

„Geschaffen, nicht gezeugt“ – Kinder aus dem Labor

2003 feiert jene junge Frau ihren 25. Geburtstag, die am 25. Juli 1978 in der englischen Industriestadt Oldham als das erste Retortenbaby der Welt geboren wurde: Louise Joy Brown, inzwischen selbst Mutter eines normal gezeugten Kindes. Den zweiten Vornamen, Joy (Freude), durfte Patrick Steptoe aussuchen, der zusammen mit seinem Kollegen Robert Edwards als einer der medizinischen Väter des Mädchens gilt. Das „große Wunder der Medizin“, wie die Bild-Zeitung damals schrieb, war vollbracht. Es dauerte noch zwei Jahre, bis das nächste in vitro gezeugte Kind geboren wurde, diesmal in Australien. Das erste deutsche Retortenbaby, Oliver, brachte die Schneiderin Maria Wimmelbacher 1982 in der Frauenklinik Erlangen zur Welt.

Was damals als Sensationsmeldung galt, ist heute ärztliche Routine. Weltweit leben über eine Million solcher Kinder, davon mindestens 100 000 in Deutschland. In der Bevölkerung trifft die Fortpflanzungsmedizin weithin auf Zustimmung¹ und wird auch zunehmend in Anspruch genommen. Allerdings sind die einzelnen Methoden der künstlichen Befruchtung weder ethisch ausdiskutiert noch rechtlich befriedigend geregelt. Der folgende Beitrag gibt einen geschichtlichen Überblick, berichtet über den aktuellen Sachstand und nimmt eine ethische und rechtliche Bewertung vor.

Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

Mehr als eine Million Paare sind in Deutschland ungewollt kinderlos. Von ungewollter Kinderlosigkeit spricht man, wenn innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren, manche gehen sogar schon von einem Jahr aus, bei regelmäßigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eingetreten ist². Während man früher die Ursachen dafür allein bei der Frau suchte, weiß man heute, daß diese etwa gleichmäßig auf beide Partner verteilt sind. Sie liegen zu je 30 bis 40 Prozent beim Mann oder bei der Frau und zu ebenfalls 30 bis 40 Prozent bei beiden zugleich. Der Anteil der Störungen, deren Ursache ungeklärt bleiben (idiopatische Störungen), beträgt bis zu 35 Prozent. Die Gründe der Kinderlosigkeit sind vielfältig: Der Beruf und die Beziehung, das Freiheitsbedürfnis und die Finanzlage sind nur einige. Der wohl wichtigste Grund ist, daß Paare sich heute relativ spät für ein Kind entscheiden – ein für Industriestaaten typischer Trend. Zunehmend mehr Frauen und Männer finden den geeigneten Lebenspartner, mit dem sie eine Familie gründen

möchten, erst zu einem Zeitpunkt, zu dem man in früheren Zeiten bereits an Enkel dachte. Hinzu kommt, daß für viele berufstätige Frauen Kinder ein biographisches Risiko darstellen, das man möglichst vermeiden möchte. In Deutschland liegt das durchschnittliche Heiratsalter von Frauen bei 27 Jahren und von Männern bei 29 Jahren. Die Fruchtbarkeit der Frau verringert sich jedoch mit zunehmendem Alter; ihre Empfängnisbereitschaft ist mit ungefähr 24 Jahren am höchsten und nimmt ab Ende 20 bereits ab. Häufig wünschen sich auch Frauen in einer zweiten Ehe oder nach einer Sterilisation ein Kind. Weitere Ursachen der Unfruchtbarkeit können schädliche Umwelteinflüsse, aber auch die Lebensweise sein – und zwar bei Frauen wie bei Männern. So soll in den letzten Jahren die Anzahl der befruchtungsfähigen Samenzellen im Sperma der Männer leicht gesunken sein³.

Mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin kann Paaren, bei denen sich nach ein oder zwei Jahren noch keine Schwangerschaft eingestellt hat, geholfen werden, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Dies geschieht durch Behandlung der gestörten Fortpflanzungsfunktionen mit Methoden der Psychotherapie, Hormonbehandlung, Mikrochirurgie und Insemination sowie den verschiedenen Verfahren der künstlichen Befruchtung, insbesondere der In-vitro-Fertilisation (IVF)⁴.

Die Krankenkassen erleichtern die Entscheidung für die aufwendigen Therapieverfahren und bezahlen bei der In-vitro-Fertilisation bis zu vier Versuche, von denen jeder etwa 3000 Euro kostet. Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts vom April 2001 müssen nunmehr auch die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlung mittels Mikroinjektion (ICSI) bezahlen, etwa 4000 Euro. Man schätzt, daß für die Fortpflanzungsmedizin in Deutschland jährlich rund 200 Millionen Euro ausgegeben werden⁵.

Was wird gemacht? – Neue Techniken erhöhen Erfolgschancen

In Deutschland gibt es Schätzungen zufolge derzeit (2003) etwa 110 Fertilitätszentren und -praxen (vor fünf Jahren waren es 86, vor zehn Jahren 53 und vor 20 Jahren fünf), allerdings teilten nicht alle Zentren ihre Ergebnisse dem Deutschen IVF-Register mit, mit der Folge, daß sich einige damit auch der Kontrolle entziehen⁶.

Medizinische Hilfen zur Optimierung der Fortpflanzung sind nicht neu. Von einer erfolgreichen künstlichen (intravaginalen) Insemination wird schon aus dem Jahre 1770 berichtet. Forschungen zur In-vitro-Fertilisation wurden 1944 von den Amerikanern John Rock und Miriam F. Menkin durchgeführt, wobei es bei zwei von 1938 inseminierten menschlichen Eizellen zu einer Befruchtung und Entwicklung eines Embryos bis zum Zweizellstadium gekommen ist. Erst in neuerer Zeit konnte die Methode derart verbessert werden, daß die In-vitro-Fertilisation (seit 1978 in England und seit 1981 in Deutschland) als therapeutische Maßnahme angewendet wird.

