

# Reproduktionsmedizinische Möglichkeiten im Spannungsfeld von Kinderwunsch, kirchlicher Lehre und Beratung

von Konrad Hilpert

Die Fortpflanzungsmedizin ist einer der dynamischsten Bereiche der medizinischen Forschung und ihrer praktischen Anwendung. Die neuen Möglichkeiten haben unmittelbar Einfluss auf die Konzeptionierung und Realisierung von Lebensentwürfen und Beziehungsformen, weil sie zusätzliche Optionen eröffnen. Zugleich verändern sie untergründig die gesellschaftlich etablierten Auffassungen von dem, was „normal“ ist hinsichtlich des Zeitpunkts, in dem Frauen Kinder bekommen, hinsichtlich des Umgangs mit Fruchtbarkeit bzw. Unfruchtbarkeit und hinsichtlich der Kompetenz des Staats, technisch mögliche Wege rechtlich einzuschränken oder auch finanziell zu fördern. Der folgende Beitrag, der für eine Fortbildungstagung für Beraterinnen des Sozialdiensts katholischer Frauen erarbeitet wurde, skizziert zunächst die aktuelle Problemlage in Gesellschaft, Politik, Kirche (I.) und in der Theologischen Ethik (II.). Im Anschluss daran stellt er die Anwendungsbereiche der reproduktionsmedizinischen Verfahren nach derzeitigem Stand vor (III.) und reflektiert schließlich die Aufgabe der Beratung in dem komplexen Handlungsfeld, in dem die Autonomie von Individuen, die staatliche Kompetenz für die rechtliche Rahmenregelung, tief verankerte moralische Vorstellungen von Partnerschaft, Fortpflanzung und Lebenserfüllung sowie kirchliche Deutungen aufeinander stoßen (IV.).

## I. Zur Diskussionslage in Gesellschaft, Politik und Kirche

Die Reproduktionsmedizin ist neben der Gentechnologie, der Organtransplantation und der Gestaltung des Lebensendes vermutlich das medizinische Feld, das in den letzten Jahrzehnten in der öffentlichen Berichterstattung und in den Diskussionen in den Medien am häufigsten behandelt wurde. Warum ist das so? *Ein* Grund liegt sicher darin, dass die 1978 zum ersten Mal gelungene und dann rasch zur Standardmethode gewordene Zeugung außerhalb des Mutterleibs zu einem Schlüssel für viele andere Anwendungen geworden ist, die für die medizinische Forschung, für die Diagnostik und prospektiv auch für die Therapie höchst attraktiv sind (z. B. Stammzellforschung).

Ein anderer, für „Otto Normalverbraucher“ und noch mehr für „Erika Normalverbraucherin“ viel näher liegender Grund hängt mit der Bedeutung zusammen, die die Möglichkeit, sich in Kindern fortzupflanzen, in der Zukunftsplanung und im gelebten Leben der

meisten Menschen spielt. Der Wunsch und die Erwägung, ein Kind zu bekommen bzw. Kinder zu haben, gehört für die meisten Menschen irgendwann zu ihrem Bild von einem gelungenen Leben und zu ihrem Selbstverständnis und darüber hinaus zu ihren Vorstellungen von Zusammenleben und Lebensgestaltung. Die allermeisten Menschen sind deshalb auch der Ansicht, dass das Kinderbekommen eine rein private Angelegenheit sei, ja vielleicht sogar zusammen mit der praktizierten Sexualität und der Wahl des Lebenspartners der ursprünglichste und wichtigste Bereich dessen, was Privatheit ausmacht.<sup>1</sup>

Vom Staat, vom Recht und auch von der sozialen Umgebung wird vor allem erwartet, dass sie sich da raushalten. Heiratsverbote, wie es sie bis weit ins 19. Jahrhundert gegeben hat, gesetzlich erzwungene Sterilisation und Kastration, wie sie im nationalsozialistischen Staat für Angehörige bestimmter Gruppen angeordnet waren, aber auch Selbstverpflichtungen von Frauen, mit dem Zeitpunkt der Heirat aus ihrem Beruf auszuschneiden (sog. Zölibatsklauseln), wie sie bis in die 1950er-Jahre für Lehrerinnen, Krankenschwestern, Fürsorgerinnen und andere „weibliche“ Berufe existierten, sollen nie mehr möglich sein. Die Respektierung von Ehe und Familie und darüber hinaus der Art der Lebensgestaltung sind durch Grundrechte der Verfassung (Art. 6 und Art. 2) verbürgt. Wenn von Staat und Recht zusätzlich etwas erwartet wird, dann ist es vor allem die Garantie der rechtlichen und der materiellen Sicherheit, damit Frauen und Männer, die daran denken, ihren Kinderwunsch zu realisieren, bei den damit verbundenen gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Belastungen so unterstützt werden, dass sie das Projekt „mit Kindern leben“ auch stemmen können.

Tatsächlich verhält es sich aber nicht so einfach, dass weiterhin Kinder gezeugt und geboren und erzogen würden, wie das halt schon immer der Fall gewesen ist. Vielmehr passieren auch größere Veränderungen, wenn sich das medizinische Können und die ärztliche Praxis in Gynäkologie und Geburtshilfe erheblich ausweiten – und zwar sowohl in Bezug auf das Individuum als auch in Bezug auf die Gesellschaft. Denn für das Individuum eröffnen sich durchaus neue Handlungsspielräume, wenn der Zusammenhang zwischen praktizierter Sexualität und Schwanger-Werden gesteuert und der zwischen Sterilität und Nicht-Schwanger-Werden-Können entschärft werden kann. Dies hat nämlich Auswirkungen auf die gelebte Praxis und den Umgang mit Elternschaft, die Möglichkeit des Entstehens neuer Zwänge eingeschlossen. Gesellschaftliche Folgen, die man auch sehen muss, sind die Medikalisierung der Schwangerschaft und eine zunehmende Technisierung der Fortpflanzung. Insgesamt gibt es mehr Raum für selbstbestimmende Einflussnahme, wie sie für die Medizin in allen Bereichen typisch ist und auch in der Gesetzgebung immer mehr Gewicht erhält (Beispiel Patientenverfügung). Aber eben nicht nur da, sondern auch – und das ist für die Reproduktionsmedizin von hoher Relevanz – bei der Interpretation der Institute Ehe und Familie, die bisher den selbstverständlichen Bezugsrahmen für das Kinderbekommen und Kinderhaben abgegeben haben. Selbst wenn man diese Entwicklung kritisch sehen möchte, stellen sich Fragen vor diesem Hintergrund neu, etwa die, wo die Grenze des Wunschs nach Selbstbestimmung verlaufen soll (Abtreibung, Zugriff auf Embryonen, Diagnostiken ...); oder die, wieviel

---

<sup>1</sup> Zur Theorie der Privatheit vgl. *Beate Rössler*, *Der Wert des Privaten*, Frankfurt a. M. 2001.

