

JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

MAIER B, SPITZER D, STAUDACH A, ZAJC M
*Der Wunsch nach einem Kind und seine Erfüllung in der
Reproduktionsmedizin*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (2) (Ausgabe
für Schweiz), 27-32*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2001; 11 (2) (Ausgabe
für Österreich), 27-32*

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



DER WUNSCH NACH EINEM KIND UND SEINE ERFÜLLUNG IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN

DER WUNSCH
NACH EINEM
KIND UND SEINE
ERFÜLLUNG IN
DER REPRODUK-
TIONSMEDIZIN

Summary

The desire for a child and the fulfillment in reproductive medicine involve crucial questions such as the number of transferred embryos, the maternal age, the kind of partner-relationship, the acting in heterologous systems (sperm-, egg- and embryo donation, surrogate motherhood), the availability of ICSI (intracytoplasmic sperm injection) for HIV-infected men, PGD (preimplantation genetic diagnosis) for couples

with dispositions of having genetically ill children etc.

Ethical analysis of the desire for a child and the fulfillment in reproductive medicine stresses the importance of personal, identifiable relationships and responsible parenthood by especially taking into account the consequences of interventions and outcomes.

EINLEITUNG

„In den alten Zeiten, wo das Wünschen noch geholfen hat, ...“ – so beginnt ein Märchen der Gebrüder Grimm, der Froschkönig [1]. Es scheint zu suggerieren, daß heute das Wünschen nicht mehr oder nicht mehr so sehr helfen kann. Wer sich aber in unseren Tagen ein Kind wünscht, wird es nicht beim Wünschen belassen, sondern meist tatkräftige Hilfe in der Reproduktionsmedizin suchen.

In den Märchen der Gebrüder Grimm (z. B. in „Der Fischer und seine Frau“) [1] wird uns aber auch gesagt, daß Wünsche maßvoll sein sollen, andernfalls werden sie nicht erfüllt oder ihre Erfüllung wird zu einem Danaer-Geschenk.

Dort, wo das Wünschen nicht auf Lebenssteigerung zielt, sondern auf die Vernichtung der Helden bzw. des Helden, wandelt es sich zur schicksalsmächtigen Kategorie des Verwünschens (so zum Beispiel in „Dornröschen“, „Schneewittchen“, „Die weiße Schlange“) [1].

Dazu paßt die Aussage einer unserer Kinderwunschpatientinnen, die nach langjährigem frustriertem Kinderwünschen nur noch einen Wunsch hat: vom Wünschen befreit zu werden.

Sie drückt es passiv aus, sich selbst vom Wünschen befreien zu können, scheint ihr offensichtlich nicht mehr möglich.

Wenn wir das Wünschen bzw. das Kinderwünschen aus ethischer Perspektive betrachten, müssen wir uns zunächst Rechenschaft ablegen, was Ethik eigentlich ist. Ethik ist Auseinandersetzung mit und Kritik von gelebter Moral, den Wertvorstellungen und ihrer Verwirklichung in einer Gesellschaft („Bürgermoral“) bzw. in einem bestimmten Kontext („Binnenmoral“) z. B. in jenem der Reproduktionsmedizin [2].

Spezialisierte Bereiche sind mehr oder weniger in Kontrolle von Experten. Dabei bilden sich eigene Gesetze, Regeln und Normen aus, die sich oft als sogenannte Sachzwänge manifestieren. Wird die Kompatibilität von Binnenmoral mit gesellschaftlichen Normen fraglich, kann es zu Konflikten kommen. Eine Kontrolle von mehr oder weniger abgeschlossenen, spezialisierten Bereichen wird über (informierten) öffentlichen Diskurs versucht. Dabei verursachen divergierende Sprachmodi, problematische mediale Vermittlungen etc. oft mannigfache Probleme.

Die Entscheidung für bestimmte Werte und die Verwirklichung bestimmter Wünsche setzt immer das Bekenntnis und Engagement dessen voraus, der

wünscht und entscheidet. Dabei hat Ethik keine vorgefertigten Rezepte anzubieten, sondern nur Orientierungs- und Entscheidungshilfen im Rahmen eines bestimmten individuellen wie sozialen Kontexts. In der Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. Patientin geht es um die Vereinbarung von medizinisch-fachlich Möglichem und Gebotenen mit den Lebens- und Wertprioritäten der Patientin, des Patienten. Dabei sind Abwägungsprozesse im Dialog zu vollziehen.

