

Ebene zum Erfassen des Menschen und zum tieferen Verständnis von Krankheiten.

Wenn im Folgenden aktuelle ethische Fragestellungen diskutiert werden, dann scheinen diese Themen mit den vorhergehenden nichts zu tun zu haben. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass sie doch unmittelbar zusammengehören. Denn die Medizin steht an einem zentralen Wendepunkt. Da sich bei der Therapie vieler Krankheiten eine gewisse Ratlosigkeit breit macht (es wurde zitiert, dass man bei Krebserkrankungen letztlich nicht recht weiter gekommen ist), die Medizin aber als zentralen Auftrag hat, den Menschen zu helfen, muss sie nach neuen Therapien Ausschau halten. Dies ist ihre Aufgabe, wenn sie das Leid der Menschen bekämpfen will. Allein die Frage, wo und wie sie diese Therapeutika sucht, ist entscheidend. Sie beginnt gerade heute, Wege einzuschlagen, die ethisch möglicherweise nicht mehr vertretbar sind. Es gilt also nach Alternativen zu suchen.

Man kann natürlich die Themen auch unabhängig voneinander diskutieren und sagen, dass die These mit dem ganzheitlichen Menschenbild zwar einleuchtet, dass man aber trotzdem eine Therapie für Parkinsonkranke mittels Stammzellen fördern will. Oder man kann umgekehrt argumentieren und sagen, man lehnt Stammzelltherapie grundsätzlich ab, kann aber auch mit dem ganzheitlichen Menschenbild nichts anfangen. Man kann aber auch behaupten – und das ist die gegenwärtige Haltung – es gäbe nur einen naturwissenschaftlichen Zugang zu den Krankheiten und auch die adäquate Therapie müsse naturwissenschaftlich vorgenommen werden und das sei zzt. eben die in Aussicht gestellte Stammzelltherapie.

Die beiden Themenbereiche auseinanderzureißen, hieße aber – ähnlich wie beim Problem der Leib-Seele-Einheit – zwei zusammengehörende Pole, die in sich verschieden sind aber doch zusammengehören, auseinanderzureißen. Diese Sichtweise der Identität von Identität und Differenz (Hegel), also der Einheit von Einheit und Verschiedenheit oder einfacher gesagt der Einheit in Verschiedenheit kann zwar niemandem aufgezwungen werden, aber man kann versuchen, sie anzudemonstrieren.

1. „Therapie“

a.) In-vitro-Fertilisation

Die In-vitro-Fertilisation, die eigentlich dafür gedacht war, kinderlosen Ehepaaren ein Kind zu ermöglichen, stellt – das wurde schon gesagt – insofern eine Veränderung der traditionellen Ziele der Medizin von Diagnose, Prophylaxe und Therapie dar, als nicht mehr die „Kranken“ behandelt werden, sondern deren Zeugungs- oder Empfängnisunfähigkeit durch die Hilfe der In-vitro-

Fertilisation substituiert wird. Eine solche Substitutionstherapie gehört zu den Zielen der Medizin und sie wird vielfach vorgenommen, wenn z.B. fehlende Hormone, Elektrolyte oder andere Stoffe ersetzt werden. Es stellt sich aber die Frage, ob die Substitutionsleistung einer In-vitro-Fertilisation mit jener des Ersetzens fehlender Elektrolyte oder anderer physiologischer Stoffe vergleichbar ist.

Denn offensichtlich gibt es einen grundsätzlichen Unterschied zwischen dem Ausfall einer Hormonproduktion, die beim Patienten selbst substituiert wird und dem Verlust einer Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit, deren Ausfall „außerhalb“ des Patienten durch das künstliche Verfahren der In-vitro-Fertilisation ersetzt wird. Bei einer normalen Substitution nimmt der Patient ein Medikament und so werden fehlende Stoffe ersetzt. Hier bei der In-vitro-Fertilisation gibt jeder der Partner etwas ab (Samen und Eizelle) und der *Arzt* wird zum „Hersteller“ neuen Lebens, indem *er* Samen und Eizelle außerhalb des mütterlichen Organismus zusammenführt (zu Beginn der IVF waren es Tiermediziner, die die IVF durchführten, da sie bereits mehr Erfahrung mit der künstlichen Besamung von Tieren hatten). Bei der normalen Zeugung geht es um ein Beziehungsgeschehen zwischen Mann und Frau, hier ist letztlich ein Dritter der „Erzeuger“ neuen Lebens. Ob man daher die In-vitro-Fertilisation ablehnen sollte, weil dieses Beziehungsgeschehen hierbei nicht *direkt* gegeben ist und ein Dritter als „Assistent“ bei Herstellung neuen Lebens zugegen ist, soll hier nicht diskutiert werden.

Andererseits ist zu fragen, ob Infertilität eine Krankheit ist, die unbedingt behandelt werden muss. Wenn es keine Krankheit ist, steht offensichtlich die Bewältigung des Leidens an der Sterilität im Vordergrund.²⁶⁶ Sollte sie als Krankheit anerkannt werden, müssten Krankenkassen die nicht unerheblichen Kosten für eine Behandlung übernehmen, andernfalls müssten die Betroffenen selbst die Kosten tragen. In Deutschland werden bis zu vier Versuche einer In-vitro-Fertilisation durch Krankenkassen finanziert, wenn sie innerhalb einer Ehe stattfinden.²⁶⁷ In Österreich werden derzeit bis zu drei Versuche von einem Fond bezahlt, früher lehnten Österreich und die Schweiz eine Bezahlung aus grundsätzlichen Erwägungen ab.²⁶⁸ Selbst wenn Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit und damit Kinderlosigkeit nicht als Krankheit eingestuft wird, gehört eine Hilfeleistung auf diesem Gebiet im Sinne einer Leidensverminderung der kinderlosen Eltern durchaus zu möglichen Zielen der Medizin. Es sollte Ziel ärztlichen Handelns sein, Patienten in Not (auch seelischer) zu hel-

²⁶⁶ Vgl. dazu u.a.. S. Reiter-Theil/W. Kahlke, Fortpflanzungsmedizin, in: W. Kahlke/S. Reiter-Theil (Hrsg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 1995, 34-45, hier 38.

