

17/SN-321/ME

Interuniversitäres Forschungsinstitut für Fernstudien
Arbeitsbereich Technik- und Wissenschaftsforschung
Projekt "Soziale und psychische Implikationen humanmedizinischer
Reproduktionstechnologien"

Projektleitung: Prof. Dr. Arno Bammé
Projektmitarbeiterinnen
und Autorinnen: Mag. Eva Fleischer
Dr. Claudia Klier
Dipl. Soz. Ute Winkler

Sterneckstr. 15
9020 Klagenfurt
Tel. 0463/5317/742 od. 761
Telefax 0463/5317/759

Betrifft	GESETZENTWURF
Zl.	51 GE/90
Datum:	1. OKT. 1990
Verteilt:	3. Okt. 1990 <i>Pauls</i>

A. Bauer

Stellungnahme

zum Entwurf

für ein Bundesgesetz über die medizinische Fortpflanzungshilfe
beim Menschen (Fortpflanzungshilfegesetz - FHG) sowie über
Änderungen des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuchs und des
Ehegesetzes

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

I. Unfruchtbarkeit/Ungewollte Kinderlosigkeit und die In-Vitro-Fertilisation

1. Gesundheitsgefährdung und Erfolgsrate

1.1. Zweifelhafte Erfolgsraten

1.2. Risiken für Frauen und Kinder

2. Die Komplexität des Problems und die Unangemessenheit der Mittel

3. Alternative Umgangsformen mit ungewollter Kinderlosigkeit und umfassende Prävention von Unfruchtbarkeit

II. Embryonen und Forschung

III. Kontrolle

IV. Zusammenfassung

Anhang

Vorwort

Die humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien greifen wie kaum ein anderes medizinisches Verfahren in die menschliche Fortpflanzung ein. Ihre Existenz hat zwangsläufig Auswirkungen auf den gesellschaftlichen wie individuellen Umgang mit Fortpflanzung, Sexualität, Kinderwunsch, Verwandtschaftsbeziehungen, auf das Verhältnis der Geschlechter etc. sowie auf das individuelle Erleben der Betroffenen, auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Lebensplanung.

Frauen sind von den neuen Fortpflanzungstechnologien besonders betroffen. Einerseits werden die Methoden fast ausschließlich an ihnen angewandt, somit tragen sie eventuelle Risiken, Langzeitfolgen. Andererseits sind Frauen von ungewollter Kinderlosigkeit-/Unfruchtbarkeit stärker betroffen, da ihnen sowohl gesellschaftlich als auch individuell Schuld und Verantwortlichkeit zugeschrieben wird. In einer patriarchal strukturierten Gesellschaft ist die Frau als Mutter die Norm. Durch die Verfahren der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien, insbesondere die In-Vitro-Fertilisation (IVF), ist inzwischen eine dreifache Mutterschaft möglich: genetische, biologische und soziale. Neu daran ist nicht die gespaltene Mutterschaft an sich: daß Kinder bei anderen Frauen als der Gebärenden aufwachsen, ist ein vielleicht ahistorisches Phänomen. Das Neuartige an der dreigespaltenen Mutterschaft ist die Trennung von genetischer und biologischer, was die Anwendung von medizinisch-technischen Verfahren zur Voraussetzung hat. Damit ist aber auch eine Transzendierung der Gebärfähigkeit im Sinne einer Loslösung von der weiblichen Körperlichkeit verbunden.

Die Betroffenheit und Involviertheit von Frauen soll in dieser Stellungnahme besonders berücksichtigt werden, indem bewußt eine Bewertung des Fortpflanzungshilfegesetzes aus der Sicht der Frauen vorgenommen wird. Sie konzentriert sich deshalb auf eine Einschätzung der zentralen Methode der medizinischen "Fortpflan-

zungshilfen" am Menschen - der In-Vitro-Fertilisation - und geht dann speziell auf die Problematik der Embryonenforschung ein, die durch dieses Gesetz geregelt werden soll. Den Schluß bilden Überlegungen zu Fragen der Kontrollierbarkeit sowie ein generelles Resümee bezüglich des vorliegenden Entwurfs.

