Bei der Richtlinie der BÄK spielen offensichtlich implizite Wertvorstellungen über die „richtige“ Familienkonstellation eine Rolle. So ist im gleichen Passus die IVF für lesbische Paare ausgeschlossen. Interessant ist die Formulierung im Kommentar zur (Muster-) Richtlinie: „Aus diesem Grund ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.“ Das „zurzeit“ erweckt den deutlichen Eindruck, dass auch die BÄK davon ausgeht, dass die derzeitige Regelung in dieser Hinsicht inkonsistent ist oder, dass sich in absehbarer Zeit daran etwas ändern wird. *Bundesärztekammer* (Fußn. 4), 1400.

²⁰ Vgl. *ESHRE* (Fußn. 17), 3051.

lastungen, die für die betroffene Frau entstehen können, sehr genau aufzuzeigen. Daher muss sie im Mittelpunkt der ärztlichen Verantwortung stehen. Die Frau ist diejenige, die alle Risiken des Verfahrens tragen muss.

Die in der Regel noch recht jungen Frauen der todkranken Partner sind gesund und zeugungsfähig. Der Eingriff der Reproduktionsmedizin ist nicht durch eine medizinische Indikation gerechtfertigt, die diese Frau selbst betrifft. Erst die gemeinsame wohldurchdachte und selbstbestimmte Entscheidung des Paares zu einer ärztlich assistierten Reproduktion erlaubt den Eingriff in die körperliche Integrität der Frau. Damit ist sie zunächst dem nicht unerheblichen physischen Risiko einer hormonellen Stimulationsbehandlung ausgesetzt. Darüber hinaus trägt sie die hohe psychische Belastung, die sich aus der Unsicherheit des Verfahrens ergibt: In nur ca. einem Drittel der Fälle kommt es zum erfolgreichen Eintritt einer Schwangerschaft und in etwa 15 – 20% tatsächlich zur Geburt eines gesunden Kindes. Starke emotionale Störungen bis hin zur Depression können die Folge von Therapie und Misserfolgen sein und das Wohlbefinden bedrohen. Bei einer IVF muss zudem auch nach erfolgreichem Embryotransfer mit einer leicht erhöhten Abortrate gerechnet werden, die Risiken von Mehrlingsschwangerschaften kommen schließlich hinzu.²¹

Für viele Frauen sind bereits diese grundsätzlichen Probleme der medizinisch assistierten Reproduktion entscheidend für eine äußerst kritische bis ablehnende Haltung.²² Jedoch muss man auch bei einer grundsätzlich positiven und bejahenden Einstellung zu dieser Technik berücksichtigen, dass Risiken nicht völlig vermeidbar sind und eine erhebliche Mehrbelastung der Frau durch die schwere Erkrankung des Partners die Situation verschärft. Im schlimmsten Fall können die körperlich belastenden Folgen der Hormonbehandlung mit der Enttäuschung oder Depression nach einer fehlgeschlagenen IVF und dem gleichzeitigen Verlust des Ehe- oder Lebenspartners zusammentreffen. Ebenso ist eine risikoreiche Mehrlingsschwangerschaft mit drohenden gesundheitlichen Schäden für Mutter und Kinder bei gleichzeitiger Trauer um den Partner denkbar. Derartige Situationen können das körperliche und geistige Wohl der Frau durchaus dauerhaft schädigen.

Ein intra-institutioneller Vorschlag aus den USA zu Richtlinien für eine post-mortem Sperma-Entnahme berücksichtigt ausdrücklich die Notwendigkeit der Trauerarbeit und sieht nach dem Tode des Mannes bis zur Durchführung einer IVF eine einjährige Wartezeit für die Partnerin und potenzielle Mutter vor, um die Trauerphase und die psychische Anpassung möglich zu machen. Darüber hinaus sind ausführliche medizinische und psychologische Beratungen vorgesehen, sowie eine professionelle Einschätzung der psychischen, familiären und auch finanziellen Stabilität der betroffenen Frau.²³

²¹ *Hopp*, Höhergradige Mehrlingsschwangerschaft. Klinische und ethische Aspekte, *Frauenarzt* 2007, 440 ff.

²² Vgl. dazu die jüngst im Deutschen Ärzteblatt geführte Diskussion: *Telus*, Reproduktionsmedizin: Zwischen Trauma und Tabu, *Arztebl.* 2001, 3430 ff.

²³ *Tash/ Applegarth/ Kerr/ Fins/ Rosenwaks/ Schlegel* (Fußn. 3), 1923.

Wohltun/Beneficence: Das Wohl für die Frau liegt in der Umsetzung ihres Kinderwunschs und der Hilfe, die gewünschte Schwangerschaft zu erreichen. Schwangerschaft als Wunsch oder auch als Ausdruck einer Lebenskonzeption lässt sich allerdings nur bedingt mit dem Wunsch nach der Genesung von einer Krankheit vergleichen. Ob Sterilität (bzw. Infertilität) eine im engen Sinne behandlungsbedürftige Krankheit ist, bleibt deshalb umstritten.²⁴ *Stöbel-Richter et al.* zitieren psychologisch fundierte Analysen, die aufzeigen, dass ungewollte Kinderlosigkeit zu den schmerzhaftesten Lebensereignissen zählt.²⁵ Zuweilen wird die IVF aber auch in die Nähe der „präferenzorientierten Medizin“ gestellt, da es zur Überwindung der Sterilität nur vor dem Hintergrund einer gewünschten Schwangerschaft eine medizinische Indikation gibt.²⁶ Auf der anderen Seite ist der Kinderwunsch einer Frau nicht mit dem Wunsch nach kosmetischer Chirurgie oder der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Enhancement) gleichzusetzen, die u.U. ausschließlich mit lebensstilabhängigen Präferenzen korreliert.

