

Ein Kind um jeden Preis? Ethische, soziale und medizini- sche Aspekte der IVF

A) Unfruchtbarkeit und künstliche Befruchtung

Unfruchtbarkeit (Sterilität) ist eine schwere Belastung für Paare mit Kinderwunsch. Etwa sechs Prozent der Paare im reproduktiven Alter sind davon betroffen. Gesicherte Daten gibt es nicht, nicht zuletzt beruht dieser Wert auf einer Definitionsfrage, z.B. ob nur Paare mit einer dauerhaften Sterilität einberechnet werden oder auch jene mit einer nur vorübergehenden Sterilität oder Subfertilität.

Als vor 40 Jahren, im Juli 1978, Louise Brown als erstes Kind nach In-vitro-Fertilisation (IVF, Befruchtung einer menschlichen Eizelle im Reagenzglas) zur Welt kam, wurde dies wie eine Mondlandung gefeiert. In Österreich kam das erste IVF-Kind 1982 zur Welt. Schätzungen zufolge leben heute weltweit rund acht Millionen Menschen, die nach extrakorporaler Befruchtung geboren wurden.

40 Jahre nach der Geburt des ersten IVF-Kindes mehren sich allerdings auch kritische Stimmen. Die Zahl der IVF-Versuche steigt enorm, während die Erfolgsrate stagniert. Gleichzeitig hat sich ein aggressiver globaler Markt einer regelrechten Reproduktionsindustrie gebildet, der Hoffnungen schürt. Doch für 75 bis 80 Prozent aller Paare, die einen oder mehrere IVF-Versuche unternah-

men, wurde aus dem Traum ein Trauma: Sie blieben trotz Versprechungen kinderlos.

1. Indikation für IVF

Ursprünglich galt der nicht therapierbare Eileiterverschluss als uneingeschränkte Indikation für die IVF und war auf verheiratete Frauen beschränkt, dann kamen auch männliche Fertilitätsstörungen hinzu. Innerhalb kürzester Zeit weitete sich das Spektrum der Indikationen für reproduktionsmedizinische Eingriffe jedoch auch auf Lebensentwürfe ohne jeden pathologischen Hintergrund aus. Je nach nationaler Gesetzeslage haben verheiratete Paare mit Kinderwunsch, Lebensgemeinschaften, Singles, Frauen nach der Menopause, Alleinstehende, Witwen, lesbische Paare (mit Samenspende), homosexuelle Paare (mit Eizellspende und Leihmutter) oder auch Paare, die zwar fruchtbar sind, aber ihr zukünftiges Kind vorher genetisch untersuchen wollen, Anspruch auf eine künstliche Befruchtung.

Statistisch liegen die Ursachen für Unfruchtbarkeit zu jeweils 30 Prozent bei der Frau bzw. beim Mann, in 30 Prozent bei beiden gemeinsam, in zehn Prozent der Fälle bleiben die Gründe für die Unfruchtbarkeit ungeklärt (idiopathische Sterilität). Biologisch eindeutig ist der Zusammenhang zwischen dem Alter der Frau und ihrer abnehmenden Fruchtbarkeit. Waren Frauen in Österreich im Jahr 1985 bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt 24 Jahre alt, stieg das Alter der Erstgebärenden im Jahr 2013 auf 29 Jahre. Bis 2030 wird die erste Mutterschaft laut Prognose der Statistik Austria auf ein Durchschnittsalter von 31 Jahren steigen – ein Trend, der in allen Industrienationen zu beobachten ist. Parallel dazu

stieg auch der Anteil der Frauen in dieser Altersgruppe, welche die Reproduktionsmedizin in Anspruch nahmen.

Reproduktionsmediziner kritisieren inzwischen selbst, dass die IVF zu früh und zu häufig angewendet wird. Die Definition der WHO, wonach ein Paar mit Kinderwunsch dann als unfruchtbar gilt, wenn die Frau trotz Kinderwunsch und regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs nicht innerhalb von zwölf Monaten schwanger geworden ist, wird als zu knapp bemessen in Frage gestellt.

2. Methoden der IVF

Voraussetzung für eine IVF bei der Frau ist das Vorhandensein der Gebärmutter und mindestens eines funktionierenden Eierstocks. Beim Mann ist eine bestimmte minimale Samenqualität (Kriterien: Beweglichkeit, Zahl, Form und Funktion der Samenzellen) erforderlich.