²⁶⁷ Vgl. dazu § 27a, Deutsches Sozialgesetzbuch V.

²⁶⁸ In Österreich und der Schweiz werden „die Leistungspflicht des Versicherungsträgers für Maßnahmen der Reproduktionsmedizin schon grundsätzlicher Überlegungen wegen abgelehnt“: E. Bernat, Das Recht der Fortpflanzungsmedizin 1995: Ein Dreiländervergleich (Deutschland, Österreich, Schweiz), in: Fischl (Hrsg.), Kinderwunsch, 261.

fen, und Kinderlosigkeit kann in diesem Sinne als große Not erfahren werden.²⁶⁹

Allerdings ist hierbei mehreres zu bedenken: Zunächst sollte vor zu großen Erwartungen gewarnt und eine Fixierung auf die technischen Möglichkeiten der Medizin vermieden werden. Denn trotz aller Fortschritte führt die In-vitro-Fertilisation – je nach Statistik und unterschiedlicher Methode – nur in etwa 20-25% der Fälle zum Erfolg.²⁷⁰ Außerdem ist der Aufwand der Eizell-Gewinnung mittels vorangegangener Hormonstimulation und Eientnahme mittels Kurzzeitnarkose oder Lokalanästhesie sehr hoch. Weiterhin ist die Frau nicht beliebig oft hormonell zu stimulieren, da dies doch eine hohe psychische und physische Belastung darstellt. Insofern ist die Zahl der Versuche nacheinander und insgesamt aus gesundheitlichen Gründen begrenzt.

Neues Leid kann also einerseits durch die Prozedur der In-vitro-Fertilisation selbst, aber auch – bei Misslingen – durch enttäuschte Erwartungen entstehen. Jede neue Enttäuschung führt zu einer neuen Belastung der Betroffenen und der Beziehung beider. Wenn trotz aller Bemühungen der Kinderwunsch unerfüllt bleibt und der Mensch auf den je neuen Versuch fixiert ist, kann dies zu einer weiteren Krise zwischen den Eheleuten führen, wenn diese nicht ohnehin schon durch die Kinderlosigkeit gegeben ist. Daher müssen diese Patienten vor, während und nach einer solchen Behandlung – zumal wenn sie scheitert – psychologisch betreut werden. Aus diesem Grund bemerkt Barbara Maier: „Patients *after* unsuccessful IVF are a majority which should be taken care of. Psychological support after unsuccessful proceders should be available to them.“²⁷¹ Hier gilt die alte ethische Regel: Das Leid, das durch die

²⁶⁹ Allerdings sind Fragen anzumelden, wenn man weiß, dass zur Entwicklung dieser Methode Embryonen in der Forschung verbraucht wurden und viele „Fehlversuche“ notwendig waren.

²⁷⁰ Die Zahlen über die Erfolgsraten der In-vitro-Fertilisation in den letzten Jahren liegen z.T. erheblich auseinander. Vgl. dazu die divergierenden Zahlen, die je nach Methode der künstlichen Befruchtung (GIFT, ICSI) bis zu 30% Erfolgsrate pro Punktion aufwies: vgl. D. Krebs, In-vitro-Fertilisation, in: Lexikon der Bioethik (hrsg. v. W. Korff/ L. Beck/P. Mikat), Bd. 2, Gütersloh 1998, 293f. Es ist bei der Interpretation der Statistiken aber genau zu prüfen, ob es sich um die Erfolgsraten der Befruchtung innerhalb *eines* Zyklus oder mehrerer Zyklen (z.T. bis zu zwölf) handelt. Die Erfolgsrate *pro Zyklus* liegt wohl eher um die 10%. Auch ist zu hinterfragen, ob es sich bei den positiven Ergebnissen um einen Befruchtungserfolg innerhalb eines oder mehrerer Zyklen handelt oder ob die tatsächlichen Geburten (die „Baby-take-home-Rate“) erfasst werden. Das Erfassen der erfolglosen Versuche ist deshalb wichtig, weil daran die Belastung für die Frau und die ganze Familie abgelesen werden kann. Vgl. dazu z.B. U. Wiesing, Success rates in IVF, in: E. Hildt/D. Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a medical, social and ethical evaluation, Aldershot u.a. 1998, 163-169, bes. 166. Weitere Zahlen z.B. bei B. A. Lieberman, Success of in vitro fertilisation, in: Hildt/ Mieth (Hrsg.), In Vitro Fertilisation in the 1990s, 159-162. Die Erfolgsrate bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) liegt wohl höher, bei etwa 30%: vgl. dazu: B. Maier, The effects of IVF on the women involved, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 187-194, 190.

²⁷¹ B. Maier, The effects of IVF on the women involved, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 187-194, hier 192.

neue Methode möglicherweise zustande kommt, darf nicht größer sein als das Leid ohne die neue Methode.

