

- [55] Siehe Bericht der Kieler Nachrichten vom 12. 5. 1982 gem. dpa. Erste Gerichtsverfahren sind z. Z. anhängig, siehe Frankfurter Rundschau vom 17. 12. 1982, 25. 4. 1983.[56] Nur Reilly [2], S. 687, postuliert die genetische Elternschaft.
- [57] Giesen: Die künstliche Insemination als ethisches und rechtliches Problem, 1962, S. 182. – Pasquay [41], S. 168. Heiss [41], S. 173. – Palandt/Diedrichsen: Kommentar zum BGB. 40. § 1591 Anm. 5. – BGB-Alternativkommentar/Teubner, § 1591 Rn. 6.
- [58] Palandt/Diedrichsen [57], § 1594 Anm. 3. – BGB-Alternativkommentar/Teubner [57], § 1591 Rn. 6. – Kaiser: Künstliche Insemination und Transplantation (Arzt und Recht, 1966, S. 82). – Gernhuber: Lehrbuch des Familienrechts. 3. Aufl., S. 679. Helling: Zu den Problemen der künstlichen Insemination unter besonderer Berücksichtigung des § 203 E 1962, 1970, S. 78.
- [59] Siehe Lackner: Kommentar zum StGB. 14. Aufl., § 169 Anm. 2 b aa.
- [60] So die herrschende Meinung, siehe Systematischer Kommentar/Samson. 2. Aufl., § 169 Rn. 8.
- [61] So die heterolog inseminierenden Ärzte, siehe Gigon/Haldemann: Heterologe Insemination (Med. Klinik, 1979, S. 1375 ff.). Frankfurter Rundschau vom 20. 3. 1982.
- [62] Resolutionsentwurf über die „künstliche“ Insemination des Ausschusses für rechtliche Zusammenarbeit (CDCJ) des Europarats vom 5. 3. 1979 (DIR/JUR (79) 2); siehe hierzu Balz [1]. Giesen [1]. – Hausheer: Zur Problematik der künstlichen Insemination: Ein Beitrag aus Strassburg? (Berner Festgabe zum Schweizer Juristentag 1979, S. 209 ff.). Nach Auskunft des Bundesministers der Justiz ist die Empfehlung vom zuständigen Ministerkomitee des Europarats nicht gebilligt worden.
- [63] Statt vieler: Systematischer Kommentar/Samson. 2. Aufl., § 169 Rn. 9. – Andere Meinung Ehrhardt: Die artifizielle Insemination/Situation und Diskussionsstand in der Bundesrepublik Deutschland (Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 1976, S. 179). – Hess: Rechtsfragen der künstlichen Insemination (Deutsches Ärzteblatt, 1970, S. 2644). Zweifelnd Hanack [3], S. 188 und: Die Reform des Sexualstrafrechts und der Familiendelikte (Neue Juristische Wochenschrift, 1974, S. 2).
- [64] Oberlandesgericht Stuttgart, Neue Juristische Wochenschrift, 1968, S. 1341.
- [65] Giesen [57], S. 201, und: Arzthaftungsrecht, 1981, S. 118 ff.; ders. [1], S. 418.
- [66] Zum eingegrenzten Rechtsgut siehe H. Ostendorf: Der strafrechtliche Schutz von Drittgeheimnissen (Juristische Rundschau, 1981, S. 445 ff.).
- [67] Siehe zweiten Abschnitt.
- [68] Oben, fünfter Abschnitt.
- [68a] Der Schritt von der Beobachtung „bereitgehaltener“ Embryos durch den Physiologen Edwards in der Bourn-Hall-Klinik bei Cambridge siehe Frankfurter Rundschau vom 29. 9. 1982 – zum Experiment ist kurz.
- [69] Tepperwien: Pränatale Einwirkungen als Tötung oder Körperverletzung?, 1973. Roxin: Probleme beim strafrechtlichen Schutz des werdenden Lebens (Juristische Arbeitsblätter, 1981, S. 549).
- [69a] Siehe [54a]. Demgegenüber schlägt die Gesellschaft der Geburtshelfer und Gynäkologen in Großbritannien vor, Experimente an „überzähligen“ Embryos bis zum 17. Tag zu erlauben [24a].
- [70] Roxin [69] will sie im Anschluß an die Abtreibungsdelikte einfügen.
- [71] § 203 des Regierungsentwurfs eines Strafgesetzbuchs von 1962 (E 62).
- [72] Siehe hierzu Hanack [3], S. 178 ff.; Lüttger [3], S. 171 ff.
- [73] Siehe Deutsches Ärzteblatt, 1970, S. 1981.

Liste der im Text gebrauchten Abkürzungen:

GG – BGB Bürgerliches Gesetzbuch. PStG Personenstandsgesetz. –

IX Psycho-soziale Aspekte der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen

Helmut Lukesch, Regensburg

Inhalt

Historische und kulturvergleichende Befunde über Kinderwunsch und Kinderlosigkeit (200)

Kinderwunsch und Kinderlosigkeit in der Gegenwart (205)

Zur Frage der Korrektur von Kinderlosigkeit (209)

Aspekte der medizinisch-psychotherapeutischen Sterilitätsbehandlung (211)

Aspekte der In-vitro-Fertilisation (213)

Die Alternativen: Adoption und Pflegeelternschaft (214)

Perspektiven für die Bewertung der In-vitro-Fertilisation (216)

Professor Donda kam infolge einer Reihe von Irrtümern zur Welt. Sein Vater war eine Mestizin aus dem Indianerstamm der Navaho, an Müttern hatte er zwei und einen Bruchteil, nämlich eine weiße Russin, eine rote Negerin und schließlich Miss Aileen Seabury, eine Quäkerin, die ihn nach sieben Tagen Schwangerschaft unter besonderen Umständen, nämlich in einem untergehenden Unterseeboot gebar. Stanislaw Lem (1980, S. 144)

Eine Bewertung der neuen Möglichkeiten, eine Schwangerschaft herbeizuführen, welche sich aufgrund aktueller biologisch-medizinischer Forschungsergebnisse zu eröffnen scheinen, aus sozialwissenschaftlicher Sicht vornehmen zu wollen, bedeutet eine Auseinandersetzung mit einem äußerst facettenreichen Gegenstandsreich. Einleitend ist dabei zu fragen, welche soziale und – damit zusammenhängend – welche psychologische Bedeutung eine kinderlose Ehe für die Gesellschaft, für die verschiedenen Bezugsgruppen und schließlich für die beiden beteiligten Partner besitzt. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen wäre unvollständig, wären dabei nicht auch demographische und bevölkerungspolitische Gesichtspunkte eingeschlossen.

Auf diesem Hintergrund sind sodann die therapeutischen Angebote einer „Behandlung“ einer kinderlosen Ehe zu sehen. Die Varianten, die hier je nach vorliegender Diagnose angeführt werden, betreffen zum einen die zahlreichen herkömmlichen medizinischen oder psychotherapeutischen Vorgehensweisen [9, 76], zum anderen die neueren Möglichkeiten wie die In-vitro-Fertilisation, die künstliche Insemination mit Samen des eigenen Partners beziehungsweise eines anderen Samenspenders [68] oder das Austragen einer Schwangerschaft durch eine Surrogatmutter. Bei bestehendem Kinderwunsch ist zudem die Entscheidung für eine Adoptiv- oder Pflegeelternschaft zu diskutieren.

Bei all diesen Maßnahmen müssen schließlich Fragen nach den Erfolgsquoten, den dabei anfallenden Kosten und dem vorhandenen Nutzen ökonomischer und psychischer Art in individueller und gesellschaftlicher Sicht beantwortet werden. Obwohl bei diesem Fragenkatalog juristische und eventuelle moralische Gesichtspunkte noch gar nicht thematisiert wurden, belegt bereits diese erste Aufzählung, daß die gegenwärtig diskutierten Neuerungen der „Humantechnologie“ nicht unabhängig von zahlreichen Gegebenheiten und Alternativen gesehen werden können.

Eine Beurteilung der neu erschlossenen Perspektiven ist für den Empiriker zudem mit beträchtlichen Unsicherheiten belastet. Im Normalfall ist es nämlich notwendig, mittels eines abgesicherten experimentellen Versuchsplans und unter Verwendung eines Randomisierungsverfahrens den psychischen Effekten, welche von einer extrakorporalen Befruchtung auf die Partner ausgehen, nachzuspüren. Es wären dabei Fragen zu klären, wie: Sind die Hoffnungen bei den Eltern mit einem „Retortenbaby“ erfüllt worden? Wie stellt sich die Situation der Paare dar, deren Kinderwunsch nicht entsprochen werden konnte? Ergeben sich vergleichend in irgendeiner Dimension Vorteile für die Eltern von „Retortenkindern“ im Vergleich zu Adoptiv- oder Pflegeeltern? Praktisch ist ein solches Vorgehen aber nicht zu realisieren, da sich nicht genügend Probanden für dieses Vorhaben finden lassen. Außerdem würde der Forscher in diesem Fall auf eine ethische Grenze der empirischen Methodik verwiesen werden. Da also diese Voraussetzungen nicht erfüllt werden können, muß die nachfolgende Argumentation notwendigerweise indirekt und hypothetisch bleiben. Nichtsdestoweniger bleibt zu hoffen, daß sich trotz allem Gesichtspunkte herausstellen lassen, welche eine Bewertung der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen in psycho-sozialer Hinsicht erlauben.

Historische und kulturvergleichende Befunde über Kinderwunsch und Kinderlosigkeit

Es lassen sich bei Betrachtung früherer Gegebenheiten und aus ethnologischer Sicht zahlreiche Belege dafür anführen, daß das Ziel einer ehelichen Verbindung beziehungsweise der Erwachsenenstatus erst mit der Elternschaft erreicht wird. Durch diese soziale Norm wurde zum einen der individuelle Wunsch nach Kindern durch einen beträchtlichen äußeren Druck verstärkt, in manchen Fällen eventuell sogar erst etabliert. Auf der anderen Seite wurde damit eine Rechtfertigung für einen

biologischen Vorgang geliefert, der für die meisten Frauen in Partnerbeziehungen unausweichlich war ([49], S. 2 f.). Einige dieser Beispiele seien im folgenden beschrieben.

In fast allen religiösen Lehren wird die Elternschaft als eine moralische Verpflichtung herausgestellt. So ist zum Beispiel nach der jüdischen, christlichen (s. Kap. XI) oder mohammedanischen Lehre der Zweck einer Ehe erst mit der Geburt von Kindern erreicht, wobei Ausnahmen einer besonderen Rechtfertigung bedürfen. Kinderlosigkeit wurde hingegen als Zeichen göttlichen Mißfallens oder als Folge sündigen Verhaltens gedeutet.

Fruchtbarkeit selbst und sexuelle Potenz sind in vielen Kulturen Gegenstand religiöser Verehrung. Man denke dabei an die in der Antike zahlreichen Darstellungen in Malerei und Plastik, wobei Faune in Griechenland oder im alten Rom der Gott der Zeugungskraft, Priapus, mit erigiertem Glied abgebildet sind. Als Pendant für die kulthafte Verwendung phallusähnlicher Gegenstände (z. B. wird auch heute noch bei manchen japanischen Fischerfesten ein riesenhafter Penis herumgetragen) findet man auf der weiblichen Seite die rituelle Verehrung von Felsspalten als Abbild des weiblichen Genitals oder die Darstellung von vielbrüstigen weiblichen Gottheiten (z. B. Artemis) als Sinnbild überquellender weiblicher Schöpfungskraft.