Nach hormoneller Hyperstimulation der Ovarien werden der Frau mittels ultraschallgesteuerter Follikelpunktion die Eizellen entnommen und nach einer Qualitätskontrolle in eine Nährlösung eingebettet. Dieser Lösung wird der mittels Masturbation gewonnene und anschließend aufbereitete Samen beigemischt. Die Befruchtung findet in-vitro, also außerhalb des Körpers statt. Innerhalb der nächsten 48 Stunden werden die Embryonen auf ihre Qualität untersucht und selektiert, in der Regel werden dann ein bis zwei Embryonen transvaginal in die Gebärmutter übertragen. Die restlichen Embryonen werden entweder tiefgefroren oder vernichtet. Im Fall einer dreifachen Mehrlingsschwangerschaft wird eine sogenannte Mehrlingsreduktion durch Fetozid oder ein selektiver Abort empfohlen und vorgenommen. Auch in Österreich wird diese Methode durchgeführt.

In der Literatur wird inzwischen empfohlen, nur einen einzigen Embryo in die Gebärmutter zu implantieren, um dadurch eine gefürchtete Mehrlingsschwangerschaft mit allen damit verbundenen Risiken zu vermeiden. Die Schwangerschaftsrate soll bei dieser Vorgehensweise durchaus mit gängigen IVF-Methoden vergleichbar sein.

Bei der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) handelt es sich um die mittlerweile am häufigsten angewendete Methode der In-vitro-Fertilisation (in Österreich rund 80 Prozent aller IVF-Versuche, in Deutschland 74 Prozent): Ein einziges Spermium wird aus dem zuvor aufbereiteten Sperma ausgewählt und mittels einer dünnen Nadel direkt in die Eizelle eingespritzt. Ursprünglich wurde die ICSI-Methode nur bei männlicher Unfruchtbarkeit angewendet. Heute kommt sie in der Praxis bei jedweden „unerklärlichen“ Gründen der Unfruchtbarkeit zum Einsatz. Auch ökonomische Interessen – eine ICSI ist gewinnbringender als ein normales IVF-Verfahren – spielen dabei laut Kritikern eine Rolle.

Nach der ICSI-Methode komme es de facto zu weniger Lebendgeburten als nach IVF, wenn sie für Paare verwendet wird, bei denen nicht die männliche Unfruchtbarkeit das Problem ist. Eine 2016 in *Fertility&Sterility* publizierte Studie zeigt, dass das ICSI-Verfahren im Vergleich zur IVF ein beinahe vierfach erhöhtes Risiko für Komplikationen aufweist. Bei den Frauen kam es häufiger zu Verwachsungen der Plazenta mit der Gebärmutter schleimhaut, was bei der Geburt zu für Mutter und Kind bedrohlichen Blutungen führen kann. Auch Präeklampsie (Bluthochdruck bei der Mutter, verbunden mit der Gefahr von Krampfanfällen) zählte zu den genannten ICSI-Risiken.

Die sogenannte intrauterine Insemination (IUI), bei der die gereinigten Samenzellen direkt in die Gebärmutter eingeführt werden und es zu einer natürlichen

Befruchtung im Körper kommt, wird in der Praxis von IVF-Zentren nicht mehr durchgeführt. Sie wird in Österreich vom IVF-Fonds auch nicht finanziell unterstützt.

3. Methodenimmanente Risiken der IVF-Behandlung für Frauen

Ovarielles Hyperstimulationssyndrom

Für die Gewinnung einer höheren Zahl von reifen Eizellen muss die Frau sich zunächst einer hormonellen Stimulationsbehandlung unterziehen. Anschließend werden die Eizellen unter Narkose aus den Follikeln (Eibläschen) des Eierstocks abgesaugt. Sowohl Hormonbehandlung als auch Eizellentnahme sind mit Risiken für die Frau verbunden. Eine mögliche Nebenwirkung der Hormonbehandlung ist das ovarielle Hyperstimulationssyndrom (OHSS).

In Österreich wurden pro Frau durchschnittlich 9,7 Eizellen nach der hormonellen Stimulation gewonnen (IVF-Register 2015). Bei den im Jahr 2015 abgeschlossenen 9'101 IVF-Behandlungen musste in 1'202 Fällen die Behandlung vor bzw. nach der Follikelpunktion abgebrochen werden. Hauptgrund war in 42,3 Prozent der Fälle eine gesundheitsgefährdende Überstimulation. Die schwere Form des ovariellen Überstimulationssyndroms ist charakterisiert durch Wasseransammlungen im Bauchbereich, Atembeschwerden, erhöhte Blutgerinnungsneigung, schwere Dehydratation, Steigerung der Viskosität des Blutes und Durchblutungsstörung der Nieren. Zu den Komplikationen bei der Eizellentnahme gehören weiters Verletzungen, Blutungen und Infektionen.