Die humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien, insbesondere die IVF, ermöglichen die Erzeugung von Embryonen außerhalb des weiblichen Körpers, ein Sachverhalt, der als zentral für Bewertung, Kontrolle und letztendlich auch gentechnische Manipulation angesehen werden sollte. Mit der Entwicklung und Anwendung dieser Methoden ist eine gesellschaftspolitische Diskussion entfacht, die extrem kontrovers geführt wird. Bei einem gesetzlichen Regelungsversuch sollte dies berücksichtigt werden, indem relevante Standpunkte aus politischer, moralisch-ethischer, religiöser, medizinischer, sozialwissenschaftlicher und feministischer Perspektive bei einer Anhörung öffentlich gemacht werden können. Weiters erscheint es wichtig, daß vor einem konkreten Gesetzesentwurf folgende - exemplarische - Punkte behandelt und geklärt werden müßten:

- Effizienz und Sicherheit der humanmedizinischen Reproduktionstechnologien
- Technologiefolgenabschätzung
- psycho-soziale Bedeutung von ungewollter Kinderlosigkeit/Unfruchtbarkeit für die Betroffenen
- Umgang und Lösungsmöglichkeiten bei ungewollter Kinderlosigkeit/Unfruchtbarkeit außerhalb der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien
- Stand der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien in Österreich

Erst ein umfassenderes Wissen über die humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien sowie über den Themenbereich der ungewoll-

ten Kinderlosigkeit/Unfruchtbarkeit sollte dann in einem weiteren Schritt die eventuelle Anwendung verschiedener Verfahren der Fortpflanzungstechnologien bzw. deren gesetzlichen Regelung ermöglichen. Bis zur Klärung o.g. Punkte durch wissenschaftlich abgesicherte Studien und Untersuchungen erscheint ein Anwendungstop in der gegenwärtigen Situation der einzig zu rechtfertigende und zu verantwortende Schritt.

I. Allgemeine Einschätzung der In-Vitro-Fertilisation

1. Gesundheitsgefährdung und Erfolgsrate

Schon die Formulierung des Problems birgt unserer Ansicht nach die Hauptschwäche des Entwurfs in sich. Es wird hier etwas vorausgesetzt, nämlich, daß die Medizin "heute bei der Behandlung von Fortpflanzungsstörungen durch die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse Paaren, deren Kinderwunsch bislang unerfüllt bleiben mußte, zu Nachkommen verhelfen" könne¹, was keineswegs mit dieser Selbstverständlichkeit behauptet werden darf.

Es sind nicht erst die "Mißbräuche", die verhindert werden sollen, es ist schon der Gebrauch, der höchst bedenklich ist.

Wir stellen hier in Frage, ob die "Fortschritte von Medizin und Biologie" tatsächlich so "beeindruckende Erfolge" für die von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffenen gebracht haben. Denn für die In-Vitro-Fertilisation, die zweifellos die zentrale Methode der Reproduktionstechnologien ist, läßt sich folgende Bilanz aufstellen:

1.1. Zweifelhafte Erfolgsraten

In medizinischen Publikationen wird die klinische Schwangerschaftsrate zwischen 20 und 30 % angegeben. Dies bezieht sich auf die Zahl der Embryostransfers. Die Geburtenrate liegt bei 10 - 20 %, bezogen auf die Zahl der Embryotransfers.² Diese Schwangerschaften, wobei auch hier noch zwischen biochemischen und klinischen Schwangerschaften unterschieden werden kann, enden keineswegs immer mit einer Lebendgeburt. Es kann zu präklinischen bzw. klinischen Spontanaborten, Früh- und Spätaborten, Windeiern, Extrauterinschwangerschaften und fetalem Tod kommen. Frühaborte können auch bei normalen Schwangerschaften auftreten, diese werden von der Frau oftmals nicht bemerkt. Durch die Feststellung

einer Schwangerschaft durch IVF in einem sehr frühen Stadium, teilweise wenige Tage nach dem Embryotransfer, erleben die Frauen dies bewußt als psychisch belastenden Frühabort. Darüberhinaus fallen, wenn die Anzahl der Embryotransfers als Basis genommen wird, alle diejenigen Frauen heraus, bei denen es gar nicht bis zum Embryotransfer kam, denn es kann zu Hormonüberstimulierungen kommen, aufgrund derer dann der Stimulationszyklus abgebrochen werden muß; ebenso können bei einer Punktion gar keine Eizellen gefunden werden oder die gefundenen Eizellen lassen sich nicht befruchten. Die für die Betroffenen relevante Zahl ist die Anzahl von gesunden Neugeborenen pro Stimulationszyklus, laut WHO-Experten Wagner und St. Clair wird diese auf höchstens 4 - 5 % geschätzt.³

Bei einer Studie in den USA an IVF-Kliniken wurde festgestellt, daß die Hälfte der Kliniken keine Lebendgeburten vorweisen konnten, sehr wohl aber teilweise Erfolgsraten bis zu 25 % angaben.⁴

Auch von medizinischer Seite wird inzwischen kritisch eingestanden, "daß die Behandlungszentren die Statistiken einseitig darstellen oder beschönigen".⁵ Inwieweit diese statistische Unsicherheit den betroffenen Frauen und Männern mitgeteilt wird, damit sie zu einer realistischen Einschätzung der Behandlungserfolge zu kommen können, ist weitgehend ungeklärt. Die meisten Paare orientieren sich aber an den Erfolgsaussichten, auch in der Auswahl der konkreten Klinik/Praxis.⁶

