

Der Kampf um die Fruchtbarkeit

Über die ärztliche Bedeutung des Embryo-Transfer

Peter Petersen und Alexander Teichmann

Die Möglichkeit, weibliche Eizellen unter Umgehung des natürlichen Weges zu entnehmen, sie mit männlichem Samen in vitro zu inkubieren und den so entstandenen menschlichen Blastozysten in den Uterus zu implantieren, bedeutet für sich genommen nur einen weiteren Schritt, kinderlosen Paaren zu einem eigenen, leiblichen Kind zu verhelfen. Zweifelsohne handelt es sich um die erfolgreiche Erarbeitung einer weiteren medizinisch-therapeutischen Technik, deren Anwendung in Zukunft die durch Sterilitätsbehandlung erzielte Zahl von Schwangerschaften wesentlich erhöhen kann. So gesehen erscheint die Sache einfach und sinnvoll, sie fügt sich problemlos in das Selbstverständnis der Medizin unseres Jahrhunderts ein. Daß sie ganz so fraglos nicht ist, zeigen vielfältige Reaktionen und Stellungnahmen, so von seiten der allgemeinen Arztethik (Seidler nach Wiater 1983), der genetischen Wissenschaft (Schloot) oder auch der katholischen Moraltheologie (Böckle 1982).

Es gehört zu den unumstrittenen Grundsätzen ärztlichen Handelns, daß Eingriff und Forschung am Menschen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden darf. Der Humanembryologe Erich Blechschmidt behauptet, der Mensch sei humanembryologisch gesehen von Anfang an und unteilbar Mensch. Auch wenn dieser Grundsatz von vielen Seiten angezweifelt wird und nicht zuletzt in der katholischen Kirche die auf Aristoteles fußende Lehre des Augustinus von der Beseelung des Fötus nach 40 oder 80 Tagen auch heute noch in der aktuellen Diskussion um die Abtreibung deutliche Wirkungen zeigt, so muß neben anderer anthropologischer Argumentation (Th. Hau, H. G. Graber, A. Lommel, und S. Schindler) erwidert werden: Erstens resultiert die These Blechschmidts aus detaillierter wissenschaftlicher Forschung, und zweitens solange mit absoluter Sicherheit nicht feststeht, daß ein Embryo auch in den ersten zwei Wochen nach der Be-

fruchtung nicht Mensch ist, solange muß dieser Satz zumindest dann als gültig gelten, wenn es um Eingriffe und Experimente am Menschen geht.

Die Würde der Person und der ärztliche Eingriff

Im Gegensatz zur spontanen Zeugung und Empfängnis bei der Vereinigung von Mann und Frau operiert im Falle künstlicher Befruchtung wie auch noch weitergehend beim Embryo-Transfer ein Dritter, der Arzt als Professioneller. Er scheint legitimiert zu sein durch den Wunsch des Paares nach einem Kind. Weder hier noch bei natürlicher Zeugung und Empfängnis wird das zukünftige Kind nach seinem Einverständnis gefragt, ob es gewissermaßen überhaupt ins Leben treten wolle. Trotzdem ist beides in bezug auf das zu zeugende Kind nicht dasselbe. Inhaltlich ist die Haltung des operierenden Arztes nicht ver-

gleichbar mit der seelischen Haltung einer empfangenden Frau oder eines zeugenden Mannes, unter welchen Umständen auch immer die Zeugung selbst stattfindet. Man könnte argumentieren: die extrakorporale Befruchtung der Eizelle sei im Prinzip gleichzusetzen einer von der Absicht zur Zeugung bewegten geschlechtlichen Vereinigung oder auch einer spontanen sexuellen Vereinigung ohne diese bewußte Absicht. In keinem Falle könnte der werdende Mensch befragt werden, ob er einverstanden sei. Auch bei der geschlechtlichen Vereinigung mit nachfolgender Schwangerschaft könne man davon sprechen, das Kind werde ungefragt ins Dasein gezwungen. Diese Argumentation setzt jedoch unbedacht den professionellen Akt der extrakorporalen Insemination mit der natürlichen Zeugung und Empfängnis gleich. Diese Gleichsetzung verwischt die verschiedenen Ansprüche, die an die Legitimation und an die Bewußtheit gestellt werden müssen, so weit es sich um einen professionellen Akt handelt. Ein ärztlicher Eingriff, der ja immer von dem Grundsatz des Heilens ausgeht, muß sich durch eine vertiefte Bewußtheit, durch ein schärferes Wissen darüber legitimieren können, was er eigentlich tut und wem er zum Heile verhilft. Woher weiß der den Embryo-Transfer durchführende Arzt so genau, daß er dem Heile des ankommenden Kindes wirklich dient? Kann er das überhaupt mit den heutigen Mitteln wissen?

