

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



Kinder-Segen - und wenn er ausbleibt? Biblische und theologische Erwägungen

Rosenberger M

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2006; 3 (5), 315-318

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT
FÜR KLINIK & PRAXIS

20.-21. März 2026

Universitätsmedizin Mainz

Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

Brücke(n) zwischen Unikliniken und Praxen an Rhein und Main(z)

– die aus dem bisherigen Format „Ferti Forum“ ab 2026 hervorgeht –



Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Professorin Annette Hasenburg, Dr. Susanne Theis, Universitätsmedizin Mainz, Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger, BVF Rheinland-Pfalz Dr. Rüdiger Gaase, BVF Hessen Dr. Klaus J. Doubek

Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sänger, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen
& Anmeldung unter



Kinder-Segen – und wenn er ausbleibt?*

Biblische und theologische Erwägungen

M. Rosenberger

Der Artikel fragt nach, wie aus der Sicht katholischer Ethik mit ungewollter Kinderlosigkeit umgegangen werden kann und soll. Die Bibel, die dieses Problem relativ breit belegt, wertet Kinderlosigkeit als Strafe Gottes und Schande. Deshalb ist alles zu tun, was der Kinderlosigkeit abhelfen kann. Allerdings ist diese Wertung darin begründet, daß Kinderlose im Alter ohne Fürsorge und Pflege dastanden und daß ihnen ein Fortleben im Familiennamen (in der Vorstellung Israels die einzige Möglichkeit eines Weiterlebens nach dem Tod) verwehrt blieb. Heute hingegen steht Kinderlosigkeit im Horizont der modernen Leistungsgesellschaft und wird als Versagen empfunden.

Wie ist in diesem Kontext die assistierte Reproduktion zu bewerten? Für das päpstliche Lehramt ist sie generell abzulehnen, weil sie die liebende Vereinigung der Partner und die Zeugung des Lebens auseinanderreißt. Für die meisten MoraltheologInnen hingegen ist die homologe Befruchtung akzeptabel, wenn sie als letztes Mittel innerhalb einer stabilen Partnerschaft eingesetzt wird. Auch dann bleibt aber die große Herausforderung einer angemessenen Beratung vor und nach erfolgter assistierter Reproduktion. Diese muß medizinisch realistisch die Chancen und Mißerfolgswahrscheinlichkeiten aufzeigen und psychosozial gründlich die Motivationen des Paares und deren Umgehen mit Belastungen abklären.

Schlüsselwörter: Kinderlosigkeit, Bibel, orthodoxes Judentum, katholische Lehre, Befruchtung in vitro, ethische Bewertung, Beratung

Children as Blessing – And If They Don't Come? Biblical and Theological Considerations. The article discusses the Bible from the point of view of Catholic ethics on how to deal with undesired childlessness. The Bible discusses the problem in relatively broad terms, defines childlessness as a punishment by God and as a disgrace. Therefore, all measures to avoid childlessness should be taken. However, this judgement is justified by the fact that individuals without children were bereft of support and care in old age. Furthermore, according to Jewish belief, the only possibility of life after death lies in continuity of one's name, which only persists if there are children. In modern societies with their perspectives of performance and efficiency, childlessness is often taken as an indication of failure.

How can assisted reproduction be valued ethically? According to papal instruction, it has to be rejected generally because it separates the loving union of partners and the procreation of a child. Most moral theologians, however, allow homologous fertilization within a stable relationship if it represents the last resort. In any case, there is a great necessity for counselling the couple before and after assisted reproduction. It is up to medical counselling to provide realistic information about methods and rates of success. Psychological and social counselling must evaluate the couple's motivations and their ability to deal with failure. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2006; 3 (5): 315–8.**

Key words: childlessness, Bible, orthodox Judaism, Catholic moral teaching, assisted reproduction, ethical evaluation, counselling