Wünschen bezieht sich auf Objekte. Wir freuen uns auf etwas und öffnen uns dabei in unseren Möglichkeiten. So entfaltet sich eine positive Lebensdynamik. Wenn Wünschen negativ besetzt wird, kann das zu Angst, Neid oder Minderwertigkeitsgefühlen führen. Angst entsteht, wenn etwas gewünscht wird, was nicht zu erreichen befürchtet wird. Neid entsteht, wenn etwas gewünscht wird, was jemand anderer schon hat und Minderwertigkeitsgefühle, wenn Wünsche über längere Zeit oder überhaupt nicht realisiert werden können. Wünsche müssen von Zeit zu Zeit erfüllt werden, ansonsten wird die positive, lebensbejahende, konstruktive Dynamik des Wünschens in eine negative, lebensverneinende, destruktive verwandelt. Voraussetzung für die Feststellung, ob sich Wünsche erfüllen lassen, ist eine Differenzierung zwischen rationalen und irrationalen Wünschen. Irrationale Wünsche sind oft auch „geshifete“ Wünsche, sie haben Stellvertreterfunktion für etwas anderes.

Wenn ein Wunsch erfüllt werden soll, ist zu fragen, welche Folgen dabei in Kauf genommen werden können. Es ist entscheidend, wieviel Kraft für den Umgang mit problematischen Resultaten geblieben ist. Folgen können belastender sein, als ein unerfüllter Kinderwunsch. Wenn man nach Erfüllung eines Wunsches völlig erschöpft ist, kommt es zu keiner Erfüllungsentlastung, sondern zu negativ-depressiven Reaktionen, die ein Coping bei zusätzlichen Pro-

blemen erschweren oder gar unmöglich machen. Wenn der Inhalt des Wunsches – das Kind – die Erwartung der wünschenden Eltern nicht erfüllt, nicht erfüllen kann, kommt es ebenfalls zu keiner Erfüllungsentlastung, sondern sogar zu einer Erfüllungsbelastung. Dies kann der Fall sein, wenn das Kind krank, zu früh geboren, behindert ist, es sich um Mehrlinge handelt, ... für manche Eltern, wenn es das falsche Geschlecht hat. Auf jeden Fall sind Kinder mit besonderen Bedürfnissen für ihre Eltern eine besondere Herausforderung.

Mit der raschen Zunahme der Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin kam es zu einer „Medikalisierung“ der Kinderwunschdebatte. Wir sprechen vom gesunden und kranken Kinderwunsch, vom Kinderwunschsyndrom, von Kinderwunschkrankheit und sogar von Kinderwunschtherapie. Stauber [3] hat versucht, verschiedene Kategorien des Kinderwunsches zu erstellen. Er spricht von „gesundem“ Kinderwunsch, wenn der Leidensdruck des Paares mäßig ist, ein Zögern gegenüber invasiven medizinischen Eingriffen besteht, der Verzicht auf das Kind möglich erscheint und ein frustrierender Kinderwunsch sozial untergebracht werden kann. Dabei ist meistens eine ausgewogene Arzt-Patienten-Beziehung möglich. Der „starke“ Kinderwunsch zeigt einen starken Leidensdruck, ein Drängen auf invasive Eingriffe und kaum mehr möglichen Verzicht auf die Realisierung des Kinderwunsches. Die Lebensperspektiven sind eingeschränkt, die Paare haben eine negative soziale Resonanz und daraus resultierend eine Neigung zu Depressionen. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist hier häufig erschwert. Von einem „überwertigen“ Kinderwunsch spricht Stauber [3], wenn der Leidensdruck massiv ist, sodaß es sogar zu anfallsweisem „Kinderhunger“ kommt. Nur invasive Methoden werden für zielführend gehalten. Es besteht eine (allzu) große Risikobereitschaft und ein Agieren im Sinne von „Doctor-shopping“.