Diese Legitimation vom dringenden Kinderwunsch beider Eltern ableiten zu wollen scheint zumindest fragwürdig. Aus zahlreichen psychologischen Untersuchungen (P. Nijs 1975, 1980, P. Petersen 1979, P. Petersen und I. Retzlaff 1980, C. Scholz 1982, M. Stauber 1979, A. Teichmann 1983) wissen wir, daß der Begriff des Kinderwunsches außerordentlich komplizierte Wurzeln hat und nur sehr wenig über die wirkliche Haltung der künftigen Eltern im Hinblick auf das zu zeugende Kind aussagt. ▶

Embryo-Transfer

Das soll nicht heißen, daß der Kinderwunsch allgemein ein Phänomen aus der Neurosenlehre sei, vielmehr muß festgestellt werden, daß hinter der eindeutig geäußerten Aussage, ein Kind haben, oder es nicht haben zu wollen, sehr oft wechselnde Haltungen und Einstellungen stehen, die viel mit den wünschenden Personen, oft aber so gut wie nichts mit dem gewünschten oder abgelehnten Kind zu tun haben.

Ein weiteres Argument zugunsten der forcierten Zeugung könnte lauten: auch ein durch gehäufte Koitusfrequenz und Terminierung der Ovulation gezeugtes Kind könnte erzwungen sein. Dies trifft ohne Zweifel zum Teil zu. Denn die innere Haltung des Kommenlassens (P. Petersen und A. Teichmann 1983), die ja einen absichtsvollen Kinderwunsch nicht ausschließt, wird hier womöglich mehr oder weniger verdrängt durch die Haltung des Machenwollens. Beim Embryo-Transfer ist diese allgemeine Haltung nur auf die Spitze getrieben worden.

Wir können mit den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht wissen, ob der ankommende Mensch zu diesem Akt sein Einverständnis gibt. Das heißt nicht, daß die mögliche Zukunft der forciert gezeugten Kinder nicht Gegenstand ärztlicher Überlegungen sei, vielfach jedoch wird in unbedachter Weise davon ausgegangen, daß ein so intensiv gewünschtes Kind zumindest von sehr guten Voraussetzungen ausgehen könne. Dieser Auffassung können wir ohne weiteres nicht zustimmen. Immerhin sei die Frage erlaubt, ob wir ohne entsprechendes Wissen und auch ohne plausible Vermutungen über die Zukunft des zu zeugenden Kindes nach unserer ärztlichen Ethik berechtigt sind, es durch einen operativen Kunstgriff ins Dasein zu nötigen. Vielleicht wird es möglich sein, daß wir durch Steigerung und systematische Schulung unseres Bewußtseins, das heute einseitig rational ausgebildet ist, intuitive Fähigkei-