Zum Wohl der Frau wird es aber auch gehören, der Bindung an den sterbenden Partner durch ein gemeinsames Kind Ausdruck zu verleihen. Damit schlägt sie für sich einen Bogen von ihrer vergangenen Lebensgeschichte in ihre zukünftige. Wie vorsichtig diese Versuche zu bewerten sind, bringen *Tash et al.* zum Ausdruck: „Sperm preservation could provide the false impression that the man will live on through his retrieved sperm and its fertility potential.“²⁷

Autonomie: Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben impliziert eine freie Lebens- und Familienplanung. Der Wunsch eines Paares nach einem leiblichen Kind und nach der Gründung einer Familie ist legitim. Wenn er sich im Falle der Sterilität bzw. Infertilität an die Medizin richtet, so ist er nicht zurück zuweisen. Welche Motive ein Paar dazu bewegen ein Kind zu wollen, ist in den meisten Fällen wohl kaum zu eruieren. Im Falle eines lebensbedrohend kranken Mannes sollte die Authentizität des Kinderwunschs jedoch erörtert werden. Wo könnten einschränkende Faktoren liegen?

Zunächst ist es denkbar, dass die betroffene Frau bis zum Zeitpunkt der Erkrankung ihres Partners keinen Kinderwunsch hatte und nun unter dem emotionalen Erleben seines drohenden Todes die Zeugung eines gemeinsamen Kindes als letzten Liebesakt empfindet. So sehr dies intuitiv nachvollziehbar ist, so sehr ist die Reproduktionsmedizin jedoch gehalten, der Frau gerade in dieser emotional äußerst schwierigen Phase eine autonome – und das bedeutet auch *authentische* – Entscheidung überhaupt möglich zu machen.

²⁴ Vgl. hierzu *Krones/Neuwobner/El Ansari/Wisner/Richter* (Fußn. 2).

²⁵ *Stöbel-Richter/Weidner/Förster/Brähler/Berth*, Familiengründung in Deutschland. Wie geplant sind Kinderwunsch, Schwangerschaft und Kinderlosigkeit?, *Gynäkologische Endokrinologie* 2008, Online First.

²⁶ Die Bundesärztekammer spricht zwar voraussetzungslos von einer Indikation, gewährt dem Mediziner bzw. der Medizinerin jedoch gleichzeitig das Recht auf Zurückweisung der Durchführung des Verfahrens aus Gewissensgründen. Vgl. *Bundesärztekammer* (Fußn. 4), 1394 f.

²⁷ *Tash/Applegarth/Kerr/Fins/Rosenwaks/Schlegel* (Fußn. 3), 1924.

Authentizität des Kinderwunsches läge auch dann nicht vor, wenn dieser einseitig vom Partner ausginge, und die Frau aufgrund seiner Gesundheitssituation von eigenen Wünschen absähe.

Schließlich ist der Einfluss durch Dritte nicht zu unterschätzen: Gerade Eltern eines todkranken Mannes können der Vorstellung anhängen, mit einem Enkelkind den Verlust des Sohnes überwinden zu können, und die Schwiegertochter zu einer Schwangerschaft drängen.

Zwar sind einschränkende Faktoren eines authentischen Kinderwunschs ebenso bei voll zeugungsfähigen Paaren denkbar, womit die Medizin jedoch nicht befasst wird. Anders sieht es aus, wenn der Wunsch nach Unterstützung der Fortpflanzung an sie herangetragen wird. Es ist nicht Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte in die Privatheit einer Lebensbeziehung einzugreifen. Wenn von ihnen aber eine medizinisch-technische Intervention verlangt wird, dann haben sie das Recht, diese ggf. auch abzulehnen, wenn es hierfür gute Gründe gibt.²⁸

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass zur Prüfung, ob eine potenzielle Mutter auch die psychischen Voraussetzungen erfüllt und voraussichtlich der Belastung gewachsen sein wird, hinreichender Aufwand betrieben werden muss.

Allerdings sind Heteronomie und Autonomie oftmals schwer von einander abgrenzbar und zur Wahrung der reproduktiven Autonomie muss der Kinderwunsch einer Frau solange als authentisch unterstellt werden, bis berechtigte und schwerwiegende Zweifel oder Gegenbeweise vorliegen. Es bleibt der Grundsatz bestehen, dass nicht das Ausführen der legalen und legitimen Maßnahme moralisch zu rechtfertigen ist, sondern deren Ablehnung!

1.3 Der Blick auf den Mann

Nichtschaden/Nonmaleficence: Auch der Mann ist in der u.U. dramatischen Situation mit Blick auf seine individuellen Belastungen zu schützen. Schaden ist vor allem von ihm fernzuhalten, wenn erkennbar ist, dass sein konkretes physisches Leiden im Vordergrund steht und sein Wohlbefinden und seine Entscheidungs- und Handlungsbereitschaft erheblich einschränkt. Dennoch kann auch sein Kinderwunsch stark ausgeprägt sein und die Verhinderung seiner Fortpflanzung einen Schaden für ihn darstellen.

