



für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

F O R U M

3. Forum zum Fachthema:

» Reproduktionsmedizin
– Ethik, Beratung, Recht«

21. Mai 2005 in Erfurt

pro familia

Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik
und Sexualberatung e.V.

Bundesverband

Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main

Tel.: 0 69 / 63 90 02, Telefax 0 69 / 63 98 52

E-Mail: info@profamilia.de, www.profamilia.de

Impressum

© 2005, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069 / 63 90 02, Telefax 069 / 63 98 52, E-Mail: info@profamilia.de, Internet: www.profamilia.de

Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Inhalt

Inhalt	3
Zum Thema	5
Ablauf der Fachtagung	6
Begrüßung	7
Einführung in das Thema: „Neue Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin zwischen Heilung und Grenzüberschreitung“	9
Vortrag: „Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch und bei assistierter Reproduktion – Mythen und Fakten“	17
Vortrag: „Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin“	25
Vortrag: „Schutzkonzepte für Embryonen in vitro und vivo“	36
Abschlussdiskussion: Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht	41
pro familia-Publikationen zum Thema	43
pro familia-Fortbildungen zum Thema	43

Zum Thema

Die sich weiter entwickelnde Reproduktionsmedizin mit ihrer immer differenzierteren Diagnostik und den breiteren Anwendungsmöglichkeiten weckt unverändert hohe Erwartungen bei Frauen und Paaren. Dies hat zu einer verstärkten fachlichen und politischen Diskussion über das Angebot ergänzender psychosozialer Beratung geführt, der sich pro familia, die für das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Männern und deren Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit eintritt, kontinuierlich stellen muss.

Die Mitgliederversammlung des pro familia-Bundesverbands am 16. Mai 2004 in Bonn hat den Bundesverband beauftragt, die Fachdebatte zum Thema „Ethische Fragen im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin und Kinderwunschbehandlung und -beratung“ weiterzuführen. Der Bundesvorstand hat deshalb beschlossen, die Fachtagung im Rahmen der Mitgliederversammlung 2005 in Erfurt den Themen „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung und Recht“ zu widmen. Die aktuellen Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin, die aufgeworfenen ethischen und rechtlichen Aspekte sowie die Bedeutung psychosozialer Beratung für Frauen und Paare im Rahmen pränataldiagnostischer Maßnahmen und innerhalb assistierter Reproduktionsverfahren sollen in Fachvorträgen und Diskussionen beleuchtet werden.

Der pro familia-Bundesverband schließt damit an die Fachtagung 2001 an, deren Schwerpunktthema die Präimplantationsdiagnostik war. Nach einer intensiven Fachdebatte hatten sich die Delegierten zum damaligen Zeitpunkt mehrheitlich **gegen** die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik und **für** eine weitere inhaltliche Diskussion ausgesprochen – siehe auch Dokumentation der Fachtagung „Reproduktionsmedizin und weibliche Autonomie“ vom 4. Mai 2001 in Berlin (pro familia magazin 2, 2001).

Das Recht einer Frau / eines Paares auf eine mögliche assistierte Reproduktion bei ungewollter Kinderlosigkeit gerät in den ethischen Auseinandersetzungen um den „Schutz des Embryo“ immer wieder aus dem Blickwinkel. Es scheint, als verschwänden hinter dem Embryo „in vitro“ und den komplexen Zusammenhängen, die die Reproduktionsmedizin und ihre Folgen mit sich bringen, die Frau / das Paar mit ihrem Kinderwunsch.

Vor diesem Hintergrund ist zu klären, ob und in welchem Umfang zusätzlicher Qualifikationsbedarf der Fachkräfte besteht, die Frauen und Paare bei der Entscheidung für oder gegen pränataldiagnostische Maßnahmen bzw. für oder gegen eine assistierte Reproduktion beraten und in einem entsprechenden Prozess begleiten.

Für pro familia besteht der Bedarf nach Klärung, welche Position pro familia in diesem Spannungsfeld künftig vertreten will. Die ethische Dimension in Fragen der Reproduktionsmedizin ist letztlich nicht losgelöst von den konkreten Lebenssituationen betroffener Frauen, ihrer Partner und Familien zu sehen.

Ablauf der Fachtagung „Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht“ am 21. Mai 2005 in Erfurt

Begrüßung

Ulla Ellerstorfer, stellvertretende Vorsitzende pro familia-Bundesverband

Vorträge:

- 1. Einführung in das Thema:
„Neue Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin
zwischen Heilung und Grenzüberschreitung“**
Dorothee Kleinschmidt, pro familia Bochum

Fragen und Diskussion zum 1. Vortrag

- 2. „Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch
und bei assistierter Reproduktion – Mythen und Fakten“**
Dr. Tewes Wischmann, Universität Heidelberg

Fragen und Diskussion zum 2. Vortrag

- 3. „Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin“**
Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn

Fragen und Diskussion zum 3. Vortrag

- 4. „Schutzkonzepte für Embryonen in vitro und vivo“**
Prof. Dr. Monika Frommel, Universität Kiel

Fragen und Diskussion zum 4. Vortrag

Abschlussdiskussion

Moderation: Barbara Ritzert, ProScience Communications GmbH, Pöcking

Begrüßung

Ulla Ellerstorfer

Eine Diskussion über Ethik bedeutet, sich mit dem menschlichen Handeln zu befassen und die Grundlagen für gerechtes, vernünftiges und sinnvolles Handeln aufzuzeigen. Diese Fachtagung ist ein Beschluss der Delegiertenversammlung 2004. Ein dankenswerter Beschluss, den wir von Vorstandsseite gerne aufgegriffen und umgesetzt haben. Schon lange widmen wir uns den Themen Kinderwunsch und ungewollte Kinderlosigkeit: Fortbildungen, Fachbeiträge im pro familia magazin und in Familienplanungsrundbriefen, immer wieder aktualisierte Broschüren sind hinlängliche Nachweise. Ich bin überzeugt, dass auf lokaler Ebene in dem einen oder anderen Landesverband Beratungsstellen von FachärztInnen, Kliniken, vielleicht auch reproduktionsmedizinischen Zentren in Form von Kinderwunschsprechstunden, Sterilitäts- und Mehrlingsberatung sowie begleitende psychosoziale Beratung bei assistierter Fortpflanzung und bei erfolglosen Behandlungen längst angeboten werden.

Dennoch, so ist nicht nur mein Eindruck, bewegt sich pro familia als Verband - wenn überhaupt - nur ganz am Rande des Geschehens. Unsere Stimme als Verband ist nicht zu hören. Reproduktionsmedizin, medizinisch assistierte Fortpflanzung, Behandlungsmethoden wie In-vitro und IXI bleiben merkwürdig abstrakt und fern in der verbandlichen Wahrnehmung. Nahe kommen allerdings die unbestrittenen psychophysischen Risiken, auf die sich insbesondere Frauen freiwillig einlassen, die geringen „Baby-take-home“-Raten, der hohe Embryonenschutz, die wenig geschätzten – eher abgewerteten – Reproduktionsmediziner und Reproduktionsmedizinerinnen, die Technikfolgenabschätzung der Forschung. Dies ist weder verständlich noch logisch und nicht mit der Geschichte des Verbandes, nicht mit seinem von allen geteilten Wertegerüst zu vereinbaren. Dazu rufe ich ins Gedächtnis: Pro familia setzt sich für sexuelle und reproduktive Rechte ein, sie tritt seit ihrer Gründung für selbstbestimmte Familienplanung ein, sie fordert und unterstützt das Recht einer Frau, wählen und entscheiden zu können, eine Schwangerschaft auszutragen oder abbrechen zu lassen und tritt für die Streichung des § 218 aus dem Strafrecht ein. Dennoch scheint das Recht von Frauen und Paaren mit Kinderwunsch, das Recht von infertilen Paaren, die die medizinisch assistierte Fortpflanzung in Anspruch nehmen wollen, nicht wirklich zu pro familia zu gehören.

Wer 2001 an der Fachtagung in Berlin teilgenommen hat, erinnert sicher, dass ein Teilaspekt der Reproduktionsmedizin, nämlich die Präimplantationsdiagnostik (PID), im Fokus war. Es kam zu einem Mehrheitsbeschluss der Delegierten, PID in Deutschland zu verbieten. Der Schlussabsatz der Dokumentation dieser Fachtagung ist überschrieben mit „Die Grenzen der Autonomie sind erreicht“. Danach entstand das anfänglich erwähnte öffentliche Schweigen des Verbandes zum Thema. Verbote haben, wie wir alle wissen, noch zu keiner Zeit zu einer engagierten Auseinandersetzung und zum Dialog geführt. Beides fehlt uns seit mehreren Jahren.

Lassen Sie uns also durch diese Fachtagung anstiften und zurückfinden zu der Dialogkultur – und das will ich als Hinweis denen geben, die 30 Jahre jünger sind als ich –, die wir auch brauchten, ehe es zur Positionierung zum Schwangerschaftsabbruch kam, ehe es zum Verband und zur Akzeptanz von Familienplanungszentren kam, in denen von Ärztinnen und Ärzten medizinisch behandelt und Schwangerschaftsabbrüche wirklich durchgeführt wurden.

Wir, die Mitglieder des Bundesvorstands wünschen uns, dass pro familia als Verband, der für sexuelle und reproduktive Rechte eintritt, Frauen und Paare mit Kinderwunsch sowie infertile Paare deutlicher als bisher anspricht und wirklich einbezieht; ebenso die Reproduktionsmedizin und ReproduktionsmedizinerInnen. Wir hoffen, dass pro familia als Fachverband den vielfältigen Komplexen und sich ständig verändernden Entwicklungen der Reproduktionsmedizin nicht länger ausweicht. Auf Gesetzesebene, wie alle wissen, herrscht Lähmung. Zwischenzeitlich, auch nichts Neues, herrscht der Markt. Heute mehr denn je, geht es also um engagiertes, fachlich-kritisches Mitgestalten, denn Pränataldiagnostik und medizinisch assistierte Fortpflanzung mit ihren vielfältigen Methoden sind fester Bestandteil im Bereich Familienplanung, ob wir das wollen oder nicht.

Ich sagte anfänglich, dass der Beschluss der letzten Mitgliederversammlung 2004 für diese Fachtagung und für dieses Thema heute ausschlaggebend war. Ich füge hinzu, dass die Delegiertenversammlung sowohl das richtige Gespür hatte als auch mit Vernunft für ein unausweichliches Thema gestimmt hat. Sie ist also ihrer Aufgabe als oberstes Gremium des Verbandes gerecht geworden.

Ich darf den Delegierten des Bundesverbandes, die auch heute hier sind, im Namen des Vorstands dafür danken. Seien Sie jetzt also mit mir gespannt auf die Vorträge, die wir hören, und ich darf das Wort an Sie, Frau Ritzert, geben, die jetzt auch die einzelnen Vortragenden noch einmal vorstellt.

Vielen Dank.

Einführung in das Thema: „Neue Entwicklungen in der Reproduktions- medizin zwischen Heilung und Grenzüber- schreitung“

Dorothee Kleinschmidt

Meine Aufgabe besteht heute darin, die neuen Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin darzustellen. Ein schweres Unterfangen, wie ich bei der Vorbereitung feststellte. Denn Forschung und Anwendung neuer Verfahren verlaufen so rasant, dass dieser Vortrag sich täglich verändern müsste. Noch in dieser Woche meldeten die Agenturen: In Belgien wurden zwei Kinder geboren, die per Präimplantationsdiagnostik als Stammzellspender für ihre älteren Geschwisterkinder ausgewählt wurden. Seoul meldet, dass es dem Forscherteam um Professor Wang Woo Suk gelungen ist, Stammzellen aus geklonten Embryonen erkrankter Menschen zu gewinnen mit dem Ziel, verträglich implantierbare Ersatzzellen zu erzeugen¹.

Die Reproduktionsmedizin bietet immer neue Möglichkeiten. Seit der Geburt von Louise Brown, dem ersten Kind, das 1978 im Reagenzglas gezeugt wurde, gab es viele erste Kinder. ICSI, die Mikrospermieninjektion, MESA, die Entnahme von Spermien aus dem Nebenhoden, und TESE, die Spermengewinnung per Hodenbiopsie, erscheinen inzwischen fast als Standardmethoden in den großen Reproduktionszentren. So können Männer und Frauen, die vor Jahren noch ohne Chance auf die Erfüllung des leiblichen Kinderwunsches waren, heute ihr Glück versuchen. In Mannheim wird das Ejakulat HIV-positiver Männer speziell behandelt, so dass ihre HIV-negativen Frauen bei der Zeugung nicht das Risiko eingehen, infiziert zu werden. Männer mit dem Klinefelter-Syndrom (Chromosomensatz XXY) haben eine kleine Chance, mit Hilfe der TESE Vater zu werden. Im September 2004 meldete die Universitätsklinik Saint-Luc in Brüssel die Geburt von Tamara Touirat. Ihrer Mutter, die sich sieben Jahre zuvor wegen einer Hodgkinerkrankung einer Chemotherapie unterziehen musste, war Eierstockgewebe entnommen, anschließend eingefroren und Jahre später wieder implantiert worden. Ebenfalls im September 2004 wurde in Regensburg das erste Kind in Deutschland nach Polkörperdiagnostik geboren, ein Verfahren, das in Deutschland im Gegensatz zur viel diskutierten Präimplantationsdiagnostik nicht verboten ist.

In meinem Vortrag werde ich zunächst einen Schritt zurückgehen: zur Darstellung der frühen Embryonalentwicklung, die die Grundlage bildet für die Bewertung neuer Verfahren, zu den alten, „etablierten“ Methoden wie IVF und ICSI, deren Folgenabschätzungen bis heute noch nicht abgeschlossen sind, und zum Blastozystentransfer, der in vielen europäischen Ländern Routine ist.

¹ Anmerkung der Redaktion: Der koreanische Forscher Wang Woo Suk hat zum Jahreswechsel 2005/2006 öffentlich zugegeben, dass seine 2005 in der Zeitschrift Science veröffentlichten Forschungsergebnisse gefälscht waren.

DIE FRÜHE EMBRYONALENTWICKLUNG

Die befruchtete Eizelle im Vorkernstadium

In den ersten 24 Stunden liegt die befruchtete Eizelle im Vorkernstadium, auch Pronucleusstadium genannt, vor. Die Vorkerne sind nur eine geringe Zeit verfügbar. Am rechten Zellrand sehen Sie den ersten Polkörper, der bereits in der reifen Eizelle vorhanden ist. Der zweite Polkörper (hier nicht abgebildet) entwickelt sich im Laufe des ersten Tages und stellt eine Negativkopie der weiblichen Eizelle dar. Am Ende des Vorkernstadiums wandern die Kerne von Ei- und Samenzelle aufeinander zu, die Chromosomen verdoppeln sich und es kommt zur Kernverschmelzung. Sämtliche Eingriffe sind in Deutschland auf dieses Stadium begrenzt.

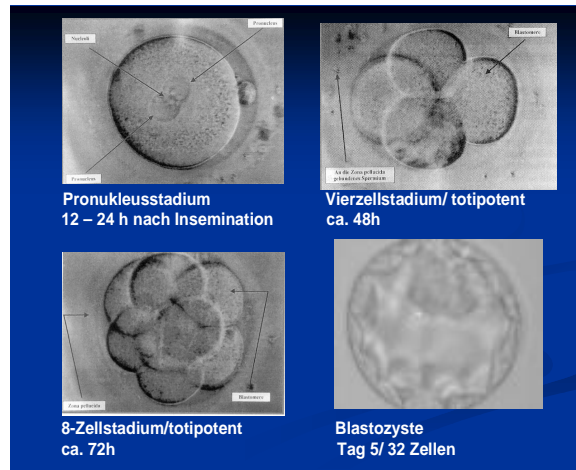


Abbildung 1*

Durch Hormonbehandlung darf eine unbegrenzte Zahl von Vorkernstadien „produziert“, überzählige dürfen eingefroren werden. Die Polkörper dürfen auf Chromosomenstörungen untersucht und diejenigen mit auffälligem Befund verworfen werden.

