

Positionspapier des Ethikbeirats¹ der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Wien, im März 2011

Kinder der Reproduktionsmedizin - wer denkt da an die Kinder?

(ART = Assisted Reproductive Technologies, IVF/ICSI, Kryo-Zyklen, hormonelle Stimulationsbehandlung, Insemination, Samen- und Eizellspende)

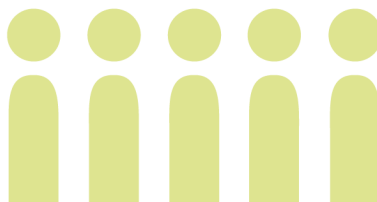
Textgestaltung: Barbara Maier

Mit Unterstützung von: Ernst Berger, Gerlinde Feichtlbauer, Renate Großbichler, Eva Mückstein, Helmuth Sax, Elisabeth Schaffelhofer-Garcia Marquez, Klaus Vavrik, Elfriede Wegricht

Präambel

Der Kinderwunsch ist grundsätzlich ein sehr persönlich-individuelles wie auch ein gesellschaftlich-soziales Thema. Der Kinderwunsch ist aber ganz besonders Thema für Frauen und Männer, für Paare, die selbst und ohne die Hilfe der Assistierte Fortpflanzungsmedizin (ART) nicht zu ihrem Wunschkind kommen können. Kinderwunsch ist aber auch ein soziales Thema, wenn man nicht nur die individuelle Wunscherfüllung, sondern die Folgen für die Kinder, die mit der Hilfe der Reproduktionsmedizin entstanden sind, betrachtet. Dabei geht es nicht nur um Fragen der Selbstbestimmung von Frauen und Männern, um die Frage, wie sie ihr lang ersehntes Wunschkind auf der Basis von assistierter Fortpflanzungshilfe bekommen können, sondern auch um das Kindeswohl, also die Folgen, die für die Kinder aus den Interventionen der Reproduktionsmedizin entstehen können. Die moderne Medizintechnik hat eine Kinderwunsch-Erfüllung für sonst kinderlos bleibende Paare möglich gemacht, aber auch Risiken mit sich gebracht, wie gehäuftes Auftreten von Mehrlingsschwangerschaften oder Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen. Es geht also nicht nur um das „Produkt Kind“ oder das „Projekt Kind“, sondern radikal um das, was Simone de Beauvoir Natalität, also Geburtlichkeit

¹ Ständige Mitglieder des Ethikbeirats sind: Mag. Helmuth Sax (Vorsitzender), Dr. Maria Kletecka-Pulker, Univ.Prof. DDr. Barbara Maier, Dr. Gerald Bachinger. Zusätzliche Mitglieder sind Delegierte der Verbände.



genannt hat und damit um die mit der Reproduktionsmedizin verbundenen Folgen für deren Kinder.

1. Der Kinderwunsch

Ist der Kinderwunsch nur Wunsch bzw. „Projekt“ eines Paares oder bezieht er das Kind als zukünftiges eigenständiges Wesen mit ein?

In der Praxis begegnet man unterschiedlichen Motivationen und unterschiedlichen Intensitäten von Kinderwunsch. Ein Versuch der Kategorisierung (nach Martin Stauber) unterscheidet zwischen folgenden Erscheinungsformen: a) dem „gesunden“ Kinderwunsch; b) dem „überwertigen Kinderwunsch“ - der Wunscherfüllung werden alle übrigen Lebensbereiche untergeordnet - ; und c) dem „pathologischen Kinderwunsch“ - der Fokus ist gar nicht mehr auf das Resultat der Wunscherfüllung, d.h. auf das Kind, gerichtet; vielmehr geht es um das „Kinder Habenwollen“ um jeden Preis, auch wenn der Preis für das Kind selbst sehr (eventuell zu?) hoch sein sollte.

Die entscheidende Frage heißt: Ist das „Produkt“ des Wunsches, nämlich das Kind in seiner Eigenständigkeit und in dem, was die Wunscherfüllung an Risiken und Problemen für dieses mit sich bringen kann, wirklich im Blick der Reproduktionsmedizin?

2. Perspektiven des Kindeswohls in der Reproduktionsmedizin

Spielen Perspektiven des Kindeswohls in den reproduktionsmedizinischen Entscheidungskaskaden eine Rolle und wenn ja, welche? Werden in der Aufklärung über die Kinderwunscherfüllung auch die Folgen für die Kinder mit dem Paar immer klar genug diskutiert? Werden Alter der Eltern, Fehlbildungsrisiko, Mehrlingsschwangerschaften, Frühgeburtsrisiko, Probleme der Schwangerschaft bei älteren Frauen aufgrund eines abnehmenden Gestationspotentials mit Plazentationsstörungen und somit Versorgungsproblemen für das Kind ausreichend thematisiert und nicht bloß auf die Möglichkeiten des Schwanger Werdens Bezug genommen?