²⁸ Die (Muster-) Richtlinie der BÄK hält unter den „Berufsrechtlichen Voraussetzungen“ fest, dass „kein Arzt und keine Ärztin dazu verpflichtet werden“ kann, „entgegen ihrer/seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen“. Die BÄK gibt keine nähere Begründung für diese Freistellung des Arztes an, hat jedoch wohl die impliziten moralischen Kontroversen um die Verfahren im Auge; vgl. *Bundesärztekammer* (Fußn. 4), 1395. Vgl. auch *Tash/ Applegarth/Kerr/Fins/Rosenwaks/Schlegel* (Fußn. 3), 1925, wonach sich ein Weigerungsrecht des Arztes auf mögliche negative Folgen bezieht. Demnach hat der Arzt das Recht von Post Mortem Sperm Retrieval Abstand zu nehmen, wenn er davon ausgehen muss, dass der Eingriff für die Betroffenen signifikant nachteilige Folgen haben wird. Analoges muss auch für eine Entscheidung angesichts des nahenden Todes gelten.

Denkbar sind die folgenden Konstellationen:

(a) Ein Mann, der an einer malignen Erkrankung mit progredientem Verlauf leidet, gibt eine Samenspende für eine Schwangerschaft seiner Partnerin ab. Er selbst hofft dabei auf Genesung von seinem Leiden. Im Verlauf zeigt sich jedoch, dass die maligne Erkrankung nicht aufgehalten werden kann. In der terminalen Phase verlangt das Paar die künstliche Befruchtung.

(b) Ein Mann, der an einer malignen Erkrankung mit progredientem Verlauf leidet, entschließt sich zusammen mit seiner Partnerin während der terminalen Phase seiner Erkrankung, dass durch Hodenbiopsie Samen für eine IVF/ICSI gewonnen werden solle.

(c) Ein Mann befindet sich längere Zeit nach einem schweren Unfall im apallischen Syndrom. Seine Partnerin verlangt die Gewinnung von Samen durch eine Hodenbiopsie zum Zwecke einer IVF mit der Begründung, er habe vor seinem Unfall seinen Kinderwunsch zum Ausdruck gebracht.

Die Position des potenziellen Vaters ist im Fall (a) aus ethischer Perspektive unproblematisch. Da er bereits Samen gespendet hat, muss er keine weiteren Risiken tragen, die vor dem Hintergrund des Nichtschadensgebotes bedacht werden müssten.

Da Eltern als „reproduktive Einheit“ an die Reproduktionsmedizin herantreten, könnte man eine unterbleibende Schwangerschaft bzw. eine verhinderte Familiengründung als Schaden interpretieren. Es stellt sich also die Frage, ob das Prinzip des Nichtschadendürfens die Durchführung der assistierten Reproduktion verlangt bzw. ob sie durch das Fürsorgeprinzip geboten ist. Die Pflicht zum Wohltun gilt allerdings nicht ohne Einschränkungen, und hier muss zur Entscheidungsfindung offensichtlich die noch zu diskutierende Verantwortung der potenziellen Eltern hinzukommen.

Im Fall (b) ist die Sachlage insofern anders, als die Gewinnung des Samens ggf. nur noch durch eine Hodenbiopsie möglich ist. Da die Biopsie ein invasiver Eingriff ist, muss sie (im Sinne der IVF/ICSI) indiziert und durch den aktuellen Willen des Mannes autorisiert sein, was aufgrund seiner Einwilligungsfähigkeit möglich ist.

Der Fall (c) ist komplexer. Da kein Samen vorliegt, muss dieser über eine Hodenbiopsie gewonnen werden. Anders als beim Hirntod schiebt das Embryonenschutzgesetz hier keinen Riegel vor und die Authentizität des Kinderwunsches könnte zumindest über den mutmaßlichen Willen erkundet werden. Die Entnahme von Samen ist jedoch ein Eingriff in die körperliche Integrität, die nur nach vorheriger Einwilligung durchgeführt werden darf. Bei einem nicht einwilligungsfähigen Mann verbietet sich daher die Hodenbiopsie ebenso wie jeder andere Eingriff zur Samengewinnung aus ethischen wie rechtlichen Gründen. Rechtlich und ethisch wäre zu klären, ob eine *schriftliche Vorausverfügung*, die explizit eine *Einwilligung* in

Samengewinnung von Elternschaft gemeinsam mit der nachfragenden Frau, den Eingriff prinzipiell legitimieren könnte.

Wohltun/Beneficence: Ähnlich wie bei der Frau ist die Schwangerschaft mit der Aussicht auf ein gemeinsames Kind als Wohl des Mannes zu betrachten. Auch wenn er körperlich nicht involviert ist, hat er doch als Teil der elterlichen Gemeinschaft ein hoch zu bewertendes Interesse daran, eine Familie zu gründen. Dies muss grundsätzlich für alle dargestellten Fälle unterstellt werden.

Autonomie: Die Authentizität des Kinderwunschs des potenziellen Vaters spielt nur im Hinblick auf seine Vaterschaft, nicht jedoch im Hinblick auf die zu tragenden Risiken eine Rolle, da diese in erster Linie die Frau betreffen. In den Fällen (a) und (b) ist die Situation unzweifelhaft, da der Patient einwilligungsfähig ist. Im Fall (c) ist die Sachlage anders, da der Patient sich zu der anstehenden Entscheidung nicht mehr äußern kann.

