

## Fortpflanzungsmedizin und Behinderung

Fortpflanzung, Schwangerschaft und Elternschaft gestalten sich heute anders als vor 30, 40 Jahren. Medizinische und biotechnologische Entwicklungen gehen Hand in Hand mit soziokulturellen Veränderungen:

- **Trennung von Sexualität und Fortpflanzung:** Die Einführung der Pille Anfang der 1960iger Jahre ermöglicht Geschlechtsverkehr, ohne schwanger zu werden. Ende der 1970iger/Anfang der 1980iger Jahre wird es auch möglich, schwanger zu werden, ohne Geschlechtsverkehr zu haben – durch künstliche Befruchtung [[>> IVF](#)]. Parallel dazu verändern sich Familienformen und Familienbild (Stichwort Alleinerziehende, Patchwork- und Regenbogen-Familien).
- **Medikalisierung der Schwangerschaft:** Der Zugang zu Schwangerschaft und Geburt verändert sich mit der Verlagerung der Geburt ins Krankenhaus zu Beginn des 20. Jh. Die Medikalisierung dehnt sich zunehmend aus auf den gesamten Schwangerschaftsverlauf bis hin zur Zeugung. Seit den 1960iger Jahren kann der Embryo mittels Ultraschall dargestellt werden, er wird als eigenständiges Wesen sichtbar. Nun wird nicht mehr nur die Schwangere beobachtet, sondern auch das werdende Kind und seine Entwicklung. Durch Furchtwasseruntersuchung und andere Tests lassen sich Behinderungen und Krankheiten vorgeburtlich diagnostizieren [[>> PND](#)].

Mit der künstlichen Befruchtung wird die Untersuchung des Embryos auf genetisch bedingte Krankheiten und Anomalien vor der Einpflanzung in die Gebärmutter möglich [[>> PID](#)].

- **Aufspaltung von genetischer, biologischer, sozialer und rechtlicher Elternschaft:** Die sog. assistierten Reproduktionstechnologien (ARTs), zu denen künstliche Befruchtung, Samen-, Eizell- und Embryonenspende,

nehmend weniger schicksalhaft erfahren. Kinderlosen Paaren bietet die Reproduktionsmedizin Möglichkeiten, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Schwangerschaften können geplant werden. Medizinische Probleme brechen nicht nach der Geburt überraschend über Eltern herein, sie können pränatal kontrolliert werden. Auf der anderen Seite entstehen neue Zwänge. Die Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufs führt zu neuen Unsicherheiten und

»» *Zum Leben gehört es, das eigene Leben nicht nur zu verstehen, sondern auch zu entwerfen. ... Im Zeitalter der Bio- und Anthropotechniken bekommt das Wort ‚Lebensentwurf‘ einen ganz neuen Klang. Es meint nur das technische Design, welche Leben geplant wird. Der Wille zur geplanten Gestaltung des Lebens hat auch die Fortpflanzung, Schwangerschaft und Geburt längst erfasst ...*

(Ulrich Körtner)

aber auch Leihmutterschaft zählen, führen dazu, dass unterschiedliche Aspekte von Elternschaft voneinander entkoppelt werden: Die genetischen Eltern sind jene Personen, von denen die Keimzellen stammen. Die biologische Mutter ist jene, die das Kind austrägt. Soziale und gesetzliche Eltern sind diejenigen, denen die Elternschaft nach geltendem Recht zugeschrieben wird und bei denen das Kind aufwächst.

Diese Entwicklungen sind einerseits ein Freiheitsgewinn: Fortpflanzung wird zu-

Verunsicherungen. Die Entscheidungsfreiheit für werdende Eltern bedeutet auch Entscheidungszwang. Sowohl einzelne Eltern als auch die Gesellschaft insgesamt stehen vor komplexen ethischen Fragen.

### Dieses Argumentarium

Die [»>> Themen der Reproduktionsmedizin](#) sind ein weites Feld. Die ethischen Problemstellungen, die mit ihren verschiedenen Möglichkeiten verbunden sind, sind entsprechend vielfältig. So verschieden die ethischen Problemstellungen

im Einzelnen sind – in der Auseinandersetzung mit allen reproduktionsmedizinischen Themen spielt die Frage nach dem [>> moralischen Status des Embryos](#) eine Rolle: Ab wann soll das vorgeburtliche menschliche Leben als Mensch gelten, dem die vollen Rechte, v.a. das Recht auf Leben, zukommen? Diese Frage klingt abstrakt und theoretisch. Sie ist auch nicht die einzige, alles entscheidende Frage in der ethischen Beurteilung reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten. Es ist jedoch wichtig, sie zu diskutieren. Denn an ihr scheiden sich die Geister. Der moralische Status des Embryos ist sowohl in der Ethik als Wissenschaft als auch gesellschaftlich hoch umstritten; eine Einigung ist nicht in Sicht. Nach der grundlegenden Auseinandersetzung mit dem moralischen Status des Embryos konzentriert sich dieses Argumentarium auf [>> In-vitro-Fertilisation](#), [>> Präimplantationsdiagnostik](#) und [>> Pränataldiagnostik](#). Diese Themen wer-

den aus einer doppelten Blickrichtung betrachtet. Denn im Kontext der praktischen Arbeit der Diakonie sind zwei Perspektiven wichtig:

- Die Diakonie ist zum einen Menschen mit Behinderung verpflichtet, da sie in ihren Einrichtungen mit ihnen arbeitet und sich für ihre Rechte einsetzt. VertreterInnen von Menschen mit Behinderung fürchten, Reproduktionsmedizin werde in Dienst genommen, um Eltern ein „umfassend kontrolliertes Qualitätsprodukt Kind“ (Franz-Joseph Huainigg) anzubieten, und führe letztlich zur Infragestellung der Existenzberechtigung behinderten Lebens. [\[>> Selektion und Diskriminierung\]](#) Diese Befürchtung versteht und teilt die Diakonie.
- Zum anderen ist die Diakonie – ebenfalls aufgrund ihrer praktischen Tätigkeit – Eltern von Kindern mit Behinderung verpflichtet. Die Geburt eines Kindes mit Behinderung wird zuneh-

mend als außergewöhnliche, nicht zumutbare Belastung dargestellt und erlebt und im Extremfall sogar als „Schadensfall“ (ab)gewertet. Werden die Eltern von Kindern mit Behinderung fühlen sich oft isoliert und allein gelassen. Die Diakonie steht ihnen beratend und begleitend zur Seite, ohne sie in eine bestimmte Richtung zu drängen – damit sie verantwortete Entscheidungen treffen können. [\[>> reproduktive Autonomie\]](#) Dieses Anliegen kann durchaus in Spannung stehen zu den Anliegen von VertreterInnen von Menschen mit Behinderung.

Beide Perspektiven berücksichtigend, will dieses Argumentarium die ethischen Grundfragen in den genannten reproduktionsmedizinischen Themen herausarbeiten, verschiedene Positionen vorstellen und so die Leser und Leserinnen in ihrer persönlichen ethischen Urteilsbildung unterstützen.

## Themen der Reproduktionsmedizin

Die Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin des Rates der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) behandelt folgende Problemstellungen:

- **In-vitro-Fertilisation (IVF):** Die Befruchtung passiert außerhalb des weiblichen Körpers, im Reagenzglas (= „in vitro“).
- **Kryokonservierung (Kältekonservierung):** Samenzellen, Eizellen, imprägnierte Eizellen (= das Spermium ist bereits in die Eizelle eingedrungen, aber Eizelle und Spermium sind noch nicht vollständig verschmolzen) oder Embryonen werden eingefroren für eine spätere Nutzung. Die Gründe dafür können medizinische (z.B. Krebserkrankung) oder soziale sein (sog. *social freezing* als Vorsorgemaßnahme, wenn eine Frau in jungen Jahren – etwa aus Karrieregründen – nicht schwanger werden kann/will). Auch überzählige Embryonen werden eingefroren, sie können für einen späteren Transfer oder zu Forschungszwecken verwendet werden.
- **Samen- und Eizellspende sowie Embryonenspende:** Eine Sonderfrage ist die Vermischung von Spermien verschiedener Spender sowie die Verwendung mehrerer Embryonen von verschiedenen genetischen Eltern.
- **Leihmutterchaft:** Bei der traditionellen Leihmutterchaft kommt die Schwangerschaft durch Insemination mit dem Spermium des vorgesehenen Vaters oder eines Spenders zustande. Bei der Gestationsleihmutterchaft kommt die Schwangerschaft mittels IVF unter Verwen-

dung der Eizelle der vorgesehenen Mutter oder einer Spenderin zustande.