Der frühe Embryo im Vier- bis 16-Zellstadium

In der frühen Embryonalentwicklung verdoppelt die befruchtete Eizelle täglich ihre Zellzahl. Entnimmt man am Tag 2 und 3 aus dem Zellverband eine einzelne Zelle, so kann sie sich theoretisch zu einem eigenständigen Embryo entwickeln, für das 16-Zellstadium ist dies unklar. In Ländern, in denen die Präimplantationsdiagnostik (PID) erlaubt ist, werden in der Regel am dritten Tag zwei einzelne Zellen abpunktiert und auf Chromosomenstörungen untersucht. Embryonen mit auffälligem Befund dürfen verworfen werden. Zwischen der in Deutschland erlaubten Polkörperdiagnostik und der verbotenen PID liegen folglich nur ein paar Stunden der Embryonalentwicklung und die Tatsache, dass bei der Polkörperdiagnostik im Gegensatz zur PID nur genetische Auffälligkeiten des mütterlichen Genoms entdeckt werden können. Die Intention der Suche nach genetischen Erkrankungen mit dem Ziel der Selektion ist gleich.

* Anmerkung: Alle in der Abbildung 1 aufgezeigten Stadien der Entwicklung finden im Mutterleib vor der Einnistung statt, also auf dem Weg, den die befruchtete Eizelle vom Eileiter zur Gebärmutter zurücklegt, einer Phase, innerhalb derer pro familia den Einsatz der Spirale danach bis zum Tag 5 befürwortet.

Totipotenz nach § 8 Abs. 1 Embryonenschutzgesetz:

„Als Embryo im Sinne des Gesetzes gilt die bereits befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.“

Die Blastozyste

Als Blastozyste bezeichnet man einen Embryo zwischen dem vierten und siebten Tag nach der Befruchtung der Eizelle. Eine Blastozyste besteht aus einer äußeren und einer inneren Zellmasse. Aus den äußeren Zellen entwickelt sich später die Plazenta, aus den inneren Zellen der Fötus. In diesem Entwicklungsstadium sind die Zellen pluripotent, können sich also nicht mehr zu einem eigenständigen Individuum entwickeln. Es ist jedoch möglich, dass sich die Zellen auf speziellen Nährmedien beispielsweise zu Herz-, Muskel- oder Nervenzellen ausdifferenzieren. Diese Tatsache ist Grundlage der Stammzellforschung und -therapie. In vielen Ländern ist es erlaubt, eine größere Anzahl von Embryonen bis zum Blastozystenstadium heranreifen zu lassen und nur die bestentwickelten in die Gebärmutter der Frau zu übertragen. In der Regel werden nur ein, höchstens zwei Blastozysten zurückgesetzt (single- oder double-embryo-transfer), überzählige dürfen verworfen oder eingefroren werden.

REPRODUKTIONSMEDIZIN IN DEUTSCHLAND

Die aktuellsten Zahlen über die Inanspruchnahme der reproduktionsmedizinischen Verfahren finden wir im Deutschen IVF-Register.

Anzahl der Behandlungen bis 2004 (plausible Zyklen) IVF, ICSI, IVF/ICSI, GIFT, Kryotransfer								
Jahr	1982	1988	1996	2000	2001	2002	2003	2004
Gesamt	742	8.579	33.993	61.531	73.819	87.044	105.854	59.448

Tabelle 1, Quelle: Deutsches IVF-Register

Wie Sie sehen, hat sich die Zahl der Behandlungen erheblich gesteigert. Der starke Anstieg zwischen 2002 und 2003 wird u. a. mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1.1.2004 begründet. Seit diesem Tag müssen alle IVF- und ICSI-Behandlungen zu 50 Prozent selbst bezahlt werden. Anteilig bezahlt werden nur drei Zyklen bei Frauen zwischen 25 und 40 und Männern unter 50 Jahren. Die Gesetzesänderung führte Ende 2003 zu einem wahren Boom in deutschen Repropraxen. Im Jahr 2004 gingen die Behandlungen auf 59448 reproduktionsmedizinische Behandlungen zurück. Deutlich wird jedoch, dass IVF und ICSI zu Routineverfahren geworden sind. Auf dem 55. GynäkologInnenkongress 2004 in Hamburg wurde dringend empfohlen, über 35-jährige, die ein Jahr lang vergeblich versucht

haben, schwanger zu werden, möglichst umgehend an ein reproduktionsmedizinisches Zentrum zu verweisen, damit mit den dortigen Angeboten größtmögliche Erfolgsaussichten erreicht werden. Die zugrunde liegende medizinische Diagnose bei Mann und Frau scheint bei diesem Vorgehen eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Dabei ist die Risikoabschätzung von IVF und ICSI noch lange nicht abgeschlossen. Nach neueren Untersuchungen gehen Mediziner heute davon aus, dass bei diesen Verfahren etwa jedes 12. Kind, bei der normalen Zeugung jedes 15. Kind von einer Fehlbildung betroffen ist. Bei Patienten mit Beckwith-Wiedemann-Syndrom, einer seltenen genetischen Erkrankung, die normalerweise mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:12000 auftritt, fanden Forscher im Jahr 2003 eine drei bis sechsfach erhöhte Rate an Neugeborenen nach IVF/ICSI. Dabei bleibt festzuhalten, dass Kinder nach IVF und ICSI in der Regel gesund sind und sich normal entwickeln.

Für die Häufung der oben genannten Erkrankungen gibt es verschiedene Erklärungsmodelle. Neben den genetischen Ursachen, die bei Einschränkungen der Fruchtbarkeit des Mannes vorliegen können, werden sog. Imprintingfehler diskutiert. Normalerweise werden in der frühen Embryonalentwicklung die Anteile des mütterlichen und väterlichen Genoms geprägt. Dabei werden bestimmte Abschnitte durch Demethylierung aktiviert, andere durch Methylierung deaktiviert. Zur Zeit gibt es verschiedene Theorien wie IVF und ICSI zur Schädigung des Imprintings führen können:

1. das Kulturmedium
(müsste demnach nach Blastozystentransfer Tag 5 häufiger auftreten),
2. mechanische Manipulation,
3. niederfrequente magnetische Felder im Inkubator.

Die neuen Studien belegen, dass trotz 27 Jahren IVF noch lange nicht alle Folgen und Zusammenhänge der künstlichen Befruchtung geklärt sind. Nach meiner Erfahrung gewöhnen sich BeraterInnen, die viele Paare in der Reproduktionsmedizin begleiten, an die Verfahren und sehen das Verfahren inzwischen als natürliche Handlungsmöglichkeit bei unerfülltem Kinderwunsch an. Die Tatsache, dass Kinder nach IVF und ICSI in der Regel gesund sind und sich emotional und psychisch vollkommen unauffällig entwickeln, sollte jedoch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass es sich um ein Ausnahmeverfahren handelt. Indikationen sollten nicht leichtfertig gestellt werden, sondern im Gegenteil wieder viel ernster genommen werden. Eine Beratung vor reproduktionsmedizinischen Verfahren **muss** die laufenden Diskussionen um die Folgenabschätzung beinhalten, um Paaren einen echten „informed consent“ zu ermöglichen.

MEHRLINGSSCHWANGERSCHAFTEN

Neben den oben diskutierten Fehlbildungen bleibt die Mehrlingsrate das bisher größte ungelöste Problem der Reproduktionsmedizin. In Deutschland heiß diskutiert werden die Möglichkeiten, die Anzahl der Mehrlingsschwangerschaften zu senken.

Geborene Kinder 1998 - 2003						
	1998		2003		Gesamt 1998 bis 2003	
	n	%	n	%	n	%
Einlinge	5.276	60,6	7.617	62,32	41.194	61,67
Zwillinge	3.019	33,8	4.177	34,18	22.682	33,96
Drillinge	686	5,56	408	3,34	2.875	4,30
Vierlinge	4	0,04	20	0,16	42	0,06
Gesamt	10.069		12.222		66.793	

Tabelle 2, Quelle: Deutsches IVF-Register

Vor einigen Jahren einigte sich der Verband der Reproduktionsmediziner auf die Empfehlung, normalerweise zwei und nur bei Frauen über 35 drei befruchtete Eizellen pro Transfer zurückzusetzen. Zwar konnte die Rate an Drillingsgeburten nach IVF/ICSI von 1998 bis 2003 von 7,6 auf 3,3 Prozent gesenkt werden, doch 3,3 Prozent sind noch zu viel. Neben dem düsteren Kapitel des selektiven Fetozids und den gesundheitlichen Risiken für die Mutter steht die Tatsache, dass in einer von zwei Drillingsfamilien ein Kind verstirbt oder schwer behindert ist. Zudem ist die psychische Situation der betroffenen Familien auch mit gesunden Kindern außerordentlich belastet. Das Risiko der Mehrlingsschwangerschaften wird nach meiner Erfahrung in der Beratung vor reproduktionsmedizinischen Verfahren wie Hormonbehandlung, Insemination, IVF und ICSI oft vernachlässigt. Eine bloße Aufzählung der statistischen Daten reicht nicht aus. Besonders deutlich wird dies bei den Diskussionen um die Änderung der Kostenerstattung. Reproduktionsmediziner warnten vor einem Anstieg der Drillingsraten. Paare könnten dazu neigen, mehr befruchtete Eizellen zurücksetzen zu lassen als medizinisch sinnvoll, um aus Kostengründen die Schwangerschaftsrate pro begonnenem Zyklus zu steigern. Damit stellen sich die MedizinerInnen als reine Erfüller der Patientenwünsche dar. Nach meinen Erfahrungen sind seriöse Praxen auch nach den Veränderungen Anfang 2004 bei den beschlossenen Empfehlungen geblieben. Ob Paare dies mittragen oder wegen der Verheißung höherer Schwangerschaftsraten in eine andere Praxis wechseln, hängt nicht zuletzt von einer soliden, guten und ausführlichen Beratung ab.

BLASTOZYSTENTRANSFER UND SINGLE-EMBRYO-TRANSFER IN SCHWEDEN

Weltweit werden große Anstrengungen unternommen, die Mehrlingsrate zu senken. Einen möglichen Ausweg bietet der Single-embryo-transfer. Grundlage für dieses Verfahren ist der Blastozystenttransfer und die Embryoselektion. Beim Blastozystenttransfer (32 Zellen) wird der Embryo mit den besten Chancen erst nach fünf Tagen zurückgesetzt. Auswahlkriterien sind hohe Zellzahl, symmetrische Anordnung und gut sichtbare Zellmasse. Überzählige Blastozysten werden verworfen oder kryokonserviert. Notwendig sind hierzu mindestens acht befruchtete Eizellen, da ansonsten zu wenig übrig bleiben für eine Auswahl. Die Einnistungsraten liegen zwischen 30 und 50 Prozent pro Transfer je nach Alter der Frau. Laut Brüsseler Arbeitsgruppe kommt es nicht zu einer Verbesserung der Geburtenrate pro begonnenem Zyklus, da viele Blastozysten das Anfangsstadium nicht überstehen und vor allem bei älteren Frauen häufig die Zahl der acht befruchteten Eizellen durch die Hormonstimulierung nicht erreicht werden kann.

Nach Änderung der Gesetzgebung Mitte 2002 darf in Schweden pro Embryotransfer nur ein Embryo zurückgesetzt werden. Erlaubt ist die Übertragung zweier Blastozysten nur, wenn geringe Erfolgsaussichten bestehen. Die Zahl der Zwillingschwangerschaften sank zwischen August 2001 und Dezember 2003 von 22,6 auf 8,8 Prozent bei gleicher Schwangerschaftswahrscheinlichkeit. Drillingsschwangerschaften sind so gut wie ausgeschlossen. Eine weitere Einschränkung der Zwillingschwangerschaften verspricht eine Studie aus Göteborg, bei der erste und zweite Blastozyste in zwei aufeinander folgenden Zyklen transferiert werden.

Elective single embryo transfer vs. double-embryo transfer per IVF	
Teilnehmerinnen: 661 Frauen unter 36 Jahren	
Dr. Christina Bergh, Göteborg/Schweden	
331 Frauen	330 Frauen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gleichzeitige Einbringung zweier Blastozysten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweiseitige Einbringung der Blastozysten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburten: 42,9 %, mind. 1 Kind 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburten: insgesamt 38,8 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 33 % Mehrlinge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1. Transfer 27,9 % ▪ 2. Kryotransfer 16,4 % ▪ Insgesamt 0,8 % Mehrlinge

Tabelle 3, Quelle: Thurin, Hausken, Hillensjö et al: N Engl J Med 2004; 351

Ein starkes Argument für den Blastozystenttransfer ist die Vermeidung des selektiven Fetozids. Viele BeraterInnen haben im Rahmen der § 219-Beratung Erfahrungen mit dieser Thematik gemacht. Paare kommen mit dem Anliegen, die langersehnte Schwangerschaft zu reduzieren, suchen nach Kliniken, die ihnen dies ermöglichen. Nicht unerheblich ist das Risiko, dabei die verbleibenden Embryos durch Infektion oder vorzeitige Wehen zu verlieren. Die moralisch-ethische Bewertung ist auch im Nachhinein für die betroffenen Paare recht schwierig. Am besten wäre es folglich, es gäbe den Entscheidungskonflikt selektiver Fetozid erst gar nicht.

Gegen den Blastozystentransfer spricht die Notwendigkeit der sogenannten Embryoselektion, d. h. dass nicht gut entwickelte „Embryonen“ verworfen werden, eine Thematik, die wir hoffentlich im späteren Verlauf der Tagung diskutieren. Ohne zusätzliche gesetzliche Regelung ermöglicht das Verfahren die Forschung an Embryonen. Neuerdings wird in der Fachöffentlichkeit auch die Frage diskutiert, ob durch die längere Kultivierung der Embryonen im Nährmedium bis zum Tag 5, die oben genannten Imprintingfehler häufiger auftreten können.

DIE EIZELLENSPENDE

In der Kinderwunschberatung bei pro familia kommt es immer wieder zur Frage nach der Möglichkeit einer Eizellenspende. Dabei ist mir ganz wichtig, dass es sich bei dieser Anfrage nicht um ein unlauteres Anliegen handelt. Frauen, die keine eigenen Eizellen produzieren, können genau wie andere Frauen einen starken Wunsch nach Schwangerschaft und Geburt entwickeln. Wir müssen dieses Anliegen ernst nehmen, die Frau oder das Paar jedoch über die Besonderheiten der Eizellenspende im Vergleich zur Samenspende aufklären. Denn hier ist eine zweite Frau betroffen, die die Risiken von Hormonstimulierung und Punktion eingeht.

Wie man an Adressen kommt, ist schon lange kein Geheimnis mehr. Paare, die in die Beratung kommen, waren längst im Internet. Mit www.eizellspende.de sind sie auf der Homepage eines betroffenen Paares, das weltweit Adressen, Preise und Modalitäten sammelt. Nicht thematisiert werden allerdings wichtige Fragen wie: 1. Erfolgt die Eizellenspende anonym oder kann das Kind später sein Recht auf Wissen um die biologische Herkunft wahrnehmen? 2. Wie werden die Spenderinnen rekrutiert (genannt wird meist nur, dass sie jung und gesund sind), wie wird gesichert, dass sie nur eine bestimmte Anzahl von Spenden durchführen dürfen? Bis zum heutigen Tag gibt es meines Wissens nach keine Untersuchung darüber, wie sich die Hormonbehandlungen und Punktionen im späteren Leben bei an sich gesunden, normal fruchtbaren Frauen auswirken.

Besonders beliebt sind bei deutschen Kinderwunschtouristen die Kliniken in Belgien, Spanien, neuerdings auch in Tschechien. Werden Frauen in den USA für die Eizellenspende gut bezahlt, spricht man in Spanien und Tschechien von einer Aufwandsentschädigung. Damit ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass Frauen auf Grund finanzieller Not ihren Körper zur Verfügung stellen, denn in Ländern mit niedrigem Einkommen können die Aufwandsentschädigungen einen wesentlichen Anteil zur finanziellen Grundsicherung beitragen.

Mit entsprechenden Hormonen stimuliert nimmt die Gebärmutter einer Frau fast jeden Alters einen Embryo auf. In Ländern, in denen die Eizellenspende erlaubt ist, gibt es unterschiedliche Altersgrenzen:

Frankreich ~44, Belgien 50, Spanien über 50, USA 55-60 Jahre (eine Mutter mit 63 Jahren in Kalifornien). In Israel haben kinderlose Frauen zwischen 45 und 51 Jahren einen Rechtsanspruch auf Eizellenspenden bis mindestens ein Kind geboren ist. Der Bundesverband reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ) fordert die Legalisierung der Eizellenspende in Deutschland.

SCHLUSSBEMERKUNGEN

In meinem Vortrag habe ich versucht, die verschiedenen aktuellen Untersuchungen und Verfahren darzustellen. Im Folgenden hoffe ich, dass wir auch zu den ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin kommen. Denn sie sind die eigentliche Grundlage für eine Bewertung: Wann beginnt menschliches Leben? Von welchem Zeitpunkt an sollte ein Embryo als menschliches Wesen geschützt werden? Darf der Mensch eine Auswahl treffen? Inwieweit dürfen Gesetze in das Selbstbestimmungsrecht der potentiellen Eltern eingreifen? Und wem gehört der Embryo eigentlich, solange er sich außerhalb des mütterlichen Körpers befindet?