Zudem liegt in Fall (c) kein unbestreitbares Indiz für einen Kinderwunsch (insbesondere mit der anfragenden Frau) vor. Möglicherweise würde der mutmaßliche Wille des potenziellen Vaters, sei es in Form einer Äußerung seiner Partnerin und/oder anderer naher Verwandter, er habe immer Kinder gewollt oder er habe bereits von der Möglichkeit einer IVF gesprochen, ausreichen, um eine autonome Entscheidung zu unterstellen. Für den invasiven Eingriff einer Hodenbiopsie und die in der Folge anzuerkennende Vaterschaft bedarf es aber zwingend einer expliziten Einwilligung des Betroffenen.

Schließlich darf nicht übersehen werden, dass eine autonome, authentische Entscheidung für oder gegen ein Kind auch bei dem potenziellen Vater durch erheblichen moralischen Druck von Seiten seiner Partnerin, der Familie oder des Freundeskreises unmöglich gemacht werden kann.

1.4 Fragen der Gerechtigkeit

Fragen der Gerechtigkeit waren bisher nicht Thema der vorliegenden Erörterung. Sie spielen im Bereich der Grundsatzdiskussionen jedoch eine wesentliche Rolle. Ist die IVF ein Verfahren, das von der Solidargesellschaft getragen werden muss oder nicht? Dies steht in engem Zusammenhang mit der Frage, ob es sich um eine Heilbehandlung handelt oder nicht. Trotz aller Kontroversen, die sich darum ranken, muss gefolgert werden, dass IVF/ICSI in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen sind. Wenn daher angesichts der hier skizzierten Problematik eines potenziellen Vaters mit infauster Prognose auf der Basis eines wohl durchdachten und begründeten Kinderwunsches die Entscheidung für eine reproduktionsmedizinische Therapie gefallen ist, dann müssen die entstehenden Kosten von der Solidargemeinschaft getragen werden.²⁹

²⁹ Wie umstritten und problematisch die Finanzierungsfragen allerdings sind, belegt der Beitrag von *Oliver Rauprich*, Sollen Kinderwunschbehandlungen von den Krankenkassen finanziert werden? Ethische und rechtliche Aspekte, in diesem Band.

2 Perspektivenwechsel: Der Blick der potenziellen Eltern

Die Analyse der ethischen Herausforderungen bei Kinderwunsch und gleichzeitiger maligner Erkrankung des Mannes an das Team eines reproduktionsmedizinischen Zentrums führt bei Beachtung der Prinzipien mittlerer Reichweite zu dem Ergebnis, dass es keine grundsätzlichen moralischen Einwände gibt, eine IVF auch dann durch zu führen, wenn der potenzielle Vater die Geburt des Kindes wahrscheinlich nicht erleben wird. Nimmt man die Anforderungen an die Reproduktionsmedizin ernst, so muss Schaden für das Kind vermieden werden. Eine verantwortungsvolle Befassung des reproduktionsmedizinischen Teams mit dem zu erzeugenden Kind zeigt, dass das so stark herausgehobene Wohl des Kindes zwar Beachtung finden muss, im Falle eines noch nicht gezeugten jedoch zu viele vage und spekulative Voraussetzungen beinhaltet, um daraus generelle Regeln für gebotene oder verbotene Maßnahmen abzuleiten. Der Mann hat als Teil der „reproduktiven Gemeinschaft“ das Recht auf Fortpflanzung, daran ändert auch sein gesundheitlicher Zustand nichts, Einschränkungen ergeben sich bei Nichteinwilligungsfähigkeit. Die eigentlich wichtige Person ist jedoch die potenzielle Mutter. Auch von ihr muss Schaden ferngehalten werden. Eine etwaige physische und psychische Belastung kann so groß sein, dass die Durchführung der IVF/ICSI aus moralischen Gründen nicht zu rechtfertigen wäre. Gleichzeitig müssen jedoch die Gründe für eine Ablehnung hinreichend gut sein, damit die elterliche Autonomie mit ihrem legitimen Kinderwunsch nicht verletzt wird.

Kehrt man noch einmal an die entscheidende Ausgangsprämisse zurück, so dient die Reflexion der ethischen Fragen der unabdingbaren professionellen Beratung des Kinderwunsch-Paares, um angesichts einer spezifischen Problematik zu einer gemeinsamen und tragfähigen Entscheidung zu finden.

Die herausragende Bedeutung der elterlichen reproduktiven Autonomie ist zwingend verbunden mit der Frage der Eltern nach ihrer *persönlichen Verantwortung für ein zu zeugendes Kind*.³⁰ Die geteilte Entscheidungsfindung der Beratenden und Behandelnden mit den Eltern kommt nicht ohne den Perspektivenwechsel zu den potenziellen Eltern aus. Dies darf nicht mit einem Verschieben der Verantwortung auf das Paar verwechselt werden. Es geht vielmehr darum, dass die potenziellen Eltern letztendlich die Verantwortung für ihre Elternschaft werden übernehmen wollen. Sie selbst müssen einschätzen oder einzuschätzen lernen, welche physischen und psychischen Ressourcen und Bewältigungsstrategien ihnen zur Verfügung stehen. Auch die in diesem Beitrag angesprochenen väterlichen Konstellationen sind moralisch nicht „gut“ zu entscheiden, ohne die gemeinsame Verantwortung für das Wohl der zukünftigen Mutter und ihres Kindes unter den Bedingungen zu reflektieren, dass der Partner versterben oder bereits die Frau und das Kind zurückgelassen haben wird.