Wenn (Ehe-) Paare einige Jahre zusammenleben, mehrten sich in ihrer Umgebung Anspielungen, in denen Freunde und Verwandte ihre Erwartung ausdrücken, man möge doch allmählich an Nachwuchs denken. Bisweilen werden sogar scherzhaft Geschenke gemacht, die dieses Anliegen unterstreichen: Ein Paket Windeln, ein Strampelhöschen, Kinderspielzeug. Keine Frage: Gerade in unserer kinderarmen Gesellschaft ist der Erwartungsdruck hoch. Was aber, wenn die Kinderlosigkeit eines Paares nicht frei gewählt, sondern ungewollt ist? Wenn die beiden sich selbst nichts sehnlicher wünschen als ein Kind? Hochrechnungen zufolge sind in Österreich derzeit etwa 10 % aller (Ehe-) Paare ungewollt kinderlos. Für sie steigt der Druck noch – zu den eigenen sehnstvollen Wünschen kommen jene der Umgebung erschwerend hinzu.

Schande – Strafe – Versagen. Kinderlosigkeit im alten Israel und heute

Vermutlich werden sich solche ungewollt kinderlosen Paare gut mit den LeidensgenossInnen identifizieren können, von denen uns die Bibel in nicht geringer Zahl berichtet: Das sind Abraham und Sara (Gen 15–21), Isaak

und Rebekka (Gen 25,21), Jakob und Rahel (Gen 29,31–30,24), Elkana und Hanna (1 Sam 1), Zacharias und Elisabet (Lk 1,5–25). Sie alle empfinden es als quälende Last, als Schande und als Strafe Gottes, keine Kinder bekommen zu können. Das entspricht ganz der damals herrschenden Überzeugung: Kinder zu empfangen, ist göttliches Geschenk, ist Segen, ist Heil. Wer sich an Gottes Gebote hält, wird Kinder empfangen (Ex 23,25f). Kinderlosigkeit wiederum ist Strafe (und manchmal wird auch der Grund für die Strafe benannt, z. B. die Zurücksetzung Leas durch Jakob, was Gott durch den Kindersegen für Lea und die Unfruchtbarkeit Rahels „ausgleicht“ (Gen 29,31), oder der Ungehorsam des Volkes Israel, der zur Unfruchtbarkeit der Israelitinnen führt (Jer 15,7), Schande, Fluch (Hos 9,14). Ein kinderloser Mensch kann kein von Gott geliebter Mensch sein.

Dabei liegt es in der „Ursachenforschung“ der Bibel immer an den Frauen: Sara ist „unfruchtbar“ (Gen 11,30), Rahels und Hannas Schoß bleiben „verschlossen“ (Gen 29,31; 1 Sam 1,5) usw. Biologisch stimmt das in den angeführten Fällen sogar, da die betreffenden Männer allesamt mit anderen rechtmäßigen Frauen (es ist ja noch die Zeit der Polygynie) Kinder haben. Interessant scheint aber doch, daß nie von einem Mann erzählt wird, der mit seinen sämtlichen Frauen keine Kinder haben kann.

Was ist, wenn Kindersegen ausbleibt? Teilweise greifen die Betroffenen in ihrer Verzweiflung zu sehr abstrusen Lösungsstrategien: Sara etwa gibt ihrem Mann Abraham ihre Magd Hagar zur gesetzlichen Nebenfrau, und diese bringt ein Jahr später Ismael zur Welt. Doch als sich Hagar daraufhin über ihre Herrin erhebt und diese zurücksetzt, verlangt Sara von Abraham, die Zweitfrau wortwörtlich „in die Wüste zu schicken“ (Gen 16,1–6).