Eine PatientInnenaufklärung über Erfolg und Mißerfolg ist notwendig und müßte integraler Bestandteil jedes Aufnahmegesprächs sein. So glaubte z.B. die Mutter von Louise Brown, dem ersten Retortenbaby, bis kurz vor der Geburt, daß bereits Hunderte von Retortenbabies geboren seien.⁷ Erfolg wird in der Medizin durchaus anders verstanden als dies bei den betroffenen Frauen und Männern der Fall ist. "Ein Erfolg im Selbstverständnis der Medizin muß nicht unbedingt ein Erfolg für den Patienten sein. Nicht die Erfüllung des Kinderwunsches ist der Medizin die

einzig relevante Größe, sondern die abstrakte Zahl von quantifizierbaren körperlichen Veränderungen, von wissenschaftlich meßbaren Hormonkonzentrationen gilt bereits als Erfolg, obwohl die Leidenden von diesem 'Erfolg' in keiner Weise profitieren".⁸

Beeinflußt werden die Erfolgsaussichten ebenfalls durch die Auswahl der Patientinnen sowie die Ausdehnung der Indikationsstellung. "The success of IVF is obviously age- and diagnosis-dependent".⁹ Ursprünglich sollte IVF bei Frauen angewandt werden, die verklebte und/oder verwachsene Eileiter haben. Sehr schnell kamen andere Indikationen hinzu: Endometriose, idiopathische Sterilität, Spermien-Antikörper-Reaktion, männliche Subfertilität.

Mittlerweile kommen Sterilitätsbehandlungen allgemein früher zur Anwendung, da die Zeitspanne, ab der die Diagnose "Unfruchtbarkeit" gestellt wird, zunehmend immer kürzer gefaßt wird. Für die Paare beginnen die Diagnose- und Therapieschritte damit zu einem früheren Zeitpunkt, womit die Möglichkeit von spontanen Schwangerschaften eingeengt wird. Dahinter steht eine Dynamik zwischen Medizin und ungewollt kinderlosen Paaren: Einerseits ist ein zunehmender Zugriff der Medizin zu erkennen, andererseits findet bei Paaren eine Verunsicherung statt, die sie dazu bringt, zeitlich gesehen immer früher die diagnostischen und therapeutischen Angebote in Anspruch zu nehmen. In der Literatur gibt es aber zahlreiche Belege für Schwangerschaften, die auf natürlichem Weg empfangen wurden, während die betroffenen Frauen auf den IVF-Wartelisten standen bzw. nach erfolgloser IVF Behandlung.¹⁰ Diese Zahlen übersteigen diejenigen der "Erfolgsraten" der IVF.¹¹ Wagner und St. Clair ziehen daraus folgendes Resümee: "Diese Daten lassen die Zuverlässigkeit aller Angaben über Erfolgsraten zweifelhaft erscheinen, da darin nicht der Unterschied zwischen behandelten und unbehandelten Frauen [...] zum Ausdruck kommt".¹² Außerdem fehlt der Vergleich mit konventionellen und alternativen Therapien.

1.2. Risiken für Frauen und Kinder

Zu folgenden Komplikationen kann es für Frauen aufgrund der für die Superovulationen benötigten hormonellen Stimulierungen kommen: "Überstimulation der Ovarien, Zysten, Gerinnungsstörungen, die zu Thromboembolie, Apoplexie und Herzinfarkt führen können, Molenschwangerschaft und Ovarialkrebs".¹³ Die Methoden der Eizellgewinnung sind mit der Gefahr von Blutungen, Infektionen und Verletzungen von Gefäßen und Eingeweiden verbunden, darüberhinaus besteht bei der laparoskopischen Eizellentnahme das übliche Narkoserisiko. Durch den Embryotransfer sind die Frauen ebenfalls infektionsgefährdet. So wurden z. B. 1988 in einem Krankenhaus in Rotterdam 180 Frauen durch Embryotransfers mit Gelbsucht infiziert.¹⁴

Im Falle einer Schwangerschaft kommt es über die oben erwähnten Risiken hinaus häufig zu Schwangerschaftshypertonus und Blutungen. Die Raten für Kaiserschnitte sowie für Zangengeburt sind ebenfalls bedeutend erhöht.