Mehrlingsschwangerschaften

Mehrlingsschwangerschaften sind immer Risikoschwangerschaften und treten im Zuge einer IVF besonders häufig auf. Die Zahl der Zwillingsgeburten hat sich in reichen Ländern seit den 1980er-Jahren fast verdoppelt. Wissenschaftler führen den deutlichen Anstieg u.a. auf den zunehmenden Einsatz von künstlicher Befruchtung zurück.

Zu den Risiken einer Zwillingschwangerschaft für Frauen gehören Bluthochdruck (ca. 2,5-fache Erhöhung gegenüber einer Einlingsschwangerschaft), Präeklampsie (ca. 2,5-fach), postpartale Nachblutung (ca. 2-fach), Kaiserschnitt (ca. 3-fach), intensivmedizinische Betreuung (ca. 15-fach) und nachgeburtliche Depression (ca. 3-fach).

Fetozid

Bei Mehrlingsschwangerschaften stellt die gezielte Tötung von mindestens einem ungeborenen Kind mit dem Ziel, die Überlebens- und Entwicklungschancen der anderen Föten zu erhöhen, für die Frauen eine hohe psychische Belastung dar. Sie setzen alle ihre Kräfte (körperlich, emotional, auch finanziell) für das Leben ein und stehen nun vor der Entscheidung, ein Wunschkind töten zu lassen. Ethisch kann nicht unwidersprochen bleiben, dass die Reproduktionsmedizin den Fetozid als selbstverständlichen Teil ihres Angebots darstellt.

4. Methodenimmanente Risiken der IVF-Behandlung für Kinder

Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburt

Der Deutsche Ethikrat legte Zahlen hinsichtlich der Fehlbildungen und gesundheitlichen Konsequenzen bei Kindern vor, die nach künstlicher Befruchtung geboren wurden: Insbesondere jene Risiken, die mit den besonders häufig auftretenden Mehrlingsschwangerschaften bzw. -geburten nach IVF verbunden sind, spielen für die Kinder eine negative Rolle. Das Risiko für diese Kinder gegenüber dem von Einlingen erhöht sich. Zu den Risiken gehören Frühgeburtlichkeit (vor Vollendung der 37. Woche, ca. 10-fach), niedriges Geburtsgewicht (unter 2.500 g, ca. 7- bis 10-fach), Zerebralparese (3- bis 10-fach), Atemnotsyndrom des Neugeborenen (5- bis 7-fach), Sepsis (3-fach) sowie eine bleibende, schwere Behinderung (1,5- bis 2-fach). Bei Neugeborenen mit einem zu geringen Geburtsgewicht nimmt das Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen oder auch Diabetes mellitus Typ 2 erheblich zu.

Die Risikosteigerung betrifft nicht nur Zwillinge oder Mehrlinge. Auch durch IVF gezeugte Einlinge haben – verglichen mit natürlich gezeugten Einlingen – je nach Untersuchung ebenfalls ein 1,3- bis 4,3-faches Risiko, zu früh geboren zu werden und die mit einem zu geringen Geburtsgewicht assoziierten neurologischen und körperlichen Beeinträchtigungen zu erleiden, so der Deutsche Ethikrat.

Risiken der Nährlösung und Epigenetik

In den ersten Tagen nach der künstlichen Befruchtung werden die Embryonen in einer Nährlösung im Brutschrank kultiviert. Diese kann sich schädlich auf die Gesundheit des Kindes auswirken. Die Nährlösung hat Einfluss auf die Genexpression der Embryonen. Kulturmedien für menschliche Gameten und Embryonen sind bis heute keinerlei Standards unterworfen. Sie enthalten eine Reihe von Komponenten, die die epigenetische Reprogrammierung und andere Entwicklungen beeinflussen, die zu schädlichen Auswirkungen auf den Embryo und das Neugeborene führen können (fetales Wachstum, Geburtsgewicht, Wachstum in der Kindheit). Auf diesen Mischstand weisen bereits zahlreiche Publikationen hin.

Präimplantationsdiagnostik (PID)

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist ein diagnostisches Verfahren, bei dem menschliche Embryonen im Reagenzglas vor dem Einsetzen in die Gebärmutter auf genetische Fehler und Risiken untersucht und gegebenenfalls selektiert werden. Ziel der Untersuchung ist es, jene Embryonen auszusondern, die unerwünschte Merkmale (Chromosomenanomalien oder genetisch erkennbare krankheitsrelevante Mutationen) besitzen. Sie kann auch der Selektion von Embryonen mit erwünschten Merkmalen (Geschlecht, Organ- und Gewebespende) dienen. Die PID erfordert die Bereitstellung mehrerer Embryonen, um so genügend „Ausgangsmaterial“ zu haben. Das Verfahren ist an eine IVF gebunden.