* Schriftliche, leicht erweiterte Fassung eines Vortrags am 09.06.2006 beim Eröffnungssymposium der Landesfrauenklinik Linz

Eingegangen: 13.06.2006; akzeptiert: 12.10.2006

Aus dem Institut für Moraltheologie, Katholisch-Theologische Privatuniversität Linz

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. theol. Michael Rosenberger, Institut für Moraltheologie, Katholisch-Theologische Privatuniversität, A-4020 Linz, Bethlehemstraße 20; E-Mail: m.rosenberger@ktu-linz.ac.at

Lieber soll ihr Mann ohne Erben bleiben, als daß sich die Magd zur Herrin aufspielt. Weniger abstrus, sondern eher nüchtern und pragmatisch ist das biblische Gebot der sogenannten Leviratsehe: War eine Frau kinderlos zur Witwe geworden, hatte der Bruder des verstorbenen Mannes die gerichtlich einklagbare Pflicht, die Schwägerin zu heiraten und mit ihr Kinder zu zeugen. Der erste aus dieser Verbindung hervorgehende Sohn sollte dann den Namen des verstorbenen Mannes tragen und dessen Erbe antreten (Dtn 25,5–10; vgl. Tamar, die sich das Recht mit viel List erkämpft, Gen 38,1–30; Rut 2–4; Mk 12,18–27).

Nun ist es für das Verständnis der biblischen Texte unerlässlich, die historischen Hintergründe solcher Ansichten und Praktiken zu verstehen. Zwei Aspekte fallen hier insbesondere ins Gewicht: Erstens hatte ein kinderloses Paar niemanden, der es im Alter und bei Krankheit versorgte. Kinder waren damals die einzige mögliche Pensionsversicherung, und ihr Ausbleiben hatte katastrophale soziale Folgen. Zweitens herrschte damals, und ich beziehe mich jetzt auf die Zeit bis zum 3. Jh. v. Chr., aus der die meisten der hier zitierten Texte stammen, noch eine andere Vorstellung vom Weiterleben nach dem Tod: Israel glaubte nämlich nicht wie die meisten Religionen seiner Umgebung, daß der einzelne nach dem Tod in einer jenseitigen Wirklichkeit weiterlebt. Das empfand man als billige Vertröstung und als pure Spekulation. Nein, mit dem Tod ist es aus, der Mensch kehrt zum Staub zurück, und das ist es dann gewesen (Gen 3,19 und sogar noch Koh 3,21) – so lautet das illusionslose Credo Israels, das erst im 2. Jh. v. Chr. zugunsten einer Jenseitshoffnung korrigiert wird. Gleichwohl wollte man nicht ganz auf die Vorstellung einer Zukunft des Verstorbenen verzichten. Wenn der aber nicht persönlich weiterlebt, kann er das nur im Fortbestehen seines Namens in seinen Kindern. Erst wenn der letzte Nachkomme in direkter Linie gestorben ist, so die Folgerung, ist ein Mensch wirklich im Vollsinn des Wortes gestorben. Kinderlosigkeit heißt damit aber in der Bibel: Definitives „Sterben“ der Eltern. Daß das als Fluch Gottes verstanden werden mußte, ist evident.

In unseren modernen europäischen Gesellschaften steht Kinderlosigkeit natürlich in einem ganz anderen Kontext, und deswegen wäre es Unsinn, die biblischen Texte 1:1 auf die heutige Zeit zu übertragen. Weder hängt die individuelle Altersversorgung eines einzelnen Paares am Vorhandensein eigener Kinder, noch gehen wir davon aus, daß wir nach dem Tod in unseren Kindern weiterleben. Kinderlosigkeit heute steht vielmehr im Kontext unserer Wohlstands- und Leistungsgesellschaft: Wohlstandsgesellschaft: Ich kann alles sofort bekommen, wenn ich nur das nötige Kleingeld habe – Verzicht ist bestenfalls eine Konsequenz knapper Kassen. So gesehen sind Kinder etwas, das wir uns „leisten“ oder eben nicht „leisten“ können – sie sind ein Luxusgut, ein Wohlstandsartikel. Und spätestens wenn ein Paar in die Befruchtungsklinik kommt, erwartet es die sofortige und zielsichere Erfüllung seines Wunsches. Schließlich werden die dort Tätigen für ihre Arbeit gut bezahlt. Leistungsgesellschaft: Ich kann alles erreichen und „machen“, wenn ich mich nur entsprechend engagiere. Im Umkehrschluß liegt es dann aber allein an mir, wenn etwas nicht klappt oder nicht erreicht wird. Kinderlosigkeit wird so unterschwellig zu einer Sache von Versagen. Ob ausgesprochen oder nicht: Wir haben Mitleid mit ungewollt Kinderlosen, denn sie „können“ eben nicht! Besonders unfruchtbare Männer