Technik verträglich ist mit unserem Selbstgefühl als Frau oder Mann und ab wann die Technik uns selbst und unseren Partner in seiner Spontanität, Zugewandtheit und auch in seiner Verletzlichkeit entfremdet.

Dass mit der Einführung und Standardisierung der Reproduktionsmedizin tiefgreifende Umbrüche verbunden sein könnten, wurde auch im Raum der Kirche aufmerksam registriert. Das wird man auch dann einräumen müssen, wenn man die Antworten im Einzelnen für kritikbedürftig hält. Diese Antworten finden sich in detaillierter Form vor allem in zwei Instruktionen der Glaubenskongregation aus den Jahren 1987 (*Donum vitae*)<sup>2</sup> und 2008 (*Dignitas personae*)<sup>3</sup> sowie sehr viel weniger detailliert in der Enzyklika *Evangelium vitae* von 1995<sup>4</sup> sowie im *Katechismus der Katholischen Kirche* (1992 bzw. 1997)<sup>5</sup>. Die Verfahren der „künstlichen“ Zeugung werden hier in Gänze abgelehnt, auch wenn vor allem die beiden Instruktionen sich um genaues Argumentieren bemühen.

Seit der letzten Instruktion *Dignitas personae* sind inzwischen mehr als zehn Jahre vergangen. Das ist scheinbar nur ein kurzer Zeitraum, aber in dieser Zeit ist in der Reproduktionsmedizin viel geschehen, und heute leben nach offiziellen Schätzungen weltweit bereits etwa 6,5 Millionen Menschen,<sup>6</sup> die auf diesem Weg ins Dasein getreten sind. Dazu kommen die Entwicklungen im Familienrecht hier in Deutschland wie auch in den Nachbarländern. Schließlich liegen seit einiger Zeit Vorschläge auf dem Tisch, endlich ein umfassendes Reproduktionsmedizingesetz auf den Weg zu bringen;<sup>7</sup> und mit weiteren Initiativen ist zu rechnen.

Deshalb möchte ich in einem zweiten Teil meiner Überlegungen die bisherige Position der Katholischen Kirche darstellen und sie kommentieren. Danach möchte ich im dritten und zentralen Teil die einzelnen Anwendungsbereiche der Fortpflanzungsmedizin sowie die aktuelle Diskussion zu ihnen in Medizinethik und Rechtspolitik vorstellen. In einem vierten Teil werde ich der Frage nach den normativen Eckpfeilern nachgehen, die in diesen Diskussionsfeldern zu beobachten sind, und mir dann einige Gedanken machen über die Aufgaben der Beraterinnen und Berater.

---

<sup>2</sup> Vgl. *Kongregation für die Glaubenslehre*, Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Antworten auf einige aktuelle Fragen. 10. März 1987 (VApS 74).

<sup>3</sup> Vgl. *Kongregation für die Glaubenslehre*, Instruktion *Dignitas Personae* über einige Fragen der Bioethik. 8. September 2008 (VApS 183).

<sup>4</sup> Vgl. *Johannes Paul II.*, Enzyklika *Evangelium vitae* über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. 25. März 1995 (VApS 120).

<sup>5</sup> Vgl. *Katechismus der Katholischen Kirche*. Deutsche Ausgabe, München u. a. 1993; im Folgenden: KKK.

<sup>6</sup> Vgl. Deutsches IVF-Register, Jahrbuch 2018, in: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 16 (2019) 279–315 (auch unter: <https://www.deutsche-ivf-register.de/Jahrbuch.php>).

<sup>7</sup> Vgl. z. B. *Ulrich M. Gassner u. a.*, Fortpflanzungsmedizingesetz: Augsburg-Münchener Entwurf, Tübingen 2013; *Deutscher Ethikrat*, Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung, Berlin 2016; *Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina*; *Union der deutschen Akademien der Wissenschaften*, Stellungnahme „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung“, Halle 2019.

## II. Kirchliches Lehramt und Moraltheologie

Nach der Geburt des ersten „in vitro“ oder – wie man damals meistens sagte – im Reagenzglas gezeugten Kindes, Louise Brown, wurde eine intensive und breite ethische Debatte geführt. In ihrem Mittelpunkt standen je nach Priorität die Situation der Menschen, die sich ein Kind wünschen, die aber trotz aller Anstrengungen keines bekommen können, oder aber der Lebensschutz. Bei letzterer Problematik existierte ein inhaltlicher und zeitlicher Zusammenhang zur Abtreibungsdebatte der 1970er-Jahre: Vordringlich verhandelt wurde entsprechend die Frage, von welchem Zeitpunkt an der Embryo als menschliches Wesen betrachtet und auch extrakorporal geschützt werden müsse (sog. Statusfrage). Ein anderes Anliegen war, dass die auf künstlichem Weg bewirkte Elternschaft möglichst keine Risiken für das erzieherische und geistig-seelische Wohl des künftigen Kindes nach sich zöge. Eine derartige Gefährdung hat man damals grundsätzlich vermutet, wenn die zu einer Zeugung geeigneten Gameten nicht von den Menschen stammten, die miteinander verheiratet sind. Dass eine solche, sog. gespaltene Elternschaft vermieden werden sollte, war der entscheidende Grund für die Verbote der Eizellspende, der Kryokonservierung, der Herstellung überzähliger Embryonen und der Leihmutter-schaft im deutschen Embryonenschutzgesetz von 1990.<sup>8</sup>

In den offiziellen kirchlichen Stellungnahmen ging man da sogar noch ein Stück weiter: Die kritisierten nämlich nicht nur die Aufspaltung der Elternschaft, wenn zur Erzielung einer Schwangerschaft auf Zellen von einer Person zurückgegriffen wird, die nicht Ehepartner ist („heterolog“), sondern auch die situationelle Abtrennung des Zeugungsakts vom Geschlechtsakt sowie das technikförmige Setting, das den Zeugungsakt zu einem aus der Intimität zweier Personen herausgenommenen handwerklichen Tun in steriler Klinikumgebung werden lasse.<sup>9</sup> Der Akt, der die Existenz des Kindes begründet, sei dann – so heißt es im Katechismus – „kein Akt mehr, bei dem sich zwei Personen einander hingeben“ (KKK 2374). Und, so die Instruktion *Donum vitae*, „bei der IvF vertraue man das Leben und die Identität des Embryos der Macht der Mediziner und Biologen an und errichte eine Herrschaft der Technik über Ursprung und Bestimmung der menschlichen Person, die der Würde und Gleichheit widerspreche, die Eltern und Kindern gemeinsam sein müsse“<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> In der Begründung zum Entwurf des Embryonenschutzgesetzes vom 25. Oktober 1989 wird das Verbot der „Mitwirkung an der Entstehung sog. gespaltener Mutterschaften, bei denen genetische und austragende Mutter nicht identisch sind“, explizit als eines der Ziele des Gesetzes genannt (BT 11/5460).

