

EIN KIND UM JEDEN PREIS?



Unerfüllter Kinderwunsch
und künstliche Befruchtung
Eine Orientierung



TYROLIA

ANGELIKA WALSER

kennen, eine Auskunftspflicht müsse diskutiert werden. Das homologe System sowie das traditionell heterosexuelle Familienmodell von Mann und Frau wahre das Wohl des Kindes letztlich besser, weil es eine Aufspaltung der Elternschaft vermeide und für klare Verhältnisse Sorge. Außerdem sei das Wohl des Kindes in einer emotional stabilen Beziehung eines verschieden geschlechtlichen Paares besser gewährleistet. Es ist beim Stand der Abfassung des Buches offen, wie die Diskussion ausgeht und ob der Gesetzgeber wirklich den Empfehlungen der Mehrheit der Bioethikkommission folgt. Auf die ethischen Debatten, die hier bereits anklingen, wird im folgenden Kapitel zurückzukommen sein.

Ein Vergleich mit dem Schweizer Fortpflanzungsmedizingesetz von 1998²¹ zeigt manche Ähnlichkeiten: Auch in der Schweiz dürfen Fortpflanzungsverfahren nur bei gemischtgeschlechtlichen Paaren angewendet werden und zwar ausdrücklich nur dann, wenn „das Kindeswohl gewährleistet ist“ (Art 3.1) – ein Grundsatz, der dem Gesetz vorangestellt wird und dadurch als oberster Grundsatz der Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz starke Betonung erfährt. Samenspende ist wie in Österreich möglich, Eizell- und Embryonenspende sowie die Leihmutterchaft sind gesetzlich explizit verboten. Auch die Erzeugung eines Embryos zu einem anderen Zweck als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist verboten. Wie in Österreich dürfen auch in der Schweiz maximal drei befruchtete Eizellen innerhalb eines Zyklus zu Embryonen entwickelt werden, um riskante Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden. Eine Konservierung von befruchteten Eizellen darf im Regelfall die Dauer von fünf Jahren nicht überschreiten. Die Konservierung von Embryonen ist dagegen verboten. Interessant ist an dieser Stelle die für die Schweiz typische Unterscheidung zwischen der sog. „imprägnierten Eizelle“, die befruchtete Eizelle *vor* der Kernverschmelzung und dem „Embryo“, der als „Frucht von der Kernverschmelzung bis zum Abschluss der Organentwicklung“ definiert wird. Die Kernverschmelzung markiert hier also eine deutliche Zäsur. Auch in Deutschland wird – anders als im österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetz – eine Begriffsbestimmung bezüglich des Embryos vorgenommen: „Als Embryo im Sinne des Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene *totipotente*²² (lat. „ganz“ + „Kraft“) Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum entwickeln zu vermag.“ (§ 8)

Der hier zitierte Artikel ist dem sog. Embryonenschutzgesetz von 1991²³ entnommen, das genau wie seine österreichischen und deutschen Pendanten ein Kind der 90er-Jahre ist. Dementsprechend stellen sich alle drei als immer wieder ergänzungs- und diskussionsbedürftig heraus. In Deutschland – genau wie in den anderen beiden Ländern – stellt sich heute beispielsweise wieder neu die Frage, wer denn medizinisch unterstützte Fortpflanzung überhaupt für sich beanspruchen

darf. Da das deutsche Embryonenschutzgesetz hier keine Angaben macht, kamen in der Praxis lange die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Anwendung, wonach nur verheiratete Paare oder Paare in einer festen Partnerschaft Zugang zu Samenbanken erhalten sollen. Letztlich sind die Richtlinien der Bundesärztekammer jedoch rechtlich unverbindlich und Teil der Berufsordnung der Ärzte. Vor allem lesbische Paare fordern daher eine rechtlich verbindliche Neuregelung, zumal es in Europa mittlerweile viele Staaten wie Dänemark oder auch Spanien gibt, bei denen in eingetragener Partnerschaft lebende lesbische Paare IVF mit Samenspende beanspruchen können. Deutschland hat ebenso wie Österreich und die Schweiz mit seinem Beharren auf dem heterosexuellen System eine im europäischen Vergleich restriktive Gesetzgebung.²⁴ Nicht nur die Eizellspende wird im deutschen Embryonenschutzgesetz gleich in § 1 explizit verboten, sondern auch die embryonale Stammzellforschung (§ 2). Im Vergleich zu Österreich ebenfalls *explizit* verboten sind in Deutschland die Geschlechtswahl oder auch das Klonen (§ 6): „Wer künstlich bewirkt, dass ein menschlicher Embryo mit der gleichen Erbinformation wie ein anderer Embryo, ein Fötus, ein Mensch oder ein Verstorbener entsteht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Ebenfalls explizit verboten sind in Deutschland wie in der Schweiz die Chimären- und Hybridbildung, also die Vermischung von unterschiedlichen Erbinformationen befruchteter Eizellen oder die Befruchtung einer menschlichen Eizelle mit dem Samen eines Tieres.