ten erlangen, die uns Aufschluß darüber vermitteln, ob und wie ein Kind notwendigerweise empfangen und gezeugt werden muß; oder anders ausgedrückt, daß wir die Gewißheit erlangen, daß ein Kind ankommen will. Dieser Gedanke ist kein mystisches Hirngespinnst, sondern durch ethnologische und ärztliche Erfahrung belegbar. Hierzu zwei Beispiele: Die Frobenius-Expedition im Jahre 1937 zum Stamm der Unambals in Nord-West-Australien (A. Lommel 1951, 1952; P. Petersen 1980) machte unter anderem eine bemerkenswerte Entdeckung: Diese Eingeborenen, deren Kulturstufe etwa unserer Steinzeit entspricht und deren umfassend schauendes Bewußtsein als magisch zu bezeichnen ist (Stufen nach Gebser), wußten vor Zeugung und Empfängnis, ob eine Kindesseele ankommen will. Und zwar dämmerte im Kopf des Mannes (nicht der Frau!) eine Art Bild des Kindes auf; dem Mann wurde der Name des Kindes bewußt. Analoge Erfahrungen sensibler Paare bei der Zeugung werden auch von anderen Autoren mitgeteilt (H. Verbrugh 1982 a, 1982 b, Petersen 1982 a, 1983, Petersen und Teichmann 1983): Während der Zeugung und Empfängnis findet bei solchen Paaren, mehr von den Frauen als von den Männern berichtet, eine tiefgreifende seelisch-leibliche Veränderung statt. Diese Veränderung dauert bis zu 24 Stunden kurz vor und nach dem physiologischen Zeugungstermin und trägt etwa diese Züge: Die Paare haben das Empfinden der unbedingten Notwendigkeit, daß jetzt *ihr* Kind kommt. Sie haben die feste Gewißheit der Ankunft. Die Befindlichkeit ändert sich in einer als hell empfundenen Stimmung, die optisch-akustisch wahrgenommene Welt um sie herum scheint lichtvoller. Diese Veränderungen sind weder Halluzinationen noch gleichen sie der üblichen Euphorie, auch das Lustgefühl des Orgasmus ist völlig anderer Natur.

Diese empirischen Hinweise gehören einer anderen Dimension des

Erlebens an als die einseitige Wahrnehmung rationaler Wissenschaftlichkeit. Aber diese Erfahrungen sind tatsächlich wahrnehmbar, und sie werden von verschiedenen Paaren unabhängig voneinander berichtet. Es wäre unwissenschaftlich, derartige Berichte nicht zur Kenntnis zu nehmen. Sie seien deswegen erwähnt, weil sie nicht nur auf die vorgeburtliche Identität und Individualität des Menschen hinweisen, sondern auch auf ein personales menschliches Sein zur Zeit von Empfängnis und Zeugung deuten. Gerade um diesen Zeitpunkt geht es aber bei der künstlichen Insemination durch ärztliche Intervention.

Der Arzt steht bei allen Eingriffen in die Fruchtbarkeit, so auch beim Embryo-Transfer, vor Fragen und Entscheidungen: Will er die Würde eines noch nicht existierenden aber werdenden Menschen respektieren – ohne weitere empirische Nachprüfungen? – dann wird er sich jeglicher Eingriffe enthalten müssen. Oder sind ihm überzeugende und empirisch überprüfte Erfahrungen bekannt, die den Eingriff als notwendig erscheinen und das Personsein des werdenden Menschen respektieren? Unter solchen sensiblen Bedingungen könnte eine künstliche Befruchtung ein hilfreiches Instrument in den Händen verantwortungsvoller und verantwortungsbewußter Ärzte sein. Oder wird der Eingriff ohne jede Rücksicht auf die Person des zu zeugenden Menschen vorgenommen? Dann handelt der Arzt, ohne genau zu wissen, was er tut, und er verletzt die Würde der Person – ein in allen zivilisierten Ländern geschütztes Menschenrecht.

Isolierte Forcierung und schöpferischer Akt

Wir sind gewohnt, von Wissenschaft zu sprechen, wenn die biologische, neuerdings auch die seelische und soziale Natur des Menschen auf Faktoren reduziert

werden, die in Maß und Zahl ausgedrückt werden können. Dieser Erkenntnisakt ist nicht nur eine Reduktion, er ist auch die Zerstückelung einer umfassenden Gestalt. So etwa wird in unserem Zusammenhang der durch den Arzt vermittelten Insemination die Fülle des seelischen Geschehens weitgehend reduziert auf den Begriff des Kinderwunsches, dessen bedingende Faktoren seit langem durch die Psychoanalyse (Wyatt 1975), neuerdings auch durch die akademische Psychologie (Scholz 1982) herausgearbeitet sind. Das hier praktizierte wissenschaftliche Prinzip ist vor etwa 350 Jahren durch den Schöpfer der wissenschaftlichen Analytik nach mechanistischem Muster, René Descartes (1596–1650), begründet worden. Es lautet verkürzt: „Das Ganze ist die Summe der Teile“.