In Expertenkreisen wird die PID zunehmend kritisch diskutiert. Laut Rachel Brown und Joyce Harper ist die mit 62 Prozent häufigste Indikation für PID die Aneuploi-

die, also ein numerischer „Fehler“ der Chromosomenzahl. Im Rahmen der Chromosomendiagnostik wird dafür die Methode der „Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung“ (FISH) angewendet, diese stellt aber nur ein grobes Messinstrument dar, Fehldiagnosen sind nicht ausgeschlossen. Bislang gäbe es nur 11 randomisierte Studien, die untersuchten, ob IVF-Schwangerschaftsraten nach der PID anstiegen. Ein Zusammenhang konnte bis heute nicht belegt werden, dennoch werde das Präimplantationsdiagnostik-Screening von Embryonen quasi als Standardinstrument bei IVF angeboten, kritisieren die Autorinnen.

Schätzungen zufolge wurden 2015 in den USA bereits 20 Prozent aller IVF-Zyklen einer PID unterzogen – ohne vorherige Validierung und ohne das Risiko ausräumen zu können, dass der Embryo durch die Technik der PID geschädigt werden kann.

Social Egg Freezing

„Social Egg freezing“ gehört zur umstrittenen „Wunschmedizin“: Frauen wird angeboten, unbefruchtete Eizellen in jüngeren Jahren auf Vorrat einzufrieren, um später auf Abruf per künstlicher Befruchtung schwanger zu werden.

Sie dient als Methode des Umgehens der reproduktiven Alterung. „Social Egg freezing“ suggeriert, dass Frauen jederzeit, wenn es in ihr Lebenskonzept passt, ihren Kinderwunsch erfüllen können. Die wissenschaftlichen Fakten zeigen aber ein anderes Bild. Nicht nur die Qualität der Eizellen sinkt mit steigendem Alter, auch ist der Organismus der Frauen für Komplikationen leichter anfällig.

Laut Daten der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) spielt das Alter der Frau für die spätere Embryo-Implantationsrate eine große Rolle. Rund

90 Prozent der Frauen werden erst gar nicht schwanger. Frauen, die mit 30 Jahren ihre Eizellen schockgefrieren ließen, haben je nach Tiefkühlverfahren eine 8,9- bis 13,2-prozentige Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft. Die Rate sinkt weiter auf 4,3 bzw. 8,6 Prozent ab, wenn die Eizellen einer 40-Jährigen eingelagert werden.

5. Erfolgsrate

In Relation zu den IVF-Versuchen insgesamt ist die Erfolgsrate der künstlichen Befruchtung weiterhin niedrig. Die sogenannte Baby-Take-Home-Rate beträgt zwischen 18 und 22 Prozent. Das Deutsche IVF-Register 2015 spricht von einer Geburtenrate von 20,5 Prozent. Das bedeutet: 80 Prozent aller Frauen, die sich einer IVF-Behandlung unterziehen, gehen ohne Kind nach Hause. Private IVF-Zentren tendieren dazu, sich als besonders erfolgreich darzustellen, und preisen sich mit hohen Schwangerschaftsraten von bis zu 40 Prozent an. Das entspricht aber nicht den tatsächlichen Geburten. Die geringe Erfolgsrate ist einerseits dadurch bedingt, dass es in etlichen Fällen auch nach der Etablierung einer klinischen Schwangerschaft nach IVF zu einer Fehlgeburt kommt. Zum anderen liegen die hohen Schwankungsbreiten bei der Angabe der Erfolgsraten auch darin, dass es bis heute keine international standardisierte statistische Methode gibt, nach der die Baby-Take-Home-Rate berechnet wird.

B) Ethische Aspekte des „unerfüllten Kinderwunsches“

Das Leiden an einem unerfüllten Kinderwunsch ist für viele Paare eine existenzielle Krise, die mit erheblichen Einschränkungen des Selbstwertgefühls einhergeht und zu einer starken psychischen Belastung werden kann. Auch wenn der Wunsch nach einem Kind legitim ist, lässt sich jedoch daraus kein individuelles „Recht auf ein Kind“ ableiten. Richtig ist: Kein Mensch darf daran gehindert werden, eine Familie zu gründen, dies halten die internationalen Menschenrechte fest. Aus diesem „Abwehrrecht“ folgt jedoch nicht im Umkehrschluss ein „Anspruchsrecht“, weder auf einen Partner noch auf ein Kind.