Die Regelungen bezüglich der Rechtsgültigkeit einer Ehe stimmen mit diesen aus religiösen Überzeugungen motivierten Gebräuchen überein. In einigen Primitivkulturen wird eine Ehe erst dann als formell gültig anerkannt, wenn aus ihr Kinder hervorgegangen sind (z. B. bei den Chaggas in Tanganjika oder den Aymaras in Bolivien). Andere erlauben die Scheidung, wenn sich eine Ehe als unfruchtbar erweist. Ein solcher Schritt wird (oder wurde) auch von den großen Weltreligionen gerechtfertigt, zum Beispiel bei Impotenz des Mannes, nicht vollzogener Ehe oder fortgesetzten Versuchen eines Ehepartners, eine Empfängnis zu vermeiden. Eine andere juristische Lösung ist in solchen Fällen, daß sich der Mann eine zweite Frau nimmt (z. B. bei den Lepcha in Sikkim oder den Maoris auf Neuseeland). Dabei wird üblicherweise darauf geachtet, daß für die erste Frau eine befriedigende Situation entsteht (bei den Vietnamesen gilt beispielsweise ein Kind aus der Verbindung mit der zweiten Frau als allen drei Ehepartnern zugehörig). Um sich nicht der Schande einer kinderlosen Ehe aussetzen zu müssen, werden bisweilen vorehelicher Geschlechtsverkehr und voreheliche Empfängnis als direkter Beleg für die weibliche Fruchtbarkeit begünstigt.

Von alters her haben auch Versuche, die Ursachen der Sterilität zu diagnostizieren, zu behandeln oder Hinweise auf eine optimale Empfängnisbereitschaft zu gewinnen im medizinisch-gynäkologischen Schrifttum einen breiten Raum eingenommen. In den hippokratischen Schriften wurden zur Feststellung der weiblichen Fruchtbarkeit duftende Scheideneinlagen oder die sogenannte Räucherprobe empfohlen. Die Grundlage für diese Art der Diagnostik bildete die Überzeugung, wonach der „weibliche Samen“ im Gehirn gebildet werde und über das Rückenmark zu den Geschlechtsteilen gelange. Führt man nun in die Scheide einer Frau eine stark riechende Essenz ein (analog dazu wurde bei der Räucherprobe die Frau auf einen Stuhl gesetzt, man entzündete unter ihr ein Räuchermittel und dichtete die Frau mit Tüchern nach allen Seiten ab), so müßte nach den bis ins Mittelalter

geltenden Anschauungen bei einer fruchtbaren Frau der Duft durch die freien Wege im Körperinneren aufsteigen und von außen durch einen Dritten oder durch die Frau selbst wahrnehmbar sein [37]. Nach Aristoteles kann der männliche Samen wiederum mittels der sogenannten Schwimmprobe auf seine Tauglichkeit beurteilt werden; ungesunder Samen zerfließt an der Wasseroberfläche, gesunder sinkt auf den Grund ([50], S. 12; [76]).

Entsprechend der Hochschätzung von Fruchtbarkeit hat sich in den meisten Primitivkulturen der gesellschaftliche Status von Mann und Frau durch die Geburt eines Kindes erhöht, Kinderlosigkeit hingegen hatte soziale Abwertung und individuelles Leid zur Folge [24, 53]. Während zum Beispiel in China oder Japan eine sterile Frau als das unglücklichste Geschöpf angesehen wird, das es überhaupt geben kann, sind in Afrika unfruchtbare Frauen oft Gegenstand des Gespöts und der Verachtung. Von den Zulu-Frauen wird berichtet, sie entwickelten hysterische Angstsymptome angesichts der Vorstellung, unfruchtbar zu sein. Bei den Langos im Sudan ist Unfruchtbarkeit sogar eine so große Schande, daß Frauen deswegen Selbstmord begehen. Im antiken Rom waren Kinderlose bei der Übernahme öffentlicher Ämter oder beim Stimmrecht benachteiligt ([50], S. 5).

Obwohl es nach den angeführten Belegen so aussehen könnte, als ob Kinder in den genannten Kulturen eine unbefragte Selbstverständlichkeit und darüber hinaus ein herbeigesehntes soziales Gut gewesen wären, ist dieses Bild unvollständig. Neben dem Kindeswunsch gab es auch gegenteilige Bestrebungen. Man denke etwa an den Brauch der Kindestötung und an rituelle Kinderopfer. Zum Beispiel mußten die Patrizierfamilien in Karthago ihre erstgeborenen Söhne der Göttin Tanit opfern ([61], S. 276).

In Zeiten, in denen eine effektive Familienplanung und Kontrolle des Bevölkerungszuwachses nicht möglich war, hat die Tötung von Kindern mehrere sozial anerkannte Funktionen besessen: Kontrolle des Bevölkerungszuwachses, Illegitimität des Kindes, Unfähigkeit der Mutter, für das Kind zu sorgen, Gier nach Macht und Geld, Aberglaube, angeborene Mißbildungen und rituelle Zaubereien sind die wesentlichsten Gründe, die für eine Tötung Neugeborener anzuführen sind [69]. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß sich der Brauch der Grundsteinlegung beim Bau von Häusern davon ableitet, ein lebendes Kind in den Grundfesten einzumauern. Bereits im antiken Griechenland ist Kindestötung bezeugt ([47], S. 56): „Daß es nach dem lykurgischen Gesetz in Sparta üblich war, schwächliche und mißgestaltete Kinder in einer Schlucht des Taygetosgebirges auszusetzen, berichtet Plutarch. Selbst in Athen war dies nicht unerhört, zumal bei Mädchen nicht; man setzte die Kinder in großen tönernen Gefäßen aus, doch meistens so, daß die hilflosen Würmer von anderen, vielleicht kinderlosen oder besonders kinderlieben Leuten gefunden und aufgezogen werden konnten.“ Das spätere Wiedererkennen eines einstmals ausgesetzten Kindes ist in der Folge ein in Sagen und Erzählungen oft aufzufindendes Thema.

In Rom war das Weiterleben eines Neugeborenen vom Willen des Familienvaters abhängig; aufgrund seiner „patria potestas“ konnte er darüber entscheiden, ob das Kind aufgezogen oder getötet beziehungsweise ausgesetzt werden sollte (jus vitae ac necis). Erst im Justizianischen Recht wird diese Macht des Vaters wesentlich

schränkt. Nicht ausgesetzt durften werden: Knaben und erstgeborene Mädchen; später geborene Mädchen durften nicht vor dem dritten Lebensjahr getötet werden. Die Zwölftafelgesetze ordneten wiederum die Beseitigung aller Mißgeburten an, da man in ihnen die Folge des Einflusses böser Dämonen sah.

Die unumschränkte Verfügungsgewalt der Eltern, und vor allem des Vaters, über das Leben ihrer Kinder bestand auch bei germanischen Völkern. Hatte bei den Germanen allerdings das Kind die geringste Nahrung aufgenommen, so durfte es nicht mehr getötet werden, denn die Nahrungsaufnahme war einer der wichtigsten Aufnahmebräuche in die Sippe ([82], S. 206).

Selbst bei den Naturvölkern besitzt ein Neugeborenes nicht von vornherein den Schutz des Stammes. Gerade die in manchen Kulturen vorhandenen expliziten Verbote der Kindestötung haben zu der Vermutung veranlaßt, daß bei vielen Müttern eine starke Tendenz vorhanden ist, ihre neugeborenen Kinder loszuwerden ([24], S. 73). Ford [24] meint dazu, da sich die Einschränkungen, die eine Frau während der Schwangerschaft auf sich nehmen muß, mit der Geburt eines Kindes fortsetzen, sei eine einfühlbare motivationale Grundlage für die Kindestötung gegeben. Das illustriert eine Beobachtung bei den Copper-Eskimos: Danach wurde von einer jungen Frau zweimal hintereinander bekannt, daß sie ihre gerade geborene Tochter erstickt hatte. Da die Eltern jedesmal auf Reisen waren, hätte das Kind für sie eine große Belastung dargestellt. Außerdem war es kein Junge, der später einmal für sie hätte sorgen können. Ähnliches wird von den Murngin berichtet: Manchmal tötet eine Mutter ihr Kind, da es zu schnell auf ein bereits Geborenes nachfolgt und sie nicht genug Milch hat, um beide zu ernähren. Dort muß dies allerdings ohne Wissen des Vaters geschehen. Wenn ein Kind nach der Geburt stirbt, hegen die Väter immer den Verdacht, die Mütter könnten es im Busch erstickt haben.

Mädchen waren der Gefahr der Tötung in besonderer Weise ausgesetzt. Bei den Jakut und den Todos wurde ein Teil der weiblichen Neugeborenen routinemäßig getötet. Als Cook 1774 die Oster-Inseln entdeckte, fand er unter 700 Einwohnern nur 30 Frauen (eventuell war dies aber nicht auf die Tötung der weiblichen Neugeborenen zurückzuführen, sondern auf das bekanntlich nicht unberechtigte Mißtrauen gegenüber den fremden Weißen). Bei den Orinoko-Indianern oder den Papuas wurde einem neugeborenen Mädchen oft der Hals gebrochen. Die Athapesken entledigten sich unerwünschter Kinder durch Aussetzung. Bei den Eskimos der Beringstraße wurde das Neugeborene auf den Begräbnisplatz getragen, Mund und Ohren wurden mit Schnee vollgestopft und man ließ das Kind dann so liegen ([82], S. 312). Aber auch in Hochkulturen, wie z. B. in China, war die Tötung von Mädchen eine oft geübte Praxis. In Indien mußte unter englischer Kolonialherrschaft ein Gesetz gegen die Kindestötung geschaffen werden (Infanticide Act); selbst dann wurde die Zahl der jährlich getöteten Mädchen in die Zigtausende geschätzt.

Wo Kindestötung vorkommt, geschieht dies ohne viel Aufhebens. Bei den Apinaye schmiert sich die Mutter Gift auf die Brüste, um das Kind zu töten. Bei den Cunas wird ein unerwünschtes Kind entweder lebend begraben oder ertränkt. Zumeist wird das Kind erstickt, ausgesetzt oder man läßt es einfach verhungern. Die Mütter müssen manchmal gewisse Reinigungsriten befolgen, um die Wiederkehr einer unerwünschten Geburt zu verhindern.

Eine Sonderstellung bei der Kindestötung nimmt die Vernichtung mißgestalteter Kinder ein. Eine Mißgeburt wird von der Mutter meist schnell und heimlich getötet. Fehlentwickelte Kinder werden oft mit irgendwelchen Verfehlungen der Eltern in Zusammenhang gebracht. Bei den Javaros wird zum Beispiel angenommen, solche Kinder seien das Ergebnis inzestösen Sexualverkehrs. Die Kindestötung erfolgt aus eugenischen Gründen und diese Kulturen schützen sich damit gegen erbmäßige Fehlentwicklungen. Außerdem ist für solche Kinder häufig kein Platz in dem sozialen Schema der Gesellschaft vorgesehen, auch deshalb wird ihre Tötung von der Gesellschaft befürwortet. Wenn allerdings soziale Rollen vorhanden sind, die ein mißgestaltetes Kind einnehmen kann, wird es am Leben gelassen. So darf bei den Ashantis ein buckliges Neugeborenes überleben, da es im späteren Leben die Rolle eines „Hofnarren“ ausfüllen kann; andere Mißgeburten werden hingegen beseitigt.

Zwillingsgeburten sind – je nachdem, wie ihr Zustandekommen erklärt wird – ebenfalls der Gefahr der Tötung ausgesetzt. Nimmt man beispielsweise an, Zwillinge seien auf das Einwirken eines bösen Dämons zurückzuführen, so werden sie umgebracht. Auch die Annahme, die Frau habe mit mehreren Männern Sexualverkehr gehabt, kann zur Vernichtung der Zwillinge führen. Außerdem stellt sich bei allen Mehrlingsgeburten das praktische Problem, wie diese Kinder ernährt werden sollen. Bisweilen wird angenommen, eine Mutter besitze nicht genügend Milch, um beide Kinder zu ernähren. Bei den meisten Naturvölkern sind Zwillinge daher unerwünscht und häufig werden beide Kinder getötet. Manchmal ist auch das Geschlecht der Kinder entscheidend. Sind beide gleichgeschlechtlich, so dürfen sie überleben; ist es aber verschieden, so werden sie getötet, da man annimmt, sie hätten bereits im Mutterleib inzestöse Beziehungen miteinander haben können. Bei den Waluguru in Tanganjika wurden Zwillinge früher erstickt, indem man ihren Mund mit Holzrasche füllt ([58], S. 71). Obwohl bisweilen auch heute noch einem der Zwillinge „erlaubt wird“ zu sterben, ist dieser Brauch im Rückgang begriffen. Anstatt dessen werden die Eltern in ritueller Form beschimpft und verflucht; diese Zeremonie wird jährlich wiederholt.