trifft das oft sehr schwer – schließlich greift es das klassische Männerbild fundamental an.

Ganz kurz möchte ich auf das heutige Israel verweisen, wo das orthodoxe Judentum das Sagen hat, das keine historische Kritik biblischer Aussagen kennt. Hier gilt noch wortwörtlich: Kinder sind Segen, Kinderlosigkeit ist Fluch und Strafe. Damit ist es für gläubige Juden oberstes Gebot, um jeden Preis Eltern zu werden. Die Inanspruchnahme künstlicher Befruchtungstechniken im Falle der Kinderlosigkeit ist praktisch Pflicht. Wer sie verweigert, gilt als ungehorsam und ungläubig. Und so wundert es kaum, daß Israel weltweit das Land mit der größten Dichte an Befruchtungskliniken (und im übrigen auch an embryonalen Stammzell-Linien) ist. Frauen unternehmen teils über 30 Versuche, um doch noch ein Kind zu bekommen. Im Falle einer pränatal festgestellten Behinderung nehmen sie den selektiven Fetozyd oder auch die Abtreibung aller im Mutterleib befindlicher Feten in Kauf. Umgekehrt zahlt der Staat Frauen bis zum Alter von 45 Jahren die vollen Kosten sämtlicher Befruchtungsversuche, danach übernimmt er bis 51 Jahre den größten Teil der Kosten für die assistierte Reproduktion mittels Eizellspende. So herrscht in Israel ein geradezu unerträglicher gesellschaftlicher Druck. Auf der Ebene politischer Debatten wird er zweifellos verstärkt durch Verweis auf den Kinderreichtum der Palästinenser, dem man etwas entgegensetzen müsse, um nicht bald in der Minderheit zu sein. Ursprung aber ist eindeutig eine vorkritische, unhistorische Lesart biblischer Texte seitens der orthodoxen Rabbiner. Und dem kann die christliche Theologie sowohl aus methodischen als auch aus folgenorientierten Überlegungen heraus nicht folgen. Ein derartiger Druck zur assistierten Reproduktion ist aus christlicher Perspektive weder biblisch begründbar noch ethisch verantwortbar.

Ultima ratio unter bestimmten Bedingungen: Zur normethischen Bewertung der künstlichen Befruchtung

Muß dann aber die assistierte Reproduktion aus ethischen Gründen insgesamt abgelehnt werden? Oder kann sie in gewissen Grenzen doch als sinnvoll und verantwortbar angesehen werden? Ich möchte diese Frage in zwei Schritten beantworten: Zunächst auf der Ebene allgemeiner ethischer Normen, und dann auf der Ebene individueller Entscheidungen einzelner betroffener Paare.

Auf der Ebene der Normen geht es in der Ethik um die Frage, was vernünftigerweise erlaubt sein sollte und was unter Abwägung aller Vor- und Nachteile vernünftigerweise verboten werden muß. Es geht also um allgemeine Regeln, an die sich alle Beteiligten zu halten haben. Und hier ist die amtliche Position der römisch-katholischen Kirche seit zwei Jahrzehnten relativ klar: Die Instruktion „*Donum Vitae*“ der Glaubenskongregation vom 10.3.1987 über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der menschlichen Fortpflanzung [1] lehnt in Kap. 2.2 alle Methoden künstlicher Befruchtung unter allen denkbaren Umständen ab. Begründung: Das Auseinanderreißen der liebenden Vereinigung der beiden Partner im Geschlechtsakt und der Zeugung eines Kindes als Frucht dieser Liebe stehe im Widerspruch zur menschlichen Natur.