- **Pränataldiagnostik (PND):** ermöglicht medizinische Diagnosen während der Schwangerschaft.
- **Präimplantationsdiagnostik (PID):** ermöglicht eine Beurteilung der Entwicklungsfähigkeit und der genetischen Ausstattung künstlich befruchteter Embryonen.
- **Forschung:** Die (Weiter-)Entwicklung von IVF ist auf Embryonenforschung angewiesen. Daher waren diese beiden Fragen von Anfang an miteinander verbunden. Mit der Zeit sind weitere Forschungsfelder dazu gekommen. Sie sind v.a. von der Suche nach neuen Therapien motiviert:
  - *Stammzellforschung*, für die Embryonen zerstört werden.
  - *therapeutisches Klonen:* Der Kern einer beliebigen Zelle wird in eine entkernte Eizelle eingebracht (= somatischer Zellkerntransfer). Diese beginnt, einen Embryo zu entwickeln. Der Embryo ist genetisch weitgehend ident dem Individuum, vom dem der Zellkern stammt. Auf dieser Basis könnten künftig Therapien entwickelt werden, die genetisch auf den Patienten abgestimmt sind.
  - *Mitochondrien-Ersatztherapien:* Manche unheilbaren Erbkrankheiten werden ausgelöst durch Mutationen in den sog. Mitochondrien-Genen. Ihre Weitergabe kann verhindert werden. Der Kern der Eizelle der Mutter, die Trägerin der Erbkrankheit →

ist, wird in die entkernte Eizelle einer Spenderin eingesetzt (entweder vor oder nach der IVF).

- **Mensch-Tier-Hybridembryonen:** Erzeugung von unterschiedlichen Arten von Embryonen, die menschliche und nichtmenschliche Gene enthalten.
- **Genome Editing:** Das Verfahren CRISPR funktioniert wie eine Art Schere, um DNA gezielt zu schneiden. So lassen sich Gene ein- und ausschalten oder reparieren. Auf diesem Weg könnten künftig bestimmte Krankheiten behandelt werden. Aber auch

Erbmaterial ließe sich gezielt verändern (Keimbahnmodifikation).

- **Reproduktives Klonen:** Reproduktives Klonen funktioniert wie das therapeutische Klonen und wurde bei Tieren bereits erfolgreich angewendet. Doch beim Menschen steht es nicht zur Debatte.

Die Orientierungshilfe der GEKE diskutiert alle diese Themen Punkt für Punkt. Denn jede dieser Möglichkeiten ist mit eigenen ethischen Fragen und Problemen verbunden. Daher können sie nicht im Paket beurteilt werden. 

## Der moralische Status des Embryos

Steht Embryonen derselbe Schutz zu wie geborenen Menschen? Diese Frage steht hinter der Frage, ob reproduktionsmedizinische Maßnahmen wie IVF, PID und PND zulässig sind. Sie hängt eng zusammen mit der Frage, ob und ab wann Embryonen Menschen im Vollsinn des Wortes sind – bzw. anders formuliert: Personen, deren Würde und Rechte wir anerkennen müssen. Grob betrachtet, lassen sich zwei Positionen unterscheiden:

- Ein Embryo ist ab der Befruchtung ein menschliches Wesen mit Würde, dem ein **nicht abstufbarer Schutz** zusteht.
- Nicht ein einzelner Zeitpunkt der Embryonalentwicklung ist ausschlaggebend, vielmehr begründen verschiedene Entwicklungsstufen zunehmenden Schutz (**abstufbarer Schutz**).

Beide Positionen bauen auf biologische Erkenntnisse über die embryonale Entwicklung auf. Doch können Antworten auf die Frage nach der Schutzwürdigkeit nicht einfach aus biologischen Fakten abgeleitet werden. Eine biologische Erkenntnis ist noch kein ethisches Argument. Der biologische Befund muss interpretiert werden.

### Nicht abstufbarer Schutz von Anfang an

Die Embryonalentwicklung beginnt mit dem Eindringen des Spermiums in die Eizelle. Der Befruchtungsvorgang dauert in etwa 24 Stunden. Man spricht von

der Befruchtungskaskade. Am Ende des Befruchtungsprozesses hat der Embryo alles, was er braucht, um sich zu einem neuen, genetisch einzigartigen Lebewesen zu entwickeln. Diese Neu- und Einzigartigkeit des menschlichen Genoms ist ausschlaggebend. Das ist der entscheidende qualitative Sprung. Ab jetzt haben wir es mit einer Person zu tun, ab jetzt beginnt die Schutzwürdigkeit. Diese Position wird mit den sog. SKIP-Argumenten begründet:

- **Spezies-Argument:** Die Zugehörigkeit zur Spezies Mensch ist ausschlaggebend für den besonderen moralischen Status des menschlichen Embryos.
- **Kontinuitäts-Argument:** Ab der Befruchtung entwickelt sich der Embryo kontinuierlich weiter. Er entwickelt sich *als* Mensch, nicht *zum* Menschen. Es gibt keine qualitativen Einschnitte mehr in dieser Entwicklung.
- **Identitätsargument-Argument:** Die genetische Identität ist mit der Zeugung gegeben. Der Embryo hat eine individuelle genetische Ausstattung, die bis zum Tod gleich bleibt. Es ist ein und derselbe Mensch, der durch alle Phasen seines Lebens mit sich identisch ist.
- **Potenzialitäts-Argument:** Mit der genetischen Identität sind die Möglichkeiten der Entwicklung gegeben. Der Embryo verfügt also potenziell über jene Eigenschaften, die ausschlaggebend sind für Würde und Schutz. Dieses Potenzial – und nicht aktuelle Eigenschaften oder Fähigkeiten – ist entscheidend.

### Abstufbarer Schutz und die Unbestimmtheit des Anfangs

Für VertreterInnen eines abstufbaren Schutzkonzeptes sind andere Zeitpunkte der Embryonalentwicklung entscheidend für die Zuerkennung vollumfänglichen Schutzes. Viele stellen auch nicht auf einen bestimmten einzelnen Zeitpunkt ab. Sie fragen, ob die Biologie ein einzelnes Kriterium hergibt, das nicht willkürlich gewählt ist, und sprechen von einer „Unbestimmtheit des Anfangs“. Je weiter der Embryo heranreift, desto mehr Schutz soll ihm gewährt werden. Wichtige Stufen in der Entwicklung des Embryos sind:

- **Nidation:** Um sich tatsächlich entwickeln zu können, braucht der Embryo Bedingungen, die ihm nur der Mutterleib bieten kann: Schutz, Wärme, Nahrung etc. Ein Embryo, der nicht in die Gebärmutter einer Frau implantiert wird, ist unrettbar zum Absterben verurteilt. Dem wird auch ethische Bedeutung zugeschrieben. Außerdem ist die Verlustrate vor der Nidation sehr hoch; nur jeder dritte Keim nistet sich erfolgreich in der Gebärmutter ein. In der Nidation eine relevante Zäsur zu sehen, hat vor allem auch Bedeutung für die Frage, ob Embryonen in vitro denselben moralischen Status haben wie Embryonen in vivo.
- **Ende der Zwillingsbildung:** In der 3. Woche bildet sich der so genannte Primitivstreifen. Es entstehen keine eineiigen Zwillinge mehr. Ab jetzt ist der Embryo – dem Individualitätsargument zufolge – ein „unteilbares Individuum“.
- **Ausbildung der Gehirnanlage:** Am Ende der 3. Woche beginnt die Ausbildung der Neuralplatte, des Gehirns und des Rückenmarks.

- **Organogenese und Ausbildung der menschlichen Gestalt:** Bis zum Ende der 8. Woche ist anlagemäßig der menschliche Körper mit allen Organen entstanden. Man spricht jetzt vom Fötus. Er nimmt zunehmend menschliche Gestalt an.
- Ab der 15. Woche lassen sich hormonelle **Stressreaktionen** beim Fötus feststellen. In der 18. Woche nimmt die Mutter die ersten **Kindegewebungen** wahr. Bewusst **Schmerz** empfindet der Fötus ab der 24. Woche.

zes sei die religiöse bzw. christliche und werde von den Kirchen vertreten, die Position des abstufbaren Schutzes hingegen sei die säkulare. Dieser Eindruck ist falsch.