Die Veränderung eines kleinen Teiles bedingt die Veränderung des Ganzen. Jedoch bleibt die Frage: Wird dabei das Ganze im Sinne des Ganzen oder im Sinne des Teiles verändert? Isolierte Forcierung, das heißt die vom Ganzen losgelöste Manipulation eines Teiles, steht einer integralen und auf das Ganze gerichteten Haltung des Forschenden gegenüber (Gebser 1978). Diese Haltung ist offen und beschränkt die Fülle der Erfahrung nicht. Der Streit um die Farbenlehre zwischen Isaac Newton (1643–1727) und Joh. Wolfgang v. Goethe (1749–1832) vermag die genannten wissenschaftstheoretischen Positionen zu verdeutlichen: Newton, auf Descartes fußend, zergliederte das Licht in ein definiertes Spektrum verschiedener Wellenlängen.

Goethe dagegen umfaßte in Analogie zur Ideenlehre Platons mit seiner phänomenologischen Beschreibung das Subjekt, den wahrnehmenden Menschen und sein Objekt in einer einheitlichen Theorie. Zwei Grundsätze dieser Erkenntnistheorie sind: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ – und: „Das Ganze bestimmt den Sinn der Teile“.

ZITAT

**Überraschung
bei Geburt**

„Ein weißes britisches Ehepaar, das sich nach langer Kinderlosigkeit für eine künstliche Befruchtung entschieden hatte, hat vor einigen Wochen ein Baby mit schwarzer Hautfarbe bekommen. Die Eltern seien nun ‚fuchsteufelswild‘ und ‚in einem furchtbaren Dilemma‘, schrieb Professor Duncan Mitchell in seinem jetzt veröffentlichten Buch über ‚Die künstliche Familie‘. Der Fall war bisher geheimgehalten worden ...

Nach den allgemeinen Richtlinien sollte der Samenspende dem Vater ähnlich sehen – über die Hautfarbe wird dort aber nichts ausgeführt ...

Die meisten Eltern halten die Tatsache einer solchen künstlichen Zeugung auch vor der Verwandtschaft und im Freundeskreis geheim. Deshalb steht das Ehepaar mit dem schwarzen Kind jetzt auch noch vor dem Dilemma, bösen Klatsch der Nachbarn über ihr Intimleben ertragen zu müssen.“ (Frankfurter Rundschau)

Was ist unter dem Ganzen der menschlichen Fruchtbarkeit zu verstehen? Hier eine Antwort zu finden, bedarf es zuerst bei uns Ärzten eines Wandels unserer Wahrnehmungsweisen. An die Stelle zielgerichteter wissenschaftlicher Neugier, kausal verknüpfender Ratio tritt schöpferische Intuition. Der Arzt und Wissenschaftler wird die ganzheitlichen Phänomene des Prozesses von Zeugen und Empfängnis vor dann wahrnehmen und erkennen,

wenn er eine intuitive Sensibilität bei sich selbst ausgebildet hat für die Dreierbeziehung in der geschlechtlichen Begegnung. Die geschlossene Zweierbeziehung zerbricht: Ein drittes Wesen tritt als erlebte Gestalt zwischen Mann und Frau. Dabei ist die seelische Empfindungsqualität von Empfangen und Zeugen offenbar nicht durch das biologische Geschlecht festgelegt. Männer erleben sich auch als Empfangende während des Zeugungsaktes. Der Kongress zu diesem Termin wird von beiden – auch unabhängig voneinander – als unbedingte Notwendigkeit empfunden. Die Wahrnehmung für den eigenen Körper wie auch für die umgebende Welt ist für wenige Stunden verändert. Das Paar ist erfüllt von der Gewißheit, daß ein Kind angekommen ist. Diese Gewißheit ist grundverschieden von dem Wissen, das eine Frau oder ein Mann durch das Ultraschallbild oder die Erkenntnis eines positiven Schwangerschaftstestes vermittelt bekommt (Peterson und Schwerdtfeger 1983). Diese Gewißheit scheint ähnlich unserer Erfahrung von der Existenz eines Dinges zu sein, also des schlichten, meist unreflektierten Wahrnehmens, daß wir selbst und die Dinge um uns herum einfach da sind.