In einer Gesellschaft, in der die Entkoppelung von Sexualität, Befruchtung und Fortpflanzung normal geworden ist, ist auch die künstliche Befruchtung eine Art Standard-Verfahren, das staatlich subventioniert wird. Das Bewusstsein für die ethischen Brüche dahinter ist kaum noch vorhanden. Voraussetzung für den Einsatz von assistierten reproduktionsmedizinischen Techniken (ART) als medizinischen Verfahren ist, dass ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit definiert wurde. Diese Definition ist jedoch zu hinterfragen. Reproduktionsstörungen können zwar pathologisch sein, Kinderlosigkeit als solche ist aber keine Krankheit, die einer Therapie bedarf.

Reproduktionsmedizin ist nicht therapeutisch, Unfruchtbarkeit wird dadurch nicht geheilt, sondern umgangen, um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Das verändert auch die Medizin: Sie verlässt ihr eigentliches Feld, die Heilbehandlung, und begibt sich auf das weite Areal der Wunschbehandlung.

Das selbstverständliche Angebot der Reproduktionsmedizin suggeriert, dass das Leid eines Paares durch eine

medizinisch-technische Lösung beseitigt werden kann, die Heilung der Kinderlosigkeit durch ein Kind geschieht. Damit wird das Kind selbst zum Objekt, zum Therapeutikum, ein Zugang, der ethische Probleme mit sich bringt.

Das ethische Grundproblem der künstlichen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF) liegt in der Tatsache begründet, dass ein Kind nicht durch die personale Vereinigung von Mann und Frau gezeugt wird, sondern im Labor durch technisches Handeln „hergestellt“ wird.

Damit wird der Embryo verfügbar, woraus weitere ethische Probleme folgen: Herstellen von sogenannten überzähligen Embryonen, Einfrieren von Embryonen, Selektion, Fremdspenden von Ei- und Samenzellen, Leihmutterschaft u.v.m.

3. Entpersonalisierung der Zeugung und die Logik des Produkts

Der Ort der Zeugung menschlichen Lebens in Würde ist die Intimität einer von authentischer Liebe geprägten stabilen Beziehung zwischen Mann und Frau. Die Zeugung von menschlichem Leben ist nicht ein rein biologischer oder bloß technischer, sondern ein Beziehung stiftender Akt. In der Logik der Entpersonalisierung durch die IVF wird nun der intime Vorgang menschlicher Zeugung und das Werden menschlichen Lebens im Schoß der Mutter ins Labor verlegt und findet in Nährlösungen, unter dem Blick des Mikroskops und je nach Phase in Wärme- oder Gefrierschränken statt. Der gesamte Prozess der Fortpflanzung muss dabei in Einzelschritte aufgesplittet werden, für die ein Team von Dutzenden Ärzten, Labormitarbeitern, Projektleitern, Kliniken und Agenturen verantwortlich sind.

Ärzte und Laborteam stehen in der ersten Reihe, während die Subjekthaftigkeit der Eltern in den Schatten eines technischen Vorgangs tritt, den sie über sich ergehen lassen. Das Paar stellt nur noch sein genetisches „Rohmaterial“ zur Verfügung. Die Fortpflanzung wird damit an Experten delegiert: Im Prozess intervenieren verschiedene Verantwortliche, die für den Erfolg auch haftbar gemacht werden können. Die verantwortlichen Ärzte, Genetiker und Labormitarbeiter müssen das entstandene Leben im Hinblick auf Qualitätskriterien kontrollieren und gegebenenfalls auch zerstören können.

Der Prozess ist auch fehleranfällig. Beispiele davon erreichen immer wieder auch die mediale Berichterstattung: So auch 2016, als bekannt wurde, dass im Labor des Universitätskrankenhauses UMC in Utrecht Eizellen mit dem falschen Samen befruchtet wurden. Betroffen waren sechs Frauen, von denen neun ihr Kind bereits geboren hatten, vier sind schwanger. In den 13 anderen Fällen sind die Embryos noch tiefgefroren. Bis der Fehler entdeckt wurde, dauerte es anderthalb Jahre. Nun stehen Schadenersatzforderungen für die „falschen Kinder“ im Raum.