Neben der Inanspruchnahme technischer Möglichkeiten medizinischer Hilfeleistung sollte es ein Ziel der Behandlung sein, gemeinsam mit den Patienten nach möglichen Ursachen der Kinderlosigkeit zu forschen. Diese Suche sollte wiederum über die psychologische Betrachtungsebene und die Suche nach Umwelteinflüssen hinausgehen und bis zu existentiellen Seins- und Sinnfragen des Lebens hinabreichen. Denn häufig liegen die Probleme der kinderlosen „Eltern“ auf dieser Ebene. Urban Wiesing stellt zu Recht die Frage, ob ein Erfolg bei einer In-vitro-Fertilisation in jedem Fall auch ein Erfolg für den oder die Patienten ist („a medical success should be helpfull for the patient“²⁷²), da die Grundproblematik der Beteiligten meist sehr viel tiefer liegt. „Is ‚success‘ of reproductive medicine always a ‚success‘ for the patient, is it helpful for the patient? The answer is: No, in a double sense“²⁷³

Dieser doppelte Sinn meint, dass erstes eine erfolgreiche In-vitro-Fertilisation noch kein Garant für ein lebendiges und gesundes Baby ist und zweitens, dass mit der Geburt eines Kindes noch lange nicht alle Probleme gelöst sind, die hinter der Kinderlosigkeit liegen können. Daher betont Wiesing: „A baby is not in every case helpful for the patient, because childlessness is a more complex suffering than only the lack of child.“²⁷⁴ Auf der psychologisch-psychosomatischen Ebene hat auch Christina Hölzle Einwände gegen die In-vitro-Fertilisation erhoben. Diese lauten vor allem, dass der Kinderwunsch – eine Studie von Stauber unterscheidet „überstarken“, „starken“ und „gesunden“ Kinderwunsch²⁷⁵ – oft zur Kompensation eigener Defizite oder unaufgearbeiteter Konflikte genutzt wird.²⁷⁶

Damit besteht die Gefahr, dass Kinder zur Lösung der Probleme der Eltern missbraucht und damit verzweckt werden, was allerdings bei normaler Zeugung auch möglich ist. Auch ist nicht immer gesagt, dass ein unbedingt gewünschtes Kind die Erwartungen der Eltern erfüllt. Im Gegenteil: Es kann passieren, dass Eltern gerade mit diesen „Wunschkindern“ nicht zurechtkommen, da sie diese entweder mit ihren Wünschen überfrachten (die von den Kindern gar nicht erfüllt werden können) oder aber es stellt sich im Laufe der Elternschaft heraus, dass die eigentlichen Wünsche hinter dem Kinderwunsch, wie z.B. eine bessere gesellschaftliche Stellung durch das Kind gar nicht befriedigt werden können. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass Studien darüber

²⁷² Wiesing, Success rates in IVF, in: Hildt/Mieth, In Vitro Fertilisation in the 1990s, 167.

²⁷³ Ebd. 166f.

²⁷⁴ Ebd. 167. Vgl. dazu auch C. Hölzle/U. Wiesing, In-vitro-Fertilisation – ein umstrittenes Experiment. Fakten – Leiden – Diagnosen – Ethik, Berlin u.a. 1991, bes. Kap. 3.

²⁷⁵ Vgl. M. Stauber, Zur Psychosomatik der modernen Reproduktionsmedizin, Praxis in Psychotherapie und Psychosomatik 31 (1986) 285-297.

²⁷⁶ Vgl. dazu z.B. C. Hölzle, Psychologische Aspekte der Sterilitätsbehandlung, in: J.S. Ach/M. Bedenbecker-Busch/M. Kayß (Hrsg.), Grenzen des Lebens, Grenzen der Medizin. Ist moralisch erlaubt, was medizinisch machbar ist? Münster 1997, 65-89.

existieren, dass in-vitro-fertilisierte Kinder zur Adoption freigegeben werden, da Eltern nicht mit ihnen zurechtkommen. Solche Studien werden aber offensichtlich nicht veröffentlicht, da sie die In-vitro-Fertilisation in ihrem Wert in Frage stellen und eine ganze „Industrie“ zum Widerspruch herausfordern würden. Immerhin ist mit der IVF viel Geld zu verdienen. Dennoch soll nicht verschwiegen werden, dass es auch glückliche Eltern und glückliche Kinder in diesem Kontext gibt.

Sicher ist es im Einzelfall schwierig, die genauen Hintergründe der Kinderlosigkeit und die Motive des unbedingten Kinderwunsches der Eltern herauszufinden. Dennoch kann es von Nutzen sein, diese Hintergründe zu erforschen, da tiefere Erkenntnis entweder zur Akzeptanz der Kinderlosigkeit führen kann oder sich durch vertiefte Einsichten bei den Eltern bestimmte Vorstellungen, Lebenshaltungen, Verkrampfungen und Fixierungen auf ein Kind lösen können. Gerade dadurch kann sich wiederum der Kinderwunsch noch erfüllen. Es ist bekannt, dass beispielsweise nach einer Adoption eines fremden Kindes häufig noch eigene Kinder geboren werden, da offensichtlich die Fixierung, endlich ein Kind zu bekommen, nachlässt und durch eine gewisse Entspannung doch noch eine Schwangerschaft möglich wird. Auch nach In-vitro-Fertilisationen und erfolgreicher Geburt sind oft noch eigene, natürlich gezeugte Kinder geboren worden, da auch hier der Druck, unbedingt ein Kind haben zu müssen, nach dem ersten in-vitro Kind nachlässt und so auch eine normale Zeugung möglich wird.

Die Fixierung auf ein Kind beinhaltet nicht nur die Gefahr einer „inneren Verkrampfung“, sondern auch jene, alle Hoffnung allein auf die technischen Möglichkeiten der Medizin zu setzen.²⁷⁷ Statt angesichts der Situation die Chance einer tiefgehenden Auseinandersetzung zu nutzen und die Zusammenhänge der Kinderlosigkeit auf einer existentielleren Ebene zu suchen und durch Erkenntnis und Lebensumkehr möglicherweise von der Kinderlosigkeit „geheilt“ zu werden, wird alle Erwartung in die Möglichkeiten der Medizin gesetzt. Die IVF soll deshalb nicht zu sehr kritisiert, aber in ihrem Wert und ihrer Erfolgchance relativiert werden.