Der späte Kinderwunsch der Frau von vierzig bis fünfzig Jahren zeigt besondere Problemkonstellationen. Dieser Kinderwunsch wird durch übergroße Hoffnungen in die Reproduktionsmedizin aktualisiert. Es besteht ein extremer Leidensdruck, ein Drängen auf invasive Eingriffe und eine grenzenlose Risikobereitschaft. Psychosomatische Interventionen werden primär abgewehrt, um am Kinderwunsch als Lösungsversuch eigener Lebenskonflikte festhalten zu können. Ein psychotherapeutischer Ansatz wäre erforderlich, der dies als „Scheinlösung“ zu verdeutlichen hilft. Die Frau mit frustriertem Kinderwunsch zeigt gegenüber der Frau aus einem Vergleichskollektiv vermehrt funktionelle Beschwerden, eine negative soziale Resonanz, eine depressive Stimmungslage und Konflikte aus gestörter individueller Lebensperspektive. Bewältigungsprobleme manifestieren sich sowohl in der Partnerschaft als auch in deren weiterer Umgebung. Abwehrmechanismen werden in Form von Verleugnung und Projektion manifest. Auch der schließlich erfüllte Kinderwunsch zeigt gegenüber einem Vergleichskollektiv bestimmte charakteristische Probleme. Bei Schwangeren mit schließlich erfülltem Kinderwunsch kommt es zu einer fünffachen Häufigkeit von Hyperemesis gravidarum, zu einer doppelten so hohen Abortusrate, zu einer deutlich gesteigerten Gestosehäufigkeit und einer doppelten so hohen Rate vaginal-operativer Entbindungen. Die Sectiohäufigkeit steigt auf das Dreifache. Interessant ist eine meist geringere Stillhäufigkeit und -dauer. Stauber [3] hat die unheilvolle Allianz zwischen Patientin und Arzt in der unbedingten Kinderwunscherfüllung, in der Erfüllung um jeden Preis, als fatal beschrieben. Auf beiden Seiten besteht eine grenzenlose Behandlungs- und Risikobereitschaft. Die Folge ist ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Fortpflanzungsautonomie und Fürsorge für präsumptive Kinder, wie für sich selbst und den Partner, die Partnerin. Instrumentalisierungstendenzen des eigenen

Körpers, des Partners/der Partnerin, des Embryos bzw. Feten, werden deutlich. Eine verantwortete Fortpflanzungsentscheidung gerät in bezug auf eine Kinderwunscherfüllung um jeden Preis ins Hintertreffen.

Demgegenüber kann ein Verzicht auf die Verwirklichung eines Kinderwunsches wegen Chancenlosigkeit oder in Anbetracht der Folgen sinnvoll sein. Wenn man fähig ist, Alternativen zu sehen und zu verfolgen, bedeutet das bereits einen wesentlichen Schritt der Bewältigung. Der Abschied vom Kinderwunsch sollte so gestaltet werden, daß das Anerkennen der Tatsache, kinderlos zu bleiben, integrativ gelingt.

KINDERWUNSCH- VERWIRKLICHUNG

IVF/ICSI (konventionell/homolog): Zahl der transferierten Embryonen

Nach „Good Clinical Practice“ sollen maximal drei Embryonen, individuell angepaßt weniger, transferiert werden. Der Blastozystentransfer scheint eine gut geeignete Methode zu sein, Mehrlingsschwangerschaften erfolgreich zu vermeiden. Eine Aufklärung über Mehrlingsrisiko und nachfolgende Mehrlingsproblematik ist in jedem IVF-Gespräch zu geben. Eine fetale Reduktion darf weder in Kauf genommen und schon gar nicht einkalkuliert werden. Sie ist bei bereits bestehender Problemsituation nur *ultima ratio*. Hepp stimme ich zu, daß die Prävention von höhergradigen Mehrlingen ein ethischer Imperativ für den Arzt sein muß [4].

Case report: Fetale Reduktion bei Fünflingen nach ovarieller Stimulation und Insemination [2]

Eine siebenundzwanzigjährige Frau mit anovulatorischen Zyklen wird mit Gonadotropinen stimuliert. Bei guter Spermaqualität wird vor Insemination aber kein Östrogenwert

überprüft. Es kommt zu einer Fünf-
lingsschwangerschaft, die sowohl für
Mutter wie Kinder prognostisch
extrem schlecht ist. In der neunten
Schwangerschaftswoche wird eine
nichtselektive embryonale Reduktion
durchgeführt, zwei Embryonen be-
lassen. Einer der Zwillinge stirbt intra-
uterin im Verlauf der Schwanger-
schaft, ein gesundes Mädchen wird
schließlich am Termin geboren. Die
Mutter ist zufrieden, sie wollte ein
gesundes Kind, den Weg zu diesem
hat sie nicht weiter reflektiert. Dabei
müßte aber heftig darüber diskutiert
werden, ob der Zweck die Mittel
„heiligt“.