Für das **katholische Lehramt** beginnt das Menschenleben mit der Befruchtung. Der Mensch kann nicht darüber verfügen. Denn Gott allein ist der Herr über dieses Leben. Der Schutz des Embryos gilt daher absolut. Güterabwägung wird ausgeschlossen. Viele **katholische Moraltheologinnen** sind ebenfalls der Auf-

GEKE spricht daher von einem „Korridor“, innerhalb dessen sich authentische evangelische Positionen bewegen. Trotz verschiedener Auffassungen lassen sich nicht nur grundlegende **>> Leitmotive evangelischer Ethik**, sondern auch allgemeine Tendenzen in den Einschätzungen des moralischen Status des Embryos skizzieren:

- Evangelische Ethik geht eher von der Unbestimmtheit des Anfangs aus. Gerade weil der Anfang unbestimmt ist, soll Embryonen vorsorglich Personsein und der damit verbundene Schutz zugesprochen werden. (In der Fachsprache nennt man diese Begründung tutoristisch.)
- Ethische Entscheidungen in reproduktionsmedizinischen Fragen hängen nicht ausschließlich vom moralischen Status des Embryos ab.
- Generell ist die evangelische Ethik gekennzeichnet von einer großen Offenheit für Güterabwägung.

Wir sehen: Es gibt nicht *die* christliche und *die* säkulare Position. Christliche bzw. kirchliche Positionen decken eine große Bandbreite ab. Doch eine Denkrichtung weisen alle Kirchen uni sono zurück – die utilitaristische, die besagt: Personsein ist geknüpft ist an bestimmte Voraussetzungen wie (Selbst)Bewusstsein oder die Fähigkeit, zukunftsorientierte Interessen zu haben. Menschen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen – und damit auch Embryonen – sind keine Personen und haben daher nicht denselben Anspruch auf Schutz wie Personen. Für theologische EthikerInnen klar: Alle Menschen sind Personen. Ihr Lebensrecht darf nicht von bestimmten intellektuellen Fähigkeiten oder körperlicher Verfassung abhängig gemacht werden.

**>> Mit dem ... medizinischen Fortschritt ist dem Menschen ... eine Verantwortung zugewachsen, aus der er sich nicht ... davonstehlen kann ... . Der Hinweis auf Gott, den Herrn über Tod und Leben, ... darf daher nicht dazu missbraucht werden, die Verantwortung Gott zuzuschreiben, wo sie dem Menschen übertragen ist.**

(Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich 2001)

- Ab der 22. Woche kann das Kind – dank moderner Medizintechnik – außerhalb des Mutterleibes überleben (**extrauterine Lebensfähigkeitsgrenze**).

Auch VertreterInnen einer abgestuften Schutzwürdigkeit erklären Embryonen nicht einfach zu einem Zellhaufen. Sie halten Embryonen für schutzwürdig. Dass diese Schutzwürdigkeit abgestuft ist, heißt, dass sie offen ist für Abwägung. Im Konfliktfall wird gefragt: Welches Gut wiegt höher? Der Schutz des Embryos oder die **>> reproduktive Autonomie** der Mutter?

### Positionen der Kirchen

Manchmal herrscht der Eindruck vor, die Position des nicht abstufbaren Schut-

fassung, dass dem Embryo ab der Zeugung Personwürde zukommt. Doch gibt es auch MoraltheologInnen, die skeptisch sind, ob sich die Sichtweise „Person von Anfang an“ in jeder Hinsicht plausibel begründen lässt. Sie wollen im Konfliktfall zwischen verschiedenen Gütern Raum für eine Abwägungsethik lassen.

Die **protestantische Tradition** kennt kein der katholischen Tradition vergleichbares Lehramt. Die Positionen zum moralischen Status des Embryos gehen auseinander – sowohl zwischen den Mitgliedskirchen der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) als auch in der wissenschaftlichen theologischen Ethik. Die Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin der

## Leitmotive evangelischer Ethik

Für die evangelische Ethik ist die **Bibel** normgebend. Das heißt: Evangelische gewinnen die Maßstäbe, an denen sie ihr Handeln ausrichten, aus der Heiligen Schrift. Allerdings können Normen zur moralischen Beurteilung der modernen Reproduktionsmedizin nicht einfach aus der Bibel abgeleitet werden. Die evangelische Ethik nutzt die Bibel als normgebende Quelle, indem sie zum einen fragt: Was sagt die Bibel zu Fragen der Fortpflanzung? Hier fällt vor allem

die große Sensibilität auf, mit der das Alte Testament das Leiden an Kinderlosigkeit thematisiert. Auch im Neuen Testament werden Elternschaft und Familienleben geschätzt, aber sie sind nicht von höchster Wichtigkeit. Zum anderen formuliert die evangelische Ethik ihr Rahmenkonzept auf Basis der Bibel. Dazu gehören sowohl das **Menschenbild** als auch die Leitmotive Liebe, Gerechtigkeit, Freiheit und Verantwortung.




Hinter der Frage, ob der Mensch alles darf, was er medizinisch und technisch kann, steht die Frage: **Was ist überhaupt der Mensch?** Die Bibel sagt: Der Mensch ist Ebenbild Gottes. Daher kommt ihm eine unantastbare Würde zu. Ganz egal, wie seine biologische Ausstattung ist oder was er leisten kann bzw. leistet. Sein Wert und sein Lebensrecht hängen nicht von bestimmten intellektuellen Fähigkeiten oder von seiner körperlichen Verfassung ab. Anders formuliert: Das kranke, eingeschränkte, brüchige menschliche Leben ist genauso wertvoll wie das gesunde, heile und ganze. Daher weisen die Kirchen Eugenik und Diskriminierung von Menschen mit Behinderung mit aller Deutlichkeit zurück.

Grundlage evangelischer Ethik ist die **Liebe** Gottes zu allen Menschen. Die Liebe Gottes kennt keine Grenzen und geht jeglicher menschlichen Liebe voraus. Die Liebe Gottes müssen und können sich die Menschen nicht verdienen. Gott liebt uns nicht, weil wir gute Werke tun. Wir müssen uns nicht selbst rechtfertigen. Diese reformatorische Einsicht führt zu **Freiheit**. Aber nicht zu einer Freiheit, die meint, ich kann tun, wie mir beliebt. Freiheit ist in Beziehung und **Verantwortung** eingebettet. Evangelische Ethik ist eine Verantwortungsethik, die durch den Geist der Liebe bestimmt ist. Weil Gott uns Menschen seine Liebe schenkt, können wir sie weiter schenken, das heißt: dem Nächsten in verantwortungsvoller Liebe und Fürsorge dienen und uns für **Gerechtigkeit** einsetzen.

Aus diesen knapp skizzierten Grundmotiven folgt, dass evangelische Ethik ...

... der reproduktiven Autonomie mit großer Wertschätzung begegnet und dabei die moralische Dimension von Auto-

nomie betont: werdende Eltern sollen, geleitet vom Geist der Liebe, **Verantwortung** übernehmen sowohl für das Kind (Fürsorge, Kindeswohl) als auch für sich selbst (Selbstsorge). ... **zurückhaltend ist mit kategorischen Einwänden** gegen reproduktionsmedizinische Möglichkeiten: Anders als das römisch-katholische Lehramt, argumentiert evangelische Ethik nicht mit der Natur, verstanden als Schöpfung, in die der Mensch nicht eingreifen darf. Es muss vielmehr zwischen Schöpfer und Schöpfung unterschieden werden: „Wer den praktischen Sinn des Glaubens an Gott ... darin sieht, der Natur ihren Lauf zu lassen, verwechselt Gott mit der Natur.“ Nach Genesis 2,15 hat Gott dem Menschen den Auftrag erteilt, die Natur zu gestalten. Zwar ist nach biblischem Verständnis Gott Herr über Leben und Tod. Aber der Hinweis darauf „darf nicht dazu missbraucht werden, die Verantwortung Gott zuzuschieben, wo sie dem Menschen übertragen ist. Wir haben vielmehr immer wieder neu zu fragen, wie wir eingedenk des Geschenkcharakters menschlichen Lebens verantwortlich mit den Möglichkeiten der modernen Hochleistungsmedizin umgehen können.“ (Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich 2001)

... **offen ist für Güterabwägung**: Evangelische Ethik stellt nicht die Beurteilung von einzelnen Handlungen an sich ins Zentrum der Reflexion, sondern den moralischen Konflikt. Sie betrachtet reproduktionsmedizinische Entscheidungen als Dilemmata. Das heißt: Es lässt sich nicht eindeutig sagen, dass eine bestimmte Handlung moralisch gut oder richtig bzw. moralisch schlecht oder falsch ist. Es muss abgewogen werden. Es geht weniger darum, dass eine Entscheidung moralisch einwandfrei ist, als darum, der konkreten Situation möglichst gerecht zu werden und Verantwortung zu übernehmen. 