Es handelt sich dabei um dasselbe Begründungsmuster wie jenes, das 1968 in der Enzyklika „*Humanae Vitae*“

Papst Pauls VI. (Nr. 10–12) zum generellen Verbot aller Mittel der künstlichen Empfängnisregelung führte [2]. Insofern hat es in der katholischen Bevölkerung wie auch in der theologischen Fachwelt eine eher kritische Kommentierung erfahren, denn: Geschlechtsakt und Zeugung mögen im Falle der künstlichen Befruchtung auseinandergerissen sein – die Liebe der beiden Partner zueinander und das Entstehen des Kindes sind es deswegen noch lange nicht. Im Gegenteil: Wenn sich zwei Menschen, die in einer guten und stabilen Partnerschaft leben, für eine künstliche Befruchtung entscheiden, ist das ja gerade ein Ausdruck ihrer tiefen und lebendigen Liebe zueinander. Sicher: Es bleibt für sie eine nicht leichte Aufgabe, das zwangsläufig eher kühle und technische Vorgehen der assistierten Reproduktion in einen Horizont einzubetten, der das betroffene Paar auch in der Klinik ein Maximum an Liebe und Wärme spüren läßt. Aber das ist kein hinreichendes Argument für ein normatives Pauschalverbot der assistierten Reproduktion.

Insofern hat sich im Kreise meiner FachkollegInnen folgende Position durchgesetzt [3]: Als *ultima ratio*, d. h. als äußerstes Mittel nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten, kann eine homologe Befruchtung innerhalb einer stabilen Ehe verantwortet werden. Nicht ethisch verantwortbar scheinen aber sämtliche Formen der heterologen Befruchtung – ob sie nun rechtlich erlaubt sind oder nicht.

Erstens also: Die assistierte Reproduktion kann nur das äußerste Mittel, die *ultima ratio* zur Erfüllung des Kinderwunsches sein. Denn sie ist das mit den meisten negativen Nebenwirkungen und Belastungen verbundene Mittel. Man denke an die hormonale und psychische Belastung der Frau, an ihre Unsicherheit zwischen Implantation und Ausbleiben der Regel, an die schon genannte kühle Atmosphäre einer Klinik und den eher technischen Charakter der Zeugung neuen Lebens usw.

Es wäre also seitens der Gesellschaft und der politischen Mandatsträger ethisch verpflichtend, die Ursachenforschung für die wachsende ungewollte Kinderlosigkeit voranzutreiben und, wo Ursachen eindeutig identifiziert werden können, für ihre Beseitigung Sorge zu tragen. Das gilt für Faktoren, die zu dem relativ hohen und stetig weiter steigenden Erstgeburtsalter der Frauen führen – einer zweifelsfrei feststehenden Ursache für ungewollte Kinderlosigkeit –, aber eben auch für noch weitgehend unerforschte Einflüsse der Umwelt – man denke an Schadstoffe in der Luft – oder der sozialen Organisation – ich nenne nur die enorme psychische Belastung in vielen Berufen. Die assistierte Reproduktion ist und bleibt eine nachhinkende Therapie des „Symptoms“ Kinderlosigkeit. Als solche ist sie wichtig und hilfreich. Aber wir dürfen die Ursachen und ihre Erforschung nicht aus dem Blick verlieren.