Die Logik des „Herstellens“ führt dazu, nicht nur die Subjekthaftigkeit der Eltern, sondern auch jene des Kindes zu relativieren. Der Embryo in der Petrischale mutiert immer mehr zu einem Objekt, zur produzierbaren Sache, er ist nicht mehr jemand, sondern etwas. Nicht nur seine Existenz, sondern auch seine „Qualität“ muss im Zuge der Logik des Herstellens den Wünschen und Ansprüchen entsprechen.

Der Philosoph Jürgen Habermas spricht in diesem Zusammenhang von der Erosion der Unbedingtheit der Eltern-Kind-Beziehung, der Sozialethiker Manfred Spieker von der „zertifizierten Zeugung“. Kindern steht ihr Lebensrecht nicht bedingungslos, sondern nur noch unter

bestimmten Voraussetzungen zu, die Dritte bestimmen. Diese Logik des Produkts verletzt die Würde des Kindes und auch der Eltern, weshalb die katholische Kirche die IVF grundsätzlich ablehnt.

4. Embryonen tiefrieren

Innerhalb des IVF-Verfahrens werden mehrere Embryonen erzeugt für den Fall, dass ein weiterer Embryonentransfer notwendig ist, falls die bisherigen erfolglos waren. Die Embryonen werden kryokonserviert, d.h. auf Vorrat in flüssigem Stickstoff bei minus 196 Grad eingelagert. Bei der Erzeugung von Embryonen im Zuge der IVF wird also schon einkalkuliert, dass einige davon übrig bleiben werden. Dies stellt eine grobe Verletzung der Menschenwürde und ein ethisches Problem dar, die weder durch Embryonen-Adoption noch durch eine nachträgliche Ver zweckung der Embryonen für Forschungsvorhaben gerechtfertigt werden können. Hier entstehen der Technik inhärente Widersprüche, die ethisch nicht mehr sinnvoll aufzulösen sind: Der Embryo ist keine Sache. Wer Menschen auf Vorrat produziert oder ihr Vernichten einkalkuliert, verletzt grob die Würde der Person.

In Großbritannien wurden nach offiziellen Angaben von 1991 bis 2015 3,9 Millionen Embryonen im Zuge der IVF-Verfahren erzeugt. Davon wurden 1,6 Millionen den Frauen implantiert. 2,3 Millionen Embryonen blieben übrig, wurden tiefgefroren, fanden dann aber keine Verwendung mehr. Sie wurden mit dem Sondermüll entsorgt.

Sieht man sich die Versuchszahlen des IVF-Berichts 2016 an, so wurden zwischen 2001 bis 2016 hochgerechnet alleine in den staatlich subventionierten IVF-Kliniken mehr als eine halbe Million Embryonen hergestellt. Nicht

alle wurden für IVF-Versuche verbraucht, sie werden gefroren weitergelagert. In Österreich sind nach jüngsten offiziellen Angaben rund 30.000 Embryonen tiefgefroren.

C) Kinder haben ein Recht auf Vater und Mutter – nicht umgekehrt

In Österreich ist nicht nur die Samenspende, sondern auch die Eizellspende (heterologe Fertilisation) seit der Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes 2015 (FMedRÄG) erlaubt. Diese vorsätzliche Trennung von sozialer und genetischer Elternschaft widerspricht dem Wunsch und Wohl des Kindes. Kinder werden zunehmend im familiären Niemandsland geboren, Samenspende und Eizellspende missachten die Rechte des Kindes, seine biologischen Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden (UN-Kinderrechtskonvention, Art. 8).

a) Samenspende

Bei der sogenannten Samenspende wird die Eizelle einer Frau nicht mit dem Samen ihres Partners, sondern eines anonymen Spenders befruchtet (heterologe Fertilisation). Das Kind hat somit drei Elternteile: eine genetische Mutter, einen Ziehvater und einen genetischen Vater, den es in der Regel nie kennen lernen wird. Damit kommt es zu einem vorsätzlichen Splitten von genetischer und sozialer Elternschaft, was zu einer Entpersonalisierung und damit zu Beziehungslosigkeit führt: Männer produzieren Samen, um Kinder in-vitro zu zeugen, für die sie nie elterliche Verantwortung übernehmen werden.

Angesichts der Tausende Kinder, die nach anonymer Samenspende zur Welt gekommen sind, stellt sich die

Frage, welches Vaterbild in einer zunehmend vaterlosen Gesellschaft damit unterstützt wird.

b) Eizellspende

Bei der sogenannten Eizellspende wird die Eizelle einer Spenderin entweder mit dem Samen des Partners der Frau, die das Kind austrägt, oder mit einem anonymen Samen befruchtet (heterologe Fertilisation). Auch dieses Verfahren führt dazu, dass das Kind drei oder gar vier Elternteile hat: die anonymen genetischen Eltern, die sie in der Regel nie kennen lernen werden, sowie die Ziehltern oder auftraggebenden Eltern.