<sup>9</sup> Vgl. *Kongregation für die Glaubenslehre*, Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben (wie Anm. 2), Abschnitt II/B/4.

<sup>10</sup> Ebd., Abschnitt II/B/5.

In den moraltheologischen Erörterungen zum selben Themenkreis<sup>11</sup> fanden diese beiden Kritikpunkte durchaus Wiederhall; aber man war sich unter den Moraltheologen auch schnell ziemlich einig darin, dass sie für eine generelle Missbilligung der Zeugung *in vitro* nicht ausreichen können. Denn zum einen könne die medizinische Hilfe für die Eltern als technische Überbrückung aufgefasst werden, die eingebettet sei in eine personale Lebensgemeinschaft, die von Zusammengehörigkeitsgefühl und einer Liebe geprägt sei, die sich „ganz normal“ in Sexualität und im Willen, ein gemeinsames Kind zu bekommen, ausdrücken. Zum anderen finde die Befruchtung biologisch auf dieselbe Weise und die Schwangerschaft am selben Ort statt wie bei einer sexuellen Zeugung. Der Arzt trete bei seinem Handeln nicht an die Stelle des Vaters, sondern sei lediglich der Arrangeur, der dafür Sorge, dass Ei und Samenzelle ungehindert aufeinandertreffen können.

Die ethische Debatte über die Reproduktionsmedizin ist bei diesem Diskussionsstand in Wissenschaft, Gesellschaft und Kirche allerdings nicht stehen, sondern weiter in Gang geblieben. In den letzten Jahren hat sie sogar wieder an Fahrt aufgenommen. Das liegt nicht nur daran, dass die Nachfrage nach solchen Behandlungen zugenommen hat und gleichzeitig auch das Gefühl der Sicherheit, dass es bei versagtem Kinderwunsch medizinische Wege der Hilfe gibt. Vielmehr spielen noch andere Faktoren eine Rolle. Einer dieser Faktoren ist, dass man in einer globalisierten Welt relativ leicht die Verbote und Restriktionen umgehen kann, die der nationale, also in diesem Fall der deutsche Gesetzgeber für notwendig hielt, als er Anfang der 1990er-Jahre gesetzliche Regelungen erließ. Leute gehen dann einfach nach Tschechien, in die Ukraine, nach Spanien oder in die USA, um sich dort einer Methode der Kinderwunschbehandlung zu unterziehen (Eizellspende, Embryonenaoption, Leihmutterchaft), die hierzulande verboten ist. Gerade die genannten Methoden werden – auch das ist ein Faktor, der die Diskussionslage verändert hat – mit einigem Erfolg zur Erzielung von Schwangerschaften auch für „späte“ Mütter, sogar für solche nach der Menopause, eingesetzt. Die mit zunehmendem Alter biologisch vorgegebene Verschlechterung der Chance, ein Kind zu empfangen, kann dadurch teilweise überlistet werden und ein Kinderwunsch aus welchen Gründen auch immer „auf später“ verschoben werden (Stichwort *Social Freezing*).<sup>12</sup>

Schließlich darf man als dritten Faktor einer veränderten Diskussionslage nicht den erheblichen Wandel von Familie und Partnerschaft außer Acht lassen. Alternative Formen zur Ehe werden durch die Gesellschaft und mit einer gewissen Verzögerung auch vom Recht anerkannt. Die Erfolge der Methoden assistierter Zeugung haben die Möglichkeitsvoraussetzungen dafür geschaffen, dass der Wunsch, ein eigenes Kind zu haben,

---

<sup>11</sup> Vgl. etwa *Johannes Gründel*, Zeugung in der Retorte – unsittlich?, in: StZ 103 (1978) 675–682; *ders.*, Theologisch-ethische Beurteilung der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen – Gedanken eines katholischen Theologen, in: Ulrich Jüdes (Hg.), *In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (Retortenbaby)*. Grundlagen, Methoden, Probleme und Perspektiven, Stuttgart 1983, 249–272; *Klaus Demmer*, Ein Kind um jeden Preis?, in: TThZ 94 (1985) 223–243; *Erwin Bernat* (Hg.), *Lebensbeginn durch Menschenhand*. Probleme künstlicher Befruchtungstechnologien aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht, Graz 1985; *Franz Böckle*, Die künstliche Befruchtung beim Menschen – Zulässigkeit und zivilrechtliche Folgen aus ethischer Sicht, in: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hg.), *Verhandlungen des 56. Deutschen Juristentages Berlin 1986*, Bd. II, München 1986, k 29–49; *Hans Rotter*, *Die Würde des Lebens. Fragen der medizinischen Ethik*, Innsbruck 1987, 38–42.

<sup>12</sup> Hierzu kurz *Leopoldina*, Stellungnahme Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (wie Anm. 7), 102 f.

selbst dort als erfüllbar erscheint, wo die elementarsten biologischen Voraussetzungen in Gestalt zweier verschiedengeschlechtlicher Erwachsener fehlen, also bei gleichgeschlechtlichen Partnern und bei Alleinstehenden.<sup>13</sup>

Was ist die Aufgabe der Moraltheologen und Moraltheologinnen, wenn sich die Diskussionslage in solchem Maße verändert, wie das in den letzten Jahren der Fall gewesen ist? Die Erwartungen vieler Kirchenmitglieder und auch mancher Gruppen gehen sicherlich in die Richtung zu antworten: Gegen diese Entwicklungen muss man sich eben mit aller Macht stemmen, man muss jede Gelegenheit, die sich bietet, wahrnehmen, um auf Entscheidungsträger und auf die Gesellschaft Einfluss zu nehmen, um die Entwicklungen zu verhindern oder wenigstens abzubremsen, wo immer dies möglich erscheint. Dahinter steckt sicher immer Sorge; oft aber auch die Vorstellung von einer Kirche, die sich als „Hüterin und Lehrerin aller religiösen und sittlichen Wahrheiten“<sup>14</sup> versteht und die durch das päpstliche Lehramt für sämtliche moralischen Fragen Vorgaben machen kann, die auch für das staatliche Recht Verbindlichkeit beanspruchen.