Sollte trotz Erkenntnis und Lebensumkehr (was ja meist ein längerer Prozess ist) der Kinderwunsch unerfüllt bleiben und weder natürliche Zeugung noch eine IVF zum ersehnten Kind führen, müsste die Kinderlosigkeit – möglicherweise „unverstanden“ – akzeptiert werden. Daher ist mit der In-vitro-Fertilisation auch eine eingehende Beratung und Begleitung zu gewährleisten, die zunächst die Möglichkeiten, Risiken und Erfolgchancen dieser Technik bespricht, dann aber auch hilft, den „Misserfolg“ einer In-vitro-Fertilisation zu verarbeiten.

²⁷⁷ B. Maier erhielt bei Interviews von kinderlosen Eltern u.a. folgende Antwort eines Patienten: „Once, I had accepted remaining childless ... then I have learned about IVF – and all the troubles started again. Yet my whole life is oriented around this unfulfilled desire for a child and the increasing hope that this desire will be met through IVF-procedures“: Maier, The effects of IVF on the women involved, 191.

Wegen der Komplexität der möglichen Risiken und Gefahren für Mutter und Kind, aber auch der seelischen Probleme vor und nach einer möglicherweise erfolglosen In-vitro-Fertilisation sieht das „Österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz“ und das „Schweizer Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung“ eine eingehende Beratung der betroffenen Paare vor.²⁷⁸ So heißt es im österreichischen Gesetz: „Der Arzt hat vor der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung die Ehegatten oder Lebensgefährten über die Methode sowie über die möglichen Folgen und Gefahren der Behandlung für die Frau und das gewünschte Kind eingehend aufzuklären und zu beraten.“ (§ 7 Abs. 1 FMedG). Diese Beratung soll durch eine psychologische Betreuung ergänzt werden: „Der Arzt hat eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung der Ehegatten oder Lebensgefährten zu veranlassen, sofern diese eine solche nicht ablehnen“ (§ 7 Abs. 2 FMedG). Auch das Schweizer Gesetz sieht eine eingehende Beratung vor. Und zwar zunächst über

„a.) die verschiedenen Ursachen der Unfruchtbarkeit; b.) das medizinische Verfahren sowie dessen Erfolgsaussichten und Gefahren; c.) das Risiko einer allfälligen Mehrlingsschwangerschaft; d.) mögliche psychische und physische Belastungen; und e.) die rechtlichen und finanziellen Aspekte“ (Art. 6, Nr. 1 FMedG).

Dabei ist im Beratungsgespräch auch „auf andere Möglichkeiten der Lebensgestaltung und der Erfüllung des Kinderwunsches hinzuweisen“ (Art. 6, Nr. 2 FMedG). Zwischen dem Beratungsgespräch und der Behandlung muss „eine angemessene Bedenkfrist liegen, die in der Regel vier Wochen dauert“ (Art. 6, Nr. 3 FMedG). Insgesamt ist „vor, während und nach der Behandlung eine psychologische Begleitung anzubieten“ (Art. 6, Nr. 4 FMedG). In Deutschland fehlt bislang im Gesetz eine genauere Festlegung für derartige Begleitmaßnahmen.

Abgesehen von Fragen nach den Hintergründen einer Infertilität stellen sich über die Behandlung von kinderlosen Ehepaaren mit der In-vitro-Fertilisation weiterreichende Probleme. Ursprünglich war sie gedacht – abgesehen von den oben schon genannten Gründen – um Eltern ein Kind zu ermöglichen. Die künstliche Zeugung von Kindern blieb damit im Sozialverband der Familie. Eine ganz andere Problematik tut sich auf – oft diskutiert –, wenn Kinder außerhalb von Familien „hergestellt“ werden und wenn Frauen unter Verwendung von Samenbanken Kinder bekommen oder wenn hergestellte Zygoten ge- und verkauft werden können.

Insofern ist mit der Entwicklung der In-vitro-Fertilisation nicht nur der Embryo dem Schutzraum des mütterlichen Organismus entzogen und damit allen Manipulationen und Forschungsmöglichkeiten preisgegeben, sondern durch die Möglichkeit des Kinderzeugens außerhalb des Familienverbandes ist auch eine „Therapie“ geschaffen worden, die es Müttern möglich macht, mit-

²⁷⁸ Diese Beratung sollte ihrerseits einer Qualitätssicherung unterliegen.

tels Samenspende Kinder zu bekommen, ohne dass diese Kinder je einen Vater zu Gesicht bekommen.

Diese Samenspende eines dritten ist in Österreich unter bestimmten Auflagen erlaubt (§ 11 FMedG, siehe unten neues FMedG aus 2015), auch das Schweizer Gesetz sieht eine solche Samenspende als möglich an (Art. 18ff. FMedG), allerdings dürfen die Samenzellen eines Spenders „für die Erzeugung von höchstens acht Kindern“ verwendet werden. (Art. 22, 2 FMedG). In Deutschland ist sie nicht verboten (es sei denn, man befruchte eine Eizelle zu anderen Zwecken als zur Implantation (vgl. § 1 ESchG), aber so geregelt, dass der behandelnde Arzt eventuell unterhaltspflichtig für das erzeugte Kind wird, so dass diese Methode de facto wohl kaum durchgeführt wird.

In diesem Bereich hat es in den letzten Jahren wohl die größten Veränderungen gegeben. Österreich hat seit Anfang 2015 ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz. Darin wird die Fremdsamenspende auch in Zuge einer IVF erlaubt, bisher war dies nur mittels Insemination, also des direkten Einbringens des Samens in die Gebärmutter der Frau erlaubt. Weiterhin ist die Eizellspende erlaubt, die bisher verboten war. Die Eindringtiefe in den Organismus der Frau ist wesentlich tiefer als bei der Samenspende des Mannes und außerdem muss man, um mehrere Eizellen zu gewinnen, die Frau mit Hormonen stimulieren und das ist nicht ungefährlich und hat schon zu Todesfällen geführt. Aus diesen Gründen war die Eizellspende bisher verboten, ist jetzt aber auf verschiedene Klagen hin (auf Gleichberechtigung oder Nicht-Diskriminierung) zugelassen worden.