Ein entscheidendes Moment für das Schicksal entstehender Kinder wie ihrer Eltern verbirgt sich in der Frage: Wie viele Embryonen können in verantwortungsvoller Weise transferiert werden? Bei einer größeren Anzahl transferierter Embryonen besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, zu einer Schwangerschaft zu kommen, allerdings ist ein Transfer von mehreren Embryonen mit



einem höheren Mehrlingsrisiko verbunden und dieses wiederum mit einer größeren Gefährdung der Kinder.

Ebenso problematisch in Hinblick auf die Entstehung von Mehrlingsschwangerschaften sind un- oder zu wenig kontrollierte Hormonbehandlungen und/oder Inseminationsbehandlungen. Bei einem Eibläschenwachstum von mehr als zwei sollte dringend von Kohabitationen abgeraten und Inseminationen nicht durchgeführt werden, um die Entstehung von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden.

Aus der Perspektive der dann so entstandenen Kinder lässt sich die Frage stellen: Hat ein „prospektives“ Kind ein Recht auf einen Single-Embryotransfer, ein Recht auf den Abbruch von Zyklen mit überschießendem Follikelwachstum nach Hormonbehandlungen und den Verzicht auf Inseminationen? Gibt es das Recht auf eine Abwehr potentieller Gefahren für ein noch gar nicht entstandenes, noch nicht geborenes Kind? Es geht um die Antizipation von Problemen und um die Analyse der Konsequenzen reproduktionsmedizinischen Handelns.

Sind in der Spannung elterlicher Bedürfnisse, also der Erfüllung ihres Kinderwunsches und in der Spannung des Erfolges von Anbietern nicht auch die Bedürfnisse der von den Folgen der Erfüllung Hauptbetroffenen, der Kinder, zu berücksichtigen? Geht es nur um die Kinderwunscherfüllung oder auch um die Kinder selbst?

Im problematischen Kinderwunsch kann sich eine, sich dann später entwickelnde Bindungsproblematik schon vorab spiegeln. Überwertiger und pathologischer Kinderwunsch haben ihre Wurzeln oft nicht nur im langjährig unerfüllten Kinderwunsch, sondern in einer Persönlichkeitsproblematik des sich Kinder wünschenden Paares. Einschränkungen in der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit können sich im konkreten Umgang mit dem Kind nachteilig für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes auswirken.

Der problematische Kinderwunsch kann aber auch erst durch wiederholte reproduktionsmedizinische Maßnahmen, die nicht zum Erfolg geführt haben, entstehen. Der eigene „Leidensweg“ wird unter Umständen als aggressive Tendenz oder als überzogene und unrealistische Erwartungshaltung auf das Kind projiziert. Wenn sich Kinder wünschende Paare viele Jahre körperlich, seelisch und sozial als defekt wahrgenommen haben, dann übertragen sie dieses Erleben in der Reaktionsbildung möglicherweise auf ihr Kind bzw. ihre Kinder. Wenn Kinder dann noch mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen geboren worden sind, mit Fehlbildungen oder als sehr kleine Frühgeborene mit den daraus resultierenden Folgen kann es zur Dekompensation der Familie kommen. Gerade dann sind hohe Scheidungs- und Trennungsraten aufgrund der massiven elterlichen Belastungen zu beobachten.



Gibt es eine Wrongful-Conception nicht nur im Sinne misslungener Verhütung, sondern auch in Folge von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen?

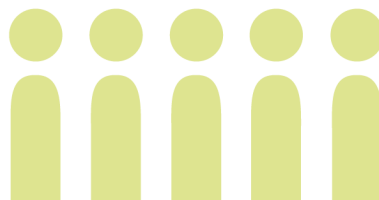
3. Die Bedeutung der Baby-Take-Home-Rate in quantitativer und qualitativer Perspektive

Die sogenannte Baby-Take-Home-Rate bewertet quantitativ und qualitativ, wie viele Kinder aus reproduktionsmedizinischen Interventionen entstehen und wie es ihnen bei und nach der Geburt geht. Österreich befindet sich noch immer im Widerstand gegen die Erfassung einer Baby-Take-Home Rate nach reproduktionsmedizinischen Interventionen. Warum? Aus pädiatrischer Sicht ist sie unbedingt notwendig als Feedback zur Bewertung reproduktionsmedizinischen Tuns aus der Perspektive der so entstandenen Kinder. Es geht um das Wissen, wie solchermaßen erzielte Schwangerschaften und Geburten verlaufen, und wie Familien mit der realen Situation eines durch Reproduktionsmedizin erfüllten Kinderwunsches zurechtkommen. Es geht um die wichtige Frage: wie geht es Kindern und Eltern nach assistierter Fortpflanzungshilfe?