Ein weiterer Grund für Kindestötung kann eine illegitime Geburt sein. Bisweilen werden Kinder auch getötet, wenn die Mutter während der Entbindung stirbt. Dieser Brauch ist auch aus der Vorzeit durch Gräberfunde gut belegt. Es wurde darauf hingewiesen, daß nach dem Tod der Mutter während der Entbindung oder in der Stillperiode keine Versorgungsmöglichkeit für das Kind vorhanden war und deshalb sei dieser Brauch nicht schrecklicher als das Schicksal, das dem Kinde sowieso bevorstanden habe ([87], S. 208).

Man führt zur Erklärung der Leichtigkeit, mit der Kinder bisweilen getötet werden, an, daß Neugeborene nicht unmittelbar als Mitglied des Stammes oder nicht als menschliche Wesen angesehen werden ([24], S. 74). Die folgenden Beispiele illustrieren diese Möglichkeit ([53], S. 200): In dörflichen Gegenden von Peru gilt ein Neugeborenes noch als „Embryo“. Bei den Siamesen wird von einem Neugeborenen erst nach drei Tagen angenommen, es habe mit der Welt der Geister gebrochen und sei in die der Menschen eingetreten. Die Bambara denken sieben Tage darüber nach, ehe das Kind offiziell in die Familie aufgenommen wird. Die afrikanischen Fangs warten mit der Namensgebung sogar einige Monate. Durch all diese Gebräu-

che wird der Zeitpunkt, ab dem ein Kind als vollwertiger und daher schützenswerter Mensch gilt, hinausgeschoben. Wenn ein Kind als Sproß eines bösen Dämons angesehen wird (z. B. bei Zwillings- oder Mißgeburten), so ist es andererseits geradezu eine Pflicht, den Stamm durch Tötung des Kindes zu schützen. Oft muß die Tötung auch unmittelbar nach der Geburt erfolgen. Bei den Copper-Eskimos muß das Kind erstickt werden, noch bevor es normal atmen kann. Wenn bei den Mbundu das Kind nicht am ersten Tag getötet wird, so muß man es nachher auch am Leben lassen. Ist ein Kind aber als Mitglied des Stammes akzeptiert (z. B. durch Namensgebung), dann treten die sozialen Schutzmechanismen in Kraft.

Betrachtet man die vielfältigen Bestrebungen für und gegen Kinder aus zahlreichen Kulturen, so ergibt sich ein durchaus ambivalentes Bild. „Der Wunsch nach Nachkommenschaft ist der menschlichen Natur nicht eingegeben; es ist dies kein grundlegender Trieb. Ganz im Gegenteil, es ist dies ein erworbenes Motiv, das dauernd durch soziale Belohnungen und Bestrafungen verstärkt werden muß“ ([24], S. 86). Sieht man dies noch im Zusammenhang mit den zahlreichen Versuchen, eine Schwangerschaft zu verhindern, so führt der „interkulturelle Überblick . . . zu dem Eindruck, daß eine delikate Balance vorhanden ist zwischen dem Druck, der hinsichtlich des Kinderbekommens ausgeübt wird, und den Versuchen, eine Schwangerschaft zu vermeiden“ ([24], S. 763).

Kinderwunsch und Kinderlosigkeit in der Gegenwart

Wirft man einen Blick auf die heute in den Industriestaaten vorhandene Situation, so findet man ebenso widersprüchliche Tendenzen in bezug auf den Kinderwunsch, wie dies bereits in historischer und kulturvergleichender Perspektive aufgewiesen wurde. Offenkundig wird dies, wenn man die einleitenden Bemerkungen zu Arbeiten, die sich mit Fragen der Behandlung einer sterilen Ehe befassen, mit denen aus Untersuchungen über Sterilisationsfolgen oder Schwangerschaftsabbrüchen vergleicht. Die einen zeichnen das Bild einer durch Kinderlosigkeit zum Unglück verdamnten Partnerbeziehung und glorifizieren die Mutterschaft, die anderen entdramatisieren und bagatellisieren Kinderlosigkeit ([6], S. 7, [48, 76], S. 3). Beide Standpunkte sind selektiv und werden der Komplexität der tatsächlichen Gegebenheiten nicht gerecht. Dies soll im folgenden dargelegt werden.

Für den Fortbestand einer Gesellschaft ist zu allererst die Reproduktion ihrer Mitglieder eine notwendige Voraussetzung. Es liegt nahe, eine solche Notwendigkeit zu einer gesellschaftlichen Norm zu erheben und Normkonformität durch mehr oder minder subtile Sanktionen zu garantieren. Beispielhaft kommt dieser Prozeß in der juristischen Absicherung der Ehe zum Ausdruck oder – in eher symbolhafter Weise – in materiellen Unterstützungen wie Kindergeld, Familiengründungsdarlehen usw. Durch den beinahe ubiquitären Charakter von Kindern in ehelichen Gemeinschaften wird zudem der normative Druck in Richtung auf Kinder verstärkt, da es eine allgemeine psychologische Erfahrungstatsache ist, daß statistisch häufige Gegebenheiten als „normal“ und darüber hinaus als verpflichtend erlebt werden. Als Resultat eines solchen Vorganges wird in der Elternschaft ein Beleg für

Geschlechtsrollenidentität, sexuelle Kompetenz und sogar für psychische Normalität einer Person gesehen.

Aufseiten des Individuums finden sich die genannten Erwartungen etwa in Befragungsergebnissen wieder. Nach Repräsentativstudien gehören bei mehr als 90% der Frauen in der Bundesrepublik Kinder einfach zu einer Ehe; spontan können auch vielfach keine darüber hinausgehenden Begründungen für einen Kinderwunsch genannt werden ([33], S. 5 und 27). Ergänzend sei erwähnt, daß daneben von Frauen altruistische Motive als häufigste Beweggründe genannt werden, während bei den Männern die Erhaltung der „eigenen Art“ im Vordergrund steht (vgl. Tab. I). Dies sind ebenfalls Gründe, deren sozialer Bezug offensichtlich ist.

Tab. I. Begründung des Kinderwunsches, Mehrfachnennungen, Angaben in Prozent ([33], S. 27).

Motive	Männer	Frauen
Wunsch nach Nachkommen, die den Namen erhalten	22	13
Kinder gehören zur Familie	19	28
Kinder als Erfüllung des Lebens, der Ehe	18	17
„Ist ein Naturgesetz“	15	11
Kinder bringen Abwechslung in die Ehe	14	9
Kinder als Lebensaufgabe	13	13
Kinder halten die Ehe zusammen	13	16
Damit die Eltern im Alter nicht allein sind	12	12
Aus Liebe zu Kindern	9	14

Neben diesen bewußtseinsnahen Begründungen für einen Kinderwunsch lassen sich noch eine Unzahl anderer Motive benennen, auf welche vor allem psychoanalytisch orientierte Autoren aufmerksam gemacht haben [15, 28, 31, 72, 78, 85]. In vielen Einzelfällen konnten dabei zahlreiche nicht-verbalisierte Facetten des Wunsches nach einem Kind aufgezeigt werden, zum Beispiel:

- Wunsch nach Zuwendung und Aufmerksamkeit von seiten der sozialen Umwelt
- Ausleben extremer Selbstliebe in sozial akzeptierter Weise
- Sehnsucht nach einem Objekt für die eigene Zärtlichkeit
- Ersatz für ein verlorenes Liebesobjekt
- Flucht aus Vereinsamung und Entfremdung
- Stabilisierung einer Partnerbeziehung
- Erzwingen einer Ehe (Partner oder Eltern unter Druck setzen)
- Streben nach Dominanz und Kontrolle über andere Menschen
- Wettbewerb mit anderen Frauen, zum Beispiel der eigenen Mutter
- Flucht aus Abhängigkeit von den Eltern oder dem Partner
- Erlösung aus der Furcht vor Unfruchtbarkeit
- Selbstbestrafungstendenzen (vor allem bei unverheirateten Frauen)
- Beweis der biologischen Vollwertigkeit und sexuellen Potenz
- Überwindung eigener Hilflosigkeit
- Fortsetzung des eigenen Lebens in die Zukunft hinein.

Nach den genannten Beweggründen kann der Kinderwunsch auch Mittel für die Erreichung anderer Ziele sein. Die gesellschaftlich vorgegebene Komponente findet dabei eine bedeutsame Ergänzung durch diese Instrumentalisierung des Kindes für die Befriedigung eher bewußtseinsferner und narzistischer Bedürfnisse. Es wäre allerdings auch hier wieder voreilig zu behaupten, daß sich – abgesehen von Extremvarianten – alle Mitglieder einer Gesellschaft dazu verleiten ließen, diesem aus externen und internen Quellen entstammenden Druck nachzugeben.

In bezug auf den Wunsch nach Nachkommen bei Ehepaaren sind verlässliche Daten nicht vorhanden. Aus dem Statistischen Jahrbuch geht zwar hervor, daß von den etwa 15 Millionen Ehepaaren in der Bundesrepublik 38,8% in Haushalten ohne ledige Kinder leben ([75], S. 64); aus dieser Zahl kann man aber nicht auf die Häufigkeit gewollt oder ungewollt kinderloser Ehen schließen, da dabei auch die Paare eingeschlossen sind, deren Kinder bereits erwachsen sind und den elterlichen Haushalt verlassen haben. Schätzungen aus anderen Quellen kommen zu sehr unterschiedlichen Angaben über die Häufigkeit kinderloser Ehen ([76], S. 12f.); je nach Methode und untersuchtem Land betragen die Angaben über kinderlose Ehen zwischen 1 und 20% [9, 77, 81], wobei gewollte Kinderlosigkeit in 1 bis 5% der untersuchten Partnerbeziehungen vorhanden sein soll. Die Zuverlässigkeit der genannten Daten ist allerdings nicht sehr hoch.

Nach den Ergebnissen einer Repräsentativerhebung der Deutschen Shell ([16], S. 639) über die heutige Jugend wollen 34% aller Befragten explizit nicht Hausfrau oder Hausmann werden und eine Heirat ist im Lebensplan von 13% der Jugendlichen nicht vorgesehen. Auf Kinder bezogene Vorstellungen werden im Vergleich dazu allerdings wesentlich seltener abgelehnt, zum Beispiel wollen nur 7% der Jugendlichen nicht Vater beziehungsweise Mutter werden und die Zielvorstellung, ein Kind gut erziehen zu können, stößt nur bei 4% auf Widerspruch. In diesen Daten wird bei einem beträchtlichen Teil der Jugend ein Widerstand gegenüber der üblichen institutionalisierten Form des partnerschaftlichen Zusammenlebens deutlich, die Einstellung gegenüber Kindern scheint hingegen nicht in gleicher Weise negativ gefärbt zu sein.