Weiterhin ist die Samenspende und die IVF für lesbische Paare erlaubt worden. Zwei Frauen können sich also mit Hilfe eines Samenspenders zu einem Kind verhelfen lassen. Die Frau, die das Kind austrägt, ist dann die Mutter des Kindes und die Partnerin, die nicht der Vater sein kann, ist dann „Eltern zwei“. Es werden daher wohl die Gesetzestexte geändert werden müssen – in Frankreich zum Teil schon geschehen –, dass man nicht mehr von Vater und Mutter spricht, sondern von „Eltern eins“ und „Eltern zwei“. Kinder wachsen dann also mit zwei Müttern auf, aber ohne Vater. Sie haben aber durch den Samenspender einen genetischen Vater und sie haben auch das Recht, diesen kennen zu lernen. Bisher war das bei „normaler“ Samenspende erst ab dem 14. Lebensjahr möglich (ab dann sind Kinder einsichts- und urteilsfähig), jetzt muss es den Kindern schon früher gewährt werden, weil sie sicher schon früher auf die Idee kommen, dass es irgendwo auch einen Vater geben muss.

So ist es also möglich, dass ein Mann seinen Samen spendet, eine Frau ihre Eizelle und ein dritte Frau (z.B. eine aus einer lesbischen Beziehung) das Kind austrägt. Das Kind hat dann zwei genetische Eltern, die in der Familie gar nicht vorkommen (den Vater als Samenspender und die Mutter als Eizellspender) und wachsen dann mit zwei Frauen auf. Sie werden sehr bald ihre genetischen Eltern suchen und hier kann es zu großen Konflikten kommen. Bei bestimmten Erkrankungen haben die Mitochondrien der Eizelle einen geneti-

schen Schaden. Daher hat man schon begonnen, diese Mitochondrien zu ersetzen und so den Schaden zu korrigieren. Dann bekommen Kinder ein Mischgenom vom Vater, von der Mutter und der Mitochondrienspenderin. Die Kombinationsmöglichkeiten nehmen ständig zu.

Eine IVF für zwei Männer bleibt weiterhin verboten, da man hierzu eine Leihmutter braucht, die das Kind austrägt. In vielen Ländern ist diese Leihmutterschaft aber erlaubt. Und viertens ist es nach dem neuen FmedG in Österreich unter bestimmten Bedingungen erlaubt, den Embryo in vitro auf bestimmte genetische Defekte zu untersuchen, wenn entweder die Eltern eine Veranlagung für eine derartige Erkrankung haben oder schon schwer erkrankte Kinder entstanden sind oder nach drei Fehlversuchen bei der IVF oder wenn schwere (Hirn-)schädigungen zu erwarten sind. Diese Untersuchung nennt man Präimplantationsdiagnose (PID). Auch hier kam es dazu, weil Eltern in Italien geklagt haben (Italien hat ein ähnliches Gesetz wie Österreich), dass sie aufgrund elterlicher genetischer Veranlagung schon ein schwer behindertes Kind bekommen haben, dann ein zweites gezeugt haben, das wieder schwer behindert war und dieses ließen sie abtreiben. Daraufhin klagten sie darauf, dass es in solchen Sonderfällen erlaubt sein müsse, eine IVF mit anschließender PID durchzuführen. Denn es bestünde ein Wertungswiderspruch, dass man zwar eine Schwangerschaft auf Probe durch normale Zeugung mit anschließender Abtreibung durchführen könne, aber keine Diagnose im Reagenzglas, um eine Schwangerschaft mit Abtreibung zu verhindern. Sie bekamen Recht, das Gesetz musste geändert werden und von Brüssel aus wäre es dann wohl auch in den nächsten zwei Jahren auf Österreich zugekommen. Deshalb hat man dieses Problem im neuen österreichischen Gesetz gleich mit behandelt. In Deutschland bleibt die PID weiterhin grundsätzlich verboten, aber doch in gewissen Ausnahmefällen ist sie nicht rechtswidrig.

Weiterhin gibt es die Möglichkeit (in Österreich und Deutschland verboten), sogenannte Rettungsgeschwister herzustellen. Das heißt konkret: Ein Kind hat z.B. Leukämie und die Ärzte sagen den Eltern, sie könnten dem Kind nur helfen, wenn sie ein neues Kind zeugen würden, von dem man dann Nabelschnurblut, Stammzellen, Knochenmark oder sogar Organe entnehmen. Da aber nicht jeder Mensch wegen der Gewebeunverträglichkeiten als ein solcher Spender infrage kommt, muss man viele Embryonen herstellen und dann den gewebemäßig besten herausfiltern und der Mutter implantieren.

Diese Methode kommt sehr nahe an eine Totalverzweckung des Menschen heran und widerspricht damit der Menschenwürde. Denn dieses Geschwisterkind ist nicht nur nicht gefragt worden, ob es leben will (das sind wir alle nicht), sondern es ist auch nicht gefragt worden, ob es auf diese Weise hergestellt werden will und schon gar nicht, ob es zu diesem Zweck der Knochenmark-, „spende“ oder gar Organ-, „spende“ hergestellt werden will. Es kann sein, dass das Leben des Geschwisterkindes nach der Transplantation gut gelingt, das eigene aber scheitert. Außerdem gibt und viele weitere psychische und ethische Probleme z.B. der geschwisterlichen Abhängigkeiten und Konkur-

renzverhalten. Es könnte der Tag kommen, wo Kinder ihre Eltern verklagen, dass sie sie zu diesem Zweck hergestellt haben.