Bei IVF kommt es zu einer signifikant höheren Rate von Mehrlingsgeburten. Popp und Semm stellen zusammenfassend fest, daß man die Steigerungsraten bei Drillingschwangerschaften nach Sterilitätsbehandlungen in der BRD mit dem 500-fachen, für Vierlingschwangerschaften mit dem vieltausendfachen angeben kann.¹⁵ Die häufig auftretenden Mehrlingsgeburten bergen erhebliche Folgerisiken für Frauen und Kinder. Frühgeburten, reduziertes Geburtsgewicht, Komplikationen und Behinderungen verschiedener Art, Erhöhung der perinatalen und neonatalen Mortalitätsrate sind die Begleiterscheinungen dieser "erfolgreichen" medizinischen Technik.

Nach wie vor ist die IVF also eine im Versuchsstadium stehende Methode und keineswegs eine wissenschaftlich abgesicherte, zuverlässige Therapie. Während bei der Einführung von neuen Medikamenten Prüfverfahren vor ihrer Anwendung beim Menschen Voraussetzung sind, ist die IVF niemals einer gründlichen und umfassenden Prüfung etwa nach den Kriterien der Verhältnismäßig-

keit, Sicherheit und Wirksamkeit unterworfen worden. Diese Tatsache spiegelt sich auch in dem vorliegenden Gesetzesentwurf wieder, indem nämlich an keiner Stelle auch nur die minimalsten Standards für die ärztlichen Behandlungsschritte auftauchen. Die Tatsache der Facharztreife des behandelnden Arztes scheint schon Garantie genug zu sein. Daß dies nicht der Fall ist, darauf verweist allein schon die traurige Tatsache, daß weltweit mindestens sechs Todesfälle von Frauen nach bzw. bei IVF zu beklagen sind.¹⁶

2. Die Komplexität des Problems und die Unangemessenheit der Mittel

Ungewollte Kinderlosigkeit ist hinsichtlich ihrer Ursachen, ihres Verlaufs und der je persönlichen möglichen Umgangsformen ein äußerst komplexes Geschehen, das von körperlichen Gegebenheiten und Entwicklungen, Umweltfaktoren, sozialen Komponenten, der Beziehung der Partner und den individuellen Verarbeitungsformen beeinflusst wird.

Dementsprechend greift eine rein organisch ausgerichtete Problemlösungsstrategie eindeutig zu kurz. Berücksichtigt werden muß auch, daß die IVF wie auch andere Verfahren der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien lediglich auf der Erscheinungsebene behandeln, nicht aber die eigentliche Ursache, das heißt die Unfruchtbarkeit, beseitigen.

Auch wenn die Unfruchtbarkeit keine unmittelbaren körperlichen Schmerzen oder Behinderungen mit sich bringt, so ist sie doch in den meisten Fällen mit einer schweren Lebenskrise für Frauen bzw. Paare verbunden. Gesellschaftliche und individuelle Wahrnehmungen der (ungewollten) Kinderlosigkeit als Schande, Schuld, Versagen, Makel und Unfähigkeit tragen wesentlich zum Leid der Betroffenen bei. Wir bezweifeln, daß die Verfahren der neuen Reproduktionsmedizin in der Lage sind, dieses Leid zu vermindern. Zum einen verkennt die medizinische Praxis durch ihren Versuch, die

"Fruchtbarkeitskrise" einzig durch medizinisch organische Eingriffe lösen zu wollen, die komplexe Genese des Problems und hindert somit die Betroffenen daran, sich mit dessen sozialen und psychischen Komponenten auseinandersetzen zu können, zum anderen bringt die Technik an sich einen ständigen Wechsel von Hoffnung und Enttäuschung, Wut und Resignation mit sich, der eine adäquate trauernde Verarbeitung, wenn nicht verunmöglicht, so doch erschwert. Da jedoch die überwiegende Mehrheit der Frauen ohne Kind nach Hause geht, wird das Leid dieser Frauen immens vergrößert, denn sie stehen nach Monaten und Jahren physischer, psychischer und oft auch materieller Verausgabung mit leeren Händen da und rechnen sich die Erfolglosigkeit dieser Technik großteils noch als eigenes Versagen zu. "Nur dieses Leiden scheint für die Medizin kein besonderer Anlaß zu sein, dem Leidenden zu helfen. Während vor der Therapie das Leiden die wichtigste Handlungsanweisung für die Ärzte bedeutete, scheint nach der Therapie das womöglich vermehrte Leiden keine Experten auf den Plan zu rufen".¹⁷

Die IVF - wie andere Verfahren der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien - muß nicht nur aus einer medizinischen Notwendigkeit heraus verstanden werden, als potentielle Therapieform bei ungewollter Kinderlosigkeit, sondern im Kontext ihrer sozialen Anwendung und Durchsetzung sowie der damit verbundenen sozialen Folgen und der Entstehung von neuen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, die vorausgegangene Möglichkeiten zum Verschwinden bringen. Das Akzeptieren von früher durch die Natur vorgegebenen Grenzen wird erschwert und "Unfruchtbarkeit undefiniert und auf der Zeitachse verlängert".¹⁸ Die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten bringt bisherige Standards zum Wanken und relativiert damit den Zuwachs an persönlicher Freiheit. Amendt sieht denn auch die langfristigen Interessen der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien in der "Umwandlung der Heilungstechniken in allgemeine Zeugungsverfahren".¹⁹