## Selektion und Diskriminierung

Der Blick auf Reproduktionsmedizin aus der Perspektive Behinderung richtet sich vor allem auf das werdende Leben. Die Themen PND und PID stehen im Zentrum. Diese Technologien werden als Selektion bewertet, die zur Diskriminierung von Menschen mit Behinderung führt. Denn bei PND und PID geht es im Kern um die Unterscheidung zwischen lebenswertem und nicht lebenswertem Leben.

### Selektion

Der Sozialdarwinismus (ab ca. 1870) überträgt die biologische Erkenntnis der Evolutionslehre vom Grundgesetz der Selektion auf die Gesellschaft: Die

Tauglichsten sind die Sieger im sozialen Daseinskampf. Um 1900 werden in England, den USA und Deutschland „eugenische Gesellschaften“ gegründet. Sie verfolgen das Ziel, die Gesellschaft von „Balastexistenzen“ zu befreien. Im Namen der „Volksgesundheit“ wird selektiert – durch Zwangssterilisationen bis hin zur mörderischen Selektion durch die Euthanasieprogramme der Nationalsozialisten. In den 1950er Jahren bemüht sich die Humangenetik, den Bezug zur Volksgesundheit zu tilgen. Zwar wird das Kriterium der Freiwilligkeit aufgenommen, doch die Stoßrichtung der humangenetischen Beratung bleibt bis in die 1970er Jahre dieselbe: „Prävention“ von Kindern mit Behinderung.

Diese Geschichte der Bestimmung von behindertem Leben als „lebensunwert“ sowie der Prävention und Vernichtung

„unwerten Lebens“ hat sich tief in das kollektive Gedächtnis eingepreßt, Menschen mit Behinderung trifft sie ins Mark ihrer Existenz. Diese Erfahrung schwingt mit in Diskussionen um PND und PID. Eugenik überschattet die Debatte.

Das entsprechende ethische Argument ist ein so genanntes **intrinsisches Argument**. Es bezieht sich auf die pränatal- bzw. präimplantationsdiagnostische Handlung an sich und lautet: Bei einer pränatal- bzw. präimplantationsdiagnostischen Entscheidung wird das Leben eines Embryos aufgrund bestimmter Merkmale bewertet. Damit wird implizit auch das Leben derer, die Träger dieser bestimmten Merkmale sind, bewertet. Diese Bewertung ist moralisch unzulässig. Denn sie ist eine Wertbestimmung des Menschen durch den Menschen und widerspricht der Menschenwürde.

## Diskriminierung

In den 1970er Jahren setzt sich zwar das Prinzip der nicht-direktiven Beratung werdender Eltern durch. Aber Stigmatisierung von Behinderung ist weiterhin Gang und Gebe. (Werdende) Eltern von Kindern mit Behinderung erleben das in ihrem persönlichen Umfeld. Wenn sie sich gegen die Durchführung pränataler Untersuchungen oder für ein Leben mit einem Kind mit Behinderung entscheiden, stoßen sie vielfach auf Unverständnis, oft auch auf Ablehnung. Auf der anderen Seite sehen sich ÄrztInnen mit Schadensersatzforderungen konfrontiert, wenn sie eine Behinderung oder Erbkrankheit während der Schwangerschaft nicht diagnostiziert haben [[>> wrongful birth](#)].

Die entsprechende ethische Argumentation ist eine **folgenorientierte**: Die (weitgehende) Zulassung macht PID

Gewalt und Mord geführt hat, stand im Dienst des „gesunden Volkskörpers“ und war ein gesellschaftliches Projekt. Betroffene Eltern verfolgen keine derartigen populationsgenetischen Absichten. Sie wünschen sich einfach ein Kind und machen sich Sorgen um seine Gesundheit. Schwere Erbkrankheiten in der Familie oder pränatale Diagnosen zerstören zunächst ihre „gute Hoffnung“ und stürzen sie in einen Konflikt.

## Reproduktive Autonomie

Der Blick auf Reproduktionsmedizin aus der Perspektive der Eltern richtet sich auf ein breiteres Spektrum reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten als der Blick aus der Perspektive Behinderung. Er fo-

scheidungen werden als Privatsache betrachtet. Sie sollen vor Interventionen des Staates in Form rechtlicher Regulierung geschützt werden.

- **Relationales Verständnis:** Menschen bilden ihre Wünsche, Präferenzen und Entscheidungen nicht im luftleeren Raum. Vielmehr gestalten wir unsere Leben in konkreten Beziehungen zu anderen Menschen und unter gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Auch reproduktionsmedizinische Entscheidungen sind abhängig von gesellschaftlichen Vorstellungen, Bildern und Plausibilitäten sowie von handfesten sozialen Bedingungen, die wir vorfinden.
- **Moralisches Verständnis:** Autonomie bedeutet nicht einfach, zu tun wie mir beliebt. Autonomie verlangt, die eigenen Wünsche, Präferenzen und Entscheidungen kritisch zu prüfen und darüber Rechenschaft abzugeben. Moralische Autonomie heißt: in ethischen Fragen mündig zu sein und selbst darüber nachdenken, wie wir gut und richtig handeln. In der moralischen Autonomie übersetzt sich reproduktive Selbstbestimmung in Verantwortung. Über den persönlichen Kinderwunsch hinaus werden Fragen wichtig wie: Was dient dem Wohl des Kindes? Wozu bin ich meinem (künftigen) Kind gegenüber verpflichtet? Reproduktive Entscheidungen verantwortlich zu treffen, ist freilich keine rein individuelle Angelegenheit. Auch hier spielt die gesellschaftliche Dimension eine wichtige Rolle.

» *Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können.* «

(UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen)

und PND zu einer selbstverständlichen Praxis und führt zu immer stärkerem Druck auf Eltern und ÄrztInnen. Das wirkt sich auf das Leben geborener Menschen mit Behinderung aus. Ihnen wird Nichtwillkommensein und Nichtzugehörigkeit signalisiert. Es liegt eine diskriminierende Ungleichbehandlung vor. Denn der Gleichbehandlungsgrundsatz verlangt Schutz vor Diskriminierung aufgrund bestimmter Merkmale.

## Gesellschaftliche und individuelle Ebene

PND und PID sind unbestreitbar Auswahlentscheidungen. Aber haben sie unausweichlich eugenische Ziele und diskriminierende Folgen? In der Auseinandersetzung mit dem Selektions- und Diskriminierungsvorwurf muss zwischen der gesellschaftlichen und der individuellen Ebene unterschieden werden: Selektion, die zu großem Unrecht, zu

kussiert die Selbstbestimmung in Sachen Fortpflanzung. Reproduktive Autonomie kann verschiedene bedeuten:

- **Handlungsfreiheit von Frauen:** Historisch betrachtet, spielt reproduktive Autonomie eine wichtige Rolle in der feministischen Kritik am gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaftsabbruch in den 1970er Jahren. Autonomie war ein Kampf-Begriff zur Verteidigung von Frauenrechten gegenüber patriarchalen Rollenvorstellungen und Beziehungsmustern sowie paternalistischer Medizin und Gesetzgebung.
- **liberal-rechtliches Verständnis:** In der liberalen Tradition bedeutet Autonomie die Freiheit des/der Einzelnen gegenüber dem Staat. Im Falle reproduktiver Autonomie bedeutet das: Der Staat soll sich reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten gegenüber neutral verhalten. Fortpflanzungs-Ent-

## Verantwortliche Elternschaft

Bei Elternschaft geht es um mehr als um Biologie. Elternschaft ist eine soziale Praxis und eine besondere Beziehung. Sie besteht in der Sorge um und für einen anderen Menschen, dessen Existenz und Wohlergehen über eine relativ lange Zeit hinweg abhängig ist von denjenigen, die seine Eltern sind.

Die Ethik fragt: Wie soll Elternschaft gestaltet werden, damit sie zum Gelingen des Lebens von Kindern und Eltern beitragen kann? Wie soll das Wohlergehen aller betroffenen Personen geschützt werden? Welche Kriterien gibt es, damit alle beteiligten Personen zu ihrem Recht kommen? Wie können Eltern zur Erfüllung ihrer

Sorgepflichten und -rechte befähigt werden? Und weiter: In wieweit sollen Eltern die biologische Ausstattung eines Kindes bestimmen dürfen? Wozu verpflichtet das Kindeswohl? Was liegt im Interesse des Kindes? Was schadet einem Kind? Und welche Rolle spielen dabei gesellschaftliche Vorstellungen von „Normalität“ und „Behinderung“? Wir sehen: Verantwortliche Elternschaft nimmt nicht vorrangig das werdende Leben, sondern alle Beteiligten in den Blick. Sowohl das Wohl und die Rechte des werdenden Kindes als auch das Wohl und die Rechte der Eltern und besonders der Mutter werden bedacht.