Die Prävention von Mehrlingsschwanger-
schaften ist ein erstes Gebot der
Reproduktionsmedizin. Eine spätere
Korrektur durch unselektiven Embryo-
bzw. Fetozid darf aufgrund der
Schutzwürdigkeit von Embryonen
sowie der Folgeimplikationen solchen
Vorgehens keinesfalls als mögliche
Abhilfe in ein Therapiekonzept ein-
gehen [4].

Case report: Abbruch einer IVF-Dril-
lingsschwangerschaft [2]

Eine junge Mutter wird nach dem
dritten IVF-Versuch bei Tubenfaktor
schwanger und entbindet in der
siebenunddreißigsten Schwanger-
schaftswoche einen gesunden Knaben.
Im vierten IVF-Versuch werden, wie
schon in den vorangehenden, drei
Embryonen nach Aufklärung und
Einwilligung des Paares transferiert.
Es kommt zu einer Drillingsschwanger-
schaft, das Paar verlangt die em-
bryonale Reduktion.

Nach Meinung der Abteilung hat
eine Drillingsschwangerschaft ein
genügend gutes medizinisches Out-
come und so lehnt das IVF-Team
eine embryonale Reduktion ab. Eine
Zweitmeinung, die in Wien einge-
holt wird, bestätigt diese Sicht.

Ob zur embryonalen Reduktion einer
Drillingsschwangerschaft nicht eine
psychosoziale Indikation bestehen
kann, wird kontrovers diskutiert.

Aufgrund der Einwilligung zu einem
Embryotransfer mit drei Embryonen
kann konsekutiv darüber nicht mehr
diskutiert werden, weil damit zuvor
gerechnet werden mußte.

Das Fürsorge- und Nichtschadens-
prinzip gilt dabei für Eltern wie Ärz-
tInnen. Die Verantwortung für Kon-
sequenzen (vorhersehbare) haben
betroffene Eltern wie handelnde
ReproduktionsmedizinerInnen.

Kinderwunschverwirklichung:
Alter der Frau/Mutter

Dürfen biologische Grenzen über-
schritten werden? Naturrechtsargu-
mente, die besagen, daß es über
einer gewissen Altersgrenze der Frau
keine Schwangerschaften geben soll,
weil sie die Natur nicht vorgesehen
hätte, sind „schlechte“ Argumente.
In ethischer Perspektive müssen an-
dere gefunden werden. Sind ältere
Eltern, insbesondere eine ältere Mut-
ter, als Eltern „gut“ genug? „Gut“
heißt in diesem Kontext jung. Dem
ist entgegenzuhalten, daß die Groß-
elterngeneration mehr und mehr
Kinder aufzieht, weil sie Zeit zur
Verfügung hat, selbst jung dabei
bleibt etc. Betrachtet man die Kinder-
wunschproblematik und die Schwanger-
schaftsverläufe bei älteren Frauen
mit deutlicher Gestosehäufigkeit und
höherem Geburtsrisiko, so ist auf der
Basis dieser Fakten eine Ablehnung
wohl eher gerechtfertigt.

Kinderwunschverwirklichung: inner-
halb einer (welcher) Partnerschaft?

Die Familie war bisher strukturelle
Basis unserer Gesellschaft. Dies wird
immer weniger unwidersprochen
hingenommen. Die steigende Anzahl
von AlleinerzieherInnen sowie die
Diskussion von Kinderwunschverwirk-
lichung in Lesben- oder Homosexu-
ellen-Partnerschaften, stellen diese
bisherigen Normen in Frage. Mutter-
bzw. Vaterrolle sind wesentlich für
die Orientierung des Kindes.

Wird das Kind als „Rettung“ für eine
problematische Paarbeziehung gese-

hen, kommt es bei Realisierung des
Kinderwunsches umso wahrschein-
licher zu einer Partnerschaftskrise,
weil der Geburt des Kindes eine Tri-
angulierung der Beziehungen folgt.
Wird das Kind als Surrogat symbioti-
scher Sehnsüchte gewünscht, kommt
es zu Instrumentalisierungen sowie
Enttäuschungen, die zu psychothera-
peutischen Interventionen führen
sollten.