Bis dahin war man insbesondere auf die *Insemination* als assistierte Fortpflanzungstechnik angewiesen. Diese Methode wird auch heute noch angewandt und kommt vor allem bei eingeschränkter Fruchtbarkeit des Mannes in Betracht. Hierbei wird mittels spezieller Instrumente eine große Anzahl normaler oder im Labor aufbereiteter Spermien in den Gebärmutterhals, in die Gebärmutterhöhle oder in den Eileiter eingebracht.

Ein weiterer Schritt auf dem Feld der Fortpflanzungsmedizin ist die schon genannte *In-vitro-Fertilisation*; sie ist die ursprüngliche Retorten-Baby-Methode. Die In-vitro-Fertilisation kommt zur Anwendung, wenn bei der Frau beide Eileiter fehlen oder völlig verschlossen sind und auch nicht operativ geöffnet werden können, wenn die Frau an Endometriose (versprengter Gebärmutter Schleimhaut) leidet oder Antikörper gegen männliche Samenzellen produziert. Eine erheblich verminderte Zeugungsfähigkeit des Mannes, zum Beispiel durch Spermadefekte, ist ebenfalls eine Indikation zur In-vitro-Fertilisation. Bei diesem Verfahren werden dem Eierstock Eizellen entnommen und außerhalb des Mutterleibes (in vitro) mit dem (aufbereiteten) Samen befruchtet und etwa zwei Tage nach der Befruchtung in die Gebärmutter übertragen; den Vorgang der Übertragung bezeichnet man als *Embryotransfer* (ET). Wie aus dem Deutschen IVF-Register zu sehen ist, fanden 2001 in Deutschland 28 506 Behandlungen mit dieser Methode statt.

Ein der In-vitro-Fertilisation ähnelndes Verfahren ist der *intratubare Gameten-transfer* (engl. gamete intrafallopian transfer – GIFT). Hierbei werden jedoch die dem Eierstock entnommenen Eizellen zusammen mit den aufbereiteten Spermien in den Eileiter zurückgebracht. Die eigentliche Befruchtung findet also nicht in vitro statt, sondern in der natürlichen Umgebung, dem Eileiter. Die Anzahl der Behandlungen mit dieser Methode nimmt ständig ab, während 1992 noch 1283 Behandlungen durchgeführt wurden, waren es 2001 nur noch 19.

Der *intratubare Zygotentransfer* (engl. zygote intrafallopian transfer – ZIFT) ist eine Kombination aus In-vitro-Fertilisation und intratubarem Gametentransfer, bei der die ersten Phasen der Befruchtung im Labor stattfinden können, bevor die Übertragung in den Eileiter erfolgt. Bei dieser Methode werden die Vorteile der In-vitro-Fertilisation (kontrollierte Bedingung der Befruchtung) mit den Vorteilen der Technik des intratubaren Gametentransfers (natürliches Milieu für die frühe Embryonalentwicklung) kombiniert. Auch diese Behandlungsmethode wird immer seltener angewandt. Im IVF-Register von 2001 wird sie nicht mehr eigens ausgewiesen.

Kommt es auch auf diese Weise nicht zur Schwangerschaft, weil die männliche Zeugungsfähigkeit massiv gestört ist, kann man noch einen Schritt weitergehen und durch *Mikroinjektion* (MI) direkt in den Befruchtungsvorgang eingreifen. Die bisher erfolgreichste Mikroinjektions-Technik ist die *intracytoplasmatische Sameninjektion* (ICSI). Hierbei wird eine einzige Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert. Wie seinerzeit die In-vitro-Fertilisation als Lösung für die Unfruchtbarkeit von

Frauen angesehen wurde, so scheint sich ähnliches mit der intracytoplasmatischen Sameninjektion als Lösung bei unfruchtbaren Männern abzuzeichnen. Somit wundert es nicht, daß die Anwendung dieser Methode sprunghaft zunimmt. Während 1994 nur 5856 Behandlungen durchgeführt wurden, waren es 2001 bereits 24 897.

Gesellschaftlich toleriert – Ethische Vorbehalte

Die ethische Bewertung der Fortpflanzungsmedizin ist nach wie vor unterschiedlich. Die gesellschaftliche und medizinethische Diskussion, die mehr oder weniger von der theologisch-ethischen abgekoppelt verläuft, ist in erster Linie an den erkennbaren Vor- und Nachteilen der einzelnen Methoden interessiert und macht daran auch das ethische Urteil fest. Sowohl die Insemination als auch die In-vitro-Fertilisation werden aus dieser Sicht für grundsätzlich unbedenklich angesehen, insofern sie im *homologen System* (Insemination mit Samen des Ehemannes) stattfinden. Dem Paar, so die Argumente, werde mit diesen Methoden, die inzwischen medizinischer Standard seien, zu einem eigenen Kind verholfen. Bezüglich der *quasi-homologen Insemination* (Insemination unter Partnern einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft) und der *heterologen Insemination* (Insemination mit Spendesamen) werden zwar Vorbehalte formuliert, aber mehrheitlich möchte man sie nicht verbieten. Die Vorbehalte werden zunächst im Hinblick auf das Wohl des Kindes vorgebracht, das durch die Trennung genetischer, leiblicher und sozialer Elternschaft gefährdet sei. Es wird auch zu bedenken gegeben, ob das Kind erfüllen könne, was sich die Eltern nach all dem Aufwand von ihm erhoffen⁷. Zudem könne es zu Spannungen in der Ehe dadurch kommen, daß sich die Mutter gedanklich mit dem genetischen Vater befasse und so dem Ehemann die Vaterrolle nicht voll zugestehe. Auch wird von Fällen berichtet, in denen Frauen den Reproduktionsmediziner als den eigentlichen Erzeuger ihres Kindes ansehen. Oder aber der Ehemann distanzieren sich als lediglich sozialer Vater von dem Kind, insbesondere bei dessen ungünstiger Entwicklung.