Nehmen wir diese uns mitgeteilten oder selbst erlebten Phänomene als Grundlage einer anthropologischen Theorie der Fruchtbarkeit, so müssen wir feststellen, daß die auf dem zielgerichteten Kinderwunsch basierende artifizielle Insemination sich wesentlich vom schöpferischen Akt der menschlichen Zeugung unterscheidet.

**Die Glaubwürdigkeit
der ärztlichen Wissenschaft**

Im Falle der forcierten Fruchtbarmachung werden analytisch gewonnene Medizintechniken auf ein Lebensgebiet angewandt, das ganzheitlich bisher höchst dürftig erforscht worden ist. Es geht um unsere Beziehung zum noch un-

Embryo-Transfer

gezeugten Menschen, also nicht nur zum intrauterinen, sondern zu einem Menschen, der in leiblicher Gestalt noch gar nicht vorhanden ist. Natürlich kann ein Spötter vom Schlage Voltaires mit Sarkasmus sagen: „Diese Terra incognita ist ohnehin Niemandsland – hier kann man machen, was man will“. Immerhin würde dieser Sarkast sich der gleichen Naivität verdächtig machen wie Virchow, dem die Behauptung zugeschrieben wird, er habe zwar schon viele Leichen seziiert, aber die Seele des Menschen sei ihm dabei noch nicht begegnet. Der mit der extrakorporalen Befruchtung befaßte Arzt handelt in einem Lebensgebiet, dessen umfassende Ganzheit ihm unbekannt ist. Er handelt zudem mit einem Werkzeug, von dem fraglich ist, ob es der Ordnung dieses Lebensgebietes entspricht. Wirkungen und Nebenwirkungen sind somit schwer abzuschätzen. Sie dürften jedenfalls schwerer zu beurteilen sein als bei Eingriffen am geborenen Menschen.

Die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit würde es erforderlich machen, zunächst einmal einige Jahrzehnte intensiver Forschung mit integralen Methoden ins Land gehen zu lassen und dann zu erwägen, ob diese Technik der künstlichen Befruchtung diesem Lebensgebiet überhaupt angemessen ist. Aber nicht einmal im Falle der sei es homologen oder heterologen Insemination liegen bisher umfassende Nachuntersuchungen vor, die das leibliche, seelische und soziale Schicksal des auf diese Weise gezeugten Kindes und seiner Eltern beschreibt. Vom wissenschaftlichen und ärztlichen Standpunkt her wäre es notwendig, zumindest der Anwendung derartiger Techniken begleitende biografische Forschung solchen fundamentalen Eingriffen in das menschliche Dasein folgen zu lassen.

Die bisherigen vereinzelten Nachuntersuchungen von Kindern, die nach intensiver Sterilitätsbehandlung geboren sind, geben Anlaß zu

kritischem Nachdenken. Stauber (1979) beschreibt in seinem Buch „Die Psychosomatik der sterilen Ehe“ ein eindrucksvolles Beispiel schwerer seelischer Fehlentwicklungen des Kindes nach forcierter Fruchtbarmachung bei unfruchtbaren Eltern mit neurotisch geprägtem Charakter.

Der ärztliche Grundsatz des „Nil nocere“, des Wissens also darüber, daß niemandem, auch dem zum Leben zu verhelfenden Kinde ein Schaden zugefügt werden wird, sollte gerade dann, wenn es um die Existenzfrage eines Menschen geht, Gegenstand intensiver Reflexion sein. Die Verantwortung des Arztes geht im Falle der Sterilitätsbehandlung über die aktuelle Beziehung zum sterilen Paar hinaus. Sie ist in allererster Linie eine Verantwortung für das ungeborene Kind, dessen Sein oder Nichtsein der eigentliche Gegenstand ärztlicher Entscheidung ist.