Bei der Realisierung der im Grunde genommen hohen Wertschätzung, die Kindern entgegengebracht wird, *bevor* sich für die Betroffenen die tatsächliche Entscheidung für oder gegen ein Kind stellt, treten allerdings beträchtliche Schwierigkeiten auf, die unter den Stichworten „Kinderfeindlichkeit der deutschen Gesellschaft“, „Baby-Schock“ oder „Gebärstreik der Frauen“ popularisiert worden sind [4, 14]. Bei den angestellten Analysen wird deutlich, daß der plakativen Hochschätzung von Elternschaft eine ernüchternde Wirklichkeit gegenübersteht. Außerdem sprechen Berichte über Kindesmißhandlungen für sich [10]. Die gesellschaftliche Befürwortung von Kindern verkommt angesichts dieser aufweisbaren Tatsachen zur pharisäerhaften Geste.

Wie Befunde aus der historischen Familienforschung nahelegen [3, 5], sind ökonomische Aspekte bei der Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung nicht gering zu veranschlagen. Da in den heutigen Industriestaaten der ökonomische Gewinn aus Kindern durch die Abschaffung der Kinderarbeit, die soziale Versorgung im Alter oder in Notlagen und die langen Ausbildungszeiten von Kindern im Vergleich zu

den Investitionen nicht mehr vorhanden ist, wurde der Kinderwunsch einer weiteren wesentlichen Stütze beraubt.

Zu Recht wurde in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, daß diese Tatsache und nicht die Verbesserung bei den Antikonzeptiva („Pillenknicke“) oder die Möglichkeit zum legalen Schwangerschaftsabbruch für das Zurückgehen der Anzahl der Kinder pro Familie beziehungsweise pro Frau im gebärfähigen Alter verantwortlich ist. Dieser Rückgang, der vor etwa 80 Jahren eingesetzt hat ([14], S. 16), dokumentiert sich deutlich in der Zahl der lebendgeborenen Kinder pro Frau im gebärfähigen Alter: Statistisch waren dies 1961 etwa 2,3 Kinder, 1970 bereits nur mehr 2,0 und 1979 weniger als 1,4 Kinder ([75], S. 72). Da nach verschiedenen Modellrechnungen der quantitative Bestand der Bevölkerung unter einem Wert von 2,2 Kindern als gefährdet gelten kann, wurde dieses Symptom Anlaß zu tiefschürfenden, allerdings nicht immer zutreffenden Ursachenvermutungen, denn seit langem wird der Großteil der Fruchtbarkeit einer Frau verhütet ([54], S. 42; [35]).

Fahndet man nach weiteren Indikatoren, die für den Kinderwunsch beziehungsweise die gesamtgesellschaftliche Haltung gegenüber Kindern aussagekräftig sind, so kann man nicht an der Tatsache der Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik vorübergehen. Im Jahre 1980 wurden etwa 620 000 Kinder in der Bundesrepublik geboren, zur gleichen Zeit wurden mehr als 87 000 gemeldete Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen ([75], S. 376). Zieht man noch die Dunkelziffer beziehungsweise die Trends heran, die von der „Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches“ [17] herausgearbeitet worden sind, so kann man von einer realistischen Schätzung von etwa 140 000 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr ausgehen. Dies bedeutet, daß auf etwa vier Geburten ein Schwangerschaftsabbruch kommt. Knapp drei Viertel aller Eingriffe wurden dabei aufgrund einer Notlagenindikation vorgenommen (dieser Abtreibungsgrund hat von 1978 auf 1980 eine Steigerung von 67 auf etwa 72% aller Schwangerschaftsabbrüche erfahren). Ohne auf Hintergründe und individuelle Probleme eingehen zu können, spricht das Faktum der Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen sicherlich nicht für eine unbedingte Befürwortung von Kindern. Bemerkenswert ist dabei, daß neben der Häufigkeit, mit der ein Schwangerschaftsabbruch zur Verhinderung des ersten Kindes eingesetzt wird (44%), diese Maßnahme gehäuft zur Verhinderung eines dritten (21%) oder weiteren (17%) Kindes in Anspruch genommen wird.

Indikativ für die Einstellung zu Kindern sind schließlich noch Befunde über die Häufigkeit der freiwilligen Sterilisation, heute auch als „chirurgische Kontrazeption“ bezeichnet. Wie bereits diese verharmlosende Umschreibung andeutet, wird hier ein (fast ausschließlich) irreversibler, aber sehr effektiver Eingriff als eine sozial akzeptable Methode der Wahl angeboten. In den USA sollen etwa 10% der weißen Bevölkerung sterilisiert sein, wobei das Verhältnis von Frauen zu Männern ungefähr gleich ist ([40], S. 5). Die Verbreitung dieser Methode ist in der Bundesrepublik allerdings noch nicht so groß; etwa 38 000 Sterilisationen werden pro Jahr durchgeführt, wobei sie zu über 95% Frauen betreffen ([17], S. 24). Die psychischen Folgeerscheinungen sind offensichtlich günstig, wenn diese Entscheidung bewußt getroffen und mit allen ihren Konsequenzen durchdacht wird [2, 26, 29, 30, 46, 66]. Da

dieser Weg auch Männern und Frauen offensteht, die ohne Kinder sind, deutet sich hier ein gesellschaftlicher Standpunkt an, nach dem gewollte und gezielt herbeigeführte Kinderlosigkeit mit sozialer Vollwertigkeit keineswegs kollidiert.

Versucht man die angeführten Befunde zusammenzufassen, so kommt man zu einem ähnlich widersprüchlichen Bild, wie dies bereits bei der Diskussion historischer und ethnologischer Fakten gefunden wurde. Kurz gesagt, lassen sich sowohl pro- wie auch antinatalistische Tendenzen aufweisen und Belegen der sozialen Wertschätzung von Kindern stehen Beweise massiver Kinderfeindlichkeit gegenüber. Dies bedeutet auch, daß Aussagen über allgemein auf Seiten des Individuums vorhandene Kinderwünsche nicht gemacht werden können, ausgenommen der Aussage, daß von einer beträchtlichen Vielfalt auszugehen ist. Je nach der sozialen Einbettung, kann man sich im Gefolge von Kinderlosigkeit als um eine wesentliche Lebenserfahrung betrogen fühlen und ausgeschlossen von den wesentlichen Diskussionen im Bekanntenkreis sein oder auch erleichtert, eine Sorge weniger zu haben. Es ist zudem denkbar, daß erst durch die mitleidvolle Haltung der Umgebung Kinderlosigkeit zum Problem wird und Leid erzeugt.

Im Einzelfall lassen sich also sowohl Ehepaare wie Einzelpersonen aufweisen, für die ein Kind identisch mit Sinnerfüllung des Lebens ist, wie auch solche, für die Kinder allenfalls eine lästige Begleiterscheinung oder darüber hinausgehend ein unter allen Umständen und mit allen Mitteln zu vermeidendes Übel sind. Während für die einen die Welt zusammenzubrechen scheint, wenn ihnen die Verwirklichung des Kinderwunsches versagt ist, unternehmen andere alles, um gerade dieses „freudige Ereignis“ zu vermeiden. Für die ganze Spannweite der Einstellungen gegenüber Kindern und allen Varianten, die dazwischen liegen mögen, lassen sich, so scheint es, hinreichend plausible Begründungen anführen, welche die Toleranz der jeweiligen Meinungsgegner herausfordern.

Zur Frage der Korrektur von Kinderlosigkeit

Obwohl sich Kinder in unserer Gesellschaft also keiner eindeutigen Hochschätzung erfreuen und die Elternschaft zusätzlich eine beträchtliche Beanspruchung darstellt, wurden in mehreren Arbeiten über die Situation ungewollt kinderloser Ehen Auffälligkeiten der Partner in psychischer Sicht herausgearbeitet. So wird von Platt und Mitarbeitern [67] bei ungewollt kinderlosen Frauen ein vermehrtes Ausmaß an Ängstlichkeit und emotionalen Störungen gefunden; zu ähnlich vordergründigen Resultaten kommen auch andere Autoren [59, 25]. Stauber [76] stellt bei seinen Kinderwunsch-Patientinnen Gefühle der Bedrücktheit, Selbstkritik sowie Ängstlichkeit und negativer sozialer Resonanz fest. Diese Merkmale werden aus psychoanalytischer Sicht als Folge einer narzistischen Frustration interpretiert. Andere Autoren [13, 19, 27, 38, 39, 84] betonen die belastenden Folgen ungewollter Kinderlosigkeit für die Partnerschaft und besonders die sich ergebenden Schwierigkeiten im sexuellen Bereich.

Allerdings müssen die genannten Charakteristika auch kritisch beleuchtet werden. Es ist nämlich gerade ein Kennzeichen psychischer Gesundheit, auch in

bedrückenden Situationen zu realitätsangemessenen Lösungen zu kommen. Der anhaltende Kinderwunsch und die Bereitschaft, beträchtliche Leiden, Kosten und unangenehme Untersuchungen auf sich zu nehmen, ist unter diesem Aspekt nicht immer Ausdruck psychischer Reife. Es kann sich dahinter auch der Versuch verbergen, von Problemen in anderen Lebensbereichen (wie z. B. einer brüchig gewordenen Partnerbeziehung oder Sinnlehre des Lebens) abzulenken und krampfhaft einer mit hoher Voraussicht nach unerfüllbaren, aber gemeinsam geteilten Illusion nachzujagen. Illustrativ sind dabei Resultate von Mayer ([52], S. 46), der die Partnerbeziehung von Paaren in der Sterilitätssprechstunde als „anklammernd-symbiotisch“ und ähnlich der bei neurotischen Patienten beschrieb. Gerade bei Paaren, die sich einer medizinisch-psychotherapeutischen Sterilitätsbehandlung unterziehen, ist auch der Kinderwunsch nicht immer eindeutig. Becker ([6], S. 9) spricht sogar von einer „Ambivalenz des Kinderwunsches“ und schließt nicht aus, daß „funktionelle Sterilität als Schutzfunktion bei neurotischer Schwangerschaftsangst bei der Frau“ vorkommen kann.

Bei Paaren, deren Kinderwunsch nicht erfüllt werden kann oder konnte, ist eine Idealisierung des unerreichbaren Kindes zu beobachten. Das Kind dient quasi als Messias, von dem man sich die Lösung aller Probleme erhofft [27]. Tritt eine Schwangerschaft ein, so sind gewisse Desillusionierungseffekte und Ambivalenzen gegenüber dem Kind nicht auszuschließen. So fand man in einer Untersuchung, daß nach erfülltem Kinderwunsch zwar ein allgemeiner Beschwerderückgang (eventuell als eine durch Interessenverschiebung bedingte Veränderung hypochondrischer Klagsamkeit zu interpretieren) bei den Müttern und Vätern festzustellen war, daß aber während der Schwangerschaft vermehrte Beschwerden bei Gegenüberstellung mit einem normalen Vergleichskollektiv zu finden und die Geburtseinschätzungen negativer waren [6]. In bezug auf das Kind ist illustrativ, daß signifikant kürzere Stillzeiten festzustellen waren und zudem Anzeichen vermehrter Überbehütung wie auch von wenig auf die Bedürfnisse des Kindes eingehender mütterlicher Verhaltensweisen vorhanden waren. Auch ergab sich eine erhöhte Scheidungsrate. Insgesamt bedeutet dies, daß es eine Illusion wäre, in der Erfüllung des Kinderwunsches automatisch eine Lösung aller Lebensprobleme zu sehen.

Hier ist wiederum ein Vergleich mit der Adoption eines fremden Kindes vorzunehmen. Genauso wie bei erfolgreicher Sterilitätsbehandlung werden auch dabei Probleme, zum Beispiel im Umgang mit dem Kind und im Gefolge der Änderung der innerfamiliären Rollenaufteilung, nicht ausbleiben. Es ist deshalb präventiv auf diese Belastungsfaktoren aufmerksam zu machen beziehungsweise sie als normale Begleiterscheinung der Änderung im Familiensystem einzuschätzen, um nicht einer illusionären Fehleinschätzung und eventuellen einseitigen Schuldverschiebung auf das Kind Vorschub zu leisten.

