

**Informations- und  
Diskussionspapier**

# **Menschen nach Wunsch und Mass**

Aspekte zur Fortpflanzungsmedizin



**SKF**

Schweizerischer Katholischer Frauenbund  
Ligue suisse de femmes catholiques  
Unione svizzera delle donne cattoliche  
Uniun svizra da las dunnas catolicas

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2. Das Menschenbild im Wandel der Zeiten</b>	<b>4</b>
<b>3. Gesellschaftliche Aspekte</b>	<b>5</b>
3.1 Kinderhaben früher – eine Selbstverständlichkeit	5
3.2 Kinderhaben heute – eine persönliche Entscheidungsaufgabe	5
3.3 Ambivalenz als gesellschaftliche Grundhaltung	6
3.4 Konsequenzen für die Frauen	6
<b>4. Medizinische Aspekte</b>	<b>7</b>
4.1 Fortpflanzungsmedizin	7
4.2 Medizinische Begriffe	7
4.3 Definition Sterilität	8
4.4 Unfruchtbarkeit , mögliche Störungen beim Mann/bei der Frau	9
4.5 Behandlungsmöglichkeiten bei ungewollter Kinderlosigkeit	9
4.6 Pränatale Diagnostik	10
4.7 Leistungen der Krankenkassen	11
<b>5. Rechtliche Aspekte</b>	<b>12</b>
<b>6. Ethische Aspekte</b>	<b>14</b>
6.1 Ethik und Machbarkeit	14
6.2 Ethik und Fortpflanzungsmedizin (IVF)	14
6.3 Ethik und Pränatale Diagnostik (PD)	15
6.3.1 Behinderte in der Gesellschaft	15
6.3.2 Öffentliche Diskussion zur PD und IVF	16
<b>7. Forderungen des SKF</b>	<b>17</b>
<b>8. Anhang</b>	<b>18</b>
8.1 Artikel 24 novies	18
8.2 Diskussionsfragen	18
<b>9. Literaturliste</b>	<b>19</b>

Dieses Informations- und Diskussionspapier wurde von der Fachgruppe Gesellschaft des Schweizerischen Katholischen Frauenbundes SKF erarbeitet und vom Zentralvorstand am 27. Oktober 1999 verabschiedet.

Bezugsadresse (gratis): SKF-Zentralsekretariat, Postfach 7854, 6000 Luzern 7  
Bitte adressiertes und frankiertes C5 Couvert beilegen.

- 1. Auflage 2'500 Exemplare Oktober 1999
- 2. Auflage 100 Exemplare Mai 2000
- 3. Auflage 100 Exemplare Mai 2003

## 1. Einleitung

Schon **1986** hat sich der SKF an seiner Delegiertenversammlung mit dem Thema **«Menschen nach Wunsch und Mass»** auseinandergesetzt. In Referaten wurden die medizinischen Möglichkeiten dargestellt, auf den damals noch rechtsleeren Raum hingewiesen, in dem die künstliche Fortpflanzung operierte und – aus heutiger Sicht – nur andeutungsweise ethische Grundsätze formuliert. Einzig die Referentin ging auch auf die spezifische Betroffenheit der Frauen ein und stellte dem Kinderwunsch die Frauenwirklichkeit gegenüber.

**1993** veranstaltete der SKF eine Tagung zur **Pränatalen Diagnostik**. Weitere Aspekte, die sich zur künstlichen Fortpflanzung ergeben, sind bis jetzt nicht bearbeitet worden.

**1994** verfasste der SKF ein **Grundsatzpapier zur Problematik des Schwangerschaftsabbruchs**, in dem er sich grundsätzlich gegen den Abbruch ausspricht. In der dazugehörigen Dokumentationsmappe werden die Gründe, warum er sich weder für ein rigoroses Verbot, noch für eine Freigabe entscheidet, ausführlich erläutert. «Sein Einsatz gilt einer Welt, in der Abbrüche nicht mehr nötig sind, weil Frauen und Männer, die gesamte Gesellschaft, sich in die Verantwortung für alles Leben teilen.»

Diese Haltung hat weiterhin Gültigkeit. Sie wurde 1999 im Grundsatzpapier zur Problematik der Sterbehilfe bestätigt mit dem Zitat: «Jedes Menschenleben ist wertvoll, einmalig, unantastbar, unverfügbar. Die Würde aller Menschen soll geachtet und geschützt werden, ob sie stark oder schwach, behindert oder gesund, jung oder alt, abhängig oder eigenständig, geboren oder ungeboren sind.»

Zu Beginn der 90er Jahre begann in den Eidgenössischen Räten und in der Öffentlichkeit eine ausführliche Diskussion zur Fortpflanzungsmedizin.

1992 wurde die Volksinitiative «Zum Schutz des Menschen vor Manipulation in der Fortpflanzungstechnologie» mit einem eindrücklichen Mehr von 74,3 % angenommen. In der Dezembersession 1998 haben die Eidgenössischen Räte ein Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung verabschiedet. Bevor es vom Bundesrat in Kraft gesetzt werden kann, muss das Volk über die Initiative «Für eine menschenwürdige Fortpflanzung» (FMF-Initiative) in einer Abstimmung entscheiden (vermutlich im Jahr 2000).

Das vorliegende Papier will:

- Informationen vermitteln
- Im technisierten Bereich der Fortpflanzungsmedizin nach der Würde und der Befindlichkeit der Frauen fragen
- Einen Bewusstseins- und Verantwortungsprozess in Bewegung setzen
- Zur Meinungsbildung beitragen

## 2. Das Menschenbild im Wandel der Zeiten

In früheren Zeiten erfuhren die Menschen Krankheit, Gebrechen und Tod weitgehend als Schicksal, das man einfach hinzunehmen hatte, weil man daran kaum etwas ändern konnte. Die ärztliche Heilkunst versuchte dem kranken Menschen mit dem damals vorhandenen Wissen zu helfen und sein Leiden zu lindern.