Wir wissen aber alle, dass das heute so nicht mehr funktioniert. Das hat theologische und gesellschaftliche Gründe. In theologischer Hinsicht hat sich die Kirche nämlich auf dem Zweiten Vatikanischen Konzil gründlich ihres Fundaments und ihrer Aufgabe in der Welt von heute von neuem vergewissert und dabei entdeckt, dass Kirche nicht nur aus hierarchischen Amtsträgern besteht, sondern zuerst aus glaubenden und suchenden Menschen. Deren Kompetenzen, Erfahrungen und Urteilsvermögen („Gewissen“) müssen in folgedessen auch etwas gelten, wann immer Überlegungen angestellt werden, wie man zu neuen medizinischen Möglichkeiten (wie etwa der Reproduktionsmedizin) Stellung beziehen soll, damit das Leben der Einzelnen und das Zusammenleben aller in der Gesellschaft gelingen können.

Gesellschaftlich ist nicht zu verkennen, dass es heute in demokratischen Gesellschaften wie der unseren mehrere Gruppen und unterschiedliche Strömungen gibt, die sich an der Meinungs- und Willensbildung zu Themen wie Fortpflanzung, Schwangerschaft und Elternschaft beteiligen und die sich nicht mehr damit begnügen wollen, dass die Abgeordneten die Sprecher der Kirchen und eventuell noch Vertreter ihrer Wohlfahrtsverbände anhören. Sicherlich gibt es immer noch große Bereitschaft, deren Sichtweise als eine unter mehreren zur Kenntnis zu nehmen, aber was man dann erwartet, sind gute Argumente und Erfahrungen aus der Praxis. Gute Argumente zu liefern ist Sache der Theologen, die dafür aber ihrerseits die Ergebnisse der Humanwissenschaften kennen müssen; die Erfahrungen sichtbar zu machen und auszuwerten, ist Sache der Experten. Maßgaben hingegen, die ausschließlich mit Verweis auf höhere Autoritäten eingefordert werden, und Argumente, die nur das Gewohnte und scheinbar Natürliche verteidigen, geraten unter Verdacht oder werden schlicht ignoriert. Ohne Austausch von Kenntnissen und Erfahrungen und ohne gründliche Sachkenntnis gibt es keine starken Positionen in der Gesell-

---

<sup>13</sup> Vgl. ebd., 43, wo solche Konstellationen als „soziale Infertilität“ bezeichnet werden. In Frankreich wurde die öffentliche Debatte über eine entsprechende Reform des bestehenden Gesetzes zur künstlichen Befruchtung im Herbst 2019 unter dem Schlagwort „Künstliche Befruchtung für alle“ geführt.

<sup>14</sup> *Pius XI.*, Enzyklika *Casti connubii*. 31. Dezember 1930, Nr. 108 (amtliche deutsche Übersetzung: *Pius XI.*, Rundschreiben über die christliche Ehe, Freiburg 1946).

schaft. Und ohne die Mühe des Dialogs und das Ernstnehmen der Gesprächspartner, die anderer Meinung sind, haben Positionen wenig Chancen, Einfluss auf die Gestaltung der Gesetzgebung zu nehmen.

Unter dieser Maßgabe sollen jetzt im nächsten Teil die einzelnen Themen der Reproduktionsmedizin und der neueren Diskussion darüber in den Blick genommen und danach in einem weiteren Teil die prinzipiellen Aspekte betrachtet werden.

### III. Einzelne Anwendungsbereiche reproduktionsmedizinischer Verfahren

Die wichtigsten reproduktionsmedizinischen Verfahren bzw. Anwendungen neben der donogenen Insemination, also dem direkten Einbringen von Samenzellen eines Spenders in die Gebärmutter einer Frau,<sup>15</sup> die hier nicht eigens thematisieren wird, sind:

- die künstliche Befruchtung (durch In-vitro-Fertilisation [IVF] oder intrazytoplasmatische Spermieninjektion [ICSI])
- Eizell- bzw. Samenzellspende
- Embryospende und -adoption
- social egg freezing
- Leihmutterschaft.

Dazu kommt noch als spezielles diagnostisches Verfahren die

- Präimplantationsdiagnostik (PID).<sup>16</sup>

Der derzeit viel diskutierte Bluttest auf Trisomie 21 hat mit der Reproduktionsmedizin im engeren Sinne so wenig zu tun wie die invasiven Methoden der Pränataldiagnostik. Sie stellen ein eigenes Problemfeld ethischer Reflexion dar.

Wenn man von der Fortpflanzungsmedizin und ihren Anwendungsbereichen spricht, ist streng genommen auch die Realisierbarkeit des Wunsches, kein Kind zu bekommen, betroffen. Tatsächlich war die Verhütung von Empfängnis bei der Ausübung von Sexualität der erste große Schritt in diesem ganzen Feld. Obschon es wichtig erscheint, diesen Zusammenhang zu sehen, soll hier auf diese Möglichkeit, die in der Katholischen Kirche und in der Moraltheologie eine besonders konfliktreiche Geschichte hat,<sup>17</sup> nicht näher eingegangen werden. Es bleiben also im Folgenden nur diejenigen Methoden zu behandeln, die der Verwirklichung des Wunsches, ein Kind zu bekommen, dienen. Dabei darf

---

<sup>15</sup> Dieses Verfahren spielt unter anderem eine Rolle bei lesbischen Frauen, die sich einen Kinderwunsch erfüllen möchten (sog. Becherspende).

<sup>16</sup> Sachlich fundierte und zugleich übersichtliche Erläuterungen der genannten Methoden bietet die umfangreiche Stellungnahme der *Leopoldina*, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (wie Anm. 7), in Kapitel 6 (43–91).