³⁰ Vgl. hierzu den Beitrag *Wiesemann*, Der Embryo im Kontext: Warum die Biopolitik die menschlichen Beziehungen nicht vergessen darf, in diesem Band; sowie *Wiesemann*, Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft, 2006.

Den vielleicht zukünftigen Eltern wird es ein besonderes Anliegen sein, dass das zu zeugende Kind eine glückliche Entwicklung nehmen kann. Sie werden sich fragen müssen, ob ihr Kind vaterlos aufwachsen soll. Zweifellos wird die Mutter in einem solchen Fall ein sehr positives, möglicherweise idealisiertes Bild des verstorbenen Vaters vermitteln und dem Kind eine positive Bindung an den unbekanntem Vater ermöglichen. Zudem haben die Entwicklungspotenziale eines Kindes hin zu einem psychisch ausgeglichenen, bindungs- und liebensfähigen Erwachsenen eine außerordentlich große Bandbreite und sind bei weitem nicht primär von der Form der Familienbildung abhängig.

Dennoch werden die potenziellen Eltern mit der Frage konfrontiert sein, ob sie einem Kind durch die Zeugung Schaden zufügen und dies gegebenenfalls verantworten und kompensieren können. Die Frage, ob es ein Schaden sein kann gezeugt zu sein, hat eine umfangreiche und kontroverse philosophische Debatte hervorgerufen. Da der Akt des möglichen Schadens zugleich der Akt des Wohltuns ist, nämlich das Leben zu ermöglichen, scheiden sich die Geister bei der Beantwortung.³¹ Nicht von der Hand zu weisen ist jedoch, dass Eltern ihren Kindern durch egoistische oder leichtfertige Entscheidungen und Handlungen oder bewusst gegen besseres Wissen erhebliches Unrecht zufügen können. Auch die begründete Mutmaßung, dass Menschen leben wollen und Leben der Nichtexistenz vorziehen, kann die individuelle verantwortete Entscheidung der Eltern für ein Ja zu einem Kind nicht ersetzen und die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswirklichkeit nicht vermeiden.

Das Erleben von Krankheit, Sterbenmüssen und dem Wunsch nach einem gemeinsamen Kind ist Teil der unverwechselbaren Lebensgeschichte des betroffenen Paares. Die Menschen im Team der Reproduktionsmedizin sind aufgefordert, die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass die Entscheidung des Paares nicht zu einem Trauma in ihrer Geschichte wird. Dazu dient die sorgfältige Befassung mit dem individuellen Fall. Darüber hinaus muss das Paar die Chance und Hilfe bekommen, durch eine professionelle medizinische und psychosoziale Beratung autonom und in Eigenverantwortung eine Entscheidung treffen zu können.

3 Der Frankfurter Arbeitsbogen für ein Entscheidungsverfahren zur IVF/ICSI bei Männern mit progredienten, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen

Um der Komplexität der Situation gerecht zu werden, wurde durch eine Arbeitsgruppe des Klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikums Frankfurt am Main ein Verfahrensbogen entwickelt, der die systematische Reflexion erleichtern und den Prozess transparent gestalten soll. Um vor allem der psychosozialen Be-

³¹ Vgl. dazu die zahlreichen von *Strong* analysierten philosophischen Beiträge und die dort ausgearbeitete Kritik, *Strong*, Harming by conceiving: A review of misconceptions and a new analysis, *Journal of Medicine and Philosophy* 2005/30, 491 ff.

ratung einen erkennbar hohen Stellenwert zu geben, ist ausdrücklich eine psychologische Beratung mit einer entsprechenden Dokumentation vorgesehen. Der Frankfurter Bogen geht derzeit in die Praxis und wird nach einem gewissen Zeitraum der Erprobung überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben werden. Die Diskussion der speziellen Problematik hat gezeigt, dass die Einbindung eines Klinischen Ethik-Komitees hilfreich ist, um zu reflektierten und gemeinsam zu tragenden Entscheidungs- und Handlungsabläufen zu kommen.

Arbeitsbogen für ein Entscheidungsverfahren zur IVF/ICSI bei Männern mit progredienten, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen

1. Medizinische Problematik

Sind alle medizinischen Fragen in Bezug auf die Grunderkrankung des Mannes geklärt?

ja nein

Gibt es medizinische Ausschlusskriterien in Bezug auf die Frau?

ja nein

2. Ist das Paar über die Risiken und Erfolgsaussichten des Verfahrens hinreichend aufgeklärt?

ja nein

Dokumentierte Gespräche:

.....

3. Authentizität des Kinderwunsches

Worin besteht die Motivation zur Mutterschaft?

.....

Worin besteht die Motivation zur Vaterschaft?

.....

Seit wann besteht der Kinderwunsch?*

.....

Herrscht Einigkeit zwischen den Eheleuten/Lebenspartnern?

ja nein

Nehmen die Herkunftsfamilien Einfluss auf den Kinderwunsch des Paares? In welcher Weise?

.....

Welche Rolle spielen gesellschaftliche Erwartungen?

.....

Ist der Kinderwunsch des Paares insgesamt als authentisch einzustufen?*

Mutter:

ja nein

Vater:

ja nein

4. Psychische Stabilität der Mutter*

Siehe psychologisches Gutachten

erstellt am.....

durch.....

5. Bei Nichteinwilligungsfähig des erkrankten Partners: Gibt es klare Hinweise, die auf die Bereitschaft zur Vaterschaft hindeuten?