Leider ist es in Deutschland sehr schwierig über einzelne Teilaspekte der gesetzlichen Regelungen zu diskutieren. Zu groß ist die Angst vor einem Dambruch bei auch nur kleinsten Veränderungen des Embryonenschutzgesetzes. Denn ohne Frage ist, dass es in Deutschland viele Betroffene, Mediziner und Forscher gibt, die die Eizellenspende, die Präimplantationsdiagnostik bei ungewollter Kinderlosigkeit und die Möglichkeit der Embryooption befürworten. Nicht zu reden von der Embryonenforschung, der Stammzellforschung und -therapie und den Möglichkeiten des therapeutischen und reproduktiven Klonens. Kaum jemand ist spezialisiert genug, um zu überschauen, was da noch alles auf uns zukommt. So schreibt der Spiegel 20/2001: „Die Kritiker fühlen sich überrollt von den immer neuen Erfolgsmeldungen aus den Labors der Forscher. Sie dürfen gemeinsam mit der staunenden Öffentlichkeit zuschauen, wie ethische Grenzen im Wochentakt niedergerissen werden.“

Dorothee Kleinschmidt ist Ärztin und systemische Familientherapeutin bei der pro familia Bochum. Sie ist außerdem im Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland engagiert.

Vortrag: „Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch und bei assistierter Reproduktion – Mythen und Fakten“

Dr. Tewes Wischmann

Weshalb erscheint „Mythen und Fakten“ im Vortragstitel? Es gibt wohl kaum einen Bereich der modernen Medizin, der so zur Polarisierung verführt wie die Reproduktionsmedizin. Dieses betrifft insbesondere die psychosozialen Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches und der Techniken der so genannten assistierten Reproduktion (ART). Nur so ist wohl zu erklären, dass wissenschaftlich längst etablierte Erkenntnisse dazu bisher kaum Eingang in das Laienverständnis und in die meisten Ratgeberbücher, aber auch in den Kontext professioneller Kinderwunsch-Beratung gefunden haben.

Wie viele ungewollt kinderlose Paare gibt es eigentlich?

Die Zahlen hierzu schwanken erheblich und sind – wie die meisten Statistiken – auch von den jeweiligen Interessen geleitet. Während zum Beispiel die Pharmaindustrie von über 2,5 Mio. Paaren in Deutschland ausgeht, sprechen manche Gesundheitspolitiker von weniger als 1 Mio. Paare. Das hat auch unter anderem mit der Schwierigkeit der Definition zu tun: Wenn bei einem Paar z. B. die Frau ein Kind möchte, der Partner aber (noch) nicht, ist das Paar dann als gewollt kinderlos oder als ungewollt kinderlos zu bezeichnen? Weiterhin kommt es sehr häufig vor, dass eine zunächst gewollte Kinderlosigkeit allmählich in eine ungewollte Kinderlosigkeit übergeht, d. h., dass der Kinderwunsch aufgeschoben wird bis die Rahmenbedingungen ein geringeres Risiko für das Paar (insbesondere für die Frau!) darstellen und die biologischen Grenzen dann wirksam werden, wenn der Kinderwunsch schließlich realisiert werden soll.

Nach systematischen Studien gelten ungefähr drei bis neun Prozent der Paare mit Kinderwunsch als ungewollt kinderlos, d. h. diese Paare sind auf die Reproduktionsmedizin zur Realisierung ihres Wunsches angewiesen. Auf der anderen Seite weiß man aber auch, dass jede dritte Frau mit Kinderwunsch länger als ein Jahr auf eine Schwangerschaft wartet, d. h. eine passagere Fruchtbarkeitsstörung kommt sehr viel häufiger vor als allgemein eingeschätzt. Es ist von einer weiteren Zunahme ungewollter Kinderlosigkeit auszugehen, da das Durchschnittsalter der Erstgebärenden in Deutschland von 24,9 Jahren im Jahr 1977 auf jetzt über 29 Jahre gestiegen ist. Das Alter der Frau gilt als wichtigster prognostischer Faktor für die Erfüllung des Kinderwunsches. In Deutschland werden immer weniger Kinder geboren – in den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl der Geburten hier fast halbiert auf inzwischen ungefähr 700.000 im Jahr. Zudem steht der Geburtsjahrgang 1955 mit 22% (gewollt und ungewollt) kinderlosen Frauen an erster Stelle im europäischen Vergleich (8% in Frankreich). Bei den jetzt 40jährigen deutschen Frauen beträgt der Anteil kinderloser bereits 32%, während die Anzahl der Familien mit zwei oder mehr Kindern über die letzten Jahre nahezu konstant geblieben ist. Die Zahl der Paare in Deutschland, die überhaupt keine Kinder möchten, nimmt in erschreckendem Ausmaß zu: Konnten es sich 1992 noch 9,9 % der Frauen und 11,8 % der Männer nicht vorstellen, Kinder zu kriegen, waren es im Jahr 2004 bereits 14,6 % der Frauen und sogar 26,3 % der Männer (befragt wurde die Altersgruppe 20-39 Jahre). Noch kurz

ein Blick auf die Gründe, die aus der Sicht von Kinderlosen gegen Kinder sprechen: Eine aktuelle Umfrage von Allensbach unter Kinderlosen, von denen die einen noch Kinderwunsch hatten, die anderen keinen (oder keinen mehr), berichteten aus letzterer Gruppe immerhin 50 %, dass Kinder zu anstrengend seien und man nicht wisse, ob man die Kraft und Nerven dazu hätte, und 44 %, dass man möglichst viele Freiräume haben und sich nicht einschränken wolle.

Was leistet die moderne Reproduktionsmedizin?

Die Zahl der Verfahren der assistierten Reproduktion – zu denen neben der intrauterinen Insemination (IUI) insbesondere die In-vitro-Fertilisation (IVF) und die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zählen – hat sich in Deutschland innerhalb von sechs Jahren mehr als verdreifacht: 2003 wurden bereits über 100.000 IVF- bzw. ICSI-Behandlungszyklen durchgeführt. Dabei wurde jede zehnte IVF-Behandlung ohne Vorliegen irgendeiner medizinischen Indikation bei Frau oder Mann vorgenommen. Betrug die Zahl der behandelten Frauen im Jahr 1998 noch ca. 30.000, waren es fünf Jahre später mehr als doppelt so viele. Entgegen diesen rasanten Trends ist die entscheidende Zahl der Reproduktionsmedizin, die Lebendgeburtenrate (oder auf englisch „baby-take-home-rate“), über die Jahre gleich geblieben; sie liegt pro abgeschlossenem IVF- bzw. ICSI-Zyklus im Bundesdurchschnitt unter 14 % (Streuung über die einzelnen ART-Zentren: ca. 8-20%), was nach Adam Riese bedeutet, dass nach drei Behandlungszyklen durchschnittlich über 60 % der Paare kinderlos bleiben (nach vier Zyklen noch 50 %). In der Allgemeinbevölkerung wird die Geburtenrate nach ART pro Zyklus im Schnitt auf über 40 % geschätzt.

Wie kommt es nun zu der Differenz zu den von vielen Fertilitätszentren genannten Schwangerschaftsraten von 20-25 %? In erster Linie sind dafür die erhöhten Fehlgeburtenraten von 20 bis 25 % zu nennen, zudem enden zwei bis vier Prozent als extrauterine Schwangerschaften. Auch sonst werden die Risiken der assistierten Reproduktion eher unterschätzt, das Hauptrisiko sind hier Mehrlingskinder: Die Rate der Zwillingsgeburten ist um das 20fache, die der Drillingsgeburten um das 200fache gegenüber spontan gezeugten Kindern erhöht, d. h. ca. 24 % aller Geburten nach assistierter Reproduktion sind Mehrlingsgeburten (ca. 38% der Kinder nach ART sind Mehrlinge). Mit Mehrlingsschwangerschaften sind erhöhte Risiken sowohl für die werdende Mutter als natürlich auch für die Kinder zu erwarten. Nicht unbedingt bekannt ist, dass auch Einlinge nach assistierter Reproduktion im Durchschnitt ein niedrigeres Geburtsgewicht aufweisen und sie häufiger Frühgeburten sind als spontan gezeugte Kinder.

Wie ist es um die psychologische Seite des unerfüllten Kinderwunsches bestellt?

Viele Studien haben ergeben, dass Infertilität von sehr vielen Frauen als schlimmste emotionale Krise empfunden wird, manchmal gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahestehenden Angehörigen. Hinzu kommt die nicht nur zeitlich, sondern auch emotional und inzwischen auch finanziell aufwändige reproduktionsmedizinische Behandlung, die für viele Frauen zusätzlich eine starke psychische Belastung darstellt, vor allem nach „erfolglosen“ Behandlungszyklen. Deshalb kann man davon ausgehen, dass die gefühlsmäßige Belastung mit der Zahl erfolgloser Behandlungszyklen in den ersten Jahren einer solchen Behandlung bei vielen Frauen erst einmal

ansteigt. Werden zudem noch keine organischen Ursachen für die Fruchtbarkeitsstörung gefunden („idiopathische Sterilität“), führt dies häufig zu der fälschlichen Gleichsetzung mit psychisch bedingter Fertilitätsstörung („psychogene Sterilität“), was die betroffenen Paare in der Regel noch mehr unter Druck setzt in Form von Schuldgefühlen.

Die psychosomatische Sicht dominierte über Jahrzehnte ein stark pathologieorientierter Blick – fast ausschließlich auf die „sterile Frau“ –, wie folgende Übersicht aus einer Publikation von 1958 demonstriert: Als „Persönlichkeitsfaktoren bei weiblicher Sterilität“ werden benannt: „1. Körperliche und emotionale Unreife, 2. Aggressiv-maskuliner Typ (verweigert die weibliche Rolle), 3. Kombination von 1 und 2, 4. Identifikation mit feindlicher Mutter, 5. Mütterlicher Typ, 6. Feminin-erotischer Typ, 7. Zwangsneurotischer Typ und 8. Unruhige, verarmte und chronische Grüblerin“. Für die Frau mit Kinderwunsch wahrlich eine schwierige Gratwanderung zwischen zu männlicher (2) und zu weiblicher (6) bzw. zu wenig mütterlicher (4) und zu sehr mütterlicher (5) Identität! Aber auch in der neueren Literatur finden sich simplifizierende und durch nichts belegte Aussagen wie: „So können schwere, unlösbare Familienkonflikte z. B. zu Sterilität führen.“ In der Laienpresse, aber auch in etlichen Ratgeberbüchern, werden Paare mit unerfülltem Kinderwunsch weiterhin noch häufig in psychologischer Hinsicht pathologisiert: So seien diese – insbesondere die Frauen – in ihrer Persönlichkeit stark gestört, hätten unbewusst erhebliche Ängste bezüglich Schwanger- bzw. Elternschaft oder die Partnerschaft lasse eine Schwangerschaft nicht zu. Systematische Studien entkräften diese Vorurteile durchweg. Und wenn Ängste vor Schwangerschaft tatsächlich kontrazeptiv wirken würden, hätte das pro familia Infotelefon zur „Pille danach“ nicht einen solch hohen Zuspruch.

Im Durchschnitt erscheinen Paare mit Kinderwunsch psychopathologisch unauffällig, es zeigt sich nur eine leicht erhöhte Depressivität, Ängstlichkeit und vermehrt Körperbeschwerden bei vielen Frauen, die als Folge der reproduktionsmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie interpretiert werden können. Bei Kinderwunsch-Paaren liegt der Anteil psychopathologisch auffälliger Personen mit 15 bis maximal 20 % keinesfalls höher als in der Allgemeinbevölkerung. Auch die Partnerschaft dieser Paare ist absolut unauffällig, mit längerer Behandlungsdauer stellen sich ungewollt kinderlose Frauen mit ihrer Partnerschaft im Durchschnitt sogar zufriedener dar. Spezifische Paarbeziehungsmuster, wie z. B. das Bild einer „symbiotisch-anklammernden“ Partnerschaft, können nicht als typisch für ungewollt kinderlose Paare gesehen werden. Pauschal pathologisierende Aussagen wie „Nur bei weniger als 10% der Paare entsteht beim Untersuchenden der Eindruck einer harmonischen, auf gegenseitiger Akzeptanz beruhenden Beziehung“ müssen daher als überholt angesehen werden.

Ähnliche Befunde gibt es, wenn die Untergruppe der Paare mit idiopathischer Sterilität untersucht wird: Es ergeben sich aus systematischen Studien an größeren Fallzahlen keinerlei gesicherte, psychologisch relevante Unterschiede zwischen idiopathisch sterilen und organisch sterilen Paaren, dies betrifft insbesondere auch die Beziehungsmuster von Paaren mit idiopathischer Sterilität. Das heißt, dass idiopathische Sterilität nicht gleichzusetzen ist mit psychogener Sterilität. Dass das Konstrukt der „psychogenen Sterilität“ insgesamt eher schwer zu handhaben ist, schlägt sich meines Erachtens z. B. in den „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ von 1998 nieder. Dort wird die psychogene Infertilität zum einen bei den (eingeschränkten) medizinischen Indikationen für IVF gesehen, zum anderen aber auch gleichzeitig bei den (eingeschränkten) Kontraindikationen.

Wann wird heutzutage von einer psychogenen Fertilitätsstörung gesprochen?

Nach der aktuellen Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ liegt eine psychogene Fertilitätsstörung dann vor, wenn a) ein Paar trotz Aufklärung durch den Arzt weiter die Fruchtbarkeit schädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Ernährungsweise – vor allem Über- bzw. Untergewicht –, Hochleistungssport, Genussmittel- bzw. Medikamentenmissbrauch, extremer beruflicher Stress), b) wenn ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert bzw. eine nicht-organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt und c) wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschtherapie zwar bewusst bejaht, diese aber dann doch nicht beginnt, also beispielsweise die Tubendurchgängigkeitsprüfung oder die Erstellung eines Spermogramms immer wieder aufgeschoben wird. Nach dieser wissenschaftlich belegten Definition der psychogenen Fertilitätsstörung beeinflusst nicht eine irgendwie geartete (bewusste oder unbewusste) Einstellung zum gewünschten Kind die Fertilität, sondern nur entsprechend fertilitätsschädigende oder -einschränkende Verhaltensweisen. Die Prävalenz psychogener Infertilität ist auf etwa 5% einzuschätzen.

Inwieweit beeinflusst psychischer Stress die Fruchtbarkeit?

Es gibt in der wissenschaftlichen Literatur diverse Modelle, die versuchen, psychischen Stress und das reproduktive System zu verbinden (so genannte zyklische oder Teufelskreis-Modelle). So soll Stress beispielsweise zu Tubenspasmen oder einer eingeschränkten Spermatogenese führen, diese die Fruchtbarkeit beeinträchtigen, was wiederum Schuld- und Schamgefühle und Wut auslöst und schließlich als emotionaler Stress das reproduktive System beeinflusst. Diese Zusammenhänge sind bisher nur postuliert und noch nicht ausreichend untersucht worden. Es ist auch eher wahrscheinlich, dass solche einfachen Regelkreismodelle der Realität nicht angemessen sind. Beispielhaft möchte ich zwei Studien nennen, die diesen Zusammenhang überprüft haben. Eine prospektive australische Studie mit 90 Frauen vor dem Beginn einer IVF-Behandlung und einer weiteren Untersuchung ein Jahr später ergab, dass niedrige Ängstlichkeit mit einer höheren Schwangerschaftswahrscheinlichkeit einherging. Allerdings hatten Frauen mit Ängstlichkeitswerten im obersten Quartil auch eine höhere Schwangerschaftswahrscheinlichkeit. Das bedeutet, dass der Zusammenhang zwischen Stress und Fruchtbarkeitsstörungen wohl nicht linear ist. Eine prospektive dänische Studie mit 430 Paaren, welche die erste Schwangerschaft planten, kam zum Schluss, dass die Effekte vom Alltagsstress des Mannes auf seine Samenqualität klein oder nicht vorhanden seien.

