

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

MALLMANN P

Ethische Probleme in der Reproduktionsmedizin

*Journal für Fertilität und Reproduktion 1999; 9 (2) (Ausgabe für
Österreich), 41-43*

Homepage:

www.kup.at/fertilitaet

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



ETHISCHE PROBLEME IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN

Nach einem Vortrag am 2. Uro-Gynäkologischen Symposium, Solingen, November 1998

ETHISCHE PROBLEME IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN

Ethische Probleme in der Reproduktionsmedizin können prinzipiell unter zwei Gesichtspunkten erörtert werden, zum einen unter ökonomischen: Zum anderen unter ethischen Gesichtspunkten. Als Leiter einer Universitätsklinik, deren wissenschaftlicher Schwerpunkt nicht die Reproduktionsmedizin ist, in der aber die drei Bereiche des Fachgebietes Gynäkologie, Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Pränatalmedizin und Geburtshilfe und operative Gynäkologie organisatorisch zusammengefaßt sind, sei es aber gestattet, einige Diskussionspunkte im Umgang mit der Reproduktionsmedizin aus zugegebenermaßen subjektiver Sicht darzustellen.

In einer Zeit der weltweiten Überbevölkerung erscheinen die enormen Anstrengungen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin eigentlich nicht nachvollziehbar. Sie erscheinen noch unverständlicher, wenn man die Situation in den Entwicklungsländern bedenkt. In der Mehrzahl aller Entwicklungsländer existieren gut funktionierende IVF-Zentren, in vielen Ländern wie Nigeria, Ägypten, Indien usw. sogar mit massiver Unterstützung der zuständigen Ministerien. Die im Zusammenhang mit der Sterilitätsbehandlung auftretenden Kosten erscheinen uns völlig unverständlich, in vielen Ländern wird beispielsweise für die Behandlung der Sterilität mehr Geld aufgewandt, als für die Primärversorgung der Kinder.

Entgegen der weitläufigen Meinung ist in Entwicklungsländern die Sterilität ein viel größeres Problem als in westlichen Ländern. Die Ursachen sind uns bekannt, sie liegen häufig in unzureichen-

der antibiotischer Behandlung genitaler Infektionen, die schließlich zum postentzündlichen Tubenverschluß führen. So beträgt beispielsweise die Rate von primär oder sekundär infertilen Frauen in Nigeria 30 %, verglichen mit 14 % in den USA und 17 % in Großbritannien. In den Entwicklungsländern ist die Infertilität mit Abstand der häufigste Grund für das Aufsuchen des Gynäkologen. Die Ursachen der Sterilität sind offenkundig: Infektionen mit postentzündlichem Tubenverschluß, vor allen Dingen von sexuell übertragenen Erkrankungen, sekundäre Sterilität nach unsachgemäßem Abort und Schwangerschaftsabbruch und postpartale Infektion. Man muß sich vorstellen, daß diese Länder, die weniger als 1 % ihres Brutto-sozialproduktes für Gesundheitsprogramme ausgeben, die über die höchste maternale, perinatale und kindliche Mortalität weltweit verfügen, statt konsequenter Familienplanungsprogramme das Geld in die Durchführung von assistierten Reproduktionstechniken stecken.

Es findet, bezogen auf den Transfer von Mitteln, auch auf wissenschaftlicher Ebene mehr Transfer von Ressourcen auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin als auf allen anderen wissenschaftlichen Gebieten statt. Dies ist die eine Seite der Medaille, die andere besteht darin, daß die Infertilität ein außergewöhnliches soziales Problem für die betroffenen Frauen darstellt, die dafür bereit sind, ein hohes finanzielles und gesundheitliches Risiko in Kauf zu nehmen.

Gerade auch das gesundheitliche Risiko im Zusammenhang mit der

assistierten Reproduktion in Entwicklungsländern sollte erwähnt werden: Die erhöhte Rate an Mehrlingsschwangerschaften mit dadurch konsekutiv erhöhter Rate von Frühgeborenen, Behinderten und pflegebedürftigen Kindern, die erhöhte perinatale Mortalität und die erhöhte Rate ektoper Schwangerschaften. 33 % der nach IVF geborenen Kinder sind Zwillinge, natürlich mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Frühgeburtlichkeit und erhöhter perinataler Mortalität.

Aber auch hier in Deutschland sollte es gestattet sein, die ökonomische Situation darzustellen. Im Jahre 1995 wurden über die KV die folgenden Kosten abgerechnet:

- IVF/GIFT 64,1 Mio. DM
 - ICSI 44,0 Mio. DM
 - Inseminationen 43,5 Mio. DM
- [Quelle: Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren e.V.].

Die Gesamtleistungen für die Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit in der BRD betrugen im gleichen Jahr für die Behandlung der weiblichen Sterilität 121 Mio. DM und für die Behandlung der männlichen Sterilität 77 Mio. DM [Quelle: Frauenarzt 8/1998]. Das heißt, für 2990 fortlaufende Schwangerschaften wurden knapp 200 Mio. DM aufgewandt, die Kosten pro Schwangerschaft betragen demnach knapp 67.000 DM. Wir sind uns bei der Struktur unseres Sozialsystems darüber im klaren, daß bei limitierten Ressourcen zusätzlich ärztliche Leistungen nur dann adäquat erbracht werden können, wenn dafür andere Leistungen eingespart oder unterlassen werden. Konkret bedeutet dies für unser

Fachgebiet: Wenn wir über Leistungsverteilungen sprechen, müssen bei begrenzten Ressourcen, z. B. die Kosten für die Sterilitätsbehandlung auf der einen Seite mit den Kosten der Einführung eines generellen Mammographie-Screenings oder der Vaginalsonographie zur Prävention des Endometrium- oder Ovarialkarzinoms auf der anderen Seite abgewogen werden.

