



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Reproduktionsmedizin heute: Zwischen Autonomie, Ethik und Forschungsfortschritt – Eine theologisch-ethische Auseinandersetzung

verfasst von | submitted by

Karin Marchsteiner BEd

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 199 510 518 02

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Unterrichtsfach
Geographie und wirtschaftliche Bildung Un-
terrichtsfach Katholische Religion

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Gunter Prüller-Ja-
genteufel

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG.....	1
2.	ASSISTIERTE REPRODUKTIONSTECHNOLOGIEN IM ÜBERBLICK	5
2.1.	DEFINITION UND KLASSIFIKATION VON ART	5
2.1.1.	<i>Historische Perspektiven</i>	<i>6</i>
2.1.2.	<i>(Medizinische) Indikationen für Reproduktionsmedizin</i>	<i>10</i>
2.2.	METHODEN DER TECHNISCH ASSISTIERTEN REPRODUKTION	14
2.2.1.	<i>Intrauterine Insemination (IUI)</i>	<i>15</i>
2.2.2.	<i>In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).....</i>	<i>19</i>
2.2.3.	<i>Eizellen-, Embryonen- und Samenspende.....</i>	<i>22</i>
2.2.4.	<i>Kryokonservierung</i>	<i>27</i>
2.2.5.	<i>Präimplantationsdiagnostik (PID)</i>	<i>30</i>
2.3.	ERFOLGSQUOTEN UND AKTUELLE DATEN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN	31
3.	ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR REPRODUKTIONSMEDIZIN	37
3.1.	REPRODUKTIONSMEDIZIN ALS TECHNOLOGISCHE HERAUSFORDERUNG	37
3.1.1.	<i>Chancen und Grenzen für Betroffene</i>	<i>37</i>
3.1.2.	<i>Verantwortungsethik statt Machbarkeit</i>	<i>39</i>
3.2.	AUTONOMIE DER BETROFFENEN	40
3.2.1.	<i>Reproduktive Autonomie.....</i>	<i>40</i>
3.2.2.	<i>Diskrepanz zwischen reproduktiver Autonomie und Kindeswohl.....</i>	<i>43</i>
3.3.	EMBRYONENSTATUS UND MENSCHLICHE WÜRDE.....	45
3.3.1.	<i>Unterschiedliche Zeitpunkte für den Beginn des Lebensrechts</i>	<i>46</i>
3.3.2.	<i>Produktion und Lagerung von Embryonen auf Vorrat.....</i>	<i>47</i>
3.3.3.	<i>Internationale Unterschiede und Forschungsethik.....</i>	<i>49</i>
3.4.	REPRODUKTIONSMEDIZIN ALS GESELLSCHAFTLICHE HERAUSFORDERUNG	51
3.4.1.	<i>Medizinische und psychologische Problemfelder der Reproduktionsmedizin.....</i>	<i>51</i>
3.5.	EIN UNERFÜLLTER KINDERWUNSCH UND DESSEN FOLGEN	55
3.6.	ALTERNATIVE FAMILIENMODELLE	61
3.6.1.	<i>Kinderwunsch von gleichgeschlechtlichen Paaren</i>	<i>61</i>
3.6.2.	<i>Single-Mom by Choice.....</i>	<i>63</i>
3.7.	ZUSAMMENFASSUNG: ZENTRALE ETHISCHE PROBLEMLAGEN IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN ..	64
4.	THEORETISCHER RAHMEN – THEOLOGISCH-ETHISCHE POSITIONEN.....	67
4.1.	REPRODUKTIONSMEDIZIN ALS ETHISCHE HERAUSFORDERUNG	67
4.2.	THEOLOGISCHE PERSPEKTIVEN AUF FORTPFLANZUNG UND FAMILIE	70
4.2.1.	<i>Stellungnahmen der katholischen Kirche – Ein Überblick.....</i>	<i>70</i>
4.2.2.	<i>"Donum Vitae" (1987) - Über das Geschenk des Lebens.....</i>	<i>72</i>

4.2.3.	<i>"Evangelium Vitae" (1995) - Unantastbarkeit des menschlichen Lebens</i>	76
4.3.	THEOLOGISCHE PERSPEKTIVEN AUF REPRODUKTIONSTECHNOLOGIEN – KRITIK UND KONSTRUKTIVE ANSÄTZE	79
4.3.1.	<i>Ethisch-theologischer Diskurs zur Fortpflanzungsdebatte.....</i>	79
4.3.2.	<i>Humane Vitae und der Diskurs zwischen der Kirche und Gläubigen</i>	83
4.3.3.	<i>Eberhard Schockenhoff: Diskurs zur embryonalen Stammzellforschung.....</i>	90
4.3.4.	<i>Josef Römelt: Ethische Normen in der heutigen Gesellschaft.....</i>	95
4.3.5.	<i>Angelika Walser: Diskurs zur Reproduktiven Autonomie im Kontext von Egg Freezing und Eizellspende.....</i>	96
5.	FAZIT.....	101
	LITERATURVERZEICHNIS.....	104

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Swim-up-Methode. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. DORN, Inseminationsbehandlung, 5.....	17
Abbildung 2: Intrauterine Insemination. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. DORN, Inseminationsbehandlung, 6.....	18
Abbildung 3: Mikropipette injiziert in eine Eizelle. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. ERNST, Am Anfang und Ende des Lebens, 282.	21
Abbildung 4: Grafische Veranschaulichung über die Inanspruchnahme von IVF. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 3.....	33
Abbildung 5: Anzahl der Versuche 2004-2023. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 26.....	34

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: ICSI-, IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellenspende dritter Personen. Quelle: vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 6.	26
Tabelle 2: Auflistung von aufbewahrten Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 8.	29
Tabelle 3: Tabelle über die Inanspruchnahme von IVF. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 3.	33
Tabelle 4: Gesamtzahl aller Behandlungen, Anwendungen und Schwangerschaften im Jahr. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 3.	35
Tabelle 5: Anzahl der Lebendgeburten 2023, differenziert nach Geburtsverlauf und Mehrlingsgeburt. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 3.	36
Tabelle 6: Systematische Auflistung ethischer Herausforderungen der Reproduktionsmedizin. Quelle: Eigene Darstellung	66

ALLGEMEINES ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ART	Assistierte Reproduktionstechnologie
EDK	Evangelische Kirche in Deutschland
eSET	elektiver Einzelembryotransfer
GIFT	Intratubare Gametentransfer
HCG	Humanes Choriogonadotropin
HV	Humanae vitae
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IVF	In-vitro-Fertilisation
KI	Künstliche Intelligenz
KKK	Katechismus der Katholischen Kirche
LH	Luteinisierendes Hormon
MESA	Aspiration aus dem Nebenhoden
OHSS	Ovariellies Überstimulationssyndrom
PCOS	Polyzystisches Ovar-Syndrom
PID	Präimplantationsdiagnostik
TESE	Testikuläre Extraktion
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIFT	Intratubare Zygotentransfer

ABSTRACT

Die Reproduktionsmedizin stellt eine der dynamischsten Entwicklungen im Bereich der modernen Biomedizin dar. Verfahren wie die In-vitro-Fertilisation (IVF), die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie Eizell- und Samenspenden eröffnen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch neue Handlungsmöglichkeiten. Zugleich werfen diese Technologien tiefgreifende ethische und theologische Fragen auf, etwa hinsichtlich des Status des Embryos, der Grenzen menschlicher Autonomie sowie der Implikationen reproduktiver Verfahren. Diese Masterarbeit untersucht die gegenwärtigen medizinisch-technischen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin im Kontext ihrer rechtlichen Regulierung in Österreich und analysiert diese vor dem Hintergrund ethischer und theologisch-moralischer Argumentationsmuster. Besonderes Augenmerk gilt der Spannung zwischen reproduktiver Autonomie und Verantwortungsethik sowie der Rezeption kirchlicher Stellungnahmen, wie *Donum Vitae* und *Evangelium Vitae*. Ergänzt wird dies durch die kritische Auseinandersetzung mit ausgewählten zeitgenössischen theologischen Positionen von Eberhard Schockenhoff, Angelika Walser und Josef Römelt. In dieser Arbeit handelt es sich um eine differenzierte Bewertung, die einerseits den medizinischen Fortschritt zur Geltung bringt, zugleich aber auch die Achtung der personalen Würde und relationalen Verantwortung des Menschen miteinbezieht.

1. Einleitung

Der Wunsch nach einem eigenen Kind ist für viele Paare ein zentraler Lebensinhalt. Wenn sich dieser Wunsch über Jahre hinweg nicht erfüllt, kann dies zu einer großen emotionalen Belastung führen. Oft bleibt als letzter Hoffnungsschimmer die Reproduktionsmedizin, die mit verschiedenen Methoden der assistierten Befruchtung Unterstützung bietet. Doch nicht jede Behandlung führt zum ersehnten Erfolg.¹ Wer diese schmerzhaft Erfahrung macht, sich ein Kind zu wünschen und dies nicht zu erreichen, wird mit der Unverfügbarkeit des Lebens konfrontiert. Hier zeigen sich die Grenzen des Machbaren in ihrer ganzen Härte.²

Die assistierte Reproduktionstechnologie (ART) hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht und bietet Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch neue Möglichkeiten, eine Schwangerschaft zu erreichen. Insbesondere die In-vitro-Fertilisation (IVF) hat sich weltweit als Standardverfahren etabliert und wird zunehmend in Anspruch genommen. Auch pränatale Diagnostiken ermöglichen es, bereits frühzeitig genetische Informationen über den Embryo zu gewinnen und potenzielle gesundheitliche Risiken zu erkennen. Während diese Fortschritte vielen Menschen Hoffnung schenken, werfen sie zugleich tiefgreifende ethische, gesellschaftliche und theologische Fragen auf.³ Sollte alles, was technisch möglich ist, auch tatsächlich umgesetzt werden?⁴

In Österreich regelt das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) die Anwendung von assistierter Reproduktionsmedizin und legt fest, unter welchen Bedingungen eine künstliche Befruchtung zulässig ist. Der Zugang ist jedoch nicht uneingeschränkt, sondern unterliegt gesetzlichen und finanziellen Hürden.⁵ Die katholische Kirche steht der Reproduktionsmedizin kritisch gegenüber, besonders wenn die Befruchtung außerhalb der natürlichen Zeugung in

¹ Vgl. Thorsten Wischmann, Einführung Reproduktionsmedizin: medizinische Grundlagen – Psychosomatik – psychosoziale Aspekte, München 2012, 15.

² Vgl. Veronika Prüller-Jagenteufel – Gunter Prüller-Jagenteufel, Geschenktes Leben?! Theologisch-spirituelle Erkundungen zum unerfüllten Kinderwunsch, in: *Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche* 32 (2001) 4, 181.

³ Vgl. Stephan Ernst, *Am Anfang und Ende des Lebens. Grundfragen medizinischer Ethik*, Freiburg/Br.: Herder 2020, 234f.

⁴ Vgl. Giovanni MAIO – Tobias EICHINGER – Claudia BOZZARO (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg – München: Verlag Karl Alber, 2013, 11f.

⁵ Vgl. „FORTPFLANZUNGSMEDIZINGESETZ (FMedG)“, abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> [Zugriff am 3. März 2025].

der Ehe erfolgt⁶. Sie betrachtet das Thema ungewollte Kinderlosigkeit vor allem im Kontext der Ablehnung künstlicher Befruchtung, somit findet das persönliche Leid der betroffenen Paare dabei nur wenig Beachtung.⁷ Die Glaubenskongregation hat in mehreren offiziellen Stellungnahmen erhebliche Vorbehalte gegenüber der In-vitro-Fertilisation geäußert und ausdrücklich davon abgeraten⁸. Diese Haltung wurde in der Instruktion *Donum Vitae* (1987) sowie in der Enzyklika *Evangelium Vitae* (1995) ausführlich dargelegt. Die konsequente Ablehnung sowohl der heterologen als auch der homologen künstlichen Befruchtung durch die katholische Kirche hat auch kritischen Widerspruch in der Bevölkerung hervorgerufen.⁹

Die Diskrepanz zwischen lehramtlichen Positionen der Kirche und den Entwicklungen in der medizinischen Praxis verdeutlicht die gesellschaftliche Relevanz einer fundierten ethischen und theologischen Auseinandersetzung mit der Thematik. Während die Medizin durch neue Technologien eine immer weitergehende Kontrolle über den Fortpflanzungsprozess ermöglicht, stellt sich die Frage, inwiefern diese technischen Möglichkeiten das Verständnis von Elternschaft, Familie und Leben selbst verändern. Wie Giovanni Maio betont, weckt die Technik nicht nur Hoffnungen, sondern erzeugt auch einen gesellschaftlichen *Sog der Machbarkeit*, der Paare in eine schwierige Lage bringen kann. Wenn reproduktive Technologien als nahezu unbegrenzt verfügbar wahrgenommen werden, kann dies den Druck auf Paare erhöhen, die trotz zahlreicher Versuche keinen Erfolg haben.¹⁰ Darüber hinaus kann künstliche Befruchtung mit brisanten medizinischen, psychologischen und sozialen Folgeproblemen einhergehen.¹¹

Im Rahmen dieser Arbeit werden die ethischen und theologischen Herausforderungen der assistierten Reproduktionstechnologie genauer beleuchtet. Sie untersucht insbesondere den aktuellen Forschungsstand der Reproduktionsmedizin, die gesellschaftlichen Implikationen für Familien und Zugangsfragen in Österreich sowie die Position der katholischen Kirche zu

⁶ Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, *Gott ist ein Freund des Lebens*, (Arbeitshilfen Nr. 76), Bonn 1989, 63.

⁷ Vgl. PRÜLLER-JAGENTEUFEL – PRÜLLER-JAGENTEUFEL, *Geschenktes Leben?!*, 182.

⁸ Vgl. DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, *Gott ist ein Freund des Lebens*, (Arbeitshilfen Nr. 76), Bonn 1989, 63.

⁹ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 288.

¹⁰ Vgl. Giovanni MAIO – Tobias EICHINGER – Claudia BOZZARO (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg – München: Verlag Karl Alber, 2013, 11f.

¹¹ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 292.

diesen Entwicklungen. Ziel ist es, einen fundierten Einblick in die ethischen Überlegungen zu gewinnen, die diese modernen medizinischen Möglichkeiten begleiten.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die zentrale Forschungsfrage:

Wie gestaltet sich der aktuelle Forschungsstand der Reproduktionsmedizin, welche ethischen und gesellschaftlichen Herausforderungen resultieren daraus und wie positioniert sich die katholische Kirche dazu?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, gliedert sich die vorliegende Arbeit wie folgt: Zunächst werden im Kapitel 2 die medizinischen Grundlagen sowie der aktuelle Forschungsstand der assistierten Reproduktionstechnologie erläutert. Dabei wird ein Überblick über die wichtigsten Verfahren wie In-vitro-Fertilisation (IVF), Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Intrauterine Insemination (IUI), Eizellen- und Samenspende, Kryokonservierung sowie die Präimplantationsdiagnostik (PID) gegeben. Diese Darstellung erfolgt nicht nur aus technischer Sicht, sondern auch unter Berücksichtigung der Indikationen, des historischen Kontextes sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in diesem Kapitel auf der Darstellung aktueller medizinischer Daten und Erfolgsquoten, da diese eine wesentliche Grundlage für die gesellschaftliche Relevanz bilden.

Kapitel 3 befasst sich mit den sich aus der Anwendung der Reproduktionstechnologien ergebenden ethischen Problemfeldern. Dabei werden zunächst die technologischen sowie psychologischen Herausforderungen thematisiert, die insbesondere für betroffene Paare mit einem unerfüllten Kinderwunsch von Bedeutung sind. Es wird aufgezeigt, welche Belastungen und ambivalenten Erfahrungen mit der Nutzung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen verbunden sein können, etwa auf emotionaler, körperlicher und sozialer Ebene. Darüber hinaus werden auch gesellschaftliche Fragestellungen, etwa in Bezug auf mögliche Risiken für Familien oder alternative Familienmodelle, wie gleichgeschlechtliche Elternschaft, diskutiert.

Anschließend erfolgt im Kapitel 4 eine theologisch-ethische Analyse verschiedener Techniken der Reproduktionsmedizin. Zunächst wird Reproduktion aus christlich-ethischer Sicht reflektiert, wobei insbesondere die Stellungnahmen der katholischen Kirche mit den zentralen Lehrdokumente *Donum Vitae* (1987) und *Evangelium Vitae* (1995) eingehend analysiert

werden. Diese Dokumente bilden den Ausgangspunkt für die kirchliche Bewertung künstlicher Fortpflanzungsmethoden und werfen grundlegende moraltheologische Fragen zur Menschenwürde, zur Natürlichkeit der Zeugung und zum Schutz des Embryos auf. Schließlich wird die offizielle kirchliche Position mit kritischen und konstruktiven theologischen Stimmen in Beziehung gesetzt. Dabei werden unter anderem Positionen von Eberhard Schockenhoff, Josef Römelt, Sigrid Müller und Angelika Walser einbezogen, die teils eine Erweiterung der kirchlichen Perspektive fordern oder neue ethische Bewertungsmaßstäbe entwickeln. Diese Auseinandersetzungen ermöglichen es, die innerkirchliche Debatte, als dynamisch und im Spannungsfeld zwischen Tradition und Gegenwart verortet zu verstehen. Abschließend fasst das Fazit die zentralen Erkenntnisse dieser Arbeit zusammen.

Für diese Arbeit wird die Methode der systematischen Literaturrecherche gewählt, da sie sich gut für eine theologisch-ethische Fragestellung eignet. Im Zentrum steht die Analyse bestehender Argumentationen, Positionen und Diskurse zu Reproduktionstechnologien, etwa in medizinethischer, gesellschaftlicher und theologischer Hinsicht. Die Literaturrecherche erlaubt es, kirchliche Stellungnahmen, bioethische Expertisen und wissenschaftliche Fachliteratur fundiert zu analysieren, miteinander in Beziehung zu setzen und kritisch zu reflektieren. Zudem ermöglicht die Literaturrecherche einen interdisziplinären Zugang, indem Erkenntnisse aus Medizin, Ethik, Theologie und Sozialwissenschaften zusammengeführt werden.

2. Assistierte Reproduktionstechnologien im Überblick

In diesem Kapitel wird ein umfassender Überblick über die Entwicklung und Methoden der angewandten Reproduktionstechnologien gegeben. Es werden sowohl historische Perspektiven als auch Verfahren und Meilensteine der assistierten Reproduktionstechnologie (ART) beleuchtet. Diese ausführliche Darstellung ist methodisch und inhaltlich notwendig, um die spätere ethisch-theologische Reflexion fundiert und sachgerecht durchführen zu können. Die medizinischen Indikationen für die Nutzung von Reproduktionsmedizin liefern eine zentrale Grundlage für ethische Argumentationen. Zudem werden in diesem Kapitel die Kosten einer Kinderwunschbehandlung sowie deren Erfolgsaussichten thematisiert. Die dafür verwendeten Statistiken ermöglichen eine realistische Einschätzung ihrer gesellschaftlichen Relevanz.

2.1. Definition und Klassifikation von ART

Assistierte Reproduktionstechnologien (ART) bezeichnen ein Spektrum medizinischer Verfahren, die darauf abzielen, Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zu helfen. Diese Technologien sind insbesondere für jene Paare von Bedeutung, die aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten haben, auf natürliche Weise schwanger zu werden. Die Definition von ART kann variieren, umfasst jedoch typischerweise alle Maßnahmen, die über den natürlichen Geschlechtsverkehr hinausgehen und ärztliche Intervention erfordern, um die Fruchtbarkeit zu unterstützen. Zu den bedeutendsten Verfahren innerhalb von ART zählen die Intrauterine Insemination (IUI), die In-vitro-Fertilisation (IVF) sowie die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).¹² Auch Techniken wie der intratubare Gametentransfer (GIFT) und der intratubare Zygotentransfer (ZIFT) finden gelegentlich Anwendung¹³.

¹² Vgl. Thorsten WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin: medizinische Grundlagen – Psychosomatik – psychosoziale Aspekte*, München 2012, 74.

¹³ Vgl. Gerhard MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt ... Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung, in: *Ethica* 9 (2001) 2, S. 115–147, hier 2.

2.1.1. Historische Perspektiven

Um die heutige Bedeutung der Reproduktionsmedizin vollständig zu erfassen, ist ein Blick in die Geschichte der ART von wesentlicher Bedeutung. Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin basiert auf jahrhundertelangen Fortschritten in den Bereichen Anatomie, Endokrinologie und Embryologie.¹⁴ Viele heute genutzte Techniken der assistierten Reproduktion haben ihren Ursprung in der Veterinärmedizin¹⁵. Weniger bekannt ist, dass die nationalsozialistische Politik einige der Grundlagen für die moderne Reproduktionsmedizin gelegt hat. Neben dem "Vernichtungskrieg" gab es auch einen "Vermehrungskrieg", der verschiedene Maßnahmen zur Erhöhung der Fruchtbarkeit der deutschen Bevölkerung umfasste.¹⁶

Kinderwunsch in der Bibel

Bereits in der Bibel finden sich Geschichten, die von unerfülltem Kinderwunsch berichten und Lösungsansätze bieten, die an moderne Fortpflanzungstechnologien erinnern. Im Laufe der Geschichte haben sich die Methoden immer weiterentwickelt. Die ethischen Fragen, die hier entstanden, ziehen sich durch die gesamte Geschichte der Reproduktionsmedizin und werden auch in modernen Kontexten, wie in den folgenden Kapiteln drei und vier, erneut aufgeworfen. Im Alten Testament wird beschrieben, wie Sarah, die Frau Abrahams, zunächst kinderlos blieb. In ihrer Verzweiflung bot sie ihm ihre Dienerin Hagar als Nebenfrau an, damit diese ihm ein Kind gebäre. Hagar wurde schwanger und brachte Ismail zur Welt. Später wurde auch Sarah selbst schwanger und gebar Isaak. Ebenso betete Isaak für Nachwuchs, nachdem seine Frau Rebekka zunächst keine Kinder bekommen konnte. Schließlich schenkte Gott dem Paar die Zwillinge Esau und Jakob. Jakob wiederum hatte zwei Frauen, Lea und Rachel. Da Jakob Rachel bevorzugte, blieb sie kinderlos, während Lea ihm mehrere Söhne gebar. Ähnlich wie Sarah gab auch Rachel ihre Dienerin Bilha Jakob zur Frau, und Bilha brachte zwei Söhne zur Welt, bevor Rachel selbst schließlich Josef gebar. Diese biblischen Geschichten thematisieren somit seit langer Zeit das Problem des unerfüllten Kinderwunsches. Die Tatsache, dass Frauen ihre Dienerinnen als „Leihmütter“ einsetzen, erinnert entfernt an moderne Konzepte, wie Eizellspende und Leihmutterschaft. Allerdings

¹⁴ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 74.

¹⁵ Vgl. ebd., 62.

¹⁶ Vgl. ebd., 64.

wurde in der Bibel Kinderlosigkeit nicht als medizinisches Problem betrachtet, sondern als göttliche Strafe. Eine wissenschaftliche Diagnose der Unfruchtbarkeit gab es nicht.¹⁷

Pioniere und Irrwege: Die Anfänge der Reproduktionsmedizin

Bevor moderne Methoden der Reproduktionsmedizin entwickelt werden konnten, musste das grundlegende Verständnis der Physiologie von Fortpflanzung und Hormonregulation erarbeitet werden. Dies beinhaltete die Erforschung endokrinologischer Prozesse, die die Bildung der Gameten (Eizellen und Spermien), die Befruchtung und die frühembryonale Entwicklung steuern. Diese Forschung erstreckte sich über einen Zeitraum von 100 Jahren und führte zur Entwicklung von Medikamenten für die ovarielle Stimulation, die entscheidend für die heutige Reproduktionsmedizin sind. Frühe Ansätze zur Behandlung der Unfruchtbarkeit, wie die Bestrahlung der Eierstöcke und der Hypophyse¹⁸, galten im frühen 20. Jahrhundert als erfolgversprechend. Spätere Forschungen zeigten jedoch, dass diese Methoden potenziell schädlich waren und das Risiko von Ovarialkarzinomen¹⁹ erhöhten.²⁰

Nichtsdestotrotz führte 1770 der Arzt John Hunter erstmals eine erfolgreiche intravaginale Insemination durch, um einer Patientin mit Fruchtbarkeitsproblemen aufgrund einer Hypospadie²¹, ihres Ehemannes zu helfen. Frühe Ansätze, wie die von James Marion Sims im Jahr 1866, basierten auf fehlerhaften Annahmen, etwa der Idee, dass die beste Zeit für eine Insemination während der Menstruation sei. Seine Experimente führten nur zu einer geringen Erfolgsrate, was die damaligen Unzulänglichkeiten der Methode verdeutlicht.²² In den folgenden Jahrhunderten entwickelte sich diese Methode weiter: 1884 wurde die erste Insemination aufgrund von Azoospermie²³ beim Mann durchgeführt.²⁴

¹⁷ Vgl. Michael LUDWIG – Klaus DIEDRICH, *Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin*, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 2.

¹⁸ Bohnenförmige Drüse an der Basis des Gehirns

¹⁹ Tumor des Ovars (Eierstocks)

²⁰ Vgl. LUDWIG – DIEDRICH, *Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin*, 2.

²¹ Hypospadie ist eine angeborene Fehlbildung der Harnröhre.

²² Vgl. Susanne KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis? Ethische, soziale und medizinische Aspekte der IVF*, in: *50 Jahre Enzyklika „Humanae vitae“*, 2019, 197–216, hier: 197.

²³ Azoospermie bezeichnet das völlige Fehlen von Spermien im Ejakulat und ist eine Ursache für männliche Unfruchtbarkeit.

²⁴ Vgl. LUDWIG – DIEDRICH, *Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin*, 5.

Durchbruch in der Reproduktionsmedizin: Die Geburt von Louise Brown

Erst in den 1930er-Jahren kam es durch Studien von Forscher*innen wie Pincus und Enzmann zu bedeutenden Fortschritten. Sie führten erfolgreiche Experimente mit Gameten bei Kaninchen durch und schufen damit die Grundlage für die spätere Entwicklung der In-vitro-Fertilisation. Die IVF selbst wurde durch die Arbeiten von Robert Edwards und anderen Wissenschaftler*innen ab den 1950er-Jahren maßgeblich vorangetrieben. Der erste Durchbruch bei der IVF erfolgte schließlich 1978, als die erste erfolgreiche Geburt nach einer IVF-Behandlung stattfand.²⁵ Die Geburt von Louise Brown war ein Meilenstein, der mit großer Begeisterung aufgenommen wurde. In Österreich kam das erste Kind durch IVF im Jahr 1982 zur Welt. Heute wird geschätzt, dass weltweit rund acht Millionen Menschen nach einer künstlichen Befruchtung geboren wurden.²⁶

In den frühen 1980er-Jahren begannen zudem die ersten Entwicklungen zur Kryokonservierung von Eizellen und Embryonen. Eine entscheidende Entdeckung für moderne Kryokonservierungsverfahren wurde bereits in den 1940er-Jahren gemacht, als Polge herausfand, dass Gefrierschutzmittel, wie Glycerol, die Überlebensraten nach dem Einfrieren erheblich verbessern können. Die erste Schwangerschaft nach dem Transfer eines zuvor eingefrorenen acht-zelligen-Embryos endete jedoch in einem Abort, bedingt durch vorzeitigen Blasensprung und einer Infektion. Kurz darauf wurden jedoch auch erfolgreiche Geburten nach solchen Transfers gemeldet.²⁷

Technologische Innovationen der letzten Jahrzehnte

In den letzten 20 Jahren lag der Fokus der Reproduktionsmedizin auf der Optimierung bestehender Methoden und der Minimierung von Risiken wie Mehrlingsschwangerschaften oder dem ovariellen Überstimulationssyndrom (OHSS), eine Erkrankung, die nach der Stimulation der Eierstöcke im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung auftreten kann.²⁸ Nach der Einführung der Präimplantationsdiagnostik und der revolutionären Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) wurden zahlreiche Techniken wie das *assisted hatching* zur

²⁵ Vgl. ebd., 5f.

²⁶ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 197.

²⁷ Vgl. LUDWIG – DIEDRICH, *Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin*, 6.

²⁸ Vgl. ebd., 8.

Verbesserung der Embryoeinnistung entwickelt, wobei andere Verfahren, wie beispielsweise Spermiauswahl mit hoher Vergrößerung, weniger Erfolg zeigten. Es wurden viele Modifikationen an Stimulations- und Kulturprotokollen erprobt, doch kein Verfahren konnte die ICSI hinsichtlich der Erhöhung der Konzeptionschancen übertreffen. Ein wichtiger Fortschritt war die Einführung des elektiven Einzelembryotransfers (eSET), um das Mehrlingsrisiko zu verringern. Zudem wurde bei Hochrisikopatientinnen auf einfachere Stimulationsprotokolle zurückgegriffen. Die IVF-Behandlung selbst wurde vereinfacht, unter anderem durch die Einführung der transvaginalen ultraschallgesteuerten Punktion und der Möglichkeit, dass sich Patientinnen die Medikamente eigenständig applizieren können. Die Notwendigkeit intramuskulärer Injektionen und strenger Ruhe nach dem Embryotransfer entfiel, so dass eine IVF heute weitgehend ambulant durchgeführt werden kann.²⁹

Mit den bisherigen Fortschritten in der Reproduktionsmedizin, wie der Optimierung von Behandlungsabläufen und der Reduzierung von Risiken, ergibt sich zunehmend auch die Möglichkeit, neueste Technologien in den Prozess zu integrieren. Ein Beispiel hierfür ist der wachsende Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) in der Reproduktionsmedizin.

Künstliche Intelligenz (KI) wird zunehmend in der Reproduktionsmedizin genutzt, da große Datenmengen gesammelt werden, insbesondere durch die Überwachung der embryonalen Entwicklung und die Erfassung von klinischen Behandlungsergebnissen bei medizinisch assistierter Reproduktion³⁰. Moderne IVF-Labore verwenden automatisierte Systeme zur Probenzuordnung und zur elektronischen Überwachung, um eine detaillierte Datenerhebung zu ermöglichen. Diese Datenmengen bieten Chancen, um KI-Systeme einzusetzen, die Muster erkennen, Prozesse automatisieren und Entscheidungen auf Grundlage dieser Daten unterstützen können. Ein Schlüsselbereich, in dem KI verwendet wird, ist die Analyse von Bilddaten der Embryoentwicklung, beispielsweise durch *time-lapse imaging*. Dies ermöglicht eine präzise Beurteilung der Implantationschancen eines Embryos.³¹

Künstliche Intelligenz wird auch in Bereichen wie der Sperma-Diagnostik, Embryoselektion und bei personalisierten Behandlungsansätzen eingesetzt. Während KI das Potenzial hat, die

²⁹ Vgl. ebd.

³⁰ Vgl. Maren GOECKENJAN – Andreas FESTAG – Jakob N. KATHER, Entscheidungsfindungen in der Reproduktionsmedizin: Von der menschlichen zur künstlichen Intelligenz, in: *Gynäkologische Endokrinologie* 21 (2023), S. 72–77, hier: 72.

³¹ Vgl. ebd., 72ff.

Reproduktionsmedizin zu revolutionieren, gibt es auch Herausforderungen. Zu diesen gehören die Automatisierung von Prozessen, wie Vitrifikation und die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), sowie ethische Bedenken hinsichtlich der Automatisierung und der Abhängigkeit von Algorithmen. Dennoch wird künstliche Intelligenz zunehmend akzeptiert, insbesondere für die Risikoabschätzung und Prozessoptimierung in IVF-Laboren.³²

2.1.2. (Medizinische) Indikationen für Reproduktionsmedizin

Die medizinischen Indikationen für den Einsatz der Reproduktionsmedizin umfassen verschiedene Formen von Fruchtbarkeitsstörungen. So beschreibt *Sterilität* die Unfähigkeit, dass eine Schwangerschaft eintreten kann und wird oftmals auch synonym als Unfruchtbarkeit bezeichnet. *Infertilität* hingegen wird als der Zustand beschrieben, in dem eine Konzeption zwar möglich ist, aber die Schwangerschaft nicht erfolgreich ausgetragen werden kann.³³

Wenn ein Paar, das regelmäßig Kohabitationen hat, nach einem Jahr keine Schwangerschaft erreicht, wird das als *primäre Sterilität* bezeichnet. Einige Definitionen verlängern diesen Zeitraum auf bis zu zwei Jahre, dieser wird jedoch oftmals als zu lange angesehen. Eine *sekundäre Sterilität* liegt vor, wenn die Frau trotz einer Schwangerschaft oder Geburt nicht wieder gravide wird.³⁴ Die Ursachen für Unfruchtbarkeit verteilen sich statistisch gesehen in etwa zu gleichen Teilen auf Frauen und Männer, mit je rund 30 Prozent der Fälle. Weitere 30 Prozent sind auf beide Partner gemeinsam zurückzuführen, während in etwa zehn Prozent der Fälle die Ursachen ungeklärt bleiben (*idiopathische Sterilität*). Ein klarer biologischer Faktor ist das Alter der Frau, das in Zusammenhang mit abnehmender Fruchtbarkeit steht. So lag das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes in Österreich 1985 noch bei 24 Jahren, stieg bis 2013 auf 29 Jahre und wird laut Vorhersagen der Statistik Austria bis 2030 auf 31 Jahre ansteigen, ein Trend, der in vielen Industrienationen zu beobachten ist.³⁵

³² Vgl. ebd.

³³ Vgl. Michael LUDWIG – Klaus DIEDRICH – Frank NAWROTH, Was ist „Sterilität“ – eine Begriffsbestimmung, in: Klaus Diedrich – Michael Ludwig – Georg Griesinger (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 2.

³⁴ Vgl. Karl KNÖRR – Claus LAURITZEN – Friedrich K. BELLER, Sterilität – Infertilität, in: *Lehrbuch der Gynäkologie*, Berlin – Heidelberg 1972, S. 220-226.

³⁵ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 198f.

Angesichts der abnehmenden Fruchtbarkeit bei der Geburt des ersten Kindes sowie unterschiedliche Formen von Fruchtbarkeitsstörungen wird der Einsatz der Reproduktionsmedizin oft notwendig, um Paaren mit Kinderwunsch zu helfen. Etwa acht bis zwölf Prozent aller Paare sind von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen. Jedes sechste Paar nimmt medizinische Unterstützung in Anspruch, um den Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen.³⁶

Damit jedoch eine solche Behandlung durchgeführt werden kann, müssen bestimmte medizinische und gesetzliche Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört auch die Festlegung einer Altersgrenze: Die Frau muss zum Beginn der Behandlung mindestens 25 Jahre alt sein, darf aber nicht älter als 40 Jahre sein. Auch für den Partner gilt, dass er mindestens 25 und höchstens 50 Jahre alt sein darf. Es besteht kein genereller Anspruch auf Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung. Zudem dürfen für die Befruchtung ausschließlich Ei- und Samenzellen des Ehepartners verwendet werden. Beide Ehepartner müssen zum Zeitpunkt der Behandlung HIV-negativ sein, und die Frau muss einen ausreichenden Schutz gegen Röteln vorweisen. Die Behandlung darf nur dann erfolgen, wenn realistische Chancen auf eine Schwangerschaft durch die angewendeten Methoden bestehen.³⁷

Voraussetzung für eine Anwendung der Reproduktionsmedizin ist bei der Frau außerdem das Vorhandensein einer Gebärmutter und mindestens eines funktionstüchtigen Eierstocks. Überdies ist eine Mindestqualität der Samenzellen beim Mann erforderlich.³⁸ Eine Insemination im natürlichen Zyklus kann bis zu acht Mal, eine hormonell stimulierte Insemination bis zu drei Mal durchgeführt werden. Ebenso können IVF und ICSI bis zu drei Mal angewendet werden, wenn keine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft erreicht wurde. Sollte bei einer IVF oder ICSI zweimal keine Befruchtung der Eizelle (Zellteilung) stattfinden, gilt eine Schwangerschaft als sehr unwahrscheinlich. Nach der Geburt eines Kindes besteht jedoch erneut Anspruch auf den Versuch einer künstlichen Befruchtung.³⁹

Liegt eine der folgenden medizinischen Indikationen vor, kann die Reproduktionsmedizin eingreifen:

Endokrine Sterilität: Hormonelle Störungen, die die Eizellreifung beeinträchtigen, können durch Probleme im Hypothalamus, der Hypophyse, Schilddrüse, Nebennierenrinde oder den

³⁶ Vgl. Maria KOLLMANN, Update Reproduktionsmedizin – aktuelle Zahlen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, in: *J. Klin. Endokrinol. Stoffw.* 16 (2023), S. 56–59, hier: 56.