Der Wunsch nach dem leiblichen Kind

Aus zahlreichen psychologisch-medizinischen Untersuchungen wissen wir: Der Begriff des Kinderwunsches ist so vielschichtig, daß ein unbedachter und undifferenzierter Gebrauch mehr Verwirrung als Klarheit zu stiften vermag (Wyatt 1975, Petersen 1979, Stauber 1979, Scholz 1982, Teichmann 1983). Ganz ohne Zweifel ist der aus einer intakten Beziehung resultierende Wunsch nach einem Kind ein wesentlicher Grundpfeiler menschlicher Existenz überhaupt. Ebenso wenig kann Zweifel daran bestehen, daß zahlreiche Varianten seelisch-geistiger Vorgänge in der Aussage münden, ein Kind haben zu wollen, deren prospektive Auswirkungen auf den ins Leben zu rufenden Menschen als höchstbedenklich angesehen werden können. Wenn der Kinderwunsch keinen Raum mehr für das Kind als eigenständiges Wesen übrig läßt, sondern es in ein System sehr individueller Abhängig-

keiten und Zwänge hineinpflanzt, müssen wir uns fragen, ob wir Ärzte uns zum Werkzeug solcher Wünsche machen dürfen. Bedenkenswert ist auch die Beobachtung, daß sterile Paare häufig dem Adoptionsgedanken vor allem deshalb völlig unzugänglich sind, weil in der Vorstellung eines eigenen Kindes der Wahn einer erbbiologischen Unsterblichkeit waltet: „Wir leben in unserem Kinde weiter“. Nijs (1975) beschreibt in einer Studie über 96 Paare mit Inseminationsbehandlung diese Haltung wie folgt:

„Die einzigen echten Kinder sind die eigenen; die einzig echte Mutter ist die natürliche; die einzig wirklichen Eltern sind die biologischen. Der Mythos vom eigenen Fleisch und Blut, der Mythos der Blutsbande ist noch am Leben!“

Diese Haltung ist auf die Vergangenheit gerichtet und an der Vergangenheit orientiert. Das, was ich als Fleisch und Blut von meinen Eltern und Voreltern vererbt bekam, soll weiterdauern in alle Ewigkeit.

Auf die Zukunft gerichtet dagegen ist eine Lebenseinstellung, die dem Kind als dem Neuen einen großen Freiraum ermöglicht. Das ist Offenheit, Offenheit bezieht sich nicht nur auf das Wesen des Kindes, sondern auch auf die Art und Weise seiner Ankunft: Die Eltern sind innerlich bereit für das Kind, aber sie sind nicht durch einen triebartigen Wunsch fixiert, ebenso liegt ihnen die Haltung des Kindermachens fern. „Nicht machen, sondern kommen lassen“, so läßt sich ihre innere Haltung gegenüber der Ankunft ihres Kindes beschreiben.

Als Ärzte können wir dazu beitragen, welche Haltung wir bei unseren Patienten fördern, verstärken oder durch unser Angebot unreflektierter Wunscherfüllung womöglich festlegen: ungezügelt machen wollen, das im Grunde keinen Raum für die eigenständige Zukunft eines neuen Menschen

läßt, oder demutsvolles Kommen-lassen?

Der Arzt als Begleiter des Leidens

Leiden, Krankheit und Sterben zu begleiten war seit jeher eine zentrale Aufgabe des Arztes. Leiden kann einen biografischen Sinn haben, dann, wenn zum Beispiel der Kranke die ihm zunächst fremde Krankheit im tieferen und höheren Sinn akzeptiert und sie als seine eigene integriert, wenn der Kranke den blinden Schicksalsschlag verwandelt in seinen höchstpersönlichen innerlichen Besitz, der für ihn positiven Wert erhält. Es gehört Geduld, Mut und Zeit dazu, um diesen Prozeß der Verwandlung sich vollziehen zu lassen – vor allem der Arzt hat Geduld, Mut und Zeit dafür aufzubringen. Das griechische Verbum *therapeuo* hat in allererster Linie diese Bedeutung: dienen, begleiten. Dienst als Begleitung des Leidenden gehört zum Urbild des Arztes. So segensreich sich der Schritt vom bloßen Begleiten des Leidens hin zur Möglichkeit des Heilens in der modernen Medizin ausgewirkt hat, so sehr ist in einer Ideologie der Befreiung vom Leide der Sinn für die existentielle Bedeutung des Leidens in der Krankheit verloren gegangen. Nicht umsonst nehmen Ärzte zu nutzloser Polypragmasie besonders dann Zuflucht, wenn sie an die Grenzen der Machbarkeit gestoßen sind.