Eizellspende und Samenspende sind insofern nicht gleichzustellen, als die Eizellspende ein medizinisch unzureichend dokumentiertes Verfahren ist, das zahlreiche Risiken in sich birgt. Die hohen Hormondosen, die nötig sind, damit die Frau mehrere Eizellen produziert, werden unter Narkose invasiv entnommen. Die Nebenwirkungen des Überstimulationssyndroms (sogenannten Hyperovulationssyndrom) reichen von Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum und in der Lunge bis zu Nierenversagen und Schlaganfall. In schweren Fällen gab es auch Todesfälle. Eine Frau wird daher bei einer Eizellspende einem Eingriff ausgesetzt, der ihr in keiner Weise gesundheitlich nützt, sondern ihr im Gegenteil auch schaden kann. Damit wird das medizinische Prinzip des Nicht-Schadens untergraben.

Bei der Abgabe der eigenen Eizellen an andere Frauen ergeben sich zusätzlich ethisch schwerwiegende Probleme, wie „Aufwandsentschädigungen“ als verdeckte Bezahlung, potentielle Ausbeutung usw. Gerne werden die Augen vor dem international steigenden Eizellenhandel verschlossen und der damit verbundenen Degradierung des Körpers

der Frau zu einem Rohstofflieferanten. Die Kommerzialisierung und damit die Ausbeutung von Frauen in prekären Lagen nehmen zu. Es muss Aufgabe des Gesetzgebers sein, Betreffende in diesem Fall vor sich selbst zu schützen und das Kindeswohl (Stichwort: Dreifach-Elternschaft) voranzustellen.

Es gibt nicht nur in Österreich bereits Erfahrungen mit den Auswirkungen der Eizellspende auf die betroffenen „Mütter“. Psychologinnen haben immer öfter mit Frauen zu tun, die nach einer IVF im Ausland mittels Eizellspende wegen Komplikationen im Inland weiter behandelt werden. Viele der Frauen haben mit massiven psychischen Problemen zu kämpfen. Oft sei es schwierig für die Frau, das „Fremde“ in sich auszuhalten. Zwischen einer fremden Samen- und einer fremden Eizelle gibt es im Erleben der Frau offenbar emotional große Unterschiede. Manche Frauen leiden unter Schwangerschaftspsychose, versuchen, dem Ungeborenen Schaden zuzufügen, oder lassen bei Zwillingen einen Fetus abtreiben, weil sie das „doppelt Fremde“ nicht ertragen.

Selbst wenn das Kind lebend geboren wird, stellt sich das ersehnte Glück oft nicht ein: Viele Frauen haben Probleme, das Kind anzunehmen, verweigern den Kontakt, zweifeln an ihrer Handlungsweise. Immer wieder kommt es zur Trennung der Paare nach der Geburt. Dann muss die Frau ein Kind großziehen, dessen leibliche Mutter sie ihrem Gefühl nach (und auch biologisch) nicht ist.

Vielfach wurde das österreichische Gesetz kritisiert, wonach derselbe Arzt, der über die Eizellenspende aufklärt, auch jener ist, der den Eingriff vornimmt. Hier besteht ein eklatanter Interessenkonflikt.

Die in Österreich ebenfalls erlaubte künstliche Befruchtung für lesbische Paare führt dazu, dass ein Kind in der Absicht gezeugt wird, dass es ohne leiblichen Vater

aufwachsen wird. Oftmals wird die Eizelle einer Frau mit einem anonymen Samen befruchtet und der Partnerin eingepflanzt (Eizellspende), um gemeinsame Elternschaft zu suggerieren. Das schicksalhafte Ereignis der Vaterlosigkeit ist für Pflegekinder oder Scheidungswaisen schwer genug zu tragen. Ethisch inakzeptabel ist es, wenn Personen für ein Kind von vornherein Vaterlosigkeit planen und intendieren. Dasselbe gilt im Fall der Leihmutterchaft für homosexuelle Paare – sie ist in Österreich verboten –, die das Kind vorsätzlich seines Rechts beraubt, von seiner Mutter (der genetischen Mutter oder auch jener, die das Kind austrägt) betreut zu werden.