Als Gründe für eine heterologe Insemination werden angeführt: Das Kind sei – anders als bei einer Adoption – wenigstens mit einem Elternteil verwandt. Die Methode werde seit längerem praktiziert, ein Verbot sei kaum kontrollierbar und führe zur Diskriminierung der mit Hilfe dieser Methode bereits geborenen Menschen. Man sieht aber auch die durch das Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Vaterschaft möglicherweise entstehenden Probleme und möchte die Methode nur unter bestimmten Bedingungen zulassen: umfassende psychosoziale Beratung des Ehepaares vor der Behandlung; Anonymität des Samenspenders gegenüber den Eltern, wobei das Kind nach Ablauf des 16. Lebensjahres ein Auskunftsrecht gegenüber der Stelle hat, die die Spenderdaten dokumentiert; kein Entgelt für den Samenspender; die Samenspende soll nur bei *einem* Paar eingesetzt werden; keine

Verwendung von Samengemischen; die Samenspende soll nicht länger als zwei Jahre aufbewahrt werden. In die 1998 überarbeiteten IVF-Richtlinien der Bundesärztekammer hat man nunmehr auch die quasi-homologe und heterologe Insemination einbezogen und sie bewilligt, sofern vorher eine Beratung erfolgt ist bzw. ein zustimmendes Votum der jeweiligen Landesärztekammer vorliegt. Das Leitbild der Familie ist offenbar in unserer Gesellschaft nicht mehr stark genug, um eine solche (Fehl-) Entwicklung zu verhindern⁸.

Die Bedenken gegenüber dem heterologen Element, also der Samenspende durch Dritte, entfallen bei der Mikroinjektion (ICSI). Als weiteren Vorteil dieser Methode nennen ihre Befürworter die Tatsache, daß damit auch jenen Paaren zu einem Kind verholfen werden könne, die sonst aufgrund der eingeschränkten bzw. fast fehlenden Zeugungsfähigkeit des Mannes darauf verzichten müßten. Allerdings gibt man auch zu bedenken, daß es durch die sozusagen „erzwungene Befruchtung“ (unter Umgehung der natürlichen Selektion) bei den so gezeugten Kindern zu einer erhöhten Fehlbildungsrate kommen könne. Bislang liegen darüber und über mögliche Spätfolgen noch keine ausreichenden Untersuchungen vor. Ersten Hinweisen zufolge liegt die Fehlbildungsrate bei 1,3 Prozent⁹.

Da die Erfolgsrate (Baby-take-home-Rate) trotz aller Anstrengungen der Fortpflanzungsmediziner relativ bescheiden ist – je nach angewandter Technologie liegt sie zwischen neun und 15 Prozent – sind bei den Patientinnen Enttäuschungen und Frustrationen programmiert. Wer bezahlt schon gern für einen Mißerfolg? Ein Hauptgrund für den Mißerfolg sind Eizellen, die mit zunehmendem Alter Chromosomenfehler aufweisen und zu geschädigten Embryonen führen. Daß sich die Chancen für eine Schwangerschaft verbessern lassen, indem man die geschädigten Embryonen aussortiert, ist in mehreren Studien belegt. Die hierbei angewendete Methode ist die in Deutschland (noch) verbotene Präimplantationsdiagnostik (PID), die zunächst entwickelt wurde, um fruchtbaren Paaren zu einem gesunden Kind zu verhelfen, hier aber eingesetzt wird, um einem unfruchtbaren Paar nicht zu irgendeinem Kind, sondern zu dem besten Kind zu verhelfen. Ein Qualitätscheck per Embryonenauswahl – so wird argumentiert – erspare den IVF-Patientinnen potentiell Leid und den Krankenkassen Kosten. Die ursprüngliche Indikation der In-vitro-Fertilisation, die Behandlung der Unfruchtbarkeit, ist hier unter der Hand – zum Ausschluß eines kranken Kindes – erweitert und somit in den Dienst der Selektion gestellt worden. Die Handlungsorientierung: „Für eine Präimplantationsdiagnostik ist eine In-vitro-Fertilisation notwendig“ gilt nun auch umgekehrt: „Für eine gelungene In-vitro-Fertilisation braucht man eine Präimplantationsdiagnostik“.

Die Präimplantationsdiagnostik dient im Verbund mit der In-vitro-Fertilisation jedoch nicht nur dem Herausfiltern von kranken Embryonen, sie kann auch zur Geschlechtsbestimmung und -selektion eingesetzt werden. In den USA wird die Geschlechtsselektion mit der Präimplantationsdiagnostik ernsthaft unter dem

Stichwort „family balancing“ – Ausbalancieren des familiären Gleichgewichts – diskutiert und in Indien aus geburtenregelnden Gründen – zur Vermeidung von Mädchen – bereits durchgeführt¹⁰. Erste Forderungen, die Geschlechtsselektion auch in Europa zuzulassen, werden insbesondere in England erhoben. In Schottland versuchte eine Familie, die Erlaubnis gerichtlich zu erstreiten, per Präimplantationsdiagnostik ein Mädchen zu bekommen (Fall Masterton). Die Familie hatte vier Söhne und eine Tochter. Nach dem Tod der Tochter wollte sie die „weibliche Dimension“ in der Familie wieder herstellen. Das ethische Argument der „schiefen Ebene“ wird hier besonders deutlich: Wird eine bestimmte Technik erst einmal zugelassen, ist es fast unmöglich, ihren Einsatz zu begrenzen. So kam im August 2000 im US-Bundesstaat Colorado das Retortenbaby Adam Nash zur Welt, das eigens mit der Absicht erzeugt wurde, seiner an Knochenmarkserkrankung leidenden, sechs Jahre alten Schwester als Zellspender zu dienen. Mit Hilfe der Präimplantationsdiagnostik hatten die Mediziner Adam ausgesucht, weil er nicht das kranke Erbgut in sich trug und sein Gewebe mit dem der Schwester kompatibel war.

Weitere Stationen auf der schiefen Ebene werden die Keimbahntherapie sein, dann das sogenannte therapeutische – und schließlich das reproduktive Klonen. Gerade am Beispiel des Klonens zeigt sich, wie schnell sich medizinische und ethische Maßstäbe ändern können. Nach der Geburt des Klonschafs Dolly 1997 haben sowohl die Forschergemeinschaft als auch die Bevölkerung weltweit ein solches Verfahren am Menschen ausgeschlossen und geächtet. Inzwischen haben sich die Meinung und die Argumente verschoben. Heute geht es seltener darum, das Klonen kategorisch zu verbieten, weil es ethisch verwerflich wäre, Kinder zu produzieren, die das identische Erbgut eines bereits lebenden Menschen in sich tragen. Vielmehr argumentiert man jetzt vor allem pragmatisch: Weil die Methode noch nicht ausgereift sei, sei die Übertragung vom Tier auf den Menschen ein zu hohes Risiko¹¹.