Unfruchtbarkeit verliert für die Betroffenen ihren schicksalhaf-

ten Charakter und unterliegt bewußten Entscheidungsspielräumen. Die humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien erfordern einerseits eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Verfahren allgemein, andererseits müssen, bezogen auf die immer stärker zunehmenden diagnostischen Möglichkeiten und Therapievarianten, neue Entscheidungen getroffen und Grenzen benannt werden. Die Auseinandersetzung mit der Lebenskrise "Unfruchtbarkeit" kann damit immer wieder verschoben und potentiell verhindert werden, außerdem kann es zu einer individuellen Schuldzuschreibung kommen, wenn nicht alle Möglichkeiten genutzt werden.²⁰ Damit unterliegt die Nutzung der humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien einem indirektem, individuell auferlegten Zwang - alles tun zu müssen -, die keineswegs nur in der Option des einzelnen bleibt. "Sie hebt sich als Vehikel sozialen Zwanges gegen ihn".²¹

Mit der Ausweitung der Technologien werden auch ursprünglich nicht intendierte Bedürfnisse geweckt, wie z. B. das gesteigerte Verlangen nach IVF von Frauen zwischen 40 und 50 Jahren. Hier wird dann die weibliche Fruchtbarkeit, die bisher zeitliche Grenzen des Auslebens hatte, scheinbar ins Unendliche verlängert. Es ist aber auch denkbar und teilweise schon geschehen, daß im Rahmen der Reproduktionstechnologien Wünsche artikuliert werden, die gar nicht mehr die ungewollte Kinderlosigkeit als Ausgangsbasis haben wie z. B. der Wunsch nach Befruchtung mit Spendersamen bei Ehepaaren, die mit dem Aussehen oder der Intelligenz des Ehemannes nicht zufrieden waren.²²

Es stellt sich ein Prozeß der Eigendynamik ein, der zu einer Etablierung einer neuen Normalität führt. "Was zunächst in kleinen Schritten beginnt, auf Ausnahmegruppen beschränkt, kann schnell eine Eigendynamik gewinnen, die unsere bisherigen Lebensformen überrollt. [...] Wo neue Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, geraten auch die Standards des Handelns in Bewegung".²³

Der Prozeß der Normalisierung hat soziale Ursachen und verändert

zugleich das Verhältnis von Natur und Gesellschaft. "... die Durchsetzung von Technologien ist kein naturgesetzlich ablaufender, sondern ein sozialer Prozeß. Er wird nicht von vorgegebenen Determinanten bestimmt, sondern von gesellschaftlichen, politischen, ökonomischen Bedingungen".²⁴

Die humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien bewirken einen sozialen Wandel, der eingebettet ist "in eine immer enger werdende Vernetzung gesellschaftlicher Teilsysteme und einem immer intensiveren Zugriff auf Naturvorgänge".²⁵ Die Um- bzw. Neustrukturierung der Fortpflanzung mittels humanmedizinischen Fortpflanzungstechnologien "bringt die Frau auf den Weg zur Fruchtbarkeitsmaschine und denaturiert den Mann zum reinen Samenzuträger".²⁶

3. Alternative Umgangsformen mit ungewollter Kinderlosigkeit und umfassende Prävention von Unfruchtbarkeit

Auffallend an dem Gesetzesentwurf ist, daß nicht die Suche nach der **bestmöglichen** Antwort auf die Bedürfnisse ungewollt Kinderloser bzw. nach einem adäquaten gesellschaftlichen Umgang mit dem Problem Unfruchtbarkeit im Vordergrund steht, sondern daß die derzeit vorherrschende Lösungsstrategie in Form der Praxis der Reproduktionsmedizin in geregelte Bahnen gelenkt werden soll.

Stünden tatsächlich die Bedürfnisse der Betroffenen im Vordergrund (und nicht die der medizinischen Interessenvertreter, die ihre Handlungen gesetzlich gerne abgesichert hätten), könnten ganz andere Fragen, wie z. B. die der **Prävention** wichtig werden. So ist auffällig, daß zwar einerseits konstatiert wird, die behauptete Zunahme von Unfruchtbarkeit (hier fehlen allerdings repräsentative epidemiologische Studien über die Häufigkeit von Unfruchtbarkeit und deren eventuellen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten) sei auf die zunehmende Umweltverschmutzung zurückzuführen, daß aber andererseits noch kaum wirksame Maßnahmen, z. B. im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes, in

Angriff genommen worden sind. Der gesetzlich verankerte Schutz von bereits schwangeren Arbeitnehmerinnen greift hier eindeutig zu kurz.