In unserem technischen Zeitalter, in einer an Machbarkeit orientierten Kultur mit einer Medizin, die vieles ermöglicht, haben sich die Schwerpunkte verschoben. Heute erfahren wir Krankheit und Behinderung nicht mehr als natürliches Schicksal, sondern als lästige Einschränkung der Möglichkeiten, von denen wir bei guter Gesundheit ganz selbstverständlich Gebrauch machen können.

### **Konsequenzen des Wandels**

Die ethische Diskussion zur Fortpflanzungsmedizin und zur modernen Naturwissenschaft ist von unserem Menschenbild und den Wertvorstellungen unserer heutigen Kultur geprägt. Gesundheit, Makellosigkeit, Schönheit und Perfektion stehen in unserer Werteskala in den obersten Rängen. Nach diesem Bild sind wir effizient, dynamisch, kreativ, erfolgreich, körperlich und seelisch strapazierfähig, über alle Grenzen belastbar, jung und schön. Wer dieser Vorstellung nicht oder nicht mehr entspricht, findet früher oder später keinen Platz mehr in der Gesellschaft. Wer Ansprüchen oder Strapazen nicht standhält wird «repariert» oder mit «Ersatzteilen» versehen. Diese Entwicklung weckt einerseits Hoffnungen und Erwartungen, zum andern verursacht sie Ängste und Misstrauen.

Dieser innere Widerspruch muss diskutiert werden, um zu verstehen und zu begreifen. Es muss nach Lösungen gesucht werden, den Ängsten auch auf andere Art zu begegnen als mit immer raffinierteren Techniken. Je rasanter die Fortschritte in der Medizin sind, desto grösser wird die Notwendigkeit, den Blick für den ganzen Menschen zu bewahren und der Machbarkeit Grenzen zu setzen.

Auch das Frauenbild hat sich verändert. Während nach dem traditionellen Rollenverständnis Frau- und Muttersein zusammengehören, haben heute junge Frauen andere Lebensentwürfe als ihre Mütter und Grossmütter. Sie finden durch eine bessere Ausbildung Sinn und Erfüllung im Beruf, verzichten darum oft auf Kinder, geraten aber deswegen häufig in einen tiefen inneren Konflikt, weil sie dem verinnerlichten Bild - vom der von Generationen vorgelebten Rollenbild - nicht entsprechen können.

### 3. Gesellschaftliche Aspekte

**Die medizinisch-technischen Veränderungen und die zunehmende Akzeptanz der Gleichberechtigung der Frau in der westlichen Gesellschaft veränderten auch die Einstellung der Menschen zu Fragen rund um die Mutterschaft.**

#### 3.1 Kinderhaben früher – eine Selbstverständlichkeit

Früher gehörten zu jedem Ehepaar Kinder. Das Kinderhaben war gott- und naturgewollt. Bei der Bestimmung der Kinderzahl wurde selten auf die Frau Rücksicht genommen.

Kinder waren sowohl Ausdruck männlicher Potenz, wie auch ökonomische Notwendigkeit. (Arbeitskraft, Altersvorsorge)

Verheiratete kinderlose Frauen wurden bedauert. Ihnen blieb die Möglichkeit der Adoption oder die Rolle der Pflegemutter.

In der christlich abendländischen Kultur wurde Mutterschaft über lange Zeit als innerste Wesens-erfüllung der Frau verstanden. Frau- und Muttersein gehörten zusammen. Diese Haltung galt allerdings nur für verheiratete Frauen. Mütter ohne Ehemann wurden geächtet.

Kinderlosen ledigen Frauen fiel die Rolle der geduldeten, manchmal der erwünschten Tante und Hilfskraft zu. Als Ordensfrauen wurden unverheiratete Frauen verehrt und geachtet.

#### 3.2 Kinderhaben heute - eine persönliche Entscheidung

Heute ist es den Frauen möglich, durch Anwenden von Verhütungsmitteln, die Kinderzahl zu bestimmen, sie können auch entscheiden, ob sie Mutter werden möchten oder nicht.

Viele Frauen haben die Chance, ihre Wünsche und Neigungen zu verwirklichen. Fast alle Frauen erlernen einen Beruf, den sie auch ausüben möchten. Sie suchen darin nicht nur Befriedigung, sondern sichern sich damit auch eine vom Ehemann und Partner unabhängige Existenz. Dies hat ihr Selbstverständnis und ihr Verhältnis zur Rolle der Frau als Mutter wesentlich verändert. Vor allem junge Frauen sehen ihre Lebensperspektive nicht mehr ausschliesslich in der Mutterrolle.

Dennoch ist der Wunsch nach eigenen Kindern tief verankert. Frauen sehen darin die Möglichkeit, ihr Leben mit dem Partner zu vertiefen. Sie entdecken aber auch im Weitergeben von Leben, eine zusätzliche Form der Selbstverwirklichung und das Bedürfnis, sich als Familie mit Kindern zu entfalten.

Es gibt aber auch unfreiwillig kinderlose Paare. Diese haben heute die Möglichkeit, ihre Unfruchtbarkeit behandeln zu lassen. Viele leiden unter ihrer ungewollten Kinderlosigkeit. Frauen suchen die «Schuld» oft bei sich selbst. Sie fühlen sich minderwertig und glauben als Frau versagt zu haben, da sie der erwarteten weiblichen Rolle – Leben weiterzugeben – nicht gerecht werden. Es ist eine Tatsache, dass viele Frauen den beschwerlichen Weg einer oft jahrelangen – häufig erfolglosen - Fruchtbarkeitsbehandlung wählen. Ob sie sich wegen des tiefen Kinderwunsches oder aus bewussten oder unbewussten Schuldgefühlen dafür entscheiden, ist schwer abzuschätzen.

Diese Therapie ist physisch und psychisch sehr belastend. Lässt bei Abbruch einer Behandlung der Druck nach, kommt es nicht selten zu einer natürlichen Schwangerschaft.

### 3.3 Ambivalenz als gesellschaftliche Grundhaltung

Die Einstellung der Gesellschaft zu Frauen «mit» und «ohne» Kinder ist immer noch zwiespältig. Die Stimmen, welche Frauen auf ihre Rolle als Gebälerin fixieren wollen, sind zwar im Abnehmen, aber noch hörbar. Das Kinderhaben wird von Kreisen verschiedenster Weltanschauungen und Altersstufen als Privatsache deklariert.