Die Zusammenhänge zwischen psychischem Stress und Fruchtbarkeit sind aus dem Tiermodell wohl bekannt, es ist aber nicht zuletzt aufgrund anatomischer Unterschiede sehr umstritten, inwieweit diese Ergebnisse auf den Menschen zu übertragen sind. Außerdem werden die Zusammenhänge wohl durch weitere Variablen moderiert. So wurde beispielsweise gefunden, dass der Zusammenhang von Stress und Fruchtbarkeitsstörungen entscheidend durch die Variable Optimismus beeinflusst wird, d. h., dass optimistische Frauen mit Stress insgesamt besser umgehen können und dieser keinen oder keinen großen Einfluss auf das reproduktive System hat. Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Zusammenhänge zwischen psychischem Stress und Fruchtbarkeitsstörungen also keineswegs geklärt. Erst einmal müssen die methodologischen Probleme – wie der Mangel an systematischen kontrollierten Studien und die Überbewertung von korrelativen Studien – gelöst werden.

Als weiteres Indiz für die Existenz psychogener Sterilität wird häufig genannt, dass Frauen, die sich zur Adoption entschließen oder gerade ein Kind adoptiert haben, dann doch spontan schwanger geworden wären. Dieser Mythos zieht sich konsequent seit Jahrzehnten durch diverse Publikationen, wird dadurch aber nicht wahrer. Es gibt zwar Spontanschwangerschaften nach Aufgabe des Kinderwunsches bzw. nach Adoption, jedoch nur als sehr seltene Ausnahmen. Dass diese Ausnahmen sehr viel präsenter scheinen, liegt augenscheinlich daran, dass über diese 3-4 % nach Adoption schwanger gewordenen Frauen in den Medien weitaus mehr berichtet wird als über die 96-97% der „erfolglosen“ Frauen.

Zusammengefasst wird in einer aktuellen kritischen Übersichtsarbeit zweier amerikanischer Psychoanalytikerinnen zum Thema „Psychoanalyse und Infertilität“ das Konstrukt der psychogenen Infertilität sogar so weit demontiert, dass die Autorinnen zum Schluss kommen: „Es ist an der Zeit, den Begriff ‚psychogene Infertilität‘ als zu vereinfachend und zeitlich überholt in den Ruhestand zu versetzen.“

Was sind die psychischen Auswirkungen der assistierten Reproduktion?

Die meisten Studien berichten übereinstimmend, dass die Frauen sich oft ängstlicher, depressiver sowie in ihrem Selbstwert und im sozialen Netzwerk eingeschränkter als ihre Partner darstellen, auch im Vergleich zur Norm. Bei Vorliegen eines andrologischen Faktors beschreiben sich auch viele Männer als ängstlicher und unsicherer im Vergleich zur Norm. Die Partnerschaftsqualität und die sexuelle Zufriedenheit nimmt durchschnittlich mit der Dauer der Behandlung ab, bleiben aber weitgehend im Normbereich, auch wenn bis zu 60 % der Paare über Einschränkungen in der Sexualität berichten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch der Hinweis, dass der psychische Stress in der Wartezeit nach dem Embryotransfer für sehr viele Frauen belastender ist als alle medizinischen Maßnahmen der assistierten Reproduktion wie z. B. eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung. Auch wenn die Kosten der Behandlung komplett von den Versicherungen übernommen werden, nehmen trotz Misserfolges über die Hälfte der Paare nicht alle angebotenen Behandlungszyklen in Anspruch, was in erster Linie auf die emotionalen Belastungen der ART zurückzuführen ist.

Wie entwickeln sich Kinder nach „künstlicher“ Befruchtung?

In den neueren Studien finden sich keine Häufungen gravierender Auffälligkeiten in der sozialen und psychischen Entwicklung von Kindern nach assistierter Reproduktion. Dieses gilt auch für die Paarbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung (in einer Studie wurde die Tendenz zur Überbehütung von IVF-Kindern in deren Adoleszenz im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern gefunden). Entscheidender Risikofaktor ist die bereits genannte Mehrlingsproblematik: Familien mit Mehrlingen nach assistierter Reproduktion erscheinen nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht eindeutig als Hochrisikogruppe: Mehrlingskinder neigen vermehrt zu Verhaltens- und Sprachentwicklungsstörungen, Mehrlingsmütter haben eine signifikant größere Chance, Depressionen zu entwickeln, Mehrlingseltern trennen sich häufiger als Ein- oder Zwei-Kind-Eltern. Während die psychische und soziale Entwicklung von Kindern nach assistierter Reproduktion (sofern nicht Mehrlinge) also eher unauffällig erscheint, wiegen die Risiken der körperlichen Entwicklung deutlich höher: Es gibt für diese ein höheres Risiko für chromosomale Anomalien im

Vergleich zu spontan gezeugten Kindern. Während mit einer schweren Fehlbildung bei einem Kind nach Spontankonzeption bei jeder 15. Schwangerschaft zu rechnen ist, betrifft dies in Deutschland jede 12. Schwangerschaft nach assistierter Reproduktion (nach einer australischen Übersichtsstudie sogar jede 10. Schwangerschaft weltweit). In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung von 2004 wird von einem erheblichen Risiko von Fehlbildungen bei den Kindern nach ICSI gesprochen. Die Bedeutung epigenetischer Veränderungen beim Einsatz assistierter Reproduktionsmedizin ist bis heute noch nicht geklärt, d. h. wir wissen nicht, ob beispielsweise das Medium, in dem die befruchtete Eizelle kultiviert wird, einen Einfluss auf die Weiterentwicklung des Embryos hat, was ein gewichtiges Argument gegen den Blastozystentransfer darstellen könnte.

Was wissen wir über langfristig kinderlos gebliebene Paare?

Systematische Studien haben gezeigt, dass es nur geringe Unterschiede in der Lebensqualität und der Lebenssituation zwischen kinderlos gebliebenen Paaren und Eltern gibt. Prognostisch ist dabei günstig, wenn kinderlos Gebliebene diese Situation positiv neu bewerten können und akzeptieren, aktiv nach Alternativen suchen und soziale Kontakte aufrechterhalten und ausbauen. Entsprechend prognostisch ungünstig sind Grübeln, das Gefühl der Machtlosigkeit und des Versagens sowie eine weiterhin starke Fokussierung auf Kinder als wichtiges Lebensziel.

Was sind die Erwartungen an eine psychosoziale Kinderwunsch-Beratung?

Die von uns interviewten GynäkologInnen sahen zu ungefähr 50 % eine Beratung bei Paaren als notwendig an bei Behandlungsmisserfolg, also bei keiner Lebensgeburten, 38 % waren sogar dafür, diese Beratung bereits bei Behandlungsbeginn anzubieten. Aus Sicht der Paare lagen die Zahlen etwas anders: Die Mehrzahl der Paare (32 %) wollten schon zu Beginn der Behandlung eine Beratung angeboten bekommen und 24 % bei Behandlungsmisserfolg. Die unterschiedlich hohen Prozentangaben für den Beratungsbedarf bei Ärzten und Paaren erklärten betroffene Paare mit Angst vor Stigmatisierung oder Labilisierung durch eine psychologische Beratung sowie mit, dem Vorhandensein ausreichender eigener Bewältigungsressourcen; etliche Ärzte und Paare gingen außerdem davon aus, dass sich ein psychosomatischer Ansatz und die schulmedizinische Behandlung wechselseitig ausschließen würden.

Was sind die Ziele und Auswirkungen einer psychosozialen Kinderwunsch-Beratung?

Als primäre Ziele werden häufig genannt, den Paaren einer besseren Bewältigung der Kinderlosigkeit zu ermöglichen, Entscheidungshilfen bezüglich medizinischer Therapieschritte anzubieten, potenziell auftretende Paarkonflikte zu vermindern, die Kommunikation des Paares miteinander, mit den Ärzten und mit der sozialen Umwelt zu verbessern, die Akzeptanz bei erfolgloser medizinischer Therapie zu fördern und das Paar in der Findung alternativer Perspektiven zu unterstützen. Dazu sollte die Paarberatung im Gesprächsablauf transparent und entstigmatisierend sein und die Ressourcen des Paares aktivieren, insbesondere in den Zeiten, in denen es sich

der Fruchtbarkeitsstörung, aber auch dem reproduktionsmedizinischen Angebot gegenüber als ohnmächtig erlebt.

Beratungsfokus sollte sein, den Paaren bei der Bewältigung dieser Krise zu helfen und fertilitätsschädigendes Verhalten aufzuzeigen, nicht aber primär möglichen unbewussten Konflikten gegenüber einer Elternschaft nachzuspüren. In der psychosozialen Kinderwunsch-Beratung sollte nicht nur über die Grenzen der technischen Machbarkeit aufgeklärt werden, sondern auch über die biologischen Grenzziehungen. Immer wieder auftretende emotionale Krisen („Achterbahn der Gefühle“) und sexuelle Funktionsstörungen während der medizinischen Diagnostik bzw. Therapie gilt es zu akzeptieren, zu antizipieren und aktiv anzusprechen, da dieses meistens zur Entlastung des Paares führt. Psychosoziale BeraterInnen sollten auf das im Allgemeinen unterschiedliche emotionale Erleben beider Partner des Kinderwunsch-Paares eingestellt sein und auch bei einseitigen Schuldzuweisungen eine allparteiliche und ergebnisoffene Haltung wahren. Und schließlich sollte die Kinderwunsch-Beratung es dem Paar ermöglichen, den „Traum vom eigenen Kind“ zeitweise – und gegebenenfalls auch endgültig – zu verabschieden, um das Leben „außerhalb des Kinderwunsches“ wieder zu entdecken.

Die Effekte von Beratung und Psychotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch sind in einer umfangreichen Übersichtsarbeit kürzlich analysiert worden. Auffällig war, dass nur in 25 von 380 ausgewerteten Studien die Effekte systematisch evaluiert wurden, indem beispielsweise prä-/post-Messungen vorgenommen wurden. Bei diesen 25 Studien handelte es sich meist um Entspannungsverfahren, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Es stellte sich in diesen sorgfältigen Analysen erstens heraus, dass bei der Mehrzahl der Frauen bereits ein niederschwelliges Angebot von ein bis maximal fünf Sitzungen die emotionale Belastung deutlich reduzierte. Und zweitens, dass in der Regel keine Erhöhung der Schwangerschaftsrate nach psychosozialer Intervention zu beobachten war, d.h. dass eine erhöhte Schwangerschaftsrate realistischerweise auch nicht zu den Zielen einer solchen Beratung oder Psychotherapie gezählt werden kann.

Was zeigt ein Blick über Deutschlands Grenzen?

Während in Deutschland – in erster Linie (und aus gutem Grund) wegen des Embryonenschutzgesetzes – die Verfahren der assistierten Reproduktion weitgehend „ausgereizt“ sind, ist im europäischen und außereuropäischen Ausland noch eine Vielzahl weiterer reproduktionsmedizinischer Techniken im Einsatz. Zur Präimplantationsdiagnostik hat pro familia bereits eine Tagung abgehalten. Weitere Verfahren sind z.B. die Embryooption, die Eizellspende, Leihmutterchaft (mit dem bizarren Fall einer Fünfllingsgeburt durch eine Leihmutter im April 2005 in den USA), die anonyme Gametenspende, zu beachten ist auch die besondere Situation der so genannten „single mothers by choice“ und lesbischer bzw. homosexueller Eltern. Die (wenigen) systematischen Studien zu den psychosozialen Aspekten dieser Techniken bzw. dieser alternativen Elternschaften weisen in unterschiedliche Richtungen: Während – ähnlich wie bei der Adoption – sich die Bedeutung des Wissens um den biologischen Elternteil mehr und mehr durchsetzt und deshalb von einer anonymen Gametenspende inzwischen eher abgeraten werden muss, gibt es in Bezug auf allein stehende Frauen mit Kinderwunsch und auf gleichgeschlechtliche Eltern in der Regel wenig Unterschiede zum „klassischen“ Modell der Familie, was die psychische und soziale Entwicklung der Kinder angeht.

Rahmenbedingungen einer psychosozialen Kinderwunsch-Beratung

Die Forderungen zur psychosozialen Kinderwunsch-Beratung der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ in ihrem Schlussbericht aus dem Jahr 2002 sind meines Erachtens weiterhin unbedingt gültig und harren ihrer baldigen Umsetzung: Die Beratungsangebote sollten schwellenabbauend wirken, eine umfassende Aufklärung sowohl der GynäkologInnen als auch der Öffentlichkeit zu allen Aspekten von Fruchtbarkeitsstörungen ist notwendig. Zur Qualifikation der BeraterInnen sollten gehören: Erfahrungen in Paarberatung, Kenntnis der psychosozialen Faktoren bei ungewollter Kinderlosigkeit und Wissen um den aktuellen Stand der ART. Das Beratungsangebot sollte unabhängig von ART-Zentren zur Verfügung gestellt werden. Die psychosoziale Beratung sollte bereits vor geplanten Maßnahmen der ART stattfinden, einschließlich einer dreimonatigen Bedenkzeit für die Paare. Schließlich sollte das Beratungsangebot als Leistung von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Der häufig in diesem Zusammenhang gestellten Kostenfrage kann nicht zuletzt auch dadurch begegnet werden, dass eine psychosoziale Kinderwunsch-Beratung dazu beitragen kann, Paare in der Entscheidung gegen (weitere) teure reproduktionsmedizinische Maßnahmen zu unterstützen.

Dr. Tewes Wischmann ist Psychotherapeut und -analytiker, 1. Vorsitzender „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)“ e.V. Er ist Mitverfasser der Leitlinien „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ und Buchautor („Der Traum vom eigenen Kind“ und „Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch“). Er arbeitet am Institut für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin im Universitätsklinikum Heidelberg.

Weiterführende Literatur:

Stammer H, Verres R, Wischmann T (2004): *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Hogrefe, Göttingen.

Wischmann T, Stammer H (2003): *Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch*. Kohlhammer Ratgeber, Stuttgart (2., aktualisierte Auflage)

Wischmann T (2003): *Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen*. *Der Gynäkologe*, 36, S. 125-136.

Wischmann T (2003): *Psychogene Fertilitätsstörungen: Mythen und Fakten*. *Gynäkologische Endokrinologie*, 4, S. 187-196. (beide Artikel online verfügbar unter www.dr-wischmann.de)

Vortrag: „Ethische Aspekte der Reproduktionsmedizin“

Prof. Dr. Hartmut Kreß

In der Fortpflanzungsmedizin werden Embryonen außerhalb des Mutterleibes hergestellt. Bei den Ethikdebatten über diesen Zweig der modernen Medizin steht daher immer wieder eine bestimmte Frage im Zentrum: Besteht die Gefahr, dass die Menschenwürde und der Lebensschutz von Embryonen verletzt werden? Wird dadurch gar die Menschenwürde als solche, als Grundlage der heutigen Zivilisation, in Mitleidenschaft gezogen? Erstmals wurde 1979 in England ein Kind nach In-vitro-Fertilisation geboren. Die Debatte über Chancen und Grenzen der medizinisch assistierten Reproduktion ist seitdem nie zum Stillstand gelangt. In den zurückliegenden Monaten hat sie sich sogar wieder verstärkt.

1. Aktuelle Problemstellungen

Schon seit langem, seit den frühen 90er Jahren des 20. Jahrhunderts, wird in der Bundesrepublik Deutschland gestritten, ob Präimplantationsdiagnostik – also die Auswahl von Embryonen in Anbetracht familiär bedingter genetischer oder chromosomaler Schäden – zugelassen werden dürfe. Vor allem möchte ich aber diejenige Frage betonen, die im Augenblick rechtspolitisch vordringlich ansteht. Die Basis ist eine Fortentwicklung der Reproduktionsmedizin seit Ende der 1990er Jahre. Es geht um die morphologische Beobachtung früher Embryonen außerhalb des Mutterleibes mit nachfolgender Übertragung eines einzelnen Embryos in die Frau. Diese Handlungsoption eröffnet die Chance, einer Frau möglichst nur einen Embryo einzusetzen (sog. Single-Embryo-Transfer). Dies soll ein Embryo sein, der voraussichtlich entwicklungsfähig und lebensfähig ist. Zahlreiche frühe Embryonen sind nämlich gar nicht in der Lage, sich weiterzuentwickeln, sondern werden absterben. Durch die morphologische Beobachtung, die die Gestaltwerdung und die Teilungsprozesse der frühen extrakorporalen Embryonen in den Blick nimmt, kann man dies jetzt weitgehend erkennen. Daher liegt es nahe, im Zusammenhang der In-vitro-Fertilisation mehrere Embryonen zu erzeugen und sie einige Tage lang in ihrer Entwicklung zu betrachten, um einen einzelnen Embryo zu bestimmen, von dem anzunehmen ist, dass er sich gut fortentwickeln wird. Auf diese Weise könnte man für den Erfolg der Schwangerschaft günstigere Voraussetzungen schaffen als bislang.