Ein anderer, wichtiger Bereich der Prävention wäre die Entwicklung und Verbreitung von unschädlichen Verhütungsmitteln. So vermindert die Benutzung von Kondomen und Diaphragmen anstelle der Spirale das Unfurchtbarkeitsrisiko durch Entzündungen und daraus resultierende Verklebungen der Eileiter für Frauen um ein Vielfaches. Ebenso könnte eine bessere Prävention, Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen der Geschlechtsorgane (z. B. Chlamydien) wirkungsvoll dazu beitragen, das Problem Unfruchtbarkeit erst gar nicht entstehen zu lassen.

Es ist aber auch dringend notwendig, nicht-invasive Umgangsformen mit der ungewollten Kinderlosigkeit zu fördern. Hier wären zu nennen: alternative Heilmethoden wie Akupunktur, Homöopathie u. ä., Selbsthilfegruppen und **unabhängige** Beratungsstellen. Zum Thema Beratung sei hier angemerkt, daß es als verfehlt zu betrachten ist, nur Frauen oder Paaren, bei denen keine organischen Ursachen für ihre ungewollte Kinderlosigkeit zu finden sind, psychologische oder psychotherapeutische Beratung anzuraten. Dieses Verständnis von Psychosomatik sozusagen als "Ausschlußdiagnostik" birgt die Gefahr der Stigmatisierung. Alle von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffenen - ob sie nun medizinische Hilfe in Anspruch nehmen oder nicht - benötigen ein davon unabhängiges Angebot an qualifizierter psycho-sozialer und psychologischer Unterstützung, was - wie ausländische Erfahrungen zeigen²⁷ - durchaus erfolgreich sein kann und vor allem keine weiteren Risiken nach sich zieht.

II. Embryonen und Forschung

Der § 9 des FHG scheint eine Verwendung von entwicklungsfähigen Zellen auf die Fortpflanzungshilfe zu beschränken. Mit den genannten Ausnahmen (Entwicklungsfähige Zellen "dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies zur Herbeiführung einer Schwangerschaft oder zur Vermeidung einer außerordentlichen Gefahr für Mutter oder Kind erforderlich ist"²⁸) wird die Beschränkung jedoch teilweise wieder aufgehoben, so daß embryologische Forschung in folgenden Bereichen implizit erlaubt wird:

- Verbesserung der Technik der künstlichen Befruchtung und des Embryotransfers
- Fehlgeburtforschung
- Erkenntnisse über Entwicklung und Entwicklungschancen menschlicher Embryonen
- Chromosom- und Genomanalysen vor der Implantation von Embryonen (Prä-Implantationsdiagnostik)

Im FHG wird von entwicklungsfähigen Zellen ab der Kernverschmelzung gesprochen, wie aber wird in der gegenwärtigen medizinischen Praxis die Entwicklungsfähigkeit von Zellen (Embryonen) bestimmt? Wie ist der Status von Vorkernen, insbesondere ihr Verhältnis zu den Keimzellen und zu befruchteten Eizellen zu bewerten? Wenn z. B. mehrkernige Embryonen, die zu 10 % bei allen künstlichen Befruchtungen im Reagenzglas entstehen, als nicht entwicklungsfähig eingestuft werden, ist dann Forschung an ihnen erlaubt? Wie wird die schuldhafte Verletzung des Embryos außerhalb des Mutterleibes bei diesen Untersuchungen und Behandlungen geregelt? Was passiert mit den Keimzellen bzw. entwicklungsfähigen Zellen nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungsfristen? Sind diese dann zur Forschung freigegeben?

In den Erläuterungen wird die Geschlechts- oder Zuchtwahl ausgeschlossen. Mit der Untersuchung der entwicklungsfähigen Zellen z. B. auf geschlechtsgebundene Erbkrankheiten kann aber bei

Vorliegen einer solchen mit einer Geschlechtswahl diese außerordentliche Gefahr für das Kind "abgewendet" werden. Mit der Prä-Implantationsdiagnostik wird der Bereich der Gentechnik angesprochen, denn die neuesten Methoden zum Screening von Embryos arbeiten mit Gensonden.²⁹ Die im FHG postulierte Ausklammerung der Gentechnologie läßt sich nicht aufrechterhalten. Zwischen Genanalyse mittels Gensonden, somatischer Gentherapie und Keimbahntherapie bestehen keine unüberbrückbaren Hindernisse.