In all diesen Fällen tauchen viele ethische und psychologische Probleme auf, die in dieser Zusammenschau nur aufgelistet werden können. Es geht um die In-vitro-Fertilisation an sich und ihre Folgen für Eltern und Kinder. Es geht um die Gefahren der Hormonstimulation für die Frau, die epigenetischen Veränderungen und Antibiotikabehandlung bei den Embryonen in der Petrischale und die Möglichkeit, ein geschädigtes Spermium in die Eizelle einzubringen. Daraus folgend geht es um die seelische und körperliche Gesundheit der Kinder. Es geht um das Problem des sogenannten Fetocids, dass bei einer In-vitro-Fertilisation oft mehr als ein Embryo eingepflanzt wird und außerdem die IVF Embryonen zusätzlich zur Zwillingsbildung neigen und man so eine Mehrlingsschwangerschaft bekommt. Und Mehrlingsschwangerschaften sind immer Risikoschwangerschaften, sodass dann von den zwei oder drei heranwachsenden Embryonen/Föten (ab dem dritten Monat so genannt) ein oder zwei nach dem dritten Monat mittels Fetocid (direkte Infusion einer Kaliumchloridlösung ins Herz und damit Herzstillstand) wieder getötet werden. Die beiden getöteten Embryonen/Föten bleiben dann die folgenden fünf bis sechs Monate neben dem einen zu gebärenden im Mutterleib. Man tut dies, weil Mehrlingsschwangerschaften immer Risikoschwangerschaften sind und außerdem IVF Kinder zur Frühgeburt neigen. Ob dieses Eingreifen nicht doch erhebliche Auswirkungen auf den überlebenden Fötus hat, ist zu hinterfragen. Aus Zwillingsforschungen weiß man, dass der Tod eines Zwillinges im Mutterleib sehr wohl Auswirkungen auf das Leben des anderen hat. Und hier wird ein viel massiverer Eingriff mit stark wirksamen Medikamenten vorgenommen, die manchmal auch noch einmal nachgespritzt werden müssen, wenn das Herz wieder anfängt zu schlagen. Die seelischen Folgen werden für den verbleibenden Fötus und das spätere Kind – soweit bisher zu sehen – nicht erforscht. Es darf nicht Ziel der Medizin sein, die Wünsche der Eltern zu befriedigen, ohne auf das Wohl der Kinder zu achten. Von daher hat z.B. das „Schweizer Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung“ einen extra Paragraphen mit dem Titel „Kindeswohl“ (Art. 6 FMedG) eingeführt, in dem festgelegt ist, dass Fortpflanzungsverfahren nur angewendet werden dürfen, „wenn das Kindeswohl gewährleistet ist“ (Art. 6, Nr. 1 FMedG) und das heißt, dass diese Verfahren nur bei Ehepaaren angewendet werden dürfen (Art. 6, Nr. 3 FMedG) und zwar nur bei Paaren, zu denen ein Kindesverhältnis begründet werden kann und die aufgrund ihres Alters die Möglichkeit haben, für ihre Kinder bis zur Mündigkeit Pflege und Erziehung zu gewährleisten (Art. 6, Nr. 2 a, b FMedG).

Auch das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz sah bisher vor, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung „nur in einer Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft zulässig“ ist (§ 2 Abs. 1 FmedG) und dies ist jetzt 2015 erweitert worden auf gleichgeschlechtliche lesbische Paare, da diese auf Gleichberechtigung geklagt hatten. In Deutschland werden In-vitro-Fertilisati-

onen nur dann durch Krankenkassen (wie oben bemerkt: bis zu vier „Versuche“) finanziert, wenn sie *innerhalb einer Ehe* stattfinden. Ansonsten steht in Deutschland eine genauere gesetzliche Regelung der In-vitro-Fertilisation mit der Regelung von Detailproblemen wie z.B. die Frage nach einer Beratung oder Überlegungen zum Kindeswohl noch aus.

Abgesehen von den Möglichkeiten der In-vitro-Fertilisation, dass Menschen außerhalb des menschlichen Leibes hergestellt werden können und damit der freien Verfügung durch andere ausgeliefert sind, soll hier zunächst eine kurze Einschätzung der In-vitro-Fertilisation erfolgen, die zur Erfüllung eines Kinderwunsches verwendet wird. Die anderen Probleme, die sich mit dieser neuen Möglichkeit ergeben, dass man mit den verfügbaren Embryonen forschen kann, dass sie eingefroren werden, dass ihre Gene manipuliert werden, dass sie zur Gewinnung embryonaler Stammzellen hergestellt und im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik anhand ihres genetischen Status ausgesondert werden könne, soll im Folgenden eingegangen werden.

Bei der Verwendung der In-vitro-Fertilisation zur Erreichung einer Schwangerschaft ist zu bedenken, dass es zunächst um das Wohl der Kinder gehen sollte. Es ist im Laufe der Zeit zu erforschen, ob Embryonen, die in einer Petrischale hergestellt werden, dieselben psychologischen Grundvoraussetzungen und Prägungen haben, wie jene, die natürlich gezeugt wurden und von Anfang an im organismischen Verbund mit der Mutter mit allen Kautelen der Geborgenheit und Beziehung zur Mutter aufwachsen?²⁷⁹

So stellt sich die grundsätzliche Frage, ob bei in-vitro hergestellten Kindern häufiger Krankheiten auftreten, als bei normal gezeugten Kindern. Hier divergieren die Angaben²⁸⁰ und es gibt große Streitigkeit dazu (u.a. wegen des großen Marktes). Es gibt die Meinung, es gäbe keine signifikant höheren Schädigungsraten²⁸¹, es gibt aber auch die gegenteilige Auffassung.²⁸² Inzwischen scheint (im Jahr 2015) doch klar zu sein, dass vor allem bei der sogenannten ICSI Methode (intracytoplasmatische Spermieninjektion) spätere Schäden z.B. an Herz und Niere oder anderswo nicht ausgeschlossen werden können. „Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die ICSI das Risiko für große Fehlbildungen gegenüber der natürlichen Zeugung erhöht. Dies gilt jedoch in

²⁷⁹ Gefragt werden müsste einmal nach den unterschiedlichen Empfindungen von „Retortenbabies“ und „normal zur Welt gekommenen“. Gibt es Unterschiede? Fragen Kinder nach ihrer Genese, wie sie zustande gekommen sind, haben sie unterschiedliche „Empfindungen“ im Nachhinein?