³⁷ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 79f.

³⁸ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 199.

³⁹ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 79f.

Eierstöcken verursacht werden. Stress, extremes Unter- oder Übergewicht sowie erhebliche körperliche oder psychische Belastungen sind mögliche Auslöser für diese Hormonstörungen. Auch Fehlfunktionen der Bauchspeicheldrüse oder Schilddrüse können zu Hormon- und Zyklusstörungen führen.⁴⁰

Tubare Sterilität: Fehlbildungen oder Schäden an den Eierstöcken, Eileitern oder der Gebärmutter betreffen etwa ein Drittel der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Solche Schäden können durch Verklebungen oder Verwachsungen der Eileiter entstehen, häufig als Folge von Operationen oder Entzündungen im Bauchraum.⁴¹

Immunologische Sterilität: Das Immunsystem der Frau bildet Antikörper gegen Spermien, die entweder den Weg der Spermien behindern oder sie abtöten können. Diese Antikörper können auch das Eindringen der Spermien in die Eizelle blockieren und dadurch die Befruchtung verhindern.⁴²

Zervikaler Faktor: Darunter fallen Indikationen wie beispielsweise zervikale Stenose nach operativen Eingriffen⁴³.

Andrologischer Faktor (Verminderte Spermienqualität): Es gibt keine klaren Studien zu adäquaten Mindestanforderungen an ein Spermiogramm aber die Anzahl beweglicher Spermien nach Aufbereitung sollte mindestens 5 Millionen betragen, um die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung zu erhöhen.⁴⁴

Idiopathische Sterilität: Bei Unfruchtbarkeit ohne erkennbare Ursache hat sich gezeigt, dass die IVF, besonders nach Stimulation des Eierstocks, bessere Ergebnisse liefert als der natürliche Zyklus⁴⁵.

⁴⁰ Vgl. Sterilitäts-Ursachen, in: Klinische Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Medizinische Universität Wien, abrufbar unter: <https://frauenheilkunde.meduniwien.ac.at/ueber-uns/unsere-abteilungen/klinische-abteilung-fuer-gynaekologische-endokrinologie-und-reproduktionsmedizin/patientinneninformation/ivf-in-vitro-fertilisationsambulanz/sterilitaets-ursachen/> [Zugriff am 4. November 2024].

⁴¹ Vgl. ebd.

⁴² Vgl. ebd.

⁴³ Vgl. DORN, *Inseminationsbehandlung*, 2f.

⁴⁴ Vgl. ebd., 2f.

⁴⁵ Vgl. ebd., 3.

Endometriose: Bei leichten Formen von Endometriose kann eine Stimulation der Eierstöcke kombiniert mit IVF die Fruchtbarkeitsrate um das drei- bis Fünffache erhöhen⁴⁶.

Impotentia coeundi und Vaginismus: Psychogene oder anatomische Ursachen, die Geschlechtsverkehr verhindern, können durch ART umgangen werden⁴⁷.

Infektiosität bei serodiskordanten Paaren (z.B. HIV): Spezielle Maßnahmen und eine hohe Qualität der Durchführung ermöglichen eine sichere Insemination, ohne dass es zu einer Übertragung von Krankheiten kommt. Diese besondere Situation erfordert spezifisch geschulte Zentren mit reichlich Erfahrung und Expertise auf diesem Gebiet.⁴⁸

Donogene Insemination: Für Paare, bei denen eine Befruchtung mit eigenen Spermien nicht möglich ist, kann eine Spenderinsemination in Betracht gezogen werden. Indikationen dafür können Azoospermie aus verschiedenen Ursachen, mehrere erfolglose ICSI-Versuche, genetische Gründe aber auch die Familienplanung eines lesbischen Paares sein.⁴⁹

Polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS): Sie ist die am weitesten verbreitete hormonelle Erkrankung bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter und betrifft etwa fünf bis zehn Prozent von ihnen. Aufgrund einer gestörten Reifung der Eizellen kommt es oft zu unregelmäßigen oder ausbleibenden Eisprüngen, was eine Schwangerschaft erschweren kann.⁵⁰

Umweltfaktoren: Sie haben oft verzögerte Auswirkungen auf die menschliche Fruchtbarkeit, was es schwierig macht, ihre genauen Effekte nachzuweisen. Diese Effekte treten häufig erst nach Jahren oder Jahrzehnten auf und können sich addieren, was die Analyse zusätzlich erschwert. Nachweisbar ist jedoch, dass Schadstoffe wie Schwermetalle, beispielsweise Blei, Cadmium oder Quecksilber), Lösungsmittel, Pestizide sowie Genussmittel wie Alkohol, Nikotin und Koffein die Fruchtbarkeit negativ beeinflussen können.⁵¹

Jede dieser Indikationen wird individuell bewertet, um die beste Methode für die Behandlung zu bestimmen. Je nach den jeweiligen nationalen Gesetzen können unterschiedliche Personengruppen Anspruch auf künstliche Befruchtung haben, darunter verheiratete Paare

⁴⁶ Vgl. ebd.

⁴⁷ Vgl. ebd.

⁴⁸ Vgl. ebd., 3f

⁴⁹ Vgl. DORN, *Inseminationsbehandlung*, 4.

⁵⁰ Vgl. UNIVERSITÄTSKLINIKUM BONN, *Das PCO-Syndrom*, o. D., online unter: <https://www.ukbonn.de/gy-naekologische-endokrinologie-und-reproduktionsmedizin/behandlungsspektrum/hormonstoerungen/das-pco-syndrom> [Zugriff am 13. Juni 2025].

⁵¹ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 5.

mit Kinderwunsch, unverheiratete Paare, Singles, Frauen nach den Wechseljahren, Alleinstehende (Single-Mom by Choice)⁵², Witwen, lesbische Paare mit Samenspende und homosexuelle Paare mit Eizellspende und Leihmutterschaft.⁵³ In Österreich ist eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung ausschließlich in einer Ehe, einer Lebensgemeinschaft, einer eingetragenen Partnerschaft sowie in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft erlaubt.⁵⁴ Außerdem sind einige Behandlungsverfahren in Österreich nicht zulässig, wie etwa die Leihmutterschaft oder die Embryospende. Andere Verfahren unterliegen bestimmten Einschränkungen, so ist beispielsweise die Lagerungszeit von kryokonservierten Embryonen in Österreich auf zehn Jahre begrenzt.⁵⁵

Die Kosten für Verfahren der assistierten Reproduktion lassen sich nur individuell bestimmen, da die Reaktionen der behandelten Frauen auf die Hormonbehandlung sehr unterschiedlich ausfallen und die Dosierung entsprechend variiert. Die dabei eingesetzten Medikamente sind oft sehr teuer. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch tragen meist diese hohen Kosten selbst, da die Krankenkassen nur bestimmte Leistungen übernehmen. Zudem variieren die Preise für Hormonpräparate stark zwischen den Ländern.⁵⁶ In Österreich werden vom IVF-Fond 70 Prozent der Kosten für eine IVF-Behandlung gedeckt, während die restlichen 30 Prozent von den Paaren selbst getragen werden. Es gibt Anspruch auf die Kostenübernahme für bis zu vier Versuche, sofern bestimmte medizinische Kriterien erfüllt sind und die Altersgrenze von 40 Jahren für Frauen und 50 Jahren für den Partner nicht überschritten wird. Dies ist seit 1. Jänner 2000 gesetzlich festgeschrieben.⁵⁷

2.2. Methoden der technisch assistierten Reproduktion

Da sich diese Arbeit mit ethischen und theologischen Implikationen biomedizinischer Verfahren beschäftigt, ist es entscheidend, zunächst ein grundlegendes medizinisches Verständnis für diese Technologien zu vermitteln. Begriffe wie IVF, ICSI, Kryokonservierung oder Präimplantationsdiagnostik (PID) sind komplex und vielfach erklärungsbedürftig.

⁵² Nähere Ausführungen dazu im Kapitel 3.6.2. Single-Mom by Choice

⁵³ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 198.

⁵⁴ „Medizinisch unterstützte Fortpflanzung“, in: oesterreich.gv.at, abrufbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt-eines-kindes/medizinisch_unterstuetzte_fortpflanzung/Seite.3430001.html [Zugriff am 4. November 2024].

⁵⁵ Vgl. Klinische Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Medizinische Universität Wien, „Sterilitäts-Ursachen“, [Zugriff am 4. November 2024].

⁵⁶ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 77.

⁵⁷ Vgl. Reinhard KERN, *IVF-Register. Jahresbericht 2016*, Wien, 2017, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, 1.

Besonders, weil sie in öffentlichen oder ethischen Debatten oft verkürzt dargestellt werden. Ein differenziertes Verständnis der medizinischen Verfahren ist daher unabdingbar, um Missverständnisse und Fehleinschätzungen zu vermeiden, und eine plausible Argumentation auf theologischer Ebene aufzubauen. Viele der ethisch relevanten Fragen ergeben sich direkt aus den medizinischen Details der Reproduktionsmedizin. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln näher erläutert.

2.2.1. Intrauterine Insemination (IUI)

Die künstliche Befruchtung bietet zwei Hauptverfahren, die sich in ihren Abläufen und Anwendungsbereichen unterscheiden: Zum einen die medizinisch unterstützte Insemination, bei welcher die Befruchtung im Körper der Frau (in vivo) durchgeführt wird, zum anderen die In-vitro-Fertilisation, bei der nach zuvor erfolgter Eizellenentnahme, die Ei- und Samenzellen außerhalb des Körpers (in vitro) zusammengeführt werden, gefolgt vom Embryonentransfer.

Die Intrauterine Insemination wird häufig als erste Behandlungsmethode bei Unfruchtbarkeit eingesetzt, insbesondere bei Paaren, die auf natürliche Weise schwanger werden möchten, aber Schwierigkeiten haben. Somit ist die IUI auch die am häufigsten angewandte Methode der ART. Bei diesem Verfahren werden aufbereitete Spermien, mit Hilfe eines Katheters, direkt in die Gebärmutter eingeführt, um die Wahrscheinlichkeit einer Befruchtung zu erhöhen. Hierbei kann der Eisprung der Frau bei frequenten Ultraschallkontrollen vorhergesagt werden oder durch Medikamente ausgelöst werden. Die Wirksamkeit der IUI kann durch hormonelle Stimulation verbessert werden, um die Ovulation zu synchronisieren und die Anzahl der Eizellen zu erhöhen.⁵⁸ Die IUI wird allerdings in Österreich nicht vom IVF-Fond finanziell unterstützt und wird in den Kinderwunschzentren daher seltener durchgeführt.⁵⁹ Trotz dieser Einschränkungen bleibt die IUI eine wertvolle Option, insbesondere für Paare, die eine weniger invasive Methode der assistierten Reproduktion bevorzugen.

Die IUI unterscheidet sich in zwei Hauptformen: Bei der homologen Insemination wird der Samen des Partners verwendet, während bei der heterologen Insemination der Samen eines Spenders zum Einsatz kommt. Zudem gibt es unterschiedliche Methoden der

⁵⁸ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 75.

⁵⁹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 200.

Spermieeinbringung, darunter die perizervikale, intrazervikale und intrauterine Insemination, wobei letztere heute am häufigsten medizinisch eingesetzt wird, ausgenommen bei lesbischen Paaren, für die noch keine ausreichenden Erfolgsschätzungen vorliegen. Eine große Auswertung von 2004 zeigte, dass fast 100.000 Inseminationszyklen in 19 Ländern registriert wurden, wobei die Geburtenrate pro Zyklus bei 12,3 Prozent lag, davon 87 Prozent Einlingsgeburten. In den letzten Jahren wurde die IUI durch Fortschritte in der Spermienaufbereitung und eine präzisere Zyklusüberwachung durch Ovulationsinduktion, zum Beispiel mit HCG⁶⁰ (Humanes Choriongonadotropin), weiterentwickelt. Auch Stimulationen mit Medikamenten, welche die Eizellenreifung an den Eierstöcken auslösen, wie Clomifencitrat oder Gonadotropinen, haben zu besseren Ergebnissen beigetragen.⁶¹

Um die Komplexität einer Kinderwunschbehandlung zu verdeutlichen, werden im Folgenden die einzelnen Schritte und Methoden intrauterinen Insemination (IUI) dargestellt. Sie umfasst mehrere wichtige Schritte, die den Erfolg der Behandlung beeinflussen:

Spermienvorbereitung: Eine sorgfältige Aufbereitung der Spermien ist entscheidend. Dazu gehören derzeit Techniken aus einer Kombination von Wasch- und Zentrifugationsschritten, die Dichtegradientenzentrifugation oder Glaswollfiltration und die Swim-up-Methode. Bei der Swim-up-Methode wird das Ejakulat nach der Verflüssigung mit einem Kulturmedium bedeckt und für bis zu 60 Minuten bei 37 °C inkubiert. Bewegliche Spermien schwimmen in das Medium, während unbewegliche zurückbleiben. Der obere Teil des Mediums wird dann vorsichtig abgenommen, um die beweglichen Spermien zu sammeln. Das Ziel ist es, eine hohe Konzentration von beweglichen und gesunden Spermien zu gewährleisten, die möglichst nah zur Eizelle gelangen. Es ist jedoch nicht eindeutig nachweisbar, welches Spermienaufbereitungsverfahren im Vergleich zu anderen tatsächlich zu einer höheren Schwangerschaftsrate führt. Außerdem spielt es keine wesentliche Rolle, ob die Spermien zu Hause oder in der Klinik gewonnen werden. Es ist jedoch vorteilhaft, wenn die Spermienaufbereitung innerhalb von 30 Minuten bis spätestens 90 Minuten nach der Abgabe beginnt.⁶²

⁶⁰ In der assistierten Reproduktion wird das Hormon HCG verwendet, um den Eisprung auszulösen. Normalerweise wird dieses Hormon in der Schwangerschaft produziert.

⁶¹ Vgl. Christoph DORN, Inseminationsbehandlung, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 1.

⁶² Vgl. DORN, *Inseminationsbehandlung*, 4f.

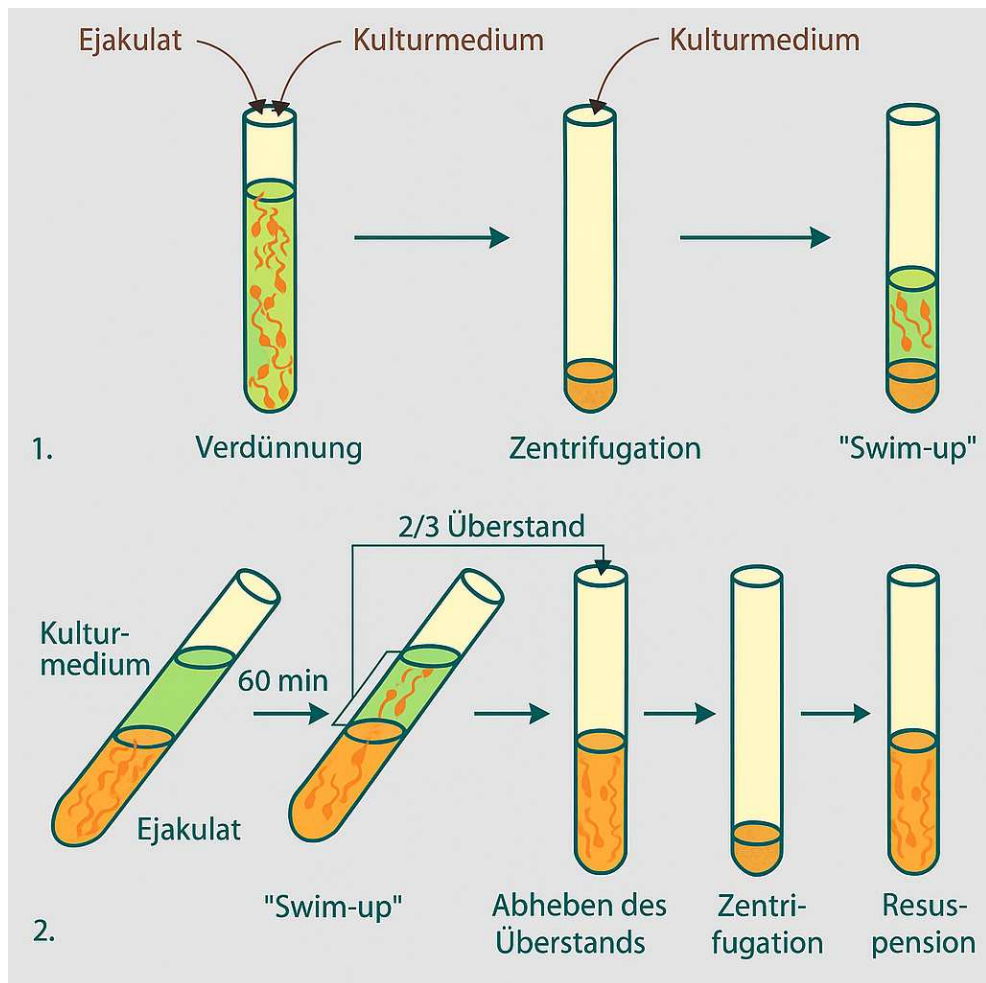


Abbildung 1: Swim-up-Methode. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. DORN, Inseminationsbehandlung, 5.

Spermieneinbringung und Ovulationsinduktion: Die Spermiesuspension wird entweder in den Zervikalkanal oder direkt in die Gebärmutterhöhle eingebracht. Dies sollte möglichst nah am Zeitpunkt des Eisprungs (Ovulation) geschehen, um die Chancen auf eine Befruchtung zu maximieren. Studien zeigen, dass die Insemination idealerweise, 32–36 Stunden nach der HCG-Gabe oder 24 Stunden nach einem natürlichen LH-Anstieg⁶³ (luteinisierendes Hormon) erfolgen sollte. Der Erfolg der IUI hängt stark vom richtigen Timing ab. Eine exakte Bestimmung des Eisprungs, unterstützt durch HCG-Gaben, kann die Chancen erhöhen. Neuere Untersuchungen deuten darauf hin, dass eine HCG-Gabe für eine bessere Steuerung des Zeitpunkts der Insemination sorgt.⁶⁴

⁶³ Ein Anstieg des LH-Spiegels in der Mitte des Zyklus löst den Eisprung aus.

⁶⁴ Vgl. DORN, Inseminationsbehandlung, 5.

Ruhen nach der Insemination: Früher wurde empfohlen, nach der Insemination eine Ruhepause einzuhalten. Neuere Studien widerlegen jedoch die Notwendigkeit einer längeren Bettruhe nach der IUI.⁶⁵

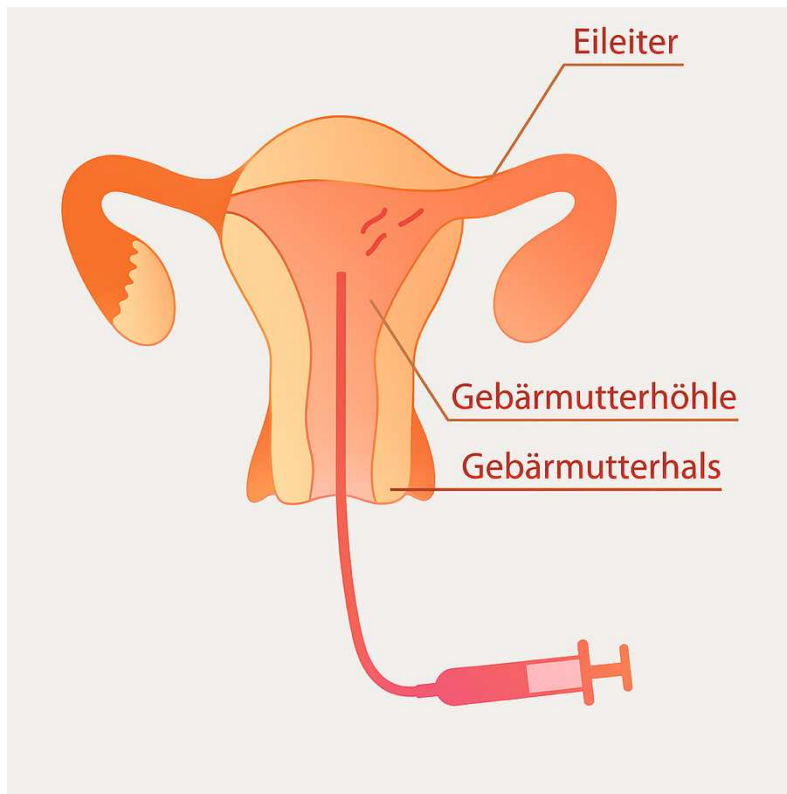


Abbildung 2: Intrauterine Insemination. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. DORN, Inseminationsbehandlung, 6.

Tubarer Faktor: Vor der IUI sollte eine Abklärung des tubaren Faktors, beispielsweise durch eine Laparoskopie, erfolgen, um mögliche Hindernisse im Eileiter auszuschließen.⁶⁶

Hormonelle Stimulation: Eine Stimulation der Eierstöcke, beispielsweise mit Clomifen oder Gonadotropinen, kann die Erfolgchancen einer IUI nahezu um das doppelte erhöhen. Dabei hat die Stimulation mit Clomifen in vielen Fällen den Vorzug, dass sie kostengünstiger ist und das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften geringer ist als bei Gonadotropinen. In einigen Fällen kann eine Lutealphasenunterstützung sinnvoll sein.⁶⁷

Die intrauterine Insemination (IUI) ist mit sehr geringen Komplikationsrisiken verbunden. Studien zeigen, dass die Infektionsrate nach IUI bei 1,83 Fällen pro 1000 Frauen liegt,

⁶⁵ Vgl. ebd., 6.

⁶⁶ Vgl. ebd.

⁶⁷ Vgl. ebd., 6ff.

während neuere Untersuchungen eine noch geringere Rate von 0,16 pro 1000 Zyklen angeben. Eine mögliche Komplikation ist eine Überstimulation der Eierstöcke, die nach einer Gonadotropin-Stimulation auftreten kann. Die Erfolgsquote für eine Schwangerschaft liegt pro Inseminationszyklus bei etwa 12 bis 15 Prozent. Die wichtigsten Einflussfaktoren sind das Alter der Frau, die Dauer des Kinderwunsches sowie die Qualität des Spermioграмms.⁶⁸

2.2.2. In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

In-vitro-Fertilisation

Die IVF gilt als eine der am weitesten verbreiteten und erfolgreichsten Formen der assistierten Reproduktion. Bei diesem Verfahren werden die Eizellen der Frau außerhalb des Körpers befruchtet. Nach der Befruchtung entwickeln sich die Embryonen im Labor, bevor sie in die Gebärmutter der Frau transferiert werden. Die IVF verzeichnet eine hohe Erfolgsquote, die jedoch von verschiedenen Faktoren abhängt, einschließlich des Alters der Frau, der Gesundheit der Eizellen und Spermien sowie der Qualität der entwickelten Embryonen.⁶⁹

Die herkömmliche IVF imitiert im Wesentlichen die natürlichen Prozesse im Körper. Dabei werden die entnommenen Eizellen in einer Kulturschale mit einer festgelegten Anzahl an Spermien vermischt, normalerweise zwei bis drei Stunden nach der Entnahme. In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben zur notwendigen Spermienkonzentration. Häufig wird aber eine Konzentration von 50.000 bis 150.000 Spermien pro Milliliter angestrebt, wobei etwa 20.000 bis 25.000 Spermien pro Eizelle erforderlich sind. In etwa fünf bis zehn Prozent der Fälle kann es zu einem kompletten Befruchtungsversagen kommen, wobei immunologische, genetische oder andrologische Ursachen eine Rolle spielen können. In solchen Fällen wird empfohlen, zumindest einen Teil der Eizellen mit der ICSI-Methode zu behandeln, um den Zyklus nicht abbrechen zu müssen.⁷⁰ Etwa 48 Stunden nach der Befruchtung im Labor werden die Embryonen einer Qualitätsprüfung unterzogen. Daraufhin werden

⁶⁸ Vgl. DORN, *Inseminationsbehandlung*, 8.

⁶⁹ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 75.

⁷⁰ Vgl. EBNER, *In-vitro-Fertilisation*, 3.

ein bis zwei Embryonen für den Transfer ausgewählt, während die übrigen entweder eingefroren oder, je nach rechtlicher Regelung, verworfen werden.⁷¹

Vor der Durchführung einer IVF-Behandlung ist es wichtig, die Qualität der Samenprobe zu bewerten. Das Ejakulat sollte nach den Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) analysiert werden, um ein Spermogramm zu erstellen, das Informationen über Spermienanzahl, Beweglichkeit und Morphologie liefert.⁷² Nur wenn die Samenparameter den Referenzwerten entsprechen, kann eine IVF in Betracht gezogen werden. Bei Azoospermie, einem Zustand, in dem keine Spermien im Ejakulat vorhanden sind, können Spermien durch testikuläre Extraktion (TESE) oder Aspiration aus dem Nebenhoden (MESA) gewonnen werden, um eine Befruchtung zu ermöglichen.⁷³

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion

Wenn die Samenqualität des Mannes als unzureichend für eine erfolgreiche Befruchtung eingeschätzt wird, bietet sich die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) als vorteilhafte Alternative an. Diese Methode reduziert das Risiko eines kompletten Befruchtungsversagens trotz eingeschränkter männlicher Fruchtbarkeit.⁷⁴ Die ICSI hat die In-vitro-Fertilisation revolutioniert, da sie es ermöglicht, auch mit nur wenigen Spermien eine Befruchtung zu erreichen. Hierbei wird ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle injiziert⁷⁵, anstatt wie bei der klassischen IVF von selbst in die Eizelle eindringen zu müssen. Die Anwendung von ICSI kann in bestimmten Fällen die Erfolgsquote von IVF erheblich steigern und ist besonders hilfreich bei Männern mit geringem Spermienanteil oder anderen Spermienanomalien.⁷⁶ Oftmals zeigt sich, dass nach einer nicht erfolgreichen IVF-Behandlung, nur eine ICSI zum Ziel führt.⁷⁷ Die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion ist die am meisten angewandte Methode der In-vitro-Fertilisation in Österreich mit zirka 80 Prozent aller Anwendungen. Allerdings ist die ICSI auch mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen verbunden.⁷⁸

⁷¹ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 75.

⁷² Vgl. EBNER, *In-vitro-Fertilisation*, 2.

⁷³ Vgl. ebd., 3.

⁷⁴ Vgl. ebd.

⁷⁵ Siehe Abbildung 6 auf der folgenden Seite.

⁷⁶ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 10.

⁷⁷ Vgl. EBNER, *In-vitro-Fertilisation*, 4.

⁷⁸ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 200.

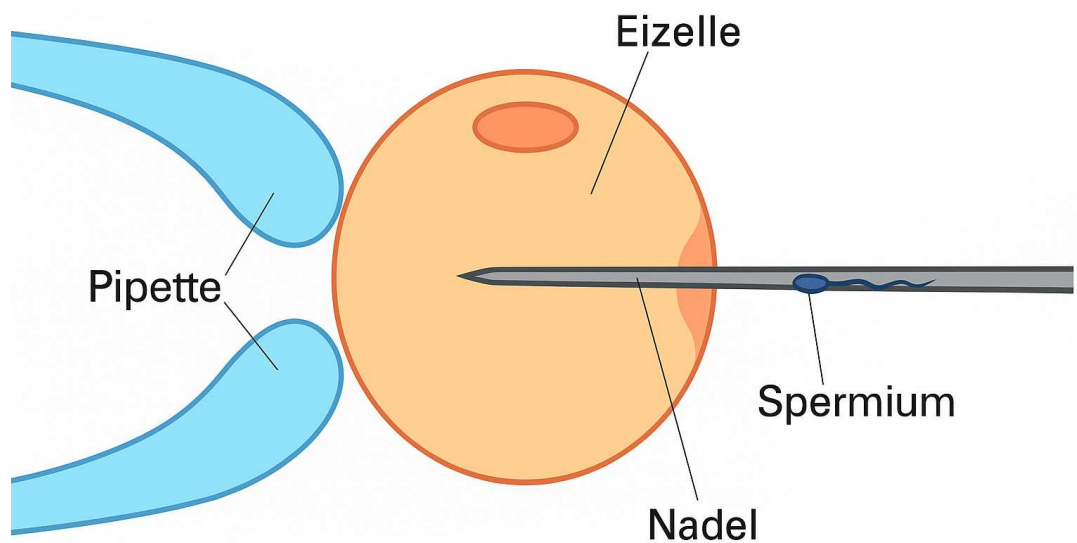


Abbildung 3: Mikropipette injiziert in eine Eizelle. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 282.

In-vitro-Maturation

Die In-vitro-Maturation (IVM) bietet eine Alternative zur traditionellen IVF, indem unreife Eizellen entnommen und außerhalb des Körpers zur Reifung gebracht werden, bevor sie durch IVF oder ICSI befruchtet werden. Diese Methode eignet sich besonders für Frauen, die empfindlich auf hormonelle Stimulation reagieren oder deren Fruchtbarkeit durch medizinische Bedingungen wie dem Polyzystisches Ovar-Syndrom (PCOS) oder einer bevorstehenden Krebstherapie beeinträchtigt ist. Die IVM unterscheidet sich von der klassischen IVF dadurch, dass bei jener die Eierstöcke hormonell stimuliert werden. Bei der IVM hingegen erfolgt nur eine minimale oder keine hormonelle Stimulation der Eierstöcke.⁷⁹ Somit eignet sich diese Methode auch für Frauen, die eine intensive hormonelle Behandlung ablehnen. Die natural cycle - IVF geht noch einen Schritt weiter, indem sie eine IVF-Behandlung ohne hormonelle Stimulation im natürlichen Zyklus der Frau durchführt, ähnlich wie beim ersten IVF-Baby Louise Brown. Da im Spontanzyklus meist nur eine Eizelle reift, besteht ein höheres Risiko, diese nicht rechtzeitig vor dem Eisprung entnehmen zu können. Dies erfordert

⁷⁹ Vgl. Thomas STROWITZKI– Klaus DIEDRICH – Sabine RÖSNER, In-vitro-Maturation (IVM), in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.

nicht nur einen optimalen Zeitpunkt für die Punktion, sondern auch ein erfahrenes Ärzteteam und eine sorgfältige Organisation.⁸⁰

2.2.3. Eizellen-, Embryonen- und Samenspende

Medizinische Relevanz

Aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, insbesondere in Industrieländern, wird der Kinderwunsch bei Frauen zunehmend erst in einem höheren Lebensalter verwirklicht. Oft steht die berufliche Laufbahn im Vordergrund, was dazu führt, dass der Wunsch nach einer Schwangerschaft oft erst nach dem 30. Lebensjahr entsteht. Gleichzeitig verringern sich mit steigendem Alter sowohl die natürliche Fruchtbarkeit als auch die Erfolgchancen von Techniken der assistierten Reproduktion. Besonders bei Frauen über 40 Jahren sind die Chancen auf Erfolg aufgrund einer abnehmenden ovariellen Reserve und Eizellqualität bereits deutlich eingeschränkt.⁸¹ Diese Faktoren machen Eizellen- und Samenspenden in der modernen Reproduktionsmedizin zunehmend relevant. Die modernen Techniken der Reproduktionsmedizin bieten Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch vielfältige neue Möglichkeiten, ein eigenes Kind zu bekommen. Besonders in Fällen, in denen die Fruchtbarkeit stark eingeschränkt ist oder genetische Risiken bestehen, können diese Techniken eine vielversprechende Lösung darstellen.

Die Eizellspende: Verfahren, Indikationen und Erfolgsraten

Die Eizellspende ist eine Methode, bei der eine Frau (die Spenderin) nach einer ovariellen Stimulation und Follikelpunktion ihre Eizellen einer anderen Frau (der Empfängerin) zur Verfügung stellt⁸². Seit der ersten erfolgreichen Schwangerschaft durch eine Eizellspende im Jahr 1984 hat sich dieses Verfahren weltweit zu einer Standardmethode entwickelt. In den USA erfolgt bei rund zehn Prozent der künstlichen Befruchtungen die Verwendung von gespendeten Eizellen und auch in Europa gewinnt dieses Verfahren zunehmend an Bedeutung. Laut der Human Fertilisation and Embryology Authority nimmt die Zahl der

⁸⁰ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 100.

⁸¹ Vgl. Marion DEPENBUSCH – Askan SCHULTZE-MOSGAU, Eizell- und Embryonenspende, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 1.

⁸² Vgl. DEPENBUSCH – SCHULTZE-MOSGAU, *Eizell- und Embryonenspende*, 1.

Behandlungszyklen mit gespendeten Eizellen stetig zu. In Großbritannien werden bei Frauen über 45 Jahren in etwa 60 Prozent der Fälle gespendete Eizellen verwendet. Da diese Eizellen meist von jungen Spenderinnen stammen, ist die Methode sehr effektiv, mit einer Lebendgeburtrate von 37 Prozent im Jahr 2012.⁸³

Behandlungen mit Eizell- oder Embryonenspenden kommen jedoch nur infrage, wenn eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Ursprünglich wurde die Eizellspende hauptsächlich bei Frauen mit Gonadendysgenesie, eine angeborene Fehlentwicklung der Gonaden (Keimdrüsen), oder Turner-Syndrom angewendet, doch das Spektrum der Indikationen hat sich mittlerweile deutlich erweitert. Häufige Indikationen sind:⁸⁴

- Vorzeitige Ovarialinsuffizienz
- Schwere genetische Erkrankungen der Frau
- Ovarialinsuffizienz nach Chemotherapie
- Altersbedingte Unfruchtbarkeit (Menopause)
- Schwere Endometriose
- Unzureichende Reaktion auf ovarielle Stimulation
- Mehrfache erfolglose künstliche Befruchtungen⁸⁵

In der heutigen Praxis ist altersbedingte Unfruchtbarkeit, die sich durch abnehmende Eizellqualität und reduzierte ovarielle Reserve äußert, die häufigste Ursache für eine Eizellspende. Psychosoziale Indikationen, wie etwa die Behandlung lesbischer Paare oder allein-stehender Frauen, sind umstritten, da sie von den traditionellen Familienformen abweichen. Es gibt keinen internationalen Konsens zu diesen Indikationen, wobei einige Länder bereits klare gesetzliche Regelungen zu diesen Fällen erlassen haben. Vor der Durchführung einer Eizell- oder Embryonenspende sollten sowohl die Spenderin als auch die Empfängerin respektive das Paar eine umfassende psychosoziale Beratung erhalten. Diese Beratung hilft dabei, rechtliche und medizinische Aspekte zu verstehen und alternative Möglichkeiten abzuwägen.⁸⁶

⁸³ Vgl. ebd., 1f.

⁸⁴ Vgl. ebd.

⁸⁵ Vgl. ebd.

⁸⁶ Vgl. ebd., 2.

Die Samenspende: Soziale Elternschaft und ethische Herausforderungen

Eine Samenspende führt häufig zu einer Konstellation, bei der das Kind drei Elternteile hat: eine genetische Mutter, einen sozialen Vater und einen genetischen Vater, der meist anonym bleibt. Diese Aufspaltung von genetischer und sozialer Elternschaft kann für die betroffenen Familien zu Herausforderungen führen. Dies führt zu einer bewussten Trennung von genetischer und sozialer Elternschaft, was eine Entfremdung und Beziehungslosigkeit zur Folge haben kann. Männer spenden ihren Samen, um in-vitro gezeugte Kinder zu ermöglichen, für die sie jedoch keine elterliche Verantwortung übernehmen. Vor dem Hintergrund der zahlreichen Kinder, die durch anonyme Samenspenden gezeugt wurden, stellt sich die Frage, welches Bild von Vaterschaft in einer Gesellschaft entsteht, in welcher der Vater zunehmend abwesend ist.⁸⁷

Auch die Eizellenspende führt oft dazu, dass Kinder mit mehreren Elternteilen geboren werden: genetische Eltern, die sie meistens nicht kennenlernen, und die sozialen Eltern, die sie aufziehen. Während die Samenspende relativ etabliert ist, birgt die Eizellspende erhebliche medizinische Risiken. Sie erfordert hohe Hormondosen zur Eizellreifung und einen invasiven Entnahmeprozess, der ernsthafte Nebenwirkungen, wie das Überstimulationssyndrom und in seltenen Fällen sogar Todesfälle, verursachen kann. Dies verletzt das Prinzip des „Nicht-Schadens“ in der Medizin, da die Frau gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist, ohne selbst einen gesundheitlichen Nutzen zu erfahren.⁸⁸

Zudem gibt es ethische Bedenken, dass die sogenannte „Aufwandsentschädigung“ für Eizellspenderinnen in finanziell schwierigen Situationen de facto einer versteckten Bezahlung gleichkommt. Die Kommerzialisierung der Eizellspende führt zu einem zunehmend ausbeuterischen Markt, bei dem Frauenkörper als Quelle biologischer Rohstoffe genutzt werden. Auch aus psychologischer Sicht entstehen oft Probleme. Frauen, die über eine Eizellspende schwanger werden, empfinden das „Fremde“ in ihrem Körper oft als belastend. Manche entwickeln Schwangerschaftspsychosen oder distanzieren sich emotional vom Kind. Darüber hinaus wird in Österreich die Rolle der behandelnden Ärzt*innen kritisiert, welche sowohl die Beratung zur Eizellspende als auch den Eingriff selbst durchführt und dies somit einen Interessenkonflikt darstellen kann. Für lesbische Paare bedeutet die Eizellspende oft die

⁸⁷ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 211f.