Auch Kinderlosigkeit kann einen tiefgehenden biografischen Sinn für das betroffene Paar haben. Diesen Sinn zu verstehen und die Patienten auf dem Weg zum Verständnis ihres Schicksals anzuleiten ist eine Voraussetzung sinnvollen Einsatzes vorhandener Technologien. Dem Paar die Möglichkeit zur intensiven Besinnung auf seine gegenwärtige Lebenslage als kinderlose Ehepartner zu geben, ihm zu helfen, Kinderlosigkeit nicht als Manko, sondern als positive Lebens Tatsache anzusehen, ist eine ebenso wichtige ärzt-

liche Handlung wie das Angebot häufig erfolgloser medizintechnischer Intervention. Auch das Gegenteil des Kampfes um ein leibliches Kind muß zum ärztlichen Repertoire gehören: bewußter Verzicht als Chance für eine vertiefte Partnerschaft, produktive Verarbeitung von Leiden. Voraussetzung dafür ist der innere und bewußte Verzicht auf eigene leibliche Kinder. In diesem Falle wäre der Arzt der Begleiter auf dem Weg menschlichen Verzichtes. So ungewöhnlich diese Frage ist, die im Hintergrund steht, so wesentlich erscheint es uns, sie zu stellen: Gibt es für den Menschen ein Recht auf Leiden ebenso wie es ein Recht auf Glück und Wohlbefinden gibt?

Der Arzt wird sich zu entscheiden haben: Will er auf mechanistische Weise dabei helfen, Leiden zu verdrängen, oder will er dem Paar die Möglichkeit geben, das leidvolle Schicksal der Kinderlosigkeit als ihr eigenes anzunehmen und am Ende dieses Prozesses in echter Weise auf leibliche Kinder zu verzichten? Zur Diskussion steht hier eine Ethik des unbewußten Machens gegen eine Ethik des bewußten Verzichtes und der bewußten Beziehung. Echte Entscheidungen sind nur möglich, wenn wirkliche Alternativen denkbar und realisierbar erscheinen. Die Entscheidung zur forcierten Fruchtbarmachung muß die Möglichkeit bewußten Verzichtens berücksichtigen.

Wesentliche Fortschritte der Wissenschaft schließen stets auch die Chance höherer und erweiterter Bewußtheit ein. Erkenntnis an sich, die Erweiterung von Wissen und Können, sind als solche wertfrei. Die Verantwortung im Umgang mit einer neuen Möglichkeit jedoch macht eine vertiefte Reflexion über die Anwendung neuer Erkenntnisse notwendig. Es geht nicht um die Frage, ob die extrakorporale Befruchtung sein darf oder nicht, vielmehr geht die Diskussion um die Voraussetzungen, unter denen man sich ihrer be-

dient. Zu diesen Voraussetzungen gehört vor allem: ein vermehrtes Wissen um das therapeutische Tun, eine gesteigerte Bewußtheit und Verantwortung nicht nur dem kinderlosen Paar, sondern auch dem vorgeburtlichen Menschen gegenüber und nicht zuletzt die Möglichkeit bewußten Verzichtes. Nur so kann aus dem Umgang mit neuen Technologien wirklicher Fortschritt sich entwickeln.

Literatur bei den Verfassern

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. med. Peter Petersen
Arbeitsbereich Psychotherapie
im Zentrum Frauenheilkunde
der Medizinischen
Hochschule Hannover
Pasteurallee 5
3000 Hannover

Dr. med. Alexander Teichmann
Zentrum Frauenheilkunde
der Universität Göttingen
Humboldtallee 3
3400 Göttingen

Anmerkung der Redaktion: Von denselben Verfassern wurde in Heft 41/1983 ein Aufsatz unter dem Titel „Unsere Beziehung zur Kindesankunft“ veröffentlicht.

ZITAT

Heiße Eisen

„Die heißen Eisen liegen auf der Straße, lassen Sie sie uns fröhlich anpacken!“

Dr. med. Helmuth Klotz,
1. Vorsitzender des BPA,
Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands e. V., beim 6. Deutschen Hausärztag am 16. September 1983 in Lindau, auf dem er sich in einem Grundsatzreferat mit den „künftigen Perspektiven“ und dem „Status praesens“ der Allgemeinärzte und der primärärztlichen Versorgung vor der BPA-Delegiertenversammlung auseinandersetzte.