Obwohl es eine nicht hinterfragbare Selbstverständlichkeit zu sein scheint, dem Wunsch nach einer Behandlung bei einer sterilen Ehe nachzugeben, mahnen diese Befunde zu einer gewissen Vorsicht. Eine solche Entscheidung ist nicht automatisch und immer durch sich selbst gerechtfertigt, sondern muß für jeden Einzelfall neu durchdacht werden.

Aspekte der medizinisch-psychotherapeutischen Sterilitätsbehandlung

Besteht in einer in bezug auf Kinder sterilen Partnerschaft der Wunsch nach Kindern weiter, so stellt sich die Frage nach den vorhandenen Handlungsmöglichkeiten. Sich gegen die eigene Überzeugung mit dem gegebenen Zustand abzufinden und den anderen Partner selbst zum Mittelpunkt und Ziel seiner Interessen zu machen, erscheint dabei als resignative Rationalisierung.

Hingegen scheint es naheliegender und rationaler zugleich zu sein, in einer von dem Glauben an die technologische Machbarkeit und infolgedessen auch von dem Glauben an die technologische Reparierbarkeit von Mängeln geprägten Gesellschaft die medizinischen Möglichkeiten einer Sterilitätsbehandlung für sich in Anspruch zu nehmen. In dieses Erwartungs- und Überzeugungsschema passen im übrigen auch die neuen Technologien der In-vitro-Fertilisation und des Embryotransfers.

Obwohl in dem vorliegenden Zusammenhang nicht detailliert auf die einzelnen Indikationen und operativen oder medikamentösen Behandlungsformen eingegangen werden kann [9], ist ein Blick auf die Erfolgsstatistik all dieser Therapien illustrativ.

In einer Untersuchung an der I. Universitäts-Frauenklinik München wurden Erfolgsraten für 100 operativ behandelte Frauen nach etwa zwei Jahren mitgeteilt [60]. Die Konzeptionsrate betrug insgesamt zwar 32%, lebensfähige Kinder wurden aber nur in 25% geboren. Bei primär sterilen Frauen war die Erfolgsrate wesentlich geringer (19%) als bei Frauen, die bereits einmal ein Kind geboren hatten (36%). Am Rande sei noch erwähnt, daß die Geburten in nur 30% der Fälle spontan verliefen, operative Geburtshilfen waren überproportional häufig notwendig. Schließlich ist auch noch zu bedenken, daß im Gefolge der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei 10% der Frauen Komplikationen (Entzündungszeichen, Wundheilstörungen) auftraten.

An der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf wurde innerhalb eines achtjährigen Dokumentationszeitraumes eine Konzeptionsrate von 37,5% gefunden, wobei in etwa 30% die Schwangerschaft ausgetragen wurde [36]. Als Nebenergebnisse sei wieder auf die hohe Abortrate (31,6% bezogen auf die Zahl der lebendgeborenen Kinder) verwiesen, des Weiteren auf die wesentlich erhöhte Komplikationsrate während der Schwangerschaft (Klinikaufenthalte in 33,1% der Schwangerschaften), die hohe Frühgeburtenrate (16,9%) und die beträchtliche perinatale Mortalität (5,16%). Von den Geburten verliefen 68,8% spontan, die restlichen wurden durch Schnittentbindung (16,2%) oder Zangen- und Vakuumentextraktion (15%) operativ beendet. Eine an der gleichen Klinik durchgeführte Datenauswertung von 500 sterilen Paaren [70] ergab zwar wesentlich mehr eingetretene Schwangerschaften (49%), die aber nur in 27% zu mindestens einem lebensfähigem Kind geführt hatten. Das erhöhte Risiko für eine Schwangerschaft nach Sterilitätsbehandlung wird auch durch eine Untersuchung an der Universitätsklinik Frankfurt bestätigt ([50], S. 56). Diese Aussage darf jedoch nicht auf die aus solchen Schwangerschaften stammenden Kindern übertragen werden, denn bei diesen sind keine, außer den mit Abort und Frühgeburtstneigung in Zusammenhang stehenden Parametern (z. B. Mißbildungsrate, Geschlechtsverhältnis), Auffälligkeiten vorhanden [1].

Sterilitätsbehandlung mittels homologer oder heterologer Insemination [83, 73] führt ebenfalls nur bei dem kleineren Teil der auf diese Weise behandelten Paare zu einem Erfolg. In einem Kollektiv von 158 Frauen fand man in 31% der Fälle eingetretene Graviditäten, von denen aber 22,2% durch einen Abort vorzeitig beendet wurden ([80], S. 29). Zu ähnlichen Resultaten kommt auch Scheulen ([70], S. 25); bei Kappeninsemination in Verbindung mit ovulationsauslösender Therapie kam es in 28,6% der Fälle (59 Frauen) zu Schwangerschaften, ohne ovulationsauslösende Therapie in 20,8% der Fälle. Ältere Berichte enthalten noch weitaus geringere Erfolgsquoten [34].

In besonders diffiziler Weise wurde der Frage nach dem Behandlungserfolg bei Sterilitätsbehandlung von Stauber [76] nachgegangen. Bei 2323 in Sterilitätsbehandlung gestandenen Paaren kam es in 32,5% zum Eintritt einer Schwangerschaft. Darin könnte man eine der durchaus üblichen Erfolgsquoten sehen. Wesentlich ist aber, daß darauf hingewiesen wird ([76], S. 53), daß 49,7% der Graviditäten in keinem Zusammenhang mit diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen zu bringen waren, das heißt bei den die Sterilitätssprechstunde aufsuchenden Paaren traten in 15,4% spontan Schwangerschaften ein. Bei den restlichen 15,5% als Erfolg zu wertenden Graviditäten erfolgte in 7% die Befruchtung allein in zeitlichem Zusammenhang mit diagnostischen Maßnahmen; übrig bleiben also 8,52% echte Erfolge, die durch die Therapie herbeigeführt wurden. Da etwa ein Viertel (23,8%) der Schwangerschaften mit einem Abort endete ([76], S. 59), reduziert sich der Anteil echter Erfolge letztendlich auf etwa 6%.

Dieses ernüchternde Resultat äußerst geringer Erfolgsquoten einer somatischen Behandlung in Kombination mit beträchtlich mehr Spontanheilungen, wird auch von anderen Untersuchern bestätigt, die von einer zwischen 50 und 66,5% liegenden Rate spontan eingetretener Graviditäten ausgehen (zusammenfassend [52], S. 7).

Betrachtet man schließlich noch die Stichproben von Paaren, die sich einer Sterilitätsbehandlung unterziehen, so ist ein deutlicher Schichtungseffekt festzustellen [76, 6]. Diese ungleiche Ausnutzung medizinisch-psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten ist eventuell auf unterschiedliche Information, unterschiedliche Beratung durch behandelnde Ärzte und nicht zuletzt auch auf ökonomische Ungleichheiten zurückzuführen, wird doch ein beträchtlicher Teil der Sterilitätsbehandlung im Rahmen privatärztlicher Leistungen vorgenommen.

Die Erfolge bei Sterilitätsbehandlungen sind also global gesehen keineswegs überragend. Es kann keine Rede davon sein, daß eine medizinische oder eine damit kombinierte psychotherapeutische Behandlung einen Erfolg garantieren würde. Dabei sind die Komplikationsraten, die sich allein in der Folge diagnostischer Maßnahmen ergeben, nicht eingerechnet. Eine intensivere Aufklärung der Öffentlichkeit über den Stand der Technologie auf diesem Gebiet scheint dringend geboten, auch wenn dadurch die Glorifizierung des Ärztestandes abgebaut werden sollte. Die Kostenseite dieser weitgehend erfolglosen, sich aber über Jahre hinziehenden Bemühungen wird allerdings nur selten und dann verschämt thematisiert [56].

Stauber ([76], S. 1) hat mit einem Blick auf das Problem der Überbevölkerung und mit einem zweiten auf die geringen Therapieerfolge die Sinnhaftigkeit einer Sterilitätsbehandlung sogar verneint. Diese Argumentation kann noch durch die

soziale Selektivität bei der Behandlung und durch die Kosten der langjährigen und wenig zielführenden Behandlungen, die der Gemeinschaft aufgebürdet werden, weiter gestützt werden. Allerdings steht dem wieder der „große Leidensdruck vieler Paare bei versagtem Kinderwunsch“ gegenüber. Zumindest für einen Teil der Leidenden scheint die In-vitro-Fertilisation neue Hoffnungen zu erwecken.

Aspekte der In-vitro-Fertilisation

Einer Sammelstatistik [42] kann entnommen werden, daß bis zu dem damaligen Zeitpunkt (1981) von 448 Frauen 1061 Eizellen gewonnen wurden. Ein Beginn der Zellteilung der in vitro befruchteten Eizellen konnte in 13,9% der Fälle gefunden werden, Schwangerschaften resultierten insgesamt sechs, das sind 4,05%, bezogen auf die Anzahl der behandelten Zyklen, und lebende Kinder kamen in vier Fällen zur Welt (2,7% der behandelten Zyklen). Das Abortproblem scheint auch nach neueren Daten beträchtlich (39,3%) zu sein ([42], S. 196). Edwards [20] gibt an, bei 122 Patientinnen nur vierzehnmal (11,5%) eine vier Wochen bestehende Schwangerschaft erreicht zu haben.

Neuere Forschungsberichte belegen die weitgehende Erfolglosigkeit der In-vitro-Fertilisation, wenn man „Erfolg“ nicht in biologischen Parametern (z. B. Anzahl der zur Teilung angeregten Eizellen) mißt, sondern in dem Anteil lebendgeborener Kinder. So konnten Mettler und Mitarbeiter [57] in der Frauenklinik der Universität Kiel zwar bei 45 ihrer insgesamt 55 Patientinnen Follikel punktieren, allerdings wurde die Zellteilung nur in sechs Fällen erreicht; das Ziel, das die Patientinnen und ihre Partner zu dieser Behandlung bewogen hat, nämlich ein Kind auf diese Weise zu erhalten, wurde dabei in keinem Fall verwirklicht¹⁾.

Diedrich und Mitarbeiter [18] berichten aus Lübeck von 24 Patientinnen, denen auf laparoskopischem Weg (29 Laparoskopien, 84 Follikelpunktionen) 50 Eizellen entnommen werden konnten. Die Fertilisation gelang in zufriedenstellender Weise bei neun dieser Eizellen. Nach Transfer wurde hierbei in keinem einzigen Fall eine einsetzende Schwangerschaft nachgewiesen²⁾.

Einer Erlanger Forschergruppe unter Leitung von Siegfried Trotnow und Hermann Becker gelang es am 16. März 1982, das erste deutsche in vitro fertilisierte Kind zur Welt zu holen.

Feichtinger und Mitarbeiter [21] von der II. Universitäts-Frauenklinik Wien geben an, bei 50 Laparoskopien in 32% der Fälle eine reife Eizelle gefunden zu haben, wobei eine erkennbare Verbesserung mit zunehmender Erfahrung gegeben war. Die berichteten Fertilisationsraten [22] schwankten zwischen 27 und 60%, je nach angewandter Technik. Reguläre Teilungen konnten ebenfalls beobachtet werden. Die Implantation führte allerdings in keinem einzigen Fall zu einer Gravidität. Nachrichtenmeldungen zufolge kam es aber am 5. August 1982 zur Geburt des ersten österreichischen „Retortenbabys“.

¹⁾ Anm. des Herausg.:

Neueste, bisher unveröffentlichte Daten dieser Arbeitsgruppe sind in Kapitel III nachzulesen.

²⁾ Diese Arbeitsgruppe brachte Anfang 1981 ein erstes in vitro gezeugtes Kind zur Welt. Weitere Angaben aus neuester Zeit in Kapitel II.

Andere Untersucher beschränken ihre Arbeit von vorneherein auf untergeordnete Probleme, wie die Auffindung von Eizellen [41], oder brechen nach der Fertilisierung den Versuch ab, ohne einen Transfer zu versuchen [79].