Fortpflanzung ohne Altersgrenze – Wie alt ist zu alt?

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin stellt sich auch die Frage nach der Altersgrenze, jenseits derer eine künstliche Befruchtung nicht mehr praktiziert werden sollte. Im Ausland beispielsweise sind noch bei über 60jährigen Frauen künstliche Befruchtungen durchgeführt worden. Während die Richtlinien der Bundesärztekammer als Grenze das Klimakterium der Frau vorsehen, nennen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen eine Altersgrenze von 40 Jahren, ausnahmsweise 45 Jahren, wenn die Erfolgsaussichten durch einen Gutachter als positiv beurteilt werden. Es ist nicht uninteressant, daß die Richtlinie der Bundesärztekammer auf die *Natur* (Klimakterium) als Kriterium rekurriert, während man mit der künstlichen Befruchtung doch gerade die Natur zu umgehen

versucht. In diesem Zusammenhang bleibt zu fragen, wieweit die Natur auch Schutz der Person ist. Eine Altersgrenze scheint geboten zu sein, insbesondere im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes; sie sollte allerdings nicht nur die Frau betreffend festgelegt werden, sondern auch den Mann im Blick haben. Vieles spricht dafür, daß es keine Kinder für Eltern im Großelternalter geben soll. Manche Spätgebärende erleben noch nicht einmal den 18. Geburtstag ihres Kindes.

Ungelöste Folgeprobleme – Die Schattenseiten der Reproduktionsmedizin

Darüber hinaus führt die Fortpflanzungsmedizin zu einer Reihe bislang ungelöster Folgeprobleme, zum Beispiel dem Umgang mit überzähligen Embryonen. Das Embryonenschutzgesetz verbietet es, im Rahmen der künstlichen Befruchtung mehr als drei Embryonen zu erzeugen. In der Regel entspricht dies der Zahl an Embryonen, die auf die Frau übertragen werden. Überzählige bzw. verwaiste Embryonen würden somit nur dann entstehen, wenn deren Übertragung aus medizinischen Gründen aktuell nicht möglich ist und in einem späteren Zyklus erfolgen soll¹².

Nur aus diesem Anlaß ist eine *Kryokonservierung* (Konservierung bei sehr tiefen Temperaturen) nach ärztlichem Berufsrecht erlaubt. Im ungünstigsten Fall, wenn der Embryo also nicht auf seine Mutter übertragen und nicht durch Embryonenspende adoptiert wird, stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen. Eine Regelung bezüglich einer Aufbewahrungsfrist gibt es in Deutschland nicht. Geht man davon aus, daß die aktive Tötung von Embryonen verboten und strafbar ist, müßten diese eingefrorenen Embryonen unbefristet verwahrt werden. Andere europäische Länder haben eine Aufbewahrungsfrist festgelegt: England und Frankreich jeweils fünf Jahre, Dänemark, Norwegen, Österreich und Schweden jeweils ein Jahr. Nach einer Entschließung des Europäischen Parlamentes aus dem Jahre 1989 darf die Kryokonservierung die Zeit von drei Jahren nicht überschreiten.

Dem Problem der überzähligen Embryonen begegnet man in der deutschen Ärzteschaft inzwischen durch Kryokonservierung von *Vorkernstadien* (Pronukleus-Stadien). Da bei Vorkernstadien – das Spermium ist in die Eizelle eingedrungen, die Zellkerne sind aber noch nicht verschmolzen – die Befruchtung noch nicht stattgefunden hat, liegt auch noch kein neues Leben vor¹³. Außerdem überleben Eizellen in diesem Zustand das Einfrieren wesentlich häufiger als nicht imprägnierte. Die imprägnierten Eizellen kann man, so sehen es die Richtlinien der Bundesärztekammer vor, dann absterben lassen, wenn dies von einem Elternteil verlangt wird, oder wenn ein Elternteil verstorben ist. Damit ist den Ärzten in Deutschland das Problem erspart, das 1996 nicht nur England erschütterte, als dort 3000 tiefgefrorene Embryonen vernichtet wurden. Der Vatikan sprach von einem „pränatalen Massaker“. Jedenfalls ist der moralische Status von Vorkernstadien nicht ausreichend geklärt und der Umgang mit ihnen keineswegs ethisch unproblematisch.

Ein weiteres, mit der künstlichen Befruchtung einhergehendes Problem sind die *Mehrlingsschwangerschaften*. Diese liegen bei der physiologischen, also „normalen“ Befruchtung bei einem Prozent und bei der künstlichen zwischen 20 und 30 Prozent. Da solche Mehrlingsschwangerschaften (zwei oder mehrere Embryonen) einhergehen mit Fehlbildungen, höheren Geburtskomplikationen, höheren Frühgeborenenraten, höheren Gefährdungen der Embryonen und der Mutter, stellt sich für den Arzt gegebenenfalls die Frage nach einer Mehrlingsreduktion durch *Fetozid*, also der Abtötung einzelner Feten im Mutterleib, in der Regel durch eine Kaliumchloridinjektion in das Herz des Kindes. Der Eingriff, so argumentiert man, sei gerechtfertigt, weil dadurch den restlichen Ungeborenen eine größere Überlebenschance verschafft und/oder das Leben der Mutter gerettet werde.