Case report: Kinderwunschverwirkli-
chung und Paarkonflikt

Wegen unerfüllten Kinderwunsches
kam es bei einem Paar zu einem
starken Partnerkonflikt, auch mit
sexuellen Problemen. Der Partner,
der ein ausgeprägtes OAT-Syndrom
aufweist, wird von Seiten der Frau
abgewertet. Eine Kinderwunscherfü-
llung mittels ICSI wird angestrebt und
hat Erfolg. Während der Schwanger-
schaft nach ICSI-Intervention wird
der Konflikt extremer. Die Frau emp-
findet zunehmend Abneigung gegen
ihre Schwangerschaft, will sogar eine
Abtreibung durchführen lassen – aus
Angst, sich ständig an den noch
stärker depotenzierten Partner binden
zu müssen. Auf Druck ihrer Familie
ändert sie ihre Einstellung und be-
kommt das Kind. Nach der Geburt
wird die Paartherapie fortgesetzt, bei
der es zur Bearbeitung des Selbst-
wertverlusts und der Verlassens-
ängste des Mannes sowie auch der
körperlichen Abneigung zu Partner
und intrauterinem Kind bei der
schwangeren Frau kommt.

Kinderwunschverwirklichung im
heterologen System:
Samen-, Eizell-, Embryonenspende

Case report: Schicksal von Drillingen
nach heterologer Insemination [2]

Eine vierundzwanzigjährige Inderin
ist mit einem Mann, der ein Klinefel-
ter-Syndrom aufweist, verheiratet.
Das Paar entschließt sich zur hetero-
logen Insemination, beim dritten
Versuch wird die Patientin schwanger,
und zwar mit Drillingen. Die Patientin

ist mehr als die Hälfte der Schwangerschaftsdauer in stationärer Betreuung, die Symptome, die zu diesen stationären Aufhalten führten, lassen sich während der Aufenthalte nie verifizieren. In der 35. Schwangerschaftswoche kam es zur elektiven Sectio: drei gesunde Mädchen wurden entbunden. Ein Mädchen wurde zur Adoption frei gegeben, zwei behalten. Das Paar war über alle Eventualitäten und auch darüber aufgeklärt worden, daß es Mehrlinge geben könnte und daß auf das Geschlecht der Kinder kein Einfluß genommen werden kann. Während der Schwangerschaft wurde mehrfach der Wunsch nach fetaler Reduktion von seiten des Paares geäußert, sie wollten nicht mehrere Kinder und schon gar nicht mehrere Mädchen. Die psychosoziale Situation des Paares, sowie der Tabu Charakter künstlicher Befruchtung konnten in diese Situation geführt haben. Dennoch drängt sich der Gedanke „Kinder auf Bestellung mit Rückgabemöglichkeit?“ auf. Wer trägt die Verantwortung? Wurde in das Procedere und in die sich daraus ergebenden Folgen eingewilligt? Trägt das Paar die Verantwortung? Sofern der Reproduktionsmediziner über alle Implikationen aufgeklärt hat und diese vom Paar in Kauf genommen wurden, bleibt sie beim Paar. Wäre das nicht der Fall, würde der durchführende Arzt in die Verantwortung zu nehmen sein.

Kinderwunschverwirklichung im heterologen System: Leihmutterschaft

Case report: Baby M [5, 6]

Ein Leihmutterschaftsvertrag wird von der Frau, nachdem sie das Kind geboren hat, nicht erfüllt; er kann von ihr emotional nicht erfüllt werden. Die Frau kann das Kind nicht mehr hergeben. Die Gerichte sprechen einmal den „Auftraggebereltern“, einmal der Frau, die das Kind zur Welt gebracht hat, das Sorgerecht zu. Die Situation gipfelt in der Frage: „Wem gehört das Kind?“ Es kommt zu einem Splitting der Primärbezie-

hungen in eine genetische, eine durch Schwangerschaft und Geburt begründete und eine soziale Elternschaft. Bonding-Prozesse in der Schwangerschaft wurden zu wenig berücksichtigt. Außerdem ist für das Kind und dessen Identitätsfindung eine multiple Elternschaft problematisch. Wir stehen hier vor einem Paradigma der Wertverschiebung in der Reproduktionsmedizin: der Fürsorge für das Kind wird Nachrang hinter der Fortpflanzungsfreiheit gegeben.