Bei allen Ähnlichkeiten gibt es dennoch Unterschiede zwischen den drei Ländern. Sie betreffen erstens die Stammzellforschung, die in der Schweiz mit dem Stammzellenforschungsgesetz 2003 eingeführt wurde. Unter bestimmten Bedingungen ist es in der Schweiz zulässig, nach Zustimmung des betroffenen Paares aus überzähligen menschlichen Embryonen, die nach Schweizer Gesetz vernichtet werden müssten, Stammzellen zu gewinnen, um mit ihnen zu forschen. Darüber hinaus dürfen embryonale Stammzelllinien zu Forschungszwecken aus dem Ausland importiert werden.²⁵

Ein weiterer Unterschied zwischen den drei Ländern besteht in der Tatsache, dass in Deutschland im Unterschied zur Schweiz und zu Österreich seit der Abstimmung des Deutschen Bundestags im Jahr 2011 die sog. Präimplantationsdiagnostik legal ist. Bei einer PID wird drei bis fünf Tage nach der Befruchtung durch IVF der Embryo auf einen befürchteten Gendefekt hin untersucht. Man nennt die PID daher auch manchmal *Blastozystenbiopsie*, weil dem Embryo im sog. Blastozysten-Stadium eine Zelle entnommen und auf den Defekt hin untersucht wird. Weist der Embryo den Defekt auf, wird er verworfen. Es handelt sich also eindeutig um ein Selektionsverfahren, das ethisch viele grundlegende Fragen aufwirft. Insbesondere Menschen mit Behinderung haben ihre Befürchtungen geäußert, bereits im embryonalen Stadium „aussortiert“ zu werden und gegen die Legalisierung des Verfahrens in einem Land protestiert, das

beim Thema Selektion aufgrund von Behinderung schon allein aus geschichtlichen Gründen sensibilisiert ist. Dennoch wurde nach vielen Jahren engagierter Debatten die PID durch eine Verordnungsermächtigung in § 3a des Embryonenschutzgesetzes legalisiert, allerdings unter strengen Bedingungen: Wenn aufgrund der genetischen Disposition einer Frau oder eines Mannes oder von beiden ein hohes Risiko einer schwerwiegenden genetischen Erbkrankheit besteht, darf zur Herbeiführung einer Schwangerschaft eine PID durchgeführt werden. Dies ist ebenso der Fall, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass aufgrund der schwerwiegenden Schädigung des Embryos eine Tot- oder Fehlgeburt zu erwarten ist. Die PID legalisiert also keinen „Generalcheck“ aller Embryonen und sie begründet auch keine Selektion nach Schönheit oder Intelligenz. Überdies wird die Durchführung der PID streng kontrolliert, u. a. durch eine Ethikkommission an den für eine PID zugelassenen Zentren. Von einer offiziellen Auflistung schwerer Erbkrankheiten wurde abgesehen, da Grenzziehungen praktisch unmöglich sind und stets mit der Diskriminierung einer bestimmten Gruppe von Menschen mit Behinderung einhergehen. Nichtsdestoweniger ist es Faktum, dass in anderen Ländern, in denen zunächst ähnliche gesetzliche Beschränkungen herrschten, die Anwendung der PID bald nicht mehr auf einige schwere Erbkrankheiten beschränkt blieb. Allgemein ist die PID für die Reproduktionsmedizin schon deshalb von Interesse, weil sich mit mithilfe einer PID die konstant niedrige Erfolgsrate der IVF steigern lässt.