Daß der Fetozid mit schweren ethischen und rechtlichen Problemen belastet ist und im Widerspruch zu dem ärztlichen Grundsatz vom Erhalt des Lebens steht, ist den daran Beteiligten bewußt und wird auch ausdrücklich in der Stellungnahme der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1989 festgestellt. In der Stellungnahme der Kommission wird daher dem Arzt empfohlen, alle geeigneten und angemessenen Maßnahmen zur Vermeidung einer Mehrlingsschwangerschaft zu ergreifen: zum Beispiel vorzugsweise zwei und nicht mehr als drei Embryonen zu implantieren (so auch die Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Aspekten der Embryonenreduktion aus dem Jahr 1995). Für den Fall, daß eine Mehrlingsreduktion erforderlich ist, empfiehlt die Stellungnahme der Bundesärztekammer eine unselektive Reduktion mittels Fetozid der am besten zugänglichen Embryonen. Hier greift die Bestimmung des § 218 a StGB, näherhin die medizinische Indikation, wonach ein Abbruch nicht rechtswidrig ist, wenn dadurch eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter abgewendet wird. Bricht der Arzt die Schwangerschaft allein deswegen ab, um die Überlebens- oder Gesundheitschancen der übrigen Embryonen zu erhöhen, handelt er ohne strafrechtliche Indikation. Bei aller Akzeptanz in der Gesellschaft müßte man spätestens an dieser Stelle nach der Perversion der Fortpflanzungsmedizin fragen. Die Fortpflanzungsmedizin, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leben zu schaffen, tötet in eben diesem Interesse Leben ab, was ethisch nicht zu rechtfertigen ist.

Problematische Hilfe – Wirkungen und Nebenwirkungen

Die Fortpflanzungsmedizin kann sich in einigen Fällen als heilsam erweisen, in anderen Fällen ist sie jedoch zweifelhaft, in einigen extremen Anwendungen eine Tat menschlicher Hybris. Insgesamt scheinen die Probleme, die sie erzeugt, größer zu sein als jene, die sie löst. Jedenfalls gilt es, besonders bei der In-vitro-Fertilisation, den hohen Einsatz im Zusammenhang des gesamten medizinischen Vorgangs, seines Ertrages und seiner Gefahren zu sehen und abzuwägen. Nach neueren Unter-

suchungen erweist sich das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken der In-vitro-Fertilisation als keineswegs überzeugend¹⁴. Wohl zu schnell wurde die Methode innerhalb des wissenschaftlichen Kollektivs für unverzichtbar gehalten; und ihre Verbreitung vollzog sich, wie es scheint, jenseits einer vernünftigen Effektivität und eines abschätzbaren Kosten-Nutzen-Kalküls. Denn die In-vitro-Fertilisation als Therapie des unerfüllten Kinderwunsches erreicht ihr Ziel, eine Geburt, nur in neun bis 15 Prozent der Fälle; und die unerwünschten Wirkungen und Gefährdungen sind beträchtlich. Sie äußern sich nicht nur in der hohen Quote erfolgloser Behandlungen, sondern auch in vermehrten Komplikationen beim Schwangerschafts- und Geburtsverlauf.

Auch kann mit der künstlichen Befruchtung nicht jedem Paar geholfen werden. Psychosomatische Untersuchungen zeigen, daß persönliche, partnerschaftliche und sexuelle Probleme häufig ursächlich an der Fruchtbarkeitsstörung beteiligt sind oder sich daraus ergeben. Eine medizinisch induzierte Schwangerschaft kann diese Probleme nicht lösen¹⁵. Bei den meisten Methoden der Fortpflanzungsmedizin ist das Handeln des Arztes nicht mehr, wie bislang, auf den konkreten Patienten und dessen gestörte Funktion ausgerichtet. Hier kommt vielmehr ein „Therapiekonzept“ zur Anwendung, das den Patienten sogar teilweise ausklammert, so im Fall der heterologen Insemination, insbesondere im Extremfall der Ersatzmutterschaft. Das Argument, es handle sich – wie bei vielen anderen ärztlichen Tätigkeiten – um eine Substitutionstherapie (wie etwa eine Prothese, ein Herzschrittmacher usw.) überzeugt nicht, denn dem Patienten wird die gestörte Funktion gerade nicht ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist dann auch die Rede von einer „Medizin ohne Indikation“.

Frühzeitig Dämme errichten – Das Nein der Kirchen

Vor diesem Hintergrund, aber auch aus grundsätzlichen theologisch-ethischen Erwägungen lehnt die offizielle katholische Position alle Methoden der künstlichen Befruchtung ab. Bereits 1897 hatte das Heilige Offizium die moralische Unzulässigkeit der künstlichen Befruchtung betont¹⁶. Pius XII. bekräftigte in verschiedenen Stellungnahmen diese ablehnende Haltung¹⁷. Das bedeutsamste Dokument, das sich eingehend mit den einzelnen Methoden der Fortpflanzungsmedizin auseinandersetzt, ist die Instruktion der Glaubenskongregation „Donum vitae“ von 1987, deren Kernaussagen auch in die 1995 erschienene Enzyklika „Evangelium vitae“ eingegangen sind. In Evangelium vitae drückt Papst Johannes Paul II. die grundsätzlichen Vorbehalte des Lehramtes sehr deutlich aus, wenn er schreibt:

„Auch die verschiedenen Techniken künstlicher Fortpflanzung, die sich anscheinend in den Dienst am Leben stellen und die auch nicht selten mit dieser Absicht gehandhabt werden, öffnen in Wirklichkeit neuen Anschlägen gegen das Leben Tür und Tor“ (Nr. 14).

Bei seiner Ablehnung sämtlicher Methoden der Fortpflanzungsmedizin im homologen ebenso wie im heterologen System beruft sich das Lehramt im Wesentlichen auf die Würde der ehelichen Fortpflanzung (durch die künstliche Befruchtung komme es zur Auflösung des Zusammenhangs von Liebe und Zeugung) und auf die Gefährdung der Würde und Rechte des Kindes (das Kind soll ein Geschenk der Liebe und nicht Produkt einer Labortechnik sein). Darüber hinaus wird die ablehnende Haltung mit den Umständen und Folgen begründet, die mit der Fortpflanzungsmedizin verbunden sind¹⁸. Auch die Evangelische Kirche in Deutschland rät, wenn auch nicht in der entschiedenen Deutlichkeit des katholischen Lehramtes, von der In-vitro-Fertilisation ab:

„Gewichtige Gründe sprechen gegen die extrakorporale Befruchtung ... Der Wunsch nach einem Kind rechtfertigt ... nicht jede medizinische Maßnahme.“¹⁹

Rechtliche Fragen – Wie schützenswert ist der Embryo?

