Ethische Herausforderungen der Reproduktionsmedizin

Wahrung der Autonomie – zu welchen Bedingungen?

Jean Martin

Dr. med., Mitglied der Redaktion

Seit der Geburt von Louise Brown im Jahr 1978 wirft der teilweise atemberaubend schnelle Fortschritt in der Reproduktionsmedizin immer wieder ethische Fragen auf mit der entsprechenden medialen Aufmerksamkeit. So im vergangenen November in den USA, als Baby Emma dank eines 1992 – kurz nach der Geburt der eigenen Mutter! – eingefrorenen Embryos geboren wurde [1], oder wenn Samenspender Dutzende oder Hunderte von Kindern zeugen [2]. Ist das akzeptabel?

In einem anderen Kontext steht ein spezieller Bericht des *Hastings Center Report,* der unter dem Titel «Richtige Fortpflanzung» einer von der «Boger Initiative for the Wise Use of Emerging Technologies» (wertvolle Zielsetzung!) finanzierten Konferenz entnommen wurde. Zehn Beiträge von elf Autoren, davon zehn Frauen, Bioethikerinnen, Ärztinnen und Juristinnen [3].

Louise King geht der Frage nach, ob der Arzt Ersuchen, mit denen er nicht einverstanden ist, stattgeben sollte, ob er die Patienten zu anderen Optionen überreden sollte. Im (wenig regulierten) «Wild West of American reproductive medicine» sind etliche Kollegen der Ansicht, solchen Ersuchen nachgeben zu müssen, da die Frau bzw. das Paar durch ein anderes Vorgehen eine Beschränkung ihrer/seiner Entscheidungsmöglichkeiten hinnehmen müsse. Diese Argumentation macht deutlich, wie sich die Thematik im Laufe der Zeit gewandelt hat, beispielsweise dazu, ob Alleinstehende die künstliche Befruchtung nutzen dürfen, was lange Zeit verboten war, heute jedoch oft zugelassen wird.

Die aktuell diskutierten Themen beinhalten auch die freie Geschlechterwahl, die Frage der Mehrlingsgeburten, die immer häufiger vermieden werden, das Einfrieren von Eizellen *(social egg freezing)* (aus «sozialen» Beweggründen), im Rahmen dessen junge Frauen, die ihrer Karriere nicht schaden wollen, ihre Eizellen zum Zeitpunkt optimaler Fruchtbarkeit für eine spätere Schwangerschaft einfrieren lassen. Die *American Society for Reproductive Medicine* hat sich übrigens gegen diese Option ausgesprochen.

Medizin ist mehr als die schlichte Bereitstellung einer Leistung, meint Louise King. «Zum einen sind wir ständig mit dem unzureichenden wissenschaftlichen Wissen konfrontiert. In der Praxis verbringe ich viel Zeit mit der Erklärung dessen, was ich zum Ergebnis einer Operation nicht sagen kann [...] Ich habe den grössten Respekt vor meinen Patienten und versuche, ihre freie Wahl zu erleichtern, aber gleichzeitig ist es auch meine Pflicht, sie darauf hinzuweisen, dass ein bestimmtes Vorhaben 'wirklich eine schlechte Idee' ist und dann lehne ich ab.» Wir tendieren heute verstärkt zur (eigentlich positiven) partnerschaftlichen Entscheidung, was jedoch nicht bedeutet, irrationalen Präferenzen Folge leisten zu müssen. Andere Kollegen unterschätzen das Risiko oder verschweigen es und berücksichtigen dabei nicht, was die assistierte Reproduktion insgesamt für die Gesundheit der Frau bedeutet.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der richtigen Demarkationslinie, «um das richtige Gleichgewicht *(a complex balancing)*» herzustellen. Die Ethik der 'Care' setzt ihren Akzent auf die soziale Dimension der individuellen Entscheidungsnahme. «Wahlfreiheit und Verantwortlichkeit sind komplementär und abhängig voneinander aufzufassen. Bei der künstlichen Befruchtung und der Genetik gilt es neben dem Interesse der Frau und des Paares auch das Kindeswohl und die möglichen Auswirkungen auf die Gesellschaft und künftige Generationen zu berücksichtigen.»

Ein anderer Artikel stammt aus der Feder von Ruth Deech (Juristin), die den Vorsitz der britischen *Human Fertilisation and Embryology Authority* innehatte (dessen Arbeit seit dem Warnock-Report aus dem Jahr 1984 sehr einflussreich ist): «Eine vollständige Wahrung der Autonomie im Bereich Reproduktion gibt es nicht und kann es nicht geben. Der richtige Einsatz der assistierten Reproduktion impliziert mehr als nur eine Person oder ein Paar.» Die Autorin glaubt übrigens nicht, dass die Autonomie der Patientin in einem deregulierten Markt besser gewahrt bleibt.

Diese Erörterungen gelten für die gesamte Medizin – auch wenn die künstliche Befruchtung ein Feld ist, bei dem der leidenschaftliche Wunsch eines Paares möglicherweise oft über das hinausreicht, was vertretbar ist. Dabei geht es nicht darum, das Streben nach Autonomie des Patienten beschränken zu wollen, sondern darum, dass dieses Streben nicht dazu führt, dass der Arzt zu kontraindiziertem Handeln gezwungen wird.

Literatur

1 Profession supergéniteur. Marianne (Paris), 8.–14. Dezember 2017, 54–9.
2 Franz. Website L'Express.fr, 20. Dezember 2017.
3 King LP et al (Ed.). Just Reproduction – Reimagining Autonomy in Reproductive Medicine. Hastings Center Report. Supplement to Vol. 47, No. 6, September–December 2017, 63 pages.

jean.martin[at]saez.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html