Zweitens nannte ich als eingrenzende Bedingung ethischer Erlaubtheit die homologe Befruchtung. Warum diese Beschränkung? Ich kann hier nicht alle Formen heterologer Befruchtung im einzelnen durchgehen. Jedoch läßt sich guten Gewissens sagen: Alle bergen im Hinblick auf das gezeugte Kind gravierende Gefahren und Belastungen. Denn wir Menschen haben uns darauf geeinigt, unsere Identität nicht allein durch unsere sozialen Eltern zu definieren, sondern auch durch unsere biologischen Eltern. Eltern wollen „sich“ fortpflanzen und nicht irgendjemanden (das Reflexivpronomen unserer Sprache sagt sehr viel!). Und Kinder wollen hören, daß

sie „wirklich“ Kinder ihrer Eltern sind. Sie wollen sehen, daß sie vom Vater die Nase und die mathematische Begabung und von der Mutter die Haare und das Gespür für Musik geerbt haben. Wo das nicht möglich ist, wie im Falle von Adoptivkindern, wirft es das Kind in schwere Krisen und Selbstzweifel.

Kann man wirklich davon ausgehen, daß durchschnittliche Eltern in der Lage wären, bei ihrem Kind solche Zweifel aufzufangen, wenn es erfährt, daß sein biologischer Vater oder seine biologische Mutter jemand anders ist? Und daß das gesellschaftliche Umfeld des Kindes hiermit „normal“ und gut umgehen kann? Die einzigen mir bekannten Studien aus England lassen eher das Gegenteil befürchten [4]: Weniger als 10 % der europäischen Kinder, die aus einer heterologen Befruchtung hervorgehen, wissen darum. Das Thema wird tabuisiert. Und wenn sie dann irgendwann doch davon erfahren, empfinden sie es mit überwältigender Mehrheit als Verrat! In diesem offenkundigen Konflikt zwischen dem Wohl der Kinder und dem Kinderwunsch der Paare hat der Staat aber die größere Verantwortung gegenüber dem schwächeren Beteiligten, also dem Kind: Das Kindeswohl geht eindeutig vor dem Wunsch der Erwachsenen auf ein „eigenes“ Kind. Die heterologe Befruchtung legt dem Kind eine schwere Hypothek in die Wiege, und daran darf sich keine öffentliche Einrichtung beteiligen. In Österreich, Deutschland und einigen anderen Ländern sieht das der Gesetzgeber auch so.

Die dritte Bedingung einer stabilen Partnerschaft erklärt sich aus demselben Grund: Das Wohl eines *in vitro* gezeugten Kindes hat absoluten Vorrang. Natürlich gelangt man hier an die Grenzen der Prognose: Wer kann schon mit Sicherheit sagen, ob ein Paar die nächsten Jahrzehnte zusammenbleiben wird? Geschulte PsychologInnen werden aber zumindest mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit eine richtige Prognose über die Stabilität einer Beziehung aufstellen. Und mehr ist bei keiner ethischen Entscheidung verlangt.

Versuch nach aufgeklärter Entscheidung: Zur existenzialethischen Bewertung der künstlichen Befruchtung

So weit in aller Kürze die normethische Frage. Ich komme zum Problem der individuellen Entscheidung eines Paares für oder gegen künstliche Befruchtung: Wie kann sichergestellt werden, daß diese Entscheidung gut fällt? Mit „gut“ meine ich, daß die Entscheidung auch langfristig bejaht werden kann, egal was sich ereignet. Eine gute Entscheidung ist eine, die das Paar höchstwahrscheinlich nicht bereuen, sondern für die es auch später dankbar sein wird. Das ist die existenzialethische Bewertung der assistierten Reproduktion durch ein konkretes Paar ganz persönlich.

Ethisches Leitbild ist hier die „informierte Entscheidung“, wie sie im „informed consent“ der Medizinethik seit einigen Jahrzehnten Standard ist. Ein Paar braucht hinreichende Information darüber, was mit der assistierten Reproduktion auf es zukommt. Dabei erstreckt sich die nötige Klarheit v. a. auf zwei Ebenen: Neben der medizinischen spielt die psychosoziale eine große, ja sogar die vorrangige Rolle [5].