<sup>17</sup> Vgl. dazu detailliert die Beiträge in *Konrad Hilpert; Sigrid Müller (Hg.), Humanae vitae – die anstößige Enzyklika. Eine kritische Würdigung*, Freiburg i. Br. 2018.

davon ausgegangen werden, dass die intime Verbindung mit einem frei gewählten Partner und die Entscheidung darüber, ob, wann und mit wem eine Zeugung erfolgt, als Menschen- und Grundrechte anerkannt werden und fraglos akzeptiert sind.<sup>18</sup>

Für die *künstliche Befruchtung* als Methode zur Behandlung von Infertilität bestehen einige Beschränkungen, die jedoch in den letzten Jahren mehr oder weniger stark problematisiert werden. Eine erste ist die Beschränkung auf maximal drei Embryonen, die innerhalb eines Zyklus auf die Frau übertragen werden dürfen. Dies führt in der Praxis allerdings zu überdurchschnittlich vielen Mehrlings-, also Risikoschwangerschaften. Inzwischen wird diese sog. Dreier-Regel so interpretiert und das ist in der Rechtsprechung akzeptiert worden, dass es um drei Embryonen geht, die entwicklungsfähig sind und nur der am besten beurteilte eingesetzt wird. In einigen Ländern wird hingegen der sog. elektive Single-Embryo-Transfer angewendet. Dabei werden mehrere Embryonen erzeugt, aus denen dann der mit den besten Entwicklungschancen ausgewählt und transferiert wird. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft erheblich, und zugleich können die vielen Mehrlingsschwangerschaften mit ihren besonderen Risiken für Mutter und Kind(er) reduziert werden, statistisch nachweislich mit einigem Erfolg.<sup>19</sup>

Die zweite heute problematisierte Beschränkung ist die Begrenzung der Behandlung auf das Alter von bis zu 40 Jahren bei der Frau und bis zu 50 Jahren beim Mann, was die Kostenerstattung betrifft.

Eine dritte Beschränkung, die in jüngerer Zeit in Frage gestellt wird, ist die Bindung der Behandlung an den Status des Verheiratetseins oder zumindest an das Bestehen einer stabilen Partnerschaft der betreffenden Paare mit Kinderwunsch. Beides wird in jüngeren rechtswissenschaftlichen und medizinischen Wortmeldungen als diskriminierend oder wenigstens als nicht mehr zeitgemäß dargestellt.

Auch bei einer flexibleren Handhabung des Kriteriums stabile Partnerschaft kann unter der Perspektive der höchstrichterlichen Rechtsprechung der letzten zehn Jahre in Deutschland und der Öffnung des Instituts Ehe „für alle“ durch den Deutschen Bundestag im Jahr 2017 die Bindung an die Verschiedengeschlechtlichkeit des Paares, das eine Kinderwunschbehandlung begehrt, als eine Diskriminierung interpretiert werden, die gegen die Gesetze verstößt.

Bezüglich der *Eizellspende* und der *Samenspende* wird schon seit Jahren heftig kritisiert, dass sie ungleich behandelt würden, insofern das eine – nämlich die Eizellspende – in Deutschland wie auch in anderen Ländern verboten ist, während das andere – die Samenspende – schon immer erlaubt gewesen sei. Für diese Ungleichbehandlung gebe es keinen zwingenden Grund: Die Kinder, die nach Eizellspende geboren wurden, haben laut Untersuchungen keine größeren Risiken für ihre Entwicklung als die anderen auch. Entscheidend sein sollten deshalb allein das Einverständnis der spendenden Personen und die medizinische Unbedenklichkeit der Gewinnung des Spende-„Materials“. Ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die Frauen, die zur Gewinnung von Eizellen eine hormonelle

---

<sup>18</sup> Vgl. die unten in Anm. 28 und Anm. 29 aufgeführten Titel.

<sup>19</sup> Vgl. *Leopoldina*, Stellungnahme Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (wie Anm. 7).

Stimulation über sich ergehen lassen müssten, lasse sich auf geeignetem Wege vermeiden, beispielsweise indem die Spenderinnen auf den Kreis der Frauen beschränkt würden, die sich selbst einer Kinderwunschbehandlung unterziehen.<sup>20</sup>

Auch die *Embryospende* und *-adoption* ist derzeit im Grundsatz verboten. Doch wird dagegen immer wieder auf das Problem der nicht gebrauchten eingefrorenen imprägnierten Eizellen (oder „*Vorkernstadien*“) hingewiesen, die zwar noch keine Embryonen im Sinne des Gesetzes sind, aber sehr wohl schon von einem Spermium durchdrungen sind. Warum eigentlich sollten sie nicht an Paare mit Kinderwunsch, bei denen andere Methoden erfolglos waren, weitergegeben werden dürfen? Schon heute gibt es im Gesetz eine interessante und wie manche Juristen<sup>21</sup> sagen vom Gesetzgeber mit Absicht gelassene Lücke, die es erlaubt, Embryonen, die im Rahmen einer Unfruchtbarkeitsbehandlung keine Verwendung mehr finden werden, weil deren Eltern ihre Familienplanung abgeschlossen haben oder einer von beiden gestorben ist, einem Paar zu spenden, das für die Erfüllung seines Kinderwunschs auf eine solche Spende angewiesen wäre – vorausgesetzt, dass die genetischen Eltern einverstanden sind und dass keine Bezahlung erfolgt. Hierbei handelt es sich ja um das wesentliche Kennzeichen einer „Spende“: Sie überlässt oder gibt etwas mit der Absicht, dass es für andere zum Wohl gereicht. Die auf Reform zielenden Überlegungen gehen dahin, zwar am Verbot von Embryoerzeugung und Embryospende zu Adoptivzwecken festzuhalten, aber die Spendung und Adoption bereits vorhandener, aber nicht mehr „gebrauchter“ Embryonen durch ungewollt kinderlose Paare zu erlauben und rechtlich zu regeln. Denn auch die Adoption eines fremden Embryos könne, so der Würzburger Moraltheologe Stephan Ernst, „Ausdruck, Frucht und Ziel der ehelichen Liebe und gegenseitigen Selbsthingabe der Ehepartner“<sup>22</sup> sein. Ein weiterer Aspekt, der in dieser Diskussion auch ins Spiel gebracht wird, ist der Hinweis auf die sonst für die Eltern unvermeidliche entstehende Alternative, der Vernichtung der befruchteten Eizellen zuzustimmen oder aber die Kosten einer langen Kryokonservierung zu bezahlen.<sup>23</sup>

Eine *Kryokonservierung* eigener Eizellen kann angestrebt werden, um die Eizellen einer Frau für einen späteren Kinderwunsch vorzuhalten. Das kann aus medizinischen Gründen sinnvoll und angeraten sein, etwa bevor bei einer Krebserkrankung mit einer Chemotherapie begonnen wird. Seit einigen Jahren werden aber auch Gründe diskutiert, die als „soziale“ charakterisiert werden, wie etwa der Wunsch, die Erfüllung des Kinder-

---

<sup>20</sup> Zu den medizinischen Chancen und Risiken für die durch Eizellspende schwanger werdende und für die Spenderin vgl. *Leopoldina*, Stellungnahme Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (wie Anm. 7), 65–67.