Nach der Einführung der PID in Deutschland ist zu vermuten, dass auch die Schweiz und Österreich nachziehen. So ist derzeit in der Schweiz die Vorbereitung einer Gesetzesänderung in Gang, um die PID genau wie in Deutschland unter bestimmten Rahmenbedingungen gesetzlich zu legalisieren.²⁶ Bisher ist die PID in der Schweiz nach Art. 5 Abs. 3 des Fortpflanzungsmedizingesetzes ausdrücklich verboten gewesen, weil das Ablösen einer oder mehrerer Zellen von einem Embryo in vitro verboten ist. Österreich kennt kein solch ausdrückliches Verbot und auch hier stehen die Zeichen auf einer Legalisierung der PID unter bestimmten Einschränkungen.

Als Alternative zur PID galt bislang zumindest bis zu einem gewissen Grad die *Polkörperdiagnostik*. Sie dient vor allem der Erfassung chromosomaler Anomalien, insbesondere der Erfassung der *Trisomie 21*, der Ursache für das sog. *Down-Syndrom*. Bei der Polkörperdiagnostik wird die Eizelle noch *vor* Abschluss ihrer Befruchtung auf mögliche genetische Defekte hin untersucht. Die Polkörperdiagnostik stellte bislang eine in allen deutschsprachigen Ländern gesetzlich erlaubte Möglichkeit der genetischen Diagnostik dar. Sie macht jedoch nur Aussagen über genetische Defekte, die auf die Mutter zurückgehen. Inwiefern sie nach einer Einführung der PID überhaupt noch zum Einsatz kommt, ist derzeit noch offen.

Ökonomische Rahmenbedingungen in Österreich, der Schweiz und Deutschland

Ist Infertilität eine Krankheit oder nicht? Bereits an dieser Frage scheiden sich die Geister bzw. wird klar, dass Medizin keine Wissenschaft ist, die ihre Aussagen losgelöst von gesellschaftlichen Vorstellungen und Erwartungen trifft. Dass die Erfahrung des unerfüllten Kinderwunsches eine schmerzhaft und äußerst belastende Erfahrung darstellt, ist wohl unbestritten (s. oben). Ob dies jedoch ausreicht, Unfruchtbarkeit als „Krankheit“ im eigentlichen Sinne zu bezeichnen, die nach einer Therapie verlangt und möglicherweise sogar staatliche Unterstützung bei dieser Therapie verdient, ist durchaus umstritten. Alles hängt davon ab, was man philosophisch unter Krankheit versteht, ist also letztlich nicht rein medizinisch zu beantworten.

Der Medizinethiker Günther Pöltner unterscheidet in seinem „Grundkurs Medizin-Ethik“ zwischen einem funktionalen und einem normativ-praktischen Krankheitsbegriff. Der funktionale Krankheitsbegriff sagt etwas über die Funktionstüchtigkeit eines Organismus aus. Das Kranke ist dann „das Pathologische, die Störung des normalen Ablaufs“²⁷. So gesehen wäre die Anwendung des Krankheitsbegriffes im Falle der Infertilität dann zu rechtfertigen, wenn sie beispielsweise das Ergebnis einer Störung der Eileiter ist, welche somit die eigentliche Ursache für die Nichterfüllung des Kinderwunsches darstellt. Im häufigen Falle der Infertilität, bei der *keine* klare Ursache medizinisch feststellbar ist, wird die Rede vom „krank sein“ jedoch viel schwieriger.

Nun ist „Krankheit“ allerdings mehr als der objektive medizinische Nachweis einer Störung. Ob sich jemand „krank *fühlt*“ ist ebenso zu berücksichtigen wie die gesellschaftliche Bewertung. Im Bereich genetisch bedingter Krankheiten gibt es beispielsweise objektiv nachweisbar klare Abweichungen von der Norm, doch fühlen sich Menschen mit Down-Syndrom allein wegen des Down-Syndroms keineswegs „krank“.