⁸⁸ Vgl. ebd., 212ff.

bewusste Entscheidung, ein Kind ohne Vater großzuziehen, was von Ethiker*innen als bedenklich betrachtet wird, da die vaterlose Erziehung von Beginn an geplant ist.⁸⁹

In Österreich dürfen für medizinisch unterstützte Fortpflanzung grundsätzlich nur die Eizellen und der Samen von Ehepartnern, eingetragenen Partnern oder Lebensgefährten verwendet werden. Zwei Ausnahmen für die Verwendung von Samenzellen einer dritten Person bestehen, wenn der Samen des Ehepartners oder Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig ist, oder eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung bei einem gleichgeschlechtlichen Paar durchgeführt werden soll.⁹⁰

Der Samenspender muss mindestens 18 Jahre alt sein. Vor Erreichen dieser Altersgrenze dürfen keine Samenzellen für Dritte entnommen werden. Seit dem 24. Februar 2015 dürfen auch Eizellen einer dritten Person für medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden, wenn die Eizellen der Frau (Ehepartnerin, eingetragene Partnerin, Lebensgefährtin), die eine Schwangerschaft herbeiführen möchte, nicht fortpflanzungsfähig sind, und diese Frau zum Zeitpunkt der Behandlung unter 45 Jahre alt ist. Die Spenderin der Eizellen muss zwischen 18 und 30 Jahre alt sein, wenn ihre Eizellen für Dritte verwendet werden sollen.⁹¹ Eine kombinierte Verwendung von Samen- und Eizellspende ist somit zulässig, während eine Embryonenspende, respektive die Weitergabe bereits vorhandener Embryonen⁹², untersagt ist⁹³.

Statistik zur Anwendung von Samen- und Eizellspenden in Österreich

Die Nutzung von Spendersamen und Eizellspenden ist in Österreich ein wichtiger Aspekt der assistierten Reproduktionstechnologie. Laut dem IVF-Fonds-Jahresbericht wurden insgesamt 325 Versuche unter Verwendung von Spendersamen durchgeführt, davon 228 klassische IVF-Versuche und 53 ICSI-Versuche. Zusätzlich gab es 44 Versuche, bei denen kryokonservierte Embryonen eingesetzt wurden. Ebenso fanden 43 Versuche mit einer

⁸⁹ Vgl. ebd.

⁹⁰ Vgl. „Medizinisch unterstützte Fortpflanzung“, in: oesterreich.gv.at, abrufbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt-eines-kindes/medizinisch_unterstuetzte_fortpflanzung/Seite.3430001.html [Zugriff am 5. November 2024].

⁹¹ Vgl. ebd.

⁹² Die von einem Spermium befruchtete Eizelle erschafft einen neuen Organismus, dieser wird Embryo genannt. Mehrzahl = Embryonen.

⁹³ Vgl. MAYRHOFER, in: NEUMAYR/RESCH/WALLNER, *GmundKomm*², 2022, § 3 FMedG (Stand 1.1.2022, rdb.at).

Eizellspende statt.⁹⁴ Aus der Statistik 2023 gemäß § 21 FMedG⁹⁵, in welcher auch privat finanzierte Versuche erfasst werden, geht hervor, dass die Anzahl der Behandlung mit Samen- oder Eizellenspenden dritter Personen, mit 1042 Versuchen bei 752 Frauen, insgesamt mehr als dreimal so hoch waren, wie die vom IVF-Fond geförderten Behandlungen mit nur 325 Versuchen mit Spendersamen sowie 43 Versuchen mit Eizellspende⁹⁶.

	Behandlungen mit Samenspende	Behandlungen mit Eizellspende	Behandlungen mit Samen- und Eizellspende (kombiniert)	Gesamt
Anzahl der behandelten Frauen	613	125	14	752
davon im Alter < 35 Jahre	290	19	3	312
davon im Alter 35–39 Jahre	230	27	6	263
davon im Alter ≥ 40 Jahre	93	79	5	177
Anzahl der Anwendungen	860	167	15	1042
Anzahl der Schwangerschaften	255	63	2	320

Tabelle 1: ICSI-, IVF-Behandlungen mit Samen-/Eizellenspende dritter Personen. Quelle: vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 6.

Behandlungen mit Eizellspenden durch Dritte wurden 167-mal bei 125 Frauen vorgenommen, wobei mehr als die Hälfte dieser Eizellspenden (63,2 Prozent) an Frauen über 40 Jahren erfolgten. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Frauen, die Behandlungen mit Samenspenden erhielten, um 77, was einem Zuwachs von 14,3 Prozent entspricht. Die Zahl der Frauen, die Eizellspenden von Dritten erhielten, sank von 154 auf 125.⁹⁷

⁹⁴ Vgl. Reinhard KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023. Führen des Registers gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG), Wien, 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz, 11.

⁹⁵ Vgl. Reinhard KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG). Jahresbericht 2023, Wien, September 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz, 6.

⁹⁶ Vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht, 11.

⁹⁷ Vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 6.

Seit der Aufhebung des Verbots der Eizellspende in Norwegen im Januar 2021 sind Deutschland, Luxemburg und die Schweiz die letzten drei europäischen Länder, in denen eine Eizellspende gesetzlich untersagt bleibt. Da in den meisten europäischen Ländern liberalere Regelungen in der Reproduktionsmedizin gelten, geraten Gesetze, wie das deutsche Embryonenschutzgesetz (ESchG) von 1991 und das schweizerische Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) von 2001, zunehmend unter Druck.⁹⁸

Um die Einschränkungen der Reproduktionsmedizin in Deutschland zu umgehen, reisen viele Paare für eine Eizell- oder Embryonenspende ins Ausland. Oft handelt es sich um Frauen, die bereits mehrere erfolglose IVF-Zyklen hinter sich haben. Da sie meist über 40 Jahre alt sind und in Deutschland keine Möglichkeit zur Adoption mehr besteht, wird ihnen häufig eine Eizellspende im Ausland empfohlen, wobei ihnen teilweise bereits konkrete Kliniken genannt werden. Für die Behandlung im Ausland nehmen Paare oft erhebliche Belastungen auf sich, einschließlich finanzieller und emotionaler Herausforderungen. Die Behandlung wird oft geheim gehalten und die Klinikbesuche werden als Urlaubsreisen getarnt. Nach einem erfolgreichen Embryotransfer kehren die Patientinnen zur weiteren Betreuung nach Deutschland zurück. Jedoch führt die geringe Akzeptanz der Eizellspende in Deutschland dazu, dass viele Frauen die Entstehung ihrer Schwangerschaft geheim halten, was zu einer unzureichenden medizinischen Betreuung führen kann.⁹⁹

2.2.4. Kryokonservierung

Die Kryokonservierung von menschlichen Zellen, insbesondere Embryonen und Eizellen, ist mittlerweile ein fester Bestandteil der Reproduktionsmedizin. Diese Technik ermöglicht die Lagerung von Zellen in flüssigem Stickstoff bei -196°C und hat die Effizienz der assistierten Reproduktion erheblich verbessert. Durch die Kryokonservierung, besonders durch die moderne Methode der Vitrifikation, die schneller und kostengünstiger als traditionelle Einfriertechniken ist, konnten die Schwangerschaftsraten deutlich gesteigert und das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften reduziert werden.¹⁰⁰ Bei der Vitrifikation, werden Eizellen

⁹⁸ Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK), *Die Eizellenspende. Ethische und rechtliche Erwägungen. Stellungnahme Nr. 41 (2022)*, Bern 2023, 101.

⁹⁹ Vgl. DEPENBUSCH – SCHULTZE-MOSGAU, *Eizell- und Embryonenspende*, 4f.

¹⁰⁰ Vgl. Jürgen LIEBERMANN, Kryokonservierung, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 1f.

durch schnelles Einfrieren ohne Bildung von Eiskristallen in einen glasähnlichen Zustand versetzt. Diese Methode ermöglicht nicht nur die Konservierung von unbefruchteten Eizellen (Egg freezing), sondern auch die Lagerung von Embryonen.¹⁰¹ Dennoch kann der Einfrier- und Auftauprozess zelluläre Veränderungen verursachen, die zu Anomalien in der Zellteilung führen könnten. Bisherige Studien haben jedoch kein erhöhtes Risiko für Erkrankungen bei Babys gezeigt, die aus kryokonservierten Eizellen oder Embryonen entstanden sind.¹⁰²

Gemäß der ursprünglichen Fassung des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) von 1992 durften Eizellen, Samenzellen und entwicklungsfähige Zellen nur für maximal ein Jahr aufbewahrt werden, was eine langfristige Konservierung praktisch unmöglich machte. Mit der Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes im Jahr 2015 wurde diese Beschränkung jedoch aufgehoben. Nun ist die Entnahme und Aufbewahrung von Zellen in Österreich aufgrund medizinischer Indikationen für bis zu zehn Jahre erlaubt. In der Gesetzesänderung von 2015 wurden hierzu folgende Regelungen festgelegt:¹⁰³

„§2b (1) Samen, Eizellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe dürfen auch für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung entsprechende Behandlung eine ernste Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann.

*§17 (1) Samen, Eizellen, entwicklungsfähige Zellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, dürfen [...] dürfen jedoch höchstens **zehn Jahre** [...] aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung hat dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu entsprechen.“¹⁰⁴*

¹⁰¹ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 101.

¹⁰² Vgl. LIEBERMANN, *Kryokonservierung*, 1f.

¹⁰³ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 101f.

¹⁰⁴ „Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)“, abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> [Zugriff am 9. November 2024].

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf, wie viele Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen derzeit in Österreich aufbewahrt werden.

Kategorie	Ge- samt
Anzahl der aufbewahrten Samenspenden von Ehegatten/Lebensgefährten	3.718
Anzahl der aus medizinischen Gründen entnommenen und aufbewahrten Samenspenden	4.336
Anzahl der aufbewahrten Spendersamen dritter Personen	2.911
Anzahl der aufbewahrten Eizellen von Ehegattinnen / Lebensgefährtinnen / eingetragenen Partnerinnen	903
Anzahl der aus medizinischen Gründen entnommenen und aufbewahrten Eizellen	9.409
Anzahl der aufbewahrten Eizellspenden Dritter	293
Anzahl der aufbewahrten entwicklungsfähigen Zellen	52.156

Tabelle 2: Auflistung von aufbewahrten Samenspenden, Eizellen, Eizellspenden und entwicklungsfähige Zellen. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 8.

Eine umstrittene Methode in der Kryokonservierung stellt das sogenannte „*Social Egg Freezing*“ dar. Es ist eine Behandlung der „Wunschmedizin“, bei der Frauen ihre Eizellen in jüngeren Jahren einfrieren können, um später, wenn es für sie besser passt, eine Schwangerschaft per künstlicher Befruchtung zu erreichen.¹⁰⁵ Bereits der Entwickler der „Pille“, Carl Djerassi, schlug vor, die menschliche Fortpflanzung von der Sexualität zu trennen. Für eine sichere Verhütung könnten sie die Menschen sterilisieren lassen und später, bei einem Kinderwunsch, könnten sie auf diese eingefrorenen, „jungen“ Gameten (Spermien) zurückgreifen.¹⁰⁶ Das „*Social Egg Freezing*“ wird als Mittel gegen die altersbedingte Abnahme der Fruchtbarkeit angeboten, jedoch zeigen wissenschaftliche Erkenntnisse beträchtliche Einschränkungen: Nicht nur nimmt die Qualität der Eizellen mit dem Alter ab, sondern auch das Risiko für gesundheitliche Komplikationen steigt an. Laut der American Society for Reproductive Medicine beeinflusst das Alter der Frau stark die Erfolgsrate einer späteren Embryo-Implantation. Tatsächlich bleiben etwa 90 Prozent der Frauen am Ende kinderlos. Wenn

¹⁰⁵ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 205f.

¹⁰⁶ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 213.

eine 30-Jährige Eizellen einfriert, liegt die Schwangerschaftschance später bei etwa neun bis 13 Prozent, abhängig vom gewählten Einfrierverfahren.¹⁰⁷ Die Methode des „*Social Egg Freezing*“ ist in Österreich verboten, jedoch in einigen anderen Ländern, wie Deutschland, auch ohne medizinische Indikationen erlaubt.¹⁰⁸ Derzeit wird in Österreich das Verbot des Social Egg Freezing Gegenstand öffentlicher Debatten. Der Verfassungsgerichtshof befasst sich mit dem Fall einer Frau, die gegen diese gesetzliche Regelung vorgeht. Kritiker*innen bemängeln, dass das Verbot nicht auf einer sachlich nachvollziehbaren Grundlage beruhe.¹⁰⁹

2.2.5. Präimplantationsdiagnostik (PID)

Unter Präimplantationsdiagnostik (PID) versteht man sämtliche diagnostischen Untersuchungen an befruchteten Eizellen und Embryonen, die vor der Einnistung (Implantation) des Embryos in die Gebärmutter erfolgen. Der Begriff Präimplantationsdiagnostik dient als Oberbegriff für verschiedene Untersuchungsmethoden, die häufig als Synonyme für PID verwendet werden, obwohl sie teils unterschiedliche Inhalte beschreiben.¹¹⁰

Grundsätzlich muss bei der Anwendung der PID zwischen verschiedenen Indikationen unterschieden werden. Im Wesentlichen gibt es zwei Indikationsbereiche: Zum einen genetische Veranlagungen, bekannte Erkrankungen oder strukturelle Chromosomenveränderungen, die potenziell an die Nachkommen weitergegeben werden könnten, und zum anderen altersbedingte Risiken, die durch ein Screening erfasst werden können. Der erste Indikationsbereich betrifft in der Regel Paare, die aufgrund genetischer Risiken eine PID im Rahmen der Kinderwunschbehandlung in Anspruch nehmen, auch wenn eine natürliche Empfängnis möglich wäre. Der zweite Indikationsbereich bezieht sich auf Paare, die im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung PID als zusätzliche Option wählen, um altersbedingte Risiken zu berücksichtigen.¹¹¹

¹⁰⁷ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 205f.

¹⁰⁸ Vgl. Christine SKALA – Susanne THEIS, Social egg freezing, in: *Gynäkologie in der Praxis* 34 (2024), 61–67.

¹⁰⁹ Vgl. Barbara ROHRHOFER, „Österreichs Verbot, Eizellen einfrieren zu lassen, ergibt keinen Sinn“, *Der Standard*, 13. Mai 2024, abrufbar unter: <https://www.derstandard.at/story/3000000273452/oesterreichs-verbot-eizellen-einfrieren-zu-lassen-ergibt-keinen-sinn> [Zugriff am 14. Juni 2025].

¹¹⁰ Vgl. Markus MONTAG – Bettina TOTH – Thomas STROWITZKI, Polkörper- und Präimplantationsdiagnostik, in: Klaus Diedrich u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2019, 1.

¹¹¹ Vgl. ebd., 2.

2.3. Erfolgsquoten und aktuelle Daten der Reproduktionsmedizin

Statistische Daten, wie Befruchtungsraten oder Kryokonservierungszahlen bieten eine objektive Grundlage, um die Wirksamkeit und den Umfang assistierter Reproduktionstechniken in der Praxis zu messen. Zudem ermöglicht die Datenlage eine realistische Einschätzung von Chancen und Grenzen, zum Beispiel in Bezug auf altersbedingte Erfolgsraten oder gesundheitliche Risiken. Jedoch sind Erfolgsraten und Erfolgsaussichten in der Reproduktionsmedizin oftmals stark umstritten, denn die Zahlen können je nach Perspektive und Definition unterschiedlich interpretiert werden.

Um eine realistische Einschätzung zu ermöglichen, muss zunächst klar definiert werden, was als Erfolg in der assistierten Reproduktion gewertet wird. Es ist wichtig, zwischen einer biochemischen und einer klinischen Schwangerschaft zu unterscheiden. Bei einer biochemischen Schwangerschaft wird der Anstieg des Schwangerschaftshormons β -hCG nach der Einnistung des Embryos durch einen Bluttest festgestellt. Etwas später kann dies auch durch einen Urintest nachgewiesen werden.¹¹²

Bei einer klinischen Schwangerschaft ist zusätzlich per Ultraschall in der Gebärmutter ein Fruchtsack mit Herzaktivität zu sehen. Wenn es in den ersten Wochen der Schwangerschaft zu einer Fehlgeburt kommt, lag eine biochemische, jedoch keine klinische Schwangerschaft vor. Viele Paare, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, wollen möglichst schnell wissen, ob eine Schwangerschaft eingetreten ist. Ein positiver Urintest kann jedoch auch zu einer Enttäuschung werden, wenn der Frauenarzt keine Herzaktivität feststellt. Daher gilt die klinische Schwangerschaft als wichtiger Maßstab für den Erfolg in der Reproduktionsmedizin. Obwohl eine klinische Schwangerschaft ein bedeutender Meilenstein für Paare darstellt, wird das wahre Ziel in der Geburt eines gesunden Kindes gesehen. Dabei ist die sogenannte *Baby-take-home-Rate* entscheidend, da sie nur jene Kinder erfasst, die gesund aus dem Krankenhaus mit den Eltern nach Hause gehen.¹¹³

Im Allgemeinen nimmt die Erfolgswahrscheinlichkeit einer IVF mit zunehmendem Alter der Frau ab. Sie kann jedoch durch die Anzahl und Qualität der Embryonen, die transferiert

¹¹² Vgl. Thorsten WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin: medizinische Grundlagen – Psychosomatik – psychosoziale Aspekte*, München 2012, 80f.

¹¹³ Vgl. ebd.

werden, gesteigert werden. Zusätzlich spielen auch psychische Faktoren der Patientinnen eine Rolle, obwohl diese in den Statistiken oft unberücksichtigt bleiben.¹¹⁴ Die angegebenen Erfolgszahlen für IVF beziehen sich häufig auf klinische Schwangerschaften pro Embryo-transfer. Laut dem Deutschen IVF-Register liegt die Erfolgsrate durchschnittlich bei 24 bis 25 Prozent. Allerdings ist diese Rate aus Sicht der Paare nur ein Teilerfolg, da die für sie entscheidende Baby-Take-Home-Rate deutlich niedriger ist. Es ist wichtig zu bedenken, dass statistische Werte keine individuelle Prognose bieten können. Diese fällt in der Regel für jüngere Paare günstiger aus als für ältere. Berücksichtigt man außerdem, dass etwa 15 Prozent dieser Schwangerschaften in Fehlgeburten enden, nicht alle Frauen befruchtungsfähige Eizellen produzieren und die Befruchtungsrate bei etwa 80 Prozent pro Follikelpunktion liegt, sinkt die Gesamterfolgsrate einer IVF-Behandlung, die in der Geburt eines Kindes resultiert, auf etwa 14 bis 15 Prozent pro Versuch.¹¹⁵

Um einen genaueren Einblick in die Datenlage Österreichs zu erhalten, wird im Folgenden der IVF-Register-Jahresbericht 2023 analysiert. In den nachfolgenden Auswertungen des IVF-Registers Österreich sind ausschließlich jene Behandlungsversuche erfasst, für die eine Kostenübernahme nach dem IVF-Fonds-Gesetz in Anspruch genommen wurde. Paare, die die Kosten für ihre IVF-Behandlungen privat tragen, werden in diesem Register nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2023 verzeichneten die 32 österreichischen IVF-Zentren insgesamt 12.317 Behandlungen an 7.408 Paaren. Dies führt zu einer durchschnittlichen Behandlungsrate von 1,7 Zyklen pro Frau im Jahr 2023. Bei 2.880 Versuchen (23,4 Prozent) musste die Behandlung abgebrochen werden. In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der Paare, aufgeschlüsselt nach Altersgruppen der Frauen und Anzahl der Versuche je Paar, dargestellt. Mehr als vier Versuche pro Paar sind möglich, da nach einer erfolgreichen Schwangerschaft ein Anspruch auf vier weitere Behandlungszyklen besteht. Die Mehrheit der Frauen liegt mit 38,7 Prozent in der Altersgruppe der 31 bis 35-Jährigen, gefolgt von den 36 bis 40-Jährigen mit 36,7 Prozent. Weitere 21 Prozent der Frauen sind zwischen 26 und 30 Jahre alt, und 3,6 Prozent sind unter 26 Jahre alt.¹¹⁶

¹¹⁴ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 4.

¹¹⁵ Vgl. ebd., 4f.

¹¹⁶ Vgl. Reinhard KERN, *IVF-Register. Jahresbericht 2023*, Wien, 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, 3ff.

Versuche je Paar	< 26 Jahre	26–30 Jahre	31–35 Jahre	36–40 Jahre
1	129	799	1.554	1.463
2	87	503	912	845
3	35	195	309	301
4	11	49	78	89
> 4	1	8	16	24
Summe	263	1.554	2.869	2.722
in Prozent	3,6	21,0 %	38,7 %	36,7 %

Tabelle 3: Tabelle über die Inanspruchnahme von IVF. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 3

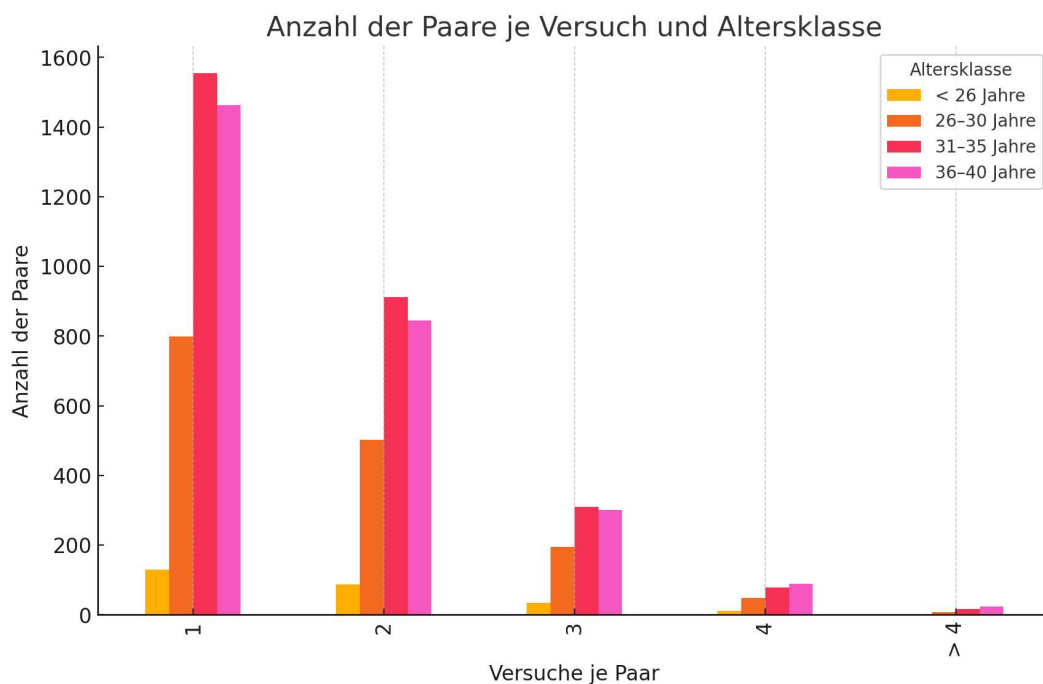


Abbildung 4: Grafische Veranschaulichung über die Inanspruchnahme von IVF. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 3.

In der folgenden Abbildung wird die Anzahl der Versuche zwischen 2004 und 2023 dargestellt. Die Anzahl der Versuche nimmt kontinuierlich zu, was auf eine steigende Nachfrage oder eine erhöhte Zugänglichkeit der IVF-Behandlungen hindeuten könnte. Von 2004 bis etwa 2016 ist ein moderater, aber stetiger Anstieg der Versuche zu sehen. Ab etwa 2016 gibt es eine deutliche Zunahme der Versuche, die bis etwa 2020 anhält. Dies könnte auf die Änderungen im Fortpflanzungsmedizingesetz 2015 zurückzuführen sein. Nach 2020 bleibt die Anzahl der Versuche relativ konstant, mit kleinen Schwankungen zwischen den Jahren.

Anzahl der Versuche 2004-2023

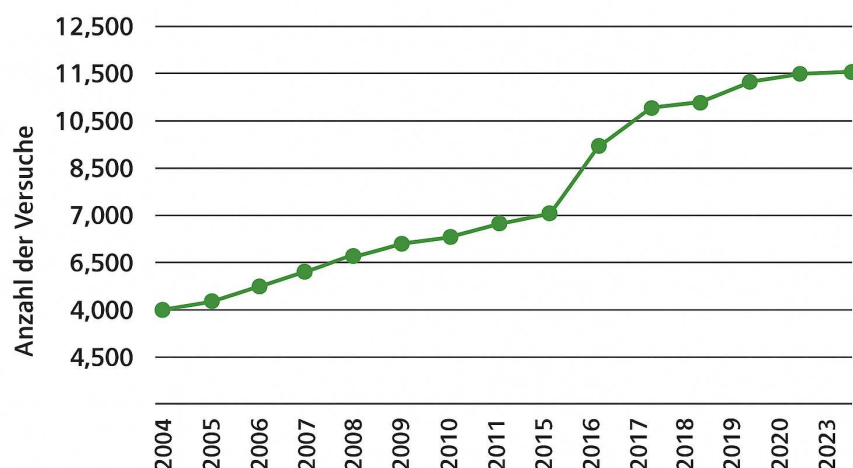


Abbildung 5: Anzahl der Versuche 2004-2023. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 26.

Um die gesamten jährlichen Anwendungen im Bereich der assistierten Reproduktionsmedizin in Österreich zu überblicken, wird zusätzlich der §21 FMedG-Bericht 2023 berücksichtigt, welcher auch die privat finanzierten Behandlungen miteinbezieht. Aus diesem Bericht geht hervor, dass im Jahr 2023 insgesamt 11.454 Paare behandelt wurden, mit insgesamt 21.771 durchgeführten Anwendungen, die zu 5.241 Schwangerschaften führten.¹¹⁷ Daraus lässt sich schließen, dass im Jahr 2023 9.454 Behandlungen von 4.046 Paaren privat finanziert wurden.

In der folgenden Tabelle wird neben der Gesamtzahl der behandelten Frauen auch die Anzahl der jeweiligen Behandlungsarten (Insemination, intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und In-vitro-Fertilisation (IVF), einschließlich Samen- und Eizellspenden von Dritten) aufgeführt. Ein intratubarer Gametentransfer (GIFT) wurde, wie im Vorjahr, nicht durchgeführt. Die angegebene Anzahl der Anwendungen gibt an, wie häufig die jeweiligen Methoden im Jahr 2023 angewendet wurden. Da einige Patientinnen mehrere Behandlungen erhielten, übersteigt diese Zahl die Anzahl der behandelten Frauen. Die Anwendungen umfassen zudem Versuche mit kryokonservierten Embryonen, die aus ICSI- und IVF-

¹¹⁷ Vgl. Reinhard KERN, *Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG). Jahresbericht 2023*, Wien, September 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz, 3.

Verfahren stammen, sowie abgebrochene Behandlungen nach erfolgter IVF- oder ICSI-Befruchtung.¹¹⁸

Kategorie	Insemination	ICSI	IVF	Gesamt
Anzahl der behandelten Frauen	1.442	8.203	1.809	11.454
davon im Alter < 35	708	3.461	910	5.079
davon im Alter 35–39	491	3.140	634	4.265
davon im Alter ≥ 40	243	1.602	265	2.110
Anzahl der Anwendungen (inkl. ICSI/IVF-Kryo-Versuche)	2.340	15.926	3.505	21.771
Anzahl der erzielten Schwangerschaften	232	4.073	936	5.241

Tabelle 4: Gesamtzahl aller Behandlungen, Anwendungen und Schwangerschaften im Jahr. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 3.

Im Jahr 2023 wurden in den IVF-Fonds-Zentren pro Patientin durchschnittlich 10,1 Eizellen gewonnen und 1,1 Embryonen transferiert. Die Anzahl der übertragenen Embryonen variierte dabei je nach Zentrum zwischen 1 und 1,7. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die durchschnittliche Eizellgewinnung von 9,7 auf 10,1. Die Versuche mit zwei transferierten Embryonen gingen von 1.394 im Jahr 2022 auf 1.103 zurück, während die Anzahl der elektiven Single-Embryo-Transfers von 3.534 auf 3.519 leicht sank.¹¹⁹

Die in Tabelle 3 aufgeführte Anzahl der Lebendgeburten bezieht sich auf die von den Krankenanstalten für das Jahr 2023 gemeldeten Lebendgeburten. Somit sind auch Schwangerschaften erfasst, die durch die Anwendung der jeweiligen Methoden im Jahr 2022 entstanden und im Jahr 2023 zu einer Lebendgeburt führten.

¹¹⁸ Vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 3

¹¹⁹ Vgl. KERN, IVF-Register. Jahresbericht 2023, 10.

Kategorie	Spontangeburt	Sec-tio	unbekannter Geburtsverlauf	Gesamt
Anzahl der Lebendgeburten	1.717	1.529	746	3.992
davon Einlingsgeburten	1.686	1.416	700	3.802
davon Zwillingsgeburten	31	110	45	186
davon Drillingsgeburten	0	3	1	4

Tabelle 5: Anzahl der Lebendgeburten 2023, differenziert nach Geburtsverlauf und Mehrlingsgeburt. Quelle: Eigene Darstellung, vgl. KERN, Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung, 3.

Die angegebenen Geburten entfielen im Jahr 2023 zu 94,9 Prozent auf Einlingsgeburten, zu 4,9 Prozent auf Zwillingsgeburten und zu 0,3 Prozent auf Drillingsgeburten. Um jene gemeldeten Geburten mit den dokumentierten Schwangerschaften vergleichen zu können, wird auf die Daten der Versuche des Jahres 2022 zurückgegriffen. Die für die Berechnung der Baby-Take-home-Rate relevante Melderate für Versuchsausgänge (Geburt respektive vorzeitiger Schwangerschaftsabbruch) beträgt 96,1 Prozent. Die Baby-Take-home-Rate selbst, welche die gemeldeten Geburten pro Follikelpunktion respektive Kryotransfer darstellt, liegt bei 23,1 Prozent. Dabei zeigt sich ein Unterschied zwischen den Einrichtungen: Öffentliche Zentren verzeichnen eine durchschnittliche Baby-Take-home-Rate von 20,7 Prozent, während diese in privaten Zentren mit 23,7 Prozent etwas höher ausfällt.¹²⁰

¹²⁰ Vgl. ebd., 23.

3. Ethische Überlegungen zur Reproduktionsmedizin

Kapitel 3 beschäftigt sich umfassend mit den ethischen und gesellschaftlichen Fragestellungen, die sich aus der Anwendung der Reproduktionsmedizin ergeben. Zunächst werden die technologischen Möglichkeiten und deren Chancen sowie Grenzen für Betroffene dargestellt. Im Anschluss steht die Autonomie der Betroffenen im Mittelpunkt, insbesondere die Frage nach der reproduktiven Selbstbestimmung. Ein weiterer zentraler Aspekt in diesem Kapitel ist der moralische Status von Embryonen und die Frage der menschlichen Würde, wobei unterschiedliche Perspektiven auf den Lebensbeginn sowie ethische Herausforderungen im Umgang mit Embryonen diskutiert werden. Darüber hinaus werden medizinische und psychologische Problemfelder sowie die Folgen eines unerfüllten Kinderwunsches betrachtet. Abschließend werden alternative Familienmodelle, wie der Kinderwunsch gleichgeschlechtlicher Paare und Single-Mütter, thematisiert. Dieses Kapitel fasst die zentralen ethischen Problemlagen zusammen und schafft so eine fundierte Grundlage für die weitere Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und theologischen Dimensionen der Reproduktionsmedizin.

3.1. Reproduktionsmedizin als technologische Herausforderung

3.1.1. Chancen und Grenzen für Betroffene

Durch den technologischen Fortschritt entstehen neue ethische Problemlagen, die Veränderungen in der Verantwortungspraxis mit sich bringen. So wird etwa argumentiert, dass ein intensiver Kinderwunsch eine außergewöhnliche Form personaler Begegnung sei und daher die Ausklammerung eines biologischen Elternteils kompensiere.¹²¹ Die reproduktionsmedizinische Möglichkeiten im Bereich der künstlichen Befruchtung und Humangenetik dienen jedoch nicht ausschließlich dem Kinderwunsch ungewollt kinderloser Paare. Stattdessen sehen einige Pioniere der IVF, wie Robert Edwards, die Technologie als Werkzeug, um grundlegende Forschung an menschlicher Fortpflanzung und genetischer Diagnostik zu ermöglichen.¹²²

¹²¹ Vgl. DIETMAR MIETH, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg i. Br. – Basel – Wien: Herder, 2002, 121ff.

¹²² Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 9f.

Giovanni Maio beschreibt, dass die Reproduktionsmedizin für viele Paare, die früher kinderlos geblieben wären, eine enorme Chance darstelle und ein Segen für Menschen sei. Gleichzeitig weist er darauf hin, dass die Technik nicht immer erfolgreich sei und einige Paare trotz medizinischer Hilfe ein Leben lang kinderlos blieben. Die Hoffnung, die die Technologie biete, könne für diese Paare sogar zusätzlichen Druck erzeugen, da ihnen vermittelt wird, dass die Technik grundsätzlich in der Lage sei, Kinderwünsche zu erfüllen. Diese Paare empfinden dieses Scheitern oft als persönlichen Mangel. Die Tendenz, die Medizin rein technisch zu betrachten, sodass der Fokus auf Machbarkeit liege, könne einen falschen Zwang ausüben. Maio appelliert, dass die Reproduktionsmedizin die Grenzen der Technik anerkenne und Paare frühzeitig auch über mögliche Misserfolge aufklären sollte. Nur so könnten die Betroffenen alternative Wege akzeptieren, wenn die Technik keine Lösung biete.¹²³

Die Reproduktionsmedizin darf nicht ausschließlich darauf abzielen, eine Geburt herbeizuführen. Vielmehr sollte auch auf die seelische Unterstützung ungewollt kinderloser Paare gesetzt werden. Eine erfolgreiche Behandlung müsste daher mehr umfassen als nur die „Baby-Take-home-Rate“, sondern auch psychologische Hilfen, für den Fall des Scheiterns, bieten. Zudem besteht die Gefahr, dass die Medizin, getrieben von technologischem Fortschritt, jegliche Grenzen verliert und unkritisch immer neue Methoden entwickelt, wie etwa Eizellspenden für ältere Frauen, postmortale¹²⁴ Samenspenden oder Leihmutterschaft. Es wäre sinnvoll, wenn die Technik im Kontext eines größeren ethischen Rahmens betrachtet wird. Die Fragmentierung und Rekombination einzelner Fortpflanzungsaspekte in der modernen Reproduktionsmedizin führt dazu, dass die Entstehung eines Menschen in Teile zerlegt wird, die dann künstlich neu zusammengesetzt werden. Dies ergibt eine große ethische Herausforderung, die nicht isoliert, sondern im Zusammenhang gesehen werden muss.¹²⁵

¹²³ Vgl. Giovanni MAIO – Tobias EICHINGER – Claudia BOZZARO (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg – München: Verlag Karl Alber, 2013, 11f.

¹²⁴ Nach dem Tod

¹²⁵ Vgl. MAIO – EICHINGER – BOZZARO (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 12f.