Liegt bereits eine Samenspende vor?*

ja nein

Wurde der kranke Partner wegen des Kinderwunsches bereits durch Mitarbeiter des Klinikums beraten?

ja nein

Übereinstimmende Angaben der Partnerin und der Angehörigen?

ja nein

6. Soziales Umfeld**

Gibt es während der Behandlung und nach der Geburt eines Kindes Unterstützung durch die Familie oder den Freundeskreis?

.....

Sind die Wohnverhältnisse zufrieden stellend?

.....

Sind die finanziellen Verhältnisse zufrieden stellend?

.....

Sonstiges

.....

Ist eine Beratung des Behandlungsteams und/ oder der Betroffenen durch Mitglieder des Klinischen Ethik-Komitees notwendig?

ja

nein

Begründung:

.....

Ort/Datum

Oberarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin

-
- Die mit * gekennzeichneten Aspekte sind ggf. Ausschlusskriterien, die mit ** gekennzeichneten Aspekte sind keine Ausschlusskriterien

Autorenverzeichnis

Dr. Giselind Berg

Giselind Berg arbeitet am Institut für Ökologie der Technischen Universität Berlin. Sie hat Soziologie und politische Wissenschaften mit den Schwerpunkten Medizinsoziologie und Soziologie der Entwicklungsländer studiert. Ihre Arbeitsgebiete sind Public Health/Gesundheitswissenschaften sowie Migration und Gesundheit (Promotion). Einer ihrer weiteren Forschungsschwerpunkte liegt in den unterschiedlichen Aspekten der menschlichen Reproduktion und Fragen zur Schwangerenversorgung sowie zur Geburtshilfe bzw. dem unerfüllten Kinderwunsch und seiner Bewältigung mit Hilfe neuer Reproduktionstechniken.

Prof. Eric Blyth, CQSW BA MA PhD

Eric Blyth is Professor of Social Work at the University of Huddersfield, England and visiting professor at the Department of Applied Social Sciences at Hong Kong Polytechnic University. He is Co-Chair of the British Association of Social Workers Project Group on Assisted Reproduction (PROGAR). He has researched and published extensively in the area of infertility and assisted conception and has presented conference papers in several European countries, Australia, Canada, Hong Kong, Israel, Japan, New Zealand, Taiwan and the United States.

Dr. Gisela Bockenheimer

Gisela Bockenheimer-Lucius ist approbierte Ärztin. Sie betreut seit 1989 die Redaktion und koordinierende Schriftleitung der Zeitschrift Ethik in der Medizin (Organ der Akademie für Ethik in der Medizin). Seit 1999 ist sie Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Frankfurt am Main, Geschäftsführerin des Klinischen Ethik-Komitees am Universitätsklinikum, Mitglied und im Vorstand der Zentralen Ethik-Kommission der Bundesärztekammer (ZEKO), sowie Mitglied der IVF-Kommission der Landesärztekammer Hessen. Sie hat unter anderem zu moralischen Themen des Lebensbeginns und der Reproduktionsmedizin sowie zu Problemen der Ethikberatung in Altersheimen publiziert.

Marilyn Crawshaw, BSc MA CQSW PhD

Marilyn Crawshaw is a Senior Lecturer in Social Work at the University of York and has a long standing professional and academic interest in the impact of reproductive health, disability and the social context on individuals and their relation-

ships. As well as practising as a social worker in this field for many years, she has researched into related areas including the experiences of fertility impairment associated with cancer, donor conception and adoption. She has been an Inspector and Adviser to the UK Human Fertilisation and Embryology Authority and is currently Co-Chair (with Professor Eric Blyth) of the multi-agency UK Project Group on Assisted Reproduction and national Adviser to UK DonorLink, the government funded voluntary information exchange and contact register for adults genetically related through donor conception.

Dr. Sigrid Graumann

Sigrid Grauman studierte Biologie und Philosophie an der Universität Tübingen. Nach einem dreijährigen Promotionsstipendium der DFG arbeitete sie seit 1997 als wissenschaftliche Angestellte an dem der Universität Tübingen zugehörigen Interfakultären Zentrum für Ethik in den Wissenschaften. Sie promovierte 1999 mit einer Arbeit zur Somatischen Gentherapie im Fach Humangenetik. Von 1997 bis 1999 betreute sie als wissenschaftliche Koordinatorin das "European Network for Biomedical Ethics: Ethical Problems of In Vitro Fertilisation (IVF) with Particular Regard to its Connections with Genetic Diagnosis and Therapy". Von 1999 bis 2002 bearbeitete sie das DFG-Forschungsprojekt „In-vitro-Techniken am Beginn des menschlichen Lebens: ein Vergleich von Folgenanalysen und Bewertungsdiskursen“. Seit April 2002 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft Berlin.

Dr. Lisa Herrmann-Green

Lisa Herrmann-Green ist Angehörige der Universität Konstanz und promovierte Psychologin. Ihr Forschungsschwerpunkt gilt Regenbogenfamilien, insbesondere lesbischen Familien mit Wunschkindern durch eine Samenspende (*LDI Familien*). Mit ihrer Partnerin und ihren gemeinsamen Kindern lebt sie seit 18 Jahren in Deutschland und ist seit über zehn Jahren in der Beratung von Lesben mit Kinderwunsch tätig. Sie ist Vorstandsmitglied im Verband lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen e.V. und Mitbegründerin von LesKids und LesFam.