<sup>21</sup> Vgl. etwa *Monika Frommel*, Juristisches Gutachten zur Frage der Zulässigkeit der Freigabe kryokonservierter befruchteter Eizellen (2-PN Stadien) durch die Inhaber, des Auftauens mit Einverständnis des Spenderpaares und des extrakorporalen Weiterkultivierens zum Zwecke der Spende an eine Frau, von der die Eizelle nicht stammt, Kiel 2011 (abrufbar unter: [https://www.netzwerk-embryonenspende.de/recht/gutachten\\_frommel\\_embryonenspende.pdf](https://www.netzwerk-embryonenspende.de/recht/gutachten_frommel_embryonenspende.pdf)).

<sup>22</sup> *Stephan Ernst*, Soll man Embryonen zur Adoption freigeben können? – Überlegungen aus der Sicht theologischer Ethik, in: *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 62 (2016) 133–149, hier 141 unter Aufnahme einer verbreiteten Sprechweise nachkonziliarer katholischer Theologie.

<sup>23</sup> Vgl. etwa *Wolfram Höfling*, Verfassungsrechtliche Aspekte der Verfügung über menschliche Embryonen und „humanbiologisches Material“. Gutachten für die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“, Köln 2001, 184–188.

wunschs auf spätere Jahre zu verschieben, um eine berufliche Karriere oder ein angefangenes Projekt (z. B. eine Ausbildung oder eine wissenschaftliche Arbeit) ohne Unterbrechung fortsetzen zu können oder weil man im Moment noch nicht den richtigen Partner gefunden hat. Es ist bekannt, dass in Teilen der Wirtschaft durchaus Sympathien und Interesse an derartigem *Social Egg Freezing* besteht und jungen Mitarbeiterinnen sogar das Angebot gemacht wird, die Kosten für die Aufbewahrung zu übernehmen.<sup>24</sup>

Auch die *Leih- oder Ersatzmutterschaft* ist in Deutschland verboten. Doch führt der Umstand, dass sie in mehreren europäischen Ländern und übrigens auch in den USA erlaubt ist, dazu, dass von dieser Möglichkeit auch durch Paare aus Deutschland Gebrauch gemacht wird. Für die Rechtsordnung stellt sich dann allerdings das Problem, dass sie die so entstandenen und von den „Bestellern“ ins Land gebrachten Kinder nicht benachteiligen darf. Viele der von Kinderlosigkeit Betroffenen stellen die Frage, warum der Staat ihnen diese Option verbietet. Natürlich kann man dann antworten, dass in Ländern wie der Ukraine und bis vor einiger Zeit Indien Leihmutterschaft ein Geschäftszweig ist, in dem Frauen, die unter ärmlichsten bis prekären Bedingungen leben müssen, ihre Fähigkeit zu leiblicher Mutterschaft an Frauen verkaufen, die sie gar nicht wirklich kennen und die sich diesen Service leisten können oder aus Bequemlichkeit sogar leisten wollen. Andererseits lassen sich eben auch Konstellationen vorstellen, in denen es nicht primär um eine Verdienstmöglichkeit geht, sondern um Hilfe unter Frauen, etwa weil eine Tochter, eine Schwester oder eine gute Freundin krankheitsbedingt keine Schwangerschaft durchstehen könnte. In der Ethik unterscheidet man heute deshalb vielfach die altruistische Leihmutterschaft von einer kommerziellen.

*Präimplantationsdiagnostik* kann bekanntlich nur im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation oder einer Interzytoplasmatischen Spermieninjektion stattfinden. Sie zielt darauf ab, die genetischen Risiken eines Embryos abzuklären, bevor dieser in die Mutter transferiert wird. Präimplantationsdiagnostik ist nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz grundsätzlich (im Sinn von eigentlich) verboten, aber aufgrund eines Urteils des Bundesgerichtshofs im Jahr 2011 dahingehend geregelt worden, dass sie ausnahmsweise erlaubt ist, wenn seitens der Eltern ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit des Kindes besteht oder eine Schädigung des Embryos besteht, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tod- oder Fehlgeburt führen wird. Die jüngere Diskussion nimmt Anstoß an der Prüfung und Bewertung durch eine dafür vom jeweiligen Bundesland bestellte Ethikkommission, die im Einzelfall zu prüfen hat, ob diese Voraussetzungen vorliegen. Dass diese regional zuständigen Ethikkommissionen interdisziplinär zusammengesetzt sind und ihre Voten infolgedessen auch von Nichtmedizinerinnen abhängen, wird ebenso kritisiert wie die Regelung, dass die Prüfung nach bisherigen Erkenntnissen unterschiedlich gehandhabt wird und für die antragstellenden Eltern mit Kosten verbunden ist. Ein weiterer Kritikpunkt besteht darin, dass wegen der restriktiven Regelung der PID die Frauen

---

<sup>24</sup> Große Aufmerksamkeit löste im Jahr 2014 die Ankündigung von Google, Facebook und weiteren Firmen aus, ihren Mitarbeiterinnen die Kosten für das Einfrieren zu bezahlen. Zu den gesellschaftspolitischen und lebenskonzeptionellen Hintergründen und Problemen vgl. etwa *Jacqueline Lang*, Kinder – ja, aber später, in: *Süddeutsche Zeitung* 75 (17. Juli 2019) 22, und *Felicitas Witte*, Kinderwunsch – auf Eis gelegt, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 29. Februar 2020, C 1.

nicht zu diesem frühen Zeitpunkt bereits alle Informationen über die genetischen Risiken ihres Embryos erhalten dürfen, die sie später, also nach der Übertragung des Embryos im Zuge einer invasiven Pränataldiagnostik, erhalten können; viele sähen sich deshalb gezwungen, eine Schwangerschaft „auf Probe“ einzugehen. Deshalb scheint die Forderung plausibel, dass die Voraussetzungen von PID und PND zumindest angeglichen werden müssten.<sup>25</sup> Eine andere Befürchtung ist damit allerdings noch nicht ausgeräumt, nämlich die, dass die PID eines Tages dazu benutzt werden könnte, dass die Eltern den Embryo nach ihren Präferenzen auswählen und ihre Bereitschaft, Eltern zu sein, an Bedingungen knüpfen könnten.<sup>26</sup>

#### **IV. Ethische Prinzipien für die Regulierung der reproduktionsmedizinischen Entwicklungen und die Praxis der Beratung**