Case report: Baby Doe [5]

Ein Kind mit Trisomie 21, das weder Auftraggeber noch Leihmutter haben wollten, lebt bis dato in einem Kinderheim. In manchen Leihmutterschaftsverträgen wird eine pränataldiagnostisch-invasive Abklärung verlangt, im Falle eines positiven Befundes der Schwangerschaftsabbruch „geregelt“. Es zeigt sich, daß gerade unter solchen Bedingungen nur ein gesundes Kind angenommen wird und hier ganz stark eine Produktmentalität zum Tragen kommt.

Analyse der vorangegangenen Kasuistiken in ethischer Perspektive: Kinderwunsch und personale Beziehung [7]

- Soll der intensive, individuelle Kinderwunsch für die Reproduktionsmedizin als allein handlungslegitimierend fungieren dürfen?
- Führt der zunehmend individualisierte Kinderwunsch nicht in eine Einbahnstraße?
- Ist eine Kinderwunscherfüllung, die mit einem Splitting von Primärbeziehungen verbunden ist, jemals gerechtfertigt?

Solche Fragen müssen aufgrund der Folgen beantwortet und entsprechenden ethische Grenzen gesetzt werden.

Kinderwunschverwirklichung bei HIV-positivem Partner/Partnerin

Was heißt verantwortete Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft für HIV-positive Menschen?

Gibt es eine elterliche Fürsorgeverantwortung, „genügend gesund“ zu sein und zu bleiben?

Bei HIV-positiven Frauen wird aufgrund des Übertragungsrisikos auf das Kind keine reproduktionsmedizinische Intervention durchgeführt. Bei HIV-positiven Männern scheinen Interventionen – insbesondere ICSI – vertretbar, bei diskordanten Paaren als Alternative zum ungeschützten Verkehr bei intensivem Kinderwunsch sinnvoll, ja geradezu indiziert [8].

Fakten und ethische Analyse

HIV-positiv ist nicht AIDS-krank. Es käme zu einer Diskriminierung über prospektive Elterngesundheitsprofile, würde man den Kinderwunsch bei HIV-positivem Partner nicht erfüllen. Derzeit haben wir kaum eine Anfrage, was bei HIV als Tabuthema im gynäkologischen Bereich nicht verwundert. Wenn sich das ändern sollte, ist die Erfüllung eines Kinderwunsches eines HIV-diskordanten Paares (HIV-positiver Mann) in den Pflichtbereich der Reproduktionsmedizin aufzunehmen [8].

Kinderwunschverwirklichung bei genetischem Risiko – Präimplantationsdiagnostik (PGD)

Kinderwunscherfüllung nach Präimplantationsdiagnostik bedeutet Kinderwunscherfüllung unter bestimmten Bedingungen. Ein „Schwangerschaftskonflikt“ ist paradoxerweise vor Eintritt einer Schwangerschaft eingetreten. Ist dieser Konflikt aufgrund eines bestehenden schwerwiegenden Risikos einem Schwangerschaftskonflikt mit Leidensdruck bei bereits bestehender Schwangerschaft vergleichbar [9]? Es käme zur Kinderwunscherfüllung unter dem Damoklesschwert eines schwerstbehinderten Kindes, es sei denn, PGD würde zur Verfügung gestellt. Das involviert die gesamte Prozedur einer in vitro-Fertilisation.

Bisher noch nicht ausdiskutiert ist die Carrier-Problematik. Embryonen

mit Carriermanifestationen sollten ebenfalls rücktransferiert werden, es könnte aber, aufgrund der Überlegungen der Eltern bzw. der betreuenden Ärzte, zu einer sekundären „Auslese“ kommen.

In diesem Bereich bestehen massive Spannungsfelder zwischen Individual- und Sozialethik. Für das einzelne betroffene Paar ist der Wunsch nach Präimplantationsdiagnostik gut verstehbar. Für eine Gesellschaft heißt das aber, eine bestimmte selektive Schiene zu beschreiten. Natürlich wird eingewendet, daß mit Pränataldiagnostik im herkömmlichen Sinn eine solche schon beschritten sei. Dort allerdings handelt es sich um eine bestehende Schwangerschaft, während es sich bei Präimplantationsdiagnostik um eine vor die Schwangerschaft verlagerte Problematik handelt. Kann ein Ausgleich zwischen Individual- und Sozialethik bei Präimplantationsdiagnostik unter bestimmten strengen Indikationen erreicht werden?

Der Wunsch nach einem (gesunden) Kind, dieser individuelle Wunsch trifft sich mit gesellschaftlichen Erwartungen und Normierungen. Die Erwartung bzw. sogar Forderung der Verwirklichung des Wunsches orientiert sich (auch) an den technischen Möglichkeiten.