Abgesehen von den Kosten pro Schwangerschaft, wohlgermerkt nicht pro Geburt eines gesundes Kindes, sollten auch die sonstigen Folgekosten erwähnt werden, wobei hier allerdings konkrete Zahlen fehlen. Wir müssen uns darüber im klaren sein, daß prinzipiell eine Sterilitätsbehandlung aus gesunden Frauen Patienten macht, dies auch noch mit einem außerordentlich hohen finanziellen Aufwand. Unerwünschte Nebenwirkungen und Komplikationen der Sterilitätsbehandlung sind uns allen bekannt, Überstimulation, Verletzung von Nachbarorganen, Blutungen nach Follikelpunktion, ektopische Schwangerschaften treten in nicht dokumentierter Häufigkeit auf. Auch die erhöhte Rate an Mehrlingsschwangerschaften (33%!) und damit bedingt die erhöhte Rate von frühgeborenen, behinderten und pflegebedürftigen Kindern im Rahmen der erhöhten perinatalen Mortalität müssen in eine solche wirtschaftliche Überlegung mit einbezogen werden.

Ich komme zum zweiten Teil, den ethischen Aspekten in der Reproduktionsmedizin. Das Problem der überzähligen Embryonen ist glücklicherweise in Deutschland gesetzlich klar geregelt, trotzdem ist das Problem der Mehrlings-

schwangerschaften bekannt. Die früher in Lehrbüchern noch vorhandene Statistik – ein Zwillingspaar auf 80 Einlinge – ist mittlerweile z. B. an unserer Klinik auf eine Relation von 1:10 angestiegen. Eine genaue Zahl über die der modernen Sterilitätsbehandlung zuzuordnenden Rate an Mehrlingsschwangerschaften liegt nicht vor. Es wird allerdings allgemein akzeptiert, daß im Rahmen der Reproduktionsmedizin das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften um ein Vielfaches erhöht ist.

Da Mehrlingsschwangerschaften auch mit einer erhöhten mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität verbunden sind, wird in vielen Fällen bei einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft eine Reduktion der Schwangerschaft durch Abtöten der Kinder, ein sog. Intrauteriner Fetozid durchgeführt. Dies mag bei einer Reduktion einer hochgradigen Mehrlingsschwangerschaft, z. B. Siebenlinge auf Drillingspaar nachvollziehbar sein. Praktiziert werden aber auch Reduktionen von Vierlingschwangerschaften auf Zwillings- oder Einlingschwangerschaften oder Reduktion von Drillingschwangerschaften auf Einlingschwangerschaften – Situationen, in denen es Schwangere für unzumutbar halten, eine solche Schwangerschaft auszutragen.

Das Dilemma im Zusammenhang zeigen exemplarisch die folgenden ungeklärten Fragen: Wenn Reduktion – auf welche Zahl? Drillingspaar haben immer noch ein höheres Risiko als Zwillingspaar bzw. als Einlinge, deshalb grundsätzlich Reduktion auf Einlinge? Wenn die Mutter einer Zwillingschwanger-

schaft ablehnt und im Falle einer Verweigerung der Reduktion auf eine Einlingschwangerschaft die Schwangerschaft komplett beendet, ist dies eine Indikation für ein Fetozid? Wenn man ein Fetozid durchführt, welches Kind soll man nehmen? Das, an das man am besten herankommt? Oder jenes vielleicht, daß sich im Moment gerade nicht bewegt oder jenes dort, welches ein bißchen auffällig ist? Fragen, die lediglich auf das ethische und grundsätzliche Dilemma in diesem Zusammenhang exemplarisch hinweisen soll. Man muß auch mit aller Deutlichkeit darauf hinweisen, daß wir bislang nichts über den Ablauf des Fetozids wissen. Ob sich dieser in Form eines akuten Herztodes vollzieht oder ob nach mehrfachen Herzfunktionen ein qualvolles Sterben erfolgt, ist uns nicht bekannt.

Es herrscht immer mehr der Eindruck, daß in der modernen Reproduktionsmedizin vieles, in den Augen mancher Paare mit Kinderwunsch sogar alles machbar ist. Das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft wird im Rahmen der Aufklärung ignoriert, da ja bei Eintreten einer solchen andere Möglichkeiten der Behandlung bestehen. Bislang als unüberwindlich geltende Grenzen wie z. B. die Azoospermie werden mittlerweile erfolgreich durchbrochen, aber auch andere Grenzen, wie z. B. das mütterliche Alter, werden immer mehr in Frage gestellt. Nach den vorliegenden Statistiken (Statistisches Bundesamt) steigt die Zahl der Frauen, die im Alter zwischen 40 und 54 Jahren schwanger werden und entbinden, langsam aber kontinuierlich an. Auch eine Sterilitätsbehandlung wird noch

über der Altersgrenze von 40 Jahren durchgeführt. Das erhöhte Risiko aufgrund des maternalen Alters und die damit verbundenen Probleme der modernen Pränatalmedizin sind bekannt.

Diese Ausführungen legen nur exemplarisch einige ethische Probleme im Rahmen der modernen Reproduktionsmedizin dar. Abgesehen von den medizinischen

Herausforderungen müssen wir uns auch den damit verbundenen ökonomischen und ethischen Herausforderungen stellen. Verordnungen und Einschränkungen werden hier wahrscheinlich nicht helfen, gefordert werden muß jedoch ein grundsätzliches Problembewußtsein, das sich auch den wirtschaftlichen Zwängen im Rahmen der modernen Medizin stellen muß.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. P. Mallmann
Klinik und Poliklinik für Frauen-
heilkunde und Geburtshilfe der
Universität zu Köln
D-50931 Köln,
Kerpener Straße 34*

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)