Nimmt man sämtliche dieser Diskussionspunkte in den Blick, so ist die gemeinsame Richtung, in die die neuere Entwicklung geht, ziemlich klar: Es ist die Vorstellung, dass Menschen, Männer wie Frauen und auch unabhängig von ihrer jeweiligen sexuellen Orientierung, ein Recht auf Fortpflanzung haben, das Vorrang hat vor allen Ansprüchen, die von Seiten des Staates, der Gesellschaft, der Tradition, der Religionsgemeinschaften und auch der Familien geltend gemacht werden können. Selbst zu bestimmen, wann und mit wem man ein Kind bekommt, ist der Kern und die treibende Kraft aller Gedanken und Forderungen, die sich um die neuen Spielräume, die die Reproduktionsmedizin möglich gemacht hat, herum gebildet haben. Verfassungsjuristen sprechen von einem Grundrecht auf Fortpflanzung,<sup>27</sup> das in den offiziellen Verfassungstexten zwar als Begriff nicht vorkomme, aber der Sache nach im Grundrecht auf Persönlichkeit und in dem auf Schutz von Ehe und Familie material enthalten sei. Immer häufiger trifft man dafür auch oder stattdessen auf die Redeweise von einem Recht auf reproduktive Autonomie,<sup>28</sup> die aus der amerikanischen Rechtsphilosophie stammt.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> So *Leopoldina*, Stellungnahme Fortpflanzungsmedizin in Deutschland (wie Anm. 7), 10, 89–91.

<sup>26</sup> Vgl. dazu *Katharina Beier; Claudia Wiesemann*, Reproduktive Autonomie in der liberalen Demokratie. Eine ethische Analyse, in: *Claudia Wiesemann; Alfred Simon* (Hg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Münster 2013, 205–221, hier 216.

<sup>27</sup> Vgl. etwa *Frauke Brosius-Gersdorf*, Art. 6 – Ehe und Familie, in: *Horst Dreier* (Hg.), *Grundgesetz: Kommentar*, Bd. 1, Tübingen <sup>3</sup>2013, 839–934.

<sup>28</sup> Vgl. *Friederike Wapler*, Reproduktive Autonomie: rechtliche und rechtsethische Überlegungen, in: *Susanne Baer; Ute Sacksofsky* (Hg.), *Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen*, Baden-Baden 2018, 185–213; *Nina Dethloff*, Reproduktive Autonomie, in: ebd., 229–237; *Jens Kersten*, Regulierungsauftrag für den Staat im Bereich der Fortpflanzungsmedizin, in: *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht* 37 (2018) 1248–1254; für die Schweiz: *Andrea Büchler*, *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*, Basel 2017.

<sup>29</sup> Vgl. *Ronald Dworkin*, *Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*, Reinbek 1994 (orig. New York 1993); *Erin L. Nelson*, *Law, Policy and Reproductive Autonomy*, Oxford (Portland) 2013.

Diese Ausdrucksweise von der reproduktiven Autonomie erscheint aber einigermaßen problematisch, weil sie das Recht auf Fortpflanzung letztlich auf das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Individuums gründen will.<sup>30</sup> Kinder bekommt man aber nicht als Einzelpersonen, sondern immer mit jemandem anderen. Die Reproduktionsmedizin hat zweifellos etwas daran verändert, dass sowohl das „Ob“ als auch das „Mit wem“ und der Zeitpunkt des Kinderbekommens und auch die Fruchtbarkeit der Partner viel von ihrer bisherigen Schicksalhaftigkeit verloren haben und Alternativen offenstehen. Aber Kinder bekommt man immer noch zu zweit. Das mag altbacken klingen und als naturalistisch disqualifiziert werden. Aber auch gleichgeschlechtliche Paare sind zur Verwirklichung ihres Kinderwunschs auf Keimzellen des anderen Geschlechts angewiesen; und die wachsen nicht auf irgendwelchen Plantagen, sondern müssen von Männern bzw. Frauen zur Verfügung gestellt werden, die damit einverstanden sind und die immer auch ihre genetischen Spuren hinterlassen.

Zudem blendet die Interpretation des Rechts auf Fortpflanzung als Recht auf reproduktive Autonomie mit dem großen und verheißungsvoll besetzten Begriff der „Autonomie“ im Zusammenhang des Kinderbekommens aus, dass Autonomie hier wie in vielen anderen Bereichen des Lebens immer nur graduell vorhanden ist. Jedenfalls konkret ist die Entscheidung, ein Kind zu bekommen und ins Leben zu begleiten, stets eine Entscheidung, die eingebettet ist in eine individuelle Biographie, in persönliche Bereitschaften, in Wünsche und Ressourcen, die vorhanden sind oder eben nicht, in eine Partnerschaft oder Beziehung, die von der Verlässlichkeit und der längerfristigen Engagiertheit des Anderen abhängt, in großelterliche Familien- oder gute Freundschaftsnetze usw.

Tatsächlich ist aber auch denen, die für ein Recht auf reproduktive Autonomie als normativem Zielpunkt der im Gang befindlichen Entwicklungen plädieren,<sup>31</sup> durchaus bewusst, dass dieser prinzipielle Bezug auf die Freiheit der Selbstbestimmung nicht ausreicht. Berücksichtigt werden muss vielmehr auch die gesundheitliche Situation der Frau, die sich der entsprechenden Behandlung unterzieht und die ja in allen Fällen – den erfolgreichen wie den misslingenden – tief involviert ist mit den Reaktionen ihres eigenen Körpers, mit ihren Gefühlen und Bindungen, mit der Notwendigkeit, ihren Lebensstil auf die Schwangerschaft abzustimmen, und eben auch mit ihren Hoffnungen, Erwartungen und Ängsten. Zu berücksichtigen gilt es darüber hinaus auch die Perspektive des Kindes, das mit medizinischer Assistenz entsteht (oder entstehen könnte). Als Platzhalter für diese kindliche Perspektive wird heute meist der Begriff des „Kindeswohls“ verwendet.<sup>32</sup> Dessen Inhalt ist einigermaßen unscharf und spekulativ, weil das Wohl eines bestimmten Kindes im konkreten Leben stark individuell gefärbt ist und von Kind zu Kind changiert. Trotzdem dürfte es unbestreitbar sein, dass zum Wohl eines Kindes substanziell das Umsorgtwerden und das Aufwachsenkönnen in einer Atmosphäre der Geborgenheit und Lie-

---

<sup>30</sup> Ausführlich dazu jetzt *Konrad Hilpert*, Recht auf reproduktive Autonomie. Sinn und Problematik eines aktuellen menschenrechtlichen Topos, in: Irene Klissenbauer u. a. (Hg.), *Menschenrechte und Gerechtigkeit als bleibende Aufgaben. Beiträge aus Religion, Theologie, Ethik, Recht und Wirtschaft*, Göttingen 2020, 413–428.