DISKUSSION DER ERFÜLLUNG EINES KINDERWUNSCHES NACH ETHISCHEN KRITERIEN

Gibt es ein moralisches Recht auf die Erfüllung eines Kinderwunsches?

Es gibt kein positives, aber ein negatives Recht. Das will heißen, daß es kein Recht gibt, ein Kind zu bekommen, aber ein Recht, in der Kinderwunscherfüllung nicht behindert zu werden. Wesentlich ist, daß eine Diskriminierung bei der Zulassung zu reproduktionsmedizinischen Inter-

ventionen ausgeschlossen wird. *De facto* gab es bislang soziale Diskriminierungen im Sinne von Partnerschaft – nur Eheleute wurden zunächst zugelassen. Eine neue Diskriminierung ergibt sich über die genetische Schiene.

Soll die Kinderwunschrealisierung (nur?) für präsumptiv „genügend gute“ Eltern möglich sein?

Was heißt „genügend gut“? Heißt gut „gesund“? Heißt gut „nicht zu alt“? Heißt gut „genetisch gut genug“? Heißt gut „gut situiert“? Heißt gut „in bestimmter Partnerschaft lebend“? Heißt gut „engagiert“? ...

Es wird von Amendt [10], aber auch anderen, argumentiert, daß Wunschkinder gewünschte Kinder sind und bessere Zukunftsperspektiven haben. Das mag einerseits stimmen, weil Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, die Eltern sich auf das Kind konzentrieren, ihm Beachtung schenken, es fördern etc. Andererseits kann das Kind eine Hypothek als „Messias“ mit sich tragen müssen und wenn es den Erwartungen der Eltern in dieser Hinsicht nicht entspricht, um so stärker in „Ungnade“ fallen.

Was heißt verantwortete Elternschaft unter den Perspektiven moderner Reproduktionsmedizin?

Die Natur elterlicher Verantwortung ändert sich. Technologien verführen zu bestimmten, gesellschaftlich normierten Erwartungen. Erwartung ist auch, daß präsumptive Eltern diese Technologien nutzen „sollten“. Eltern-Konzepte ändern sich: weniger Kinder, später, „perfekt“ vorbereitet. Onora O’Neill hat demgegenüber „imperfect obligations“ herausgestrichen und gemeint, daß häusliche Atmosphäre, liebevolle Pflege, Herstellung eines Gefühls von Sicherheit, ebenso wesentlich, *de facto* aber nicht meßbar seien [11].

Die Absteckung von Entscheidungsspielräumen in der Verwirklichung eines Kinderwunsches

Die Betonung des Willens, der Autonomie der PatientInnen, führt zu einer Relativierung von medizinischen Entscheidungsprioritäten. Dennoch muß ein ausgewogener Ausgleich zwischen beiden Entscheidungsspielräumen mit unterschiedlichen Referenzebenen angestrebt werden. Autonomie und Fürsorge können nur in dialektischer Verbundenheit adäquat realisiert werden [2].

Als Grenzen von Entscheidungsspielräumen sind abzustecken:

- Fakten können nicht entschieden werden.
- Betroffenheit Dritter ist eine Grenze, die zu deren Nachteil nicht überschritten werden darf.
- Selbstbeschränkung aufgrund der Folgen für sich und andere ist ethisch erforderlich.
- Weiters sind gesellschaftliche Grenzsetzungen, wie geltendes Recht, zu akzeptieren.

Zentrale Bedeutung hat die Maxime von Mieth: Das Personale darf nicht zu einer bloßen Randbedingung einer technischen Problemlösung verkommen [7]. Andere relevante Werte dürfen nicht zur Verwirklichung eines individuellen, intensiven Kinderwunsches instrumentalisiert werden. Die Identifizierbarkeit personaler Beziehungen muß unter allen Umständen gewahrt bleiben. Person-Sein bzw. -Werden und personale Beziehungen sind nicht voneinander zu trennen. Identität kann nur durch Konsistenz und Kontinuität in Beziehungen entwickelt werden. Diese Chance sollten auch Kinder, die in der Reproduktionsmedizin entstehen, bekommen.

Moralische Kritik ist an einer Wunschmentalität zu üben, die alles bloß als machbar und noch dazu um jeden Preis – ohne Bedenken der Konsequenzen und Implikationen – nach dem Motto „Der Zweck heiligt die

Mittel“ sieht. Verantwortbar ist nur eine realistische Kinderwunschverwirklichung mit kritischem Blick auf die Folgen.