Prof. Dr. Werner Heun

Werner Heun ist seit 1990 Professor an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen und Direktor des Instituts für Allgemeine Staatslehre und Politische Wissenschaften und Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen unter anderem deutsches und amerikanisches Verfassungsrecht, europäische und amerikanische Verfassungsgeschichte, Finanzrecht, Kirchenrecht, Staatstheorie und Medizinrecht.

Prof. Dr. Thomas Katzorke

Thomas Katzorke ist approbierter Arzt und seit nunmehr dreißig Jahren als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig. Er ist derzeit ärztlicher Leiter des Zentrums für Reproduktionsmedizin Essen. Seit 1996 ist er Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ), wurde 2003 zum außerplanmäßigen Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Endokrinologie und Reproduktionsmedizin an der Universität Padua berufen und ist seit 2006 als Vorsitzender des Arbeitskreises donogene Insemination tätig.

Mag. Eva-Maria Knoll

Eva-Maria Knoll absolvierte das Studium der Völkerkunde und ist derzeit wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschungsstelle Sozialanthropologie am Zentrum Asienwissenschaften und Sozialanthropologie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen Tourismus-, Geschlechter- und Technologieforschung (v.a. Reproduktionstechnologien). Sie ist Mitglied der American Anthropological Association (AAA) und der Ethnomedizinischen Gesellschaft Wien und zudem als Lehrende und Vortragende im universitären und außeruniversitären Bereich (u.a. in Wien, Göttingen und Ljubljana) tätig. Derzeit schließt sie ihr Dissertationsprojekt zum Thema „Fortpflanzungstourismus in Europa“ ab.

PD Dr. Tanja Krones

Tanja Krones ist Dozentin für Medizinethik am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg und in der Geschäftsführung der Forschungs-Ethikkommission tätig. Sie ist Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, gemeinsam mit Prof. Uwe Körner Vorsitzende der AG Embryonenschutz und Reproduktionsmedizin der Akademie für Ethik in der Medizin, sowie gemeinsam mit Daniel Strech Vorsitzende des Fachbereichs Evidenzbasierte Medizin und Ethik des Deutschen Netzwerks evidenzbasierter Medizin. Sie hat Medizin, Soziologie, Psychologie und Politologie studiert, promovierte 2000 und habilitierte sich 2006 für das Fach Ethik in der Medizin an der Universität Marburg.

Prof. Dr. Hans-Wilhelm Michelmann

Hans Wilhelm Michelmann ist Leiter der reproduktionsmedizinischen Labore der Arbeitsgruppe Reproduktionsmedizin an der Universitätsfrauenklinik Göttingen. Er hat in Göttingen Agrarwissenschaften studiert, wurde 1975 promoviert und habilitierte sich nach einem zweijährigen Forschungsaufenthalt in den USA in den Fächern Fortpflanzungsbiologie und Zytogenetik. Seit 1988 ist er Professor für

Reproduktionsbiologie an der Universitätsfrauenklinik Göttingen. 1993 erhielt er den Doktor Honoris Causa der Universität Bukarest. Er war mehr als 10 Jahre lang sowohl im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin als auch der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin tätig. Seit 1993 ist er Mitglied der Akademie Ethik in der Medizin.

Prof. Dr. Falk Ochsendorf

Falk Ochsendorf ist Arzt für Dermatologie und Venerologie, Andrologie, Allergologie und "Master of Medical Education". Er ist seit 1984 am Zentrum Dermatologie und Venerologie (Direktor Prof. Dr. R. Kaufmann) des Klinikums der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main tätig und habilitierte sich 1996 mit einem andrologischen Thema. Derzeit ist er leitender Oberarzt und leitet dort die andrologische Ambulanz. Neben der klinischen Dermatologie und der Andrologie ist die medizinische Ausbildung sein Hauptarbeitsgebiet.

Dr. Oliver Rauprich

Oliver Rauprich ist Leiter der BMBF-Nachwuchsgruppe „Gerechtigkeit in der modernen Medizin“ am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum. Er hat Biologie und Philosophie in München und Chicago studiert und wurde an der Universität München in Philosophie promoviert. Als Gastwissenschaftler war er an der Georgetown University in Washington DC sowie an der Harvard University in Boston. Seine Forschungsschwerpunkte sind biomedizinische Ethik, Theorien der Gerechtigkeit sowie Evolutionäre Ethik.

Timo Sauer, MA

Timo Sauer absolvierte das Studium der Philosophie, Soziologie und Geschichte an der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main und an der Université de Picardie Jules Vernes Amiens, Frankreich. Er ist examinierter Krankenpfleger und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Klinischen Ethik-Komitee der Universitätsklinik Frankfurt am Main. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der Analyse spezifischer Probleme einer interdisziplinären Ethik und Ethikberatung mit besonderem Blick auf die Pflege.

PD Dr. Aglaja Stirn

Aglaja Stirn ist Leiterin des Funktionsbereiches Psychosomatik der J. W. Goethe-Universitätsklinik Frankfurt am Main, Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin, Gruppenanalytikerin. Aufenthalte in den USA und im Max-Planck-Institut für Hirnforschung Frankfurt am Main. Sie ist Reviewerin für mehrere Zeitschriften und Autorin zahlreicher Publikationen zu Körperbild und Körperveränderungen, Essstörungen, aber auch zu Depression, Zwang und selbstverletzendem Verhalten, darüber hinaus auch zu buddhistischer Klosterkunst und indischen Ethnien.