3.1.2. Verantwortungsethik statt Machbarkeit

Eine zentrale ethische Frage lautet: Sollte alles, was technisch möglich ist, auch tatsächlich umgesetzt werden? Diese Fragestellung ist nicht als technologiefeindlich zu verstehen, sondern fordert eine Abwägung zwischen dem Machbaren und dem Verantwortbaren. Ethische Bedenken bestehen darin, dass die Reproduktionsmedizin auf eine Eigenlogik zusteuert, die ohne externe „Stoppregeln“ kontinuierlich nach Wissenserweiterung und neuen Anwendungen strebt. Dies kann zu einer Verschiebung führen, bei der nicht die Gesellschaft die Medizin formt, sondern medizinische Möglichkeiten soziale Werte und Normen beeinflussen. Daher stellt sich die Frage, ob der Einsatz von ART tatsächlich den Bedürfnissen der Betroffenen dient oder primär den Interessen von Wissenschaft und Medizin entspricht. Diese Ambivalenz verdeutlicht die Gefahr, dass die Reproduktionstechnologie auf individueller Ebene, beispielsweise für kinderlose Paare, anders wahrgenommen wird als auf gesellschaftlicher oder systemischer Ebene.¹²⁶

Ein weiterer ethischer Diskussionspunkt in der Reproduktionsmedizin ist die zunehmende Technikabhängigkeit dieser Verfahren und ihre wachsende Distanz zur natürlichen Fortpflanzung. Dabei stellt sich die Frage, ob das "Natürliche" als normativer Maßstab dienen kann. Kritiker*innen wie Birnbacher weisen darauf hin, dass eine solche Argumentation problematisch sei, da sie konsequenterweise auch medizinisch notwendige Eingriffe infrage stellen würde.¹²⁷ Andere Philosoph*innen argumentieren, dass der Verweis auf Natürlichkeit willkürlich und unpräzise sei und daher keine tragfähige ethische Grundlage biete. Auch wenn kein Recht auf ein gesundes Kind besteht, sollte dennoch das Wohl der betroffenen Personen, insbesondere der Frau, des Paares und des zukünftigen Kindes, berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass mögliche Belastungen, durch Behinderungen oder schwere Erkrankungen, vorweggenommen werden müssen. Gleichzeitig ist der Grundsatz der Nicht-Diskriminierung zu beachten: Der Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen sollte nicht dazu führen, dass Kinder mit Behinderungen als weniger wertvoll angesehen werden. Dennoch ist sicherzustellen, dass Eltern medizinische Unterstützung erhalten, wenn sie versuchen, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen.¹²⁸

¹²⁶ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 9f.

¹²⁷ Vgl. BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, *Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt*, Wien 2012, 40.

¹²⁸ Vgl. ebd.

3.2. Autonomie der Betroffenen

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff der Autonomie, insbesondere der reproduktiven Autonomie, ist im Kontext der Reproduktionsmedizin von zentraler Bedeutung. Da die Entscheidung für oder gegen medizinisch unterstützte Fortpflanzung tief in die persönliche Lebensgestaltung eingreift, stellt sich die Frage, inwieweit Individuen selbstbestimmt über ihre Fortpflanzung entscheiden können und dürfen. Dieses Kapitel soll daher die rechtlichen und philosophischen Dimensionen der reproduktiven Autonomie beleuchten und damit eine zentrale Grundlage schaffen.

3.2.1. Reproduktive Autonomie

Der Begriff Autonomie ist als ethisches Prinzip ein zentraler Bestandteil des menschlichen Zusammenlebens und erstreckt sich über viele Anwendungsfelder. Der Begriff wird im Allgemeinen mit verschiedenen Aspekten in Verbindung gebracht, wie der Möglichkeit zur Selbstverwirklichung, freiwilligem Handeln, Entscheidungs- und Wahlfreiheit sowie dem Respekt vor der Privatsphäre. Zudem kann Autonomie mit Willensfreiheit, Unabhängigkeit und Freiheit von Verpflichtungen in Verbindung gebracht werden.¹²⁹ In der Medizin bedeutet Autonomie vor allem, dass die Patient*innen selbstbestimmte Entscheidungen über medizinische Eingriffe treffen können¹³⁰.

Rechtliche und verfassungsrechtliche Einordnung

Im rechtsethischen Diskurs werden die Rechte, die sich auf Fortpflanzung und Fortpflanzungsfähigkeit beziehen, unter dem Begriff „*reproduktive Autonomie*“ diskutiert. Im deutschen Verfassungsrecht wird der Begriff „*Freiheit der Fortpflanzung*“ verwendet, jedoch gibt es unterschiedliche Ansichten darüber, wie dieser Begriff im Grundgesetz verankert ist und zu interpretieren sei.¹³¹ Neben *Reproduktiver Autonomie* findet auch der Begriff

¹²⁹ Vgl. Elisabeth HILDT, *Autonomie in der biomedizinischen Ethik: genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*, Frankfurt am Main u. a.: Campus, 2006, 50.

¹³⁰ Vgl. Elisabeth HILDT, *Autonomie in der Medizin: Selbstbestimmung, Selbstentwurf und Lebensgestaltung*, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 51 (2008), S. 827–834, hier: 827.

¹³¹ Vgl. Friederike WAPLER, *Reproduktive Autonomie und ihre Grenzen – Leihmutterschaft aus verfassungsrechtlicher Perspektive*, in: Erich Schramm – Michael Wermke (Hgg.), *Leihmutterschaft und Familie*, Springer, Berlin – Heidelberg 2018, 111f.

prokreative Freiheit, vor allem in der amerikanischen aber auch wachsend in der deutschen Literatur Verwendung¹³². Zum einen wird die Reproduktive Autonomie als Familiengründungsfreiheit, positiv oder negativ, unter den Schutzbereich von Artikel 6 gestellt. Innerhalb des Familiengrundrechts wird die Fortpflanzungsfreiheit unterschiedlich interpretiert: In diesem Rahmen versteht Müller-Terpitz das Recht auf Fortpflanzung als Ausdruck der individuellen Identität innerhalb eines familiären Gefüges, das in sozialen Zusammenhängen wurzelt. Weilert sieht diesen Schutz vor allem bei natürlichen Zeugungsprozessen, sodass nur Fortpflanzungspraktiken, die den partnerschaftlichen Zeugungsakt widerspiegeln, unter den Schutzbereich fallen. Demgegenüber erweitert Brosius-Gersdorf das Verständnis und sieht das Familiengrundrecht als Schutz der individuellen Wahlfreiheit hinsichtlich des Kinderwunsches und Reproduktionstechnologien.¹³³

Einige Autor*innen fassen diesen Schutz noch weiter und betrachten Fortpflanzungsfreiheit als Aspekt der allgemeinen Handlungs- und Persönlichkeitsrechte. Dies würde die Entscheidung zur Fortpflanzung zu einer individuellen, selbstbestimmten und intimen Angelegenheit machen. Ein übergreifendes Konzept reproduktiver Autonomie existiert in diesen verschiedenen Ansätzen bislang jedoch noch nicht, da der Bereich der menschlichen Fortpflanzung sowohl private als auch tief persönliche Aspekte vereint.¹³⁴ Dieses Konzept der reproduktiven Autonomie als Ausdruck des individuellen Selbstbestimmungsrechts wird auch durch völkerrechtliche Garantien unterstützt: In Europa sichert Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) das Recht auf Schutz des Privat- und Familienlebens und damit die freie Entscheidung, Kinder zu bekommen oder nicht.¹³⁵

Philosophische und ethische Debatten zur reproduktiven Autonomie

Die Diskussion über reproduktive Autonomie in der Reproduktionsmedizin wird stark von ethischen und philosophischen Ansätzen beeinflusst. Einerseits wird das Recht betont, dass Menschen ihre Wünsche zur Fortpflanzung frei verwirklichen können sollten, was reproduktive Autonomie als grundlegendes Menschenrecht darstellt. Philosoph*innen wie John Stuart Mill unterstützen dies, indem sie argumentieren, dass Freiheit und Selbstbestimmung

¹³² Vgl. Angelika WALSER, *Ein Kind um jeden Preis?*, Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung, Innsbruck 2014, 44.

¹³³ Vgl. WAPLER, *Reproduktive Autonomie und ihre Grenzen*, 111f.

¹³⁴ Vgl. ebd.

¹³⁵ Vgl. ebd., 112f.

essenziell für den menschlichen Willen seien. Andere, wie John Harris, sehen reproduktive Autonomie als universelles Recht, das jeder Person erlaube, Kinderwünsche ohne äußere Einschränkungen zu erfüllen. Jedoch gibt es auch kritische Stimmen, wie etwa von der Philosophin Onora O'Neill, die darauf hinweist, dass reproduktive Autonomie nicht als uneingeschränktes Recht auf ein Kind verstanden werden sollte. Stattdessen betont sie, dass Autonomie ein Schutzrecht sei, das vor staatlichem Eingriff in die Fortpflanzung schütze, wie etwa gegen erzwungene Maßnahmen. Die Frage, ob das Recht auf ein Kind tatsächlich existiert, wird von einigen Philosophen abgelehnt, da dies keinen grundlegenden menschlichen Bedarf darstelle und nicht jede persönliche Präferenz als Recht verstanden werden könne.¹³⁶ Auch die Stellungnahme der Bioethikkommission betont, dass der Zugang zu Fortpflanzungsmedizin keinen Leistungsanspruch darstelle, sondern ein Abwehrrecht gegenüber staatlichen Einschränkungen sei.¹³⁷

„Zusammenfassend muss man also sagen: Allein aus einem noch so vordringenden Wunsch lässt sich kein Recht ableiten. Die Rede von der „reproduktiven Autonomie“ ist daher eher als Slogan und als politischer Schlachtruf zu betrachten, dem mit Vorsicht begegnet werden sollte. Die Behauptung einer reproduktiven Autonomie im Sinne eines Anspruchsrechts entspringt dem „Ich wünsche mir was und darauf habe ich Anspruch!“-Denken, das man aus der Werbung und aus dem Supermarkt kennt.“¹³⁸

Ein unerfüllter Kinderwunsch stellt für betroffene Paare eine tiefe persönliche Krise dar, die das Selbstwertgefühl beeinträchtigt und emotional stark belasten kann. Der Wunsch nach einem Kind ist absolut nachvollziehbar, dennoch ist zu betonen, dass sich daraus kein individuelles „Recht“ auf ein Kind ableiten lässt.¹³⁹

„Auch wenn der Wunsch nach einem Kind legitim ist, lässt sich jedoch daraus kein individuelles „Recht auf ein Kind“ ableiten. Richtig ist: Kein Mensch darf daran gehindert werden, eine Familie zu gründen, dies halten die internationalen

¹³⁶ Vgl. WALSER, *Ein Kind um jeden Preis*, 48f.

¹³⁷ Vgl. BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, *Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts*, 39.

¹³⁸ WALSER, *Ein Kind um jeden Preis*, 50f.

¹³⁹ Vgl. Kummer, *Ein Kind um jeden Preis?*, 207.

Menschenrechte fest. Aus diesem „Abwehrrecht“ folgt jedoch nicht im Umkehrschluss ein „Anspruchsrecht“, weder auf einen Partner noch auf ein Kind.“¹⁴⁰

3.2.2. Diskrepanz zwischen reproduktiver Autonomie und Kindeswohl

Die Frage nach der Nutzung von Fortpflanzungstechnologien wirft grundlegende gesellschaftliche und ethische Herausforderungen auf. Es stellt sich die Frage, inwiefern gesellschaftliche Normen und Werte das individuelle Recht auf assistierte Reproduktion einschränken dürfen. Der gesellschaftliche Wandel, etwa durch die Zunahme von Eineltern- oder Patchworkfamilien, könnte als Argument für eine Liberalisierung der Gesetzgebung angeführt werden. Doch ist dies ausreichend, um daraus normative Kriterien für den Einsatz dieser Technologien abzuleiten? Ein zentrales ethisches Spannungsfeld ergibt sich aus dem Konflikt zwischen dem Recht auf Fortpflanzung und dem Kindeswohl. Das Problem dabei: Wie kann das Wohl von Kindern, die noch nicht geboren sind, definiert und geschützt werden? Ist es gerechtfertigt, dieses zukünftige Wohl gegen die reproduktive Autonomie von Menschen mit Kinderwunsch abzuwägen? Oder sollte es in jedem Fall Vorrang haben? Diese Fragen müssen sorgfältig diskutiert werden, wobei sowohl biologische als auch soziale Realitäten berücksichtigt werden sollten.¹⁴¹ Neben dem Kindeswohl müssen auch die Interessen von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch in den ethischen Diskurs einbezogen werden. Dabei stellt sich die Frage: Gibt es ein allgemeines Recht auf Fortpflanzung? Falls ja, umfasst dieses Recht auch das Recht auf ein bestimmtes Kind? Beispielsweise: Dürfen Eltern das Geschlecht, genetische Merkmale oder bestimmte Eigenschaften ihres Kindes auswählen? Gibt es ein Recht auf ein gesundes Kind? Ist es moralisch vertretbar, Embryonen mit Behinderungen gezielt auszuwählen oder abzulehnen?¹⁴²

Relationale Autonomie und Kindeswohl

Ein relevanter ethischer Ansatz ist das Konzept der relationalen Autonomie, das davon ausgeht, dass individuelle Entscheidungen stets in einem sozialen Kontext getroffen werden. Im Bereich der Fortpflanzungsmedizin bedeutet dies, dass nicht nur die Wünsche der Eltern,

¹⁴⁰ Ebd.

¹⁴¹ Vgl. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, *Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts*, 38.

¹⁴² Vgl. ebd., 39.

sondern auch die langfristigen Auswirkungen auf das Kind berücksichtigt werden müssen. Dabei wird dem Embryo oder Fötus allerdings keine eigenständige moralische Bedeutung zugeschrieben, denn seine Existenz wird in Relation zu bereits geborenen Menschen gesehen. Der Begriff "*Kindeswohl*", ursprünglich aus dem juristischen Bereich stammend, hat sich in der medizinethischen Debatte als zentrales Konzept etabliert. Es gibt jedoch keine einheitliche Definition. Fest steht jedoch, dass eine liebevolle Bezugsperson, die für das Kind sorgt und es emotional unterstützt, entscheidend für dessen gesunde Entwicklung ist. Studien zeigen, dass ein gewolltes und geliebtes Kind bessere Voraussetzungen für eine psychisch und physisch gesunde Entwicklung hat.¹⁴³

Das Konzept der prokreativen Freiheit respektive der reproduktiven Autonomie wird besonders in der amerikanischen Ethik von John A. Robertson vertreten. Prokreative Freiheit bezeichnet hierbei das individuelle Recht, über die eigenen Fortpflanzungsentscheidungen selbst zu bestimmen. Dazu gehört das Recht, sich für oder gegen Kinder zu entscheiden und Methoden der Fortpflanzungskontrolle, wie Verhütungsmittel oder Schwangerschaftsabbrüche, frei zu wählen. Für Robertson ist die Möglichkeit, Kinder zu bekommen oder darauf zu verzichten, ein grundlegendes Element der persönlichen Autonomie. Robertson argumentiert, dass der Kinderwunsch eines Paares, oder der Wunsch, auf Kinder zu verzichten, einen wesentlichen Bestandteil der Selbstverwirklichung und Autonomie darstellt. Er hält Einschränkungen dieses Rechts nur in besonderen Fällen für gerechtfertigt, etwa beim Klonen, das in seinen Augen den natürlichen Kinderwunsch überschreitet. Ein kontroverser Punkt ist seine Unterstützung der genetischen Selektion, um zukünftigen Kindern bestimmte Behinderungen zu ersparen. Dies basiert auf dem Argument des „Schadensvermeidungsprinzips“: Wenn genetische Defekte vermieden werden können, solle man dies tun, um das Wohlergehen des Kindes zu fördern.¹⁴⁴

Hierbei stellt sich allerdings die Frage, was als „Schaden“ definiert wird und ob es universelle Maßstäbe dafür geben kann. Beispielsweise könnte eine Behinderung in einer bestimmten Kultur als Nachteil gesehen werden, während sie in einer anderen Kultur als Zugehörigkeitsmerkmal geschätzt wird. Die Festlegung dessen, was Schaden bedeutet und was nicht, bleibt oft interpretationsbedürftig.¹⁴⁵ Laut Robertson gäbe es kaum moralische Schranken

¹⁴³ Vgl. ebd.

¹⁴⁴ Vgl. WALSER, *Ein Kind um jeden Preis*, 44f.

¹⁴⁵ Vgl. ebd., 46.

für die individuelle Entscheidung über Fortpflanzung, solange diese keinem Dritten Schaden zufüge. Er betont, dass prokreative Freiheit nicht nur ein Recht sei, sondern eine tief verwurzelte Ausdrucksform der Selbstbestimmung. Kritiker*innen weisen jedoch darauf hin, dass diese Form der Autonomie, wie sie Robertson vertrete, Risiken berge, wenn es um ethische und soziale Verantwortung geht.¹⁴⁶

In diesem Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Kindeswohl kann auch die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik (PID) zur Zeugung sogenannter *Rettungsgeschwister* diskutiert werden. Rettungsgeschwister sind Kinder, die gezielt ausgewählt werden, sodass sie als potenzielle Gewebespende für ein bereits erkranktes Geschwisterkind fungieren können. Kritiker*innen befürchten hier eine Instrumentalisierung des Kindes, da es primär als Mittel zur Rettung eines anderen Menschen gesehen werden könnte. Dem wird entgegengehalten, dass Kinder oft aus verschiedenen Gründen gezeugt werden, sei es, um eine Familie zu vervollständigen, die Ehe zu stabilisieren oder die Großeltern zu erfreuen. Problematisch wird die Situation jedoch dann, wenn das Kind ausschließlich aus diesem Zweck gezeugt wird. Die langfristigen Auswirkungen auf die Identität und psychische Entwicklung des Rettungskindes sowie auf das Geschwisterverhältnis sind noch nicht ausreichend erforscht. Dennoch zeigt sich, dass nicht der Zeugungsgrund allein entscheidend ist, sondern vielmehr die liebevolle Erziehung und die familiäre Umgebung, die dem Kind Geborgenheit und Sicherheit vermittelt.¹⁴⁷ Die Bioethikkommission betont die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung. Während die individuelle Autonomie respektiert werden müsse, dürfe das Wohl zukünftiger Kinder nicht außer Acht gelassen werden. Gleichzeitig sei es problematisch, das Kindeswohl an eine bestimmte Familienform zu binden.¹⁴⁸

3.3. Embryonenstatus und menschliche Würde

„Reproduktionsmedizin ist nicht nur Therapie für kinderlose Paare, sie ist weit mehr. Ethiker und Ethikerinnen bezeichnen sie als Schlüsseltechnologie, die viele weitere Fragen aufwirft: Was ist der Mensch? Ein bloßer Zellhaufen oder immer Person? Wann beginnt das Mensch -Sein bzw. Person-Sein?“¹⁴⁹

¹⁴⁶ Vgl. ebd., 44f.

¹⁴⁷ Vgl. ebd., 40f.

¹⁴⁸ Vgl. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, *Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts*, 39.

¹⁴⁹ WALSER, *Ein Kind um jeden Preis*, 43.

3.3.1. Unterschiedliche Zeitpunkte für den Beginn des Lebensrechts

In der medizinischen Ethik, insbesondere in der Bioethik, ist die Frage des moralischen Status menschlicher Embryonen ein intensiver Diskussionspunkt. Es stellt sich die Frage, ob sie Träger von Rechten, insbesondere des Lebensrechts, sind, das entsprechend geschützt werden muss. Verschiedene Positionen vertreten unterschiedliche Zeitpunkte, ab wann einem Embryo das Lebensrecht zugesprochen werden soll. Neben der Auffassung, dass bereits der Zygote, respektive der befruchteten Eizelle, ab dem Moment der Kernverschmelzung und der Entstehung eines neuen Genoms, ein Lebensrecht zukommt, werden auch andere Entwicklungsstadien als potenzielle Zäsuren genannt:¹⁵⁰

1. die Differenzierung von Embryo und Plazenta,
2. der Abschluss der Möglichkeit zur Zwillingsbildung, der etwa mit der Nidation (Einnistung) einhergeht,
3. die Bildung und Verknüpfung von Hirnzellen,
4. der Zeitpunkt der Geburt sowie
5. etwa ein Monat nach der Geburt.¹⁵¹

Diese unterschiedlichen Perspektiven veranschaulichen die tiefgreifenden ethischen Kontroversen in Bezug auf den Schutz und die Rechte des Embryos.¹⁵² Das ethische Dilemma entsteht durch die geringe Zeitspanne, die diese befruchteten Eizellen vom Status eines Embryos trennt. Theoretisch könnte argumentiert werden, dass auch diese Zellen bereits schützenswert sind, da sie nur wenige Stunden vom Embryostatus entfernt sind. Dies wird als eine Art rechtliche Umgehung des Embryonenschutzgesetzes gesehen, da die Definition des Embryos hier exakt ausgelegt wird.¹⁵³ Es handelt sich um eine Debatte, die bisher ohne Konsens geblieben ist¹⁵⁴.

¹⁵⁰ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 236.

¹⁵¹ Vgl. ebd.

¹⁵² Vgl. ebd.

¹⁵³ Vgl. MAIO – EICHINGER – BOZZARO, *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 244f.

¹⁵⁴ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 236.

3.3.2. Produktion und Lagerung von Embryonen auf Vorrat

Ein zentrales ethisches Problem der künstlichen Befruchtung betrifft die bewusste Produktion und Lagerung von Embryonen auf Vorrat.¹⁵⁵ Um eine höhere Erfolgsrate bei der Schwangerschaft zu erzielen, werden in der Praxis mehrere Eizellen gleichzeitig befruchtet und in einem frühen Stadium aufbewahrt, bevor die vollständige Verschmelzung der Zellkerne stattgefunden hat. Dies soll zukünftige Behandlungen und belastende Zyklen für die betroffenen Paare erleichtern. Obwohl diese befruchteten Zellen rechtlich noch nicht als Embryonen gelten, werfen sie ethische Fragen auf.¹⁵⁶ Medizinische Komplikationen können einen sofortigen Embryotransfer manchmal verhindern, wodurch überzählige Embryonen entstehen. Diese zusätzlichen Embryonen werden kryokonserviert, respektive in flüssigem Stickstoff bei extrem niedrigen Temperaturen gelagert.¹⁵⁷ Zwischen 1991 und 2015 wurden in Großbritannien beispielsweise 3,9 Millionen Embryonen für IVF produziert, von denen 1,6 Millionen eingesetzt und 2,3 Millionen ohne Verwendung entsorgt wurden. In Österreich befinden sich aktuell etwa 30.000 Embryonen in kryokonservierter Lagerung.¹⁵⁸

Diese Praxis birgt mehrere Herausforderungen. Zum einen überstehen viele Embryonen den Einfrier- und Auftauvorgang nicht, was ein bewusst eingegangenes Risiko für ihr Überleben darstellt. Wenn Embryonen als menschliche Wesen betrachtet werden, stellt dies ein bewusstes Risiko dar, das in Kauf genommen wird, um einigen wenigen das Überleben zu ermöglichen. Darüber hinaus steigt durch künstliche Befruchtung die Wahrscheinlichkeit von Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburten sowie die Rate von Eileiterschwangerschaften, was weitere Risiken für Embryonen mit sich bringt. Diese Vorgehensweise legt nahe, dass Embryonen einem bewussten Verschleiß ausgesetzt werden, der nicht auf Zufall oder Notwendigkeit beruht, sondern systematisch einkalkuliert wird. Aus einer Sicht, die den Embryo als absolut schützenswert ansieht, stellt dies ein schwerwiegendes ethisches Problem dar.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Vgl. MAIO – EICHINGER – BOZZARO, *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 244f.

¹⁵⁶ Vgl. ebd.

¹⁵⁷ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 16f.

¹⁵⁸ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 210f.

¹⁵⁹ Vgl. MAIO – EICHINGER – BOZZARO, *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 244f.

Zudem kann es dazu führen, dass der Zeitpunkt der Befruchtung vom Zeitpunkt des Austragens weit auseinanderliegen, was bedeutet, dass ein Kind möglicherweise erst Jahre nach seiner Zeugung geboren wird. Das führt zu ungewöhnlichen Situationen, wie dass zwei Menschen, die zur selben Zeit gezeugt wurden, aufgrund der Zeitverschiebung als Angehörige verschiedener Generationen betrachtet werden könnten.¹⁶⁰

Hinzu kommt das Problem der „überschüssigen“ Embryonen. Gesetzlich sollte deren Entstehung eigentlich vermieden werden, doch in der Praxis lässt sich dies nicht vollständig verhindern¹⁶¹. Kritiker*innen sehen im „Produzieren auf Vorrat“ und der möglichen späteren Vernichtung eine schwerwiegende Verletzung der Menschenwürde. Auch alternative Lösungen wie die Adoption von Embryonen oder ihre Nutzung zu Forschungszwecken bleiben umstritten.¹⁶² Darüber hinaus werfen rechtliche Fragen zu den Besitzverhältnissen von Embryonen, etwa nach einer Trennung, Scheidung oder dem Tod der Eltern, weitere ethische und juristische Herausforderungen auf¹⁶³.

„Hier entstehen der Technik inhärente Widersprüche, die ethisch nicht mehr sinnvoll aufzulösen sind: Der Embryo ist keine Sache. Wer Menschen auf Vorrat produziert oder ihr Vernichten einkalkuliert, verletzt grob die Würde der Person.“¹⁶⁴

Es lässt sich demnach feststellen, dass die Bewertung der künstlichen Befruchtung stark von der zugrunde liegenden Sichtweise auf den Embryo abhängt. Im feministischen Diskurs spielt die Frage nach dem Status des Embryos bei der Bewertung der IVF eine eher untergeordnete Rolle, da eine solche Diskussion die Argumentation für das Selbstbestimmungsrecht der Frau und somit die Rechtfertigung von Abtreibung erschweren könnte. In der theologischen Ethik hingegen steht diese Frage im Zentrum der ethischen Auseinandersetzung und wird als wesentlicher Punkt für die moralische Bewertung einer IVF angesehen. Hier besteht die Überzeugung, dass der menschliche Embryo von Beginn an als Person zu respektieren und in seinem Lebensrecht umfassend zu schützen ist. Diese Position wird nicht nur religiös begründet, sondern auch philosophisch verteidigt, auch wenn diese Argumente von gegensätzlichen Positionen oft nur unzureichend gewürdigt werden. Unterschiede in der

¹⁶⁰ Vgl. ebd.

¹⁶¹ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 16f.

¹⁶² Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 210f.

¹⁶³ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 16f.

¹⁶⁴ KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 210.

anthropologischen Grundlage spielen dabei eine entscheidende Rolle: Ein theologischer Ansatz betont den umfassenden Lebensschutz stärker als ein utilitaristischer Ansatz, der den Nutzen für Einzelpersonen oder die Gesellschaft fokussiert.¹⁶⁵

3.3.3. Internationale Unterschiede und Forschungsethik

In Österreich und Deutschland gelten vergleichsweise strenge Schutzbestimmungen für Embryonen, doch es bestehen weiterhin erhebliche ethische Bedenken. Diese Bedenken werden verschärft durch den Umstand, dass andere Länder wie Frankreich, Großbritannien, Italien und die USA deutlich lockerere Regelungen im Umgang mit menschlichen Embryonen haben. Die IVF-Technologie selbst entwickelte sich durch verbrauchende Embryonenforschung und auch die derzeitige Anwendung steht unter dem internationalen Druck, ständig Methoden zu optimieren, was das Risiko für den Embryo erheblich erhöht. Grundsätzlich ist es ethisch notwendig, nicht nur die Angemessenheit der verfolgten Ziele, sondern auch die moralische Rechtfertigung der eingesetzten Mittel zu reflektieren.¹⁶⁶

Zusätzlich zur Erzeugung überzähliger Embryonen gibt es in der Praxis eine Auswahl nach morphologischen oder genetischen Kriterien. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) könnte zur Auswahl gesunder Embryonen beitragen, wird jedoch oft als genetische Selektion ohne therapeutischen Nutzen kritisiert. Die Idee, eines Tages gentherapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Embryonen zu nutzen und so Selektion zu vermeiden, ist derzeit noch spekulativ und könnte die Tür zur Keimbahntherapie öffnen. Diese ist darauf ausgerichtet Erkrankungen, die durch genetische Defekte verursacht werden, bei den Nachkommen von Trägern solcher Gendefekte zu vermeiden. Diese Möglichkeit würde wiederum neue ethische und gesellschaftliche Herausforderungen mit sich bringen.¹⁶⁷ Beim sogenannten *Single-Embryo-Transfer* wird eine Methode verwendet, die in Ländern außerhalb Deutschlands etabliert ist, um die Schwangerschaftsrate zu erhöhen. Hierbei werden künstlich befruchtete Eizellen länger kultiviert und nach bestimmten Kriterien in „Qualitätsklassen“ unterteilt, so dass nur die am vielversprechendsten, entwicklungsfähigen Embryonen ausgewählt und transferiert werden. Die weniger aussichtsreichen Embryonen werden vom Transfer ausgeschlossen und entsorgt. Dies stellt eine bewusste Inkaufnahme des Todes von Embryonen

¹⁶⁵ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 14f.

¹⁶⁶ Vgl. ebd., 15.

¹⁶⁷ Vgl. ebd., 16f.

im Interesse der medizinischen Effizienz dar.¹⁶⁸ In Deutschland plädieren einige Reproduktionsmediziner*innen und kinderlose Paare dafür, diese Methode auch hier zuzulassen, da sie als effektiver und weniger riskant für den Embryonenverbrauch gilt. Kritiker*innen halten diese Technik ohne solche Selektion aufgrund der höheren Erfolgsunsicherheit für nicht mehr zeitgemäß. Das zentrale ethische Dilemma liegt in der Abwägung zwischen dem Schutz des Embryos und den Wünschen der ungewollt kinderlosen Paare. Diese Abwägung setzt jedoch voraus, dass der Embryo nicht als Mensch betrachtet wird, denn wenn er als solcher angesehen wird, müssten die Interessen der Paare zurückstehen.¹⁶⁹

Ein weiteres problematisches Verfahren ist der selektive Fetozid, der bei Mehrlingsschwangerschaften in Erwägung gezogen wird, wenn das Leben aller Embryonen gefährdet ist. Oftmals ist es nur durch die selektive Abtreibung eines Embryos möglich, das Überleben der anderen zu sichern. Diese Vorgehensweise stellt eine moralische und psychische Belastung dar und sollte durch präventive Maßnahmen so weit wie möglich vermieden werden, um das ethische Dilemma gar nicht erst entstehen zu lassen.¹⁷⁰

Entgegen der häufigen Annahme, dass eine liberale Abtreibungspraxis automatisch einen weniger strengen Embryonenschutz rechtfertigen würde, lässt sich dies im Kontext der Reproduktionsmedizin nicht so einfach übertragen, zumindest nicht in Österreich und Deutschland. In beiden Ländern ist Abtreibung nur unter bestimmten Bedingungen straffrei, während die Gesetzgebung den Embryonenschutz in der Reproduktionsmedizin als unabhängig davon betrachtet. Der Konflikt um den Embryonenschutz in der Reproduktionsmedizin resultiert eher aus Forschungsinteressen, die embryonale Ressourcen für potenziell nützliche therapeutische Entwicklungen, wie das Klonen zu Heilzwecken, beanspruchen, auch wenn der tatsächliche Nutzen solcher Forschung noch hypothetisch bleibt. Die ethische Frage, ob solche Zwecke die Behandlung menschlicher Embryonen als bloßes Material rechtfertigen, bleibt zentral und wird durch die vergleichsweise lockeren Regelungen in anderen Ländern nicht entkräftet. Stattdessen ist eine gesellschaftliche Diskussion darüber notwendig, welche Ziele in der genetischen Forschung verfolgt werden sollen und welche Mittel zur Erreichung dieser Ziele ethisch vertretbar sind.¹⁷¹ Die Debatte um Gerechtigkeit und

¹⁶⁸ Vgl. MAIO – EICHINGER – BOZZARO, *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 246f.

¹⁶⁹ Vgl. ebd.

¹⁷⁰ Vgl. ebd.

¹⁷¹ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 15.

Nichtdiskriminierung in der Reproduktionsmedizin verdeutlicht, dass bestehende gesetzliche Vorschriften oft nicht mit den heutigen gesellschaftlichen Gegebenheiten übereinstimmen. Eine Neuregelung sollte daher gleichermaßen die persönliche Entscheidungsfreiheit, das Wohl des Kindes und soziale Fairness in den Blick nehmen.¹⁷²

3.4. Reproduktionsmedizin als gesellschaftliche Herausforderung

Reproduktionsmedizinische Behandlungen sind mit gesundheitlichen Risiken für Eltern und Kinder verbunden, die sowohl während des Eingriffs als auch in der Folgezeit auftreten können. Diese Risiken reichen von körperlichen Beeinträchtigungen bis hin zu seelischen Belastungen. Diese Problemfelder sind ein wichtiger ethischer Prüfstein im Umgang mit der Reproduktionsmedizin. Sie zeigen auf, dass der medizinisch-technische Fortschritt nicht nur Chancen eröffnet, sondern auch erhebliche gesundheitliche, psychische und soziale Belastungen mit sich bringen kann. Dieses Kapitel soll eine inhaltliche Brücke zu Kapitel 3.1¹⁷³ darstellen, in welchem die technologischen Chancen und Grenzen sowie der Verantwortung im Umgang mit Reproduktionstechnologien dargelegt wurden. Auch die Ausführungen zur Autonomie der Betroffenen¹⁷⁴ lassen sich nicht losgelöst von medizinischen Belastungen und psychischen Auswirkungen denken. Echte Selbstbestimmung setzt vollständige Aufklärung über Risiken und mögliche Langzeitfolgen voraus.

3.4.1. Medizinische und psychologische Problemfelder der Reproduktionsmedizin

Methodenimmanente Risiken der IVF-Behandlung für Frauen

Die Risiken der assistierten Reproduktionstechnologie (ART) umfassen mehrere Bereiche, die auf die hormonelle Stimulation und die Eingriffe im Rahmen von In-vitro-Fertilisation (IVF) zurückzuführen sind.

Eine IVF-Behandlung wird von vielen Frauen als äußerst belastend und oft auch schamverletzend empfunden. Der intime Vorgang der Fortpflanzung wird durch die medizinische

¹⁷² Vgl. ebd.

¹⁷³ Siehe Kapitel 3.1 Reproduktionsmedizin als technologische Herausforderung

¹⁷⁴ Siehe Kapitel 3.2 Autonomie der Betroffenen

Intervention in die Öffentlichkeit verlagert, was das Gefühl von Scham und die Bedrohung der Fortpflanzungsidentität verstärkt. Schon die Diagnose von Sterilität kann sich über einen langen Zeitraum hinziehen. Die hormonelle Stimulation am Beginn der IVF-Behandlung ist körperlich anstrengend und mit unangenehmen Nebenwirkungen wie Hitzewallungen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Schwindel und Kopfschmerzen verbunden.¹⁷⁵ Lange Zeit wurde auch ein erhöhtes Krebsrisiko, insbesondere für Ovarialkarzinome, durch die Hormonbehandlung im Rahmen der ART diskutiert. Frühere Studien zeigten eine Erhöhung des Risikos um das Zwei- bis Siebenfache, doch spätere Analysen relativierten diese Ergebnisse. Der aktuelle Stand legt nahe, dass das Krebsrisiko eher mit der Unfruchtbarkeit selbst zusammenhängt als mit der hormonellen Stimulation. Dennoch wird empfohlen, nicht mehr als sechs Zyklen mit Ovulationsauslöser durchzuführen, um mögliche Risiken zu minimieren.¹⁷⁶ Der Prozess der künstlichen Befruchtung erfordert viel Zeit und regelmäßige medizinische Untersuchungen. Der psychische Stress, der durch die Wartezeit auf den Erfolg der Befruchtung und die erhoffte Schwangerschaft entsteht, ist für viele Frauen noch belastender als die körperlichen Beschwerden.¹⁷⁷

Ein Hauptrisiko der Hormonbehandlung ist das Ovarielle Hyperstimulationssyndrom (OHSS), bei dem die Eierstöcke überreagieren und sich vergrößern. Dies führt zu Beschwerden wie Übelkeit und im schlimmsten Fall zu schwerwiegenden Komplikationen wie Blutgerinnungsstörungen und Nierenproblemen. Schwere Fälle von OHSS sind selten, können aber einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen. Zu den weiteren Risiken der Eizellenpunktion gehören vaginale Blutungen, die meist harmlos sind. In seltenen Fällen kann es jedoch zu Blutungen im Bauchraum oder zu Verletzungen innerer Organe kommen. Solche Komplikationen sind jedoch selten und erfordern nur in sehr wenigen Fällen eine stationäre Behandlung.¹⁷⁸

Außerdem haben Frauen, die sich einer Behandlung mit assistierter Reproduktionsmedizin unterziehen, ein erhöhtes Risiko für eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter (Eileiterschwangerschaft). Dieses Risiko ist etwa doppelt so hoch wie bei spontan eingetretenen Schwangerschaften und erfordert eine engmaschige Überwachung. In schweren Fällen ist

¹⁷⁵ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 8.

¹⁷⁶ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 92f.

¹⁷⁷ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 8.