Kinderlosen Paaren wird oft Egoismus und Verantwortungslosigkeit gegenüber der Gesellschaft vorgeworfen. In den USA spricht man von einer speziellen Art des Lebens, von den DINKS (Double Inkoms No Kids)

Durch sinkende Geburtenzahlen bei gleichzeitig wachsender Alterspyramide könnte in Zukunft der gesellschaftliche Druck auf Frauen, Kinder zu gebären, wieder zunehmen.

Eine stärkere Ambivalenz ist auch gegenüber der Fortpflanzungsmedizin spürbar. Viele Frauen und Paare, die sich sehnlichst ein Kind wünschen, investieren nicht nur viel Zeit und Geld, sondern auch ihre ganze Hoffnung in dieses Angebot. Von einem Teil der Gesellschaft wird die Fortpflanzungsmedizin darum als Chance und Hilfe gelobt, während sie von andern Kreisen als grosses Risiko abgelehnt wird. Kritische BeobachterInnen weisen auf den vor allem für die Forschung interessanten und kostenintensiven Bereich hin und warnen vor Grenzüberschreitungen, die ethisch nicht zulässig sind.

### 3.4 Konsequenzen für die Frauen

Die Angebote im medizinischen Bereich machen es den Frauen heute nicht nur möglich, den Zeitpunkt zu bestimmen, wann und wieviele Kinder sie gebären wollen, sie lassen den Frauen auch die Wahlmöglichkeit zu entscheiden, ob sie Mutter werden möchten oder nicht.

Junge Frauen haben z.Teil andere Lebensentwürfe: Sie finden Sinn und Erfüllung im Beruf oder in der Übernahme einer gesellschaftlichen Aufgabe. Immer mehr Ehepaare entscheiden sich, keine Kinder zu haben. Die Gesellschaft hält jedoch nach wie vor ein Bild der Frau hoch, die ihr Leben ganz nach Mann und Kindern ausrichtet.

Vielen Frauen bedeutet die Ausübung ihres Berufs sehr viel. Es geht ihnen nicht nur ums Geldverdienen, sondern vor allem um die Anwendung und Entfaltung der eigenen Fähigkeiten und Begabungen und um innere und äussere Selbständigkeit.

Strukturen, die es ermöglichen würden, Beruf und Kinderwunsch zu vereinen, sind viel zu wenig vorhanden. (Der SKF hat bereits 1995 mit dem Informationsblatt «Familienergänzende Kinderbetreuung» auf solche wünschenswerte Einrichtungen hingewiesen.)

## 4. Medizinische Aspekte

### 4.1 Fortpflanzungsmedizin

Die Fortpflanzungsmedizin befasst sich mit der Zeugung des Menschen und der Implantation der Frucht.

Sie umfasst Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ohne Geschlechtsverkehr, insbesondere Insemination, In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer sowie Gametentransfer.

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung wird in der Schweiz in der Form der homologen und der heterologen Insemination schon seit Jahrzehnten praktiziert. Die homologe Insemination kann in jeder gynäkologischen Praxis durchgeführt werden und kommt jährlich mehrere tausend Mal zur Anwendung.

Die Zahl der durch In-vitro-Fertilisation erfolgten Schwangerschaften wird von den Schweizerkliniken mit 20 – 30 % angegeben. (Dies entspricht damit ungefähr der «natürlichen» Schwangerschaftsrate.) Die Zahl der Geburten beträgt jedoch nur 5 %. Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz pro Jahr rund 350 Kinder geboren werden, die durch In-vitro-Fertilisation gezeugt worden sind.

Die In-vitro-Fertilisation verursacht hohe Kosten von Fr. 4'000.- bis 9'000.-. Die hohen medizinischen Risiken und die physische und psychische Belastung haben vor allem Frauen zu tragen.

**Fortpflanzungsmedizin ist nicht mit der Gentechnologie gleichzusetzen. Beide sind aber Teil des biomedizinischen Fortschritts.**

### 4.2 Medizinische Begriffe

Insemination:	Instrumentelles Einbringen von Samenzellen in die Geschlechtsorgane der Frau
Homologe Insemination:	Insemination mit Samenzellen des Partners der Frau
Heterologe Insemination:	Insemination mit Spendersamen
In-vitro-Fertilisation:	Vereinigung einer Eizelle mit Samenzellen ausserhalb des Körpers der Frau im Reagenzglas
Gameten:	Zusammenfassende Bezeichnung für männliche und weibliche Keimzellen (Samen- und Eizellen)
Gametentransfer:	Instrumentelles Einbringen von Samen- und Eizellen in die Gebärmutter oder in einen Eileiter der Frau

Keimbahnzellen:*	Keimzellen (einschliesslich ihrer Vorläuferzellen), imprägnierte Eizellen und embryonale Zellen, deren genetisches Material an Nachkommen vererbt werden kann
Keimbahntherapie:*	Veränderung der genetischen Information einer Keimbahnzelle. Gentherapie von Keimzellen und Embryonen.
Eispende:*	Überlassung von Eizellen zur Verwendung bei der In-vitro-Fertilisation oder beim Gametentransfer zugunsten einer anderen Frau
Embryo:	Frucht von der Kernverschmelzung bis zum Abschluss der Organentwicklung (Ende 3. Monat)
Fötus:	Frucht vom Abschluss der Organentwicklung bis zur Geburt
Embryonenspende:*	Überlassung eines Embryos zugunsten eines anderen Elternpaares
Embryotransfer:	Übertragung eines Embryos in die Gebärmutter
Imprägnation:	das Bewirken des Eindringens einer Samenzelle in das Plasma der Eizelle, namentlich durch Insemination, Gametentransfer oder In-vitro-Fertilisation
Imprägnierte Eizelle:	befruchtete Eizelle vor der Kernverschmelzung
Leihmutter:*	eine Frau, die bereit ist, durch Fortpflanzungsverfahren ein Kind zu empfangen, es auszutragen und nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen
Klonen:*	die künstliche Erzeugung genetisch identischer Wesen
Präimplantationsdiagnostik:*	Untersuchung von Keimzellen ausserhalb des weiblichen Körpers zur Feststellung von Erbkrankheiten (Gendefekten) vor der Einpflanzung (Implantation) in die Gebärmutter
Pränatale Diagnostik:	Vorgeburtliche Untersuchung des Embryos oder des Fötus

\* Diese Eingriffe sind in der Schweiz verboten.