Wir haben weiter oben die reproduktionsmedizinischen Fragen PID und PND aus der Perspektive Behinderung betrachtet. Dabei haben wir ethische Argumente identifiziert, die PID und PND an sich beurteilen. Wenn wir reproduktionsmedizinische Fragen aus der Perspektive der verantwortlichen Elternschaft betrachten, lassen sich keine ethischen Argumente identifizieren, die PID und PND an sich beurteilen. In der Perspektive der verantwortlichen Elternschaft geht es um Abwägen. Die Ethik liefert verschiedene moralische Grundsätze, die miteinbezogen werden sollen:

- **Schutz des Lebens:** Leben ist zu schützen und so zu fördern, dass Menschen zu einem guten Leben befähigt werden.
- **Respekt vor der Autonomie in der einzigartigen Handlungskonstellation Schwangerschaft:** Schwangerschaft ist eine einzigartige Situation. Anders als nach der Geburt, wenn andere Personen als die Mutter die Sorge für ein Kind übernehmen können, kann während der Schwangerschaft niemand stellvertretend für die Schwangere Verantwortung für das Kind übernehmen. In dieser Situation sind das existenzielle Wohlergehen und die Autonomie der schwangeren Frau besonders zu berücksichtigen. Das hat nichts mit einer willkürlichen Verfügungsfreiheit über den eigenen Körper zu tun. Die Entscheidungen von Frauen brauchen in dieser Phase besonderen Schutz. Es gehört zur regulierenden Funktion des Staates, den Freiheits- und Entscheidungsraum schwangerer Frauen offen halten.

- **Gleichbehandlungsgrundsatz:** Der Gleichbehandlungsgrundsatz ist eine Frage der Gerechtigkeit. Bei der Gerechtigkeit geht es um den Ausgleich der Interessen verschiedener Menschen. Es geht um die Verteilung von Rechten, Pflichten und Lasten. Der Gleichbehandlungsgrundsatz sagt: Beim Ausgleich verschiedener Interessen und bei der Verteilung von Rechten, Pflichten und Lasten darf niemand aufgrund bestimmter Merkmale diskriminiert werden.

### From chance to choice

Die Entwicklungen in der modernen Reproduktionsmedizin haben dazu geführt, dass vieles, was früher dem Zufall (*chance*) überlassen war, heute der Wahl bzw. bewussten Entscheidung (*choice*) anheim gestellt ist. Vor diesem Hintergrund bedeutet reproduktive Autonomie weder willkürliche noch selbstsüchtige Entscheidungen von Eltern, sondern verantwortliche Elternschaft. Elternschaft schließt sowohl die Selbstsorge als auch die Sorge um andere, für die ich eintreten will und soll, ein. Elternschaft verlangt, in erster Person Verantwortung zu übernehmen. Gleichwohl darf Elternschaft nicht auf private Entscheidungen verengt werden. Denn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wirken sich wesentlich darauf aus, welche Entscheidungen Eltern treffen. Rechtliche und soziale Regelungen, aber auch Wertvorstellungen und das gesellschaftliche Meinungs-Klima schaffen erst den Raum, in dem Eltern gut und verantwortlich handeln können.

## In-vitro-Fertilisation (IVF)

Seit der Geburt des ersten in vitro gezeugten Kindes 1978 kamen weltweit über 5 Millionen Kinder dank IVF-Behandlungen zur Welt. Obwohl gesellschaftlich akzeptiert, wirft IVF weiterhin kritische Fragen auf. Denn IVF ist eine Voraussetzung für weitreichende Eingriffe in den Befruchtungsvorgang und in die Entwicklung des Embryos sowie für die Nutzung von Embryonen für andere Zwecke. Wer also, wie das katholische Lehramt, IVF selbst für unzulässig erklärt, muss strengge-

nommen Folgefragen wie Embryonenforschung, PID, Leihmutterschaft oder Eizellspende nicht mehr diskutieren. Daher wird in ethischen Debatten zu ARTs meist mit der Diskussion von IVF begonnen.

### Fakten und Zahlen

IVF wird bei Unfruchtbarkeit oder herabgesetzter Fruchtbarkeit angewendet. Eine IVF-Behandlung ist allerdings keine Garantie für eine erfolgreiche Schwangerschaft. Nur gut 20% der Behandlungszyklen führen zu einer Lebendgeburt. IVF-Behandlungen sind mit Risiken für Mutter und Kind verbunden. Bei den Frauen kann es im Zuge der Hormonstimulation und der Eizellentnahme zu Komplikationen kommen. Die Tendenz zu Mehrlingsschwangerschaften bei IVF steht in direktem Zusammenhang mit einer erhöhten Rate von Frühgeburten und gesundheitlichen Problemen bei den Kindern. Auch bei Einzelschwangerschaften treten häufiger Komplikationen auf, die Wahrscheinlichkeit von Fehlbildungen ist um den Faktor 1,3 erhöht. Allerdings ist unklar, ob diese Risiken mit dem technischen Eingriff an sich oder mit der verringerten Fruchtbarkeit der Eltern zusammenhängen.

### Kirchliche Stellungnahmen

In der ethischen Bewertung von IVF gibt es frappierende Unterschiede zwischen der Position des römisch-katholischen Lehramts und den Positionen der (meisten) evangelischen Kirchen.

Die Haltung des **römisch-katholischen Lehramts** zu IVF ist ähnlich kompromisslos wie die zu künstlicher Empfängnisregelung. Es wird auch dasselbe Argument wie bei Verhütung schlagend: Eheliche Sexualität und Fortpflanzung dürfen nicht getrennt werden. Eine Empfängnis in vitro sei „nicht Ausdruck und Frucht eines spezifischen Aktes ehelicher Vereinigung“, sondern eine technische Handlung und errichte „eine Herrschaft der Technik über Ursprung und Bestimmung der menschlichen Person“. IVF ist also „in sich unerlaubt und steht in Widerspruch zur Würde der Fortpflanzung und der ehelichen Vereinigung“ (Instruktion *Donum vitae* 1987). Zudem wird mit dem nicht abstufbaren Lebensschutz argumentiert: Bei einem Behand-

lungszyklus werden mehrere Eizellen befruchtet, „überzählige Embryonen“ werden nicht eingepflanzt, das Recht auf Leben wird ihnen vorenthalten.

Die **evangelischen Kirchen** bringen keine derart kategorischen Einwände gegen IVF vor. Sie richten den Blick zunächst auf das Problem des unerfüllten Kinderwunsches und sehen IVF als Segen für die betroffenen Paare. „Wenn man bedenkt, wie ernst die Sehnsucht nach einem Kind in manchen Teilen der Bibel genommen wird, sind medizinische Interventionen, die diesem Wunsch entgegen kommen, aus theologischer Sicht prinzipiell zu begrüßen.“ (GEKE-Orientierungshilfe 2017) Gleichwohl verdient auch aus evangelischer Sicht die natürliche Zeugung Vorrang – aber nur als Ideal, nicht als Norm, nach der sich alle Christen ungeachtet ihrer konkreten Situation richten müssen. Das heißt zum einen: Wenn das Ideal nicht erreichbar ist, ist IVF legitim. Zum anderen bedeutet das, dass IVF nicht uneingeschränkt empfohlen wird. Die oben erwähnten Risiken sind – auch im Sinne des Kindeswohls – zu bedenken. Die Anwendung von IVF, um den Kinderwunsch auf spätere Lebensphasen zu verschieben, wird kritisch und als „Medikalisierung sozialer Probleme“ betrachtet. Vielmehr sollten die „relevanten gesellschaftlichen Bedingungen, wie etwa familienfreundliche Arbeitszeiten und Verfügbarkeit von Kinderbetreuung“ (GEKE-Orientierungshilfe 2017) verbessert werden, damit sich Menschen schon in jungen Jahren für Kinder entscheiden.

## Präimplantationsdiagnostik (PID)

PID ist eine Technik zur Diagnose sowohl von unerwünschten als auch von erwünschten genetischen Eigenschaften von künstlich befruchteten Embryonen. Das Verfahren dient der Auswahl: Mittels PID wird jener Embryo identifiziert, der in die Gebärmutter transferiert werden soll. Die anderen Embryonen werden entweder eingefroren oder verworfen.