¹⁷⁸ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 93.

ein operativer Eingriff notwendig, um die Eileiterschwangerschaft zu beenden. Außerdem sind Mehrlingsschwangerschaften ein häufiges Risiko bei ART. Zwillings- und Drillingschwangerschaften gehen oft mit Frühgeburten und niedrigerem Geburtsgewicht einher.¹⁷⁹ Überdies besteht ein erhöhtes Risiko für verfrühte Wehen sowie Blutungen¹⁸⁰. Im Laufe der Jahre wurde versucht, dieses Risiko durch den Transfer von nur einem oder zwei Embryonen zu senken. Dies hat die Anzahl der Drillings- und Vierlingsgeburten deutlich reduziert.¹⁸¹ Diese Praxis erfordert jedoch das Einfrieren¹⁸² überzähliger Embryonen¹⁸³.

Zusätzliche ist die Rate von Kaiserschnittgeburten nach ART höher als bei natürlichen Schwangerschaften. Dies könnte mit dem erhöhten Sicherheitsbedürfnis von Ärzt*innen und Eltern zusammenhängen. Kaiserschnitte können jedoch negative Auswirkungen auf das Geburtserlebnis und die Mutter-Kind-Bindung haben.¹⁸⁴ Auch das Risiko für Präeklampsie, postpartale Nachblutungen, intensivmedizinische Betreuung und nachgeburtliche Depressionen sind um das zwei- bis Dreifache erhöht¹⁸⁵. Zudem werden Frühaborte, Schwangerschaftskomplikationen und perinataler Outcome als Risiken in der Literatur diskutiert. Festzuhalten ist hierbei, dass eine größere Abortrate derzeit am ehesten mit Faktoren, die mit der Subfertilität selbst verbunden sind, zusammenhängen.¹⁸⁶

Zudem spricht Stephan Ernst auch die finanzielle Belastung des Gesundheitssystems sowie der Paare mit Kinderwunsch an. Da der finanzielle Aufwand für eine Kinderwunschbehandlung sehr groß ist, können sich dies oftmals nur Paare mit den notwendigen finanziellen Mitteln leisten.¹⁸⁷ Er stellt folgende Frage:

“Ist es gerecht, dass sich dann vor allem die Wohlhabenden ihren Kinderwunsch erfüllen können?”¹⁸⁸

¹⁷⁹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 202.

¹⁸⁰ Vgl. Stephan ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens: Grundfragen medizinischer Ethik*, Freiburg i. Br.: Herder, 2020, 293.

¹⁸¹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 202.

¹⁸² Siehe Kapitel 2.2.4 Kryokonservierung

¹⁸³ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 293.

¹⁸⁴ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 94f.

¹⁸⁵ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 202.

¹⁸⁶ Vgl. Annika K. LUDWIG – Michael LUDWIG, Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion, in: Klaus Diedrich u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 2ff.

¹⁸⁷ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 294.

¹⁸⁸ Ebd.

Methodenimmanente Risiken der IVF-Behandlung für Kinder

Die Reproduktionsmedizin birgt nicht nur Risiken für Frauen, sondern auch für die daraus hervorgehenden Kinder. Der Deutsche Ethikrat veröffentlichte Daten, die auf ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern hinweisen, die durch künstliche Befruchtung gezeugt wurden. Besonders problematisch sind die oft auftretenden Mehrlingsschwangerschaften nach IVF, die sich nicht nur, wie soeben erwähnt, auf die Mutter, sondern auch auf das Wohl der Kinder negativ auswirken können.¹⁸⁹ Unter die körperlichen Risiken für die Kinder fallen außerdem Infantile Zerebralparesen¹⁹⁰, welche häufiger, nach einer ART-Anwendungen, auftritt. Dies ist möglicherweise auf die höhere Frühgeburtenrate und auf die Mehrlingsgeburten zurückzuführen, aber es gibt auch Hinweise auf ein erhöhtes Risiko unabhängig davon. Des weiteren ist die Rate größerer Fehlbildungen bei Kindern durch künstliche Befruchtung um etwa 30 Prozent höher als bei spontan gezeugten Kindern. Außerdem treten Chromosomenabnormalitäten nach einer ICSI häufiger auf. Zusätzlich gibt es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Imprinting-Erkrankungen¹⁹¹ nach ART.¹⁹² Da alle Imprinting-Erkrankungen generell äußerst selten sind, konnte bisher in keiner Studie ein eindeutig erhöhtes Risiko für ihr Auftreten bestätigt werden, ein kausaler Zusammenhang kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden¹⁹³.

Auch Einlinge, die durch ART geboren werden, haben tendenziell ein niedrigeres Geburtsgewicht im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern, obwohl neuere Studien diese Unterschiede relativieren, wenn mütterliche Faktoren berücksichtigt werden¹⁹⁴. In der Literatur finden sich außerdem mehrere Angaben zur erhöhten Wahrscheinlichkeit für angeborene Anomalien¹⁹⁵. Aktuell wird angenommen, dass das Risiko für Fehlbildungen bei Schwangerschaften und Kindern, die durch assistierte Reproduktionstechnologie (ART) entstanden sind, um etwa 30 Prozent höher ist¹⁹⁶. Jedoch ist festzuhalten, dass die Vergleichbarkeit dieser Studien durch verschiedene Faktoren erschwert ist. Der Begriff „Fehlbildung“ wird

¹⁸⁹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 203.

¹⁹⁰ Eine neurologische Störung, die durch eine frühe Hirnschädigung entsteht

¹⁹¹ Angeborene genetische Störungen

¹⁹² Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 96f.

¹⁹³ Vgl. Gudrun GILLESSEN-KAESBACH – Yvonne HELLENBROICH, *Genetik in der Reproduktionsmedizin*, in: Klaus Diedrich u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, 5.

¹⁹⁴ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 96f.

¹⁹⁵ Vgl. GILLESSEN-KAESBACH – HELLENBROICH, *Genetik in der Reproduktionsmedizin*, 5.

¹⁹⁶ Vgl. LUDWIG – LUDWIG, *Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion*, 5.

unterschiedlich definiert und auch der Untersuchungszeitraum sowie das Studiendesign variieren stark.¹⁹⁷

Als psychologische Risiken für die Kinder werden neben den Mehrlingsgeburten auch verschlechterte Schulleistungen genannt. Kinder, die nach einer Kinderwunschbehandlung als Mehrlinge geboren wurden, zeigen häufiger Verhaltens- und Sprachstörungen. Mütter von Mehrlingen haben zudem ein höheres Risiko für Depressionen und Erschöpfungszuständen. Eltern von Mehrlingen trennen sich auch häufiger, was sich wiederum stark auf die Kinder und das Familienleben auswirkt. In etwa jeder fünften Familie mit schulpflichtigen Mehrlingen besucht mindestens ein Kind eine Sonderschule, was auf die höheren Belastungen bei der Erziehung von Mehrlingen zurückzuführen sein könnte. Eine Umfrage ergab, dass viele Patientinnen zwar über die Kosten der Behandlung gut informiert waren, jedoch fühlten sich weniger als 20 Prozent ausreichend über die Schwangerschaftsraten und die Risiken von Mehrlingsschwangerschaften aufgeklärt. Es wird empfohlen, den Patientinnen mehr Informationsmaterial zur Verfügung zu stellen und die Behandlungsbeendigung aktiver zu thematisieren.¹⁹⁸

3.5. Ein unerfüllter Kinderwunsch und dessen Folgen

Während gesundheitliche Komplikationen für Mutter und Kind ein bedeutsamer Aspekt sind, dürfen die emotionalen und sozialen Auswirkungen eines unerfüllten Kinderwunsches nicht außer Acht gelassen werden. Das folgende Kapitel widmet sich daher jenen Konsequenzen sowie möglichen Alternativen für Betroffene.

Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein komplexes Phänomen, das nicht nur durch medizinische, sondern auch durch psychologische oder ökologische Faktoren verursacht werden kann. Körperliche Ursachen sind bei Frauen und Männern am leichtesten medizinisch nachweisbar. Schwieriger wird es, wenn es sich um psychische oder emotionale Ursachen handelt. Dies ist sogar bei zehn bis 30 Prozent der Betroffenen der Fall. Unbewusste Konflikte respektive eine unbewusste Ablehnung eines Kindes können trotz eines geäußerten Kinderwunsches können zu vorübergehender Unfruchtbarkeit führen.¹⁹⁹ Aus soziologischer

¹⁹⁷ Vgl. GILLESSEN-KAESBACH – HELLENBROICH, *Genetik in der Reproduktionsmedizin*, 8.

¹⁹⁸ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 97.

¹⁹⁹ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 5.

Perspektive trägt die zunehmende Verschiebung des Kinderwunsches in ein höheres Lebensalter wesentlich zur ungewollten Kinderlosigkeit bei. Mit steigendem Alter nimmt nicht nur die natürliche Fruchtbarkeit ab, sondern auch das Risiko für medizinische und psychosomatische Fertilitätsstörungen wächst. Dies unterstreicht die enge Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und gesellschaftlichen Faktoren bei der Entstehung von ungewollter Kinderlosigkeit.²⁰⁰

Die Diagnose Unfruchtbarkeit stürzt viele Paare in eine tiefe Krise, wobei Frauen oft stärker betroffen sind als Männer. Ein zentrales Lebensziel, nämlich die Fähigkeit, Kinder zu bekommen, bleibt unerfüllt. Während es heute möglich ist, bewusst auf Kinder zu verzichten, ist deren Entstehung nicht in gleichem Maße planbar. Frauen entwickeln häufig negative Gefühle gegenüber ihrem Körper, den sie als unzureichend wahrnehmen. Diese Sichtweise führt oft zu hohen Erwartungen an medizinische Lösungen. Bei Männern führt die Diagnose häufig zu einem Gefühl des Versagens und einem Verlust des Selbstwerts. Viele Paare ziehen sich sozial zurück, um belastende Situationen und Fragen zu vermeiden. Oft entstehen Spannungen in der Beziehung, die durch Schuldzuweisungen und die Angst, den Partner zu verlieren, verstärkt werden. Darüber hinaus entsteht oftmals gesellschaftlicher Druck, der Paare dazu zwingt, sich rechtfertigen zu müssen. Die allgemeine Erwartung, dass eine Partnerschaft auch Kinder umfasst, erhöht die Belastung und drängt Paare oft in Richtung reproduktionsmedizinischer Behandlungen.²⁰¹ Dennoch zeigt die vorhandene Studienlage, dass die Lebensqualität sowie die Lebenssituation von Eltern, gewollt kinderlosen Paaren sowie ungewollt kinderlosen Paaren annähernd dieselbe ist.²⁰²

„Wer erlebt hat, sich vergeblich ein Kind zu wünschen, hat etwas von dieser Unverfügbarkeit des Lebens schmerzlich erfahren. Dabei kann auch diese Erfahrung auf ihre Art an das Geheimnis des Lebens, nämlich an seinen Geschenkcharakter, heranzuführen.“²⁰³

Ein besonders herausfordernder gesellschaftlicher Aspekt der Kinderlosigkeit ist die Umdeutung des Begriffs "Mütterlichkeit". Diese Umdeutung meint, dass kinderlose Frauen ihre

²⁰⁰ Vgl. ebd.

²⁰¹ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 6.

²⁰² Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 167.

²⁰³ PRÜLLER-JAGENTEUFEL – PRÜLLER-JAGENTEUFEL, *Geschenktes Leben?! 181.*

„mütterlichen“ Anlagen in anderen sozialen Formen, wie etwa fürsorglichem Engagement, ausleben sollten. Dabei wird jedoch das stereotype Bild von „weiblicher“ Mütterlichkeit als fürsorgliche, caritative oder kreative Eigenschaft problematisiert. Es wird infrage gestellt, ob jede Frau wirklich diese "Mütterlichkeit" ausleben muss, selbst wenn sie keine eigenen Kinder hat, und ob dies für Männer ebenfalls als "mütterliche" Tätigkeit verstanden wird, wenn sie sich in ähnlicher Weise engagieren. Zudem wird die Verbindung zwischen dem Leid der Kinderlosigkeit und dem Kreuz Christi hinterfragt. Während das Leiden Christi für alle Leidenden als Quelle des Trostes dienen kann, stellt sich die Frage, ob das Leiden, das aus biologischen Einschränkungen wie Unfruchtbarkeit resultiert, wirklich mit den Qualen eines gefolterten Opfers gleichgesetzt werden kann.²⁰⁴

Prognostisch ist es von Vorteil, wenn das Paar, vor allem die Frau, die Kinderlosigkeit akzeptieren und neu bewerten kann. Wichtig ist auch, dass beide Partner frühzeitig aktiv nach Alternativen suchen („Plan B“) und sich nicht aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen.²⁰⁵ Besonders aus der Perspektive der Frauen scheint diese Krise das Paar enger zusammenzubringen. Fünf bis zehn Jahre nach einer erfolglosen IVF-Behandlung liegt die Trennungsrate dieser Paare bei drei bis 17 Prozent, was unter der Scheidungsrate von Paaren mit natürlich gezeugten Kindern liegt.²⁰⁶

Die Verarbeitung der Diagnose Unfruchtbarkeit erfolgt in mehreren Phasen, darunter Schock, Verleugnung, Wut, Schuld, Isolation, Depression, Trauer und schließlich Akzeptanz. Viele Paare erreichen jedoch nicht die Phase der Akzeptanz, da das Angebot medizinischer Lösungen den Blick auf Alternativen wie Adoption oder ein Leben ohne Kinder verengt.²⁰⁷ Als ungünstig gelten Faktoren wie fortwährendes Nachdenken über die Ursachen der Kinderlosigkeit, das Gefühl, der Situation ausgeliefert zu sein, und eine starke Konzentration auf den Kinderwunsch als das einzige oder wichtigste Lebensziel²⁰⁸. Dies führt häufig zu einer Fixierung auf den Kinderwunsch, der immer mehr als zwingend empfunden wird. Dadurch fällt die Entscheidung für eine IVF-Behandlung oft ohne gründliche Reflexion und verschärft die bestehende Krise.²⁰⁹

²⁰⁴ Vgl. PRÜLLER-JAGENTEUFEL – PRÜLLER-JAGENTEUFEL, *Geschenktes Leben?! 182.*

²⁰⁵ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 167f.

²⁰⁶ Vgl. ebd. 168.

²⁰⁷ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 6.

²⁰⁸ Vgl. WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, 167.

²⁰⁹ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 6.

Paare, die ungewollt kinderlos bleiben und sich für eine reproduktionsmedizinische Behandlung entscheiden, sind schon vor der ärztlichen Zeugung mit vielen Formularen konfrontiert, die ihre Zustimmung dokumentieren und Hoffnung auf ein Kind geben. Dieser Weg ist für Paare, besonders für Frauen, körperlich und emotional belastend, während die Erfolgsaussichten oft gering sind. Der starke Kinderwunsch, der häufig auch von sozialem Druck begleitet wird, treibt sie trotzdem an, diese Behandlung in Anspruch zu nehmen. Medizinisch gesehen bieten reproduktionstechnische Verfahren oft die einzige Möglichkeit, Paaren mit diagnostizierter Sterilität oder Unfruchtbarkeit zu einem Kind zu verhelfen und werden oft als Segen angesehen. Die In-vitro-Fertilisation ermöglicht zudem Verfahren wie Präimplantationsdiagnostik und Stammzellenforschung, was in vielen Ländern legalisiert wurde und die ethische Diskussion weiter belebt.²¹⁰

Nichtsdestotrotz ist anzumerken, dass nur ein geringer Anteil der Frauen durch künstliche Befruchtung tatsächlich ein Kind bekommen, wie bereits in Kapitel 2.3 untersucht wurde.²¹¹ Viele Frauen bleiben nach mehreren IVF-Versuchen kinderlos, was bei den meisten als persönliches Scheitern empfunden wird. Statt sich mit den Misserfolgen auseinanderzusetzen, starten viele Frauen sofort neue Behandlungszyklen und verdrängen ihre Trauer, selbst nach Fehlgeburten, die häufig auftreten. Am Ende der Behandlungen fühlen sich viele Paare in ihrem Leid bestätigt, aber nun zusätzlich von Schuldgefühlen geplagt. Sie stellen sich oft Fragen nach dem Sinn der enormen Belastungen und Opfer, die sie für den Kinderwunsch erbracht haben.²¹²

„Viele Paare geraten in eine „Achterbahn der Gefühle“ - zwischen Hoffen und Bangen, zwischen Euphorie und Depression.“²¹³

Das breite Angebot an IVF-Behandlungen kann bei den Betroffenen den Eindruck erwecken, dass es erforderlich ist, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, oft aus Angst, sich später Vorwürfe zu machen oder von anderen kritisiert zu werden, dass man zu früh aufgegeben habe. Je mehr Geld, Zeit und Mühen in den Kinderwunsch eingebracht werden, desto schwerer fällt es, die Hoffnung auf Erfolg aufzugeben, wodurch eine Art Fortsetzungsdruck entsteht,

²¹⁰ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 1.

²¹¹ Siehe Kapitel 2.3 Erfolgsquoten und aktuelle Daten der Reproduktionsmedizin

²¹² Vgl. Kummer, *Ein Kind um jeden Preis?*, 214ff.

²¹³ MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 8.

der sogar als „suchtähnlich“ beschrieben wird.²¹⁴ Maio beschreibt diesen Fortsetzungsdruck als einen „Sog, einen Machbarkeitssog, dem man sich nur schwer entziehen kann.“²¹⁵

„Die andere Sicht ist die, dass sehr viele Paare auch mithilfe der Technik nach wie vor ungewollt kinderlos bleiben. Diese Paare sind die echten Verlierer. Und zwar nicht nur Verlierer, weil die Technik bei ihnen nicht »funktioniert«, sondern Verlierer, weil die Medizin in der Aufwartung der Technik und in dem Versprechen, das in der Technik mitschwingt, gerade ihnen nicht wirklich gerecht werden kann.“²¹⁶

Laut einer empirischen Studie von Onnen-Isemann schöpfen 77 Prozent der befragten Frauen aus jedem Schritt der Behandlung neue Kraft für den nächsten Schritt. Gleichzeitig geben 60 Prozent an, dass sie ohne das ermutigende Zureden ihrer Ärzt*innen keine weiteren Behandlungen in Erwägung gezogen hätten. Auf der anderen Seite verstärkt die fortgesetzte Behandlung auch das Leid der Infertilitätskrise, besonders da die medizinische Versorgung häufig auf körperliche Aspekte fokussiert ist und psychologische Unterstützung vernachlässigt wird. In diesem Zusammenhang äußerte eine Klinikpfarrerin, dass die Möglichkeit der IVF unter Umständen mehr Schaden anrichten könnte, da Paare sich sonst eventuell besser mit ihrer Lebenssituation auseinandersetzen könnten. Daraus ergibt sich die Frage, ob IVF wirklich die geeignete Therapie für Paare ist, die ungewollt kinderlos bleiben.²¹⁷

„Das Ziel der Reproduktionsmedizin müsste es also nicht nur sein, die Herbeiführung einer Geburt zu gewährleisten – der medizinische Erfolg wäre von daher nicht nur in der baby-take-home-rate zu beziffern, sondern das übergeordnete Ziel müsste es doch sein, die Leiderfahrung ungewollt kinderloser Paare zu lindern, ihnen eine Hilfe zur Bewältigung des Leidens anzubieten. Dort wo die Technik lindern kann, ist sie die geeignete Lösung, dort wo die Technik nicht gelingt, ist es Aufgabe der Medizin, Hilfe zur psychischen Bewältigung der ungewollten Kinderlosigkeit anzubieten.“²¹⁸

²¹⁴ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 8f.

²¹⁵ Giovanni MAIO – Tobias EICHINGER – Claudia BOZZARO (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg – München: Verlag Karl Alber, 2013, 11f.

²¹⁶ Ebd. 11.

²¹⁷ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 8f.

²¹⁸ MAIO – EICHINGER – BOZZARO, *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*. 12.

Es ist wohl an der Zeit, alternative Wege zu finden und den gesellschaftlichen Druck zu reduzieren, der ungewollt kinderlose Paare zur Nutzung technischer Verfahren drängt. Die Behandlung sollte sich auf die Linderung des Leidenszustands konzentrieren und nicht ausschließlich auf die technische Erfüllung des Kinderwunsches. Wichtig ist es, humane Ressourcen zu stärken und alternative Lebensperspektiven aufzuzeigen, wie die Übernahme von Verantwortung in anderen Bereichen. Philosophen wie Hanna Barbara Gerl-Falkovitz sprechen von „seelischer und geistiger Elternschaft“ als Möglichkeit, die Erfüllung in einer Aufgabe außerhalb der biologischen Familie zu finden.²¹⁹

Veronika und Gunter Prüller-Jagenteufel erklären, dass ein unerfüllter Kinderwunsch aus theologischer Sicht nicht allein als Leiden im Zeichen des Kreuzes betrachtet werden sollte, sondern als Ausdruck menschlicher Begrenztheit und Geschöpflichkeit. Der Mensch ist nicht der Ursprung des Lebens, sondern bleibt auf Gott verwiesen. Diese Einsicht kann herausfordernd sein, besonders für Frauen, die sich mit gesellschaftlichen Erwartungen an Mutterschaft konfrontiert sehen. Die Akzeptanz der eigenen Grenzen kann jedoch auch eine Möglichkeit sein, Vertrauen in eine höhere Ordnung zu gewinnen.²²⁰

Es braucht zudem Räume in Kirche und Gesellschaft, in denen Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch ihre Situation ohne Stigmatisierung thematisieren können. Das traditionelle Familienbild sollte nicht als einzig gültige Norm gelten, da es viele verschiedene Lebensrealitäten gibt. Eine wertschätzende Haltung gegenüber dieser Vielfalt kann helfen, neue Formen des Miteinanders zu ermöglichen und eine Spiritualität zu fördern, die sich nicht auf gesellschaftliche Erwartungen reduziert. Schließlich geht Fruchtbarkeit über biologische Zeugung hinaus. Menschen können auch in anderen Bereichen ihres Lebens „fruchtbar“ sein, indem sie Beziehungen gestalten, Verantwortung übernehmen oder sich für andere einsetzen. Eine solche Perspektive ermöglicht eine tiefere Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und Glauben.²²¹

²¹⁹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 216.

²²⁰ Vgl. PRÜLLER-JAGENTEUFEL – PRÜLLER-JAGENTEUFEL, *Geschenktes Leben?!*, 185f.

²²¹ Vgl. ebd.

3.6. Alternative Familienmodelle

3.6.1. Kinderwunsch von gleichgeschlechtlichen Paaren

Die Frage, ob lesbische Paare der Zugang zu Kinderwunschbehandlungen gewährt werden sollte, bleibt in vielen westeuropäischen Ländern ein umstrittenes Thema.²²² In den letzten Jahren hat sich die rechtliche und gesellschaftliche Landschaft für gleichgeschlechtliche Paare in vielen Ländern erheblich verändert. Insbesondere in Österreich wurde durch die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) vom 10. Dezember 2013 ein bedeutender Schritt in Richtung Gleichstellung unternommen. Diese Entscheidung hob die Bestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) von 1992 auf, die es nur verheirateten heterosexuellen Paaren oder Partnern in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft erlaubten, auf künstliche Insemination oder In-vitro-Fertilisation zurückzugreifen. Der VfGH stellte fest, dass der Ausschluss lesbischer Paare von der Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin nicht gerechtfertigt sei und gegen das Diskriminierungsverbot der Europäischen Menschenrechtskonvention verstoße.²²³ Diese Entwicklung spiegelt einen umfassenden Wandel wider, der auch nicht-traditionellen Familienkonstellationen den Zugang zu reproduktiven Technologien ermöglicht.

Mit der Reform des Fortpflanzungsmedizingesetzes, die 2015 in Kraft trat, wurden die Vorgaben des VfGH vollständig umgesetzt. Seitdem haben auch lesbische Paare das Recht, medizinisch unterstützte Fortpflanzungstechniken zu nutzen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Dies stellt einen bedeutenden Fortschritt dar, da es gleichgeschlechtlichen Paaren ermöglicht, ihre Familien zu gründen und ihre Kinder in einem rechtlich geschützten Rahmen aufzuziehen. Unerheblich ist dabei, ob die beiden Frauen in einer eingetragenen Partnerschaft oder in einer bloßen Lebensgemeinschaft leben. Um den Status einer Co-Mutter zu erhalten, muss die Partnerin der Wunschmutter in die medizinisch unterstützte Reproduktion einem notariellen Akt zustimmen. Die gesetzlichen Änderungen haben nicht nur rechtliche, sondern auch soziale Implikationen. Sie fördern die Akzeptanz und Sichtbarkeit gleichgeschlechtlicher Familien in der Gesellschaft. Die Möglichkeit, Kinder zu bekommen und zu

²²² Vgl. Anne BREWAEYS – Sylvie DUFOUR – Hermann KENTENICH, Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt?, in: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.* 2 (2005) 1, S. 35–40, hier: 35.

²²³ Vgl. Elisabeth BERNAT, Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz wurde liberalisiert. in: *Gynäkologische Endokrinologie*, 2016, S. 270-275, hier: 270f.

erziehen, ist ein zentraler Aspekt des Lebens für viele Paare und die rechtlichen Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass diese Paare sich in ihrer Rolle als Eltern sicherer fühlen. Die Unterstützung durch das Gesetz gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Kinder in einem stabilen und rechtlich anerkannten Umfeld großzuziehen.²²⁴ Nichtsdestotrotz übernimmt in Familien mit lesbischen Paaren der Samenspender die Rolle des abwesenden Vaters, sodass den Kindern die Hälfte ihrer genetischen Herkunft verborgen bleibt. Anders als bei heterosexuellen Familien, wo eine Vaterfigur vorhanden ist, müssen diese Kinder möglicherweise schon früh mit der Abwesenheit eines Vaters konfrontiert werden. Der Einsatz von Samenspenden kann in diesen Fällen nicht verborgen bleiben und es bleibt offen, ob die Kinder später mehr über ihren biologischen Vater erfahren möchten.²²⁵

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Reform ist die finanzielle Unterstützung für Paare, die medizinisch unterstützte Fortpflanzungstechniken in Anspruch nehmen. Laut den neuen Regelungen werden 70 Prozent der Kosten für bis zu vier Versuche übernommen. Dies stellt für viele Paare eine erhebliche Erleichterung dar. Diese Regelung gilt auch für lesbische Paare, sofern die Frau, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll, an Sterilität leidet und bestimmte Altersgrenzen nicht überschreitet. Diese finanziellen Anreize sind entscheidend, um den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin zu erleichtern und die Chancen auf eine erfolgreiche Schwangerschaft zu erhöhen.²²⁶ Trotz dieser Fortschritte gibt es weiterhin Herausforderungen und Diskussionen rund um das Thema Fortpflanzung und Abstammung bei gleichgeschlechtlichen Paaren. Fragen der rechtlichen Anerkennung von Elternschaft, insbesondere bei Samenspendern und Eizellenspender*innen, sowie die psychologische Unterstützung während des Prozesses sind Themen, die weiterhin Aufmerksamkeit erfordern. Es ist wichtig, dass die Gesellschaft und die Gesetzgeber weiterhin an der Schaffung eines inklusiven und unterstützenden Umfelds für alle Familien arbeiten.²²⁷ Insgesamt zeigt die Entwicklung des Fortpflanzungsmedizingesetzes in Österreich, dass der Kinderwunsch von gleichgeschlechtlichen Paaren zunehmend anerkannt und unterstützt wird. Diese Veränderungen sind nicht nur rechtlicher Natur, sondern tragen auch zur gesellschaftlichen Akzeptanz und zur Schaffung eines gleichberechtigten Umfelds für alle Familienformen bei.

²²⁴ Vgl. BERNAT, Fortpflanzungsmedizingesetz, 271.

²²⁵ Vgl. BREWAEYS – DUFOUR – KENTENICH, *Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung*, 35.

²²⁶ Vgl. BERNAT, Fortpflanzungsmedizingesetz, 275.

²²⁷ Vgl. ebd., 274.

3.6.2. Single-Mom by Choice

In den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, insbesondere in den 1970er Jahren, gab es eine zunehmende öffentliche Diskussion über alleinstehende Frauen, die nach einer Scheidung oder durch Samenspende Kinder großziehen. Diese Entwicklung spiegelte den gesellschaftlichen Wandel wider, der eine größere Akzeptanz für verschiedene Familienstrukturen und die Stärkung der reproduktiven Autonomie von Frauen beinhaltete. Der Einfluss der feministischen Bewegung, rechtliche Veränderungen, wie die Legalisierung der Scheidung, und Fortschritte in der Reproduktionstechnologie trugen dazu bei, dass nicht-traditionelle Familienmodelle zunehmend anerkannt wurden. Soziale Medien boten Plattformen, auf denen Menschen ihre Erfahrungen teilen und über diese Themen diskutieren konnten. Die Darstellung von *Single Mothers* in den Medien, insbesondere von Frauen, die sich bewusst für die Mutterschaft entscheiden, hat sich seit den 1960er Jahren verändert. Damals begann das Fernsehen, die Vielfalt von Familienstrukturen zu zeigen, was zu einer inklusiveren Darstellung führte. Diese Entwicklung ist Teil eines größeren Trends, der darauf abzielt, unterschiedliche Familienkonstellationen anzuerkennen. Im Laufe der Zeit hat sich das traditionelle Bild der Kernfamilie erweitert und umfasst nun auch alternative Formen der Elternschaft, bei denen die traditionellen Rollen von Mutter und Vater neu definiert werden.²²⁸

Lesbische Frauen, die sich für Samenspende entscheiden, beabsichtigen in der Regel, das Kind gemeinsam mit ihrer Partnerin, der „sozialen Mutter“, großzuziehen²²⁹. Während viele lesbische Frauen in einer stabilen Partnerschaft leben und gemeinsam die Erziehung übernehmen, steht bei *Single Mothers* die alleinige Verantwortung für das Kind im Vordergrund²³⁰. Dies können mehr Belastung und Stress sowohl für die Mutter als auch das Kind bedeuten. Außerdem wachsen Kinder in lesbischen Familien mit zwei Elternfiguren auf, während Kinder von *Single Mothers* oft nur eine Bezugsperson haben. In der psychologischen Entwicklung von Kindern spielt die Anwesenheit eines zweiten Elternteils eine wichtige Rolle. Die Frage ist, ob dieser zweite Elternteil notwendigerweise männlich sein muss oder ob auch die Partnerin der Mutter als „soziale Mutter“ diese Rolle übernehmen kann. Während einige Theorien betonen, dass die Männlichkeit des Vaters wichtig sei, um dem

²²⁸ Vgl. Roberta RIZZO, Single-Parenting Portrayal: The Discursive Construction of Solo Moms “by Choice” in Entertainment Media, in: *De Genere - Rivista Di Studi Letterari, Postcoloniali E Di Genere* 10 (2024), 99–120, abrufbar unter: <https://degenere-journal.it/index.php/degenere/article/view/203> [Zugriff am 22. Oktober 2024].

²²⁹ Vgl. BREWAEYS – DUFOUR – KENTENICH, *Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung*, 36.

²³⁰ Vgl. ebd., 35.

Kind bei der Entwicklung einer eigenständigen Identität zu helfen, argumentieren andere, dass das Geschlecht des zweiten Elternteils keinen Unterschied für den Prozess der Individuation und Trennung von der Mutter macht.²³¹

Insbesondere das Phänomen der *Single Mothers* hat an Bedeutung gewonnen. Diese Frauen entscheiden sich bewusst für eine Mutterschaft, im Gegensatz zu Frauen, die durch unvorhergesehene Umstände wie Trennungen oder ungeplante Schwangerschaften alleinerziehend werden. Dieser bewusste Ansatz der Mutterschaft hebt sich von den allgemeinen Trends nicht-ehelicher Geburten ab und stellt die Resilienz und Stärke dieser Frauen in den Vordergrund. Trotz der zunehmenden Sichtbarkeit von *Single Mothers* sind diese Familienmodelle nach wie vor seltener, vor allem im Vergleich zu ungewollt alleinerziehenden Müttern, die oft mit sozioökonomischen Herausforderungen konfrontiert sind. Der Begriff *Single Mothers* entstand erstmals 1981, als die Psychotherapeutin Jane Mattes eine Organisation gründete, um Frauen, die diesen Weg der Mutterschaft einschlagen, zu unterstützen. Seit den frühen 2000er Jahren hat das Phänomen durch Studien und Bücher von Autor*innen wie Rosanna Hertz und Mikki Morrissette mehr Aufmerksamkeit erhalten. Durch die wachsende Verfügbarkeit von Samenspendern und Fruchtbarkeitskliniken haben sich die Möglichkeiten für Frauen, sich bewusst für eine Mutterschaft ohne Partner zu entscheiden, weiter verbessert. Die Darstellung dieser Familien in Filmen, Serien und Dokumentationen spiegelt diesen gesellschaftlichen Wandel wider und trägt dazu bei, das Verständnis für verschiedene Familienformen zu erweitern.²³²

3.7. Zusammenfassung: Zentrale ethische Problemlagen in der Reproduktionsmedizin

Eine systematische Übersicht der diskutierten Themen aus Kapitel 3 verdeutlicht die Komplexität der ethischen Auseinandersetzung:

²³¹ Vgl. ebd.

²³² Vgl. RIZZO, *Single-Parenting Portrayal*, 100.

Ethisches Problemfeld	Zentrale Fragen	Bewertung	Verweise
Erfolgsversprechen und Erwartungsdruck	<i>Werden unrealistische Hoffnungen geweckt? Wie werden Misserfolge verarbeitet?</i>	Ethisch problematisch, wenn Paare in einen Machbarkeitszog gezogen werden	Kapitel 3.1.1: Chancen und Grenzen für Betroffene; Kapitel 3.5: Ein unerfüllter Kinderwunsch und dessen Folgen
Technologischer Fortschritt	<i>Sollte alles, was technisch möglich ist, auch tatsächlich umgesetzt werden</i>	Nur im Rahmen ethischer Grenzen	Kapitel 3.1.1: Chancen und Grenzen für Betroffene
Reproduktion vs. Natürlichkeit	<i>Ist „natürlich“ ein ethischer Maßstab?</i>	Umstritten, teilweise problematisch	Kapitel 3.1.2: Verantwortungsethik anstatt Machbarkeit
Autonomie der Betroffenen	<i>Gibt es ein Recht auf ein Kind?</i>	Autonomie als Schutzrecht jedoch besteht kein Anspruch auf Kind	Kapitel 3.2: Reproductive Autonomie
Status des Embryos	<i>Wann beginnt menschliches Leben bzw. Personsein? Ab wann gilt das Lebensrecht?</i>	Uneinigkeit; verschiedene Zeitpunkte; Spannungsfeld zwischen biologischen und ethischen Kriterien	Kapitel 3.3.2: Produktion und Lagerung von Embryonen
Kryokonservierung und Lagerung	<i>Ist es ethisch vertretbar, Embryonen einzufrieren? Was geschieht mit überzähligen Embryonen?</i>	Risiko und Vernichtung einkalkuliert, ethisch fragwürdig bei Anerkennung als Mensch	Kapitel 3.3.2: Produktion und Lagerung von Embryonen
Produktion auf Vorrat	<i>Ist das bewusste Erzeugen überschüssiger Embryonen gerechtfertigt?</i>	Widerspricht Menschenwürde, wenn Leben von vornherein als „verfügbar“ geplant wird	Kapitel 3.3.2: Produktion und Lagerung von Embryonen
Besitz- und Entscheidungsrechte	<i>Wer entscheidet über Embryonen bei Trennung, Tod, Meinungsverschiedenheiten?</i>	Rechtlich ungeklärt; ethisch konfliktgeladen, wenn „Besitzlogik“ auf	Kapitel 3.3.2: Produktion und Lagerung von Embryonen

Ethisches Problemfeld	Zentrale Fragen	Bewertung	Verweise
		menschliches Leben angewendet wird	
PID und Selektion	<i>Darfnach genetischen Kriterien ausgewählt werden? Ist das moralisch legitim ohne therapeutisches Ziel?</i>	PID = Selektion statt Therapie, ethisch umstritten, Gefahr von „Qualitätsdenken“	Kapitel 3.3.3: Internationale Unterschiede und Forschungsethik
Selektiver Fetoizid	<i>Darf ein Embryo geopfert werden, um andere zu retten?</i>	Ethisch hochproblematisch, auch bei medizinischer Indikation; psychisch belastend	Kapitel 3.3.3: Internationale Unterschiede und Forschungsethik
Psychische und physische Belastung der Frau	<i>Wie stark ist die körperliche und emotionale Belastung im IVF-Prozess? Wie informiert sind Paare bei der Zustimmung zu einer Behandlung?</i>	Hohes Belastungspotenzial; medizinischer Erfolg geht oft zulasten des Wohlbefindens der Frau; unzureichende Aufklärung über mögliche Risiken	Kapitel 3.4.1: Medizinische und Psychologische Problemfelder
Mehrlingsschwangerschaften	<i>Wird eine hohe Embryonenzahl bewusst eingesetzt, um Erfolg zu maximieren? Welche Risiken entstehen für Mutter und Kinder?</i>	Medizinisch riskant, ethisch fragwürdig bei bewusster Inkaufnahme der Risiken	Kapitel 3.4.1: Medizinische und Psychologische Problemfelder; Kapitel 3.3.2: Produktion und Lagerung von Embryonen

Tabelle 6: Systematische Auflistung ethischer Herausforderungen der Reproduktionsmedizin. Quelle: Eigene Darstellung

4. Theoretischer Rahmen – Theologisch-ethische Positionen

In einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den ethischen Überlegungen zur Reproduktionsmedizin ist es unerlässlich, die Frage nach moralischen Implikationen dieser Technologien zu stellen. Nachdem die Rahmenbedingungen für eine Anwendung der Reproduktionsmedizin im Kapitel 2 analysiert wurden, sowie ethische Überlegungen sowie Herausforderungen der Reproduktionsmedizin im Kapitel 3 erklärt wurde, rücken im Kapitel 4 theologisch-ethischen Fragestellungen in den Vordergrund: *Inwieweit ist es gerechtfertigt, medizinische Methoden zur Erfüllung des Kinderwunsches einzusetzen? Welche Position nimmt die katholische Kirche zur Reproduktionsmedizin und dem Umgang mit Embryonen ein?* Ausgangspunkt ist die Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung, die nicht nur medizinische, sondern auch tiefgreifende moralische und weltanschauliche Fragen aufwirft. Im Zentrum steht zunächst die Haltung der katholischen Kirche zu Fragen der Fortpflanzung, insbesondere anhand der beiden lehramtlichen Dokumente *Donum Vitae* (1987) und *Evangelium Vitae* (1995), die die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens betonen. Daran anschließend wird die kirchliche Position zu Reproduktionstechnologien kritisch diskutiert. Hier kommen verschiedene theologische Stimmen zu Wort, die sowohl kritische Einwände gegen das kirchliche Lehramt als auch konstruktive Weiterentwicklungen formulieren. Die Beiträge von Sigrid Müller, Eberhard Schockenhoff, Josef Römelt und Angelika Walser eröffnen einen differenzierten theologisch-ethischen Diskurs, der deutlich macht, wie vielfältig die Auseinandersetzung mit Fragen von Autonomie, Verantwortung und menschlicher Würde im Kontext der Reproduktionsmedizin innerhalb der Theologie geführt wird.