Die Fortpflanzungsmedizin bewegt sich keineswegs im rechtlichen Niemandsland, sie findet sogar in einem komplexen rechtlichen Rahmen statt. Die grundsätzliche Therapiefreiheit des Arztes wird hier aufgrund der besonderen Risiken der Fortpflanzungsmedizin durch gesetzliche Vorschriften und berufsständische Richtlinien eingegrenzt. Ein grundlegendes Regelungsinstrument ist das 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz mit seinen strafrechtlichen Verboten mißbräuchlicher Fortpflanzungstechniken; darüber hinaus gibt es reproduktionsmedizinische Vorschriften im 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V, §§ 27 a und 121 a), ferner Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung.

Daneben gibt es das ärztliche Berufsrecht. In der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte von 1997 werden diese in § 13 auf die Einhaltung der „Richtlinien zur IVF der Bundesärztekammer“ verpflichtet. Schließlich sind auch noch die als Standard geltenden Leitlinien und Empfehlungen der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften von den Ärzten zu beachten.

Etliche Probleme sind in den bisherigen Regelungen aber noch nicht erfaßt oder nur unzureichend geregelt, andere sind durch den rasanten Fortschritt der Fortpflanzungsmedizin erst jetzt zutage getreten, so zum Beispiel ein eventuelles Verbot der Präimplantationsdiagnostik, Regelungen bezüglich der Aufbewahrungsfrist von Embryonen, Umgang mit verwaisten Vorkernstadien, eventuelle Zulassung und Regelung der heterologen Insemination, Zulassungs- und Meldepflicht der Zentren, an denen Fortpflanzungsmedizin praktiziert wird. Die genannten Probleme könnten zum Teil im ärztlichen Berufsrecht und zum Teil durch Ergänzung oder Änderung der bestehenden Gesetze geregelt werden. Es gibt aber auch den

ernstzunehmenden Vorschlag, die jetzt schon bestehenden verstreuten Einzelbestimmungen zusammen mit den neu zu schaffenden Regelungen in einem geschlossenen Fortpflanzungsmedizingesetz zusammenzufassen. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags „Recht und Ethik der modernen Medizin“ (2002) hat ebenfalls für ein solches Gesetz plädiert; es würde sicherlich mehr Transparenz, Rechtsklarheit und Rechtssicherheit schaffen.

Vom Verbot zum Angebot – Vom Kinderwunsch zum Wunschkind

Kulturgeschichtlich ist die Fortpflanzungsmedizin ein weiterer Schritt auf dem Weg menschlicher Eingriffe in die Natur. Die Fortpflanzungsmedizin erweitert die Handlungsmöglichkeiten des Menschen, indem sie menschliches Leben beginnen läßt, das ohne sie nicht entstehen könnte, und sie tut dies in einem Bereich, der von alters her mit Tabus umgeben und mit einer Vielzahl von moralischen Ge- und Verbotsnormen belegt worden ist: Sexualität und Fortpflanzung. Hatten einst die 60er Jahre Sexualität ohne Fortpflanzung möglich gemacht, wurde mit dem Jahr 1978 das Zeitalter der Fortpflanzung ohne Sexualität eingeleitet. Ursprünglich als „ultima ratio“ (als letzter denkbarer Versuch) entwickelt, um einem Ehepaar zu einem Kind zu verhelfen, wurde die In-vitro-Fertilisation in der nun eröffneten Ära der Reproduktionsmedizin zu einem „Allheilmittel“ bei Fruchtbarkeitsstörungen, und zahlreiche Varianten der In-vitro-Fertilisation vermehren die Möglichkeiten der assistierten Zeugung: Weder Alter noch Unfruchtbarkeit, weder Erbkrankheit noch Jungfräulichkeit stehen dem Wunsch nach einem eigenen Kind im Weg. Das Problem liegt hier offenbar darin, daß Bedürfnissituationen (Kinderwunsch) zu Krankheitssituationen und Bedürfnisartikulationen zu Anspruchsfaktoren werden. Angebot und Nachfrage scheinen sich hier spiralförmig zu entwickeln und gegenseitig voranzutreiben. Dies führt dazu, daß die Machbarkeit im Vordergrund steht. Das eine Verfahren ebnet dem nächsten den Weg, der biomedizinische Fortschritt füttert sich selbst. Und die Machbarkeit weckt wiederum neue Begehrlichkeiten bei Paaren und Ärzten; dies wird unter anderem dadurch belegt, daß immer jüngere Paare den Zugang zur Reproduktionsmedizin suchen – und finden. Ein möglicher individueller Sinn von Kinderlosigkeit braucht dann nicht hinterfragt zu werden.

Wie 25 Jahre Reproduktionstechnik gezeigt haben, wird sie sich in rasantem Tempo weiterentwickeln, auch wenn ihr medizinischer Nutzen relativ gering ist, ihre Mißbrauchsmöglichkeiten dafür aber umso größer sind. Gesetzliche und standesrechtliche Regelungen können deren Eigendynamik auf Dauer nicht bremsen. Was möglich ist, so die Erfahrung, wird irgendwann und irgendwie auch Wirklichkeit. Die „Pille“ ermöglichte den späten Kinderwunsch und schuf damit potenzielle Kandidaten für die In-vitro-Fertilisation. Ohne In-vitro-Fertilisation keine Präim-

plantationsdiagnostik und keine überzähligen Embryonen, keine Stammzellforschung und kein Klonen. Gesetze und Richtlinien werden dem Stand der Technik angepaßt. Es gibt bereits konkrete Überlegungen, das Embryonenschutzgesetz zu ändern. Und in der Regel sind die Forscher ihren Kontrolleuren überlegen und in der Verfolgung ihrer Ideen äußerst findig.

Die mit großem Ressourcenaufwand betriebene und bislang nur in relativ wenigen Fällen erfolgreiche Fortpflanzungsmedizin muß sich in der Diskussion auch der Frage nach ihrer Wertigkeit im Vergleich mit der Entwicklung und Durchführung von Therapien in anderen medizinischen Bereichen stellen. Kann für sie wirklich die gleiche individuelle, gesundheitliche und sozialpolitische Relevanz in Anschlag gebracht werden wie für andere medizinische Forschungs- und Anwendungsgebiete, etwa die Krebsforschung oder die Erforschung und Behandlung von Demenzerkrankungen? Für diejenigen Paare, die die Kinderwunschbehandlung ohne Kind beenden – es sind 70 bis 80 Prozent – wäre die künstliche Befruchtung am besten niemals erfunden worden. Sie haben nur verloren: Lebenszeit, Geld, Hoffnung²⁰.