1989 wurde erstmals eine PID vor der Übertragung des Embryos durchge-

führt. Bis dahin war IVF eine Option für Paare mit Fruchtbarkeitsproblemen. Jetzt wird IVF auch zu einer Option für „Risikopaare“: IVF in Kombination mit PID hilft Eltern, die auf natürlichem Wege kaum ein gesundes Kind bekommen könnten.

Seit Mitte der 1990iger Jahre wird in Politik, Gesellschaft und Öffentlichkeit nicht nur über die ethische Beurteilung, sondern vor allem über die rechtliche Regelung von PID diskutiert. Es stellt sich über die moralische Bewertung hinaus die Frage: Was muss gesetzlich geregelt werden, und was kann dem Gewissen der Einzelnen überlassen bleiben? [[>> Rechtslage in Österreich](#)]

### Fakten und Zahlen

Bei der PID wird genetisches Material von Embryonen im Frühstadium am (3. oder am 5. Tag) untersucht.

Es gibt unterschiedliche Gründe zur Anwendung von PID:

- Verdacht auf monogen erbliche Krankheiten.
- Verdacht auf Chromosomenstörungen.
- Vermeidung von Fehl- oder Totgeburten durch Identifikation von entwicklungsfähigen Embryonen. PID wird überwiegend – zu 2/3 – mit dem Ziel durchgeführt, den Erfolg einer IVF-Behandlung zu erhöhen.
- Identifikation von Rettungsgeschwisterkindern (*saviour siblings*): Durch Gewebetypisierung wird ein genetisch kompatibler Embryo identifiziert, der später Gewebespende für ein todkrankes Geschwisterkind sein kann.
- Geschlechtererkennung (zur Ermittlung geschlechtsgebundener Erkrankungen).

Für die ethische Beurteilung und die gesetzliche Regelung spielt die Frage, zu welchem Zweck PID angewendet wird, eine Rolle. PID ist eine komplexe Fragestellung, die kaum mit einem simplen Ja oder Nein beantwortet werden kann.

### Grenzen der elterlichen Entscheidung?

Reproduktive Selbstbestimmung ist ein hohes Gut. Aber: Wie weit soll sie gehen? Soll sie sich auch auf die gene-

tische Ausstattung des Kindes erstrecken? Die ethische Debatte dieser Frage hat zwei Stoßrichtungen:

Sind PID-Entscheidungen Privatsache, die vor **staatlichen Interventionen in Form rechtlicher Regulierungen** geschützt werden sollen? Ein strikt liberal-rechtliches Verständnis reproduktiver Autonomie würde das bejahen und PID-Entscheidung der Gewissensfreiheit der Eltern überantworten. Damit liegt allerdings auch die ganze Entscheidungslast auf ihren Schultern. Die Gegenposition argumentiert, PID sei in eine öffentliche Praxis der assistierten Fortpflanzungsmedizin eingebettet. Der Beginn einer Schwangerschaft obliegt nicht allein dem Paar, sondern auch den behandelnden ÄrztInnen. PID ist angesiedelt im Spannungsfeld von Gewissensentscheidung, ärztlicher Berufsethik und öffentlichem rechtsethischen Ringen. Aus der Perspektive Behinderung wird zudem ins Treffen geführt, dass es sich bei PID um eine Labortechnik handelt. Durch die Technisierung und Entpersonalisierung treten der selektierende Charakter der Handlung und ihr Diskriminierungspotenzial deutlicher zu Tage. Aufgabe des Staates aber ist es, Diskriminierung gesetzlich zu unterbinden. Auf der Ebene des moralischen Verständnisses von reproduktiver Autonomie wird gefragt: Wie verhalten sich reproduktive Selbstbestimmung und **moralische Ansprüche des Kindes** zueinander? Dabei wird kaum in Abrede gestellt, dass moralische Ansprüche des Kindes eine Rolle spielen. Vielmehr gehen die Meinungen darüber auseinander, wozu genau Eltern gegenüber ihren Kindern verpflichtet sind. Vor allem im anglophonen Raum wird mit der Chancengerechtigkeit argumentiert: Genetisch bedingte Einschränkungen werden als „natürliche Ungerechtigkeit“ gesehen. Eltern sind verpflichtet, ihre Kinder mit den bestmöglichen Chancen auszustatten. Da der natürliche Zufall (*chance*) dank PID durch die Wahl (*choice*) ersetzt werden kann, besteht elterliche Verantwortung darin, die Geburt von Kindern mit Behinderungen oder Erbkrankheiten zu vermeiden. Aus der Perspektive Behinderung ist diese Haltung als individuelle Eugenik zu kritisieren. Denn derartige genetische Ent-



# Rechtsslage in Österreich

Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) erlaubt **Insemination** und **IVF** erstens nur in Ehe, eingetragenen Partnerschaften und Lebensgemeinschaften und zweitens nur dann, wenn eine medizinische Indikation vorliegt – d.h. wenn alle anderen Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos waren. Ausnahmen von dieser Regel sind Vermeidung schwerer Infektionskrankheiten, Kinderwunsch lesbischer Paare und IVF zum Zweck zulässiger PID.

Embryonen dürfen ausschließlich zum Zweck medizinisch unterstützter Fortpflanzung verwendet werden. Embryonenforschung ist verboten. Ebenso **Embryonenspende**, **Leihmutter** und **Keimbahnentzug**.


**Samen-** bzw. **Eizellspende** sind erlaubt, wenn der Mann bzw. die Frau nicht fortpflanzungsfähig ist – jedoch nicht zu kommerziellen Zwecken. Die Daten der SpenderInnen müssen von den Krankenanstalten dokumentiert werden. Ein mit gespendeten Spermien- oder Eizellen gezeugtes Kind hat das Recht auf Auskunft.

**PID** darf nur als ultima ratio durchgeführt werden, und zwar

- wenn drei oder mehr Übertragungen von Embryonen keine Schwangerschaft herbeigeführt haben und Grund

zur Annahme besteht, dass das auf eine genetische Disposition zurückzuführen ist;

- nach zumindest drei Fehl- oder Todgeburten, deren Grund mit hoher Wahrscheinlichkeit eine genetische Disposition ist;
- wenn aufgrund der genetischen Disposition eines Elternteils ernste Gefahr besteht, dass es zu einer Fehl- oder Todgeburt oder schweren Erbkrankheit kommt. Eine schwere Erbkrankheit liegt vor, wenn das Kind
  - nur durch ständigen Einsatz moderner Medizintechnik und Pflege am Leben erhalten werden kann;
  - schwerste Hirnschädigungen hat,
  - auf Dauer unter nicht wirksam behandelbaren Schmerzen leiden wird und darüber hinaus die Ursache für die Krankheit nicht behandelt werden kann.Kein Arzt/keine Ärztin ist verpflichtet, IVF oder PID durchzuführen.

**Embryopathische Indikation:** §97 Abs. 1 Z. 2 StGB stellt den Abbruch einer Schwangerschaft über das dritte Monat hinaus straffrei, „wenn ... eine ernste Gefahr besteht, daß das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde“. Auch hier gilt: Kein Arzt/keine Ärztin ist verpflichtet, einen Abbruch durchzuführen. 

scheidungen gehen einher mit einem Urteil darüber, welches Leben lebenswert ist. Sie richten Schaden an, da sie zu einem genetischen Wettbewerb führen und die gesellschaftliche Einstellung zu Menschen mit Behinderung negativ beeinflussen.

## Vorgezogene Pränataldiagnostik?

Befürworter der PID argumentieren mit einem praktischen Widerspruch: Ein Verbot von PID bedeutet, dass ein Embryo in der Petri-Schale besser geschützt ist als ein Fötus im Mutterleib. Denn Abtreibung ist bis zur 12. Woche und in Notlagen bis vor der Geburt straffrei. Die Belastung der Mutter, die einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigt, muss genauso die Verwerfung eines Embryos rechtfertigen. Da es sich um einen Embryo handelt und nicht um einen schon weiter entwickelten Fötus, ist PID das schonendere Verfahren, und dem schonenderen Verfahren ist der Vorzug zu geben. Andere halten diese Argumentation nicht für schlüssig, denn:

Erstens besteht keine akute Gefahr, die nicht anders abgewendet werden kann. Vielmehr wird eine Belastungssituation antizipiert. Zweitens besteht noch keine physische und emotional-soziale Beziehung zwischen Mutter und Kind. Es handelt sich bei einer PID-Entscheidung nicht um einen Schwangerschaftskonflikt, sondern um einen grundsätzlichen Vorbehalt gegenüber einem Kind mit Behinderung oder genetisch bedingter Krankheit.