4.1. Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung

„Ethik ist Anlaß zur Nachdenklichkeit, wie wir unser Wollen klären, damit wir nicht nachher sagen: Das haben wir nicht gewollt! Denn was wir tun sollen, muß unser Wollen werden – sonst hat die Ethik keine Chance.“²³³

²³³ DIETMAR MIETH, *Was wollen wir können?*, V.

Ethik als wissenschaftliche Disziplin hinterfragt nicht nur bestehende Handlungsweisen, sondern sucht nach normativen Grundlagen für das Handeln. Dabei geht es nicht nur um das, was möglich ist, sondern um das, was moralisch geboten oder zulässig sein sollte. Ethik analysiert Handlungen auf ihre moralische Richtigkeit hin und sucht nach einem Ideal, das sich nicht allein an subjektivem Wohlbefinden, sondern an objektiven Kriterien orientiert. Die Forderung nach Verantwortung in der Ethik bedeutet, dass auch subjektive und unsichtbare Aspekte moralischer Handlungen ernst genommen werden müssen. In der Reproduktionsmedizin wird diese Verantwortung besonders relevant, da hier Fragen über die Grenze zwischen Machbarem und moralisch Akzeptablem entstehen. Die Verfahren greifen tief in das menschliche Leben und die soziale Struktur ein und verlangen eine differenzierte ethische Reflexion, die auch kulturelle und normative Unterschiede berücksichtigt. Die Ethik fordert daher eine kritische Auseinandersetzung über das bloß Machbare hinaus und verlangt eine klare Stellungnahme zur Frage, welche Grenzen in der modernen Reproduktionsmedizin notwendig sind, um die Würde und Integrität aller Beteiligten zu wahren.²³⁴

Die Ethik der Reproduktionsmedizin führt auf zwei unterschiedliche philosophische Traditionen zurück: Einerseits die kantische Ethik, die universelle Normen und Regeln für alle Menschen sucht, und andererseits die aristotelische Tradition, die sich auf das gute Leben konzentriert. Beide Ansätze sind in ethischen Diskussionen zur Reproduktionsmedizin vertreten und beeinflussen die Argumentationen. Ein zentrales ethisches Problem der Reproduktionsmedizin ist, dass sie erstmals in der Geschichte die Kontrolle über menschliches Leben buchstäblich in die Hand der Menschen legt. Während das menschliche Leben bisher in der Gebärmutter geschützt und unangetastet heranreifen konnte, wird es nun in den Händen von Medizin, Forschung und Gesellschaft entwickelt und verwaltet. Diese Kontrolle bringt eine immense Verantwortung mit sich, da nun Fragen aufkommen, was erlaubt ist und wo ethische Grenzen des Machbaren liegen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Reproduktionsmedizin variieren weltweit und spiegeln kulturelle und gesellschaftliche Unterschiede wider. Diese Rahmenbedingungen sind jedoch nur ein Teil der Überlegungen, denn die ethischen Fragen erfordern ein tiefes Nachdenken über die Grenzen und Verantwortung der technologischen Eingriffe in das menschliche Leben.²³⁵

²³⁴ Vgl. WALSER, *Ein Kind um jeden Preis*, 40f.

²³⁵ Vgl. ebd., 41.

Jede Entscheidung sollte nicht nur auf individueller Ebene getroffen werden, sondern auch die gesellschaftliche Entwicklung und deren Folgen reflektieren. Die Ethik stellt Fragen nach dem „richtigen“ Handeln und hinterfragt den bloßen Fortschritt kritisch. Angelika Walser betont, dass Reproduktionsmedizin kein Heilmittel für Kinderlosigkeit ist, sondern vielmehr ein technisches Mittel, das soziale Erwartungen und individuelle Wünsche erfüllen soll. Dies eröffnet die ethische Debatte zwischen dem Recht der Betroffenen auf reproduktive Autonomie und der Verantwortung gegenüber dem Wohl des zukünftigen Kindes. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung einer ganzheitlichen kulturellen Kompetenz im Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit gefordert, die Alternativen zur technisierten Fortpflanzung aufzeigt und die psychologischen und sozialen Folgen für die Betroffenen berücksichtigt.²³⁶

In unserer Gesellschaft, in der Sexualität, Zeugung und Fortpflanzung zunehmend getrennt betrachtet werden, ist die künstliche Befruchtung zu einer anerkannten, staatlich unterstützten²³⁷ Option geworden. Dabei geht jedoch oft das Bewusstsein für die ethischen Fragen dahinter verloren. Die Voraussetzung für den Einsatz von reproduktionsmedizinischen Verfahren wie der künstlichen Befruchtung ist, dass ungewollte Kinderlosigkeit als medizinisches Problem definiert wird. Diese Definition ist kritisch zu überdenken. Zwar können biologische Ursachen einer Behandlung bedürfen, doch Kinderlosigkeit an sich stellt keine Krankheit dar, die geheilt werden muss.²³⁸

Die Bioethikethikerin Susanne Kummer beschreibt die In-vitro-Fertilisation (IVF) als einen Prozess, der zu einer Entfremdung der natürlichen Zeugung führe, da der intime Vorgang der Empfängnis in den technischen Rahmen eines Labors verlegt wird. Denn die Zeugung erfolgt in kontrollierter Umgebung, unter Mikroskop und Temperaturregulation, aufgeteilt in Einzelprozesse, die von einem Team aus Fachleuten überwacht werden. Das Paar wird dabei zu einer Quelle von „genetischem Material“, während die Subjekthaftigkeit der Eltern und des Kindes in den Hintergrund tritt. Dies wandelt das Kind zunehmend von einem geliebten Individuum zu einem „Produkt“ im Sinne eines herstellbaren und kontrollierbaren Objekts, dessen „Qualität“ überprüft und bei Bedarf verworfen werden kann. Diese „Produktlogik“ birgt auch ethische Risiken, da sie die Bindung und bedingungslose Akzeptanz

²³⁶ Vgl. ebd., 42f.

²³⁷ Siehe Kapitel 2.1.2. (Medizinische) Indikationen für Reproduktionsmedizin

²³⁸ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 207f.

in der Eltern-Kind-Beziehung schwächt. Der Philosoph Jürgen Habermas und Sozialethiker Manfred Spieker kritisieren diese Entwicklung, da sie die Menschenwürde des Kindes infrage stellt.²³⁹

4.2. Theologische Perspektiven auf Fortpflanzung und Familie

4.2.1. Stellungnahmen der katholischen Kirche – Ein Überblick

Die katholische Kirche hat in den vergangenen Jahrzehnten mehrere bedeutende Dokumente veröffentlicht, die sich mit In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Fortpflanzungsmedizin im Allgemeinen befassen. Darunter fallen die Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae* (1987), welche über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung instruiert sowie die Enzyklika von Papst Johannes Paul II. *Evangelium Vitae* (1995), welche den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens umfassend beschreibt.²⁴⁰ Die Inhalte der Instruktion *Donum vitae* wurden inzwischen in dem *Katechismus der Katholischen Kirche* (1992) sowie in der Enzyklika *Evangelium Vitae* vollständig bestätigt und übernommen.²⁴¹ Während *Donum Vitae* sich auf die ethische Bewertung der künstlichen Befruchtung und den Schutz des Embryos konzentriert, behandelt *Evangelium Vitae* umfassender den Schutz des menschlichen Lebens, von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod. Beide betonen die unveräußerliche Würde des Menschen und lehnen Praktiken wie Abtreibung, Euthanasie und embryonale Forschung ab. *Evangelium Vitae* erweitert die Argumente von *Donum Vitae*, indem es die „Kultur des Lebens“ gegenüber einer „Kultur des Todes“ stellt. Die folgenden Abschnitte geben einen kurzen Überblick über diese kirchlichen Positionen sowie deren ethische Begründung und Ursprung.

Der Ausgangspunkt der kirchlichen Lehre ist die Schöpfungserzählung im Buch Genesis, in der festgelegt wird, dass der Mensch nach dem Bilde Gottes erschaffen sei²⁴². Diese Idee wird in den Dokumenten des Lehramtes wiederholt betont. So hebt *Donum Vitae* hervor,

²³⁹ Vgl. KUMMER, *Ein Kind um jeden Preis?*, 208ff.

²⁴⁰ Vgl. „Suchergebnisse zu Instruktionen zur Fortpflanzung“, auf: Vatican.va, abrufbar unter: <https://www.vatican.va/content/vatican/de/search.html?q=Instruktionen%20zur%20Fortpflanzung&from=&to=&in=all&sorting=relevance> [Zugriff am 4. Dezember 2024].

²⁴¹ Marta BERTOLASO – Chiara GAUDINO, Leben aus dem Labor, in: *Imago Hominis* 14 (2007) 2, 110–112, abrufbar unter: <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-2/2007-evolution-ii/leben-aus-dem-labor> [Zugriff am 4. Dezember 2024].

²⁴² Gen 1,27 (Einheitsübersetzung 2016).

dass der Mensch als Geschenk Gottes anzusehen sei und von Geburt an, bereits mit der Befruchtung, eine angeborene, unveräußerliche Würde besäße.²⁴³ Der *Katechismus der Katholischen Kirche* (1992) bestätigt diese Lehre explizit, indem er in den Abschnitten 2375 bis 2379 darlegt, dass das menschliche Leben als von Gott eingesetztes Gut zu schützen sei.²⁴⁴

„Das Kind ist nicht etwas Geschuldetes, sondern ein Geschenk. Das „vorzüglichste Geschenk der Ehe“ ist also eine menschliche Person. Das Kind darf nicht als Eigentum angesehen werden, so als könnte man ein „Recht auf das Kind“ beanspruchen. In diesem Bereich besitzt einzig das Kind eigentliche Rechte: „das Recht, die Frucht des spezifischen Aktes der ehelichen Hingabe seiner Eltern zu sein“ und das Recht, „vom ersten Augenblick seiner Empfängnis an als Person geachtet zu werden“.“²⁴⁵

Ein zentraler Aspekt der kirchlichen Ethik ist der personalistische Menschenbegriff, der den Menschen als unteilbares Wesen aus Körper und Seele versteht. Dieses Verständnis wird in *Donum Vitae* deutlich, wo betont wird, dass der Mensch in seiner Gesamtheit, als „*corpore et anima unus*“, zu achten ist.²⁴⁶ Die Identität und Würde des Menschen manifestieren sich demnach bereits im frühesten Stadium der Entwicklung, demnach bereits in der Zygote. Diese Sichtweise wird auch im *Katechismus der Katholischen Kirche* verankert, wo in Abschnitt 2378 explizit dargelegt wird, dass das Recht auf Leben bereits vom Zeitpunkt der Befruchtung an gilt.²⁴⁷ Die Zeugung eines Menschen sollte in den Augen der Kirche stets im Rahmen einer persönlichen, liebevollen Hingabe innerhalb der Ehe stattfinden und nicht durch technisierte Verfahren herbeigeführt werden²⁴⁸.

Die Katholische Kirche betrachtet demnach alle Formen der künstlichen Befruchtung, die nicht aus dem natürlichen Zeugungsprozess zwischen Eheleuten entstehen, als moralisch unzulässig. Die Kirche argumentiert, dass menschliches Leben als „Frucht der ehelichen Liebe“ entstehen soll und sieht diese Einheit von liebender Vereinigung und Fortpflanzung als unauflöslich an, wie auch in der Enzyklika *Humanae vitae* betont wird. Zusätzlich zur Ablehnung von IVF aufgrund der Trennung von Liebe und Fortpflanzung äußert die Kirche

²⁴³ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae: Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung*, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* 74, Bonn 1987, S. 15-18.

²⁴⁴ Vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*, 2. Auflage, Vatikanstadt 1997.

²⁴⁵ *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2378.

²⁴⁶ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 10.

²⁴⁷ Vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*, Nr. 2378.

²⁴⁸ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 10f.

Besorgnis über die ethischen Implikationen der technologischen Kontrolle über den Beginn des Lebens. Wenn die Entstehung menschlichen Lebens durch medizinische Techniken manipuliert wird, entsteht laut Kirche eine „Herrschaft der Technik“ über das Leben, was die Würde und das Recht des Embryos gefährden könnte. Außerdem vertritt die Kirche die Ansicht, dass die Existenz eines Kindes ein „Geschenk“ ist und dass es kein einklagbares Recht auf ein Kind gibt, das ungewollt kinderlose Paare durch die Inanspruchnahme von IVF beanspruchen könnten.²⁴⁹

Diese Argumentation wird in den folgenden Unterkapiteln vertieft, indem die zentralen Dokumente *Donum Vitae* und *Evangelium Vitae* detailliert analysiert werden.

4.2.2. "Donum Vitae" (1987) - Über das Geschenk des Lebens

„Das Geschenk des Lebens, das Gott als Schöpfer und Vater dem Menschen anvertraut hat, verlangt von diesem, sich des unschätzbaren Wertes solchen Lebens bewußt zu werden und die Verantwortung dafür zu übernehmen.“²⁵⁰

Das Dokument *Donum vitae* (1987) ist eine der zentralen kirchlichen Verlautbarungen zur Reproduktionsmedizin und bioethischen Fragestellungen. Es wurde herausgegeben von der Kongregation für die Glaubenslehre unter Kardinal Joseph Ratzinger und behandelt spezifische Aspekte der künstlichen Befruchtung und des Schutzes des menschlichen Lebens in seinen frühesten Phasen. In den 1980er Jahren standen Wissenschaft und Gesellschaft vor neuen medizinischen Möglichkeiten, insbesondere durch die Entwicklung der In-vitro-Fertilisation (IVF). Die katholische Kirche sah sich verpflichtet, eine klare Position zu formulieren, um ihren Gläubigen Orientierung zu bieten.²⁵¹

Zunächst werden in *Donum Vitae* die theologischen und anthropologischen Prinzipien erläutert, die die Grundlage der kirchlichen Position bilden. Dies schafft eine Argumentationsbasis für die moralischen Bewertungen der assistierten Reproduktionstechniken. Der erste Abschnitt befasst sich mit der Würde und dem Schutz des menschlichen Lebens von der

²⁴⁹ Vgl. MARSCHÜTZ, Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, 10f.

²⁵⁰ Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae: Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung*, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.), Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 74, Bonn 1987, 7.

²⁵¹ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 8.

Empfängnis an. Der zweite Abschnitt behandelt die ethischen Fragen, die durch technische Eingriffe in den Prozess der menschlichen Fortpflanzung entstehen. Im dritten Abschnitt werden Richtlinien zur Beziehung zwischen moralischen Prinzipien und staatlichen Gesetzen erörtert, insbesondere im Hinblick auf den rechtlichen Umgang mit menschlichen Embryonen und Föten sowie die ethische Bewertung künstlicher Fortpflanzungsmethoden.²⁵²

Die katholische Kirche vertritt die Ansicht, dass kein technischer Fortschritt rechtfertigen könnte, dass Embryonen als bloßes biologisches Material behandelt oder bewusst zerstört werden. Hinsichtlich der Achtung vor dem menschlichen Embryo betont sie, dass der menschliche Embryo vom ersten Moment seiner Existenz an als Person zu respektieren ist. Diese Position gründet sich auf die Überzeugung, dass das Leben mit der Befruchtung beginnt und der Embryo somit eine unantastbare Würde besitzt. Diese Auffassung wird durch das Zweite Vatikanische Konzil²⁵³ (1962-1965) bestätigt. Das Konzil hebt hervor, dass menschliches Leben von der Empfängnis an geschützt werden und jede Form der Abtreibung oder der Tötung des ungeborenen Kindes als schwerwiegendes moralisches Vergehen betrachtet werden muss.²⁵⁴

„Die in vitro gezeugten Embryonen sind menschliche Wesen und Rechtssubjekte: Ihre Würde und ihr Recht auf Leben müssen schon vom ersten Augenblick ihrer Existenz an geachtet werden. Es ist unmoralisch, menschliche Embryonen zum Zweck der Verwertung als frei verfügbares „biologisches Material“ herzustellen.“²⁵⁵

Ein zentrales Problem der künstlichen Befruchtung aus katholischer Sicht ist der Umgang mit Embryonen. Da bei der IVF häufig mehrere Eizellen befruchtet werden, um die Erfolgsquote zu erhöhen, kommt es zur Erzeugung sogenannter „überzähliger Embryonen“, die entweder eingefroren oder vernichtet werden. Dies stellt nach kirchlicher Lehre eine Verletzung der Würde des Embryos dar, da jeder Embryo als menschliches Wesen mit unveräußerlichem Recht auf Leben betrachtet wird. Die gezielte Zerstörung oder Nutzung für Forschungszwecke wird daher als moralisch unzulässig angesehen.²⁵⁶ Besonders umstritten ist

²⁵² Vgl. ebd., 5.

²⁵³ Vgl. Zweites Vatikanisches Konzil, *Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute – Gaudium et spes*, Nr. 16, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hgg.), *Die pastoralen Konstitutionen und Dekrete*, Bonn 1966.

²⁵⁴ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 14ff.

²⁵⁵ Ebd., 20.

²⁵⁶ Vgl. ebd., 23ff.

hierbei die Kryokonservierung²⁵⁷ von Embryonen. Während diese Methode als medizinischer Fortschritt betrachtet wird, um das Verwerfen von Embryonen zu verhindern, argumentiert die katholische Kirche, dass sie den Embryo in eine unnatürliche Situation versetzt, ihn von der Gebärmutter trennt und ihn Risiken aussetzt, die sein Überleben gefährden.²⁵⁸

Ähnlich kritisch wird die vorgeburtliche Diagnostik²⁵⁹ beurteilt. Sie kann ethisch vertretbar sein, wenn sie dem Schutz und der Heilung des Kindes dient. Wenn sie jedoch dazu genutzt wird, um eine Abtreibung in Erwägung zu ziehen, falls der Fötus eine Behinderung oder Krankheit aufweist, verstößt sie gegen die moralischen Grundsätze der Kirche. Die Kirche lehnt zudem genetische Manipulationen oder Verfahren wie das Klonen strikt ab, da diese den Menschen zum Objekt technischer Kontrolle machen. Auch Experimente an Embryonen, die nicht ihrer eigenen Heilung dienen, sind moralisch unzulässig, da sie die Würde des ungeborenen Lebens missachten.²⁶⁰

Darüber hinaus betrachtet die katholische Kirche jegliche Form der künstlichen Fortpflanzung kritisch, insbesondere wenn sie die natürliche Zeugung durch die sexuelle Vereinigung von Mann und Frau ersetzt. Die Kirche sieht in der In-vitro-Befruchtung eine Trennung zwischen der Zeugung und dem ehelichen Akt, die als unvereinbar mit der natürlichen Ordnung der Fortpflanzung gilt. Die Befruchtung im Labor führe dazu, dass der Mensch über Leben und Tod von Embryonen entscheide und somit eine „technische Herrschaft“ über den Beginn des Lebens ausübe. Diese Perspektive ist eng mit der Abtreibungsthematik verbunden, da beide Praktiken nach Ansicht der Kirche eine instrumentalisierte Haltung gegenüber menschlichem Leben fördern könnten.²⁶¹

Außerdem ist es wichtig, zwischen heterologer und homologer künstlicher Befruchtung zu unterscheiden. Die heterologe Befruchtung bezieht sich auf Verfahren, bei denen zumindest eine Keimzelle (Eizelle oder Sperma) von einer dritten Person stammt. Dies wird aus mehreren Gründen abgelehnt. Es untergräbt nach kirchlicher Auffassung die Einheit der Ehe, verletzt das Recht des Kindes auf seine biologischen Eltern und kann Identitätsprobleme beim Kind verursachen.²⁶² Die homologe künstliche Befruchtung, bei der nur die Keimzellen

²⁵⁷ Siehe Kapitel 2.2.4 Kryokonservierung

²⁵⁸ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 22.

²⁵⁹ Siehe Kapitel 2.2.5. Präimplantationsdiagnostik (PID)

²⁶⁰ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 16ff.

²⁶¹ Vgl. ebd.

²⁶² Vgl. ebd., 25ff.

der Ehepartner verwendet werden, wird ebenfalls kritisch betrachtet. Obwohl hier die Abstammung innerhalb der Ehe bleibt, sieht die Kirche auch in diesem Fall eine unnatürliche Trennung zwischen dem Zeugungsakt und der Empfängnis, die nicht mit der personalistischen Ethik der Ehe vereinbar sei. Neben den bioethischen Implikationen betont die katholische Lehre auch die gesellschaftlichen Konsequenzen künstlicher Befruchtung. Sie sieht darin eine potenzielle Gefährdung der Familie als grundlegende Einheit der Gesellschaft, insbesondere wenn durch anonyme Samenspenden oder Eizellspenden die biologischen Eltern nicht eindeutig zuzuordnen sind. Dies könnte zu Konflikten hinsichtlich der elterlichen Verantwortung und zur Fragmentierung der elterlichen Identität führen.²⁶³

Auch wenn viele Ehepaare mit unerfülltem Kinderwunsch diese Methoden als einzige Möglichkeit zur Elternschaft betrachten, bleibt aus kirchlicher Sicht das grundlegende ethische Problem bestehen: Die künstliche Befruchtung ersetzt den natürlichen Zeugungsakt und verändert damit die natürliche Ordnung der Fortpflanzung. Eine künstliche Befruchtung kann nur dann moralisch vertretbar sein, wenn sie den ehelichen Akt unterstützt, anstatt ihn zu ersetzen.²⁶⁴

Die katholische Kirche betont außerdem, dass das Recht auf Leben, die Würde der Familie und die Bedeutung der Ehe unverzichtbare moralische Grundwerte sind. Der rasche Fortschritt in der Biomedizin erfordert klare gesetzliche Regelungen, um Missbrauch und ethisch problematische Entwicklungen zu verhindern. Ein unkontrollierter Einsatz künstlicher Fortpflanzungstechniken könnte zu genetischer Selektion, Diskriminierung oder Kommerzialisierung des Lebens führen. Daher fordert die katholische Kirche, dass der Staat den Schutz unveräußerlicher Menschenrechte, insbesondere das Recht auf Leben, durch klare gesetzliche Regelungen gewährleistet.²⁶⁵

Donum vitae bietet eine ethische Perspektive auf den Umgang mit Leben und Technologie. Es hat die kirchliche Position zur Reproduktionsmedizin nachhaltig geprägt und zu einer breiten Debatte über die moralische Vertretbarkeit von Technologien in diesem Bereich geführt. Seine Relevanz zeigt sich besonders in seiner Bezugnahme in späteren kirchlichen Dokumenten wie *Evangelium Vitae*.

²⁶³ Vgl. Kongregation für die Glaubenslehre, *Donum Vitae*, 25ff.

²⁶⁴ Vgl. ebd., 35f.

²⁶⁵ Vgl. ebd., 37ff.

4.2.3. "Evangelium Vitae" (1995) - Unantastbarkeit des menschlichen Lebens

Die Enzyklika *Evangelium vitae* von Papst Johannes Paul II., wurde am 25. März 1995 veröffentlicht und behandelt den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Sie ist eine zentrale Stellungnahme der katholischen Kirche zu bioethischen Themen. Im Fokus der Enzyklika stehen die Bedrohungen des menschlichen Lebens in verschiedenen Stadien, von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod sowie die moralische Verantwortung, das Leben zu schützen.²⁶⁶ *Evangelium Vitae* erweitert die ethischen Prinzipien von *Donum Vitae* und stellt fest, dass es moralisch keinen Unterschied macht, auf welche Weise ein menschliches Leben entsteht, ob durch natürliche Empfängnis oder durch künstliche Befruchtung. In beiden Fällen besitzt das entstehende Leben die gleiche Würde und den gleichen moralischen Schutz.

Evangelium Vitae ist in vier Kapitel unterteilt. Im ersten Kapitel wird der Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens betont, insbesondere im Hinblick auf Bedrohungen wie Abtreibung und Euthanasie. Das zweite Kapitel beleuchtet die christliche Perspektive auf das Leben, indem es Christus als Quelle des Lebens darstellt und die Würde des ungeborenen Kindes hervorhebt. Das dritte Kapitel widmet sich dem Gebot „Du sollst nicht töten“ und verurteilt Abtreibung und Euthanasie als schwerwiegende moralische Vergehen. Abschließend ruft das vierte Kapitel zur Förderung einer Kultur des Lebens auf und betont die gesellschaftliche Verantwortung zum Schutz des menschlichen Lebens.²⁶⁷ Die folgenden Absätze untersuchen die bedeutenden Stellen der Enzyklika für diese Masterarbeit.

Punkt 14 der Enzyklika betont, dass moderne Techniken der künstlichen Befruchtung oft als Fortschritt betrachtet werden, der Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch helfen soll. Doch aus moralischer Sicht sieht die Kirche in diesen Methoden schwerwiegende Probleme. Zum einen trennen sie die Zeugung von ihrem natürlichen, ganzheitlichen Zusammenhang im ehelichen Akt, was ethisch nicht akzeptabel ist. Zum anderen führen diese Verfahren häufig zu einer hohen Verlustrate von Embryonen: Viele sterben bereits in frühen Entwicklungsstadien oder werden absichtlich in größerer Anzahl erzeugt, als für eine Schwangerschaft

²⁶⁶ Vgl. Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*. Enzyklika über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens, 25. März 1995.

²⁶⁷ Vgl. Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*.

notwendig wäre. Diese sogenannten „überzähligen Embryonen“ werden entweder vernichtet oder für wissenschaftliche Zwecke verwendet, was als Missachtung der menschlichen Würde gewertet wird, da ungeborenes Leben damit zu bloßem biologischem Material degradiert wird. Die pränatale Diagnostik ist nicht grundsätzlich moralisch bedenklich, wenn sie dazu dient, notwendige Behandlungen für das ungeborene Kind zu planen. Allerdings wird sie häufig genutzt, um Schwangerschaftsabbrüche zu empfehlen oder durchzuführen, insbesondere wenn genetische Auffälligkeiten festgestellt werden. Dies fördert eine Haltung, die das Leben nur dann als lebenswert betrachtet, wenn es bestimmten Kriterien entspricht, während Krankheit oder Behinderung abgelehnt werden.²⁶⁸

Punkt 60 der Enzyklika *Evangelium vitae* unterstreicht, dass das ungeborene Kind von Beginn an eine eigenständige menschliche Person ist und daher moralische und rechtliche Schutzrechte besitzt.²⁶⁹

„In Wirklichkeit „beginnt in dem Augenblick, wo das Ei befruchtet wird, ein Leben, das nicht das des Vaters oder der Mutter, sondern eines neuen menschlichen Geschöpfes ist, das sich eigenständig entwickelt. Es wird nie menschlich werden, wenn es das nicht von dem Augenblick an gewesen ist.“²⁷⁰

Sobald eine Eizelle befruchtet wird, entsteht nach dieser Auffassung ein neues Leben, das weder Teil des Körpers der Mutter noch des Vaters ist, sondern ein eigenständiges menschliches Wesen mit einem einzigartigen genetischen Code. Die moderne Genetik bestätigt, dass von diesem Moment an alle wesentlichen Merkmale der zukünftigen Person bereits festgelegt sind. Der Embryo entwickelt sich nicht erst allmählich zum Menschen, er ist es von Anfang an. Obwohl das Vorhandensein einer Geistseele nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden kann, lassen wissenschaftliche Erkenntnisse über die frühe Embryonalentwicklung darauf schließen, dass es sich um ein menschliches Individuum handelt. Und wenn ein menschliches Individuum existiert, stellt sich die Frage, warum es nicht auch als Person anerkannt werden sollte. Da es um eine so grundlegende ethische Frage geht, gilt bereits die bloße Möglichkeit, dass es sich um eine menschliche Person handelt, als hinreichender Grund, jegliche Eingriffe zu verbieten, die den Embryo zerstören könnten. Aus dieser

²⁶⁸ Vgl. ebd., 20f.

²⁶⁹ Vgl. ebd., 74.

²⁷⁰ Ebd.

Achtung folgt, dass jedem ungeborenen Kind von Anfang an grundlegende Menschenrechte zustehen, allen voran das unveräußerliche Recht auf Leben.²⁷¹

Obwohl die Heilige Schrift keine ausdrücklichen Aussagen über absichtliche Abtreibungen enthält, betrachtet sie das ungeborene Leben als schützenswert und unantastbar. Die Bibel beschreibt das Kind im Mutterleib als von Gott geformt und von seiner Fürsorge umgeben²⁷². Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, dass das Gebot „Du sollst nicht töten“ auch für das ungeborene Leben gilt. Seit den ersten Jahrhunderten des Christentums hat sich die Kirche entschieden gegen Abtreibung ausgesprochen. Die frühe christliche Gemeinschaft lehnte sie als moralisch verwerfliche Praxis ab, obwohl sie in der griechisch-römischen Welt weit verbreitet war. Frühchristliche Schriften, wie die *Didaché*, bezeugen diese Ablehnung. Kirchenväter wie Athenagoras und Tertullian erklärten, dass auch das ungeborene Kind bereits unter Gottes Schutz stehe und dass die Verhinderung einer Geburt dem Mord gleichkomme. Selbst philosophische Debatten über den Zeitpunkt der Beseelung führten nie zu einem Zweifel daran, dass Abtreibung moralisch nicht akzeptabel ist.²⁷³

Diese Haltung wurde durch das Zweite Vatikanische Konzil bekräftigt und Abtreibung als schwerwiegendes moralisches Vergehen einstufte. Seit Jahrhunderten sieht das Kirchenrecht Sanktionen für Abtreibung vor, darunter die Exkommunikation. Papst Johannes Paul II. erklärt in *Evangelium Vitae* mit höchster Autorität, dass jede absichtliche Abtreibung eine schwere moralische Verfehlung darstellt, da sie die vorsätzliche Tötung eines unschuldigen Menschen bedeutet.²⁷⁴

Die moralische Verurteilung der Abtreibung erstreckt sich auch auf neue medizinische Verfahren, bei denen Embryonen zerstört werden. Dazu gehören biomedizinische Experimente an Embryonen, die oft unter dem Vorwand wissenschaftlichen Fortschritts durchgeführt werden. Die Kirche lehnt es strikt ab, Embryonen als bloßes biologisches Material zu verwenden oder sie für Organ- oder Gewebetransplantationen zu nutzen. Auch Methoden, bei denen Embryonen absichtlich erzeugt werden, nur um für Forschungszwecke geopfert zu werden, gelten als moralisch unzulässig.²⁷⁵ Die Kirche warnt vor einer „Eugenik-Mentalität“, die das Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen oder genetischen Erkrankungen

²⁷¹ Vgl. Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*, 74.

²⁷² Vgl. Psalm 139,13-16.

²⁷³ Vgl. Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*, 75f.

²⁷⁴ Vgl. ebd., 76.

²⁷⁵ Vgl. ebd., 77.

infrage stellt. Sie sieht darin eine gefährliche Entwicklung, die zur Legitimierung von Kindstötung und Euthanasie führen könnte. Die wahre Würde des Lebens zeigt sich laut der Kirche nicht in körperlicher Perfektion, sondern in der Fähigkeit, auch unter schwierigen Bedingungen wertvolle Erfahrungen zu machen. Familien, die behinderte Kinder annehmen oder durch Adoption Kindern eine Chance geben, stehen für die wahre Bedeutung von Liebe und Annahme.²⁷⁶

4.3. Theologische Perspektiven auf Reproduktionstechnologien – Kritik und konstruktive Ansätze

Die kirchliche Lehre setzt auf das Ideal einer natürlichen, ehelichen Fortpflanzung. Doch die theologischen Positionen von Schockenhoff, Walser und Römelt zeigen, dass sich verantwortliche Elternschaft auch unter Einsatz von Technik realisieren kann, sofern sie im Rahmen von Beziehung, Gewissen und Verantwortung geschieht. Ihre Ansätze helfen, ethische Graubereiche nicht zu verurteilen, sondern differenziert zu reflektieren. Im Folgenden werden daher nicht nur offizielle kirchliche Positionen dargestellt, sondern auch theologische Entwürfe diskutiert, die den Dialog zwischen Lehre und Lebenswelt fördern. Sie ermöglichen eine differenzierte Bewertung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen im Lichte christlicher Ethik.

4.3.1. Ethisch-theologischer Diskurs zur Fortpflanzungsdebatte

Die strikte Ablehnung sowohl der heterologen als auch der homologen künstlichen Befruchtung durch das kirchliche Lehramt wird in theologischen wie auch gesellschaftlichen Debatten zunehmend hinterfragt. Während sich das ethische Problem der heterologen IVF, etwa wegen der Auflösung genetischer und sozialer Elternschaft, in vielen Diskursen als nachvollziehbar darstellt und auch aus rechtlichen Gründen teilweise verboten ist, stößt das generelle Verbot der homologen IVF auf deutlich mehr Unverständnis. Selbst unter der Prämisse, dass medizinische, psychische und soziale Herausforderungen mitbedacht werden, empfinden viele Menschen, ein kategorisches Verbot selbst unter idealen Voraussetzungen als unangemessen.²⁷⁷

²⁷⁶ Vgl. ebd., 78.

²⁷⁷ Vgl. Stephan ERNST, Am Anfang und Ende des Lebens – Grundfragen medizinischer Ethik, Freiburg i. Br. 2020, 288.