Parallel dazu muß bedacht werden, daß der Kinderwunsch eines Paares auch auf andere Weise als unter Rückgriff auf Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion erfüllt werden kann, zum Beispiel durch psychosoziale und psychotherapeutische Konzepte. Stärker als bisher sollten hier auch die Möglichkeiten der Pflegschaft und Adoption in den Blick gerückt und der langwierige bürokratische Verwaltungsaufwand, der oftmals Paare davon abschreckt, diesen Weg zu gehen, auf seine Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit überprüft werden. Und noch ein Letztes: Unfreiwillige Kinderlosigkeit kann auch zur positiven Entscheidung werden. Neue Lebensziele, neue Entwicklungsmöglichkeiten und neue Lebenswege können entdeckt und entwickelt werden. Die anfängliche Leere wird dann zum Freiraum, der für andere Formen von fruchtbarer Liebe genutzt werden kann. In einer vom Jenaer Institut für medizinische Psychologie und dem psychologischen Institut der Universität Freiburg (Breisgau) von 1998 bis 2000 gemeinsam durchgeführten Untersuchung wurden ungewollt kinderlose Paare im Alter zwischen 43 und 65 Jahren befragt, wie zufrieden sie mit ihrem Leben sind. Das Fazit der Studie: Kinderlose Paare sind genauso glücklich und sozial eingebunden wie Paare mit Kindern. Sie sind nicht kränker oder gesünder, haben nicht mehr depressive Verstimmungen oder Erkrankungen als andere Menschen²¹.

ANMERKUNGEN

¹ Nach einer Allensbach-Umfrage vom Oktober 2000 befinden sich 57 Prozent der Bevölkerung einer „künstlichen Befruchtung“ außerhalb des Körpers mit Samen und Ei des Paares für „gut“. Immerhin 31 Prozent finden die künstliche Befruchtung mit Samenspende und 26 Prozent auch mit Eispende gut: vgl. Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998 – 2002, hg. v. E. Noelle-Neumann u. R. Köcher (München 2002) 881.

² Für ein Zeitfenster von zwei Jahren spricht eine 2002 vorgelegte Studie der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Darin wurde das Bemühen von 782 Paaren aus verschiedenen Ländern Europas, Kinder zu bekommen, ausgewertet. Rund jedes sechste Paar wartete im ersten Jahr vergeblich auf die Schwangerschaft und zwar abhängig vom Alter: Bei Frauen zwischen 19 und 26 Jahren waren es acht Prozent, bei Frauen zwischen 35 und 39 Jahren 18 Prozent. Die Hälfte aller dieser Frauen wurde jedoch innerhalb des zweiten Jahres schwanger, unabhängig vom Alter.

³ Ärzte Zeitung, Nr. 116, 25. 6. 1998, 2.

⁴ Vgl. H. M. Beier, Assistierte Reproduktion. Zum Stand der Therapieverfahren in der Bundesrepublik Deutschland 1997 (München 1997); M. Stauber, Diagnose u. Therapie der Unfruchtbarkeit. Manuskript (München 1996); T. Strowitzki, Ungewollte Kinderlosigkeit. Diagnostik u. Therapie von Fertilitätsstörungen (Stuttgart 1996); C. Leinweber u. S. Pater, Die andere Zeugung. Das Geschäft mit der Unfruchtbarkeit (Bonn 1996); Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung u. Therapie, hg. v. B. Strauß (Göttingen 2000); Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht u. Ethik, hg. v. E. Bernat (Wien 2000); Adoption. Positionen – Impulse – Perspektiven, hg. v. H. Paulitz (München 2000); Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (Baden-Baden 2001); Enquete-Kommission Recht u. Ethik der modernen Medizin, hg. v. Deutschen Bundestag/Referat Öffentlichkeitsarbeit (Berlin 2002); Th. M. de Jong, Babys aus dem Labor. Segen oder Fluch? (Weinheim 2002); M. Spiewak, Wie weit gehen wir für ein Kind? (Frankfurt 2002); U. Auhagen-Stephanos, Wenn die Seele nein sagt. Unfruchtbarkeit – Deutung, Hoffnung, Hilfe (München 2002); Deutsches IVF-Register – Jahrbuch 2001 (Bad Segeberg 2002); Spektrum der Wissenschaft: Gene, Klone, Fortpflanzung – Dossier 4/2002.

⁵ Die Reproduktionsmedizin ist sehr teuer, innerhalb des gesamten Gynäkologenbudgets macht sie etwa zehn Prozent aus.

⁶ Wie das neue IVF-Register 2001 (Stand 10. 10. 2002) erkennen läßt, haben im Jahr 2001 immerhin 108 Zentren ihre Ergebnisse gemeldet.

⁷ Darüber, ob und inwieweit das Kindeswohl tatsächlich durch heterologe Insemination beeinflusst wird, scheinen bislang noch keine aussagekräftigen Studien vorzuliegen. Eine „Identitätskonfusion“ des Kindes kann nicht ausgeschlossen werden, es wächst schließlich in einer Familie auf, in der der Mann nicht der genetische Vater des Kindes ist. Die Paare müssen sich gegenüber dem Kind bezüglich seiner Zeugung zwischen einer „Lebenslüge“ und dem „offenen Umgang“ entscheiden.

⁸ Vgl. A. Laufs, Arzt u. Recht – Fortschritte u. Aufgaben, in: Neue Juristische Wochenschrift 51 (1998) 1753.