Die Tendenz in der Medizin, immer mehr Krankheiten nicht mit einer multifaktoriellen oder psychosozialen Genese, sondern mit defekten Genen zu erklären, wird den Druck verstärken, diese Krankheiten schon frühzeitig, d. h. im Reagenzglas, zu verhindern. Dann kann die Ausweitung der IVF zum Routinefortpflanzungsverfahren für Paare mit "erblicher Belastung" werden, wie es prominente IVF-Ärzte (Edwards, Wood, Mc Laren u. a.) als einen Vorteil der IVF verstehen. Diese Diagnosemöglichkeiten erhöhen auch den gesellschaftlichen Druck auf alle Frauen und Männer, sich vor der Zeugung und während der Schwangerschaft untersuchen zu lassen.

Als weitere Folgeprobleme der IVF wären die Verfahren der Mikroinjektion, das Embryosplitting, der selektive Fetozyd und die Verwendung von fetalen Keimzellen zu nennen, diese finden im FHG jedoch keine Erwähnung. Aber "so schwerwiegend die Probleme der Forschung mit Embryonen und Keimzellen auch sind, es handelt sich hierbei um Folgeprobleme, deren Entstehung erst durch den Zugriff auf weibliche Keimzellen außerhalb des Körpers einer Frau ermöglicht wurden. Medizinisch ethisch und sozial bedenklich sind nicht erst die (wachsende Zahl) von selbstgeschaffenen Folgeproblemen [...] der entsprechenden Techniken, sondern die Praxis dieser Techniken selbst."³⁰

III. Kontrolle

Der Gesetzgeber vertraut in diesem Entwurf völlig den Angaben der im Rahmen der Reproduktionsmedizin tätigen Ärzte. So ist zwar eine Berichtspflicht vorgesehen (die inhaltliche Gestaltung hängt von noch ausstehenden Verordnungen ab), es fehlen aber Instanzen, die diese Berichte auch sachgerecht kontrollieren bzw. vor Ort qualifizierte Kontrollen durchführen könnten. Es stellt sich bei der Dynamik, mit der diese Technik fortschreitet, generell die Frage, wer überhaupt noch über die fachliche Kompetenz zur effektiven Kontrolle vor allem im Bereich der Embryonenforschung verfügt? Das Wissen über diese Verfahren und Technologie ist mittlerweile derart ausdifferenziert, daß nur in diesem Bereich tätige Personen dazu befähigt wären. Dies heißt aber zugespitzt, daß sich die ForscherInnen in den Labors und Kliniken gegenseitig kontrollieren müßten, ein eher untaugliches Verfahren, weil es zu persönlichen Konflikten und Spannungen am Arbeitsplatz führen kann und die Karrieremöglichkeiten der Betroffenen unmittelbar tangiert. Hinzu kommen Schwierigkeiten der Beweisführung bei Mißbrauch. Wie ist z. B. zu beweisen, daß ein "behandelter" Embryo vor dem Eingriff entwicklungsfähig war oder nicht?

IV. Zusammenfassung

Der Gesetzesentwurf stellt die Methoden der Fortpflanzungsmedizin nicht grundsätzlich in Frage. "Mißbräuche", familienrechtliche Komplikationen sowie ein halbherziges Verbot der Embryonenforschung sind Gegenstand der Regelung. Damit wird eine die Psyche und Physis von Frauen und Kindern gefährdende medizinische Praxis legalisiert. Auf die Bedürfnisse ungewollt kinderloser Frauen und Männer, auf die sozio- und psychogenetische Komplexität der Problematik wird nicht eingegangen. Fehlende Kontrollinstanzen und -verfahren lassen an einer effektiven Durchführbarkeit des Gesetzes zweifeln.