Aber es gibt auch – so wird man einwenden – „erfolgreiche“ Teams, an der Spitze das von Patrick Steptoe und Robert Edwards, die in England 1978 das erste durch außerhalb des Mutterleibes vorgenommene Befruchtung und Transfer erzeugte Kind auf die Welt brachten. In der Zwischenzeit (bis Anfang 1982) sind schätzungsweise noch nicht ganz 30 weitere Kinder auf diese Weise entstanden [86], darunter auch das erste zweieiige Zwillingsspaar, das von Ian Craft, ebenfalls einem britischen Gynäkologen, in die Wege geleitet wurde. Hinter dieser scheinbar sehenswerten Bilanz stehen allerdings zehntausende Laparoskopien und Eientnahmen, die zu keinem Ergebnis geführt haben.

Obwohl man annehmen kann, daß die Technik der In-vitro-Fertilisation und des Embryotransfers auch beim Menschen weiter perfektioniert werden kann, ist eine sichere Herbeiführung einer Schwangerschaft und eines lebensfähigen Kindes ein in der Zukunft liegendes Wunschbild. Dies nicht zuletzt auch, wenn man die Lage in Analogie zu den bisher angewandten und seit Jahrzehnten verbesserten Methoden der Sterilitätsbehandlung sieht. Allerdings wird durch die marktschreierische Popularisierung der neuen Verfahren für viele eine trügerische Hoffnung geweckt. Man kann schon jetzt sagen, daß damit das Arsenal der vorprogrammierten Enttäuschungen um eine weitere Modellvariante erweitert worden ist.

Die Alternativen: Adoption und Pflegeelternschaft

Es mutet merkwürdig an, auf der einen Seite von zigtausenden Paaren zu hören, die alles unternehmen, um ein Kind zu bekommen, und auf der anderen Seite von den vielen Kindern in unserer Gesellschaft zu wissen, ganz abgesehen von denen in der ganzen Welt, die ohne Familie und unter den betrüblichsten Lebensbedingungen aufwachsen müssen. Um einen Überblick über die Kinder zu erhalten, die sozusagen zur Verfügung stehen, sind wieder einige Zahlen aus dem Statistischen Jahrbuch der Bundesrepublik illustrativ ([75], S. 400): Für das Jahr 1979 werden 67 000 Minderjährige unter Pflegeaufsicht ausgewiesen. Hinzu kommen noch etwa 42 000 Kinder, die in Säuglings- und Kinderheimen betreut werden. Weitere 28 000 werden in Erziehungsheimen versorgt. Insgesamt ergibt sich also eine Zahl von etwa 137 000 Kindern, die nicht in regulären Familien aufwachsen. Zwar stehen nicht alle dieser Kinder für eine Adoption zur Verfügung, da darunter auch eine bedeutsame Anzahl von solchen ist, die wegen einer kurz- oder mittelfristigen Krisensituation aus ihrer Familie genommen werden müssen [74], dennoch deutet sich hier ein beträchtliches Potential an Kindern an, für die eine adäquate Familienbetreuung nötig wäre.

Die Zahl der tatsächlich vorgenommenen Adoptionen ist mit knapp 10 000 im Jahr 1979 im Vergleich dazu gering; vor allem, da die Kosten der Heimbetreuung von Kindern gewaltig und die Schädigungen durch die Heimbetreuung überproportional hoch sind [10, 32, 44, 64, 65]. Man kann verschiedene Überlegungen anstellen, warum dies so ist. Wiederum ist zu bedenken, daß die Konstellation im Einzelfall anders sein kann. Die Gründe können aber im allgemeinen sowohl auf der Seite

der für eine Adoption oder Pflegeelternschaft in Frage kommenden Paare wie auch der Institutionen, welche die Kinder bislang betreuen, gesehen werden.

Bei einem Teil der Paare, die als Sterilitätspatienten behandelt werden, ist der Kinderwunsch nur vorgeschoben. Andere Probleme werden dadurch überdeckt, daß eine neue und vielleicht von vornherein unerfüllbare Gemeinsamkeit zwischen den Partnern, nämlich das leidvolle und opferbereite Erdulden einer langwierigen Sterilitätsbehandlung, ins Leben gerufen wird. Obwohl auch bei diesen Paaren nicht ausgeschlossen werden kann, daß sie einem Kind gute Eltern werden, dürften sie wegen der Ambivalenz des Kinderwunsches einer Adoption ablehnend gegenüberstehen. Ausreden, Verschiebungen oder Rationalisierungen anderer Probleme sind nämlich bei einer Adoption, die bei gegebenen Voraussetzungen sicher zu einem Kind führt, dann nicht mehr möglich, und dies kann gerade der Zustand sein, den diese Paare nur schwer ertragen können.

Ein weiterer wesentlicher Grund, welcher der Weiterverbreitung von Adoptionen entgegensteht, ist der Glaube an die Schicksalhaftigkeit der Gene. Dieser biologistische Standpunkt kommt auch in den Versuchen, zumindest die Hälfte des Genoms eines Ehepartners im Kind zu deponieren, zum Ausdruck. Donor-Insemination (sei sie nun artifiziell oder auch nicht; [68]) und Surrogatmüttertum sind dafür die entsprechenden Beispiele. Daß Elternschaft beim Menschen ein überwiegend soziales Phänomen ist, wird dabei übersehen.

Damit in Zusammenhang steht auch eine gewisse Angst vor dem Kind, und zwar eine berechtigte Angst vor der Macht des Kindes, wie sie zum Beispiel allein schon in der Beanspruchung der Eltern, aber auch in der diffizilen Beeinflussung der Eltern-Kind-Interaktionen zum Ausdruck kommt [7, 8]. Obwohl in den Genen nur unspezifische Verhaltensdispositionen, die durch den Umwelteinfluß vielfach verändert beziehungsweise konkretisiert werden können, angelegt sind, ist offensichtlich das Vertrauen in die Beherrschbarkeit der eigenen genetischen Anlagen größer als in die anderer Eltern. Auch bei Adoptionsbewerbern lassen sich solche Ängste und der Wunsch nach leichter Beherrschbarkeit finden, zum Beispiel wenn diese nur kleine Kinder oder eher Mädchen adoptieren wollen [71, 12].

Eine solche Haltung besitzt in einem gewissen Sinn eine reale Grundlage, und zwar insofern, als Kinder unausweichlich Belastungen und Enttäuschungen mit sich bringen. Offensichtlich ist es leichter, diese Situationen durchzustehen, wenn man die letzte Ursache sich selbst zuschreiben kann.

Eine ähnlich illusionäre Verkennung der Wirklichkeit ist es zu meinen, daß selbst gezeugte Kinder ohne Fehler wären oder daß gewisse Eigentümlichkeiten schon nicht so schlimm seien. Gerade die Adoption älterer Kinder, durch Heimaufenthalte geschädigter Kinder, körperlich beeinträchtigter Kinder usw. scheitert an diesem wirklichkeitsfremden Anspruch. Nur Säuglinge adoptieren zu wollen, die außerdem noch hübsch und ansonsten unauffällig sind, ist ein illusionärer Anspruch künftiger Eltern, der von den für Adoptionen verantwortlichen Institutionen zu korrigieren ist. Daß dies möglich sein kann, belegen die Erfolge der Adoptionsstelle des Stadtjugendamtes München [51].

Auf seiten der Institutionen, die Kinder betreuen, ist schließlich ein Umlernprozeß notwendig, und zwar derart, daß Erfolg nicht in der Zahl der in Institutions-

pflge stehenden, sondern in der Zahl der in normalen Familien untergebrachten Kinder gesehen wird. Ein solches Umdenken ist sicherlich nicht einfach, da Organisationen allgemein dazu tendieren, sich selbst als letzten Zweck zu sehen. Die Erfahrungen mit überproportional hohen Schädigungsraten bei hospitalisierten Kindern sollten einen solchen Umlernprozeß erleichtern, so daß die Heimunterbringung insgesamt nur zu einer kurzfristigen Notfallmaßnahme wird. Die für Adoptionen verantwortlichen Stellen sollten deshalb nicht nur bemüht sein, akribisch Listen mit Eignungs- oder Nicht-Eignungskriterien für Adoptiveltern zu erarbeiten ([71], S. 133f.), sondern sich ebenso für ein größeres Kontingent von zur Adoption freizugebenden Kindern einzusetzen.

Eine Verbesserung der Adoptionsmöglichkeiten und eine Beschleunigung der Verfahren ist eine noch zu leistende Aufgabe [62]. Damit wird nicht nur den zu Kindern bereiten Paaren eine entsprechende Tätigkeit ermöglicht, sondern zugleich wird damit eine wirksame präventive Maßnahme zur Entlastung der Gesellschaft von den Folgen potentiell schädigender Heimaufenthalte gesetzt.

Perspektiven für die Bewertung der In-vitro-Fertilisation

Wie in anderen Bereichen der modernen naturwissenschaftlichen Entwicklung auch, etwa bei der Eroberung des Weltraumes, humpelt die Wissenschaft mühsam den genialischen Entwürfen von Science-Fiction-Autoren hinterher, dabei bemüht, die Visionen eines Aldous Huxley oder eines Stanislaw Lem stückweise zur Wirklichkeit werden zu lassen. Es ist allerdings zu befürchten, daß der Begeisterung für eine neue Perspektive Ernüchterung folgt, wenn die Fiktion Realität wird. Warum dies so sein könnte, ist zwar wieder nur spekulativ zu beantworten, allerdings lassen sich einige Indizien dafür anführen, die eine solche Prognose unterstützen.

Zuerst ist an den Wissenschaftler zu denken, der bei seiner Forschung nicht nur von materiellen Ressourcen, sondern auch von internalen und externalen Bekräftigungen abhängig ist. Die publizistische Ausschlichtung von Errungenschaften im Bereich der Humantechnologie würde im Grunde für eine Intensivierung dieser Forschungsrichtung sprechen. Allerdings zeigen sich hier bereits Abnutzungerscheinungen. Nachdem die Weltpremiere von einem in einem Glasschälchen gezeugten Kind seit einigen Jahren vorbei ist und die nationalen Erst-, Zweit- und Drittpreise nach und nach vergeben werden, ist der Sensationswert solcher Berichte verlorengegangen. Ein weiteres Aufflackern des sogenannten öffentlichen Interesses bzw. der journalistischen Vermarktung dürfte noch zu verzeichnen sein, wenn die ersten Zwillinge (wie bereits geschehen), Drillinge und andere Mehrlinge auf diese Weise gezeugt werden. Aber danach werden diese Ereignisse Bestandteil des Alltags geworden und deshalb publizistisch tot sein. Das Publikum, das solche Ergebnisse beklatscht, dürfte also rar werden.

Als nächstes ist zu überlegen, an welches Klientel sich die In-vitro-Fertilisation wenden wird. Wie die Entwicklung in England zeigt, ist es fragwürdig, davon auszugehen, daß diese Behandlungsmöglichkeiten von der öffentlichen Krankenkasse bezahlt werden. Wird es sich hier um eine privatärztliche und beträchtlich kostenin-

tensive Leistung handeln, so ist eine soziale Selektion in noch größerem Maße als bereits bei den konventionellen Methoden vorprogrammiert. Da aber in einer demokratischen Gesellschaft jeder das gleiche Recht auf medizinische Behandlung besitzt, liefert eine solche voraussehbare soziale Ungleichbehandlung wieder sozialen Sprengstoff. Eine Übernahme durch die öffentliche Hand trägt andererseits zur Kostensteigerung im Gesundheitswesen bei und dürfte auf lange Sicht nicht in Frage kommen.