In der Bundesrepublik Deutschland werden Frauen immer noch unterhalb dieses aktuell erreichten medizinischen Niveaus therapiert. Nach künstlicher Befruchtung werden ihnen, dem Embryonenschutzgesetz gemäß, zwei oder sogar drei Embryonen eingesetzt. Dieser Transfer findet ungeprüft, gleichsam „blind“ statt – in der Absicht, dass eine Schwangerschaft überhaupt einsetzt und dass wenigstens einer der Embryonen zur Geburt gelangt. Manchmal wachsen dann aber – ungewollt – mehrere Embryonen heran; es entstehen Mehrlingsschwangerschaften. Deren Zahl ist in Deutschland, im europäischen Vergleich betrachtet, zu hoch. Die Schattenseiten, die Mehrlingsschwangerschaften mit sich bringen, sind erheblich: ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für die schwangere Frau; Gesundheits- und Entwicklungsschäden bei den heranwachsenden vorgeburtlichen Kindern, bei den Feten; vermehrte Frühgeburtlichkeit; Beeinträchtigungen der Gesundheit – unter Umständen schwerwiegend – bei den geborenen Kindern. Davon abgesehen kann die Geburt

mehrerer Kinder für die Familien psychosoziale Probleme bewirken. Nicht zuletzt: bei Mehrlingsschwangerschaften erfolgt notfalls ein Fetozid; Feten werden abgetötet, um anderen das Leben zu retten.

Das Spektrum der negativen Begleiterscheinungen, die die derzeitige medizinische Praxis in Deutschland mit sich bringt, ist breit. Es handelt sich um iatrogene Schädigungen, das heißt um einen vom Arzt bewirkten Schaden, der sich daraus erklärt, dass bis vor wenigen Jahren die Methode der morphologischen Beobachtung von Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer noch gar nicht bekannt war.

Das neue Verfahren könnte Abhilfe schaffen und bisherige ungewollte Negativfolgen der medizinisch assistierten Reproduktion eindämmen. Im Unterschied zum Ausland, zum Beispiel Österreich, Schweden oder Belgien, wird es in der Bundesrepublik Deutschland aber nicht angewendet. Denn es ist äußerst fraglich, ob es sich mit dem Embryonenschutzgesetz vereinbaren lässt. Einzelheiten des juristischen Problems klammere ich hier aus. Was – abgesehen von den rechtlichen Problemen – die Ethikdebatte in der Bundesrepublik Deutschland anbetrifft, so wird gegen neuere Verfahren der Fortpflanzungsmedizin, vor allem gegen die Präimplantationsdiagnostik oder analog, auf anderer Ebene, gegen embryonale Stammzellforschung, eingewendet, hierdurch würden die Würde und der Lebensschutz von Embryonen verletzt. Dieser Logik gemäß wären dann wohl auch gegen die morphologische Beobachtung früher Embryonen bestimmte Einwände vorstellbar. Denn man erzeugt ja mehrere Embryonen – denkbar wäre die Zahl sechs; in Belgien oder Schweden werden zehn oder mehr Embryonen erzeugt – und man wählt danach einen entwicklungsfähigen Embryo aus, um ihn der Frau zu übertragen. Die potentielle Rückfrage liegt auf der Hand: Die Bestimmung des entwicklungsfähigen Embryos durch den Arzt und der Sachverhalt, dass eventuell ein anderer Embryo überzählig bleiben könnte, stelle eine Verfügung über Menschen dar; dies bilde einen Verstoß gegen das Lebensrecht von Embryonen und gegen die Menschenwürde.

Hiermit habe ich das Kernproblem der Ethikdebatte – das Lebensrecht und die Menschenwürde von Embryonen – ins Licht gerückt. Um meinerseits Stellung zu nehmen, befasse ich mich zunächst generell mit dem Begriff der Menschenwürde. Im Anschluss möchte ich aus meiner Sicht Konsequenzen für die ethische Bewertung des reproduktionsmedizinischen Fortschritts ziehen. In der Sache bin ich der Meinung, dass verschiedene reproduktionsmedizinische Handlungsoptionen, vor allem die morphologische Beobachtung von Embryonen und der Single-Embryo-Transfer, ethisch akzeptabel, ja sogar zu begrüßen sind. Die Begründung soll im Verlauf des Referates zutage treten.

Vorab werfe ich nun aber einen Blick auf den Begriff der Menschenwürde, der bei den Kontroversen zur Reproduktionsmedizin so großes Gewicht besitzt.

2. Was bedeutet Menschenwürde?

Als der Parlamentarische Rat 1948/49 in Bonn über das Grundgesetz beriet, war zunächst nicht vorgesehen, diesen Begriff an die Spitze der Verfassung zu stellen. Kein Geringerer als Theodor Heuß, der spätere Bundespräsident, brachte das wesentliche Problem auf den Punkt: Der Begriff „Menschenwürde“ sei eine „nicht interpretierte These“. Das heißt, es ist gar nicht deutlich, was mit Menschenwürde präzise gemeint ist. Hierzu bestehen in der Tat erhebliche Meinungsunterschiede und große Auslegungsprobleme. Ungeachtet dessen möchte ich als Kern, als tragenden Sinngehalt der Menschenwürde drei Teilprinzipien hervorheben, die je für sich belang-

voll sind. Diese Teilaspekte sind: 1. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, 2. der Gedanke der Gleichheit aller Menschen sowie 3. der Grundsatz, dass jeder Mensch Schutz verdient.

Erstens. Es war vor allem die neuzeitliche Aufklärungsphilosophie, namentlich die Philosophie Immanuel Kants, die den Freiheitsgedanken mit der Menschenwürde verknüpft hat. Die Angehörigen der Gattung Mensch sind – so lautete der Gedankengang Kants – zur Freiheit, zur Selbstbestimmung und zum eigenverantworteten Vernunftgebrauch grundsätzlich in der Lage. Durch diese Fähigkeit zeichne sich die menschliche Existenz vor anderen Lebewesen aus. Die besondere Würde des Menschseins beruhe darauf, dass Menschen vernünftig denken und frei entscheiden können. Ethisch zog Kant daraus die Konsequenz: Jeder einzelne Mensch, der dies wünscht, soll dann auch *tatsächlich* frei über sich selbst bestimmen dürfen. Daher hat Kant das Anliegen der Aufklärungsphilosophie mit den berühmten Worten umschrieben: Lerne es, deine Vernunft ohne Anleitung eines anderen – das heißt also im Sinn von Freiheit und Selbstbestimmung – zu gebrauchen. Das Selbstbestimmungsrecht ist eine Schlüsselidee neuzeitlicher Philosophie und ein wesentliches Teilprinzip der Menschenwürde.

Heutzutage ist dieses Prinzip auch in der Bioethik zentral. Es führt dazu, dass Menschen das Recht haben, medizinische Behandlungen abzulehnen oder Maßnahmen der künstlichen Lebensverlängerung zu verneinen. Das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung bildet die Basis für Patientenverfügungen und für die sog. passive Sterbehilfe. Aus dem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung folgt auch die Fortpflanzungsfreiheit. Menschen haben das Recht, sich fortzupflanzen und zu diesem Zweck, sofern es medizinisch indiziert ist, die technische Hilfe moderner Reproduktionsmedizin in Anspruch zu nehmen.

Zweitens, eine weitere Kernaussage, die sich mit der Idee der Menschenwürde verbindet: Das Prädikat der „Würde“ kommt jedem Angehörigen der Gattung Mensch gleichermaßen zu. Wenn man von der Menschenwürde spricht, sind *alle* Menschen gemeint. Zur Menschenwürde gehören der Gleichbehandlungsgrundsatz oder anders gesagt das Postulat der Nichtdiskriminierung.

Um diesen Teilaspekt, die Gleichheit der Menschen als Inhalt der Menschenwürde, kulturgeschichtlich zu erläutern: Der Begriff „Menschenwürde“ hat sich erst in der Neuzeit eingebürgert. Einer seiner historischen Wurzeln ist die jüdische Vorstellung der Gottebenbildlichkeit des Menschen. Nun war von der Gottebenbildlichkeit auch außerhalb des alten Judentums, in anderen altorientalischen Texten die Rede, allerdings mit einem gewichtigen Unterschied. Im Alten Orient, z. B. in Ägypten, wurde der herausragende Mensch, der König, der Pharao, als Bild Gottes bezeichnet. Das Alte Testament hat diesen Begriff gleichsam demokratisiert. In der alttestamentlichen Schöpfungsgeschichte heißt es, Gott habe alle Menschen nach seinem Bild geschaffen; und es wird ausdrücklich ergänzt, dass Mann „und Frau“ Gottes Ebenbild sind (1. Mose 1, 26f). Das Anliegen der Gleichheit aller Menschen, auch der Frau, das sich in der Moderne mit dem Prädikat der Menschenwürde verbindet, hat seine Vorläufer bereits im antiken Judentum. Das alte Judentum kannte übrigens auch schon die Vorstellung, dass Kinder Gottes Ebenbild sind. Damit widersprach das antike Judentum der griechischen und römischen Auffassung, Kinder seien Menschen von minderem Rang. Wenn im 20. Jahrhundert die Menschenwürde und die eigenen Rechte von Kindern international anerkannt worden sind, standen kulturgeschichtlich die jüdischen Impulse Pate, die das Kind, gleichermaßen wie den erwachsenen Menschen, als Gottes Ebenbild deuteten.

Heute ist hinzuzufügen: Seit dem 19. und 20. Jahrhundert ist uns dank der modernen Naturwissenschaften bewusst, dass schon beim Embryo von vornherein gattungsspezifisch menschliches Leben gegeben ist. Nach der Auflösung der Vorkerne, der Verschmelzung von Samen- und Eizelle ist ein menschliches Genom entstanden. Der Gleichheitsgrundsatz legt es daher nahe, das Würdeprädikat, die Qualität der Menschenwürde, prinzipiell bereits dem ganz frühen Embryo zuzuerkennen. Differenzierungen bringe ich später noch zur Sprache.

Drittens. Als weiteres Teilprinzip der Menschenwürde ist der Schutzaspekt zu betonen. Der Menschenwürde gemäß ist jeder einzelne Mensch ein Selbstzweck. Er darf nicht für fremde Zwecke benutzt werden; die Grundlagen seiner Existenz dürfen nicht beeinträchtigt oder gar zerstört werden. Dieser Gedanke war im übrigen das entscheidende Argument gewesen, die Menschenwürde 1949 an die Spitze des Grundgesetzes zu stellen. Man wollte der historischen Erfahrung des NS-Staates Rechnung tragen. Erniedrigung, Verfolgung, Vernichtung von Menschen sollten sich nicht wiederholen. Aus der Menschenwürde folgt daher der Schutz des Lebens. Um auch diesen Aspekt, den Schutzgedanken, sogleich mit dem Thema des Lebensbeginns zu verknüpfen: Wenn man sagt, dass bereits der frühe Embryo grundsätzlich Menschenwürde besitzt, lautet die Konsequenz: Sein Lebensrecht ist zu achten; schon das frühembryonale Leben soll geschützt werden.

Hieraus resultieren freilich die heutigen ethischen Dilemmata. Wenn der Embryo „Würde“ hat und ihm Schutzrechte zustehen, darf man frühen Embryonen dann Stammzellen entnehmen, um an ihnen zu forschen? Oder, um das zur Zeit vordringliche, eingangs genannte Thema der Reproduktionsmedizin aufzugreifen: Kann es zulässig sein, im Zuge der morphologischen Beobachtung von Embryonen einen überzähligen Embryo beiseite zu legen? Oder: Kann es statthaft sein, nach einer PID genetisch geschädigte Embryonen absterben zu lassen? Stellt dies nicht eine Würdeverletzung dar?

Manche Stimmen meinen, dies sei der Fall, und sprechen gegenüber embryonaler Stammzellforschung oder den verschiedenen Verfahren der Reproduktionsmedizin daher ein kompromissloses „Nein“ aus.

3. Das Postulat des absoluten Embryonenschutzes

Es ist insbesondere die katholische Kirche, die die Auffassung vertritt, der Embryo sei vollständig unantastbar. Weil die katholische Kirche die Embryonenschutzdebatte der Bundesrepublik Deutschland stark beeinflusst hat, nehme ich auf ihren Standpunkt Bezug. Das entscheidende Dokument ist eine *Instructio*, ein Lehrschreiben, aus dem Jahr 1987. Es trägt den Titel: „Über den Beginn des menschlichen Lebens und die Würde der Fortpflanzung“. Dieser Text stammt von der Kongregation für die Glaubenslehre; der Präfekt dieser Kongregation war Joseph Kardinal Ratzinger, also der jetzige Papst. In dieser Schrift legte sich die katholische Kirche auf Folgendes fest: Erstens, der Embryo stelle vom ersten Tag an eine menschliche „Person“ dar; zweitens, der Schutz des Embryos gelte „absolut“. Diese beiden Punkte sind kurz zu erläutern.

Erstens: Bereits der ganz frühe Embryo wird in diesem Dokument als menschliche „Person“ bezeichnet. Dies war für die katholische Kirche keineswegs eine Selbstverständlichkeit, ganz im Gegenteil. In der christlichen Tradition ist nämlich durchweg die Lehre vertreten worden, der Embryo werde erst recht spät zum wirklichen Menschen. Thomas von Aquin, der große Vordenker der mittelalterlichen katholi-

schen Theologie, und andere Vertreter der katholischen Kirchen- und Theologiegeschichte meinten, der männliche Embryo werde am 40. Tag, der weibliche Fetus am 80. oder 90. Tag zum Menschen. Denn erst zu diesem Zeitpunkt – meist nannte man dann den 90. Tag – werde dem vorgeburtlichen Leben eine Geistseele eingestiftet, durch die es zum wirklichen Menschen werde. Diese Lehre von der späten Beseelung hatte Thomas von Aquin von dem antiken Philosophen Aristoteles übernommen. Sie ist noch heute in der Dreimonatsfrist des § 218 StGB wirksam; und abgewandelt findet sie sich in anderen Religionen, zum Beispiel im Judentum, im Islam oder im Buddhismus.

Die katholische Kirche hatte lange geschwankt, ob sie die Lehre von der Spätbeseelung (90. Tag) revidieren solle. Endgültig hat sie sich dann 1987 darauf festgelegt, dass Gott dem frühen Embryo bereits am ersten Tag eine Geistseele einstifte, so dass er sofort eine menschliche „Person“ sei.

Zweitens. Hiervon ausgehend fordert die katholische Amtskirche, nun allerdings sehr schroff – das entscheidende Dokument ist wiederum der Text aus dem Jahr 1987 –, das Lebensrecht des Embryos solle „absolut“ gelten. Dieses Postulat der Absolutheit bedeutet, dass der Schutz des Embryos losgelöst von allen konkreten Bedingungen, auf jeden Fall und unter allen Umständen gewahrt werden müsse. Diesen Standpunkt des absoluten Schutzes hat der Vatikan in den 1990er Jahren bekräftigt und ihn nochmals ausgeweitet. Der katholischen Amtskirche zufolge ist das vorgeburtliche Leben in *allen* seinen Phasen schlechthin unantastbar. Daher hat der frühere Papst, Johannes Paul II., den Schwangerschaftsabbruch ausnahmslos verurteilt und *jede* Abtreibung als Mord bezeichnet (so die Formulierung in der Enzyklika „Evangelium vitae“ im Jahr 1995). Im Jahr 1998 zog der Papst eine zusätzliche Konsequenz: Er untersagte der deutschen katholischen Bischofskonferenz, sich weiterhin an der gesetzlichen Schwangerschaftskonfliktberatung in Deutschland zu beteiligen. Hierdurch werde nämlich die Reinheit des kirchlichen Zeugnisses verdunkelt. Die Kirche dürfe noch nicht einmal indirekt, durch die Ausstellung des Beratungsscheins, an einer eventuellen Abtreibung beteiligt sein. Dies gelte sogar, obwohl die Chance bestünde, durch die Beratung Schwangeren zu helfen und mit Hilfe von Beratung und Unterstützung bedrohten Feten das Leben zu retten. „Absoluter“ Schutz des vorgeburtlichen Lebens heißt daher, dass keinerlei Umstände berücksichtigt werden dürfen. Das vorgeburtliche Leben ist schlechterdings unantastbar. Konkrete Umstände, individuelle Situationen oder persönliche Konflikte, darunter die schwere Not- und Konfliktlage einer Frau, die einen Abbruch erwägt, sind nicht relevant.