### 4.3 Definition Sterilität

Unter Sterilität (Unfruchtbarkeit) versteht man ungewollte Kinderlosigkeit, d.h. Unfruchtbarkeit der Frau bzw. Zeugungsunfähigkeit des Mannes. Ein Paar gilt medizinisch als unfruchtbar, wenn nach 2 Jahren trotz regelmässigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eingetreten ist. 10 – 15 % aller Paare sind unfruchtbar.

Unfruchtbarkeit hat viele Ursachen. Nach verschiedenen Studien liegen sie zu 40 % beim Mann und zu 40 % bei der Frau. Bei 20 % der Paare liegen keine pathologischen (krankhafte) Befunde vor.

#### **4.4 Unfruchtbarkeit – mögliche Störungen**

##### **Mögliche Störungen beim Mann:**

- Schlechtes Spermogramm (Qualität und Menge der Spermien)
- Hormonelle Störung
- Verletzungen
- Psychische Belastung
- Stress
- Umwelteinflüsse

##### **Mögliche Störungen bei der Frau:**

- Eireifungsstörungen
- Erkrankung der Eileiter (Verwachsungen oder Verschluss)
- Hormonelle Störung
- Psychische Belastung
- Stress
- Umwelteinflüsse

#### **4.5 Behandlungsmöglichkeiten bei ungewollter Kinderlosigkeit**

- Hormonbehandlung  
Eine unzureichende Spermienqualität beim Mann sowie Eireifungsstörungen bei der Frau können hormonell behandelt werden.
- Homologe Insemination
- Heterologe Insemination
- In-vitro-Fertilisation
- Psychologische Betreuung
- Komplementärmedizinische Betreuung  
z.B. Homöopathie, Bachblüten, Bioenergetik

Kinderlosigkeit wird von der Medizin immer noch als Krankheit betrachtet, die behandelt werden kann, als technische Störung in der «Maschine Mensch», die nicht nach Wunsch funktioniert und reparaturbedürftig ist. Frau und Mann werden jedoch therapeutisch nicht als gleichwertig betrachtet. Männer gelten nicht als «unfruchtbar», sondern lediglich als «eingeschränkt zeugungsfähig». Die Frau wird fast immer zuerst untersucht und oft jahrelang mit Medikamenten und Eingriffen behandelt, bevor beim Mann einfache Spermienuntersuchungen durchgeführt werden. Die Forschung an der Zeugungsunfähigkeit des Mannes und deren Behandlung ist noch wenig fortgeschritten.

## 4.6 Pränatale Diagnostik

Pränatale Diagnostik ist ein Verfahren zur Erkennung von Erbkränkern und Entwicklungsstörungen beim Fötus im zweiten Schwangerschaftsdrittel. Sie soll dazu beitragen, dass ein Kind mit einer Fehlbildung eine optimale nachgeburtliche Betreuung erhält.

Die vier häufigsten Untersuchungen sind:

- **Ultraschall**
- **Bluttests**
- **Fruchtwasserpunktion**
- **Chorionbiopsie**

**Ultraschall:** Mit Ultraschall kann durch künstliche Schallwellen festgestellt werden, ob das ungeborene Kind lebt, ob der Geburtstermin stimmt, ob Mehrlinge heranwachsen, ob das Kind normal wächst und wie gross es ist, ob schwere Fehlbildungen vorliegen, wie das Kind in der Gebärmutter liegt, ob genügend Fruchtwasser vorhanden ist oder wo die Plazenta liegt.

**Bluttest:** **AFP (Alpha-Feto-Protein-Test)**  
Das Blut der Mutter wird in der 15. – 20. Schwangerschaftswoche untersucht. Dieser Test lässt keine genaue Aussagen über das Vorliegen einer Anomalie zu, sondern dient lediglich der Risikopräzisierung.

**AFP-Plus-Test oder Triple Test**  
Neben dem genannten AFP-Wert werden zusätzliche Hormone, Oestriol und Choriongonatropin bestimmt zur Risikoeinschätzung von Verschlussstörungen des Wirbelkanals und von Chromosomenanomalien

**Fruchtwasserpunktion:** Unter örtlicher Betäubung wird der Schwangeren eine Nadel durch die Bauchdecke in die Gebärmutter eingeführt und Fruchtwasser entnommen. Die Fruchtwasserpunktion (Amniozentese) wird zwischen der 13. – 17. Schwangerschaftswoche vorgenommen. Die sich im Fruchtwasser befindlichen kindlichen Zellen werden kultiviert und auf Chromosomenstörungen untersucht. Die Testaussage ist relativ zuverlässig. Der Testzeitpunkt ist jedoch spät. Bis das Testergebnis vorliegt, dauert es weitere 2 – 3 Wochen.

**Chorionbiopsie:** In der 9. – 12. Schwangerschaftswoche wird aus der Plazenta Gewebe entnommen, das vom Fötus gebildet worden ist. Diese Chorionzotten enthalten Zellen, in denen die kindlichen Chromosomen im Mikroskop sichtbar sind. Es können Chromosomenanomalien untersucht werden. Das Ergebnis dieser Analyse liegt nach wenigen Tagen vor. Zur Bestätigung des Ergebnisses werden häufig noch Langzeitkulturen angelegt.

Je nach Resultat von Ultraschall und Bluttest wird zu Folgetests – Fruchtwasserpunktion oder Chorionbiopsie geraten. Schwangeren ab 35 Jahren werden diese Untersuchungen in der Regel nahegelegt.

Fruchtwasserpunktion und Chorionbiopsie können u.a. auf Trisomie 21 (Down-Syndrom, früher Mongolismus genannt), Spina bifida (offener Rücken), Bauchspalte, Defekte des Gehirns oder der Wirbelsäule hinweisen.