## PID ja, aber begrenzt?

Oft wird für eine begrenzte Zulassung von PID bei ernster Gefahr einer Fehl- oder Todgeburt sowie bei schweren Erbkrankheiten plädiert. PID kann in diesen Fällen, die als moralische Dilemma-Situationen zu sehen sind, Leid verhindern. VertreterInnen des sog. Dammbrech-Arguments wenden dagegen ein: Es ist schwierig, eine Technologie zu stoppen, wenn sie erst einmal entwickelt und im Einsatz ist. Und: Wo genau lässt sich eine Grenze ziehen? Bei genetischen Ausstattungen, die mit dem Leben nicht

vereinbar sind und zu einer Fehl- oder Todgeburt führen würden? Bei genetisch bedingten Erbkrankheiten, an denen die Kinder früh versterben? Bei behandelbaren Erbkrankheiten? Bei der Anlage für eine später im Leben mit hoher Sicherheit auftretende Erkrankung? Bei genetischen Dispositionen für mögliche Erkrankungen? Bei erwünschten Eigenschaften des zukünftigen Kindes (Stichwort *enhancement*)? Ist nicht zu befürchten, dass sich die Grenzen immer weiter verschieben?

## Evangelische Position

Die GEKE sieht in ihrer Orientierungshilfe keine Möglichkeit zu einer generellen Positionierung zu PID. Konsens gibt es lediglich darin, dass „PID ein Werkzeug für Ausnahmesituationen sein und nicht ‚routinemäßig‘ eingesetzt werden sollte“ (GEKE-Orientierungshilfe 2017). Die Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich greift das Argument der Selektion auf und zeigt sich sensibel gegenüber Tendenzen einer „Eugenik von unten“. Gleichwohl setzt sie weniger auf

gesetzliche Verbote, denn auf die Befähigung involvierter Personen zur Übernahme von Eigenverantwortung.

Wie die Kirchen, ist auch die Diakonie überzeugt, dass jedes Leben wertvoll und schützenswert ist – auch und besonders das kranke und behinderte. Doch zeigt sie sich skeptisch gegenüber kategorischen Verboten und fragt: Was ermöglicht es werdenden Eltern, sich für ein Leben mit einem Kind mit Behinderung zu entscheiden? Die Diakonie fordert, Unterstützungsangebote auszubauen, bevor über Verbote diskutiert wird.

## Pränataldiagnostik (PND)

Während PID als diagnostische Methode im Rahmen einer IVF-Behandlung zwar einen signifikanten Teil, aber bei weitem nicht alle werdenden Eltern betrifft (3-5% der Geburten in europäischen Ländern geht die Anwendung von IVF voraus), müssen sich mit PND faktisch alle werdenden Eltern auseinandersetzen. PND ist Routine.

### Fakten und Zahlen

PND ermöglicht das Erkennen von Hirn- oder Herzfehlern, Erbkrankheiten, monogenen Störungen oder Chromosomenabweichungen. Zwischen der 11. und der 14. Schwangerschaftswoche werden eine Ultraschalluntersuchung mit Nackenfaltenmessung und eine Blutuntersuchung der Mutter durchgeführt. 70-90% der Auffälligkeiten auf Down-Syndrom werden bereits bei diesen frühen Untersuchungen diagnostiziert. Sie stellen allerdings nur Wahrscheinlichkeiten fest – ob mit Sicherheit eine Trisomie vorliegt, können sie nicht sagen.

Bei Auffälligkeiten bespricht der Arzt mit der Frau (und ihrem Partner), ob und welche weiteren Untersuchungen gemacht werden sollen (Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie, Nicht-invasiver-Pränataltest [NIPT] mittels Blutprobe).

Der Druck auf Frauen, Untersuchungen durchführen zu lassen, ist groß: Verantwortliche Schwangere unterziehen sich

den angebotenen Kontrollen und Untersuchungen; Frauen, die das verweigern, gelten als verantwortungslos. Gewissheit bringen die Untersuchungen allerdings keine. Wie schwer eine Behinderung sein wird und wie es sich mit einem Kind mit dieser Behinderung leben wird, können sie nicht sagen.

Für die meisten der diagnostizierten medizinischen Probleme gibt es keine Therapien, nur ein kleiner Teil kann mittels Operation (in utero oder nach der Entbindung) behandelt werden. PND führt daher meist zu Diskussionen über einen Schwangerschaftsabbruch. Der ist auch nach der 12. Woche noch möglich, wenn eine ernsthafte Schädigung des Kindes zu erwarten ist. [[>> embryopathische Indikation](#)] Nach der 14. Schwangerschaft wird in der Regel kein chirurgischer Eingriff (Absaugmethode) mehr vorgenommen, sondern eine Fehlgeburt medikamentös eingeleitet. Dieser Prozess zieht sich über viele Stunden, manchmal Tage hin und ist nicht nur seelisch, sondern auch körperlich sehr belastend. Bei Abbrüchen nach der 22. Schwangerschaftswoche muss ein Fetozid durchgeführt werden. Dem Fötus wird Kaliumchlorid ins Herz injiziert, innerhalb weniger Minuten tritt ein Herzstillstand ein. [[>> Spätabbrüche](#)]

### Moralische Dilemma-Situation

Für werdende Eltern und besonders für schwangere Frauen bedeutet eine auffällige Diagnose einen schweren Konflikt. Sie haben sich ein Kind gewünscht. Sie freuen sich auf dieses Kind, haben bereits eine Beziehung zu ihm aufgebaut. Ein Lebenstraum, der schon begonnen hat, Realität zu werden, gerät ins Wanken. Kein Paar, keine Frau entscheidet sich in solch einer Situation leichtfertig für einen Abbruch. Die Ethikerin Hille Haker beschreibt Fragen, die Frauen durch den Kopf gehen: Was steht uns noch alles bevor? Wie lang halt ich das aus? Wie wäre es, wenn mein Kind zur Welt kommt? Wie stark wird seine Behinderung sein? Was werden Bekannte sagen? Wie sehr würde das unsere Beziehung belasten? Kann ich für das Kind sorgen? Was bin ich meinem Kind schuldig? Was bedeutet Verantwortung jetzt? Will ich unter

diesen besonderen Umständen mein Kind bekommen? Darf ich das überhaupt entscheiden? Wie kann ich mit dieser Schuld leben?

Zum einen spiegeln diese Fragen einen Konflikt zwischen Fürsorge und Selbstsorge. Zum anderen zeigen sie, dass drei Aspekte, die ausschlaggebend sind für eine Handlung, nicht übereinstimmen: Wollen, Sollen und Können sind aus dem Gleichgewicht geraten. Die moralische Überzeugung über das richtige Handeln (Sollen) gerät in Konflikt mit der Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und der Belastungsgrenze (Können). Eine moralische Dilemma-Situation. Sie lässt sich weder durch den Verweis auf den Lebensschutz und das Existenzrecht des Kindes, noch durch den Verweis auf die Autonomie einfach lösen. Es gibt keinen Lösungsweg, der verallgemeinerbar wäre. Es bleibt nur die Beurteilung im Einzelfall. Für diese sind drei Punkte wichtig:

- Während der Schwangerschaft kann niemand stellvertretend für die Frau Verantwortung für das Kind übernehmen. Die Einzigartigkeit der Handlungskonstellation Schwangerschaft ist für die Beurteilung der Belastungsgrenze entscheidend.
- Ein alter Grundsatz der Ethik lautet: Über das Können hinaus ist keiner verpflichtet. Wer nicht schwimmen kann, ist nicht verpflichtet, einen Ertrinkenden zu retten. Wer sich schlicht nicht in der Lage sieht, mit einem Kind mit Behinderung zu leben, kann nicht dazu verpflichtet werden.
- Für die Frage, was eine Frau oder ein Paar zu können meint, sind allerdings äußere Rahmenbedingungen ausschlaggebend. Sowohl die Haltung der Gesellschaft zu Menschen mit Behinderung, als auch soziale und ökonomische Bedingungen beeinflussen Entscheidungen werdender Eltern. Hier ist sozialetisch anzusetzen.