Anhang

1. Bundesministerium für Justiz: Entwurf Fortpflanzungshilfegesetz (FHG), zu JMZ 3.509/363-I 1/90./ Beilage A, S. 21. Im folgenden wird mit "Entwurf ..." zitiert.
 2. Beier, H. M. (1989): Die internationale Entwicklung der Reproduktionsmedizin und der Forschung an menschlichen Embryonen 1988. In: Fertilität (5), Berlin.
 3. Wagner, M. G./St. Clair, P. A. (1990): Wem nützen In-Vitro-Fertilisation und Embryonentransfer? In: The Lancet - Deutsche Ausgabe. 4. Jahrgang (1). S. 12.
 4. Corea, G./Ince, S. (1987): Report of a Survey of IVF Clinicians in the USA. In: Spallone, P./Steinberg, D. L. (Hg.): Made to order. The Myth of Reproductive and Genetic Progress. Oxford, S. 133 - 145.
 5. Kentenich, H./Stauber, M. (1989): Psychosomatische Aspekte bei IVF-Paaren. Berlin, unveröffentlichtes Manuskript, S. 4.
 6. Rjosk, H.-K. (1987): In-vitro-Fertilisation und Embryo-Transfer, S. 68. In: Dietrich-Reichart, E. (Hg.): Insemination - In-vitro-Fertilisation. Percha am Starnberg, S. 29 - 82.
 7. Corea, G. (1986): Mutter Maschine. Reproduktionstechnologien - Von der künstlichen Befruchtung zur künstlichen Gebärmutter. Berlin, S. 151.
 8. Wiesing, U. (1989): Ethik, Erfolg und Ehrlichkeit. Zur Problematik der In-vitro-Fertilisation, S. 70. In: Ethik in der Medizin (1). München, S. 66 - 82.
 9. Blackwell, R. E. u. a. (1987): Are we exploiting the infertile couple? S. 738. In: Fertility and Sterility Vol. 48, No. 5, S. 735 - 739.
 10. Haney, A. F. u. a. (1987): Treatment-independent, treatment-associated, and pregnancies after additional therapy in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. In: Fertility and Sterility Vol. 47, No. 4, S. 634 - 638.
- Roh, S. I. u. a. (1987): In vitro fertilization and embryo transfer: treatment-dependent versus - independent pregnancies. In: Fertility and Sterility Vol. 48, No. 6, S. 982 - 986.
- Stauber, M. (1979): Psychosomatik der sterilen Ehe. Berlin.
11. Wagner, M. G./St. Clair, P.: a.a.O, S. 12.
 12. ebd., S. 12.

13. ebd., S. 12.
14. Wiener Zeitung, 8. 3. 1988.
15. Popp, L. W./Semm, K. (1988): Bericht über das 2. bundesweite Auswertungsseminar für IVF/ET und GIFT. 15.-17.06.1988 in Kiel, S. 209. In: Fertilität 4. Berlin, S. 208-210.
16. Klein, R. (Hg.) (1989): Das Geschäft mit der Hoffnung. Erfahrungen mit der Fortpflanzungsmedizin. Frauen berichten. Berlin. S. 218.
17. Wiesing, U. (1989): a.a.O., S. 74.
18. Beck-Gernsheim, E. (1986): Ganz normale Familien? Neue Familienstrukturen und neue Interessenkonflikte durch Fortpflanzungstechnologien, S. 282. In: Technik und sozialer Wandel. Verhandlungen des 23. Deutschen Soziologentages im Hamburg 1986. Herausgegeben im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Soziologie von Burchart Lutz. Frankfurt/M., S. 277 - 292.
19. Amendt, G. (1986): Der neue Klapperstorch. - Über künstliche Befruchtung, Samenspender, Leihmütter, Retortenzeugung. Herstein. S. 27.
20. Hölzle, Ch. (1987): Kinderlosigkeit als Krise - Reproduktionsmedizin als Rettung? Psychische Probleme der Unfruchtbarkeit und ihrer medizinischen Behandlung. In: Zipfel, G. (Hg.): Reproduktionsmedizin. Die Enteignung der weiblichen Natur. Hamburg, S. 22 - 50.
21. Van den Daele, W. (1986): Technische Dynamik und gesellschaftliche Moral. Zur soziologischen Bedeutung der Gentechnologie, S. 152. In: Soziale Welt 2/3. Göttingen, S. 149 - 172.
22. Corea, G.: a.a.O., S. 126.
23. Beck-Gernsheim, E. (1988): Zukunft der Lebensformen, S. 111. In: Hesse, J. J. u. a. (Hg.): Zukunftswissen und Bildungsperspektiven. Baden-Baden, S. 99 - 118.
24. ebd., S. 112/113.
25. Bammé, A. (1989): Wird die Biologie zur Leitwissenschaft des ausgehenden 20. Jahrhunderts? S. 443. In: Naturwissenschaft 76. München, S. 441 - 446.
26. Petersen, P. (1987): Manipulierte Fruchtbarkeit: Problematik der Retortenbefruchtung (In-vitro-Fertilisation) aus der Sicht eines Psychosomatikers, S. 330. In: Saarländisches Ärzteblatt 5. Saarbrücken, S. 317 - 334.

27. Winkler, U. et al. (1988): Broschüre für ungewollt kinderlose Frauen. Feministisches Frauengesundheitszentrum Frankfurt/M.. Frankfurt/M.
28. Entwurf ..., S. 6.
29. Schnedl, W.: Pränataldiagnostik von Erbkrankheiten. Vortrag gehalten anlässlich der wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung "Pränatale Erkrankungen und Familienplanung. 10. 11. 1989. Wien
30. Bradish, P.: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses am 9. 3. 1990: Fortpflanzungsmedizin und Embryonenforschung und mögliche gesetzliche Regelungen. Unveröffentlichtes Manuskript.