Diese Untersuchungen sind für Mutter und Kind nicht risikolos.

Gegen die meisten der vorgeburtlich festgestellten Krankheiten oder Behinderungen gibt es zur Zeit keine Therapien. In diesen Fällen wird nach medizinischem Verständnis in der Regel zu einer Abtreibung geraten.

## 4.7 Leistungen der Krankenkassen

### **Pflichtleistung**

Nach einer Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 13. Dezember 1995 müssen die Krankenkassen die homologe künstliche Insemination als Pflichtleistung übernehmen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Mehrjähriges Zusammenleben in ehelicher Gemeinschaft ohne Erfüllung des Kinderwunsches
- Nachgewiesene Unfruchtbarkeit
- Die Samenspende muss homolog sein (d.h. vom Ehemann)

Die Leistung umfasst:

- Gynäkologische Untersuchung
- Ultraschalluntersuchung
- Spermauntersuchung
- Ärztliche Leistung mit Konsultationstaxen

Eine maximale Anzahl der Wiederholungen wird im Gerichtsentscheid nicht genannt. Im beurteilten Einzelfall standen fünf Wiederholungen zur Diskussion.

### **Freiwillige Leistung**

Bei einer Zusatzversicherung für Alternativmedizin übernehmen einige Krankenkassen die Behandlungskosten für alternative Fruchtbarkeitsbehandlungen.

### **Keine Leistung**

In-vitro-Fertilisation wird von den Krankenkassen nicht bezahlt.

## 5. Rechtliche Aspekte

Mit der Volksabstimmung vom 17. Mai 1992 wurde der Artikel 24novies der Bundesverfassung (BV) über den Schutz des Menschen und seiner Umwelt gegen Missbräuche der Fortpflanzungs- und Gentechnologie mit grosser Mehrheit angenommen. Die gesetzgebende Bundesbehörde erhielt damit die Verpflichtung mit der Ausführungsgesetzgebung für den nötigen Schutz zu sorgen. (siehe Anhang)

Der Entwurf des Bundesrates für ein Fortpflanzungsmedizingesetz hält sich daher konsequent an diese verfassungsrechtlichen Vorgaben einer strengen und konsequenten Missbrauchsgesetzgebung.

Es ist Ziel der Vorlage – mit einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung – das Kindeswohl und den Schutz des werdenden Lebens sicherzustellen. Mittels des Strafrechts sollen der Menschenwürde zuwiderlaufende Praktiken verhindert werden. Durch umfassende Informationsrechte und Einführung einer Bewilligungs- und Aufsichtspflicht für Ärztinnen und Ärzte, die Fortpflanzungsverfahren praktizieren, soll ein sinnvoller Betroffenenenschutz gewährleistet werden.

Mit Artikel 24novies der Bundesverfassung und dem Entwurf des Bundesrates für ein Fortpflanzungsmedizingesetz werden die Bestrebungen zu einer Züchtung von Menschen nach gewünschten Kriterien bekämpft.

Das **Fortpflanzungsmedizingesetz** legt fest, unter welchen Voraussetzungen die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung beim Menschen angewendet werden dürfen. Die Menschenwürde, die Persönlichkeit sowie die Familie sollen geschützt und die missbräuchliche Anwendung der Bio- und Gentechnologie verboten werden. Die nationale Ethikkommission schafft den dafür nötigen Rahmen.

Das Fortpflanzungsmedizingesetz hat die Aufgabe, die eingesetzten Mittel auf ihre Zulässigkeit hin zu überprüfen.

Beispiele: Bei der Auswahl gespendeter Samenzellen muss sich die Ärztin oder der Arzt ungerechtfertigten eugenischen Verbesserungsbegehren des Wunschelternpaares klar widersetzen. So dürfen nur die Blutgruppe und die Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung des Spenders mit dem Mann, zu dem ein Kindesverhältnis begründet werden soll, berücksichtigt werden. Die Keimbahntherapie, die zu einer Änderung der Erbinformation auch nachfolgender Generationen führen würde, wird verboten, ebenso entsprechende Forschungsvorhaben. Untersagt ist auch das Klonen, das heisst, die künstliche Erzeugung genetisch identischer Wesen, in jeder Form.

In der Verfassung sind die Embryonenspende, die Leihmutterchaft und der Handel mit Embryonen verboten, nach Auffassung des Bundesrates auch die Eispende.

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) macht frühes menschliches Leben im Labor verfügbar. In der Ausführungsgesetzgebung geht es darum, das Persönlichkeitsrecht der Wunscheltern gegenüber dem Schutz des werdenden Lebens abzuwägen und den Schutzauftrag des Staates für ungeborenes Leben zu erfüllen.

Strafrechtlich verboten werden die missbräuchliche Gewinnung von Embryonen und deren Entwicklung ausserhalb des Körpers der Frau über den Zeitpunkt hinaus, in dem eine Einnistung möglich ist. Die Konservierung wird nur vor der Kernverschmelzung, das heisst, bevor ein Embryo entstanden ist, erlaubt. Ein solches Verbot der Vorratserzeugung von Embryonen soll das Entstehen sogenannt überzähliger Keimlinge mit den entsprechenden rechtsethisch kaum lösba- ren Folgeproblemen verhindern.

Untersagt wird auch das Erzeugen von mehr als drei Embryonen pro Behandlungszyklus. Damit sollen überzählige Embryonen und Mehrlings-Schwangerschaften vermieden werden.

Allgemein: Die geltenden Artikel 24novies der Bundesverfassung sind der gemeinsame Nenner unserer pluralistischen Gesellschaft. Dazu gehören die Menschenwürde und damit das Kindeswohl als zentrale Werte in diesem Bereich, die Persönlichkeitsrechte der Eltern und der Familie. Es gilt nun, die ihrem Schutz dienenden Verfassungs- und Gesetzesnormen auf die Reproduktionsmedizin anzuwenden.

Ein freier Entscheid eines Paares und damit ein Zugang zu den Methoden der Fortpflanzungsmedizin muss in einem freiheitlichen Staat so lange garantiert werden, als nicht das Kindeswohl oder grundlegende Werte wie der Schutz auch des werdenden Lebens zu einer anderen Beurteilung führen.

Das Eidgenössische Parlament ist der Auffassung, dass sich ein zwingendes und allgemeines Verbot der In-vitro-Fertilisation und der heterologen Befruchtungstechnik aus der Garantie der Menschenwürde nicht ableiten lässt. Diese Sicht stimmt mit der Auffassung sämtlicher Gesetzgeber in den europäischen Staaten, die sich mit Fragen der Fortpflanzungsmedizin befasst haben, überein.

Das vorgeschlagene Fortpflanzungsmedizingesetz ist nicht nur Ausführungsgesetz zum geltenden Artikel 24novies der Bundesverfassung, sondern auch ein indirekter Gegenvorschlag zur Eidgenössischen Volksinitiative zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (FMF).

## 6. Ethische Aspekte

### 6.1. Ethik und Machbarkeit

Für die Medizin ist das Leben in erster Linie eine biologische Grösse, während für die Ethik Leben einen werthaltigen Begriff darstellt. Die Medizin soll also das Leben in seiner biologischen Dimension schützen, erhalten und heilen, jedoch die Manipulation und Machbarkeit am Leben nicht zum Selbstzweck erheben. Sie darf, soll und muss mit den Grenzen des menschlichen Lebens rechnen. Ein besonderes Problem ergibt sich daraus, dass unser normales Urteilsvermögen oft nicht Schritt halten kann mit dem Tempo des Fortschritts. In unserer moralischen Alltagspraxis müssen wir kaum Überlegungen machen über gesellschaftlich zu erwartende Folgen oder das Kriterium der Menschenwürde heranziehen, um ethische Urteile zu fällen.

Doch mit den Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin steht unsere Gesellschaft vor einer Vielzahl von neuartigen Problemen und Fragen, für deren Beantwortung nicht nur naturwissenschaftliche Kenntnisse, sondern auch ethische Antworten fehlen. Bei der Beurteilung von neuen Behandlungsmöglichkeiten und –methoden können wir nicht auf Erfahrungen zurückgreifen, die sich bewährt haben.

Die moderne Medizin bringt uns viele Handlungsmöglichkeiten, stellt uns aber auch vor ganz neue Entscheidungssituationen und bürdet uns neue Verantwortlichkeiten auf. Wir können der Natur nicht mehr «ihren Lauf lassen», sondern wir müssen abwägen, entscheiden und handeln. Die moderne Medizin verantwortlich einzusetzen, ist uns als Aufgabe übertragen. Trotz der Komplexität der Überlegungen ist es nötig, die Beurteilung dieser medizinisch-ethischen Fragen nicht nur den Fachleuten zu überlassen.

### 6.2 Ethik und Fortpflanzungsmedizin

«Louise» heisst das erste Retortenbaby, das 1978 dank Technik und Wissenschaft in England geboren wurde. Seither sind weltweit 100'000 Kinder durch In-vitro-Fertilisation (IVF) zur Welt gekommen. Für viele Paare ist die IVF-Methode die letzte Chance ein leibliches Kind zu bekommen.

Soll diese Technik weiterhin zugelassen oder verboten werden?

Im Zentrum der Diskussionen stehen immer wieder die Fragen: Gibt es ein Recht auf ein Kind und gibt es ein Recht auf ein gesundes Kind?

Es ist eine grosse Herausforderung unserer Zeit, 20 Jahre nach der Geburt von «Louise» entscheiden zu müssen zwischen regeln und verbieten. Mit dem Verfassungsartikel 24novies wurde die medizinisch unterstützte Fortpflanzung gutgeheissen, aber klar eingeschränkt, und die Bundesgesetzgeber verpflichtet, ein Ausführungsgesetz zu schaffen, das vor Missbräuchen wie Keimbahnmanipulation, Klonierung und Embryonenexperimenten schützen soll. Die ethische Problematik wird jedoch um so größer, je mehr die Einheit von Sexualität und Zeugung von biologischer und soziologischer Elternschaft aufgelöst und je mehr die Methode der künstlichen Befruchtung zu einer Frage komplizierter Techniken in der Hand von Drittpersonen wird.

Die Initiative «Für eine menschenwürdige Fortpflanzung» (FMF-Initiative) will nicht alles in der Medizin Machbare möglich werden lassen. Sie will zum Schutz der Würde von Person und Familie die Grenzen des Erlaubten enger ziehen. Unabhängig von der Meinung einer/eines Einzelnen ruft diese Initiative zur Diskussion auf. Für die ethische Seite gibt es kaum eine «richtige» Meinung. Die Fragen betreffen intimste Wünsche, Gefühle und Empfindungen eines von Kinderlosigkeit betroffenen Paares.

Es stellt sich aber die Frage, ob es unserer Gesellschaft gelingen wird, Missbräuche auszuschalten und unterschiedliche Wertsysteme zu tolerieren und zu respektieren. Radikale Einschränkungen in einem Bereich, der in so entscheidender Weise die menschliche Freiheit und ihre Entfaltungsmöglichkeiten im Bereich der Fortpflanzung umfasst, werden in Frage gestellt. Zudem werfen die vielen problematischen Aspekte von biologischer und sozialer Elternschaft neue Fragen auf.

### **6.3 Ethik und Pränatale Diagnostik (PD)**

Die schwierigsten ethischen Fragen ergeben sich aus der vorgeburtlichen Untersuchung. Hier zeigen sich grosse Konflikte und Ängste, aber auch Hoffnungen. Durch die PD kann heute nur eine begrenzte Zahl von Störungen und Fehlbildungen erkannt werden. Auch bei der Anwendung der raffiniertesten Methoden kann nie eine Garantie für ein gesundes Kind und ein 100% sicheres Testergebnis gegeben werden.

Kontroversen wachsen in erster Linie daraus, dass nur für wenige der diagnostizierten Störungen eine Therapie existiert. Die behandelnden ÄrztInnen können dem Paar bei einem krankhaften Befund einen Schwangerschaftsabbruch vorschlagen oder eine psychologische Begleitung für den weiteren Schwangerschaftsverlauf anbieten. Für die werdenden Eltern entsteht oft eine psychisch schwer tragbare Situation. Der Konflikt zwischen der Anmassung der Tötung des werdenden Lebens mit einer Fehlbildung und der Zumutung des Leidens für dieses Kind und seine Familie scheint unüberbrückbar.

#### **6.3.1 Behinderte in der Gesellschaft**

Die Gesellschaft stellt hohe Ansprüche an die Effizienz des einzelnen Menschen und übt enormen Druck aus auf Eltern mit behinderten Kindern und auf behinderte Erwachsene. Die Angst vor sozialer Ausgrenzung ist darum berechtigt. Die Kostenfragen spielen in der gegenwärtigen Wirtschaftslage eine grosse Rolle, die Angst vor dem Abbau der Sozialleistungen des Staates und der Versicherungen für Menschen mit einer Behinderung nimmt zu. Die Möglichkeiten der PD führen zunehmend zu Vorurteilen gegenüber behinderten Menschen. Auch Eltern, die ein behindertes Kind annehmen wollen, werden verurteilt. Werdende Eltern sehen sich also gezwungen, die PD in Anspruch zu nehmen und bei einem krankhaften Befund die Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs ziehen zu müssen, weil Behinderte der Gesellschaft hohe Kosten verursachen.

### 6.3.2 Öffentliche Diskussion zur PD und zur IVF

Die PD und die IVF werden zunehmend kontrovers diskutiert. Einzelne Gruppierungen möchten radikale Verbote. Sie befürchten einen nicht abschätzbaren Zuwachs an Verfügungs- und Kontrollmöglichkeiten (Geschlecht, Haarfarbe, Begabungen usw.) und vor allem die Selektionierung von wertem und unwertem Leben.

Die Erfahrung zeigt auch, dass das Leiden in der Entscheidung für oder gegen das Leben für die Betroffenen schwer tragbar ist, in der Gesellschaft allgemein auf noch wenig Verständnis stösst oder ein Tabuthema ist. Bis jetzt sind auch keine Forschungsprojekte oder Studien bekannt, die sich mit den Konflikten im Zusammenhang mit vorgeburtlichen Untersuchungen und den daraus resultierenden Konsequenzen befassen. Somit liegen auch keine Lösungsvorschläge zur Bewältigung dieser psychischen Probleme vor. Darum plädiert die schweizerische Studiengruppe «Forschung am Menschen» in ihrem Bericht für eine vermehrte Berücksichtigung der Ethik in der Ausbildung von ÄrztInnen und Pflegepersonal, sowie eine stärkere Förderung der Forschung in Soziologie, Psychologie und Ethik mit dem Ziel, die allgemeinen Auswirkungen neuer medizinischer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten besser zu erkennen und abzuschätzen.

## 7. Forderungen des SKF

1. Die moderne Medizin ist derart komplex, dass es einer intensiven Auseinandersetzung bedarf, um sie zu verstehen. Deshalb wird es immer schwieriger bei medizinischen und gesundheitspolitischen Entscheiden mitzudenken und sich daran zu beteiligen. Forschungspolitik muss transparent sein. Forschende sollen zur Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet werden in einer Sprache, die es auch Laien ermöglicht zu verstehen, mitzureden und in der Meinungsbildung aktiv zu sein.
2. Die Bewertung von Neuentwicklungen und deren Anwendung ist stets subjektiv. Was für den einen Menschen Chance bedeutet, wird von einem andern als Risiko wahrgenommen. Ein Konsens kann kaum gefunden werden. Der SKF fordert darum Rahmenbedingungen, deren Anwendung menschenwürdig und frauenfreundlich ist.
3. Ethik mit praktischem Bezug zu Forschungs- und Langzeitauswirkungen gehört in die Grundausbildung von NaturwissenschaftlerInnen und MedizinerInnen. Ethik muss auch in die Weiter- und Fortbildung integriert werden.
4. Die Möglichkeiten der Pränatalen Diagnostik führen zu Konfliktsituationen. Der Entscheid zwischen Chance und Risiko liegt offen. Eine «richtige» Antwort gibt es nicht, da wir aus unserer persönlichen Betroffenheit und vom eigenen ethischen Empfinden heraus argumentieren. Es ist darum dringend nötig, nach Möglichkeiten zu suchen, wie und wo gelernt werden kann, mit diesen Konflikten umzugehen.
5. Pränatale Diagnostik darf unter keinen Umständen zur Routine oder gar zum Zwang werden. Der SKF verlangt gesetzliche Leitplanken, sorgfältige Information, professionelle psychosoziale Unterstützung für Schwangere mit problematischem diagnostischen Befund durch objektive Beratungsstellen und Öffentlichkeitsarbeit, welche die Toleranz gegenüber Betroffenen fördert. Ein Obligatorium der Pränatalen Diagnostik lehnt er ab. Der SKF setzt sich ein für die Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität für nicht «normgerechte» Menschen.
6. Der SKF fordert Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für behinderte Menschen und deren Familien, Durchsetzung des Gleichstellungsgesetzes und des Diskriminierungsverbotes.
7. Um dem Selbstverständnis junger Frauen – Berufsfrau und Mutter zu sein – gerecht zu werden, verlangt der SKF – wie bereits 1995 – die Förderung und Einrichtung verschiedenster Formen von familienergänzender Kinderbetreuung.

## 8. Anhang

### 8.1 Artikel 24 novies der Bundesverfassung

1. Der Mensch und seine Umwelt sind gegen Missbräuche der Fortpflanzungs- und Gentechnologie geschützt.
2. Der Bund erlässt Vorschriften über den Umgang mit menschlichem Keim- und Erbgut. Er sorgt dabei für den Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Familie und lässt sich insbesondere von folgenden Grundsätzen leiten:
  - a) Eingriffe in das Erbgut von menschlichen Keimzellen und Embryonen sind unzulässig.
  - b) Nichtmenschliches Keim- und Erbgut darf nicht in menschliches Keimgut eingebracht oder mit ihm verschmolzen werden.