Medizinisch wäre erstens die Aufklärung über das rein technische Vorgehen wichtig, insbesondere im Blick auf

die Frau. Dabei muß ihr bezüglich der psychischen Folgen etwa der hormonalen Stimulation „reiner Wein“ eingeschenkt werden. Psychisch kann das für sie zu einer Achterbahn der Gefühle werden, und das muß sie wissen. Zweitens ist zu klären, was das erlebnishaft Auseinanderreißen von Liebesakt und Zeugung emotional bedeutet und wie das die konkrete Klinik aufzufangen versucht: Wie schauen die Räume aus? Wie ist die menschliche Betreuung während der Behandlung? Wo kann sich der Mann während des Eingriffs aufhalten bzw. wie weit kann er seine Frau begleiten? Drittens wäre auf die ehrlicherweise zu erwartende (Miß-) Erfolgsrate hinzuweisen und zu klären, wie das Paar damit umgehen kann. Erst an vierter Stelle steht die konkrete Frage über die Zahl der einzusetzenden Embryonen und die Methode der Wahl, die freilich mit der dritten Frage der Erfolgsrate eng zusammenhängt.

Genau an diesem Punkt schließt sich der psychosoziale Beratungs- und Abklärungsbedarf an: Wollen wirklich beide Partner die assistierte Reproduktion? Oder gibt einer nur dem Drängen des anderen nach? Welche Motivationen führen zu dem Entschluß und sind diese auf Dauer tragfähig? Wurden die Alternativen (Leben ohne Kind, Adoption) ernsthaft erwogen? Was ist im Falle einer Mehrlingsschwangerschaft? Was ist, wenn ein Mißerfolg eintritt: Wie viele Versuche ist man bereit zu unternehmen, und wann gibt man es auf? Wie stark ist also der Kinderwunsch? Das Erleben des Mißerfolgs ist in der Regel asymmetrisch: Das was geschieht erlebt die Frau durch die hormonale Stimulation und die dann auftretende Regelblutung viel intensiver und emotionaler. Wie weit kann sich der Mann hier einfühlen? Wie weit kann durch psychologische Betreuung sichergestellt werden, daß das „emotionale Loch“ nicht übermächtig wird, und daß beide Partner den Kummer und die Enttäuschung gemeinsam tragen?

Nun gilt in der Beratungsszene seit langem als „Goldstandard“, daß eine gute Entscheidung die „ergebnisoffene“ Beratung braucht. Die beratende Person soll von sich aus „wie eine Waage in der Mitte stehen“ [6]. Sie hat zwar unweigerlich eigene Präferenzen und Wertorientierungen, doch dürfen diese keinesfalls so stark in den Vordergrund gestellt werden, daß die beratenen Personen mehr oder weniger subtil zu einer der denkbaren Optionen hingezogen werden. Wie kann solche Ergebnisoffenheit seitens der beratenden ÄrztInnen und PsychologInnen gesichert werden? In einem Krankenhaus in öffentlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft mag das gelingen, wenn seitens des Trägers kein wirtschaftlicher Druck auf die beratenen Personen ausgeübt wird. In einer Privatklinik, die explizit kommerzielle Ziele verfolgt, wird das nicht reichen. Hier müßte mindestens die psychosoziale Beratung unabhängig von der Befruchtungsklinik laufen. Denn die Beratung durch das Klinikpersonal hat hier die Dynamik eines Verkaufsgesprächs. Es geht ja um viel Geld. Verständlicherweise möchte man seine Dienstleistung verkaufen und ist überzeugt davon, etwas Gutes anzubieten. Das aber verhindert die nötige Ergebnisoffenheit, die in einer so sensiblen Materie nötig ist.