<sup>31</sup> Vgl. *Wapler*, Reproduktive Autonomie (wie Anm. 28); *Kersten*, Regulierungsauftrag für den Staat (wie Anm. 28)

<sup>32</sup> Vgl. dazu die gründliche Studie von *Friederike Wapler*, *Kinderrechte und Kindeswohl. Eine Untersuchung zum Status des Kindes im Öffentlichen Recht*, Tübingen 2015.

be bei erwachsenen Personen gehört; ferner gesicherte Lebensverhältnisse, der Schutz der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, dem jeweiligen Entwicklungsstand angemessene Erfahrungen.<sup>33</sup> In rechtlicher Hinsicht lässt sich als konstitutives Element des Kindeswohls offensichtlich am präzisesten die Kenntnis der eigenen Abstammung und der daraus folgende Anspruch, die genetischen Eltern und eventuell vorhandene Geschwister kennenzulernen, als Teil der umfassenderen Identität fassen.

Mir scheint, dass auch die bislang unangefochtene Überzeugung, dass Eizellen, Embryonen und das Austragen einer Schwangerschaft nicht als geldwerte Waren bzw. Dienstleistungen behandelt werden dürfen, ebenso wie die fortbestehen sollenden Verbote etwa des Klonens und der Mischwesen-Erzeugung Ausstrahlungen einer prinzipiellen Position sind, nämlich der Anerkennung und Achtung der Menschenwürde. Das Schutzniveau ist hier zwar nicht so hoch wie beim geborenen Menschen; aber dennoch gilt es doch weiterhin als selbstverständlich, dass auch die frühen Stadien menschlichen Lebens nicht einfach wie Material und biologischer Rohstoff behandelt werden dürfen, sondern Sorgfalt und Schutz verdienen und dass deren Nutzung stark eingeschränkt ist.

Ferner bleibt auch für die neuen reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten die grundsätzliche ethische Forderung bestehen, dass Elternschaft von den Subjekten, die sie anstreben oder riskieren oder eben mittels medizinischer Assistenz herbeiführen, verantwortet werden können soll. Regulierungen durch das Recht markieren nur eine Rahmenordnung, innerhalb derer möglichst alle vorkommenden Verfahrensweisen, Leistungen und Personenkonstellationen allgemeingültig eindeutig zuordenbar sein sollen. Was die Einzelnen davon in Anspruch nehmen und in ihrem persönlichen Lebensplan realisieren möchten, steht in ihrer eigenen Verantwortung.

Und genau an dieser Stelle setzen das Angebot und die Aufgabe der Beratung ein. Deren Sache kann es weder sein, die staatlichen Vorgaben zu ignorieren und zu durchbrechen, noch, die um Rat Fragenden zur Übernahme der offiziellen kirchlichen Positionen und zur Befolgung autoritativer Empfehlungen zu bringen. Vielmehr geht es bei der Beratung um den Zwischenraum, also genau darum, wo und wie verantwortete Elternschaft konkret werden kann. Da braucht es, wenn es um medizinische Assistenz geht,

1. Aufklärung. Deren Gegenstand sind weniger die medizinischen Verfahren und Details als die Information über die „Achterbahn“ von Hoffnungen und Enttäuschungen und die gar nicht so kleine Möglichkeit des Misslingens.
2. Unterstützung beim Erkennen, was die Frau und der Mann, die sich beraten lassen, selbst zutiefst und eigentlich wollen. Sich beraten lassen kann auch bedeuten, sich zu einem alternativen Umgang mit der Situation des unerfüllten Kinderwunschs ermutigt fühlen zu wollen.
3. Hilfe beim Sortieren, welches die eigenen Wünsche sind und welches die von anderen, zum Beispiel des Partners, der eigenen Eltern, der Bekannten und Kolleginnen, des behandelnden Arztes usw.

---

<sup>33</sup> So etwa das Diskussionspapier zur Adoption des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V., abrufbar unter: <http://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2014/dv-30-13-adoptionspapier.pdf>.

4. Begleiten und Trösten, wenn Erwartungen und strapaziöse Versuche nicht ans Ziel geführt haben.
5. Solidarisches Mitaushalten von Belastungen und Konflikten, die durch das Beharren auf dem eigenen Weg oder durch das Misslingen einer Behandlung ausgelöst wurden.
6. Hilfestellung zur Einsicht, dass man sich unter Umständen von bestimmten Idealen und Lebensplänen verabschieden muss.

Beraterinnen sollten sich jedenfalls nie als verlängerter Arm des kirchlichen Lehramts verstehen, sondern als Erbringerinnen eines von der Kirche getragenen Dienstes an Paaren und an Frauen, die sich auf das Kinderbekommen einlassen wollen oder eingelassen haben, aber auf dem Weg zur Realisierung dieses Wunsches in eine Situation der Verletzung, der Not, des Drucks, des Konflikts oder der Kränkung geraten sind, die sie belastet. Darin sollen sie sich nicht allein gelassen fühlen. Beratung bietet ihnen aber nicht die fertigen Lösungen an, sondern erarbeitet, wenn es gut geht, Gesichtspunkte für bessere eigene Entscheidungen.

Dass hierbei gelegentlich auch Differenzen zwischen der eigenen Einschätzung der Beraterin, der Einschätzung der beratenen Frau bzw. des beratenen Paares und auch zur kirchlichen Position vorkommen können, kann nicht ausgeschlossen werden. Dass sie ausgehalten werden müssen, gehört zum Ethos ihrer eigenen Profession.

The discipline of reproductive medicine is one of the most dynamic fields in medical research and its practical implementation. Since the new opportunities offer additional options, they directly influence the concepts and realization of different life plans and forms of relationships. At the same time, they slowly and secretly change socially acknowledged perceptions, for instance of the “normal” time for women to become pregnant, of dealing with fertility as well as infertility, and of the governmental competence to restrict or financially support feasible options. The present article – originally written for the education academy for female consultants of the “Sozialdienst Katholischer Frauen” – firstly outlines the current situation in society, politics and the Church (I) as well as in theological ethics (II). Secondly, it introduces the field of application of current reproductive medical procedures (III) and reflects on the challenge of consulting in a complex field of action in which the autonomy of individuals, the governmental competence to create legal framework regulations and deeply rooted moral perceptions of partnership, reproduction and fulfilment on the one hand and ecclesial interpretations on the other hand collide (IV).