Im Zuge einer solchen Positionsbestimmung hat der Vatikan im Jahr 1987 ferner die künstliche Befruchtung vollständig untersagt. Katholische Paare, auch Ehepaare, dürfen der kirchlichen Morallehre zufolge IVF nicht in Anspruch nehmen. Die katholische Lehre bildet daher ein besonders markantes Beispiel für ein schroffes Nein zur Reproduktionsmedizin und zugleich zur embryonalen Stammzellforschung. Ein abgeschwächtes Nein ist für die derzeitige deutsche Rechtslage charakteristisch.

4. Der restriktive Standpunkt im deutschen Recht

Das Embryonenschutzgesetz aus dem Jahr 1991 lässt die In-vitro-Fertilisation in engen Grenzen zu. Das völlige Verbot des katholischen Lehramts hat der deutsche Gesetzgeber also nicht übernommen. Dennoch vertritt das Gesetz, im europäischen und außereuropäischen Rechtsvergleich betrachtet, einen recht rigoristischen

Standpunkt. Der Einfluss der katholischen Position auf das deutsche Recht, inzwischen auch auf die italienische Gesetzgebung, ist unverkennbar. Dem Embryonenschutzgesetz gemäß sollen zum Beispiel überzählige Embryonen strikt verhindert werden. Der strenge, strikte Embryonenschutz, der in Deutschland gesetzlich festgeschrieben ist, fand auch im Stammzellgesetz von 2002 seinen Niederschlag. Embryonale Stammzellforschung ist in der Bundesrepublik strafrechtlich verboten. Nur im Ausnahmefall und nach besonderer Genehmigung darf an embryonalen Stammzellen geforscht werden. Die Stammzellen, die ausnahmsweise straffrei für Forschungszwecke verwendet werden dürfen, müssen aus dem Ausland importiert werden.

Nun ist diese spezielle Regelung sicherlich inkonsistent und wirft Probleme der Doppelmoral auf. Doch von allen Einzelheiten abgesehen – grundsätzlich ist zu sagen: Der deutsche Gesetzgeber hat sich, was den Embryonenschutz angeht, restriktiv positioniert, und zwar unter Berufung auf die Würde und den Lebensschutz des Embryos. Im Folgenden wende ich mich daher nochmals dem Problem zu, welchen moralischen und ontologischen Status ein früher Embryo besitzen sollte und welches Maß an Embryonenschutz ethisch geboten ist.

5. Das Verständnis des frühen Embryos: Die Notwendigkeit ethischer Differenzierung

Heutzutage gehen wir davon aus, dass das Leben des Menschen mit der Vereinigung der Samen- und Eizelle beginnt. Diese Einsicht ist der empirischen naturwissenschaftlichen Forschung des 19. und 20. Jahrhunderts zu verdanken. Zu dieser Frage argumentieren wir heutzutage nicht mehr – wie in der Vergangenheit Aristoteles, Thomas von Aquin, die christliche Tradition oder andere Religionen – auf der schwankenden Basis philosophischer oder religiöser Spekulation. Die modernen Naturwissenschaften haben vielmehr einen Wissens- und Erkenntnisfortschritt erbracht. Weil wir es inzwischen *wissen*, dass mit der Auflösung der Vorkerne das Genom eines Menschen geprägt ist, betrachten wir bereits den frühen Embryo als menschliches Leben. Im 19. und 20. Jahrhundert hat dies dazu geführt, dass die ethischen und rechtlichen Normen des Embryonenschutzes verschärft wurden.

Nur: Heutzutage ist es an der Zeit, weitere naturwissenschaftlich fundierte Einsichten wahrzunehmen und sie ebenfalls ethisch aufzuarbeiten. So sehr es gilt, dass bereits der ganz frühe Embryo menschliches Leben darstellt, so ist andererseits zu beachten: Es handelt sich um ein Menschsein, das noch gänzlich unentwickelt ist. Hierzu zähle ich einige relevante Sachverhalte auf.

In den ersten Tagen des embryonalen Lebens liegt im strikten Sinn noch keine menschliche Individualität vor. Der frühe Embryo kann sich noch teilen, so dass aus einem Frühembryo unter Umständen Zwillinge werden. Und nur ein Teil des frühen Embryos, die innere Zellmasse, der Embryoblast, wird – im günstigen Fall – zum Menschen. Der andere Teil des Frühembryos, der Trophoblast, wird zur Plazenta. Einen wesentlichen Einschnitt für die Entwicklung des Embryos bildet die Nidation, die Einnistung in die Gebärmutter, die am 6. bis 8. Tag erfolgt. Erst von der Nidation an existiert die embryo-maternale Beziehung, die symbiotische Verbundenheit zwischen der Schwangeren und dem werdenden Leben, die für die weitere Embryonalentwicklung konstitutiv ist. Und erst nach der Nidation beginnt sich die Körperlängsachse, der Primitivstreifen und damit eine Vorstufe der menschlichen Leiblichkeit

auszuprägen. Die Gehirnbildung setzt ansatzweise nochmals viel später, nach ca. sieben Wochen, ein.

Weitere empirisch-embryologische Aspekte ließen sich ergänzen. Im Kern tritt aber Folgendes zutage: Zwar stellt der frühe Embryo vor der Implantation bzw. vor der Einnistung menschliches Leben dar; aber dieses Leben ist noch vor-personal und ganz unentwickelt. Für zahlreiche Frühembryonen kommt hinzu, dass sie überhaupt nicht entwicklungs- und lebensfähig sind, sondern dass sie der Natur gemäß absterben. Um das frühembryonale Sein zu charakterisieren, sprechen die soeben publizierten Richtlinien des Nationalen Forschungsrates der USA von einem „*special status*“ (cf. National Research Council, Guidelines for Human Embryonic Stem Cell Research, p. 39. Online: <http://www.nap.edu/catalog/11278.html>). In der Tat: Man kann beim frühen Embryo von einem menschlichen Sein *sui generis* sprechen, dessen besondere Eigenart das im Werden begriffene, aber noch unentwickelte Menschsein ist. Ethisch legt es sich dann nahe, zwei Akzente zu setzen: 1. Weil der frühe Embryo menschliches Leben ist, ist er schutzwürdig und besitzt er ein Lebensrecht; 2. weil er aber noch gänzlich unentwickelt ist, darf sein Leben unter besonderen Umständen in eine Güterabwägung eingestellt werden.

Dies letztere, die Möglichkeit und Notwendigkeit der Güterabwägung, gilt jedenfalls dann, wenn sich auf der anderen Waagschale der Abwägung fundamentale Güter und hochrangige Werte befinden. Genau dies ist bei verschiedenen Anwendungen der Fortpflanzungsmedizin der Fall.

6. Der Wertkonflikt zwischen Embryonenschutz und Gesundheitsschutz

Ich greife die eingangs erwähnte Handlungsoption, die morphologische Beobachtung früher Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer, wieder auf. Das Ziel besteht darin, 1. den Schwangerschaftserfolg zu verbessern, 2. Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden, auf diese Weise 3. die Gesundheit der Mutter zu schützen sowie 4. zugunsten des Kindeswohls, zugunsten der Gesundheit der erhofften Kinder, zu handeln. Ethisch auf den Begriff gebracht ist der Gesundheitsschutz der Frau sowie der Feten und der geborenen Kinder das leitende Motiv.

Nun wäre es ein eigener Gedankengang, das Grundrecht auf Gesundheitsschutz näher zu erläutern und zu begründen. Inzwischen ist es zum Beispiel in der Grundrechtscharta der Europäischen Union oder im EU-Verfassungsvertrag (Artikel II-35) enthalten. Letztlich lässt es sich aus der Menschenwürde selbst ableiten. Aus der Würde des Menschseins resultiert nicht nur generell der Schutz des Lebens oder der Schutz vor unmittelbarer physischer Bedrohung, zum Beispiel vor Folter. Auch die Gesundheit stellt ein derart fundamentales Gut des Menschseins und eine so elementare Voraussetzung der Lebensführung dar, dass sie schutzwürdig ist. Wenn man dies betont, redet man keiner Gesundheitsideologie oder Gesundheitsutopie das Wort. Vielmehr geht es um das Maß an Gesundheit, wie es für den einzelnen Menschen im Rahmen seiner persönlichen Konstitution und Lebensbedingungen individuell erreichbar ist.

Inzwischen erkennen zahlreiche internationale Dokumente ein solches Grundrecht auf Gesundheit an. Ein Beispiel bietet die UN-Kinderrechtskonvention von 1989, die speziell den Gesundheitsschutz von Heranwachsenden und in diesem Zusammenhang dann auch die besonderen gesundheitlichen Schutzrechte behinderter Kinder betont. Wie schon gesagt, in den neuen Verfassungsvertrag der EU haben der Ge-

sundheitsschutz sowie die Gesundheitsversorgung ebenfalls Eingang gefunden. Der Gesundheitsschutz bildet zweifellos ein ethisch und menschenrechtlich hochrangiges Anliegen. Letztlich ist er in der Achtung vor der Menschenwürde verankert; denn Gesundheit betrifft die elementaren, fundamentalen Voraussetzungen des Menschseins.

Für verschiedene Anwendungen der Fortpflanzungsmedizin wird man nun zu sehen haben, dass ein Wert- und Zielkonflikt „Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz“ aufbricht. Konkret: Im Zusammenhang der morphologischen Beobachtung von Embryonen wird man – wenngleich ungewollt – den einen oder anderen überzähligen Embryo erzeugen, den man der Frau nicht übertragen wird, weil – zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden – ja ein *Single*-Embryo-Transfer angestrebt wird. Die frühen Embryonen, die eventuell übrig bleiben, sind aber noch ganz unentwickelt; sie besitzen einen „besonderen Status“ und sind – wie ich es angedeutet habe – noch keine zum Menschsein im engeren Sinn entwickelten Lebewesen. Es kommt hinzu, dass der Gesundheitsschutz der Frau und der erhofften Kinder als Grundrecht so hochrangig und aufgrund moralischer Intuition derart wünschenswert ist, dass eine Güterabwägung den Gesundheitsschutz in den Vordergrund stellen sollte.

Analog lässt sich zur Präimplantationsdiagnostik argumentieren. Sicherlich, bei der PID wird man einige Embryonen verwerfen. Andererseits besteht für die PID ggf. eine medizinische Indikation, nämlich der Kinderwunsch von Paaren bei schwerer familiärer erblicher Belastung oder in Anbetracht dessen, dass frühere Schwangerschaften fehlschlügen. Wenn man ethische Abwägungen zur PID vornimmt, sind andere Gesichtspunkte noch zu ergänzen: Sofern man die PID mit einer späten Abtreibung nach pränataler Diagnostik vergleicht, stellt sie das schonendere Verfahren dar. Dies gilt für die Frau, aber auch für das vorgeburtliche Leben. Denn der frühe Embryo ist noch unentwickelt; Stressreaktionen, gar Schmerzempfindlichkeit sind noch nicht vorhanden. Im Vergleich zur Schwangerschaft auf Probe mit nachfolgendem eventuellem Schwangerschaftsabbruch des weit entwickelten Kindes bildet die PID das kleinere Übel. Seit Jahrhunderten kennt die moraltheoretische Tradition den Grundsatz, dass im Zweifelsfall das kleinere Übel gewählt werden darf. Um eine Selektion von Embryonen, die verwerflich wäre, handelt es sich bei der PID nicht, solange keine willkürlichen, gar ideologischen oder diskriminierenden Auswahlkriterien eine Rolle spielen, sondern auf der Grundlage einer medizinischen Indikation verfahren wird.

Das heißt: Aus meiner Sicht sollte man für die Bundesrepublik Deutschland eine Lösung anstreben, die die PID in begründeten Fällen, vor allem aufgrund erblicher familiärer Belastungen, zulässt. In diese Richtung votierte im Jahr 2000 ein Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer („Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ vom 24.02.2000. Online: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Richtidx/PraeimpEntwurf/10Diskuss.html>). So wie es sich für mich im Augenblick darstellt, wird sich auch die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz in diesem Jahr erneut in diesem Sinn äußern (in Fortführung ihres früheren Votums aus dem Jahr 1999 „Präimplantationsdiagnostik – Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen“. Online unter <http://www.justiz.rlp.de>, dort sodann unter „Ministerium“ und unter „Bioethik“). Ethisch ist die PID angesichts schwerwiegender familiärer Dilemmasituationen meines Erachtens legitimierbar.

Eine quantitativ breitere Anwendung als die PID und ein recht hoher Nutzen für zahlreiche Kinderwunschaare zeichnet sich zur Zeit vor allem für die morphologische Beobachtung früher Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer ab. Deshalb wäre zu wünschen, dass sich der Gesetzgeber hierfür öffnet. Das Embryonenschutzgesetz müsste in dieser Hinsicht novelliert werden. Beim Wertkonflikt Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz kann die Waagschale zugunsten des Gesundheitsschutzes der Frau und der Feten und zugunsten des Anrechts von Schwangeren auf bestmögliche Gesundheitsversorgung ausschlagen.

Ein solches Fazit, das für eine Öffnung plädiert, legt sich noch aufgrund einer zusätzlichen Argumentation nahe.

7. Der weltanschauliche Pluralismus in der heutigen Gesellschaft

Wie gesagt: Das deutsche Embryonenschutzgesetz von 1991 oder das Stammzellgesetz von 2002 sind restriktive Regelwerke; sie vertreten einen strikten Embryonenschutz. Nun hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik und auch in anderen Ländern eine intensive, kontroverse Debatte über den Status und die Schutzwürdigkeit früher Embryonen stattgefunden. Dabei hat sich gezeigt: In der heutigen pluralistischen Gesellschaft wird ein Konsens über den moralischen Status des Embryos nicht zu erzielen sein. Das Spektrum der Meinungen reicht vom absoluten Schutzpostulat der katholischen Amtskirche bis zu Stufentheorien. Letztere billigen dem vorgeburtlichen Leben am Anfang zunächst nur einen graduell reduzierten, schwachen Schutzanspruch zu.

Nun ist festzuhalten: Im weltanschaulich neutralen Staat und in einer pluralistischen Gesellschaft sind unterschiedliche moralische Standpunkte legitim. Der Staat, die weltliche Rechtsordnung muss den religiösen, weltanschaulichen und moralischen Pluralismus in der Gesellschaft respektieren. Zur Frage des Embryonenstatus wird man in der heutigen pluralistischen Gesellschaft keine moralische Übereinkunft mehr erreichen. Was folgt daraus für den Gesetzgeber? Der weltanschaulich neutrale Staat wird dies zur Kenntnis nehmen; und er wird nicht so vorgehen können, dass er eine einzelne, gar eine besonders enge, rigoristische Auffassung zur Grundlage der Gesetzgebung macht, die für alle Staatsbürger gelten soll. Würde sich der Gesetzgeber eine bestimmte Position zu eigen machen, die aus bestimmten weltanschaulich-religiösen, z. B. katholischen Gründen besonders restriktiv ist, bestünde die Gefahr eines Wertepaternalismus gegenüber denjenigen Bürgerinnen und Bürgern, die diese Position nicht teilen. Der Rechtsstaat steht vielmehr vor der Aufgabe, ausgleichend zu wirken, um Rechtsfrieden, Rechtsvertrauen und die gesellschaftliche Akzeptanz von Rechtsnormen herzustellen. Dass die Rechtsakzeptanz bereits jetzt brüchig ist, zeigt sich an der Zunahme des Fortpflanzungsmedizintourismus in europäische Nachbarländer. Daher sollte der Gesetzgeber den Wertekonflikt „Embryonenschutz versus Gesundheitsschutz“ sorgsam abwägen und einen gesetzlichen Rahmen setzen, der nicht einseitig rigoristisch oder restriktiv ausfällt. Stattdessen sollte den Mitgliedern der Gesellschaft, d. h. den Patientinnen und Patienten oder den Ärzten, ein Spielraum für Entscheidungen offengehalten werden, die sie selbst zu verantworten haben.