Meines Erachtens sollte es Standard sein, vor einer assistierten Reproduktion in aller Ruhe sowohl eine medizinische als auch eine psychologische Beratung durchzuführen. Nur so ist ein umfassender „informed consent“

möglich. Und es sollte ebenso Standard sein, im Mißerfallsfall psychologische Betreuung aktiv anzubieten. So weit ich sehe, ist das in manchen Kliniken auch schon der Fall. Aber ein Standard aller Befruchtungszentren dürfte es wohl noch nicht sein. Freilich, das ist eine Kostenfrage. Aber was passiert, wenn hier nichts angeboten wird? Die Menschen gehen entweder dorthin, wo sie die Beratung gratis bekommen – z. B. zu uns SeelsorgerInnen (was ich persönlich nicht selten erlebe) oder in gemeinnützige Beratungsstellen. Oder aber sie bleiben mit ihrer schweren Belastung allein.

Um nicht mißverstanden zu werden: Ich freue mich mit jedem Paar, dem aufgrund der modernen Reproduktionsmedizin ein Kind ermöglicht werden kann. Und unter den genannten Eingrenzungen kann ich diese Technik auch guten Gewissens bejahen. Aber als Theologe fühle ich mich auch für die Schattenseiten einer an sich guten Möglichkeit verantwortlich. Ich möchte, daß auch sie wahrgenommen werden. Und daß wir gemeinsam an ihrer Verringerung arbeiten.

Und noch etwas ist mir wichtig: Ungewollte Kinderlosigkeit ist weder eine Strafe Gottes, noch eine Schande, noch ein Versagen. Wir sollten allen Betroffenen signalisieren: Gott geht alle Wege mit uns Menschen mit. In seinen Augen kann auch Kinderlosigkeit zum Segen werden – wenn sie bewußt angenommen und mit einer anderen Art von Liebe und Fruchtbarkeit gefüllt wird. Hier läge denn auch der wichtigste Beitrag der Kirchen und ihrer SeelsorgerInnen: Durch die Vermittlung eines Gottesbildes, das mehr und anders ist als die Spiegelung innerweltlicher Ideale wie Leistung oder Wohlergehen, das Bewußtsein zu stärken, daß Gottes Möglichkeiten größer sind als menschliches Begreifen. Und daß sich dem Menschen Wege zu Glück und Erfüllung eröffnen können, die er erst dann als solche begreift, wenn er sie gegangen ist. Freilich: Sie zu gehen braucht einen Vorschuß an Vertrauen und Zuversicht. Aber gerade um diese Grundhaltungen geht es dem christlichen Glauben ja zuallererst.

Literatur:

1. Kongregation für die Glaubenslehre. Instruktion „Donum Vitae“ vom 10.3.1987 über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der menschlichen Fortpflanzung. Rom, 1987.
2. Paul VI. Enzyklika „Humanae Vitae“ vom 31.7.1968 über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens. Rom, 1968.
3. Vgl. z. B. Hunold G, Laubach T. Fortpflanzung/Fortpflanzungsmedizin. Ethisch. In: Lexikon der Bioethik. Bd 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 1998; 780–2. Hilpert K. In-vitro-Fertilisation (IVF). Ethisch. In: Lexikon der Bioethik. Bd 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 1998; 295–7.
4. Golombok S, MacCallum F, Goodman E. The “test-tube” generation: Parent-child relationships and the psychological well-being of IVF children at adolescence. Child Development 2001; 72: 599–608. Siehe auch: Turner AJ, Coyle A. What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. Human Reproduction 2000; 15: 2041–51.
5. Bezüglich der Inhalte von Aufklärungsgesprächen relativ umfassend ist die neue Richtlinie der deutschen Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion vom 17.2.2006 (dokumentiert z. B. im Deutschen Ärzteblatt 2006; 103: B-1188–B-1199). Die psychologischen Aspekte betreffend siehe v. a.: Wischmann T. Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde. Eine Studie zu psychosozialen Aspekten ungewollter Kinderlosigkeit. Peter Lang Publishing Group, Frankfurt/M., Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, 1998.
6. Ignatius von Loyola. Geistliche Übungen Nr. 15. Freiburg i. B., 1966.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

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