Aber selbst für die Mehrzahl der „Glücklichen“, die sich eine solche Behandlung leisten können, ist keinerlei Garantie für einen Erfolg, das heißt ein gesundes Kind, gegeben. Die Mißerfolgsraten sind zur Zeit so groß und die anfallenden Kosten, die ein solches Ehepaar in ökonomischer und in psychischer Hinsicht auf sich zu nehmen hat (z. B. mehrmalige Klinikaufenthalte zur Insemination, Belastung wegen Ei- und Spermengewinnung, beträchtliches Abortrisiko, erneute Behandlungsversuche), so hoch, daß dies zwangsläufig zu einer außerordentlichen Belastung und in den meisten Fällen zu einer erneuten Enttäuschung führen wird. Wer dabei mit einiger Sicherheit profitiert, ist der behandelnde Arzt, dessen Einkommen durch diese Sonderleistung aufgebessert wird, oder – solange es sich nicht um eine Routinemaßnahme handelt – der biologische Forscher, der dadurch seine wissenschaftliche Reputation erhöht, indem er seinen Fachkollegen demonstriert, daß auch er an der Spitze der Wissenschaft mitmarschiert.

Zu diskutieren ist schließlich, inwieweit die neuen Verfahren der Herbeiführung einer Schwangerschaft in demographischer Hinsicht bedeutungsvoll sein könnten. Solche Überlegungen sind vor allem in der Bundesrepublik anzustellen, seitdem nach einer Berechnung des Statistischen Bundesamtes bei gleichbleibender Geburtenrate ein Bevölkerungsrückgang von gegenwärtig etwa 60 auf 39 Millionen Einwohner im Jahre 2030 zu erwarten ist ([17], S. 188). Ohne einem Malthusianismus das Wort reden zu wollen, sei am Rande vermerkt, daß der Bevölkerungszuwachs kaum als Problem angesehen wurde, obwohl man sich auch darüber angesichts vorliegender Arbeitslosenzahlen (Jugendarbeitslosigkeit macht etwa ein Drittel aller Fälle aus, „Akademikerschwemme“) und dem „Rentnerberg“ Gedanken machen sollte. Den rapiden Anstieg der Bevölkerung kann man übrigens eindrucksvoll an der durchschnittlichen Einwohnerzahl pro Quadratkilometer in der Bundesrepublik ablesen: Während 1880 erst 92 Einwohner/km² registriert waren, waren es 1980 bereits 248 ([75], S. 50), das heißt, in einhundert Jahren erfolgte eine Zunahme der Bevölkerungsdichte um mehr als das Zweieinhalbfache.

Für die demographische Entwicklung können die zur Diskussion stehenden Methoden aber als bedeutungslos angesehen werden. Wie bereits vermerkt, sind die Erfolgsquoten bei der In-vitro-Fertilisation so gering, daß die Reichweite solcher Maßnahmen stark beschränkt ist. Und selbst wenn die Entwicklung eine Verbesserung zustande brächte, kommen dafür viel zu wenig Ehen in Frage; der von Krebs ([42], S. 190) geschätzte Jahresbedarf von 1000 bis 1500 Frauen ist von vorneherein zu niedrig, um bevölkerungspolitisch ins Gewicht zu fallen.

Sollten die neuen Technologien aber effektiviert werden können, so ist letztendlich auch mit Anwendungen zu rechnen, die als Mißbrauch angesehen werden können. Zu denken ist an die bereits heute gegebenen Fälle sogenannter Surrogatmüt-

ter, die für eine andere Frau eine Schwangerschaft austragen. Zur Zeit ist dies auf Sterilitätspatientinnen beschränkt, die auf ein zumindest durch ihren Partner gezeugtes Kind nicht verzichten wollen. Wie aus Zeitungsberichten hervorgeht, spielen für die Surrogatmütter wiederum finanzielle Motive eine Rolle. Eine Schwangerschaft austragen zu lassen, kostet etwa soviel wie ein Auto der gehobenen Mittelklasse. Laut einer Mitteilung über ein in den USA laufendes Surrogatmutter-Programm müssen zwischen fünf- und fünfzigtausend Dollar für ein solches Kind bezahlt werden [55]. Diese Möglichkeit würde durch die Perfektionierung der In-vitro-Fertilisation und des Embryotransfers noch beträchtlich ausgeweitet. Bekanntlich wurde von Edwards und Steptoe bereits eine Privatklinik in England ins Leben gerufen, in der sich Ehepaare auf diese Weise zu einem Kind verhelfen lassen können. Die Kosten von £2000 für eine Behandlung, die mit großer Wahrscheinlichkeit mehrmals wiederholt werden muß, verspricht für die Initiatoren ein sicheres Geschäft. Damit hat sich auch für den Humanbereich eingestellt, was für die analogen Tierversuche ein bestimmendes Movens war: nämlich der wirtschaftliche Vorteil, der sich aus der gezielten Beeinflussung des Befruchtungsgeschehens ergibt. Unter dieser Perspektive wäre es übrigens falsch, im Humanbereich diese Motive nicht anzusprechen und vornehme Zurückhaltung walten zu lassen.

Es ist im Bereich des Denkbaren, eine willkürliche Austauschbarkeit zwischen den Erzeugern eines Embryos und der das Kind austragenden Mutter herzustellen. Die Möglichkeiten, die sich dabei unter Verwendung von Ei- und Samenbanken bieten, sind beeindruckend. Ein Schreiber eines utopischen Romanes könnte dabei auf solche Themen kommen, wie daß die „eigentliche“ Mutter ihr Kind nicht selbst austrägt, weil sie wegen ihrer Berufstätigkeit keine Zeit dafür erübrigen will oder weil sie allgemein die Mühen oder Folgen einer Schwangerschaft (z. B. mögliche Schwangerschaftsstreifen) scheut. Ein Paar könnte auf die Idee kommen, sich Ei- und Samenzellen anderer Menschen zu besorgen, um mit Sicherheit ein besonders begabtes Kind vorzuprogrammieren. Die sich aufgrund von Irrtümern und bewußter Irreführung (eventuell unter dem Slogan: Wir bieten Samen von Nobelpreisträgern) ergebenden Komplikationen wären ein weiteres Thema der vorerst literarischen Behandlung. Der Gebrauch solcher Verfahren, um politische Ziele zu erreichen, ließe sich ebenfalls drastisch ausmalen (z. B. durch Klonung oder Chimärenbildung Zucht einer besonderen Menschenrasse). Im Bereich der Großtierzucht werden demnächst der Handel mit Embryonen, die Einrichtung von Embryobanken und die gezielte Geschlechtsbestimmung möglich sein [43]. Analoge Einrichtungen mit Menschenembryos sind ebenfalls zum Teil bekannt, auch wenn sich dagegen beträchtliche Widerstände formieren [63].

Ganz gleich, für wie realistisch man diese utopischen Möglichkeiten hält, die experimentelle Entwicklung im Labor wird davon nicht beeinflußt werden. Wissenschaftliche Entdeckungen und Forschungsrichtungen besitzen eine Eigendynamik, die von vielen getragen wird. Sozialpsychologisch ist der eine Wissenschaftler der Konkurrent des anderen, mögen sie auch räumlich weit voneinander getrennt sein, der eine mit der Reputation eines Nobelpreisträgers versehen und der andere ein Neuling sein oder aus benachbarten Wissenschaftsgebieten stammen. Die Möglichkeit, daß andere das machen, was man selbst in Antizipation bestimmter Folgen

nicht fortsetzt, stellt eine zu große Herausforderung an die freiwillige Selbstbeschränkung von Wissenschaftlern dar.

Genauso ist es aber eine Illusion zu glauben, eine politische Kontrolle wissenschaftlicher Forschung wäre möglich. Forscher sind den potentiellen Kontrolleuren weit überlegen und äußerst findig, wenn es darum geht, ihre Ideen beziehungsweise ihre willkürlichen Spielereien zu verfolgen. Außerdem dürfte es in einer demokratischen Gesellschaft immer Gruppen geben, die aus politischen oder ökonomischen Motiven solche Forschungen unterstützen. Damit soll gesagt sein, daß aller Voraussicht nach die In-vitro-Fertilisation und der Embryotransfer beim Menschen weiter entwickelt werden, und zwar gleichgültig, wie gering der potentielle Nutzen für vorhandene oder vermeintliche „Patienten“ und wie groß der zu erwartende Mißbrauch mit diesen Methoden auch sein mögen.

Literatur

- [1] Ackermann, U., G. A. Hauser: Zustand der Kinder nach erfolgreich behandelter Sterilität. *Therapeutische Umschau* **37**, 316–327 (1980).
- [2] Albani, M.: Untersuchungen über Sterilisationsfolgen an 182 Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Würzburg. (Med. Diss.) Würzburg 1980.
- [3] Aries, Ph.: *Geschichte der Kindheit*. Hanser. München 1976.
- [4] Ayek, Th., J. Stolten: *Kinderlos aus Verantwortung*. Rowohlt. Reinbek 1978.
- [5] Badinter, E.: *Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute*. Piper. München 1981.
- [6] Becker, R.: Schwangerschaftsverlauf, Geburt und postpartale Entwicklung bei Sterilitätspatientinnen mit schließlich erfülltem Kinderwunsch. (Med. Diss.) Berlin 1980.
- [7] Bell, R. Q.: Eltern, Kinder und reziproke Einflüsse. *Report Psychologie* **5**, 24–28 (1980).
- [8] Bell, R. Q., L. V. Harper: *Child effects on adults*. Erlbaum. New York 1977.
- [9] Bernoth, E., B. Bernoth: *Die Sterilität der Frau*. Thieme. Leipzig 1978.
- [10] Biermann, G. (Hrsg.): *Jahrbuch der Psychohygiene*. Reinhardt. München 1974.
- [11] Biermann, G.: *Kindeszüchtigung und Kindesmißhandlung*. Reinhardt. München 1969.
- [12] Bohmann, M.: *Adoptivkinder und ihre Familien*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 1980.
- [13] Borelli, S., H.-J. Vogt: Der infertile Partner. *Sexualmedizin* **4**, 471–476 (1975).
- [14] Dessai, E.: *Auf dem Weg in die kinderlose Gesellschaft*. Rowohlt. Reinbek 1979.
- [15] Deutsch, H.: *Psychologie der Frau*. 2. Bd. Huber. Bern 1949, 1954.
- [16] Deutsche Shell (Hrsg.): *Jugend '81*. 3. Bd. Eigenverlag. Hamburg 1981.
- [17] Deutscher Bundestag: Bericht der „Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten § 218 des Strafgesetzbuches“. Drucksache 3/3680 vom 31. 1. 80. Bonn 1980.
- [18] Diedrich, K., F. Lehmann, D. Krebs: In-vitro-Fertilisation menschlicher Eizellen und Embryotransfer. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **42**, 530–532 (1982).
- [19] Dubin, L., R. D. Amelar: Etiologic factors in 1294 consecutive cases of male infertility. *Fertility and sterility* **22**, 569–574 (1971).
- [20] Edwards, R. G.: Test-tube babies. *Nature* **293**, 253–256 (1981).
- [21] Feichtinger, W., S. Szalay, A. Beck, P. Kemeter, H. Janisch: Die Gewinnung reifer menschlicher Eizellen mittels Laparoskopie zum Zwecke der In-vitro-Fertilisierung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **41**, 400–403 (1981).
- [22] Feichtinger, W., S. Szalay, P. Kemeter, A. Beck, H. Janisch: In-vitro-Fertilisierung menschlicher Eizellen sowie Embryotransfer. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **41**, 482–489 (1981).
- [23] Ford, C. S.: Control of contraception in cross-cultural perspective. *Annals N. Y. Academy of Sciences* **54**, 763–776 (1952).