Die Entscheidung über das (Er-) Tragen von Folgen haben die, die sie tragen müssen. Deswegen benötigen präsumptive Eltern eine sorgfältige Aufklärung, eine psychologische Begleitung und ein dahingehend dimensioniertes Ethical Counselling.

Ethische Forderungen bei der Verwirklichung eines Kinderwunsches sind

- Analyse der (individuellen) Paarsituation inklusive realistischer Erfolgsaussichten
- Transparentmachen möglicher Implikationen der Erfüllung eines Kinderwunsches
- Psychologische Begleitung vor, während und nach reproduktionsmedizinischen Interventionen
- Ethical Counselling für betroffene Paare wie für ÄrztInnen der Reproduktionsmedizin verbessert die Analyse der jeweiligen konkreten Situation wie auch die binnenmoralische Gestaltung dieses Gebiets der Medizin
- Ethik ist nicht bloße Applikation von Normen, sondern konkretes Gestalten auf der Basis von Fakten, Möglichkeiten und Konsequenzen der Verwirklichung eines Kinderwunsches
- Ethik ist konkrete Humanität und kann nur unter oben angegebenen Prämissen in die Wirklichkeit human umgesetzt werden



OA Dr. phil. et Dr. med. Barbara Maier

Studium in Wien: 1980 Mag. phil., 1981 Dr. phil., 1986 Dr. med., 1992 Mag. theol. Absolvierung des Turnus, Ius practicandi. Danach Facharztausbildung an der Landesfrauenklinik Salzburg, bis dato als Oberärztin tätig.

Seit Jahren Gastprofessur für medizinethische Fragen an der Universität Wien, Mitarbeiterin am Institut für Ethik in der Medizin in Wien.

Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Medizinethische Fragen, insbesondere im Bereich von Gynäkologie und Geburtshilfe.

Korrespondenzadresse:

OA DDr. Barbara Maier
Frauenklinik, Landeskliniken Salzburg
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48
e-mail: B.Maier@lks.at

Literatur:

1. Gebrüder Grimm. Die schönsten Märchen der Brüder Grimm. Bertelsmann Verlag, Gütersloh, 1957.
2. Maier B. Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele. Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo-Wien, 2000.
3. Stauber M. Psychologie der ungewollten Kinderlosigkeit. Der Frauenarzt 1994; 35: 1177–86.
4. Hepp H. Höhergradige Mehrlingsgravidität – auch ein ethisches Problem medizinischen Fortschritts. Der Gynäkologe 1998; 31: 261–6.
5. Bartels D, Priester R, Vawter D et al. Beyond Baby M: Ethical issues in new reproductive techniques. Clifton, New York, 1990.
6. Neumaier O. Was geschah mit Baby M? Ethische Fragen der Ersatzmutterchaft. In: Ganthaler H, Neumaier O (Hrsg). Anfang und Ende des Lebens. Beiträge zur Medizinischen Ethik. Reihe Beiträge zur Angewandten Ethik 3. Academia, St. Augustin, 1997; 87–158.
7. Mieth D. Ethische Fragen der Fort-

- pflanzungstechnologie. In: Tinneberg H-R, Ottmar C (Hrsg). Moderne Fortpflanzungsmedizin. Grundlagen, IVF, ethische und juristische Aspekte. Thieme, Stuttgart-New York, 1995; 10–20.
8. Weigel M. Assistierte Reproduktion bei HIV-Infektion des Ehepartners. In: XXX (Hrsg). Reproduktionsmedizin 15. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo, 1999; 410–8.
9. Düwell M. Ethik der genetischen Frühdiagnostik – eine Problemskizze. In: Düwell M, Mieth D (Hrsg). Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive. Francke, Tübingen-Basel, 1998; 26–48.
10. Amendt G, Schwarz M. Vom Recht des Kindes, erwünscht zu sein – Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Blätter der Wohlfahrtspflege 1980; Bd 127: 301–3.
11. O’Neill O. Einverständnis und Verletzbarkeit: Eine Neubewertung von Kants Begriff der Achtung für Personen. In: Nagl-Docekal H, Pauer-Studer H (Hrsg). Jenseits der Geschlechtermoral. Beiträge zur feministischen Ethik. Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt/Main, 1993.

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](#)