### Wrongful birth

Zu den Rahmenbedingungen, die das Können erschweren, gehört eine Problematik, die in der Fachliteratur als *wrongful birth* („unrechtmäßige Geburt“) bezeichnet wird: Dabei handelt es

sich um rechtliche Schadensersatzansprüche gegen Mediziner/innen. Eltern können Ansprüche geltend machen für Schäden, die sie aufgrund der Geburt eines Kindes erlitten haben, die laut Eltern verhindert hätte werden können, wenn sie eine Diagnose gehabt hätten; denn dann hätten sie die Schwangerschaft abgebrochen. Diese rechtliche Praxis fördert ein gesellschaftliches Klima, das es Eltern erschwert, sich für ein Kind mit Behinderung zu entscheiden.

### Spätabbrüche

Der Spätabbruch ist nicht einheitlich medizinisch oder juristisch definiert. Einerseits wird bei einem Abbruch nach Ablauf der gesetzlichen Frist gemäß Fristenregelung von einem Spätabbruch gesprochen. Andererseits wird in der öffentlichen Diskussion ein Schwangerschaftsabbruch nach Erreichen der extrauterinen Lebensfähigkeitsgrenze in der 22. Woche als Spätabbruch bezeichnet.

Österreichische ÄrztInnen haben vereinbart, ohne besonders triftige Gründe keinen Fetozid durchzuführen – auch dann nicht, wenn eine schwerwiegende Behinderung vorliegt. Die Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin hat in einem Konsensusstatement festgelegt, dass Fetozide nur nach Beratung in einem interdisziplinären Team, das zu einem einstimmigen Konsens kommen muss, durchgeführt werden. Die Entscheidungsfindung ist exakt zu dokumentieren. Diese standesethische Selbstverpflichtung von ÄrztInnen ist zu berücksichtigen, wenn Spätabbrüche in der öffentlichen Debatte skandalisiert werden. Fetozide sind zweifelsohne ein moralisches Problem. Sie werden allerdings nicht leichtfertig durchgeführt.

### Eugenische Indikation

In Österreich kann eine Schwangerschaft nach der 12. Woche straffrei abgebrochen werden, wenn eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein wird. Diese sog. embryopathische oder eugenische Indikation wird aus der Perspektive Behinderung vehement kritisiert. Denn sie richtet sich direkt auf das

werdende Leben und bestimmt dieses als unerwünscht und lebensunwert, weil behindert. Damit verstößt der Gesetzgeber zum einen gegen die Menschenwürde und zum anderen gegen den Grundsatz der Chancengleichheit, gemäß dem niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf, wird argumentiert. Behinderten-Organisationen fordern daher, die eugenische Indikation ersatzlos zu streichen.

Aus der Sicht reproduktiver Autonomie können Rückfragen an diese Forderung gestellt werden: Wie soll der Staat Menschenwürde, Lebensschutz und Chancengleichheit am besten realisieren? Kann und soll der Staat Lebensschutz und Chancengleichheit während einer Schwangerschaft gegen den Willen einer Schwangeren durchsetzen, indem er – durch ersatzlose Streichung der eugenischen Indikation – Schwangerschaftsabbrüche nach der 12. Woche ausnahmslos unter Strafe stellt?

Einen alternativen Weg hat Deutschland

» *Ja, Eltern sollen sich auf ein behindertes Kind einlassen. Das ist ein ethisches Ideal. Aber man kann dieses Ideal nicht einfordern oder durch Verbote quasi erzwingen. ... Nicht moralische Appelle oder Verbote sind hier angezeigt, sondern Unterstützungsmaßnahmen ebenso wie ein gesellschaftliches Klima der Offenheit und des Respekts vor der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung.*

(Michael Chalupka)

gewählt: Dort wurde die eugenische Indikation abgeschafft. Sie ist in der medizinischen Indikation aufgegangen: Bei Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit der Mutter ist ein Schwangerschaftsabbruch auch nach der 12. Woche erlaubt. Denn auch fetale Fehlbildungen und genetische Störungen des Kindes können als erhebliche Belastung für die seelische Gesundheit der Mutter eingestuft werden und deren Gesundheit gefährden. Spätabbrüche sind damit in Deutschland weiterhin möglich.

### Evangelische Position

Entsprechend des verantwortungsethischen Ansatzes sind aus evangelischer Sicht die Dilemma-Situation und der

moralische Konflikt, in dem sich Eltern nach auffälligen PND-Diagnosen befinden, nicht über moralische Wertungen, die gleichsam am grünen Tisch getroffen werden, aufzulösen. Zu verantworten ist die Entscheidung im Einzelfall. Gleichwohl betonen evangelische Kirchen in ihren Stellungnahmen, dass ChristInnen dazu verpflichtet sind, den Wert jedes Lebens zu bekräftigen und zu verneinen, dass eine Behinderung oder Krankheit den Wert eines Menschenlebens mindert.

Die Evangelische Kirche A. und H.B. tritt daher in ihrer Denkschrift dafür ein, die eugenische oder embryopathische Indikation nach dem Vorbild Deutschlands zu streichen und auch die Frist für Spätabtreibungen zu verkürzen.

Die Diakonie argumentiert – ähnlich wie bei der PID – in erster Linie sozial-ethisch: Bevor über Verbote nachgedacht wird, hat die Gesellschaft die Pflicht, das Können zu fördern und sowohl für Menschen mit Behinderung als

auch für werdende Eltern von Kindern mit Behinderung gute und gerechte Bedingungen zu schaffen. Dazu zählen Inklusion, Bildung, Förderung von Kindern mit Behinderung und Beratung. Hier setzt die Diakonie auch praktisch an. Die Erfahrungen von werdenden Eltern, die mit einer durch PND festgestellten möglichen Behinderung konfrontiert sind, ist weitgehend: Wir werden alleine gelassen. Die Diakonie unterstützt werdende Eltern mit ergebnisoffener, multidisziplinärer Beratung, die auch Informationen über Behinderungen, ihre möglichen Ausformungen und Auswirkungen sowie Möglichkeiten früher Förderung beinhaltet – und bietet diese Förderungen für Kinder mit Behinderung auch an.

## Zum Weiterlesen

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Präimplantationsdiagnostik, Wien 2004.

Download: <http://archiv.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415>

Chalupka, Michael, Eine Frage von Sollen, Wollen und Können. Kommentar der Anderen, 12.8.2013.

Abrufbar: <http://derstandard.at/1375626391864/Eine-Frage-von-Sollen-Wollen-und-Koennen>

Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik. Stellungnahme, Berlin 211.

Download: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf>

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), „Bevor ich Dich im Mutterleib gebildet habe ...“ Eine Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin, o.O. 2017.

Download: <http://cpce-repro-ethics.eu/?lang=de>

Glover, Jonathan, Choosing Children. Genes, Disability, and Design, Oxford 2006.

Evangelische Kirche A. und H.B. in Österreich, Verantwortung für das Leben. Eine evangelische Denkschrift zu Fragen der Biomedizin, Wien 2001.

Download: [https://evang.at/wp-content/uploads/2015/07/verantwortung\\_01.pdf](https://evang.at/wp-content/uploads/2015/07/verantwortung_01.pdf)

Hager, Mariella/Grießler, Erich, „Wunsch nach einem perfekten Kind“ und „Angstspirale“. Perspektiven auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch in der klinischen Praxis, Wien 2012.

Download: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/29062/ssoar-2012-hager\\_et\\_al-wunsch\\_nach\\_einem\\_perfekten\\_kind.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/29062/ssoar-2012-hager_et_al-wunsch_nach_einem_perfekten_kind.pdf?sequence=1)

Haker, Hille, Hauptsache gesund? Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik, München 2011.

Körtner, Ulrich u.a. (Hg.), Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen am Lebensanfang, (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin Bd. 13) Wien 2018.

Schulz, Sandra, „Das ganze Kind hat so viele Fehler“. Die Geschichte einer Entscheidung aus Liebe, Reinbeck bei Hamburg 2017.

### Impressum:

löThe Argumentarium Nr. 4/2017

Medieninhaber: Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie

Herausgeber: o. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner, Autorin: Dr. Maria Katharina Moser

Redaktionskontakt: [ethik@diakonie.at](mailto:ethik@diakonie.at)

Grafik: Elisabeth Frischengruber, Druck: Friedrich

Mit der Publikationsreihe „Argumentarium“ greift das löThe gesellschaftlich virulente ethische Fragen auf, stellt Diskurse und Argumente vor und kommentiert sie aus evangelischer Perspektive. Das Argumentarium will Orientierung bieten und zur persönlichen ethischen Meinungsbildung anregen.

Bisher erschienen: Sterbehilfe (Nr. 1/2015), Demenz (Nr. 2/2016), Flucht und Asyl (Nr. 3/2017)

<http://ethik.diakonie.at>