- [24] Ford, C. S.: A comparative study of human reproduction. New Haven 1945 (Yale University Publications in Anthropology, No. 32).
- [25] Franke, P. R., I. Köppe: Psychometrische Untersuchungen an Patientinnen einer Sterilitätssprechstunde. *Zentralblatt für Gynäkologie* **98**, 1473–1478 (1976).
- [26] Gehert, E.-M.: Psychische Folgeerscheinungen nach Sterilisationsoperation. (Med. Diss.). Berlin 1976.
- [27] Goldschmidt, O., C. De Boor: Psychoanalytische Untersuchung funktionell steriler Ehepaare. *Psyche* **30**, 899–923 (1976).
- [28] Greenberg, N. H., J. Loesch, M. Lakin: Life situations with the onset of pregnancy: I. The role of separation in a group of unmarried pregnant women. *Psychosomatic Medicine* **21**, 296–310 (1959).
- [29] Heering, H.-J.: Die vikariierende Sterilisation des Mannes an der urologischen Universitätsklinik Bonn. (Med. Diss.). Bonn 1980.
- [30] Hinrichsen, K.: Katamnestische Untersuchungen an 1631 freiwillig sterilisierten Frauen. (Med. Diss.). Kiel 1978.
- [31] Howells, J. G. (Hrsg.): *Modern perspectives in psycho-obstetrics*. Oliver and Boyd, Edinburgh 1972.
- [32] Hundertmarck, H., H. Ulshoef (Hrsg.): *Kleinkindererziehung*. Kösel, München 1972.
- [33] Infratest: *Familienplanung als gesundheitliche Aufgabe – Analyse*. Infratest GmbH & CoKG, München 1972.
- [34] Ingelmann-Sundberg, A., B. Westin (Hrsg.): *Fifth World Congress of Fertility and Sterility*. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam 1966.
- [35] Jürgens, H. W.: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch aus demographischer und bevölkerungspolitischer Sicht. In: A. Eser, H. A. Hirsch (Hrsg.): *Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch*, S. 13–20. Enke, Stuttgart 1980.
- [36] Jordan, I.: Sterilitätsbehandlung und Analyse der geburtshilflichen Resultate bei sterilen Ehepaaren. (Med. Diss.). Düsseldorf 1976.
- [37] Kapferer, R. (Hrsg.): *Die Werke des Hippokrates*. Bd. 1–26. Hippokrates-Verlag Stuttgart 1934–1939.
- [38] Knorre, P.: Über das Ausmaß körperlicher und psychischer Beschwerden steriler Ehepartner. *Zentralblatt für Gynäkologie* **103**, 644–649 (1981).
- [39] Knorre, P.: Zur sexuellen Entwicklung und zum Sexualverhalten steriler Ehepartner. *Geburts- und Frauenheilkunde* **41**, 301–308 (1981).
- [40] König, P. A.: Praktischer Stellenwert der Methoden zur Geburtenregelung. In: A. Eser, H. A. Hirsch (Hrsg.): *Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch*, S. 3–13. Enke, Stuttgart 1980.
- [41] Körner, H., K. Lisse: Methoden der Gewinnung menschlichen Eizellen aus dem Ovar, *Zentralblatt für Gynäkologie* **103**, 2–9 (1981).
- [42] Krehs, D.: In-vitro-Fertilisation und Blastozystentransfer. In: R. Kaiser, G. F. B. Schumacher (Hrsg.): *Menschliche Fortpflanzung, Fertilität – Sterilität – Kontrazeption*, S. 190–196. Thieme, Stuttgart 1981.
- [43] Lampeter, W. W.: Embryotransfer und Mikromanipulation am Säugerembryo. In: W. Klingmüller (Hrsg.): *Erbforschung heute*, S. 117–128. Verlag Chemie, Weinheim 1982.
- [44] Langmeier, J., Z. Matějček: *Psychische Deprivation im Kindesalter*. Urban und Schwarzenberg, München 1977.
- [45] Lem, S.: *Die phantastischen Erzählungen*. Insel-Verlag, Frankfurt a.M. 1980.
- [46] Lenhard, P.: *Die freiwillige Sterilisation der Frau in ihren psychischen, psychosomatischen und sozialen Auswirkungen*. (Med. Diss.). Köln 1977.
- [47] Licht, H.: *Sexual life in ancient Greece*. Routledge, London 1935.
- [48] Lidberg, L.: Die Psyche infertiler Partner. *Sexualmedizin* **6**, 414–417 (1976).
- [49] Lukesch, H., Ch. Holz, P. Kochenstein: *Schwangerschafts- und Geburtsängste. Verbreitung – Genese – Therapie*. Enke, Stuttgart 1981.
- [50] Maischein, M.: *Über die Behandlung steriler Ehen und der darauffolgenden Schwangerschaft*. (Med. Diss.). Frankfurt a.M. 1976.
- [51] Mantler-Bondy, B.: *Freigegeben zur Adoption*. In: J. Pechstein, E. Siebenmorgen, D. Weitsch: *Verlorene Kinder?* S. 29–42. Kösel, München 1972.
- [52] Mayer, G.-J.: *Aspekte zur Psychodiagnostik bei funktionell unfruchtbaren Paaren*. (Med. Diss.). München 1979.
- [53] Mead, M., N. Newton: *Pregnancy, childbirth and outcome. A review of patterns of culture and future research needs*. In: S. H. Richardson, A. F. Guttmacher (Hrsg.): *Childbearing, its social and psychological aspects*. Williams & Wilkins, New York 1967.
- [54] *Medical Tribune: Kinderlosigkeit als Marktlücke genutzt. Damen lassen sich besamen und verkaufen dem Vati das Kind*. S. 26. 27. 6. 1980.
- [55] *Medical Tribune: Es gibt keinen Pillenknick. Unfruchtbarkeit ist heute normal*. S. 42–44. 16. 12. 1977.
- [56] Menning, B. E.: *The emotional needs of infertile couples*. *Fertility and Sterility* **34**, 313–319 (1980).
- [57] Mettler, L., M. Seki, U. Baukloh, K. Semm: *Erste Ergebnisse zur extrakorporalen Befruchtung am Menschen*. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* **41**, 62–67 (1981).
- [58] Moller, M. S. G.: *Custom, pregnancy and child rearing in Tanganyika*. *J. Trop. Pediat.* **7**, 66–80 (1961).
- [59] Mozley, P. D.: *Psychophysiologic infertility: An overview*. *Clin. Obstet. Gynecol.* **19**, 407–417 (1976).
- [60] Morrent, S.: *Ergebnisse operativer Sterilitätsbehandlung*. (Med. Diss.). München 1979.
- [61] Moscati, S.: *Die Phöniker*. Kindler, Zürich 1966.
- [62] Napp-Peters, A.: *Adoption, das alleinstehende Kind und sein Familie*. Luchterhand, Neuwied 1978.
- [63] *Nature: Test-tube babies pillared again*. **295**, 445 (1982).
- [64] Pechstein, J.: *Umweltabhängigkeit der frühkindlichen zentralnervösen Entwicklung*. Thieme, Stuttgart 1974.
- [65] Pechstein, J., E. Siebenmorgen, D. Weitsch: *Verlorene Kinder? Die Massenpflege in Säuglingsheimen*. Kösel, München 1972.
- [66] Petersen, P.: *Die freiwillige Sterilisation als brauchbares Mittel der Familienplanung*. *Fortschritt der Neurologie und Psychiatrie* **38**, 33–52 (1970).
- [67] Platt, J. J., I. Ficher, M. J. Silver: *Infertile couples: Personality traits and self-ideal concept discrepancies*. *Fertility and Sterility* **24**, 972–976 (1973).
- [68] Raboch, J.: *Künstliche Befruchtung oder Adoption?* Rowohlt, Reinbek 1971.
- [69] Resnick, P. J.: *Infanticide*. In: J. G. Howells (Hrsg.): *Modern perspectives in psycho-obstetrics*, S. 411–431. Oliver & Boyd, Edinburgh 1972.
- [70] Scheulen, R.: *Retrospektive Untersuchung der männlichen und weiblichen Sterilität bei 500 kinderlosen Ehepaaren*. (Med. Diss.). Düsseldorf 1976.
- [71] Schulze-Müllensiefen, E.: *Zur psychologischen Problematik von Adoptivwilligen*. (Diss.). Braunschweig 1979.
- [72] Shainess, N.: *Structure of the mothering encounter*. *Journal of Nervous and Mental Diseases* **136**, 146–161 (1963).
- [73] Slunsky, R.: *Das Kind der Anderen*. *Sexualmedizin* **11**, 20–23 (1982).
- [74] *StädteTag Nordrhein-Westfalen: Pflegekinderwesen – Adoptionsvermittlung – Heimerziehung. Empfehlungen und Grundsätze*. Eigenverlag, Köln 1977.
- [75] *Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1981*. Kohlhammer, Stuttgart 1981.
- [76] Stauber, M.: *Psychosomatik der sterilen Ehe*. Grosse Vlg. Berlin 1979.
- [77] Stoll, P.: *Die kinderlose Ehe*. *Fortschr. Med.* **91**, 1045–1046 (1975).
- [78] Straker, M.: *Psychological factors during pregnancy and childbirth*. *Canad. Med. Ass. J.* **70**, 510–514 (1954).
- [79] Sundström, P., O. Nilsson, P. Liedholm: *Cleavage rate and morphology of early human embryos obtained after artificial fertilization and culture*. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* **60**, 109–120 (1981).
- [80] Ussher, E. H.: *Katamnestische Untersuchung bei kinderlosen Ehepaaren über den Eintritt einer Konzeption bzw. Geburt nach homologer Insemination bei der Ehefrau*. (Med. Diss.). Hamburg 1980.

- [81] Van Keep, P. A., H. Schmidt-Elmendorff: Partnerschaft in der sterilen Ehe. Medizinische Monatsschrift **28**, 523–527 (1974).
- [82] Von Reizenstein, F.: Das Weib bei den Naturvölkern. Neufeld und Henius. Berlin o.J. 1923.
- [83] Weller, J.: Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach 104 erfolgreichen artifiziellen donogenen Inseminationen (ADI) mit Nativ- und Kryosperma. Geburtshilfe und Frauenheilkunde **40**, 269–275 (1980).
- [84] Weller, J.: Zur psychologischen Situation der kinderlosen Ehe. Geburtshilfe und Frauenheilkunde **38**, 507–512 (1978).
- [85] Wenner, N. R., M. B. Cohen, E. Weigert, R. G. Kvarnes, E. M. Ohaneson, J. M. Fearing: Emotional problems in pregnancy. Psychiatry **32**, 389–409 (1969).
- [86] Williams, P., G. Stevens: What now for test tube babies? New Scientist **93**, 312–316 (1982).
- [87] Wright, J.: Collective review – the view of primitive people concerning the process of labor. Amer. J. Obstet and Gynec. **2**, 206–210 (1921).

X Theologisch-ethische Beurteilung der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen – Gedanken eines evangelischen Theologen

Ulrich Eibach, Bonn

Inhalt

- Manipulation der Zeugung? – Anthropologische Überlegungen (225)
„Werden“ oder „Machen“ des menschlichen Lebens? (225)
Menschliches Leben als „Geschöpf“ göttlicher und menschlicher
Liebe
Ethische Folgerungen in bezug auf die extrakorporale Befruchtung und den
Embryotransfer (231)
- Extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer als therapeutische
Maßnahme? (234)
Ethische Folgerungen in bezug auf den Embryotransfer (235)
Ethische Folgerungen in bezug auf wissenschaftliche Forschungen und
Experimente mit Embryonen (236)
- Zum moralischen „Wert“ früher Entwicklungsstadien menschlichen
Lebens (238)
Zum Beginn menschlichen Lebens (239)
Ethische Folgerungen (241)
- sozialethische Erwägungen (242)
- Zusammenfassende Auswertung (245)
-

Seit Ende der sechziger Jahre wurden in den Biowissenschaften Methoden entwickelt, durch die die Entstehung des Lebens in bisher noch nicht hinlänglich absehbarer Weise technischer Verfügung unterworfen werden kann. Nachdem das Lebens-