Diese Einschätzung teilt auch die Evangelische Kirche in Deutschland (EKD). Zwar lehnt sie, wie die katholische Kirche, die heterologe Befruchtung und Leihmutterschaft aus Gründen der Eheeinheit und des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft ab, beurteilt jedoch die homologe IVF differenzierter. Die EKD hält homologe IVF in Ausnahmefällen für ethisch vertretbar, sofern sie als *ultima ratio*, respektive als letzte Möglichkeit nach anderen Versuchen und nach eingehender ethischer Reflexion, gewählt wird. In dieser Sichtweise kommt ein verantwortungsethischer Zugang zum Ausdruck, der sich vom prinzipienorientierten Denken des katholischen Lehramtes unterscheidet.²⁷⁸

Eine künstliche Zeugung, die den Geschlechtsakt innerhalb der Ehe auflöst, gelte als Verstoß gegen den Schöpfungswillen Gottes. Diese Argumentation wird jedoch von verschiedenen Seiten sowohl theologisch als auch ethisch kritisch hinterfragt. Zum einen lässt sich das kirchliche Verbot nicht überzeugend aus der Offenbarung respektive aus der Heiligen Schrift ableiten. Zum anderen müssen Biblische Normen, wie etwa das Tötungsverbot, stets im Lichte ihrer kulturellen und historischen Kontexte interpretiert werden und lassen sich daher nicht ohne Weiteres auf gegenwärtige bioethische Fragestellungen übertragen. Vielmehr lassen sich aus alttestamentlichen Erzählungen²⁷⁹ Hinweise auf alternative Formen der Familiengründung ableiten.²⁸⁰

Zudem wirft die Argumentation aus schöpfungstheologischer Sicht Probleme auf. Wenn nämlich alles Geschehen in der Welt auf den allgemeinen Schöpfungswillen Gottes zurückzuführen ist, dann lässt sich nicht ohne Weiteres eine bestimmte Handlungsweise, wie etwa die natürliche Zeugung durch Geschlechtsverkehr, als spezifisch gewollter Ausdruck dieses göttlichen Willens hervorheben. Umgekehrt folgt aus dieser Argumentation nicht automatisch das ethische Verbot künstlicher Verfahren. Es müssten vielmehr zusätzliche, rational nachvollziehbare Argumente dafür geliefert werden, warum gerade diese spezifische Handlung als unvereinbar mit dem göttlichen Plan gelten sollte.²⁸¹

Auch aus moralphilosophischer Sicht ist die Argumentation problematisch. Der Schluss, dass aus der natürlichen Verbindung von Sexualität und Fortpflanzung automatisch eine ethische Verpflichtung zur Erhaltung dieses Zusammenhangs folgt, ist als naturalistischer Fehlschluss zu bewerten. Eine Handlung nur deshalb als moralisch gut oder schlecht zu

²⁷⁸ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 288f.

²⁷⁹ Siehe Kapitel 2.2.1 Historische Perspektiven; Unterkapitel Kinderwunsch in der Bibel

²⁸⁰ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 289f.

²⁸¹ Vgl. ebd., 290.

bewerten, weil sie bestimmten natürlichen Abläufen entspricht oder von ihnen abweicht, erkennt den Unterschied zwischen deskriptiven Tatsachen und normativen Bewertungen.²⁸²

Ausgehend von den grundsätzlichen Überlegungen zur moralischen Bewertung von Handlungen, insbesondere im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen physischen und personalen Dimensionen, stellt sich die Frage, ob eine künstliche Befruchtung auch dann ethisch legitim sein kann, wenn sie technisch vom ehelichen Geschlechtsakt getrennt erfolgt. Die Instruktion *Donum vitae* betont, dass die Zeugung eines Kindes Ausdruck, Frucht und Ziel ehelicher Liebe sein müsse. Damit wird ein idealtypischer Zusammenhang zwischen ehelicher Sexualität und Fortpflanzung vorausgesetzt, der eine enge Verbindung von biologischem Akt und personaler Beziehung anstrebt.²⁸³

Allerdings stellt sich die Frage, ob dieser Zusammenhang im Fall eines unerfüllten Kinderwunsches nicht differenzierter betrachtet werden muss. In der konkreten Lebenswirklichkeit vieler Paare ist gerade die Inanspruchnahme von assistierten Reproduktionstechnologien Ausdruck einer tiefen partnerschaftlichen Liebe und eines gemeinsamen, existentiell bedeutsamen Kinderwunsches. Der Verzicht auf medizinische Unterstützung könnte in solchen Fällen zu erheblichen emotionalen Belastungen führen, die das eheliche Band schwächen oder gar auflösen könnten. In dieser Perspektive erscheint die Anwendung von IVF nicht als Ausdruck egoistischer Wunschproduktion, sondern vielmehr als ein Weg, in einer belastenden Situation den Wunsch nach einem Kind in verantwortlicher Weise zu realisieren. Es stellt sich somit die ethische Frage, ob der Grundsatz der physischen Einheit von Sexualität und Fortpflanzung unter allen Umständen aufrechterhalten werden kann, oder ob es Konstellationen gibt, in denen diese Trennung zwar technisch vollzogen wird, jedoch auf moralischer Ebene nicht als willkürlich oder instrumental zu bewerten ist. Insbesondere dann, wenn das durch medizinische Hilfe gezeugte Kind von seinen Eltern als Geschenk des Lebens angenommen und in einer liebevollen Beziehung empfangen wird, ist eine künstliche Befruchtung nicht notwendig als ethisch unzulässig zu werten. In solchen Fällen kann die technische Unterstützung vielmehr als Ermöglichung eines verantworteten elterlichen Handelns gedeutet werden. Die häufig vorgebrachte Kritik, dass der Mensch in diesen Situationen zum

²⁸² Vgl. ebd., 290f.

²⁸³ Vgl. ebd., 291f.

"Produkt" gemacht werde, greift dann zu kurz. Denn nicht die Technik an sich ist problematisch, sondern deren Einsatzweise und die dahinterstehende Intention.²⁸⁴

Zugleich darf jedoch nicht übersehen werden, dass auch assistierte Reproduktionstechniken mit medizinischen, psychischen und sozialen Herausforderungen verbunden sind. Diese erfordern eine umfassende Beratung und Aufklärung der betroffenen Paare. Die Tatsache, dass nicht jede künstliche Befruchtung erfolgreich ist und mitunter neue Belastungen mit sich bringt, macht deutlich, dass diese Methoden nicht leichtfertig eingesetzt werden dürfen. Dennoch müsste aus diesen Risiken kein generelles ethisches Verbot der Reproduktionstechnologie abgeleitet werden.²⁸⁵

Entscheidend ist, dass eine solche Form der Zeugung nicht zur Instrumentalisierung des entstehenden Lebens führt. Problematisch wird es dann, wenn ein Embryo lediglich zur Erfüllung elterlicher Wunschvorstellungen, zu Forschungszwecken oder unter selektiven Bedingungen erzeugt wird, etwa nur dann zur Austragung kommt, wenn er bestimmten genetischen Anforderungen entspricht. In solchen Fällen würde das Kind nicht als Person, sondern als Objekt fremder Interessen behandelt.²⁸⁶

Dadurch ergibt sich eine bedingte Zustimmung vieler katholischer sowie evangelischer Ethiker*innen. So argumentiert Johannes Gründel, dass eine IVF ethisch vertretbar sein kann, wenn sie zwischen Ehepartnern stattfindet, zu Recht motiviert ist und keine Embryonenvernichtung beinhaltet. Diese Ansicht beruht auf der Interpretation, dass das in der Enzyklika *Humanae vitae* erwähnte Prinzip der untrennbaren Verbindung von Liebe und Fortpflanzung zwar wünschenswert, aber nicht zwingend für jeden Akt innerhalb der Ehe erforderlich ist. Stattdessen wird, in Anlehnung an *Gaudium et spes*²⁸⁷ (Nr. 50)²⁸⁸, betont, dass sich diese Verbindung eher auf die Gesamtheit der ehelichen Beziehung bezieht als auf jeden einzelnen Akt. Ein weiterer Ansatz, wie von Dietmar Mieth formuliert, legt den Fokus darauf, dass die beteiligten Personen im Hinblick auf ihre personalen Beziehungen erkennbar bleiben sollten. Diese Sichtweise unterstützt die homologe IVF als eine mögliche Erweiterung der ehelichen Liebe, solange sie als Frucht der Beziehung innerhalb der Ehe betrachtet wird.

²⁸⁴ Vgl. ebd.

²⁸⁵ Vgl. ebd., 292.

²⁸⁶ Vgl. ebd.

²⁸⁷ *Gaudium et spes* - Konzilsdokument das den Bezug der Kirche zur Welt behandelt

²⁸⁸ Vgl. Zweites Vatikanisches Konzil, *Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute – Gaudium et spes*, Nr. 16, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hgg.), *Die pastoralen Konstitutionen und Dekrete*, Bonn 1966.

Ethiker*innen, die diese Position vertreten, lehnen jedoch die heterologe IVF, bei der genetisches Material außerhalb der Ehe verwendet wird, aus ethischen Gründen geschlossen ab.²⁸⁹

Eine künstliche Befruchtung ist ethisch nicht grundsätzlich zu verwerfen, wenn sie aus einer partnerschaftlich getragenen Liebe heraus erfolgt, dem Wohl des Kindes dient und das entstehende Leben mit Achtung und Verantwortung empfangen wird. Nicht die Anwendung technischer Mittel zur Ermöglichung von Elternschaft ist das moralische Problem, sondern jede Form der Nutzung, bei der dem entstehenden Menschen Fürsorge, Anerkennung und Schutz vorenthalten werden.²⁹⁰

4.3.2. *Humane Vitae* und der Diskurs zwischen der Kirche und Gläubigen

In der theologischen Ethik wird heutzutage vielfach anerkannt, dass eine künstliche Befruchtung nicht per se unmoralisch ist, insbesondere dann nicht, wenn sie im Rahmen einer von gegenseitiger Verantwortung getragenen Partnerschaft erfolgt und dem Wohl des entstehenden Kindes verpflichtet bleibt, wie im vorherigen Abschnitt erklärt wurde. Nichtsdestotrotz ist es für ein tieferes Verständnis der Fortpflanzungsdebatte notwendig, auch die historischen Grundlagen der lehramtlichen Argumentation zu reflektieren. Denn die ablehnende Haltung gegenüber assistierten Reproduktionstechnologien im kirchlichen Lehramt speist sich nicht nur aus neueren bioethischen Überlegungen, sondern wurzelt in einer jahrzehntelangen, auf das Naturrecht gegründeten Sexualmoral.²⁹¹

Ein Schlüsseltext in diesem Zusammenhang ist die Enzyklika *Humanae vitae*²⁹², die Papst Paul VI. im Jahr 1968 veröffentlichte. Sie setzt sich zwar nicht mit der künstlichen Befruchtung, sondern mit der Empfängnisverhütung auseinander, markierte jedoch eine bedeutende Zäsur in der kirchlichen Morallehre zur Ehe und Sexualität, indem sie das sogenannte Untrennbarkeitsprinzip lehramtlich verankerte. Eine knappe Analyse dieses Dokuments ist daher unverzichtbar, um den ethisch-theologischen Diskurs über künstliche Befruchtung in

²⁸⁹ Vgl. MARSCHÜTZ, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt*, 11f.

²⁹⁰ Vgl. ERNST, *Am Anfang und Ende des Lebens*, 292f.

²⁹¹ Vgl. Giovanni, SALA, *Die Enzyklika „Humanae vitae“ – ein Plädoyer für die Verantwortung des Menschen*, in: Forum Katholische Theologie 21 (2005), S. 17–35, hier: 17f.

²⁹² Vgl. PAPST PAUL VI., *Humanae vitae*, Enzyklika vom 25. Juli 1968, abrufbar unter: https://www.vatican.va/content/paul-vi/de/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html [Zugriff am: 28. Juli 2025].

seinem historischen Kontext und seiner inneren Logik angemessen zu verstehen.²⁹³ Im Folgenden werden somit die Auswirkungen der Enzyklika *Humanae vitae* auf die Fortpflanzungsdebatte genauer beleuchtet, bevor die moraltheologische Perspektive von Sigrid Müllers dargestellt wird, die das Spannungsverhältnis zwischen dem kirchlichen Lehramt und den gelebten Überzeugungen vieler Christ*innen thematisiert.

Humanae vitae und ihre kontroverse Rezeption – konservative und liberale Positionen

Papst Paul VI. hat mit *Humanae vitae* (1968) nicht nur eine moraltheologische Entscheidung zur Empfängnisverhütung getroffen, sondern dabei das ordentliche und universale Lehramt der Kirche in Anspruch genommen. Damit handelt es sich um eine Lehre, die als endgültig („*definitive tenenda*“) und damit verbindlich für alle Gläubigen gilt, auch wenn sie nicht als dogmatisch geoffenbart („*de fide credenda*“) formuliert wurde.²⁹⁴ Papst Johannes Paul II. hat diese Sichtweise in *Veritatis splendor*²⁹⁵, (1993), Nr. 80²⁹⁶ unterstrichen, indem er die kontrazeptiven Praktiken ausdrücklich zu jenen Handlungen zählte, die „in sich“ (*intrinsece*) sittlich schlecht sind, im Anschluss an die Formulierung von *Humanae vitae* 14. Damit wurde der irreformable Charakter dieser lehramtlichen Aussage nochmals bekräftigt.²⁹⁷

Die Veröffentlichung der Enzyklika *Humanae vitae* im Jahr 1968 stieß auf eine stark polarisierte Resonanz innerhalb der katholischen Kirche. Viele Theolog*innen, die sich bereits im Vorfeld für eine Zulässigkeit künstlicher Empfängnisverhütung ausgesprochen hatten, kritisierten die lehramtliche Entscheidung von Papst Paul VI. scharf. Sie betrachteten *Humanae vitae* als Beleg für die argumentative Schwäche der bisherigen kirchlichen Lehre und forderten eine grundlegende Neuorientierung der moraltheologischen Argumentationsweise.²⁹⁸

²⁹³ Vgl. SALA, *Die Enzyklika „Humanae vitae“*, 17f.

²⁹⁴ Vgl. ebd., 19f.

²⁹⁵ Enzyklika von Papst Johannes Paul II., *Behandelt die Stellung der katholischen Kirche der in der Morallehre.*

²⁹⁶ Vgl. JOHANNES PAUL II., *Veritatis splendor. An alle Bischöfe der Katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre*, in: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hgg.), *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* Nr. 115, Bonn 1993.

²⁹⁷ Vgl. SALA, *Die Enzyklika „Humanae vitae“*, 19ff.

²⁹⁸ Vgl. SALA, *Die Enzyklika „Humanae vitae“*, 21.

Demgegenüber bemühten sich andere katholische Denker*innen, insbesondere Vertreter*innen einer tugendethisch geprägten Naturrechtslehre, um eine rationale, auch nicht glaubensabhängige Begründung der kirchlichen Position. Diese stellen allerdings eine konservative Randposition dar. Ein Versuch stammt von Martin Rhonheimer, der in mehreren Arbeiten die anthropologische und handlungstheoretische Fundierung des Kontrazeptionsverbots systematisch darlegte. Seine Argumentation basiert auf einer differenzierten Analyse menschlicher Handlungen und deren intentionaler Struktur. Rhonheimer zufolge sei jede menschliche Handlung ein bewusster und frei gewollter Akt, der durch das angestrebte Ziel, den sogenannten intentionalen Gegenstand, moralisch geprägt werde. Damit stelle sich nicht erst das Ergebnis einer Handlung, sondern bereits die zugrundeliegende Absicht als ethisch relevant heraus. Eine kontrazeptive Handlung, bei der der prokreative Sinngehalt des ehelichen Aktes absichtlich ausgeschlossen werde, verhindere objektiv die volle personale Ausdruckskraft ehelicher Liebe. Der Sexualakt verliere dabei seine Integrität als Ausdruck gemeinschaftlicher Hingabe im Dienst an neuem Leben und werde auf eine individualistische Triebbefriedigung reduziert.²⁹⁹ Die Enzyklika *Humanae vitae* analysiert das Thema Empfängnisverhütung vor dem Hintergrund verantwortlicher Elternschaft. Sie geht davon aus, dass Ehepaare aus triftigen Gründen auf Kinder verzichten möchten, betont jedoch, dass nicht jedes Mittel zu diesem Ziel legitim ist. Insbesondere wird die absichtliche Ausschaltung der Fortpflanzungsfähigkeit bei einem einzelnen Geschlechtsakt, also die Kontrazeption, als moralisch unzulässig bewertet.³⁰⁰

Kein anderes päpstliches Lehrschreiben hat so langanhaltende und kontroverse Diskussionen ausgelöst wie *Humanae vitae*.³⁰¹

*Die Publikation von Humanae vitae ist auf großes Interesse gestoßen und hat weltweit Echo gefunden. Die Reaktionen reichten von Zustimmung bis hin zu Kritik, Widerspruch und Ablehnung.*³⁰²

Trotz der Bemühungen, insbesondere durch Papst Johannes Paul II., Kritik zu unterdrücken oder durch disziplinarische Maßnahmen eine Zustimmung zur Enzyklika zu erzwingen, blieben grundlegende Meinungsverschiedenheiten über die moralische Bewertung der

²⁹⁹ Vgl. ebd., 22f.

³⁰⁰ Vgl. ebd., 23ff.

³⁰¹ Vgl. Martin M. LINTNER, *Von Humanae vitae bis Amoris laetitia. Die Geschichte einer umstrittenen Lehre*, Innsbruck 2018, S. 4

³⁰² LINTNER, *Von Humanae vitae bis Amoris laetitia*, 38.

Methoden zur Empfängnisregelung bestehen und wirken bis heute nach.³⁰³ Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass durch die Bischofssynoden von 2014 und 2015 sowie mit *Amoris laetitia*³⁰⁴, einem nachsynodalem Schreiben von Papst Franziskus, die jahrzehntelangen Kontroversen entschärft werden konnten.³⁰⁵ Damit werden die normativen Setzungen von *Humanae vitae*, wie sie etwa Rhonheimer anthropologisch und handlungstheoretisch zu begründen versucht, zwar nicht direkt aufgehoben, aber in ihrer Absolutheit relativiert.

„Die wechselvolle Wirkungsgeschichte von *Humanae vitae* kann als Verlängerung des dramatischen Ringens um die richtigen Lösungen für diese Fragen, die das Leben von Ehepartnern und die Wurzel des Lebens auf so sensible und zugleich tiefgreifende Weise berühren, bis in unsere Zeit gedeutet werden.“³⁰⁶

So untersucht Sigrid Müller, Professorin für Moraltheologie an der Universität Wien,^{1^} wie die Enzyklika *Humanae vitae* (1968), nicht nur die kirchliche Sexualmoral beeinflusste, sondern auch weitreichend die bioethischen Positionierungen des kirchlichen Lehramts. Ein zentrales Element dieser Enzyklika ist das sogenannte Untrennbarkeitsprinzip, das Karol Wojtyła³⁰⁷ bereits 1960 in seinem Werk *Liebe und Verantwortung* formulierte. Dieses Prinzip verlangt, dass eheliche Liebe und Offenheit für Fortpflanzung in jedem ehelichen Geschlechtsakt untrennbar miteinander verbunden sein müssen. Es wurde durch die Krakauer Vorbereitungskommission in den finalen Text der Enzyklika eingebracht und avancierte zum normativen Leitgedanken für viele spätere bioethische Lehramtsdokumente, wie *Donum vitae* und *Evangelium vitae*.³⁰⁸

In diesen Verlautbarungen führte das Untrennbarkeitsprinzip dazu, dass die Perspektiven gläubiger Christ*innen und ethisch differenzierte Stimmen kaum mehr kirchlich rezipiert wurden. Beispielsweise formulierten Bischofskonferenzen und pastorale Richtlinien in der Zeit nach der Veröffentlichung von *Humanae vitae* vorsichtige Kritik und forderten eine offenere Auseinandersetzung mit Erfahrungen aus der Lebenswirklichkeit der Gläubigen.³⁰⁹ Obwohl Paul VI. eindringlich um Zustimmung zu seiner Entscheidung in der Enzyklika

³⁰³ Vgl. ebd., 4.

³⁰⁴ Vgl. FRANZISKUS, *Amoris laetitia. Nachsynodales Apostolisches Schreiben über die Liebe in der Familie*, 19. März 2016, in: *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* Nr. 206, Bonn 2016.

³⁰⁵ Vgl. LINTNER, *Von Humanae vitae bis Amoris laetitia*, 5.

³⁰⁶ Ebd., 36.

³⁰⁷ Der spätere Papst Johannes Paul II.

³⁰⁸ Vgl. Sigrid MÜLLER, Konrad HILPERT (Hgg.): *Humanae vitae – die anstößige Enzyklika. Eine kritische Würdigung*, Freiburg i. Br.: Herder, 2018, 147f.

³⁰⁹ Vgl. ebd.

Humanae vitae bat, haben 38 nationale Bischofskonferenzen weltweit eigene Stellungnahmen zur Enzyklika abgegeben³¹⁰. Die Mehrheit dieser Erklärungen würdigte die zentralen Anliegen des Schreibens wohlwollend und hob die Bedeutung der Treue zum kirchlichen Lehramt hervor, dessen Lehren für die Gewissensbildung der Gläubigen von großer Relevanz sind. In den Äußerungen der Bischofskonferenzen lassen sich drei verschiedene Argumentationslinien erkennen.³¹¹

1. *Entwicklung im moralischen Handeln*: Die italienischen Bischöfe betonten, dass sich Gläubige nicht entmutigen lassen sollten, wenn es ihnen schwerfällt, die kirchliche Lehre vollständig umzusetzen. Sie verwiesen auf einen Prozess des moralischen Wachstums, bei dem die Annäherung an das Ideal schrittweise erfolgt.³¹²

2. *Konflikt zwischen moralischen Pflichten*: Die Bischofskonferenzen in Frankreich, Belgien und Kanada stellten heraus, dass es in bestimmten Lebenssituationen zu Konflikten zwischen verschiedenen moralischen Verpflichtungen kommen kann. In solchen Fällen müsse das Gewissen der Eheleute, unter Berücksichtigung der kirchlichen Lehre, eine Entscheidung darüber treffen, welcher Pflicht Vorrang gegeben wird.³¹³

3. *Gewissensfreiheit der Eltern*: Die deutschen und österreichischen Bischöfe legten besonderen Wert auf die verantwortungsvolle Entscheidung der Eltern. Sie betonten, dass eine moralische Abwägung unter Berücksichtigung objektiver Kriterien erforderlich sei. Gleichzeitig müsse sichergestellt werden, dass weder die Würde des Menschen noch das Wesen der Ehe beeinträchtigt werden.³¹⁴

Nichtsdestotrotz distanzierte sich Johannes Paul II. in seinem apostolischen Schreiben *Familiaris consortio* (1981) erneut von der Idee, die moralische Beurteilung stärker an der Mehrheitsmeinung oder gesellschaftlichen Entwicklungen auszurichten. Er betonte, dass das Lehramt die Aufgabe habe, die Ausprägung des Glaubenssinns zu beurteilen und die Gläubigen zu einer reiferen moralischen Unterscheidung zu erziehen, stets im Licht des

³¹⁰ Vgl. Martin M. LINTNER, *Christliche Beziehungsethik. Historische Entwicklungen – biblische Grundlagen – gegenwärtige Perspektiven*, Freiburg: Herder, 2023, 191.

³¹¹ Vgl. LINTNER, *Christliche Beziehungsethik*, 191f.

³¹² Vgl. ebd., 192.

³¹³ Vgl. ebd.

³¹⁴ Vgl. ebd., 192f.

Evangeliums. Damit wurde eine stärker partizipative moralische Urteilsbildung kirchlich relativiert.³¹⁵

Die Enzyklika *Humanae vitae* wurde vom kirchlichen Lehramt nicht nur als wegweisende Stellungnahme zur künstlichen Empfängnisregelung interpretiert, sondern in späteren lehramtlichen Verlautbarungen wie *Donum vitae* (1987), *Evangelium vitae* (1995) und *Dignitas personae* (2008) ausdrücklich als normativer Bezugspunkt bestätigt und ausgebaut.³¹⁶ Vor allem das in *Humanae vitae* zentral gesetzte Untrennbarkeitsprinzip, prägte die Argumentation dieser Texte. Die enge Bindung dieses Prinzips an ein metaphysisch geprägtes Ordnungsdenken wurde in *Donum vitae* zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt, jedoch differenzierter eingeordnet.³¹⁷ So wurde etwa klargestellt, dass „Künstlichkeit“ allein kein moralisches Ausschlusskriterium für Fortpflanzungstechnologien ist. Vielmehr sollen technische Eingriffe an der personalen Würde des Menschen und seiner Rechte gemessen werden. Es erfolgte damit eine wichtige Klärung des Naturbegriffs: Natur ist im moralischen Kontext stets interpretierte Natur. Moralische Normen lassen sich daher nicht direkt aus biologischen Fakten ableiten.³¹⁸

Die Offenheit gegenüber einer differenzierten moralischen Bewertung der homologen IVF wird allerdings eingeschränkt, sobald *Donum vitae* auf das moralische Ideal der vollständigen Einheit von ehelicher Liebe und Fortpflanzung anknüpft, wie es bereits *Humanae vitae* und Papst Pius XII. formulierten. In der Konsequenz wurde auch die homologe IVF abgelehnt, obwohl sie auf den ersten Blick den Kriterien personaler Achtung und ehelicher Exklusivität genügen hätte können.³¹⁹

*„Dennoch wird dieses „Untrennbarkeitsprinzip“ in Donum vitae übernommen und im Kontext der bioethischen Fragen in analoger Weise auf die homologe technisch assistierte Fortpflanzung übertragen, d. h. wenn Samen und Eizelle von dem Paar stammen, das die In-vitro- Fertilisation in Anspruch nimmt.“*³²⁰

Zwar erkennt die Instruktion an, dass die homologe IVF weniger moralische Probleme aufwerfe als heterologe Verfahren, doch bleibt sie der Ansicht, dass auch unter Bedingungen

³¹⁵ Vgl. MÜLLER, *Humanae vitae – die anstößige Enzyklika*, 148f.

³¹⁶ Siehe Kapitel 4.2 Theologische Perspektiven auf Fortpflanzung und Familie

³¹⁷ Vgl. MÜLLER, *Humanae vitae – die anstößige Enzyklika*, 149f.

³¹⁸ Vgl. ebd., 150f.

³¹⁹ Vgl. ebd.

³²⁰ Ebd., 153.

maximaler ethischer Sorgfalt, etwa der Vermeidung überzähliger Embryonen und der Wahrung der Würde des Kindes, die künstliche Zeugung außerhalb des ehelichen Akts mit der Würde der Fortpflanzung unvereinbar sei. Darüber hinaus bestätigt und erweitert *Evangelium vitae* die Lehre von *Humanae vitae*, indem sie sie in den größeren Zusammenhang des Lebensschutzes stellt. Die künstliche Reproduktion wird als Teil einer „Kultur des Todes“ kritisiert, wenn sie das Leben technischer Machbarkeit und menschlicher Verfügung unterwirft.³²¹ Diese Haltung führt zu einer Verengung des moralischen Diskurses, indem sie keine Möglichkeit vorsieht, dass Paare aus einem verantworteten Glaubensverständnis heraus zu einer ethisch vertretbaren Entscheidung für eine medizinisch assistierte Reproduktion gelangen könnten. Die damit verbundene Ablehnung erschwert eine differenzierte innerkirchliche Debatte über Fortpflanzungsethik. Besonders problematisch ist, dass Kinder, die durch IVF gezeugt wurden, zwar offiziell als Geschenk Gottes anerkannt werden, aber gleichzeitig der Makel eines „unerlaubten Ursprungs“ mitschwingt, ein Makel, der früher etwa auch unehelichen Kindern anhaftete. Auf diese Weise trägt die Kirche zur Ausgrenzung von Menschen bei, deren Existenz auf medizinischer Hilfe basiert und schwächt den theologischen Dialog über moderne Reproduktionstechnologien erheblich.³²²

*“So verabschiedete sich eine wichtige Dimension personaler Vollzüge aus dem Dialog zwischen der Kirche und ihren Gläubigen. [...] Die kategorische Position der Kirche hat zur Folge, dass auch die weiteren, sehr bedenkenswerten Überlegungen in den kirchlichen Dokumenten unter Umständen nichtwahrgenommen werden, obwohl diese für eine kritische Auseinandersetzung mit manchen gesellschaftlichen Entwicklungen eine wichtige Stimme darstellen könnten. Zudem wäre eine offene, freie und ehrlich abwägende Diskussion der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Umgangsformen mit Unfruchtbarkeit im Rahmen kirchlichen Nachdenkens und nicht nur des persönlichen Glaubenslebens eine reale Hilfestellung für die betroffenen Paare.“*³²³

³²¹ Vgl. Johannes Paul II., *Evangelium Vitae*, 20f.

³²² Vgl. MÜLLER, *Humanae vitae – die anstößige Enzyklika*, 152ff.

³²³ Ebd., 156f.

4.3.3. Eberhard Schockenhoff: Diskurs zur embryonalen Stammzellforschung

Eberhard Schockenhoff, ein renommierter katholischer Moraltheologe, bezieht in verschiedenen Veröffentlichungen differenziert Stellung zur ethischen Bewertung moderner Reproduktionsmedizin, insbesondere zur In-vitro-Fertilisation (IVF) und zur embryonalen Stammzellforschung. Seine Überlegungen zeigen deutlich, dass sich innerhalb der katholischen Theologie auch Positionen entwickelt haben, die zwar grundlegend an den ethischen Prinzipien der kirchlichen Tradition festhalten, diese jedoch in ihrer Anwendung unter bestimmten Voraussetzungen weiterdenken und modifizieren.

In seiner ethischen Auseinandersetzung mit der embryonalen Stammzellforschung betont Schockenhoff, dass die moralische Beurteilung dieser Technologie maßgeblich von der Art der Zellgewinnung abhängt. Selbst wenn es sich bei den verwendeten Zellen um pluripotente, respektive nicht vollständig entwicklungsfähige, Stammzellen handelt, ändert dies nichts an der Tatsache, dass zur Herstellung der Zelllinien ein Embryo gezielt erzeugt und vernichtet wird. Diese Tötung stellt eine bewusste Instrumentalisierung dar, die aus ethischer Perspektive problematisch bleibt.³²⁴

Möglichkeit totipotenter Zellen und ethische Unsicherheit

Schockenhoff weist zudem darauf hin, dass es, trotz gegenwärtiger Annahmen, nicht völlig ausgeschlossen sei, dass auch später im Forschungsprozess mit totipotenten Zellen gearbeitet werde, respektive mit Zellen, die sich zu vollständigen Menschen entwickeln könnten. Sollte sich diese Möglichkeit bestätigen, erhöhe sich die moralische Brisanz erheblich, da dann nicht nur die Gewinnung, sondern jede weitere Nutzung solcher Zellen zur Zerstörung menschlichen Entwicklungspotenzials führe.³²⁵

³²⁴ Vgl. Eberhard, SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, in: Matthias Kaufmann u.a. (Hrsg.): *Gattungsethik - Schutz für das Menschengeschlecht?* Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Wien [u.a.]: Lang, 2005, S. 343 – 373, hier: 345f.

³²⁵ Vgl. SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, 345ff.

Kritik an abgestuften Schutzkonzepten

Ein zentrales ethisches Problem liegt für Schockenhoff in der Konzeption eines abgestuften Lebensschutzes³²⁶. Der moralische Wert des Embryos werde häufig abhängig gemacht vom Ort seiner Existenz wie beispielsweise der Petrischale oder Gebärmutter, von biologischen Entwicklungsschritten, wie der Hirnreifung oder vom sozialen Kontext, wie der Geburt. Doch alle diese Kriterien seien willkürlich gewählt und widersprüchen dem Gedanken eines einheitlichen menschlichen Lebensbeginns, der sich mit der Konstitution des individuellen Genoms vollziehe.³²⁷

„Diese Vielfalt von divergierenden Antwortmöglichkeiten dokumentiert bereits die Unmöglichkeit, ein nicht-willkürlich gewähltes Differenzierungskriterium anzugeben [...]“³²⁸

Menschenwürde als universales Prinzip

Entscheidend für die Bewertung ist für Schockenhoff die Verbindung von Menschenwürde und Lebensrecht. In Anlehnung an Immanuel Kant vertritt er die These, dass jedem Menschen aufgrund seines „*Mensch-Seins*“, unabhängig von Alter, Entwicklung oder Anerkennung durch Dritte, Würde und Schutz zustehen.³²⁹

„Die Würde des Menschen kann nämlich nur dann als ein realer [...] Begriff gedacht werden, wenn sie jedem menschlichen Individuum allein aufgrund seiner Gattungszugehörigkeit vom Ursprung seiner Existenz an eigen ist.“³³⁰

Diese Auffassung begründet einen umfassenden Schutzanspruch für den Embryo und stellt eine klare ethische Absage an jedes Nutzenkalkül dar, das den Embryo zugunsten therapeutischer oder wissenschaftlicher Zwecke zu einem bloßen Mittel degradiert.³³¹ Schockenhoff vertritt somit in seiner Auseinandersetzung mit der embryonalen Stammzellforschung eine klare Position hinsichtlich des Beginns menschlichen Lebens und dessen moralischer

³²⁶ Siehe Kapitel 3.3.1. Unterschiedliche Zeitpunkte für den Beginn des Lebensrechts

³²⁷ Vgl. SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, 346.

³²⁸ Ebd.

³²⁹ Vgl. ebd., 347

³³⁰ Ebd.

³³¹ Vgl. ebd.

Schutzwürdigkeit. Er argumentiert, dass mit der Konstitution des individuellen Genoms im Zuge der Befruchtung ein neuer Mensch entsteht. Damit beginnt nach seiner Auffassung nicht nur biologisch, sondern auch ethisch das individuelle menschliche Leben.³³² Diese Sichtweise stützt sich auf moderne Erkenntnisse der Entwicklungsbiologie, die zeigen, dass der Embryo von Anfang an über ein vollständiges genetisches Entwicklungspotenzial verfügt. Die Vorstellung, es handle sich lediglich um einen „Zellhaufen“, wird von Schockenhoff daher als wissenschaftlich überholt zurückgewiesen. Er betont, dass die Unterscheidung zwischen biologischen Entwicklungsphasen zwar sinnvoll sei, um Reifungsprozesse zu beschreiben, sich aber nicht für ethische Grenzziehungen eignet.³³³

„Die sprachliche Benennung unterschiedlicher Entwicklungsstadien hat lediglich den Sinn, fließende Übergänge oder neu einsetzende Entwicklungsschübe zu kennzeichnen; auf diese Weise werden „Parameter der Reifungsvorgänge“ festgelegt, nicht aber ein reales Durchschreiten diskreter Entwicklungsstufen zu behaupten.“³³⁴

Der Verweis auf Kant, insbesondere dessen Rechtsphilosophie in der *Metaphysik der Sitten*, stärkt Schockenhoffs Argumentation. Die Eltern stünden ab der Zeugung in der Pflicht, Verantwortung für das entstandene Leben zu übernehmen, da es sich um ein mit Freiheit begabtes Wesen handelt, das nicht als bloßes Objekt behandelt werden dürfe.³³⁵ Auch gegen aktuelle bioethische Ansätze, die den moralischen Status des Embryos von seiner Aufnahme durch die Mutter oder seinem Verwendungszweck abhängig machen, bringt Schockenhoff überzeugende Gegenargumente vor. Für ihn gilt: Der Embryo ist von Beginn an Mensch und Person, unabhängig davon, ob und wie andere ihn anerkennen.³³⁶

Die Anerkennung des Embryos als schutzwürdiges menschliches Leben von Beginn der genetischen Individualität an wird gelegentlich mit dem Vorwurf eines neuen „Biologismus“ konfrontiert. Schockenhoff begegnet dieser Kritik mit einer differenzierten anthropologischen Argumentation. Zwar könne der Mensch nicht allein durch seine genetische Konstitution hinreichend beschrieben werden, insbesondere die personale Identität lasse sich nicht auf biologische Merkmale reduzieren, dennoch bilde die genetische Individualität den

³³² Vgl. ebd., 349.

³³³ Vgl. ebd., 349f.

³³⁴ Ebd., 350.

³³⁵ Vgl. KANT zitiert nach SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, 347f.

³³⁶ Vgl. SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, 348ff.

notwendigen Rahmen, in dem sich Freiheit und Selbstbestimmung überhaupt entfalten können.³³⁷

*„Die personale Identität des Menschen lässt sich zwar nicht auf seine genetische Individualität reduzieren, doch bestimmt diese den biologischen Spielraum, den er in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt und durch seine eigenverantwortliche Lebensführung ausfüllen kann.“*³³⁸

Damit weist Schockenhoff den Biologismus-Vorwurf als verkürztes Missverständnis zurück. Der Bezug auf die genetische Individualität dient nicht der Reduktion des Menschen auf Gene, sondern stützt die These von der notwendigen Leibgebundenheit der menschlichen Freiheit. Die ethisch relevante Frage sei nicht, ob Gene den Menschen ausmachen, sondern wann menschliches Leben schutzwürdig ist und diese Schutzwürdigkeit beginne mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle.³³⁹

Das Schicksal der verwaisten Embryonen

Die Ethik, so Schockenhoff, darf sich nicht allein darauf beschränken, normative Ideale zu formulieren, sie muss auch Lösungswege für reale ethische Dilemmata aufzeigen, die durch vergangene moralische Grenzüberschreitungen entstanden sind, wie etwa bei der Lagerung verwaister Embryonen.³⁴⁰

Obwohl das deutsche Embryonenschutzgesetz versucht, die Entstehung solcher Embryonen durch Begrenzung der befruchteten Eizellen zu verhindern, zeigt sich in der Praxis, dass entweder die gesetzlichen Vorgaben umgangen oder unzureichend beachtet werden. Schockenhoff betont, dass es bereits medizinische Alternativen gibt, etwa die Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen, wodurch eine gezieltere Erzeugung von Embryonen möglich wäre. Diese Verfahren könnten dazu beitragen, die ethische Problematik überzähliger Embryonen präventiv zu vermeiden. Die mangelnde Verbreitung solcher Techniken erklärt sich laut

³³⁷ Vgl. ebd., 351.