²⁸⁰ Vgl. C. Breuer, Person von Anfang an? Der Mensch aus der Retorte und die Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens, Paderborn 1995, 172-175.

²⁸¹ Vgl. D. Krebs, In-vitro-Fertilisation, in: Lexikon der Bioethik (hrsg. v. W. Korff/L. Beck/P. Mikat) Bd. 2, Gütersloh 1998, 294; M. Plachot, Chromosome analysis of spontaneous abortions after IVF. A European survey, in: Human Reproduction 3 (1988), 125-127.

²⁸² Vgl. z.B. J.-P. Relier, Ich frage mich: Was soll das?“ Interview mit einem französischen Kinderarzt über Risiken bei der Retortenzeugung, in: Der Spiegel, 8/1990, 241-244; R.R. Angell u.a., Chromosome abnormalities in human embryos after In vitro Fertilisation, in: Nature 303 (1983), 336-338.

gleichem Maße auch für die IVF. Die Auswertung der Metaanalysen zu dieser Frage ergaben eine relative Risikoerhöhung um circa 30 %.²⁸³

Bei dieser Methode wird ein Spermium direkt mit der Spritze in die Eizelle injiziert. Die Qualität dieses Spermiums kann zwar auf Morphologie (also Aussehen und Gestalt), Beweglichkeit und Zahl der Spermien im Ejakulat hin getestet werden, nicht aber auf die genetische Ausstattung, da Spermien bei diesem Test zerstört würden. So kann es passieren, dass ein genetisch geschädigtes Spermium in die Eizelle injiziert wird und so die höhere Schädigungsrate zu erklären ist. Außerdem wird bei dieser Methode die Eizellhülle durchstochen und verletzt. Obendrein sind Paare, die IVF in Anspruch nehmen oft schon älter. Aus dem Zusammentreffen dieser verschiedenen Faktoren ist wohl zu erklären, warum gerade diese ICSI Kinder höher Schädigungsraten aufweisen als normal gezeugte.

Die Studien, die zeigen, dass es doch größere epigenetische Unterschiede zwischen normal gezeugten und in-vitro hergestellten Embryonen gibt (und daher die Möglichkeit späterer Schäden bei IVF Kindern), deuten darauf hin dass sie eben nicht in der physiologischen Umgebung des Eileiters heranwachsen, sondern in der Petrischale. Immerhin müssen die Embryonen etwa fünf bis sechs Tage (länger ist bisher nicht möglich) in Petrischalen gehalten werden, um möglichst nahe an den Tag der physiologischen Implantation in die Gebärmutter heranzukommen (etwa achter bis zehnter Tag). Dazu müssen die Embryonen in der Petrischale jeden Tag in eine neue Nährlösung umgebettet werden, die wiederum mit Antibiotika durchsetzt ist, um die Embryonen, die ja noch kein Immunsystem besitzen, vor Infektionen zu schützen. Ob diese Zusätze das spätere Immunsystem beeinflussen, womöglich zu Antibiotikaresistenzen führen oder die Bildung des Immunsystems beeinflussen, ist bisher wohl nicht untersucht worden. Sehr wohl aber zeigt sich, dass die Nährlösungen, die weder eindeutig deklariert noch standardisiert sind, erhebliche epigenetische Veränderungen im Sinne von „ungewöhnlichen Gefäßschäden“ und Bluthochdruck hervorrufen können.²⁸⁴ Arzneimittel mit diesen Nebenwirkungen (zynisch gesagt: hier geht es ja „nur“ um heranwachsende Kinder) würden niemals eine Zulassung bekommen. Aber Nährlösungen, die epigenetische Schäden hervorrufen können, sind offenbar zugelassen.

So geht es bei den ethischen Fragen der In-vitro-Fertilisation zum einen um die IVF selbst mit der Hormonstimulation für die Frau und deren Gefahren (es gab schon Todesfälle). Es geht um die epigenetischen Veränderungen beim Embryo in den antibiotikahaltigen Lösungen der Petrischale, die zu späteren Schäden beim Kind führen können. Es geht um Mehrlingsschwangerschaften, die immer ein Risiko darstellen. Entweder werden Frauen hormonell stimu-

²⁸³ Deutsches Ärzteblatt Jg. 105, Heft 1-2, 7. Januar 2008, Vgl. Auch: New England Journal of medicine, 5. Mai 2012.

²⁸⁴ M. Lenzen-Schulte, Künstliche Befruchtung. Fehlerhafte Programmierung in der Retorte, FAZ 29.10.2015.