Dr. Petra Thorn

Petra Thorn ist Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin und Familientherapeutin DGSF. Sie arbeitet seit 1994 in der Beratung bei Kinderwunsch. Ihr klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Familienbildung mit Gametenspende. Hierzu hat sie zahlreich publiziert. Sie ist Vorsitzende des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland e.V. und der Special Interest Group Psychology & Counselling der ESHRE sowie u.a. Vorstandsmitglied des Arbeitskreises für donogene Insemination e.V. und der International Infertility Counselling Organisation.

Yasar Toraman

Yasar Toraman ist Dipl. Biologin und hat die Leitung und Organisation des biologischen IVF-Labors der J. W. Goethe-Universitätsklinik Frankfurt am Main inne. Ihr Aufgabenbereich umfasst die Vorbereitung und Durchführung sämtlicher im Rahmen des biologischen IVF-Labors notwendiger Maßnahmen wie IVF und ICSI, Kryokonservierung von pronucleus-Stadien, Durchführung des Embryotransfers, Beurteilung und Auswertung von Nativspermiogrammen, Aufbereitung des Spermias über Dichtegradienten oder Swim up Methode für IUI, IVF oder ICSI, Wartung aller Gerätschaften, die für ein funktionierendes IVF-Labor benötigt werden. Sie hat über die „Konservierung von Ovarialgewebe und Vitalitätsanalyse nach dem Auftauen“ promoviert.

Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M.

Christiane Wendehorst ist seit März 2008 Professorin für Zivilrecht an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien. Sie absolvierte das Studium der Rechtswissenschaften, wurde 1994 promoviert und 1998 habilitiert. Von 1999 bis 2008 war sie Professorin (C4) für Bürgerliches Recht, Medizinrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung, an der Universität Göttingen. Von 1999 bis 2005 war sie Direktorin der Abteilung für Arzt- und Arzneimittel-

recht der Juristischen Fakultät und von 2006 bis 2008 im Vorstand des Zentrums für Medizinrecht. In den Jahren 2001 bis 2008 war sie Mitglied der Ethik-Kommission am Universitätsklinikum Göttingen. Seit 2001 ist sie Mitglied der Arbeitsgruppe Reproduktionsmedizin in der Akademie für Ethik in der Medizin.

PD Dr. Inka Wiegratz

Inka Wiegratz ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und seit 1990 an der Universitätsfrauenklinik Frankfurt tätig, wo sie seit 2007 die kommissarische Leitung des Schwerpunkts gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin inne hat. Sie verfügt über langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Patientinnen, die Probleme aus dem Gebiet der gynäkologischen Endokrinologie aufweisen und befasst sich mit der Therapie von Patientinnen mit primärer und sekundärer Sterilität, einschließlich Stimulationstherapie, IUI, IVF und ICSI-Therapie. Sie habilitierte sich 2005.

Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Claudia Wiesemann ist Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen und Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung, sowie Stellvertretende Vorsitzende der Ethikkommission an der Universität Göttingen. Sie hat Medizin, Philosophie und Geschichte studiert und wurde in Medizingeschichte an der Universität Münster promoviert. An der Universität Erlangen-Nürnberg habilitierte sie sich 1996 für Geschichte und Ethik der Medizin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Medizingeschichte und Medizinethik aus kulturwissenschaftlicher Perspektive, Geschichte der Todesfeststellung im 20. Jahrhundert und die Ethik der Elternschaft.

Prof. Dr. Barbara Zoll

Barbara Zoll absolvierte das Studium der Medizin und durchlief die Ausbildung zur Fachärztin für Humangenetik mit Fachkunde für genetische Beratung, Zytogenetik und Molekulargenetik. Sie habilitierte sich im Fach Humangenetik und leitet als approbierte Oberärztin die genetische Beratungsstelle am Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Göttingen. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen unter anderem die Genetische Beratung, Syndromologie und Entwicklungsgenetik.

Auch 30 Jahre nach der Geburt des ersten „Retortenbabys“ Louise Brown im Jahr 1978 bleibt für viele Paare der Wunsch nach einem eigenen Kind unerfüllt, und ihre Hoffnungen richten sich auf moderne Techniken assistierter Reproduktion. Die Reproduktionsmedizin hat seitdem immense Fortschritte gemacht und neue Chancen eröffnet. Mit diesen Chancen ist indessen zugleich eine Fülle neuer Herausforderungen verbunden, deren moralische und rechtliche Implikationen erheblich sind.

Der vorliegende Band vereint Beiträge zweier Tagungen, die im Jahr 2007 vom »Forum für Ethik in der Medizin Frankfurt am Main e.V.« gemeinsam mit der »Arbeitsgruppe Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz in der Akademie für Ethik in der Medizin« sowie vom »Zentrum für Medizinrecht« der Universität Göttingen veranstaltet wurden und welche die aktuelle Debatte um die Reproduktionsmedizin und ihre Möglichkeiten aufgreifen. Sie wenden sich den Errungenschaften und Problemen assistierter Fortpflanzung im Allgemeinen zu, widmen jedoch ihr Augenmerk speziell donogenen Techniken (Eizellspende, Samenspende, Embryospende) sowie dem Kinderwunsch in besonderen Situationen (etwa körperliche Behinderung, letale Erkrankung eines Partners, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften).



ISBN 978-3-940344-46-5
ISSN 1864-2144

Universitätsverlag Göttingen