8. Die Notwendigkeit der Beratung

Die Selbstbestimmungsrechte von Patientinnen und Patienten, konkret auch von Kinderwunschaaren, besitzen ihrerseits einen sehr hohen Rang. Die neuzeitliche Ethik hat das Recht auf Selbstbestimmung, auf Autonomie und eigenverantwortete Entscheidung sogar aus der Menschenwürde abgeleitet. Eingangs habe ich erwähnt, dass das Selbstbestimmungsrecht und das persönliche Entscheidungsrecht ein Teilprinzip der Menschenwürde ist. Wenn der staatliche Gesetzgeber dies beachtet, dann müsste die Konsequenz lauten, für bestimmte Fortschritte der Fortpflanzungsmedizin, zum Beispiel für die morphologische Beobachtung früher Embryonen, Raum zu lassen. Konkrete Urteilsfindungen sollten, so weit wie es rechtsstaatlich vertretbar ist, den Betroffenen – neben den Ärzten vor allem den Patientinnen, den Kinderwunschaaren – überlassen bleiben. Diese sollten sich aus persönlich wohl-erwogenen Gründen für oder gegen bestimmte Behandlungen selbst entscheiden können. Wichtig ist, dass der Prozess der Entscheidungsfindung, den Patientinnen und Patienten auf sich nehmen müssen, durch medizinische, psychosoziale und ggf. psychologische Beratung gestützt wird. Vor der Inanspruchnahme von IVF, ICSI oder weiteren Methoden der modernen Fortpflanzungsmedizin sollte eine Beratung unterschiedliche Probleme erörtern: die Risiken einer Behandlung für die Patientin; die potentiellen Risiken für das erhoffte Kind – aus Gründen des Kindeswohls ist dies ein sehr wichtiger Punkt –; potentielle Handlungsalternativen; ökonomische Fragen; die moralischen Fragen des Embryonenschutzes. Eventuell wird eine Beratung sogar so verlaufen, dass Partner, die über ihren Kinderwunsch nachdenken, sich aufgrund des Gesprächs mit der Beraterin oder dem Berater ihrer eigenen Wertüberzeugungen überhaupt neu bewusst werden. Das Beratungsgespräch wird auf diese Weise – unter Anspielung auf Sokrates gesagt – u. U. zur Maieutik, zur Hebammenkunst für die Reflexion persönlicher Wertpräferenzen. Wichtig ist, dass Beratungen ergebnisoffen verlaufen. Patientinnen bzw. Kinderwunschaare werden letztlich aus ihrer eigenen Wertüberzeugung heraus entscheiden müssen, ob sie bestimmte Therapien nutzen möchten oder nicht.

Dieser Beratungsgedanke spielt zum Beispiel im österreichischen Fortpflanzungs-medizingesetz oder in den schon erwähnten „Guidelines“ der US-amerikanischen Nationalen Akademie eine große Rolle. In der Schweiz ist 2005 festgelegt worden, dass eine Frau umfassend beraten werden soll, wenn sie in Erwägung zieht, ihren überzähligen Embryo für die Stammzellforschung zur Verfügung zu stellen.

9. Resümee

Im Fazit heißt dies: Auch in der Bundesrepublik sollte die Rechtsordnung nicht mehr so sehr auf Verbote setzen. Das „Nein“ stellt für die verschiedenen Fragen der Fortpflanzungsmedizin und auch der Stammzellforschung keine Lösung dar. Wenn – wie es derzeit erfolgt – Probleme der Fortpflanzungsmedizin oder der medizinischen Forschung weitgehend auf dem Weg des Verbotes und des Strafrechts geregelt werden, wird dies für das Rechtsvertrauen und die Rechtskultur auf Dauer zu einer Hypothek. Schon jetzt zeigt sich eine Abwanderung von Patientinnen und Patienten, darüber hinaus von Ärzten und von medizinischen Forschern ins Ausland. Der demokratische Staat sollte daher der legitimen Vielfalt moralischer Standpunkte Rechnung tragen und eine angemessene Bandbreite medizinischer Handlungsoptionen tolerieren. Patientinnen und Patienten sollten sich auf informierter und wohlwogener Grundlage selbst entscheiden können. Daher wird die ärztliche und die psychosoziale Beratung in Zukunft einen noch höheren Stellenwert erhalten, als es schon

jetzt der Fall ist. Genau dieser Punkt, die kompetente Beratung, ist für den eigenverantwortlichen Umgang von Patientinnen und Patienten mit der Reproduktionsmedizin besonders wichtig.

Prof. Dr. Hartmut Kreß ist Professor für Systematische Theologie, insbesondere Ethik, an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn

Weiterführende Literatur

1. Aus der Sicht des Verfassers:

Zum Status des Embryos und zu reproduktionsmedizinischen Themen, vor allem zur Präimplantationsdiagnostik:

H. Kreß, Medizinische Ethik, Stuttgart (Kohlhammer Verlag) 2003, dort bes. Kapitel VIII: „Der biomedizinische Umgang mit dem Lebensbeginn. Zielkonflikte zwischen Embryonenschutz und medizinischer Therapie“

Speziell zur Kultivierung von Embryonen:

H. Kreß, *Ethische Argumente zur morphologischen Beobachtung früher Embryonen mit nachfolgendem Transfer eines Embryos*, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2 / 2005, 23-28; online: <http://www.kup.at/kup/pdf/5024.pdf>; hierzu als kritische Reaktion aus katholischer Perspektive: K. Demmer, *Nachdenkliches zum Beitrag von Hartmut Kreß*, in: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2 (2005) 2, 102-105, online: <http://www.kup.at/kup/pdf/5210.pdf>; hierauf als Entgegnung: H. Kreß, ebendort 105-108, online: <http://www.kup.at/kup/pdf/5211.pdf>

zum Thema des Rechtes auf Gesundheitsschutz, das im obenstehenden Referat eine Rolle spielt:

vgl. z. B. H. Kreß, *Medizinische Ethik*, 2003, Kap. V, oder auch einen Vortrag, der online nachgelesen werden kann: http://www.uni_bonn.de/www/Evangelische_Theologie/Sozialethik/Vortraege/Recht_auf_Gesundheit.html

2. Weitere Hinweise:

Im Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie – online: www.kup.at/reproduktionsmedizin – finden sich zahlreiche Beiträge zu medizinischen und juristischen Aspekten der Fortpflanzungsmedizin.

Informationen über eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe vom 28.06.2005 zu einer Novellierung des Embryonenschutzgesetzes, die die morphologische Embryonenbeobachtung und den Single-Embryo-Transfer ermöglichen soll: online unter www.dggg.de

Voten der katholischen Kirche online unter www.dbk.de; speziell die Instructio über den Beginn des menschlichen Lebens und die Würde der Fortpflanzung, 1987 (= Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 74), online unter http://dbk.de/schriften/fs_schriften.html

Interdisziplinärer Aufsatzband zum Status des Embryos: Fuat S. Oduncu u.a. (Hg.), *Der Zugriff auf den Embryo. Ethische, rechtliche und kulturvergleichende Aspekte der Reproduktionsmedizin*, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 2005

Nationaler Ethikrat: *Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft*, 2003, online: http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Genetische-Diagnostik.pdf

Vortrag: „Schutzkonzepte für Embryonen in vitro und vivo“

Ist die Angst vor selektiven Abtreibungen nach einem embryopathischen Befund und ist die Angst vor einer behindertenfeindlichen Mentalität durch die Reproduktionsmedizin realistisch oder überzogen?

Prof. Dr. Monika Frommel

Die Abtreibungsdebatte kommt nicht zur Ruhe. Einer der Gründe ist die Tatsache, dass die Reproduktionsmedizin zu einer Remoralisierung von Fragen, die längst geklärt schienen, geführt hat. Für Irritation sorgt die Erkenntnis, dass PND und PID strukturell nicht so verschieden sind wie oft angenommen. Der Sache nach ist PID die zeitlich vorgezogene PND.

Erlaubt werden beide Techniken. Bei PND ist dies bekannt. Bei PID gibt es juristische Kontroversen. Dabei plädieren diejenigen, welche auch bei §§ 218 ff StGB liberal argumentieren, für eine liberale Auslegung des ESchG (oder Legalisierung). Andere sind gegen beides: selektive Abtreibung und PID bei IVF-Behandlungen. Da aber §§ 218 ff StGB mittlerweile von der Rechtsprechung liberal ausgelegt werden, wäre mehr Mut bei reproduktiven Entscheidungen angebracht.

§§ 218 ff StGB und das ESchG sind Teil eines umfassenden Schutzkonzeptes des werdenden Lebens in vitro und in vivo, das auf dieser Tagung vorgestellt wird (*vgl. Anlage*).

Im Folgenden soll nur ein *Ausschnitt* behandelt werden, nämlich die mittlerweile gescheiterten Pläne der *Erschwerung der medizinischen Indikation nach embryopathischem Befund* (der GesetzesE der CDU/CSU zur Vermeidung von Spätabtreibungen – Hilfen für Eltern und Kinder, BT-Drucks. 15/3948) und die *Rechtsprechung der Zivilgerichte zur Schadensersatzpflicht von ÄrztInnen, wenn diese Patientinnen nach einem embryopathischen Befund nicht angemessen aufklären*.

Widerlegung einer Legende: das Haftungsrisiko „zwingt“ ÄrztInnen zu PND

Kritiker meinen, das von der Rechtsprechung geschaffene Haftungsrisiko zwingt zu Pränataldiagnosen und am Ende zu immer mehr Spätabtreibungen, weil unsere Gesellschaft zunehmend behindertenfeindlich werde. Was steckt hinter diesen Befürchtungen?

Besiegelt wurde die mittlerweile gefestigte Rechtsprechung zur Arzthaftung durch das Urteil des BGH vom 18.06.2002 (AZ: VI ZR 136/01, NJW 2002, 2636). Der Ausgangsfall ist bizarr. Eine bayerische Ärztin teilte einem Paar die zu erwartende Behinderung ihres Fetus nicht mit und verhinderte dadurch eine von den Eltern für diesen Fall geplante Abtreibung. Sie tat dies im Glauben, sog. Spätabtreibungen seien verfassungswidrig und sie könne nicht gezwungen sein, an einer rechtswidrigen Tat mitzuwirken. Ihr Irrtum oder ihr Eigensinn beruht auf einem – von vielen geteilten – Fehlverständnis der §§ 218 ff StGB.

Eingepägt hat sich die Formel vom straflosen, aber rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch. Übersehen wird dabei, dass sich diese Formel nur auf die Beratungslösung bezieht (und auch dort nicht berücksichtigt, dass das BVerfG 1998

liberaler judiziert hat als 1972 und 1993). Seit 1995 wird darauf verzichtet, die Gründe der Schwangeren zu bewerten, was davor nach der sog. Notlagenindikation notwendig war. Vergessen wird dabei, dass viele straflose Abbrüche auch als rechtmäßige festgestellt werden könnten (was nicht getan wird, da die Beratungslösung dies nicht erforderlich macht). Vergessen wird ferner, dass es festgestellte rechtmäßige Schwangerschaftsabbrüche gibt, alle indizierten SSA.

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts gab und gibt es in allen modernen Rechtskulturen die medizinische Indikation. Sie kann eng (nur bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder weit (alle Fälle sog. Unzumutbarkeit) gefasst sein. Im deutschen Recht ist sie 1995 weit gefasst worden und gilt seitdem auch für Abtreibungen, die früher unter die eugenische Indikation (bis zur 22. Woche) gefallen wären. Die Umformulierung soll deutlich machen, dass nicht die Behinderung des zu erwarteten Kindes, also nicht die Beurteilung des Werts seines Lebens, der Schwangeren ein Recht auf Information und ggf. ein Recht auf Abtreibung gibt, sondern ausschließlich die ärztliche Bewertung ihrer Opfergrenze. Gibt es für sie einen anderen zumutbaren Ausweg? Letzteres wird in der Praxis zwar bei sehr schweren Behinderungen des Fetus verneint. Aber nur weil man die auf die künftige Mutter zukommenden Belastungen selbst dann als zu hoch einstuft, wenn diese bereit ist, sie zu tragen. Ein SSA unterbleibt dann, weil ihn die Frau nicht verlangt. Die Frau hat aber das Recht abzutreiben und kann auch einen Fetozid (Tötung eines möglicherweise lebensfähigen Fetus im Mutterleib) verlangen.

Im Ausgangsfall der BGH-Entscheidung im Jahre 2002 war eine schwere Depression Folge der die Klägerin überfordernden Situation. Sie und nicht die Behinderung des Kindes war das tragende Argument der richterlichen Entscheidung. Der Schadensersatz betrifft die gestiegenen Kosten der Mutter/Eltern, nicht das „wrongful life“. Behindertenverbände, Kirchenvertreter, Strafrechtsdogmatiker und Vertreter der Ärzteschaft haben die weit gefasste Indikation schon während der Debatten in den 1990er Jahren immer wieder kritisiert. Für sie und zu eng dogmatisch konstruierende Juristen zeigt sie nämlich, dass der Schutz des werdenden Lebens schwächer ausfällt als die undifferenziert gebrauchte Rhetorik des „rechtswidrig, aber straflos“ vermuten ließ. Das Leben des ungeborenen Wesens gilt zwar als verfassungsrechtlich geschützt, wird aber aufgeopfert, wenn im Einzelfall eine Schwangere die auf sie zukommenden Mutterpflichten – nachvollziehbar – nicht übernehmen will oder kann, obgleich sie sich ein Kind wünscht. Neu ist die Remoralisierung der genannten Ausnahmevorschrift durch Teile der Frauenbewegung. Sie monieren, dass die Betroffenen kein krankes, sondern nur ein gesundes Kind betreuen wollen und verbinden ihre persönliche Ethik der Nichtdiskriminierung mit einer Fundamentalkritik an den Techniken der Fortpflanzungsmedizin. Eigentlich müssten die Kritikerinnen auch die weit gefasste Indikation des § 218 a Abs. 2 StGB ablehnen. Da dies die gesamte Abtreibungsdebatte wiederbeleben würde, kritisieren sie nur die steigende Bedeutung der Pränataldiagnosen nach der 12-Wochenfrist und tendieren auch dazu, Präimplantationsdiagnosen (bei der sog. In-vitro-Fertilisation) zu verdammen. Stein des Anstoßes sind selektive Reproduktionsentscheidungen. Kritisiert werden nicht die Frauen bzw. Paare, sondern „die Ärzte“ und „die Rechtsprechung“.

Aber nüchtern betrachtet hat der BGH lediglich eine alte Rechtsprechung bestätigt, welche sich in Deutschland bereits seit 1983 etabliert hat und die im übrigen auch andernorts gilt (etwa in Frankreich mit dem 2001 ergangenen *Arrêt Perruche*). Selbst die Aufregung über die jeweiligen Urteile ist nicht neu. Bereits 1997 wurde ein ähnlicher Fall dem 1. Senat des BVerfG vorgelegt und wider Erwarten bestätigt. Damals erwarteten die beklagten Ärzte eine Grundsatzentscheidung zur Einschrän-

kung ihrer Haftung des damals noch als konservativ eingeschätzten Bundesverfassungsgerichts zu ihren Gunsten. Aber der angerufene 1. Senat beantragte diese nicht, da der in diese Richtung deutende Hinweis des 2. Senats aus dem Jahre 1993 ein obiter dictum sei und somit nicht bindend (BVerfGE vom 28.05.1993, S. 203). Zwar sei danach so etwas wie „wrongful life“ und Schadensersatz wegen der Geburt eines behinderten Kindes mit dem verfassungsrechtlichen Status eines Embryo nicht vereinbar, aber da die Frage der Verfassungsmäßigkeit der 1995 neu gefassten medizinischen Indikation noch nicht Gegenstand dieser BVerfGE gewesen sei (schließlich waren Indikationen dieser Reichweite nichts Neues), entschied der 1. Senat 1997 unter Protest derselben Kreise, die heute den BGH tadeln, dass es keinen Grund gäbe, diesem obiter dictum weiter nachzugehen, und bestätigte stattdessen explizit die Verfassungsmäßigkeit der seit 1983 herrschenden BGH-Rechtsprechung. Ärzte machen sich also schadensersatzpflichtig, wenn sie einer Frau (und damit dem betroffenen Paar) eine Entscheidung für oder gegen ein behindertes Kind dadurch unmöglich machen, dass sie entweder die Behinderung sorgfaltspflichtwidrig nicht feststellen (so BVerfGE 96 (1997) S. 409-414) oder wie im oben geschilderten Fall aus dem Jahre 2002 nicht mitteilen, weil sie entweder die weite Indikationenregelung oder Abtreibungen nach der 22. Woche ethisch missbilligen. Damit ist klar, dass die Neufassung der medizinischen Indikation 1995 für Ärzte verbindlich ist. Sie müssen aufklären, auch wenn sie Abtreibungen nach Pränataldiagnostik ablehnen.