⁹ Vgl. Focus, 3. 12. 2001, 162f. Zur Fehlbildungsprävalenz findet sich eine Studiensituation vor, in der das erhöhte Auftreten von Fehlbildungen nach ICSI unterschiedlich beurteilt wird: Nach der „großen“ ICSI-Studie (M. Ludwig u. a., Lübeck 2002) ist das Risiko um das 1,28-fache erhöht, entsprechend einer anderen ICSI-Studie (A. Queißer-Luft, Mainz 2001) ist das Risiko einer Fehlbildung bei ICSI-Kindern um das 4,4-fache erhöht. Nach M. Ludwig liegt das erhöhte Risiko bei den Eltern (höheres Alter der Mutter, mehr berufsspezifische Risiken der Mutter, Fehlbildungen und Erkrankungen bei den Eltern): vgl. dazu auch Human Reproduction 18 (2003) 229. Inzwischen mehren sich die Hinweise, daß durch ICSI nicht nur bereits – vielleicht im Übermaß – vorhandene genetische Schäden weitergegeben werden, sondern auch zusätzliche Fehlbildungen entstehen (vgl. FAZ, 6. 3. 2003, 34).

¹⁰ Über ein Drittel der amerikanischen Eltern würden gern Reproduktionstechniken nutzen, um vorherzubestimmen, ob ihr Kind ein Junge oder ein Mädchen wird. Diese hohe Zustimmung zum Family balancing ergab die Auswertung von Umfragen unter Paaren durch den Bioethikrat des US-Präsidenten: vgl. Die Zeit, 2. 1. 2003.

¹¹ Vgl. Spiewak (A. 4) 230.

¹² Eine präzise Nennung der Anzahl sogenannter „überzähliger“ Embryonen ist derzeit nicht möglich. Die verlässlichste Angabe scheint das IVF-Register zu bieten. Der Bestand an tiefgefrorenen Embryonen belief sich Ende 2001 auf insgesamt 90. Wie viele von diesen endgültig nicht mehr für weitere IVF-Behandlungen verwendet werden sollen, ist nicht bekannt. Der Bundesregierung waren im Juni 2001 15 sogenannte „überzählige“ Embryonen benannt worden. Die Zahl der Anfang 2001 eingefrorenen imprägnierten Eizellen im Vorkernstadium belief sich nach Angaben aus den Ländern laut Bundesgesundheitsministerium auf 61 370. Das Deutsche IVF-Register gibt für Ende 2001 75 539 an. Von 1998 bis

2000 sollen im Rahmen von IVF bundesweit insgesamt 126721 Vorkernstadien eingefroren worden sein. Bei diesen Zahlenangaben ist allerdings nicht bekannt, ob und inwieweit darin sogenannte „überzählige“ Vorkerne, also solche, die nicht mehr für IVF-Behandlungen vorgesehen sind, enthalten sind.

¹³ Vgl. u. a. Ch. Kummer, *Extrauterine Abtreibung? Sachargumente für eine Bestimmung des embryonalen Lebensbeginns*, in dieser Zs. 215 (1997) 11–16.

¹⁴ Vgl. E. Barbian u. G. Berg, *Die Technisierung der Zeugung. Die Entwicklung der In-vitro-Fertilisation in der Bundesrepublik Deutschland* (Pfaffenweiler 1997).

¹⁵ C. Hölzle u. U. Wiesing, *In-vitro-Fertilisation – ein umstrittenes Experiment* (Berlin 1997).

¹⁶ Vgl. H. Denzinger, *Enchiridion symbolorum definitionum et declarationum de rebus fidei et morum. Kompendium der Glaubensbekenntnisse u. kirchlichen Lehrentscheidungen*, hg. v. P. Hünermann (Freiburg ³⁷1991) 3323.

¹⁷ 1949: A. F. Utz u. J. F. Groner, *Aufbau u. Entfaltung des gesellschaftlichen Lebens. Soziale Summe Pius XII.* (Fribourg 1954/1961) 1036–1041, 1086, 4725–4730, 5447f.

¹⁸ Die ethische Fachdiskussion führte zu Nachfragen u. Differenzierungen der hier zugrundeliegenden Anthropologie des ehelichen Geschlechtsverkehrs: vgl. etwa nur K.–H. Peschke, *Christliche Ethik. Spezielle Moralthologie* (Trier 1995) 311–316; ferner J. Reiter, *Art. Fortpflanzungsmedizin*, in: *Lexikon Medizin, Ethik, Recht* (Freiburg 1992), 354–359; C. Götz, *Medizinische Ethik u. katholische Kirche. Die Aussagen des päpstlichen Lehramtes zu Fragen der medizinischen Ethik seit dem Zweiten Vatikanum* (Münster 2000) 85–112.

¹⁹ *Kundgebung der Synode der EKD*, Berlin 1987.

²⁰ Vgl. Spiewak (A. 4) 225.

²¹ Der entscheidende Schritt für eine erfolgreiche psychische Bewältigung von Kinderlosigkeit sei es, alternative Lebenskonzepte zu entwickeln, die ebenfalls Erfüllung versprechen, erklärt Projektleiter Bernhard Strauß. „Eigene Kinderlosigkeit muß ja nicht zwangsläufig ein Leben ohne Kinder bedeuten“, so die Jenaer Diplompsychologin Karla Nimgel, „im umgekehrten Fall heißt, eigene Kinder zu haben, ja auch nicht automatisch, daß man wirklich eine intensive Familienbeziehung aufgebaut hat.“ Die Wissenschaftler teilten die Befragten in vier Gruppen ein: ungewollt Kinderlose, die sich nicht in medizinische Behandlung begaben, solche, die eine – erfolglose – künstliche Befruchtung bzw. Fremdsamenspende auf sich nahmen, gewollt Kinderlose und natürlich Familienväter und –mütter. Am besten kommen bei der langfristigen Bewältigung von Kinderlosigkeit jene Menschen zurecht, die sich entweder bewußt gegen Nachwuchs entschieden haben oder eine Kinderlosigkeit aufgrund von Fertilitätsstörungen als Schicksal akzeptieren. Ungünstig aus psychologischer Sicht sind Grübeleien oder Selbstschuldzuweisungen. Negativ wirken sich auch tief verwurzelte soziale Stereotype aus, also bei Männern, wenn sie sich einen Stammhalter wünschen, oder bei Frauen, die den Kindersegen als definitiven Bestandteil ihrer Geschlechterrolle ansehen.