Was „Krankheit“ also ist und woran sich „krank sein“ bemisst, ist nicht einfach zu beantworten. Pöltner schlägt deshalb vor, sich zunächst an der Situation von Not und Hilfe zu orientieren: „Krankheit wird als Not erfahren, d. h. sie bildet das Motiv eines entsprechenden Handelns. Der Kranke sucht beim Arzt um Hilfe.“ So gesehen sind Paare mit unerfülltem Kinderwunsch „krank“: Sie erfahren ihren Zustand als etwas, das *nicht sein soll* und suchen Hilfe. Normalerweise reicht jedoch weder die individuelle Befindlichkeit noch eine gesellschaftliche Bewertung aus, um von einer „Krankheit“ im eigentlichen Sinne zu sprechen. Viele Kinderwunschpatientinnen und ihre Partner sind also – rein objektiv gesehen – „*nicht krank*“, eine Ursache ihrer Infertilität kann nicht ausgemacht werden. Die Diagnose „Unerfüllter Kinderwunsch“ ist tatsächlich ein Grenzfall und zeigt deutlich, dass weder eine rein funktionale Bestimmung von Krankheit noch ein

rein praktisch-normativer Begriff ausreichend sind.

Manche Ethiker und Ethikerinnen ziehen es daher vor, zumindest bei einigen Formen von Infertilität nicht von „Krankheit“, sondern eher von „Behinderung“ zu sprechen.²⁸ Doch auch diese Definition steht vor ähnlichen Problemen wie der Krankheitsbegriff. Das Lexikon der Bioethik bestimmt Behinderung als „dauerhafte, allenfalls symptomatisch therapierbare Beeinträchtigung eines physischen oder psychischen Zustandes, die angeboren oder erworben sein kann“²⁹. Die WHO macht jedoch darauf aufmerksam, dass es zum Begriff von Behinderung gehört, auch in sozialer Hinsicht benachteiligt zu sein, also gesellschaftlich nicht partizipieren zu können.³⁰ Letzteres ist jedoch – bei Anwendung des Behinderungsbegriffs auf den Fall der Infertilität – kaum der Fall. Unfreiwillig kinderlose Paare partizipieren durchaus an der Gesellschaft. Auch hier ist eine klare Festlegung also schwierig, bleibt Infertilität ein Grenzfall.

Aufgrund der im ersten Kapitel vor Augen geführten Bedeutsamkeit des Kinderwunsches, der nicht einfach vergleichbar ist mit anderen Wünschen und dessen Erfüllung oder Nichterfüllung maßgeblich zum Glück oder Unglück von Menschen beiträgt, kommen führende Medizinethiker und -ethikerinnen in den USA und in Deutschland dennoch zum Schluss, dass eine Therapie des unerfüllten Kinderwunsches dann ethisch zu rechtfertigen ist, wenn ökonomisch gesehen genügend Ressourcen für eine Kinderwunschbehandlung vorhanden sind.³¹ Dies ist in allen drei deutschsprachigen Ländern der Fall, weshalb es jeweils einen staatlichen Fonds gibt, der die Kinderwunschbehandlung zumindest innerhalb gewisser Grenzen finanziell unterstützt und u. a. aus Mitteln der Krankenversicherungsträger finanziert wird.

In Österreich übernimmt dieser sog. *IVF-Fonds* unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 70 Prozent der Kosten für IVF bei höchstens vier IVF-Versuchen je Schwangerschaft, wenn alle anderen Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ausgeschöpft sind. Der Fonds stellt seine Mittel für Paare in aufrechter Ehe oder in eheähnlicher Lebensgemeinschaft zur Verfügung. Voraussetzungen sind u. a. eine sog. *medizinische Indikation* (Grund), beispielsweise bei der Frau verschlossene oder funktionsunfähige Eileiter, eine Endometriose oder beim Mann Sterilität. Zum Zeitpunkt des Beginns des IVF-Versuches darf die Frau das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.³²

In der Schweiz ist die Lage etwas anders, denn künstliche Befruchtung außerhalb des Körpers, IVF und ICSI, werden von den Krankenkassen *nicht* bezahlt. Die teilweise sehr erheblichen Kosten – für einen IVF-Versuch muss man mit 3500 Euro und mehr rechnen – müssen von Paaren also privat aufgebracht werden. Anders verhält es sich mit der Abklärung der Ursachen von Unfruchtbarkeit und mit hormoneller Stimulation samt Insemination. Beides wird von den Krankenkassen übernommen.³³ Über genauere Bedingungen informiert