D) Alternative Bewältigungsstrategien stärken

Das Leid ungewollt kinderloser Paare ist groß. Groß ist aber zugleich die Not, wenn ihr Leid in den Sog technischer Machbarkeit und unter die Räder eines gewinnbringenden Marktes gerät, wie dies heute vielfach geschieht. Das selbstverständliche Angebot der Reproduktionsmedizin suggeriert inzwischen nicht nur, dass das Leid durch eine medizinisch-technische Lösung beseitigt werden kann. Dieser einseitig technische Zugang zur Lösung eines tiefen Sinnproblems stellt mittlerweile auch eine Art normativen Imperativ dar: Wer heute ungewollt kinderlos ist, in der Sinnkrise steckt und trotzdem noch keine In-vitro-Fertilisation in Anspruch genommen hat, muss sich rechtfertigen, noch nicht alles versucht zu haben, um sein Leid zu bewältigen und sein Sinnproblem zu lösen.

Die Kinderwunsch-Medizin verschweigt zugleich, dass Befruchtungstechnologien lediglich einem Bruchteil der Betroffenen wirklich zu einem Kind verhelfen. Vier von

fünf Frauen gehen trotz mehrmaliger IVF-Versuche ohne Kind nach Hause.

Studien zeigen, dass Frauen den Misserfolg einer IVF als persönliches Versagen empfinden. Um das Erlebte schnell zu verdrängen, stürzen sie sich in neue Versuche. Trauer über eine – im Rahmen einer IVF typischen – Fehlgeburt hat keinen Platz. Sie ist notwendiger Teil des Gesamtprojektes „Kind“, für das es Opfer zu bringen gilt. Die erfolglose Beendigung der Behandlung kann von vielen Paaren nur schwer akzeptiert werden und bewirkt häufig depressive Reaktionen und Trauer.

Damit stehen die Paare am Ende der Behandlung, in die sie vielfach unreflektiert hineingeschlittert sind, wieder am Ausgangspunkt ihres Leidens: Sie haben kein eigenes Kind und sie werden auch keines bekommen. Der Unterschied ist nun, dass die Kinderlosigkeit nach -zig Fehlversuchen einer IVF auch zur Schuldfrage und zur Anklage des persönlichen Versagens werden kann – und dass viele offene ethische Fragen aufbrechen, ob es all die finanziellen, gesundheitlichen Opfer, auch das Opfern anderer Embryonen, wert gewesen ist.

Es ist daher Zeit, gezielt neue Wege einzuschlagen: Der ärztliche und gesellschaftliche Umgang mit Paaren mit ungewollter Kinderlosigkeit sollte sich von seiner Fixierung auf die technisierte Fortpflanzung verabschieden.

Es braucht eine neue kulturelle Kompetenz im Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit. Der subtile Druck durch Ärzte, Verwandte und die Gesellschaft, der sich aus der Tatsache der bloßen Möglichkeit der Technik ergibt, ist nicht mehr wegzuleugnen. Zugleich wird kaum über den hohen Preis und die Risiken informiert, über das Auf und Ab in der Behandlung aufgeklärt, bei der sich Euphorie und tiefe Enttäuschung abwechseln, Entscheidungen über Leben und Tod gefordert sind.

Paare, die ungewollt kinderlos sind, stehen in einer Sinnkrise, deshalb müssen Perspektiven jenseits der Technik entwickelt werden. Das Ziel der Heilbehandlung muss der Leidenszustand des Paares sein – und nicht die technische Herbeiführung der Geburt eines Kindes. Dabei müssen humane Ressourcen gestärkt werden: Die Bewältigung der Kinderlosigkeit braucht Trauerarbeit und die Generierung von alternativen Perspektiven zum Kinderwunsch.

Generativität heißt nicht nur Zeugung und Fortpflanzung, sondern auch die Übernahme von Verantwortung in anderen Bereichen als der Elternschaft. Die Religionsphilosophin Hanna Barbara Gerl-Falkovitz spricht von der Möglichkeit einer „seelischen und geistigen Elternschaft“, die sich „in der Übernahme fremden, schwächeren Lebens entfaltet“. Die Grenze, die der unerfüllte Kinderwunsch auferlegt, kann damit zu einer neuen, grenzüberschreitenden Offenheit führen, die fruchtbar wird in einer Lebensaufgabe, einem Lebenssinn auch außerhalb der leiblichen Familiengründung.

Dieser Aufsatz beruht auf einem ausführlichen Beitrag der Autorin in der Fachzeitschrift *Imago Hominis*. Susanne Kummer, *Leben aus dem Labor. 40 Jahre Reproduktionsmedizin – eine Übersicht*, in: *Imago Hominis* (2017; 24(1): 015-034. Eine ausführliche Literaturliste sowie Quellenangaben sind dort online abrufbar: <http://www.imabe.org/index.php?id=2531>