PND und PID

Eigentlich müsste diese Rechtsprechung die jetzige Debatte um die umstrittene Präimplantationsdiagnostik bei künstlicher Befruchtung beeinflussen. Denn wenn ein behindertes Kind abgetrieben werden darf, wieso soll dieser grausame Schritt nicht in ein Stadium vorverlagert werden, in dem es die Betroffenen weniger belastet und mit Blick auf den Wert des menschlichen Lebens weniger spektakulär ist. Aber dieser Gedanke ist gegenwärtig in Deutschland eher provozierend. Stattdessen wird üblicherweise eingewandt, es dürfe keine ‚Schwangerschaft auf Probe‘ und damit auch keine ‚Befruchtung auf Probe‘ geben. Die Menschenwürde des Embryo – wird eingewandt – widerspreche derartigen Selektionsentscheidungen. Keine Frau habe ein Recht auf ein gesundes Kind. Aber irgendwie passen diese Argumente nicht zusammen. Denn die medizinische Indikation gibt der Frau ein Recht. Nicht ein Recht auf ein gesundes Kind, aber ein Recht auf eine autonome Entscheidung.

Auch dies wird oft verkannt, und zwar sogar von liberalen Kommentatoren wie *Robert Leicht*, der in der ZEIT vom 27. Juni 2002 („pervers, aber logisch: Schadensfall Kind“) meint, der BGH habe nur aus „Barmherzigkeit“ geholfen. Abtreibungen seien „zwar rechtswidrig, aber straflos“, daher gäbe es eigentlich keine Pflicht zur Aufklärung und damit keinen Schadensersatzanspruch. Das Gericht habe dies extra legem konstruiert. Dies ist nicht zutreffend. Die medizinische Indikation gibt ein Recht auf Abtreibung und setzt ein Recht auf Aufklärung ebenso voraus wie eines auf Nichtwissen. Aber beides muss autonom eingefordert werden können. Eine legitime Bevormundung durch eine wie auch immer geartete Gattungsethik (früher patriarchal, heute antidiskriminierend, aber beides auf Kosten betroffener Frauen) kann es nicht mehr geben. Auch gut informierte Kommentatoren beeinflusst offenbar die seit Jahren schief geführte öffentliche Debatte. Getrieben von der Sorge vor Bio-Politik und neuem Rassismus behauptet sie immer wieder das Gegenteil und will nicht sehen, dass es für Risikogruppen sehr wohl eine Schwangerschaft auf Probe gibt.

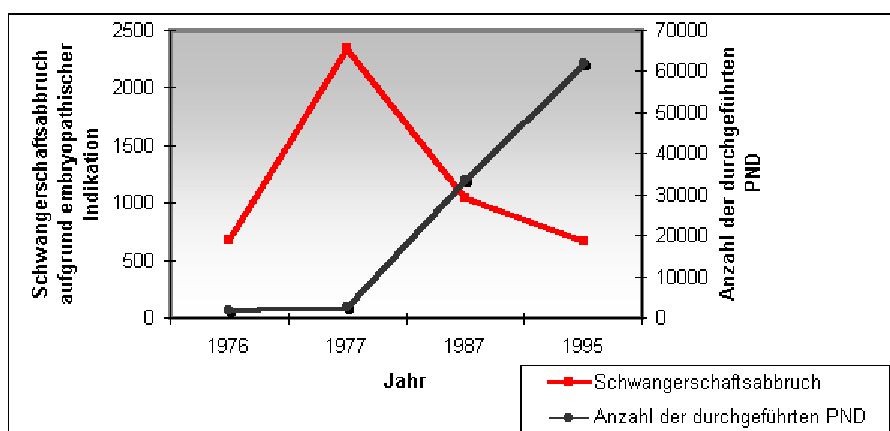
Welche sozialen Voraussetzungen hat die Remoralisierung von selektiven Reproduktionsentscheidungen?

Fragen wir nach den soziostrukturellen Hintergründen. Wie wirkt der Trend zur modernen Früherkennung?

Seit den 1980er Jahren steigen die Zahlen der sog. Pränataldiagnostik. Befragungen aus dem Jahre 1997 in zwölf europäischen Ländern ergeben zwar ein Bild der zunehmenden Tendenz zu negativen Selektionen, falls sehr schwere Erkrankungen wie Trisomie 21 diagnostiziert worden sind², aber daraus zu schließen, dass PND die Gefahr zu embryopathisch motivierten Schwangerschaftsabbrüchen erhöhe, ist allenfalls die halbe Wahrheit.

Betrachtet man nämlich die Entwicklung der medizinischen Indikationen nach einem auffälligen Befund im historischen Längsschnitt, dann ergibt sich ein ganz anderes Bild.

Zwischen 1987 und 1995 stiegen die von vielen für ethisch bedenklich gehaltenen Pränataldiagnosen um etwa das Doppelte (von ca. 30- auf ca. 50tausend Untersuchungen), aber nach den Daten des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden reduzierten sich die medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüche um die Hälfte und blieben seitdem auf diesem niedrigen Niveau. Der Siegeszug der PND folgt auf eine als zu hoch erkannte Quote von Verdachts- oder Panikabbrüchen. Die 1992 und 1995 erwogenen Argumente gegen eine befristete medizinische Indikation haben sich also empirisch bestätigt, wie folgende Tabelle zeigt:



Die gestiegenen Zahlen der durchgeführten Pränataldiagnostiken führen nicht, wie immer wieder vermutet wird (etwa im Schlussbericht der Enquete-Kommission, BT-Drucks. 14/9020, 73), zu mehr indizierten Abtreibungen. Eine mit einer guten Beratung verbundene PND wirkt sich vielmehr im Ergebnis positiv für den Lebensschutz aus. Zwar werden Feten mit festgestellter schwerer Erkrankung fast immer auf Wunsch der Betroffenen abgetrieben, aber es werden auf der anderen Seite sehr viel mehr vermeidbare straflose Schwangerschaftsabbrüche aus Panik und auf Verdacht vermieden.

² vgl. die nicht mehr ganz aktuellen Angaben in BT-Druck. 14/1045, S. 12. Danach sind in 954 Fällen, bei denen mittels PND Trisomie 21 (sog. Down-Syndrom) diagnostiziert wurde, insgesamt 857 Feten (ca. 90 %) abgetötet worden. Laut einer Anfrage der Bundesregierung in Sachsen-Anhalt wurden von 1980-1986 etwa 10 % der Föten pränatal diagnostiziert und anschließend abgetrieben. 1997 waren es bereits 40 %. Wurde Trisomie 21 pränatal diagnostiziert, erfolgte in allen Fällen eine Abtreibung.

Ein liberal ausgelegtes ESchG und eine häufig praktizierte PID hätten ähnliche Effekte.

Die Belastungen für die Frauen (zu häufige Behandlungen, ein vermeidbares Mehrlingsrisiko und damit ein erhöhter Abtreibungsdruck (Reduktion von Mehrlingen und/oder SSA nach embryopathischem Befund) würden zurückgehen, dafür würden die Schwangerschaftsquoten steigen. Wieso werden die Vorteile ignoriert und die Gefahren (Technikfolgendebatte) betont?

Offenbar schirmt die Risikogesellschaft immer mehr Risiken ab, stärkt aber zugleich das Risikobewusstsein. Mediale lässt sich Letzteres dramatisieren, während die Vorteile der neuen Techniken Fachwissen erfordern. Befassen wir uns mit den Vorteilen der Risikogesellschaft. Sie kann die moderne Form der Reproduktion humanisieren, wenn sie akzeptiert und rational gestaltet wird. Sinn macht es in meinen Augen nicht, den immer wieder behaupteten Druck auf Schwangere (oder Frauen mit Kinderwunsch) nach einem ‚perfekten Kind‘, womöglich nach dem ‚genetisch perfekten Kind‘ (so etwa die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags in ihrem Schlussbericht vom 14.05.2002, BT-Drucks. 14/9020) zu beklagen, sondern ihn zu mindern durch Beratung und aktive Nutzung der modernen Techniken. Beratung und Nutzung moderner Techniken können Betroffenen mehr Erwartungssicherheit geben und – was noch wichtiger ist – eine faire Chance, sich informiert zu entscheiden.

PND und PID sind nur ein kleiner Teilausschnitt der Wirklichkeit und haben mit der Behindertenfrage in unserer Gesellschaft nur wenig zu tun. Mit oder ohne selektive Reproduktionsentscheidungen müssen und wollen wir mit Behinderung human leben. Dies ist eine Frage der Gattungsethik. Aber es ist keine Frage, die in §§ 218 ff StGB oder dem Embryonenschutzgesetz strafrechtlich verordnet werden darf.

In egalitären Gesellschaften verzichtet man aber im allgemeinen darauf, gattungsethische Fragen auf dem Rücken Einzelner, womöglich hoch belasteter Betroffener, auszutragen. Ethische Debatten sollen die Sensibilität stärken und dazu führen, mehr Chancen für alle, insbesondere auch für Behinderte, zu schaffen. Erst dann macht die Rede von der autonomen Entscheidung für ein Leben mit Behinderung und mit Behinderten Sinn.

Prof. Dr. Monika Frommel studierte Rechtswissenschaften in Tübingen und München, promovierte 1979 und habilitierte sich 1986 in München. Sie war 1988 bis 1992 Professorin für Rechtsphilosophie und Strafrecht in Frankfurt und ist seit 1992 Direktorin des Instituts für Sanktionenrecht und Kriminologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Abschlussdiskussion: Reproduktionsmedizin – Ethik, Beratung, Recht

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachtagung diskutierten im Anschluss an die Vorträge gemeinsam. Die Fachtagung wurde moderiert von Barbara Ritzert, ProScience Communications GmbH, Pöcking.

Es herrschte Konsens über die Bedeutung der kontinuierlichen innerverbandlichen Debatte zum Thema Reproduktionsmedizin. Die Komplexität des Themas macht die fortlaufende Information und Diskussion notwendig, die Tagung wird in diesem Sinn als wichtiger Beitrag bewertet. Betont wird insbesondere die Bedeutung der ethischen Dimension für den Verband und für die MitarbeiterInnen. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass durch die Komplexität des Themenbereiches diese Veranstaltung keinesfalls eine vollständige oder endgültige Debatte zum Themenkomplex darstellen kann. Es sollte zu diesem Zeitpunkt nicht das Ziel sein, Standpunkte zu entwickeln, sondern pro familia kann die Debatte nutzen, sich den schwierigen rechtlichen und ethischen Fragen anzunähern, die auch für die Fachkräfte in der Beratung von Bedeutung sind.

Die zentralen ethischen Fragen, die sich im Zusammenhang mit den reproduktionsmedizinischen Techniken ergeben, liegen in einem Spannungsfeld, das für pro familia kein unbekanntes Terrain ist. Es geht um den Beginn des Lebens, um das Selbstbestimmungsrecht des Menschen, seine reproduktiven Rechte und um die Schutzbedürftigkeit des Embryos. Diese Auseinandersetzung prägt nicht nur den Schwangerschaftsabbruch, sondern kennzeichnet auch die kontroverse Diskussion über die Zulässigkeit reproduktionsmedizinischer Eingriffe und Verfahren.

Historisch leitet sich der pro familia Standpunkt zum Schwangerschaftsabbruch durch das Recht auf – sexuelle und reproduktive – Selbstbestimmung einer Frau ab, ein Thema, dem sich der Verband seit seiner Gründung immer wieder stellt. Die Reproduktionsmedizin hingeben, hat sich mit ihren sich schnell entwickelnden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erst in den letzten Jahren durch hohe, an sie gestellte Erwartungen, eine breite Anwendung und wachsende Nachfrage zu einem wichtigen Beratungsthema entwickelt.

pro familia-Beratungskriterien

pro familia hat Grundsatzmaterialien zu ihrem Selbstverständnis, ihren Zielen und Programm entwickelt, ebenso wie Standards ihrer Beratung.

Sicherung und Weiterentwicklung der Beratungsstandards und –kriterien unterliegen im Verband permanenter Aufmerksamkeit, um neuen Bedürfnissen und neuen Anforderungen gerecht zu werden. Das klientInnenorientierte Beratungsangebot von pro familia fußt auf der hohen Qualität professioneller Beratung. Sie hat zum Ziel, Ratsuchende zu befähigen, eine für sie tragbare, selbst zu verantwortende Entscheidung zu treffen.

Für die Beratung in reproduktionsmedizinischen Bereichen sind spezielle Beratungskriterien entwickelt worden. Ratsuchenden muss eine niederschwellige und gleichermaßen hochqualifizierte Information und Beratung auch kurzfristig zur Verfü-

gung stehen, die einen nicht speziell qualifizierten grauen Beratungsmarkt verhindern.

Das Ziel, Frauen und Paaren eine Orientierungshilfe für Diagnostik und Behandlung bereitzustellen, macht es notwendig, einen Kriterienkatalog für die Bewertung von Behandlungszentren zu erstellen. Zu beurteilen wäre die Arbeit nach anerkannten medizinischen Standards und das Angebot psychologischer Betreuung.

Befürwortet wird deshalb die Kontaktaufnahme und ggf. die Zusammenarbeit mit reproduktionsmedizinischen Zentren, deren Kriterien eine Kooperation sinnvoll erscheinen lassen, oder die bereit sind, unabhängige Beratungsangebote zu etablieren. Als einzelne Projekte sind folgende Beispiele richtungsweisend:

Angebote für

- zukünftige Mehrlingseltern
- Kinderwunschpaare ohne medizinische Indikation
(ohne feststellbare organische Ursache)

Deutlich wird der Wunsch formuliert, die innerverbandliche Vernetzung zu verbessern, um bereits vorhandene Expertise fachgerecht zu nutzen.

Spannungsfeld Beratungsverband – Interessenverband – Fachverband

Als Beratungs- und Interessensverband stehen die individuellen Interessen der Ratsuchenden, die individuelle Fürsorge gepaart mit psychosozialer Kompetenz und Fachwissen der Professionellen im Vordergrund. Die individuelle Perspektive in der Fortpflanzungsmedizin ist zu unterscheiden von der Fachverbandsebene, auf der die gesellschaftliche Relevanz kritisch zu prüfen ist.

Aufgabe des Fachverbandes ist auch die Berücksichtigung internationaler Entwicklungen, insbesondere innereuropäischer. Dieser Aspekt hat eine besondere Bedeutung, da die Realität des „Behandlungstourismus“ in Europa unübersehbar ist. Betroffene Paare halten ihn am laufen und suchen für sich nach in Deutschland nicht erlaubten Möglichkeiten einerseits und sind gleichermaßen diesem unkontrolliert ausgesetzt. Diese Problemstellung – übrigens auch keine unbekannte, liegen doch Zeiten des Abtreibungstourismus noch nicht lange zurück – wird in der weiteren Diskussion des Verbandes eine wichtige Rolle spielen.

pro familia-Publikationen zum Thema

pro familia Stellungnahme

„Für sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen“ anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur „frauenspezifischen Gesundheitsversorgung“ am 7.3.2001 in Berlin

pro familia Standpunkt „Pränatale Diagnostik“, Frankfurt/Main 2000

Informationsmappe zur Fachtagung

„Reproduktionsmedizin und weibliche Autonomie“, Berlin Mai 2001, pro familia-Bundesverband, Frankfurt/Main

pro familia Expertise

„Gutachten zur Forschung und Verwendung von embryonalem / fetalem Gewebe“ von Dr. Gisela Berg im Auftrag des pro familia-Bundesverbands, Frankfurt/Main, Mai 2000

Familienplanungsrundbrief Nr. 3, Frankfurt/Main September 2000

pro familia magazine mit den Schwerpunkten:

<i>Reproduktionsmedizin</i>	(2/2001)
<i>Reproduktionsmedizin</i>	(1/2001)
<i>Ethik</i>	(2/1999)
<i>Medizin & Ethik</i>	(6/1996)
<i>Pränatale Diagnostik und Humangenetik</i>	(1/1993)

pro familia Broschüren

Unerfüllter Kinderwunsch
Vorgeburtliche Untersuchung

pro familia-Fortbildungen zum Thema

Ärzttekurs

Das Thema „Beratung bei Kinderlosigkeit“ war stets Bestandteil der seit 1965 vom Bundesverband durchgeführten „Ärzttekurse“ für neue ärztliche MitarbeiterInnen.

Zweiteilige Fortbildung: Unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin

Seit 1986 bietet der Bundesverband eine interdisziplinäre Fortbildung zum Thema „Unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin: Information – Beratung – Begleitung“ an.

Nähere Informationen zu den oben genannten Publikationen und Fortbildungen erhalten Sie in der Bundesgeschäftsstelle: pro familia-Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt/Main, Telefon: 069 / 63 90 02, Telefax 069 / 63 98 52, E-Mail: info@profamilia.de, <http://www.profamilia.de>