Auch die Querverbindungen der Reproduktionsmedizin zur Präimplantationsdiagnostik, Pränataldiagnostik und Geburtshilfe sollten fachübergreifend in ein therapeutisches Kontinuum eingefügt werden.

4. Das therapeutische Kontinuum von Kinderwünscherfüllung, Schwangerschaft und Geburt sowie Entwicklung der Kinder

Der Kinderwunsch und seine Erfüllung gelten als wichtige Dimensionen menschlicher Entfaltung und dementsprechend ist erfolglos Kind(er) wünschenden Paaren soweit nötig subsidiär über assistierte Fortpflanzungshilfe beizustehen. Dabei dürfen die Folgen der Erfüllung auch für die Kinder nicht außer Acht gelassen werden. Zu therapieren, also zu begleiten, sind nicht nur Kinder wünschende Paare, sondern oft auch deren Kinder. Lange Jahre sich sehnlichst ein Kind zu wünschen und nicht zur Erfüllung zu kommen, bedeutet eine enorme psychische Belastung, für welche oft psychosoziale Hilfe notwendig ist. Und besonders dann wird sie notwendig, wenn die Erfüllung des Kinderwunsches zwar gelungen ist, die Kinder aber Probleme aufweisen. Die Konstellationen eines lange bestehenden Kinderwunsches, viele reproduktionsmedizinische Maßnahmen und eventuelle zusätzliche schwangerschafts- und geburtsbedingte Komplikationen brauchen ein psychosoziales Versorgungsnetz, auch postpartum.



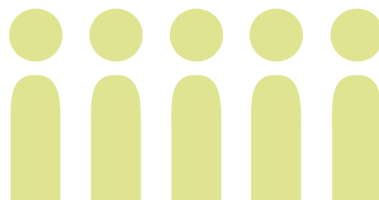
5. Values Clarification („Werteabwägung“)

Eine verantwortungsvolle ethische Auseinandersetzung mit der Reproduktionsmedizin erfordert eine Klärung unserer „Reproduktionsmoral“, also die kritische Auseinandersetzung mit gewohnheitsmäßig tradierten Wertvorstellungen einer Gesellschaft. In dieser ist die Kinderwunscherfüllung der dominante Wert, und wird meistens nicht mehr hinterfragt. Es wird auch nicht nachgefragt, aus welcher Perspektive die Bewertung erfolgt ist. Die Erfüllung eines Kinderwunsches mit geburtshilflichen und neonatologischen Implikationen, den Risiken für die daraus entstandenen Kinder wird in der Reproduktionsmedizin allein zu wenig deutlich. Die Reproduktionsmedizin muss sich fragen lassen, ob ihre Mittel probat, verantwortungsvoll angewandt und auch unter Abwägung der Konsequenzen für die entstandenen Kinder hin eingesetzt wurden. Das ist nicht nur Aufgabe einer verantwortlichen Elternschaft, das ist auch Aufgabe der Anbieter, der Ärzte und Ärztinnen der Reproduktionsmedizin. Mit ihrer Expertise sollten sie sich auf eine Evaluierung einlassen, die nicht nur Schwangerschaftsraten, sondern auch die Schwangerschaftsverläufe, geburtshilflichen Ergebnisse und die Entwicklung der Kinder, die mit Hilfe assistierter Fortpflanzungshilfe entstanden sind, im Blick hat.

Resümee:

Reproduktionsmedizin darf als Motiv nicht bloß die Erfüllung des Kindeswunsches und die „Geschäftserfüllung“, d.h. die Erfolgsrate der Schwangerschaften, im Auge haben und eine damit eventuell verbundene Belastung des Kindes ohne Werteabwägung oder sogar billigend in Kauf nehmen. Reproduktionsmedizin muss sich auch und vor allem an der zu erwartenden Lebensqualität des so geschaffenen neuen Lebens und seiner Familie orientieren.

Ein „Child/ren-Impact-Assessment“ („Kindeswohlprüfung“) würde evaluieren, was die Erfüllung des Kinderwunsches möglicher bzw. wahrscheinlicher Weise für die so entstandenen Kinder bedeutet. Beratung der Eltern, die für ihre Kinder auch später verantwortlich sein werden, würde erfordern, bestmögliche Klarheit über die möglichen Konsequenzen ihrer Kinderwunsch-Erfüllung zu schaffen und insbesondere die Themen Mehrlingsschwangerschaft und -geburt, Frühgeburtlichkeit, Schwangerschaft nach Eizellspende jenseits des biologisch reproduktiven Alters, Fehlbildungsrisikokonstellationen, etc. einzubeziehen. Dabei ist die Eltern-Kind-Dyade



zu betonen – als gemeinsame Verantwortung. Eine isolierte Betrachtung nur der Erfüllung des Kinderwunsches und weniger seiner Konsequenzen fokussiert nicht den Inhalt des Kinderwunsches, das Kind und sein Wohlergehen.