³³⁸ Ebd., 351.

³³⁹ Vgl. ebd., 351f.

³⁴⁰ Vgl. ebd., 369.

Schockenhoff nicht allein durch geringere Erfolgsquoten, sondern wirft auch die Frage nach gesellschaftlichen Prioritäten auf.³⁴¹

Die Überlegung, solche Embryonen nun für Forschungszwecke freizugeben, lehnt Schockenhoff entschieden ab. Das Argument, dass ihr Tod ohnehin „unvermeidlich“ sei und daher eine Nutzung legitim erscheinen lasse, sei ein Fehlschluss utilitaristischer Logik. Die drohende Vernichtung menschlicher Embryonen rechtfertige nicht ihre Instrumentalisierung. Selbst im Fall sterbender Patient*innen oder nicht einwilligungsfähiger Personen gelten hohe ethische Schutzstandards, Standards, die auch dem Embryo als Mitglied der moralischen Gemeinschaft zustehen.³⁴²

„Der Embryo bleibt bis zum vorhersehbaren Ende seines Lebens Träger moralischer Rechte, wobei dem Recht auf ungestörtes Sterben besondere Bedeutung zukommt.“³⁴³

In der frühen Debatte um die ethische Vertretbarkeit der künstlichen Befruchtung argumentierten katholische Moraltheologen, die sich nicht vorbehaltlos der lehramtlichen Ablehnung anschlossen, für eine Zulassung nur unter der strikten Bedingung, dass alle erzeugten Embryonen auch tatsächlich der Frau implantiert werden. Diese Forderung beruhte auf dem ethischen Grundsatz, dass Embryonen nicht vorsätzlich dem sicheren Tod überlassen werden dürften und wurde wie eine natürliche Mehrlingsgeburt als zumutbar gewertet. Schockenhoff kritisiert jedoch die damalige Position als praxisfern, da eine rechtliche Verpflichtung zur Übernahme aller Embryonen nie bestand und sich die geforderte Bereitschaft der Frau als nicht durchsetzbar erwies. Diese Bedingung wurde daher mit der Zeit still aufgegeben.³⁴⁴

Darüber hinaus betont Schockenhoff, dass die vermeintliche Alternativlosigkeit der verbrauchenden Embryonenforschung nicht real sei. Selbst bei geringer Zahl verwaister Embryonen könne zum Beispiel die Adoption überzähliger Embryonen unter strengen, rechtlichen Auflagen eine ernsthafte Option darstellen, insbesondere dann, wenn diese Lösung nicht als Türöffner für problematische Praktiken wie Leihmutterschaft genutzt werde.³⁴⁵

³⁴¹ Vgl. ebd., 369f.

³⁴² Vgl. ebd., 370f.

³⁴³ Ebd., 371.

³⁴⁴ Vgl. Eberhard SCHOCKENHOFF, Ethische Probleme der Stammzellforschung, in: *Stimmen der Zeit* 226 (2008), S. 323–334, hier: 332f.

³⁴⁵ Vgl. SCHOCKENHOFF, *Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde*, 371.

*“Die Erfolge der regenerativen Medizin zeigen allerdings, daß Forscher nicht zwischen Moral oder Erfolg wählen müssen, sondern erfolgreiche Forschung auch auf moralisch vertretbarem Weg möglich ist und zu beachtlichen Ergebnissen führen kann. Je mehr ethisch vertretbare Forschungsansätze miteinander konkurrieren, desto begründeter erscheint die Aussicht, daß sich die erhofften Erkenntnisgewinne der regenerativen Medizin auch ohne moralische Grenzüberschreitungen einlösen lassen.”*³⁴⁶

4.3.4. Josef Römelt: Ethische Normen in der heutigen Gesellschaft

Josef Römelt analysiert, wie sich ethische und rechtliche Normen in unserer heutigen Gesellschaft verändert haben. Viele traditionelle Überzeugungen, zum Beispiel beim Schutz von Embryonen oder in der Familienpolitik, sind im Laufe der Zeit durch neue Gesetze ersetzt oder angepasst worden. Diese Entwicklung wird oft von kirchlicher Seite kritisch gesehen, weil sie auf die Auflösung gewohnter Werte und Normen verweist. Römelt sieht diesen Wandel als Ausdruck einer „nachmetaphysischen Moderne“. In einer Welt, in der frühere, fest verankerte (religiös oder metaphysisch begründete) Wahrheiten nicht mehr allgemein anerkannt sind, müssen ethische und rechtliche Überzeugungen anders begründet werden, etwa durch gesellschaftliche Diskussion und Konsensfindung. Dieses Prinzip ist ein Kernstück der sogenannten *Diskursethik*, wie sie etwa von Jürgen Habermas entwickelt wurde. Hierbei zählt nicht mehr eine objektive Wahrheit, sondern das, worauf sich Menschen im offenen Gespräch einigen können.³⁴⁷

Die theologische Ethik, so Römelt, steht dieser Denkweise zwar nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber, sie warnt aber vor einem übertriebenen Individualismus. Freiheit müsse immer auch mit Verantwortung, sozialer Einbindung und realistischen Grenzen gedacht werden. Aus theologischer Sicht sollten daher bei ethischen Entscheidungen auch natürliche Grundlagen und soziale Beziehungen berücksichtigt werden, wie etwa Familie, menschliche Verbundenheit und die Beziehung zur Schöpfung. Römelt plädiert dafür, dass die theologische Ethik mit ihren Werten wie Würde, Verantwortung und Freiheit aktiv in die

³⁴⁶ SCHOCKENHOFF, Ethische Probleme der Stammzellforschung, 334.

³⁴⁷ Vgl. Josef RÖMELT, Ethischer Konsens und Rechtsbewusstsein im nachmetaphysischen Kontext. Human-ökologische Voraussetzungen aus sozialwissenschaftlicher und theologisch-ethischer Perspektive“, in: *Jahrbuch für Recht und Ethik* 30 (2022), S. 87–112, hier: 87ff.

gesellschaftlichen Debatten eingreift. Sie soll deutlich machen, wo es ethische Grenzen gibt, die auch bei aller technischen Machbarkeit nicht einfach verschoben werden dürfen. Dabei fordert er, dass sich die Kirche nicht nur auf Naturrechtsargumente stützt, sondern die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen im Licht eines umfassenden Freiheitsverständnisses neu bewertet.³⁴⁸

Die Integration verschiedener moralischer Standpunkte in die Gesellschaft bedeutet nicht, dass ethische Werte bedeutungslos oder beliebig geworden sind. Im Gegenteil: Ziel ist es, in einer pluralistischen Gesellschaft gemeinsame ethische Grundlagen zu finden, auch wenn das bei vielen unterschiedlichen Überzeugungen nicht schnell oder einfach möglich ist.³⁴⁹

4.3.5. Angelika Walser: Diskurs zur Reproduktiven Autonomie im Kontext von Egg Freezing und Eizellspende

Angelika Walser kritisiert die Vorstellung, dass Entscheidungen über Kinderwunsch rein individuell oder privat getroffen würden. Stattdessen betont sie, dass solche Entscheidungen immer in soziale und kulturelle Kontexte eingebettet sind und durch gesellschaftliche Erwartungen beeinflusst werden.³⁵⁰

Die Zielgruppe von Angeboten wie *Social Egg Freezing*³⁵¹ ist klar umrissen: gut gebildete, beruflich ambitionierte Frauen im reproduktionsfähigen Alter aus dem bürgerlichen Milieu. Für viele dieser Frauen ist der Kinderwunsch fest in die Lebensplanung integriert, allerdings zeitlich nach Karriere und Selbstverwirklichung geordnet. Der Partner spielt in diesem Plan oft nur eine untergeordnete Rolle. Werbung und Plattformen zur Kryokonservierung erwähnen ihn kaum noch, was auf sich wandelnde Familienmodelle hinweist.³⁵²

In diesem Zusammenhang wird Elternschaft zunehmend als individuelles Projekt der Frau inszeniert, mit oder ohne Partner. Dies spiegelt ein neues Autonomieverständnis wider: Frauen gelten als selbstbestimmte Akteurinnen ihrer Fruchtbarkeit und reproduktiven

³⁴⁸ Vgl. ebd.

³⁴⁹ Vgl. ebd., 90f.

³⁵⁰ Vgl. Angelika WALSER, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität. Theologisch-ethische Anmerkungen zu (Social) Egg Freezing / Eizellspende, in: *Ethica* 25 (2017), Heft 3, S. 243–267, hier: 244ff.

³⁵¹ Siehe Kapitel 2.2.4 Kryokonservierung

³⁵² Vgl. WALSER, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität, 246f.

Zukunft. Dank Technologien wie dem Einfrieren von Eizellen oder der Eizellspende können sie vermeintlich unabhängig von biologischen Grenzen entscheiden, wann und wie sie ein Kind bekommen möchten. Die Kontrolle über den eigenen Körper wird als Zeichen von Emanzipation und Fortschritt gesehen.³⁵³

Dabei wird die biologische Begrenztheit weiblicher Fruchtbarkeit zunehmend durch medizinische Eingriffe relativiert, ein Fortschritt, den frühe Feminist*innen, wie Simone de Beauvoir oder Shulamit Firestone, sich bereits erträumt hatten. Allerdings ist diese neue Freiheit auch eng mit wirtschaftlichen Zwängen verbunden. In einer leistungsorientierten Gesellschaft, in der Effizienz und zeitliche Planbarkeit als Erfolgskriterien gelten, erscheinen auch Kinderwunsch und Familiengründung als optimierbare Prozesse.³⁵⁴ Außerdem erfolgt die Auswahl von Eizellspenderinnen zunehmend nach Kriterien wie Gesundheit, Intelligenz und Aussehen. Dies weist auf eine problematische Ästhetisierung und Ökonomisierung von Reproduktion hin.³⁵⁵

Egg Freezing

Angelika Walser schildert, wie sich die Einschätzung zur Sicherheit des Einfrierens von Eizellen in den letzten Jahren gewandelt hat. Noch 2007 warnte eine US-amerikanische Fachgesellschaft vor möglichen genetischen Risiken durch das Verfahren. Sechs Jahre später zog sie diese Warnung zurück und erklärte das Verfahren für unbedenklich. Allerdings ist das zugrunde liegende Datenmaterial bis heute begrenzt, was weiterhin zu kritischen Meinungen führt. Insbesondere, da die Erfolgsraten von frischen und eingefrorenen Eizellen unterschiedlich bewertet werden.³⁵⁶

Walser macht deutlich, dass die schnelle Etablierung dieser Technologie, trotz der früheren Skepsis, vor allem durch wirtschaftliche Interessen angetrieben wurde. Die ursprüngliche medizinische Indikation war die vorsorgliche Fruchtbarkeitserhaltung bei jungen Krebspatientinnen. Heute aber wird Egg Freezing zunehmend als Lifestyle-Option vermarktet, mit dem Ziel, die Reproduktionszeit zu verlängern und den Kinderwunsch zeitlich zu optimieren, unabhängig von medizinischer Notwendigkeit.³⁵⁷

³⁵³ Vgl. ebd., 247.

³⁵⁴ Vgl. ebd., 247f.

³⁵⁵ Vgl. ebd., 248.

³⁵⁶ Vgl. ebd., 250f.

³⁵⁷ Vgl. ebd., 251.

Eizellspende

Die Eizellspende, besonders in Kombination mit Embryonentransfer, erzielt hohe Erfolgsraten, teilweise bis zu 55 Prozent bei jungen Spenderinnen.³⁵⁸ In westlichen Ländern, in denen Frauen ihr erstes Kind zunehmend später bekommen, wird sie als Möglichkeit gesehen, altersbedingte Fruchtbarkeitsprobleme zu umgehen. Der Slogan „*It is the age of the egg, not the age of the womb*“ bringt diese Logik auf den Punkt.³⁵⁹

Die Nachfrage nach Eizellspenden steigt mit dem Alter der Empfängerinnen. Dies erhöht wiederum den Bedarf an jungen Spenderinnen. Zwar wird das Risiko für Spenderinnen oft als gering eingestuft, doch andere Quellen vergleichen den körperlichen Aufwand mit dem einer Organspende. Die hormonelle Stimulation und Eizellentnahme können ernsthafte Nebenwirkungen³⁶⁰ verursachen.³⁶¹ Auch für die Empfängerin bestehen Belastungen: Neben den physischen und psychischen Herausforderungen durch die IVF-Behandlung kommt bei einer erfolgreichen Schwangerschaft die Auseinandersetzung mit einem Kind hinzu, das genetisch nicht mit ihr verwandt ist. Die psychosozialen Folgen sind bislang wenig erforscht, und es fehlt in Österreich an verpflichtender Beratung, wie sie etwa bei Adoptionen vorgesehen ist.³⁶² Zudem wächst durch technologische Fortschritte und rechtliche Liberalisierung der gesellschaftliche Druck, medizinisch Machbares auch tatsächlich umzusetzen. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch geraten damit zunehmend in eine moralische Rechtfertigungspflicht, wenn sie sich gegen solche Verfahren entscheiden.³⁶³

Theologisch-ethische Reflexion zu Egg Freezing

Im Unterschied zur Eizellspende ist Egg Freezing theologisch und ethisch weniger umstritten. Es bringt weder den Ausverkauf weiblicher Körper mit sich noch außergewöhnliche medizinische Risiken, da keine Embryonen eingefroren werden, sondern lediglich Eizellen. Ein mögliches Argument für Egg Freezing könnte sein, dass es verantwortungsvoll mit der Lebensplanung umgeht, etwa, wenn Eizellen eingefroren werden, um später unter stabileren sozialen Bedingungen eine Familie zu gründen. In diesem Sinn könnte Egg Freezing sogar

³⁵⁸ Siehe auch Kapitel 2.3 Erfolgsquoten und aktuelle Daten der Reproduktionsmedizin

³⁵⁹ Vgl. WALSER, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität, 252.

³⁶⁰ Siehe Kapitel 3.4.1 Medizinische und psychologische Problemfelder der Reproduktionsmedizin

³⁶¹ Vgl. WALSER, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität, 252f.

³⁶² Vgl. ebd., 253f.

³⁶³ Vgl. ebd.

mit der Vorstellung verantworteter Elternschaft vereinbar sein. Die pauschale Ablehnung extrakorporaler Reproduktion durch das katholische Lehramt reicht im säkularen Diskurs nicht aus, um die Methode ethisch zu verurteilen. Es wäre auch nicht angemessen, Frauen ein Recht auf Selbstbestimmung über ihren Körper oder ihre Fähigkeit zur moralischen Verantwortung pauschal abzusprechen.³⁶⁴

Kritik an der Individualisierung und Ökonomisierung der reproduktiven Autonomie

Angelika Walser warnt davor, Social Egg Freezing vorschnell als bloße Lifestyle-Maßnahme abzutun, das sei bereits eine moralische Vorverurteilung. Theologische Ethik sollte nicht automatisch die beruflichen und sozialen Ambitionen von Frauen als fragwürdig darstellen. Gleichzeitig müsse man hinterfragen, ob die versprochene Zunahme an Autonomie tatsächlich real ist.³⁶⁵

Walser kritisiert zudem die Verharmlosung durch die Werbung großer Konzerne, zum Beispiel Facebook und Apple, die das Einfrieren von Eizellen als Ausdruck weiblicher Freiheit propagieren. In Wirklichkeit gehe es dort oft weniger um die Förderung weiblicher Autonomie als um wirtschaftliche Effizienz. Hierbei müsse deshalb geprüft werden, ob echte Selbstbestimmung oder doch eher subtile Anpassung an marktförmige Lebensläufe vorliegt.³⁶⁶

Reproduktive Autonomie ist nicht absolut – Vulnerabilität als Gegenperspektive

Ein zentrales Korrektiv zur Idee von Autonomie³⁶⁷ ist für Walser das Bewusstsein für die menschliche Verwundbarkeit (Vulnerabilität). Technologische Kontrollversprechen, etwa durch Egg Freezing, suggerieren eine perfekte Planbarkeit von Familie, Körper und Zukunft. Doch das Leben bleibt prinzipiell fragil und unvorhersehbar. Reproduktion ist kein kalkulierbares Projekt, weder körperlich noch sozial noch emotional. Alle Beteiligten, Kinder, Eltern sowie Spender*innen, sind verletzlich. Die Elternschaft ist keine Garantie für persönliches Glück. Diese Realität erfordert ein realistisches, nicht idealisiertes Menschenbild, das nicht nur Autonomie, sondern auch Abhängigkeit und Begrenztheit anerkennt.³⁶⁸

³⁶⁴ Vgl. ebd., 256.

³⁶⁵ Vgl. ebd., 257f.

³⁶⁶ Vgl. ebd., 258f.

³⁶⁷ Siehe Kapitel 3.2.1 Reproduktive Autonomie

³⁶⁸ Vgl. WALSER, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität, 259f.

Perspektivenwechsel: Vom Elternwunsch zum Kindeswohl

Ein weiterer theologischer Beitrag könnte darin bestehen, den Blick konsequent auf das Wohl des Kindes zu richten, jenseits von elterlichen Wünschen und Projektionen. Kinder sind kein Wunschprodukt, das sich gezielt herstellen lässt. Auch in der Reproduktionsmedizin müsse stärker reflektiert werden, ob und wie das Kindeswohl, beispielsweise das Recht auf Herkunft, Identität und emotionale Sicherheit, tatsächlich berücksichtigt wird. Die Theologie könnte hier, etwa durch das Bild des „Gotteskindes“, ein Gegenmodell zur bedingten Annahme des Kindes anbieten. Kinder sind nicht unter Vorbehalt anzunehmen, sondern in ihrer Andersartigkeit und mit ihrer eigenen Würde.³⁶⁹

“Es wäre also genauer zu beleuchten, ab welchem Zeitpunkt und inwiefern das Argument der Vulnerabilität für das Kindeswohl in der Debatte um die Reproduktionsmedizin fruchtbar gemacht werden könnte und wo es möglicherweise auch seine Grenzen hat. Genauere Forschungsarbeiten diesbezüglich stehen noch aus. Dennoch darf fürs Erste einmal behauptet werden, dass Reproduktionsmedizin aus der Perspektive von Kindern wohl anders aussähe.”³⁷⁰

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Theologie sich nicht allein als kritische Instanz begreift, die auf ethische Missstände hinweist, sondern ebenso als konstruktiver Gestalter. Sie nimmt Problemlagen ernst, geht sorgsam und differenziert in ihren Argumentationen vor und erarbeitet auf dieser Grundlage fundierte, wohlausgewogene Lösungen für drängende moralische Fragen.

³⁶⁹ Vgl. ebd., 260f.

³⁷⁰ Ebd., 261.

5. Fazit

Der unerfüllte Kinderwunsch stellt für viele Paare eine tiefgreifende persönliche und existenzielle Krise dar, die mit Leid, Schuldgefühlen und gesellschaftlichem Druck verbunden sein kann. In vielen Fällen erscheint die Reproduktionsmedizin oft als letzte Hoffnung für betroffene Paare. Die enorme Dynamik des medizinisch-technischen Fortschritts, insbesondere im Bereich der assistierten Reproduktionstechnologien, eröffnet neue Wege zur Erfüllung des Kinderwunsches, stellt aber zugleich zentrale ethische, gesellschaftliche und theologische Grundfragen.

Vor diesem Hintergrund wurde in dieser Arbeit der Versuch unternommen, die medizinischen Verfahren, ihre rechtliche Rahmung in Österreich sowie die kirchliche und theologische Rezeption systematisch zu erfassen und ethisch zu bewerten. Während die intrauterine Insemination (IUI) ethisch meist weniger kontrovers beurteilt wird, da die Befruchtung im Körper der Frau erfolgt und keine Embryonen außerhalb des Körpers erzeugt oder verworfen werden, steht die In-vitro-Fertilisation (IVF) im Zentrum ethischer Debatten. Dies liegt vor allem an der künstlichen Befruchtung außerhalb des Körpers, der gezielten Produktion mehrerer Embryonen sowie deren möglicher Selektion oder Vernichtung. Ähnliche ethische Bedenken gelten auch für die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).

Ergänzt werden diese durch Maßnahmen wie Eizellen- und Samenspenden, die Kryokonservierung von Embryonen und die Präimplantationsdiagnostik (PID). Obwohl Eizellen- und Samenspenden Elternschaft trotz eingeschränkter Fruchtbarkeit ermöglichen, werden hierbei kontroverse moralische Fragen zur Aufspaltung genetischer und sozialer Elternschaft sowie zur Anonymität und Herkunft des Kindes aufgeworfen. Aus theologischer Sicht wird besonders die heterologe Spende kritisch beurteilt, da sie die eheliche Einheit von Zeugung und Elternschaft auflöst. Die Lagerung überzähliger Embryonen dient der medizinischen Flexibilität, wohingegen sie ethisch problematisch ist, da der Umgang mit überzähligen Embryonen, etwa ihre potenzielle Vernichtung oder langfristige Einlagerung, dem Prinzip der Achtung menschlichen Lebens von Beginn an widerspricht. Darüber hinaus ermöglicht PID den Ausschluss schwerer genetischer Erkrankungen, wirft jedoch schwerwiegende ethische Fragen der Selektion und Bewertung embryonalen Lebens auf. Sie steht in einem zentralen Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie und dem Grundsatz der Gleichwertigkeit allen menschlichen Lebens. Hinzu kommt, dass die medizinische Praxis dabei

zunehmend individualisiert und technologisiert ist, etwa der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) zur Embryoselektion ist ein Indikator für eine weitere Automatisierung ethisch sensibler Prozesse. Dies zeigt: Mit jeder technischen Neuerung wächst auch die ethische Komplexität.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Österreich sind durch das Fortpflanzungsmedizin-gesetz (FMedG) geregelt. Dieses erlaubt bestimmte Verfahren, wie die Eizellspende, unter-sagt jedoch andere, wie die Embryonenspende oder Leihmutterschaft. Zugleich bestehen Zugangsbeschränkungen aufgrund von Alter, Partnerschaftsstatus und medizinischen Indi-kationen. Die Regelung über den IVF-Fonds ermöglicht zwar eine Teilfinanzierung, lässt jedoch auch viele Paare mit hohen Eigenkosten zurück.

Im Zentrum der ethischen Analyse stand die Gegenüberstellung von reproduktiver Autono-mie einerseits und einer Verantwortungsethik andererseits. Während der individuelle Wunsch nach Selbstbestimmung über den eigenen Körper und das Recht auf Familiengrün-dung in liberalen Bioethikkonzepten stark betont wird, fordern theologische und sozialet-hische Positionen eine Reflexion über die interpersonellen sowie der gesellschaftlichen Folgen reproduktiver Entscheidungen. Eine Ethik, die sich allein auf Machbarkeit und individuelle Freiheit stützt, greift im Bereich der Reproduktionsmedizin zu kurz. Verantwortungsethi-sche Ansätze, wie etwa bei Schockenhoff, Römelt oder Walser, betonen die Notwendigkeit, reproduktives Handeln immer auch im Lichte der Verantwortung gegenüber dem entstehen-den Leben, dem Partner, sozialen Normen und dem Gemeinwohl zu bewerten.

Die katholische Kirche lehnt die künstliche Befruchtung in ihrer offiziellen Lehre ab. Insbe-sondere wenn diese außerhalb des ehelichen Geschlechtsaktes erfolgt oder Dritte beteiligt sind. Diese Position gründet auf einem anthropologischen Verständnis, das die untrennbare Einheit von ehelicher Liebe und Zeugung betont. In dieser Arbeit wurde jedoch gezeigt, dass innerhalb der katholischen Theologie differenzierte und konstruktive Ansätze existieren, welche die Spannung zwischen Lehre und Lebenswirklichkeit aufzulösen versuchen. Walser etwa plädiert für eine Ethik, die reproduktive Autonomie nicht pauschal ablehnt, sondern sie unter gerechte und lebensdienliche Rahmenbedingungen stellt und den Blick konsequent auf das Wohl des Kindes lenkt.

Insgesamt zeigt sich, dass die Reproduktionsmedizin eine ethische Gratwanderung darstellt, zwischen Hoffnung und Risiko, zwischen individueller Freiheit und moralischer Verantwortung, zwischen technologischem Fortschritt und theologischer Tradition. Die Vielfalt der Verfahren und Regelungen sowie die Pluralität der gesellschaftlichen Wertvorstellungen erfordern daher eine Ethik, die dialogisch, kontextsensibel und interdisziplinär angelegt ist. Eine rein prinzipiengeleitete Beurteilung reproduktiver Verfahren greift ebenso zu kurz wie ein unreflektierter Umgang mit den Reproduktionstechnologien.

Die theologischen Beiträge leisten einen unverzichtbaren Reflexionsrahmen, um nicht nur die medizinischen Möglichkeiten, sondern auch die Grenzen menschlicher Verfügbarkeit über das Leben zu bedenken. Die zentrale Herausforderung bleibt, die Anerkennung der personalen Würde und der interpersonellen Verantwortung so in den Diskurs einzubringen, dass weder strikte Normen noch ein ungebremselter Fortschrittsoptimismus dominieren. Nur so kann eine Ethik entstehen, die der Realität betroffener Paare gerecht wird und zugleich dem Anspruch, das Leben als Gabe und nicht bloß als Produkt menschlicher Planung zu verstehen.

Literaturverzeichnis

Quellen

Die Bibel wird, sofern nicht anders angegeben, nach der deutschen Einheitsübersetzung (Herder 2016) mit den dort angeführten Abkürzungen zitiert.

Kirchliche Dokumente

DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ, *Gott ist ein Freund des Lebens*, (Arbeitshilfen Nr. 76), Bonn 1989.

DONUM VITAE, Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. In: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hgg.), *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* 74, Bonn 1987.

FRANZISKUS, *Amoris laetitia. Nachsynodales Apostolisches Schreiben über die Liebe in der Familie*, *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* Nr. 206, Bonn 2016.

JOHANNES PAUL II., Enzyklika „*Evangelium Vitae*“, 25. März 1995, 43, zit. nach *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* 120, Bonn 1995.

JOHANNES PAUL II., *Veritatis splendor. An alle Bischöfe der Katholischen Kirche über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre*. *Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls* Nr. 115, Bonn 1993.

KATECHISMUS DER KATHOLISCHEN KIRCHE, 2. Auflage, Vatikanstadt 1997, abrufbar unter: https://www.vatican.va/archive/DEU0035/_P8C.HTM [Zugriff am 15. Februar 2025]

PAPST PAUL VI.: *Humanae vitae. Enzyklika über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens*, Rom 1968, abrufbar unter: https://www.vatican.va/content/paul-vi/de/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae.html [Zugriff am: 28. Juli 2025].

ZWEITES VATIKANISCHES KONZIL, *Die pastoralen Konstitutionen und Dekrete*, (hgg.) vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonn 1966.

Staatliche Dokumente

BIOETHIKKOMMISSION BEIM BUNDESKANZLERAMT, *Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt*, Wien 2012.

„FORTPFLANZUNGSMEDIZINGESETZ (FMEDG)“, abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> [Zugriff am 9. November 2024].

„FORTPFLANZUNGSMEDIZINGESETZ (FMEDG)“, abrufbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> [Zugriff am 3. März 2025].

MAYRHOFER, in: NEUMAYR, RESCH, WALLNER, *GmundKomm*², 2022, § 3 FMedG (Stand 1.1.2022, rdb.at).

NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH DER HUMANMEDIZIN (NEK), *Die Eizellenspende. Ethische und rechtliche Erwägungen*. Stellungnahme Nr. 41, Bern 2023.

Weitere Literatur

BERNAT, Eva, Das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz wurde liberalisiert, in: *Gynäkologische Endokrinologie* 2016, S. 270–275, DOI: 10.1007/s10304-016-0072-4.

BERTOLASO, Marta – GAUDINO, Chiara, Leben aus dem Labor, in: *Imago Hominis* 14 (2007) 2, S. 110–112, abrufbar unter: <https://www.imabe.org/imagohominis/imago-hominis-2/2007-evolution-ii/leben-aus-dem-labor> [Zugriff am 4. Dezember 2024].

BREWAEYS, Anne – DUFOUR, Sylvie – KENTENICH, Hermann, Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt?, in: *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.* 2 (2005) 1, S. 35–40.

DEPENBUSCH, Marion – SCHULTZE-MOSGAU, Askan, Eizell- und Embryonenspende, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.

DORN, Christoph, Inseminationsbehandlung, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, S. 1–11.

EBNER, Thomas-Dietrich, In-vitro-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion, in: Klaus DIEDRICH (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin – Heidelberg 2018.

ERNST, Stephan, *Am Anfang und Ende des Lebens. Grundfragen medizinischer Ethik*, Freiburg/Br. 2020.

- GILLESSEN-KAESBACH, Gudrun – HELLENBROICH, Yvonne, Genetik in der Reproduktionsmedizin, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.
- GOECKENJAN, Maren – FESTAG, Andreas – KATHER, Jakob N., Entscheidungsfindungen in der Reproduktionsmedizin: Von der menschlichen zur künstlichen Intelligenz, in: *Gynäkologische Endokrinologie* 21 (2023), S. 72–77, DOI: <https://doi.org/10.1007/s10304-022-00489-9>.
- HILDT, Elisabeth, *Autonomie in der biomedizinischen Ethik: genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*, Frankfurt am Main, 2006.
- HILDT, Elisabeth, Autonomie in der Medizin: Selbstbestimmung, Selbstentwurf und Lebensgestaltung, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 51 (2008), S. 827–834, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0602-x>.
- KERN, Reinhard, *IVF-Register. Jahresbericht 2023. Führen des Registers gemäß IVF-Fonds-Gesetz. Geschäftsbericht*, Wien, 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- KERN, Reinhard, *Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG). Jahresbericht 2023*, Wien, September 2024, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie des Bundesministeriums für Justiz.
- KLINISCHE ABTEILUNG FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSME-DIZIN, Medizinische Universität Wien, „Sterilitäts-Ursachen“, abrufbar unter: <https://frauenheilkunde.meduniwien.ac.at/ueber-uns/unsere-abteilungen/klinische-abteilung-fuer-gynaekologische-endokrinologie-und-reproduktionsmedizin/patientinneninformation/ivf-in-vitro-fertilisationsambulanz/sterilitaets-ursachen/> [Zugriff am 4. November 2024].
- KNÖRR, Karl – LAURITZEN, Claus – BELLER, Friedrich K., Sterilität – Infertilität, in: *Lehrbuch der Gynäkologie*, Berlin – Heidelberg 1972, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-00942-0_19.
- KOLLMANN, Maria, Update Reproduktionsmedizin – aktuelle Zahlen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz, in: *J. Klin. Endokrinol. Stoffw.* 16 (2023), S. 56–59, DOI: <https://doi.org/10.1007/s41969-023-00196-1>.
- KUMMER, Susanne, Ein Kind um jeden Preis? Ethische, soziale und medizinische Aspekte der IVF, in: *50 Jahre Enzyklika „Humanae vitae“*, 2019, S. 197–216.
- LIEBERMANN, Jürgen, Kryokonservierung, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.

- LINTNER, Martin M., *Christliche Beziehungsethik. Historische Entwicklungen – biblische Grundlagen – gegenwärtige Perspektiven*, Freiburg 2023.
- LINTNER, Martin M., *Von Humanae vitae bis Amoris laetitia. Die Geschichte einer umstrittenen Lehre*, Innsbruck 2018
- LUDWIG, Annika K. – LUDWIG, Michael, Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-55601-6_49-1.
- LUDWIG, Michael – DIEDRICH, Klaus, Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.
- MAIO, Giovanni – EICHINGER, Tobias – BOZZARO, Claudia (Hgg.), *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg – München: Verlag Karl Alber, 2013.
- MARSCHÜTZ, Gerhard, *Wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt ... Reproduktionsmedizin als ethische Herausforderung*, in: *Ethica* 9 (2001) 2, S. 115–147.
- MIETH, Dietmar, *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*, Freiburg i. Br. – Basel – Wien 2002.
- MONTAG, Markus – TOTH, Bettina – STROWITZKI, Thomas, Polkörper- und Präimplantationsdiagnostik, in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2019, DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-662-55601-6_28-1.
- MÜLLER, Sigrid – HILPERT, Konrad (Hgg.), *Humanae vitae – die anstößige Enzyklika. Eine kritische Würdigung*. Freiburg i. Br.: Herder, 2018.
- OESTERREICH.GV.AT, „Medizinisch unterstützte Fortpflanzung“, abrufbar unter: https://www.oesterreich.gv.at/themen/familie_und_partnerschaft/geburt-eines-kindes/medizinisch_unterstuetzte_fortpflanzung/Seite.3430001.html [Zugriff am 5. November 2024].
- PRÜLLER-JAGENTEUFEL, Veronika – PRÜLLER-JAGENTEUFEL, Gunter, Geschenktes Leben?! Theologisch-spirituelle Erkundungen zum unerfüllten Kinderwunsch, in: *Diakonia. Internationale Zeitschrift für die Praxis der Kirche* 32 (2001) 4, S. 181–187.
- RIZZO, Roberta, Single-Parenting Portrayal: The Discursive Construction of Solo Moms “by Choice”, in: *De Genere - Rivista Di Studi Letterari, Postcoloniali E Di Genere* 10 (2024), 99–120, abrufbar unter: <https://degenere-journal.it/index.php/degenere/article/view/203> [Zugriff am 22. Oktober 2024].

- ROHRHOFER, Barbara: „Österreichs Verbot, Eizellen einfrieren zu lassen, ergibt keinen Sinn“, in: *Der Standard*, 13. Mai 2024, abrufbar unter: <https://www.derstandard.at/story/3000000273452/oesterreichs-verbot-eizellen-einfrieren-zu-lassen-ergibt-keinen-sinn> [Zugriff am 14. Juni 2025].
- RÖMELT, Josef, Ethischer Konsens und Rechtsbewusstsein im nachmetaphysischen Kontext. Humanökologische Voraussetzungen aus sozialwissenschaftlicher und theologisch-ethischer Perspektive. in: *Jahrbuch für Recht und Ethik* 30 (2022), Heft 1, S. 87–112.
- SALA, Giovanni, Die Enzyklika „Humanae vitae“ – ein Plädoyer für die Verantwortung des Menschen, in: *Forum Katholische Theologie* 21 (2005), S. 17–35.
- SCHOCKENHOFF, Eberhard, Die Ethik des Heilens und die Menschenwürde, in: Matthias Kaufmann u.a. (Hgg.): *Gattungsethik - Schutz für das Menschengeschlecht?* Frankfurt am Main; Berlin; Bern; Wien [u.a.]: Lang, 2005, S. 343 – 373.
- SCHOCKENHOFF, Eberhard, Ethische Probleme der Stammzellforschung, in: *Stimmen der Zeit* 226 (2008), S. 323–334.
- SKALA, Christine – THEIS, Susanne, Social egg freezing, in: *Gynäkologie in der Praxis* 34 (2024), S. 61–67.
- STROWITZKI, Thomas – DIEDRICH, Klaus – RÖSNER, Sabine, In-vitro-Maturation (IVM), in: Klaus DIEDRICH u. a. (Hgg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2018.
- UNIVERSITÄTSKLINIKUM BONN, *Das PCO-Syndrom*, o. D., abrufbar unter: <https://www.uk-bonn.de/gynaekologische-endokrinologie-und-reproduktionsmedizin/behandlungsspektrum/hormonstoerungen/das-pco-syndrom> [Zugriff am 13. Juni 2025].
- WALSER, Angelika, *Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung*, Innsbruck 2014.
- WALSER, Angelika, Zwischen reproduktiver Autonomie und Vulnerabilität, in: *Ethica* 25 (2017) 3, S. 243–267.
- WAPLER, Friederike, *Reproduktive Autonomie und ihre Grenzen – Leihmutterschaft aus verfassungsrechtlicher Perspektive*, in: SCHRAMM, Erich – WERMKE, Michael (Hgg.), *Leihmutterschaft und Familie*, Springer, Berlin – Heidelberg 2018.
- WISCHMANN, Thorsten, *Einführung Reproduktionsmedizin: medizinische Grundlagen – Psychosomatik – psychosoziale Aspekte*, München 2012.