Dieses Gesetz wurde an der Volksabstimmung vom 17. Mai 1992 mit einem eindrücklichen Mehr von 74,3 % der Stimmenden gutgeheissen.

### 8.2 Diskussionsfragen

Aus der Debatte des Nationalrates vom 23./24. Juni 1998 zum Bundesgesetz über medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Wörtliche Zitate)

Ist es Fortschritt, wenn wir ausserhalb des weiblichen Körpers Leben zeugen können?

Wann wird der weibliche Körper für die Fortpflanzung nicht mehr gebraucht?

Ist eine Frau nur dann vollwertig, wenn sie ihre Fortpflanzungsaufgabe erfüllen kann?

Muss es wirklich – um welchen Preis – ein eigenes Kind sein?

Ist Kinderlosigkeit wirklich ein so schweres Schicksal oder gar eine Krankheit?

Was bedeutet das Streben nach möglichst gesunden perfekten Kindern für das Menschenbild und die menschlichen Beziehungen unserer Gesellschaft?

Ist es Fortschritt, wenn wir behindertes Leben frühzeitig verhindern können?

Wie krank muss/darf jemand sein, um sterben zu müssen/leben zu dürfen?

Wer trifft in welcher Weise die Entscheidung?

Welches Recht haben wir zu solchen eugenischen Massnahmen?

Welche unerfüllbaren Hoffnungen werden mit diesen Methoden geweckt, wenn wir wissen, dass 90 % aller Behinderungen während und nach der Geburt eintreten?

Was heisst das für Eltern, die auf solche Techniken verzichten und einem behinderten Kind das Leben schenken?

Wird die IV irgendwann auf das Verursacherprinzip weisen und Leistungen in einem solchen Fall kürzen?

Was heisst das für die Behinderten unter uns?

Werden Gesellschaft und Politik stark genug sein, die heutigen Grenzen aufrecht zu erhalten?

## 9. Literaturliste

(alle Angaben ohne Gewähr)

Beck-Gernsheim Elisabeth Unabhängigkeit	Die Kinderfrage – Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit
Dietschi Irene	Testfall Kind (ISBN 3-85932-260-5)
Eberle Ruth	Artikel in der Zeitschrift FRAU UND FAMILIE 9/1999
Fränznick Monika / Wienes Karin	Ungewollte Kinderlosigkeit
Glogger-Tippelt / Gomille / Grimmig	Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht
Guyer Lydia	Keine Louise, nur die anderen kriegen Kinder (Zytglogge-Vlg.)
Guyer Lydia	Artikel in der Zeitschrift FRAU UND FAMILIE 1997/1998
Hölzle Christina	Die psychische Bewältigung der In-vitro-Fertilisation
Klein Renate D. (Hg.)	Das Geschäft mit der Hoffnung, Erfahrungen mit der Fort- pflanzungsmedizin (Orlanda Frauenverlag)
Kurmann Bernadette	In Verantwortung entscheiden (ISBN 3-9521550-0-4)
Kurmann Bernadette	Artikel in der Zeitschrift FRAU UND FAMILIE 2/1999
Lang Susan	Wir Frauen ohne Kinder – Was Männer nie begründen müssen (Goldmann Vlg. 1994)
Nave-Herz Rosmarie	Kinderlose Ehen
Pennanen Pirjo	Soz. Medizinische + soz. Psychologische Faktoren
Piwonka Brigitte	Kinderwunsch – ein Egotrip

Safer Jeanne	Wenn Frauen keine Mütter sind (ISBN 3-423-36051-8)
Schmitz-Köster Dorothee	Frauen ohne Kinder
Schneider Regina / Stülpnagel B.	Will ich wirklich ein Kind? Entscheidungshilfe für nachdenkliche Paare (Herder 1995)
Schritte ins Offene	4/95 kinderlos
Schultz Johann Jürgen (Hrsg.)	Kinder haben, eine Entscheidung für die Zukunft
Stauber Manfred	Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit
Stein Wiebke / Sprol Elke	Vom unwiderstehlichen Drang, Mutter zu werden (Cenaurus-Vlg. 1995)
Ulmer-Otto Sabine	Die leere Wiege (Unfruchtbarkeit und ihre seelische Verarbeitung) Kreuz-Vlg.  Machbares Leben? Ethik in der Medizin Hrsg. Schweiz. Nationalkommission Justitia et Pax (ISBN 3-85827-121-7)
Winkler Ute	Der unerfüllte Kinderwunsch Tonbandkassette (erhältlich bei MOZ)
Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik Obergrundstrasse 61 6003 Luzern	Dossier Beratung bei vorgeburtlicher Untersuchung (bearb. Monika Joss, Bestell-Nr. D 57)

**Selbsthilfegruppen:**

- Team Selbsthilfe  
Dolderstrasse 18  
Postfach  
8032 Zürich  
Tel: 01 / 252 30 36
- Selbsthilfe-Team  
Postfach 298  
5200 Brugg

- Selbsthilfezentrum Hinterhuus  
Basel  
Tel: 061 / 692 81 00

**Psychologische Unterstützung:**

- Azote liquide  
Anne-Catherine Kienast  
montags und freitags, 9 bis 11 Uhr  
Tel: 031 / 839 28 03
- Beratungsstelle Kinderwunsch – Wunschkinder  
Tel: 01 / 262 44 46
  
- Appella-Infotelefon  
Tel: 01 / 273 06 60
  
- Informationstelefon zu Verhütung, Schwangerschaft,  
Kinderlosigkeit und Wechseljahre  
Mattenstr. 27  
8005 Zürich
  
- Aktionsforum MOZ  
Mutterschaft ohne Zwang  
Postfach 611  
8026 Zürich
  
- Zygote – Frauen – Fruchtbarkeit –  
Kinderwunsch – Wunschkinder  
Psychologische Beratung und Information  
Postfach 192  
8033 Zürich  
Tel: 01 / 262 44 46
  
- Adressenvermittlung der vom Bund anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen:  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Effingerstr. 31  
3003 Bern  
Tel: 031 / 322 90 11