liert, es reifen mehrere Eizellen heran und durch normalen Verkehr entstehen dann Mehrlinge. Oder aber es werden mehrere Embryonen eingepflanzt (zusätzlich kann sich ein Embryo noch zum Zwilling teilen) und die überzähligen Embryonen werden dann mittels Fetocid wieder getötet mit allen seelischen Folgen für das überlebende Kind. Auch kann es seelische Folgen haben, wenn Kinder mit zwei Frauen oder zwei Männern aufwachsen. Bei Männern stellt sich noch das Problem der Leihmutterchaft. Diese Frauen tragen für Geld ein fremdes Kind aus mit allen Risiken einer Schwangerschaft, einer Mehrlingschwangerschaft oder auch der Geburt eines behinderten Kindes, das dann von den Bestellern nicht mehr abgenommen wird. Auch über psychische Auffälligkeiten ist bisher wenig bekannt. Aber auch hier mehren sich die Anzeichen, dass vielleicht Magersucht und autistisches Verhalten bei IVF Kindern vermehrt vorkommt. Es müsste insgesamt besser untersucht werden, ob die Eltern mit ihren IVF Kindern gut zurechtkommen oder ob sich ein Wunschkind dann vielleicht gar nicht so wunschgemäß verhält. Wird es womöglich mit Vorstellungen der Eltern überhäuft wird, die es gar nicht erfüllen kann. Es stellt sich die Frage, welche Details in Studien untersucht werden, welche Antworten gefunden werden und welche Parameter zu diesen Einschätzungen herangezogen werden. Gerade bei Studien über das Wohlergehen von Kindern bei gleichgeschlechtlichen Paaren gibt es hier viel Nachholbedarf. Gerade wegen bestimmter „Undurchsichtigkeiten“ auf diesem Gebiet, muss die Frage nach den seelischen und biographischen Folgen immer wieder im Auge behalten werden, da z.B. Probleme in der Lebensmitte oder im Alter noch gar nicht bekannt sein können, weil das erste Kind, das 1978 auf diese Weise gezeugt wurde, heute erst 37 Jahre alt ist. Insgesamt darf also bei der Frage der In-vitro-Fertilisation das Wohl des Kindes nicht aus dem Auge verloren werden.

Für die Eltern liegt die Problematik dieser Therapie zum einen in der nach wie vor relativ niedrigen Erfolgsquote sowie der hohen seelischen und körperlichen Belastung für die Betroffenen. Bei der Fremdverwendungsmöglichkeit von Samen und Eizellen besteht die Gefahr der möglichen Auflösung von Familienverbänden, wenn die Zeugung von Kindern von der zwischenmenschlichen Beziehung zweier Partner abgekoppelt wird und die Kinder andere genetische als soziale Eltern haben. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass durch die Verfügbarkeit des Embryos auch genetische Manipulationen vorgenommen werden, die den Embryo bereits in vitro in eine bestimmte Richtung manipulieren.

Diskutiert wird gerade das sogenannte Genom-Editing, das zum Beispiel erkrankte Gene durch gesunde ersetzen will und zwar schon einem sehr frühen Stadium der Embryonalentwicklung, sodass davon auch die Keimzellen betroffen sind und damit alle weiteren Generationen. Sollte der Austausch von geschädigten Genen durch gesunde gelingen (was bisher nicht der Fall war) wäre das zum Beispiel für die Präimplantationsdiagnostik wichtig, da sie dann wirklich eine Diagnose wäre, auf die eine Therapie folgt. Da aber bei diesem Genom-Editing die Keimbahn und damit alle weiteren Generationen betroffen

sind und man Auswirkungen der genetischen Manipulation nicht kennt (bisher veränderte sich das ganze Genom, wenn man an einer Stelle gentherapeutisch durch Austauschen von Genen eingriff).

Da man also die Auswirkungen nicht kennt und folgende Generationen davon betroffen sind, wird man lange Zeit davon Abstand nehmen. Keimbahninterventionen sind in den „zivilisierten“ Ländern nahezu weltweit verboten. Die Methode wird aber diskutiert und erforscht. Es lohnt sich daher auch ethisch darüber nachzudenken, was das bedeutet, wenn die Methode fehlerfrei funktionieren sollte. Dann wäre zum Beispiel eine Präimplantationsdiagnose nicht mehr nur eine Methode zur Selektion von kranken Embryonen, sondern eine echte Chance für eine Therapie. Danach sieht es aber zur Zeit noch nicht aus.

Ferner besteht ein nicht unerhebliches Problem bei der Frage der Verwendung der bei der Befruchtung übrig gebliebenen Embryonen. Die genauen Zahlen sind nicht bekannt, da es nicht überall valide Register gibt, aber es sind weltweit sicher einige Millionen. In vielen Ländern liegen tausende in den Kühlschränken. Gerade das Einfrieren von Embryonen hat seine eigene ethische Problematik, die im folgenden Kapitel zu bedenken ist. Hier aber sei noch auf eine andere Frage hingewiesen: Wenn es darum geht, möglicherweise Sinn und Bedeutung in einer Krankheit zu finden (hier also der Unfähigkeit, Kinder zu bekommen), dann könnte möglicherweise die Annahme der Unfruchtbarkeit zum Finden der eigentlichen „Berufung“ führen. Diese könnte z.B. in einer besonderen Aufgabe liegen, die mit Kindern nicht zu leisten wäre. Insofern bleibt die Frage, ob die In-vitro-Fertilisation – ganz unabhängig von der Frage, ob man sie befürwortet oder nicht – überhaupt die rechte Entscheidung ist oder ob man nicht gerade angesichts von Kinderlosigkeit zu einer tieferen geistig-existentiellen Erkenntnis kommen kann. Immerhin bietet gerade die Kinderlosigkeit, die oft eine große Not darstellt, die Chance, tiefer über deren möglichen Sinn nachzudenken.

b.) Überzählige Embryonen – Menschenwürde oder Lebensschutz

Ein nach wie vor aktuelles und wesentliches Problem stellt das schon oft diskutierte Problem der bei der In-vitro-Fertilisation eventuell anfallenden überzähligen Embryonen dar. Es geht darum, dass mehrere Embryonen hergestellt werden, damit die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges, dass ein implantierter Embryo zur Reife gelangt, möglichst groß ist. In Deutschland dürfen nur so viele Embryonen hergestellt werden, wie auch tatsächlich implantiert werden. Im deutschen Embryonenschutzgesetz sind es maximal drei, in Österreich so viele, „wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung innerhalb eines Zyklus für eine aussichtsreiche und zumutbare medizinisch unterstützte Fortpflanzung notwendig ist“ (§ 10 FmedG). Die drei hergestellten Embryonen müssen nach der Herstellung auch implantiert werden. Im deutschen Embryonenschutzgesetz heißt es: „(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei