

Assistierte Reproduktion und Präimplantationsdiagnostik in der klinischen Domäne: empirische Ergebnisse des Projektes „Genetic Testing and Changing Images of Human Life“

Grießler, Erich; Hager, Mariella

Veröffentlichungsversion / Published Version
Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Grießler, E., & Hager, M. (2012). *Assistierte Reproduktion und Präimplantationsdiagnostik in der klinischen Domäne: empirische Ergebnisse des Projektes „Genetic Testing and Changing Images of Human Life“*. (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, 100). Wien. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-312221>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

100

Reihe Soziologie
Sociological Series

Assistierte Reproduktion und Präimplantationsdiagnostik in der klinischen Domäne

Empirische Ergebnisse des Projektes
„Genetic Testing and Changing Images of
Human Life“

Erich Griebler, Mariella Hager



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Assistierte Reproduktion und Präimplantationsdiagnostik in der klinischen Domäne

Empirische Ergebnisse des Projektes
“Genetic Testing and Changing Images of
Human Life“

Erich Griebler, Mariella Hager

Endbericht

Studie gefördert von
Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
FFG Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft mbH
GEN-AU Genomforschung in Österreich

April 2012

Kontakt:

Erich Griesler

☎: +43/1/599 91-170

email: erich.griesler@ihs.ac.at

Founded in 1963 by two prominent Austrians living in exile – the sociologist Paul F. Lazarsfeld and the economist Oskar Morgenstern – with the financial support from the Ford Foundation, the Austrian Federal Ministry of Education, and the City of Vienna, the Institute for Advanced Studies (IHS) is the first institution for postgraduate education and research in economics and the social sciences in Austria. The **Sociological Series** presents research done at the Department of Sociology and aims to share “work in progress” in a timely way before formal publication. As usual, authors bear full responsibility for the content of their contributions.

Das Institut für Höhere Studien (IHS) wurde im Jahr 1963 von zwei prominenten Exilösterreichern – dem Soziologen Paul F. Lazarsfeld und dem Ökonomen Oskar Morgenstern – mithilfe der Ford-Stiftung, des Österreichischen Bundesministeriums für Unterricht und der Stadt Wien gegründet und ist somit die erste nachuniversitäre Lehr- und Forschungsstätte für die Sozial- und Wirtschaftswissenschaften in Österreich. Die **Reihe Soziologie** bietet Einblick in die Forschungsarbeit der Abteilung für Soziologie und verfolgt das Ziel, abteilungsinterne Diskussionsbeiträge einer breiteren fachinternen Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die inhaltliche Verantwortung für die veröffentlichten Beiträge liegt bei den Autoren und Autorinnen.

Executive Summary

Ziel des Projektes „Genetic Testing and Changing Images of Human Life“ war es, die These zu überprüfen, ob sich durch genetisches Testen das Verständnis des menschlichen Lebens, wie es sich in sprachlichen Bildern ausdrückt, verändert. Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden die Bereiche pränatale Diagnostik (PND), Assistierte Reproduktionstechnologie (ART), Präimplantationsdiagnostik (PID) und Schwangerschaftsabbruch (vor allem Spätabbruch) in der klinischen und politischen Domäne untersucht.¹

Dieser Teilbericht befasst sich mit dem Aspekt der Assistierte Reproduktion und PID in der klinischen Domäne. Dazu wurden 25 leitfadengestützte, qualitative, face to face Interviews mit betroffenen Frauen und VertreterInnen relevanter Berufsgruppen und Fachrichtungen durchgeführt und mittels Themenanalyse qualitativ ausgewertet.

Das Projekt geht davon aus, dass soziale Praktiken konstitutiv für die Produktion und Reproduktion sprachlicher Bilder vom menschlichen Leben (Images of Human Life, IHL) sind. Ziel war es daher zunächst, solche sozialen Praktiken zu identifizieren.

Im Zentrum der IVF-Behandlung steht der „Kinderwunsch“ oder das „Wunschkind“. Die Erfüllung des Kinderwunschs, das Wunschkind, ist zentrale Dimension der IVF-Behandlung, die die damit verbundenen Praktiken ordnet. Sie dienen dazu, das Ziel des „Wunschkindes“ zu erreichen. Diese umfassen Praktiken des Beobachtens, des Darstellens, der Gewinnung, des Verstärkens und Konzentrierens, des Kultivierens, des Begutachtens und Klassifizierens, des Auswählens, des Zusammenführens, des Konservierens, des Aufklärens und Beratens, des Entscheidens, und Dokumentierens.

IVF und PID sind arbeitsteilig organisiert. Frauen und Partner auf der einen, ÄrztInnen, LabormitarbeiterInnen und PsychologInnen auf der anderen Seite haben unterschiedliche Aufgaben, die sie unterschiedlich stark in verschiedene der genannten Praktiken einbinden.

- Frauen stehen vor und bei der Gewinnung sowie nach dem Embryotransfer im Mittelpunkt der IVF-Behandlung. Sie müssen ihren Zyklus beobachten, Ursachen abklären lassen, müssen Hormone einnehmen, sind Objekt von Interventionen an ihrem Körper (Untersuchungen, Punktion, Embryotransfer, Schwangerschaftstest), beobachten ihren Körper auf Anzeichen einer Schwangerschaft. Sie sind oftmals die zentral Entscheidenden über die Richtung des Therapieverlaufs und Alternativen.

¹ Weitere Berichte des Projektes zu den Themen Assistierte Reproduktion, pränatale Diagnostik, Präimplantationsdiagnostik und Schwangerschaftsabbruch, in der klinischen bzw. politischen Domäne finden sich auf der Website: <http://www.ihs.ac.at/steps/humanlife/ergebnisse.html>.

- ÄrztInnen konzentrieren sich auf Bereiche, in denen direkter Kontakt mit PatientInnen besteht und entscheiden über den Therapieverlauf. Sie sind zentral eingebunden in Praktiken des Darstellens, Gewinnes, Auswählens, Zusammenführens (Embryotransfer), Entscheidens, Aufklärens und Beratens.
- LabormitarbeiterInnen assistieren häufig ÄrztInnen. Sie führen aber auch eigenständig Gespräche mit PatientInnen und haben administrative Aufgabe. Ihre Haupttätigkeit liegt allerdings in der physischen Arbeit mit Samen, Eizellen und Embryonen. Sie assistieren bei der Gewinnung von Eizellen, arbeiten Eizellen und Samen auf, beobachten, wählen Samen aus, führen Samen und Eizellen zusammen, kultivieren, zählen, begutachten und klassifizieren, konservieren und dokumentieren.
- In der psychologischen Betreuung werden Probleme im Kontext von IVF und Kinderwunsch behandelt. Sie wird routinemäßig angeboten, aber nicht von allen Paaren genutzt.
- Partner sind in der unmittelbaren IVF-Behandlung wenig präsent. Sie sind eingebunden in Praktiken der Samengewinnung sowie in Entscheidungen über Therapieverlauf und Alternativen. Sie spielen dabei laut Aussagen der InterviewpartnerInnen eine weniger aktive Rolle als die betroffenen Frauen.

Wie und mit welchen Auswirkungen sind Frauen in diese sozialen Praktiken involviert?

Der Kinderwunsch steht für betroffene Frauen vor und nach der erfolgreichen IVF-Behandlung im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit und dominiert andere Bereiche des Lebens. Er wird als schmerzhaft und dringend beschrieben, als Wunsch, dem bis zu seiner Erfüllung alle anderen Lebensbereiche untergeordnet sind. Er wird als Leerstelle im Leben wahrgenommen. Diese Beschreibung des Kinderwunsches deckt sich mit Beobachtungen von MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen.

IVF befasst sich nicht nur mit der Herbeiführung der Schwangerschaft an sich, sondern mit der Erfüllung des Kinderwunsches zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben der Frau/des Paares. Dies ist häufig mit einer Verschiebung der Mutterschaft auf einen späteren Zeitpunkt verbunden. Die befragten MedizinerInnen sehen in der „perfekten Planung von Kindern“ und der damit verbundenen verspäteten Mutterschaft ein gesellschaftliches Phänomen, das sie zum Teil kritisch bewerten und das ihre Arbeit erschwert. Denn es kann geschehen, dass sich der biografisch gewünschte Zeitpunkt der Realisierung des Kinderwunsches nicht verwirklichen lässt. An diesem Punkt kommt ART ins Spiel.

Risiken und Belastung einer ART-Behandlung werden von Frauen in den Interviews hintangestellt und in Kauf genommen. Die Behandlung wird zwar als unangenehm

beschrieben, jedoch akzeptiert, um das Ziel des Wunschkindes zu erreichen. Insgesamt finden sich wenige direkte Aussagen von Frauen darüber, dass sie die Behandlung und die Wartezeiten auf Erfolg als belastend empfunden haben. Wie anstrengend die IVF-Behandlung empfunden wird, zeigt sich eher indirekt in Bemerkungen zu anderen Themenfeldern. Auch ÄrztInnen sehen eine starke psychische und körperliche Belastung der Frau durch die Behandlung.

Welche IHL gehen implizit und explizit aus diesen sozialen Praktiken hervor?

In der Mehrzahl der Interviews wird ART positiv bewertet. Nur vereinzelt gibt es kritische Bemerkungen.

Insgesamt dominieren in der IVF-Behandlung hinsichtlich der IHL medizinische Begriffe. Alle Beteiligten sprechen aber auch andere Aspekte als naturwissenschaftliche und technische an.

Betroffene Frauen verwenden vor allem aus der Medizin übernommene IHL. Im Hintergrund ihrer Erzählung steht jedoch stets das imaginierte Wunschkind. Die glückliche Entwicklung dahin vollzieht sich stufenweise von Eizelle, guter Samenqualität, über ein oder mehrere Embryos in guter Qualität bis zur eingetretenen Schwangerschaft.

Auch ÄrztInnen sprechen in medizinischen Begriffen über IHL. Diese werden jedoch von Fall zu Fall von affektiven Begriffen begleitet. Ob dies helfen soll, medizinische Zusammenhänge für Laien vereinfacht darzustellen, im Sinne von „schön“ als Synonym für „gesund“, oder ob dies die eigene Faszination ausdrückt, ist in den Interviews unklar.

Die Sprache der LabormitarbeiterInnen ist neben der der GenetikerInnen am stärksten von medizinischen Begriffen geprägt.

Bei PsychologInnen kommen neben den medizinischen auch psychologische Konzepte ins Spiel.

Zentral an den IHL in der IVF und PID ist die Bewertung, Klassifizierung und Auswahl von Samen, Eizelle und Embryo. Die IVF-Behandlung ist mit wiederholten Bewertungen und Klassifizierung verbunden. Ei- und Samenzellen und Embryonen werden in Hinblick auf unterschiedliche Kriterien wiederholt eingeordnet und bewertet. An die Praktik der Bewertung, Klassifizierung und Auswahl setzt die politisch umstrittene PID an. Die PID ist in dieser Sicht nur eine Fortsetzung dessen, was seit langem gemacht wird.

MedizinerInnen orten neben dem Trend zur späteren Mutterschaft eine weitere gesellschaftliche Entwicklung. Manche Frauen würden die Erfüllung des Kinderwunsches als vehemente Forderung an ÄrztInnen erheben. ART könne jedoch nicht in allen Fällen helfen.

Interviewte MedizinerInnen kritisieren, dass Frauen zu spät in die Behandlung kämen und erleben die Machbarkeitsvorstellung auch als Druck mancher Frauen auf ÄrztInnen.

Die Unsicherheit von ART wird von allen Beteiligten thematisiert und als schwer zu ertragen geschildert. Aufgrund der Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit von ART spielen mitunter transzendente Erklärungsversuche trotz Machbarkeitsvorstellung, Rationalisierung und Technisierung der Reproduktion weiterhin eine Rolle.

Trotz Technisierung der Reproduktion ist auch die Einstellung zum Embryo nicht rein instrumentell. Embryonen sind für die Beteiligten nicht nur Arbeitsmaterial, sondern potenzielles Leben. Daher ist es für die beteiligten AkteurInnen notwendig, mit dieser Ambivalenz umzugehen. Deutlich werden diese Ambivalenzen bei der Frage nach dem Verwerfen von Embryonen.

Welche Rolle spielen dabei die Partner der Patientinnen?

Ungewollte Kinderlosigkeit kann zu Konflikten der Paare beitragen. Der Wunsch nach einem Kind und Versuche ihn zu realisieren führen zu Stress in der Partnerschaft und Sexualität. Kinderlosigkeit stellt auch die Identität des Partners als Mann in Frage. Schlechte Samenqualität kann als Synonym für mangelnde Männlichkeit gewertet werden. Männer spielen in der IVF eine deutlich weniger aktive Rolle als ihre Frauen und sind in die entsprechenden Praktiken weniger eingebunden. Frauen entscheiden über Frage der IVF, ihre Fortsetzung oder ihren Abbruch. Sie spielen die aktivere Rolle, während der Partner zustimmt oder ablehnt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Methoden.....	1
1.2	Danksagung.....	3
1.3	Aufbau der Studie.....	4
2	Assistierte Reproduktionstechnologie	5
2.1	Behandlung.....	5
2.1.1	Zyklusbeobachtung.....	5
2.1.2	Feststellung der Spermienqualität.....	6
2.1.3	Durchgängigkeit der Eileiter.....	7
2.2	Hormonbehandlung.....	7
2.2.1	Insemination.....	7
2.3	IVF-Behandlung.....	7
2.4	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).....	8
2.5	Intrazytoplasmatische morphologisch selektierte Spermieninjektion (IMSI).....	8
2.6	Mikrochirurgische Epididymale Spermienaspiration (MESE) und Testikuläre Spermienextraktion (TESE).....	9
2.7	Intravaginale Kultur oder In-vivo-Befruchtung.....	9
2.8	Kryokonservierung (Kältekonservierung).....	9
2.9	Reproduktionsmedizin in Österreich.....	10
2.9.1	Finanzierung.....	10
2.9.2	Anbieter.....	11
2.9.3	Kosten.....	12
2.9.4	Behandlungen.....	12
2.10	Perspektive von Frauen.....	14
2.10.1	Wunsch zum Kind – Kind als Wunsch.....	14
2.10.2	Beziehung.....	15
2.10.3	Rückzug und Beneiden.....	16
2.10.4	Identität.....	17
2.10.5	Ursachen.....	17
2.10.6	Behandlung.....	18
2.10.7	Images of Human Life.....	18
2.10.8	Erwartungen und Unsicherheit.....	19
2.10.9	Umgang mit überzähligen Embryonen.....	20
2.10.10	Schwangerschaft nach IVF oder ICSI.....	20
2.10.11	Abbruch der IVF-Behandlung.....	21
2.10.12	Mütter und IVF-Kinder.....	22

2.10.13	Eizellspende	23
2.10.14	Pränataldiagnostik (PND).....	23
2.10.15	Adoptiv- oder Pflegekinder	24
2.10.16	Transzendente Erklärungsversuche.....	25
2.11	Perspektive von ÄrztInnen	26
2.11.1	Sprache	26
2.11.2	Entwicklung der Reproduktionsmedizin	27
2.11.3	„Kinderwunsch“-paare	28
2.11.4	Die Behandlung.....	29
2.11.5	Mehrlingsschwangerschaften	32
2.11.6	PND	33
2.11.7	Eizellspende oder Adoption.....	33
2.11.8	Adoption	34
2.11.9	Samenspende	34
2.12	Perspektive von Labormitarbeiterinnen	35
2.12.1	Sprache	36
2.12.2	Arbeit mit Ei- und Samenzellen	36
2.12.3	Arbeit mit Embryonen	38
2.12.4	Überzählige Embryonen.....	39
2.12.5	Embryotransfer und Schwangerschaft	41
2.12.6	Ei- und Samenspende oder Adoption.....	43
2.13	Perspektive von PsychologInnen und -therapeutInnen	44
2.13.1	Sprache	44
2.13.2	Kinderwunsch.....	45
2.13.3	Anwendungsbereiche der Psychologie und Psychotherapie	45
2.13.4	Kinder nach assistierter Reproduktion	47
2.13.5	Abschied von der Kinderwunschbehandlung	47
3	Präimplantationsdiagnostik	48
3.1	Methode	48
3.2	Indikationen.....	50
3.3	Gesetzliche Regelung.....	55
3.4	Tourismus.....	56
3.5	Sprache.....	58
4	Schlussfolgerungen	60
4.1	Sozialen Praktiken	60
4.2	Wie und mit welchen Auswirkungen sind Frauen in diese sozialen Praktiken involviert?62	
4.3	Welche IHL gehen implizit und explizit aus diesen sozialen Praktiken hervor?	63
4.4	Welche Rolle spielen dabei die Partner der Patientinnen?	67
5	Zusammenfassung	68

6	Anhang	69
6.1	Literatur.....	69
6.2	Internetquellen.....	69
6.3	Abkürzungsverzeichnis.....	70
6.4	Interviewverzeichnis.....	71
6.5	Leitfaden für Gespräche mit betroffenen Frauen.....	73
6.5.1	Einleitung.....	73
6.5.2	Fragen zur Person.....	73
6.5.3	Schwangerschaft.....	73
6.5.4	Untersuchungen/Begleitung durch die Schwangerschaft.....	73
6.5.5	Schwangerschaftsabbruch.....	74
6.5.6	Abschluss.....	74
6.6	Leitfaden für Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen.....	75
6.6.1	Einleitung.....	75
6.6.2	Beruf und Tätigkeitsfeld.....	75
6.6.3	PatientInnen.....	75
6.6.4	Schwangerschaft und Abbruch.....	75
6.6.5	Unerfüllter Kinderwunsch und IVF.....	75
6.6.6	Abschluss.....	76
6.7	Leitfaden für Gespräche mit PsychotherapeutInnen/BeraterInnen.....	77
6.7.1	Beruf und Tätigkeitsfeld.....	77
6.7.2	KlientInnen.....	77
6.7.3	TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung.....	77
6.7.4	Reproduktion.....	78

1 Einleitung

Im Zentrum des Projektes „Genetic Testing and Changing Images of Human Life“ (LIFE) steht die Untersuchung sprachlicher „images of human life“ (IHL) und deren Veränderung über die letzten 30 Jahre.² Dazu werden soziale Praktiken in der klinischen und politischen Domäne von Pränataldiagnostik (PND), Präimplantationsdiagnostik (PID), In-vitro-Fertilisation (IVF) und Schwangerschaftsabbruch vergleichend untersucht. Der Fokus wird im LIFE Projekt auf diese Bereiche gelegt, weil in ihnen sprachliche IHL produziert und reproduziert werden.

Dieser Bericht stellt die empirischen Ergebnisse des Teilprojektes dar, das sich IHL in der klinischen Domäne der IVF und PID widmet. Wir verwenden den Begriff IVF in diesem Projekt in einer sehr breiten Bedeutung. Er bezeichnet Verfahren der „assisted reproductive technologies“ (ART). Dazu gehören „alle Behandlungen und Verfahren, die den Umgang mit menschlichen Eizellen, Spermien oder Embryonen³ mit dem Ziel umfassen, eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes herbeizuführen“. Es umfasst weiters Technologien wie IVF im engeren Sinne, intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), Kryokonservierung von Eizellen, imprägnierten Eizellen und Embryonen und deren spätere Verwendung in der assistierten Reproduktion (Revermann/Hüsing 2010: 5).

Im Zusammenhang dieses Berichts sind folgende Fragestellungen zentral:

- Welche sozialen Praktiken sind für das Entstehen bestimmter IHL relevant?
- Wie und mit welchen Auswirkungen sind Frauen in diese sozialen Praktiken involviert?
- Welche Perspektiven bestehen aus Sicht von Patientinnen, ÄrztInnen, BeraterInnen, ForscherInnen, PsychologInnen?
- Welche Rolle spielen dabei die Partner der Patientinnen?
- Welche IHL gehen implizit und explizit aus diesen sozialen Praktiken hervor?

1.1 Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen führte Mariella Hager im Zeitraum von Jänner 2009 bis Februar 2010 in Österreich 25 leitfadengestützte, qualitative, face to face Interviews mit

² Für weitere Informationen zum Projekt und andere Publikationen siehe die Website www.ih.ac.at/steps/humanlife/

³ Laut Ziegler (2004: 22, mit Verweis auf Pschyrembel) umfasst die medizinische Definition der Embryonalperiode den Zeitraum der pränatalen Entwicklung, von der Befruchtung bis zum Ende der Organogenese (beim Menschen bis zum Ende der achten Woche nach der Konzeption). Bis zur Einnistung, d. s. in den ersten 14 Tagen der Entwicklung, wird auch der Begriff des „Prä-Embryos“ verwendet. Beide Begriffe werden nicht wertneutral verwendet, sondern verbinden auch Aussagen zum Status des Embryos. Während der Prä-Embryo dem Embryo moralisch nicht gleichgestellt gesehen wird, wird mit dem Begriff Embryo die volle Schutzwürdigkeit vom Zeitpunkt ab der Befruchtung verbunden. In dieser Arbeit bleiben wir beim Begriff Embryo, ohne damit eine Wertung zu verbinden.

betroffenen Frauen und VertreterInnen relevanter Berufsgruppen und Fachrichtungen durch. Die Befragten waren neun MedizinerInnen, drei Humangenetiker, sechs betroffene Frauen, vier PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, drei Labormitarbeiterinnen (vgl. Anhang).

Im Bereich der PID war ursprünglich geplant, der Sichtweise der ÄrztInnen und GenetikerInnen die Perspektive von betroffenen Frauen gegenüberzustellen. Trotz intensivster Bemühungen und Kontakten zu GenetikerInnen und ReproduktionsmedizinerInnen ist es nicht gelungen, betroffene Patientinnen für Interviews zu gewinnen. Wir gehen daher im Bereich der PID gezwungenermaßen lediglich auf die Perspektive von MedizinerInnen und Genetikern ein.

Begonnen wurde die Suche nach InterviewpartnerInnen mit einer Recherche der Websites österreichischer Einrichtungen, die IVF anbieten. Die identifizierten ExpertInnen wurden per E-mail kontaktiert. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung von GesprächspartnerInnen, insbesondere der betroffenen Frauen, über ein Schneeballsystem aus persönlichen Kontakten und Empfehlungen. Die Bereitschaft zu Interviews war, abgesehen bei der Fragestellung von PID, insgesamt sehr groß, die überwiegende Mehrheit der Angefragten bekundete Interesse an der Studie und erklärte sich zur Mitarbeit bereit.

Die Interviews fanden in Kliniken und Ordinationen, in Restaurants, in Privatwohnungen und am Institut für Höhere Studien statt. Sie dauerten zwischen ca. 20 Minuten und ca. zwei Stunden und wurden mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen auf Tonband aufgezeichnet. Lediglich eine Befragte wollte das Gespräch nicht aufnehmen lassen. In diesem Fall wurde ein ausführliches Gesprächsprotokoll erstellt. Alle anderen Interviews wurden vollständig transkribiert. Ergänzend wurden zu allen Interviews Beobachtungsprotokolle erstellt, um Eindrücke und Beobachtungen nonverbaler Verhaltens festzuhalten.

Neben den Interviews wurden auch andere qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung verwendet, die sich wie selbstverständlich aus den Interviews ergaben. Die Interviews „vor Ort“ ermöglichten, ergänzende Eindrücke zu den in den Gesprächen diskutierten Themen zu sammeln. Häufig schlossen sich an die Interviews Führungen durch Behandlungszimmer, Warte- und Laborräume an. Diese trugen zu einem besseren Verständnis der Arbeitsabläufe der ExpertInnen und der Situation und Perspektive von Betroffenen bei. Die in den Beobachtungen gesammelten Eindrücke wurden in zusätzlichen Protokollen dokumentiert. Interviews und teilnehmende Beobachtung sind nicht voneinander zu trennen und fließen gemeinsam in dieses Papier ein.

Daneben wurden im Zuge der Suche nach geeigneten InterviewpartnerInnen auch Websites von IVF-Instituten analysiert. Auch diese Analyse floss in die Studie ein.

Die Interviews wurden mit Unterstützung des Softwarepakets „Atlas.ti“ themenanalytisch in Hinblick auf die zentralen Fragestellungen ausgewertet.

Das Feld der Reproduktionsmedizin ist breit, unterschiedliche Berufsgruppen aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich sind in verschiedenster Weise darin eingebunden (IVF-MedizinerInnen, GynäkologInnen, LabormitarbeiterInnen, Krankenschwestern, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc.). Es ergeben sich daher aus der Sicht der verschiedenen Professionen unterschiedliche Perspektiven. Auch die sechs betroffenen Frauen sprachen eine große Bandbreite an Erlebnissen und Eindrücken an. Sie berichteten von ihren Erfahrungen mit medizinischen Behandlungen, gelungenen oder missglückten IVF-Versuchen, glücklichen Schwangerschaften und Geburten, Adoptionen, aber auch traumatischen Erfahrungen wie enttäuschten Hoffnungen oder noch immer andauernden Versuchen, ein Kind zu bekommen. Durch die Auswahl der InterviewpartnerInnen gelang es, ein umfassendes Bild der Reproduktivmedizin zu erhalten, welches sowohl medizinische Fakten als auch rechtliche Belange und persönliche Wertigkeiten, Ängste, Visionen, Wünsche etc. mit einschließt.

1.2 Danksagung

Wir möchten uns bei einer Reihe von Institutionen und Organisationen bedanken, die uns diese Studie ermöglicht haben. Zunächst gilt unser Dank der FFG; nicht nur für die Finanzierung des Projektes im Rahmen des GEN-AU Programmes, sondern auch für die stets unterstützende Abwicklung des Projektes.

Bedanken möchten wir uns auch beim wissenschaftlichen Beirat des GEN-AU Programmes für seine anregende Kritik im Rahmen der Projektevaluierung. Dies gilt auch für unseren Projektbeirat, mit dem wir die Ergebnisse der Studie in zwei Projektworkshops und im individuellen Austausch intensiv diskutiert haben. Dem Beirat gehörten an: Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger (Medizinische Universität Wien), Karin Schöber (Psychotherapeutin in freier Praxis), Mag. Dr. Andrea Strachota (Universität Wien), Prof. Dr. Andreas Frewer (Medizinische Hochschule Hannover), Dr. Christine Hauskeller (University of Exeter), Dr. Silja Samerski (Universität Hannover), Dr. Andrea Stöckl (University of East Anglia), Dr. Bronislav Szerszynski (University of Lancaster). Ihre zahlreichen Kommentare haben uns immer wieder zur Reflexion unserer Arbeit herausgefordert und waren für die Entwicklung unseres Projektes sehr wertvoll. Bedanken möchten wir uns auch bei Univ.-Doz. Dr. Christoph Mandl für die Moderation der Projektworkshops.

Unser Dank gilt auch unseren KollegInnen Peter Biegelbauer, Anna Szyma, Daniel Lehner und Bernhard Hadolt für die Zusammenarbeit im Projektteam. Danken möchten wir auch Klara Janjic und Vanessa Langwiesner für ihre Unterstützung der Projektarbeit während ihrer Teilnahme an der GEN-AU Summer School 2009. Dank gilt auch Claudia Jandrisic für die

gewissenhafte Transkription der zahlreichen Interviews und Andrea Haslinger für das sorgfältige Lektorat.

Unser besonderer Dank gilt jedoch allen InterviewpartnerInnen, die sich für unsere Studie zur Verfügung gestellt haben und uns so Einblick in dieses sehr persönlich erlebte und mit starken Emotionen verbundene Thema gegeben haben. Ohne ihre großzügige Unterstützung wäre diese Studie nicht möglich gewesen!

1.3 Aufbau der Studie

Der erste Teil widmet sich der Assistierte Reproduktionstechnologie und schließt eine kurze Darstellung der Reproduktionsmedizin in Österreich, ihre Finanzierung, Anbieter, Kosten und Zahl an Behandlungen laut IVF-Register ein. Im Anschluss werden IVF und PID aus Perspektive unterschiedlicher AkteurInnen dargestellt. Der Bericht schließt mit Schlussfolgerungen in Bezug auf die zentralen Forschungsfragen.

2 Assistierte Reproduktionstechnologie⁴

Assistierte Reproduktionstechnologie (ART = assisted reproductive technology) schließt sämtliche Behandlungen und Verfahren ein, „die den Umgang mit menschlichen Eizellen, Spermien und Embryonen mit dem Ziel umfassen, eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes herbeizuführen“ (Revermann/Hüsing 2010: 17). ART hat zum Ziel, Paaren, die durch Geschlechtsverkehr keine Kinder bekommen können, zu Nachwuchs zu verhelfen. ART kann Schwangerschaften ermöglichen, wo auf sogenanntem natürlichen Weg nur geringe Chancen bestehen. Künstliche Befruchtung hat in den letzten Jahrzehnten enorm an Bedeutung gewonnen (vgl. weiter unten). Sie verhilft weltweit Millionen von Paaren, die sonst kinderlos geblieben wären, zu einem Kind (Feichtinger/Stanzl 2009: 143). Schätzungen zufolge leben heute über 4 Millionen Kinder, die nach einer ART Behandlung geboren wurden (Revermann/Hüsing 2010: 18).

Die erste erfolgreiche IVF am Menschen gelang 1977 in England und führte zur Geburt des ersten „Retortenbabys“ Louise Brown.⁵ Zwei Jahre später wurde die Methode der IVF publiziert und weltweit wiederholt. Seither wurde die Methode permanent weiterentwickelt. In den 80er-Jahren wurde damit begonnen, Eizellen nicht mehr über die Bauchdecke, sondern durch eine ultraschallgelenkte vaginale Eizellentnahme zu gewinnen. Dies verringerte das Risiko von Verletzungen erheblich. Anfang der 90er-Jahre wurde die direkte Injektion von einzelnen Spermien in die Eizelle (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion – ICSI) entwickelt. Damit wurde es möglich, IVF auch bei schwerer männlicher Infertilität erfolgreich anzuwenden. Heute werden in Österreich etwa 70 % der IVF-Behandlungen mit ICSI durchgeführt (Feichtinger/Stanzl 2009: 144ff.). Im Jahr 2009 wurden in österreichischen IVF-Zentren ca. 75 % der Fälle ICSI angewandt (ÖBIG 2010: 6).⁶

2.1 Behandlung

Vor Beginn einer IVF-Behandlung wird versucht, beim Paar die der Infertilität zugrunde liegenden medizinischen Ursachen abzuklären und mögliche Ursachen sukzessive einzugrenzen (Feichtinger/Stanzl 2009: 147).

2.1.1 Zyklusbeobachtung

Die Abklärung beginnt mit der Feststellung des regelmäßigen Monatszyklus der Frau. Dies stellt noch keine Therapie an sich dar, kann aber helfen, das sogenannte Empfängnis-

⁴ Im Rahmen dieses Berichts wird IVF und ART synonym verwendet. Diese medizinisch unzutreffende Gleichsetzung entspricht dem lebensweltlichen Umgang mit den beiden Begriffen, in dem IVF und ART häufig gleichgesetzt werden.

⁵ Fruchtbarkeitsbehandlungen gehen allerdings sehr viel weiter zurück und beinhalteten u. a. Behandlungen mit Kräutern und Ritualen. Die ersten reproduktionsmedizinischen Versuche wurden an Tieren durchgeführt, z. B. an Hündinnen, Kaninchen, Meerschweinchen. Vor etwa 250 Jahren gelang einem italienischen Geistlichen durch Insemination einer Hündin die erste erfolgreiche künstliche Befruchtung (Feichtinger/Stanzl 2009: 145-146).

⁶ Das Verhältnis der Anwendung von ICSI und IVF ist dabei im internationalen Vergleich sehr unterschiedlich (vgl. Revermann/Hüsing 2010: 70).

optimum, den günstigsten Zeitpunkt für eine Befruchtung festzustellen. Führt der „Verkehr zum Optimum“ nicht zur baldigen Schwangerschaft, wird empfohlen, die Reproduktionsfähigkeit medizinisch abzuklären.

2.1.2 Feststellung der Spermienqualität

Parallel zur Zyklusbeobachtung wird Menge und Qualität der Spermien des Mannes untersucht. Dazu stehen verschiedene Methoden zur Verfügung, die einander ergänzend eingesetzt werden:

Das Spermogramm ist ein Fruchtbarkeitstest, bei dem das Ejakulat unter dem Mikroskop „auf Vorhandensein, Anzahl, Gestalt sowie Beweglichkeit von Samenzellen untersucht“ wird (Revermann/Hüsing 2010: 30). Die Morphologie des Spermiums wird häufig nach den sogenannten „strict criteria“ beurteilt. Demnach kann der Anteil fehlgeformter Spermien bis zu 85 % betragen, um das Spermogramm als normal beurteilen zu können.

Im Zuge der weiteren Abklärung wird die Qualität der Spermien zwölf Stunden nach Geschlechtsverkehr bestimmt. Mithilfe des sogenannten Postkoitaltests können immunologische Abstoßungsreaktionen als Unfruchtbarkeitsgrund oder als ein verkürztes Überleben der Spermien festgestellt werden (Feichtinger/Stanzl 2009: 147-148).

Bei der bakteriologischen Samenuntersuchung wird nach fremden Keimen gesucht. Die Samenflüssigkeit, die auf ihrem Weg auch die Harnröhre passiert, ist selten völlig frei von Bakterien. Übersteigt die Konzentration dieser Bakterien jedoch ein kritisches Maß oder finden sich bestimmte Bakterienarten, ist die Chance auf eine Befruchtung deutlich vermindert. Routinemäßige bakteriologische Untersuchungen sind deshalb angezeigt (Villars 2010).

Biochemische Untersuchungen des Samens messen die Konzentration von Fruktose und Zink in der Samenflüssigkeit. Sie werden durchgeführt, um Funktionsfähigkeit von Prostata und Samenblase zu untersuchen und um auf eine mögliche Verstopfung der Samenleiter hinzuweisen (Bartoov 2011).

Bei der morphologischen Samenuntersuchung wird der Samen im Lichtmikroskop unter sechstausendfacher Vergrößerung dargestellt. Ziel ist herauszufinden, ob ein Misserfolg einer durchgeführten IVF mit der Methode der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI, vgl. weiter unten) auf eine mangelhafte Qualität des Spermienkopfs zurückzuführen ist. Nach der Auswahl von Spermien mit intaktem Zellkern (IMSI, vgl. weiter unten) ist in diesem Fall die Durchführung von ICSI möglich (ebd.).

2.1.3 Durchgängigkeit der Eileiter

Die Durchgängigkeit der Eileiter wird unter dem Röntgenschirm, unter Ultraschallsicht oder mithilfe einer Bauchspiegelung (Laparoskopie) überprüft. Kann das injizierte Kontrastmittel durch Eileiter und Eierstöcke fließen, sind die Eileiter durchgängig (Feichtinger/Stanzl: 2009: 149). Bei verschlossenen Eileitern, Endometriose-Herden, Myomen oder Eierstockzysten in Verbindung mit Fruchtbarkeitsproblemen kann ein chirurgischer Eingriff durchgeführt werden.

2.2 Hormonbehandlung

Unterschiedliche Formen von Hormonstörungen bei Mann und/oder Frau können die Gründe für Infertilität sein. Je nach zugrunde liegender Hormonstörung werden unterschiedliche Medikamente eingesetzt, um den Hormonhaushalt zu steuern.

Besteht trotz Hormonwerten im medizinischen Normalbereich keine Normalfunktion der Eierstöcke, kann hormonelle Stimulation helfen, eine Schwangerschaft zu erreichen. Medikamente, verabreicht in Form von Tabletten oder Spritzen, regen die Eizellreifung an, Ultraschalluntersuchungen oder Hormonbestimmungen im Blut geben Auskunft über den Reifegrad des Eies. Zum medizinisch richtigen Zeitpunkt wird der Eisprung durch die Gabe eines weiteren Hormons ausgelöst (Feichtinger/Stanzl 2009: 149-150).

2.2.1 Insemination

Als Insemination wird jede Übertragung des männlichen Samens in den Genitaltrakt der Frau bezeichnet. Voraussetzung für diese Methode ist die Durchgängigkeit der Eileiter. In den meisten Fällen geht der Insemination eine hormonelle Stimulierung der Frau voraus, weil damit der Zeitpunkt des Eisprungs genauer gesteuert werden kann. Für die Samenübertragung gewinnt der Mann durch Masturbation Samenflüssigkeit. Im Labor wird die Samenflüssigkeit aufbereitet, um die Befruchtungschancen zu erhöhen. Nach dem Auslösen des Eisprungs, der etwa 36 Stunden dauert, wird der Samen durch einen dünnen Plastikschlauch in die Gebärmutterhöhle eingebracht. Vorteil der Insemination ist, dass die Spermazellen schneller und in größerer Dichte an die Eizelle der Frau gelangen (Feichtinger/Schwarzl: 150-151).

2.3 IVF-Behandlung

Unter IVF (In-vitro-Fertilisation) wird die Vereinigung von Ei- und Spermazelle (Befruchtung, Fertilisierung) außerhalb des Mutterleibes verstanden; die Befruchtung erfolgt in vitro (lateinisch: im Glas). Das IVF-Fonds-Gesetz definiert IVF als Vereinigung von Eizellen mit Spermazellen außerhalb des Körpers einer Frau mit nachfolgender Einbringung der befruchteten Eizelle(n) in die Gebärmutter der Frau (Republik Österreich 2004). IVF stellt den „Kern“ der Verfahren der ART dar, von der andere Verfahren wie z. B. ICSI abgeleitet sind (vgl. Revermann/Hüsing 2010: 37). Die IVF-Behandlung erfolgt in mehreren Schritten (Feichtinger/Stanzl 2009: 153):

- Sie beginnt mit einer hormonellen (Über)Stimulation der Frau, die das Heranreifen mehrerer Eizellen im Eierstock zur Folge hat und den Eisprung auslösen soll (vgl. oben).
- Die reifen Eizellen werden der Frau mittels vaginaler Punktion entnommen (Gewinnung).
- Anschließend werden sie im Reagenzglas mit dem Samen zusammengebracht (Befruchtung).
- Eine Entwicklung der zusammengebrachten Samen- und Eizellen erfolgt in einem Wärmeschrank, der den Bedingungen im Eileiter entspricht (Embryokultur). Nach etwa 20 Stunden ist erkennbar, ob ein Befruchtungsvorgang begonnen hat. Die Eizellen befinden sich nach einem erfolgten Befruchtungsvorgang in einem Vorkernstadium, in welchem eine Auswahl jener Eizellen erfolgen muss, die sich zu Embryonen weiterentwickeln sollen.
- Ein oder zwei Embryonen (in der Regel nicht mehr, vgl. weiter unten) werden beim sogenannten Embryotransfer in die Gebärmutter eingesetzt. Der Embryotransfer erfolgt nach ein bis fünf Tagen in der Hoffnung, dass eine Einnistung erfolgt und eine Schwangerschaft zustande kommt.

2.4 Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Während bei der IVF Ei- und Samenzelle lediglich zusammengebracht werden, wird bei der ICSI eine Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert. Dies geschieht, um bei eingeschränkter Beweglichkeit oder Zahl der Spermien die Chancen auf Befruchtung zu erhöhen. ICSI kommt zum Einsatz, wenn die Qualität der Samenflüssigkeit es nicht erlaubt, dass die Samenzellen im Eileiter oder im Laborglas, also in vitro, eine Eizelle befruchten können (Schué 2007).

Das übrige Verfahren entspricht der IVF-Methode: Entnahme der reifen Eizellen aus den Eierstöcken der Frau nach hormoneller (Über)Stimulation, Gewinnung der Samenflüssigkeit durch Masturbation. Hat die Befruchtung der Eizelle sowie Reifung stattgefunden, entspricht die weitere Behandlung dem üblichen IVF-Verfahren (Feichtinger/Stanzl 2009: 154).

2.5 Intrazytoplasmatische morphologisch selektierte Spermieninjektion (IMSI)

Wenn Standardmethoden wie IVF oder ICSI nicht zur Befruchtung der Eizelle führen, wird die Qualität der Spermien häufig als Ursache der Unfruchtbarkeit angesehen. Bei der „Intrazytoplasmatische morphologisch selektierte Spermieninjektion“ (IMSI) werden Spermien mithilfe hochauflösender Mikroskopie gezielt nach morphologischen Kriterien ausgewählt, die nicht im Zusammenhang mit DNA-Schädigungen stehen. Die Durchführung

von ICSI mit ausgewählten Spermien sollen die Chancen auf eine Schwangerschaftsrate erhöhen. (IVF Zentren Dr. A17 2011).

2.6 Mikrochirurgische Epididymale Spermienaspiration (MESE) und Testikuläre Spermienextraktion (TESE)

Bei fehlenden Spermien im Ejakulat bestehen Techniken, Samenzellen aus dem Hoden- oder Nebenhodengewebe zu gewinnen. Dies kommt bei verschlossenem Samenleiter zur Anwendung. Dies ist bei Männern der Fall, die den Samenleiter unterbinden haben lassen oder bei denen sich der Samenleiter durch eine Entzündung verschlossen hat. Die Spermiergewinnung erfolgt durch Punktion der Nebenhoden bzw. durch operativen Eingriff am Hoden. Normalerweise genügt ein einziger Eingriff, weil das entnommene Gewebe tiefgefroren werden kann. Im Zuge von MESA oder TESE wird bei der Befruchtung immer das ICSI-Verfahren angewandt (Feichtinger/Stanzl 2009: 4).

2.7 Intravaginale Kultur oder In-vivo-Befruchtung

Diese Technik unterscheidet sich von der IVF dadurch, dass die in der Petrischale befruchtete Eizelle nicht im Brutschrank, sondern im Körper der Frau heranreift. Die befruchtete Eizelle wird zusammen mit einer Nährlösung in eine etwa daumengroße Kapsel gegeben, die dann in die Scheide eingeführt wird. Die Kapsel besteht aus einem Spezial-Kunststoff, der die Gase des Körpers auf die Spermien und Eizellen überträgt. Sie bleibt zwei bis drei Tage im weiblichen Körper. Danach wird die Kapsel wieder entnommen, geöffnet und der Embryo in die Gebärmutter eingesetzt. Die Reifung findet daher im Originalmilieu und nicht im Brutschrank statt. Die Erfolgsquote im Sinne einer Schwangerschaft liegt mit 30 % und ist damit etwa gleich hoch wie bei herkömmlicher IVF. Der Vorteil besteht im psychologischen Effekt, der sich positiv auf das Wohlbefinden der Frau auswirkt, denn durch diese Methode wird dem Bedürfnis nach größtmöglicher Nähe zum entstehenden Kind gefolgt (Feichtinger/Stanzl 2009: 151-152).

2.8 Kryokonservierung (Kältekonservierung)

Überzählige Embryonen werden durch Kältekonservierung im Vollkernstadium tiefgefroren und für spätere Behandlungszyklen konserviert. Damit soll der Frau der belastende Prozess der Hormonstimulierung erspart werden. Medizinisch problematisch ist, dass die Embryonen beim Auftauen beschädigt werden können. Die Erfolgchancen einer Schwangerschaft liegen zudem unter jenen, bei denen „frische Eizellen“ verwendet wurden. Methoden der Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen als „Eizellbank“ werden erst von wenigen Kliniken praktiziert (Feichtinger/Stanzl 2009: 157-158).

Das Fortpflanzungsmedizingesetz regelt die Aufbewahrung von Ei- und Samenzellen, die bis auf Widerruf oder lebenslang aufbewahrt werden dürfen. Die Zeitdauer der erlaubten Embryonen-Konservierung beträgt zehn Jahre (Tews 2005: 96).

2.9 Reproduktionsmedizin in Österreich

Österreich gehört international zu den Ländern, in denen IVF relativ rasch praktiziert wurde. Bereits 1982, also nur vier Jahre nach der Geburt des weltweit ersten „Retortenbabys“ kam in Wien das erste IVF-Kind zur Welt.

2.9.1 Finanzierung

Das mit 1. Jänner 2000 in Kraft gesetzte IVF-Fonds-Gesetz (Republik Österreich 2004) regelt gemeinsam mit dem Fortpflanzungsmedizingesetz die Reproduktionsmedizin in Österreich in rechtlicher Hinsicht. Zur Finanzierung der IVF wurde beim damaligen Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) ein Fonds eingerichtet, der vorwiegend aus öffentlichen Mitteln gespeist wird (Familienlastenausgleichsfonds, öffentliche Krankenversicherungsträger, Krankenfürsorgeeinrichtungen und private österreichische Versicherungsunternehmen, BMGFJ 2007: 2).

Der IVF-Fonds deckt 70 % der IVF-Behandlungskosten anspruchsberechtigter Paare (vgl. weiter unten). Pro Paar und angestrebter Schwangerschaft besteht Anspruch auf Kostenübernahme von maximal vier IVF-Versuchen. Diese Begrenzung ergibt sich aus den nach Stand der medizinischen Wissenschaft anzunehmenden Erfolgsaussichten.⁷ Für die Kostenübernahme gelten folgende Voraussetzungen:⁸

- Das Paar muss in aufrechter Ehe oder in eheähnlicher Lebensgemeinschaft leben.
- Es muss eine medizinische Indikation für IVF vorliegen. Als solche gilt:
 - seitens der Frau: beidseitig verschlossene oder sonst dauerhaft funktionsunfähige Eileiter, Endometriose und daraus resultierende funktionelle Sterilität, polycystische Ovarien und daraus resultierende funktionelle Sterilität.
 - seitens des Mannes: Sterilität bzw. schwere männliche Infertilität.
- Kein Anspruch besteht bei Sterilität aufgrund vorhergehender, auf eigenen Wunsch durchgeführter Sterilisation eines Partners.⁹
- Alle anderen Möglichkeiten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft müssen ausgeschöpft worden sein.

⁷ Nach einer eingetretenen Schwangerschaft nach den Kriterien des IVF-Fonds-Gesetzes - ob diese tatsächlich die Geburt eines Kindes zur Folge hat ist hierfür irrelevant - lebt der volle Anspruch auf Kostentragung für vier weitere Versuche wieder auf (BMG 2007: 6). Das IVF-Fonds-Gesetz definiert Schwangerschaft als frühestens ab der fünften Woche nach Embryotransfer bildlich dokumentiert. Dieses Kriterium kritisieren Tews et al. (2005).

⁸ Mit 30. April 2004 wurde in Österreich das IVF-Fonds-Gesetz in mehreren entscheidenden Punkten abgeändert. Wichtige Ursachen der Infertilität wie Endometriose und PCOS (Polycystisches Ovarsyndrom) stellen seither ebenfalls Gründe für eine Unterstützung dar. Andererseits wurde der Zustand nach Tubenligatur und Vasektomie wieder aus der Indikationenliste entfernt.

⁹ Anspruch besteht dennoch, wenn beim Partner eine anspruchsbegründende Indikation vorliegt und wenn eine Sterilisation aus medizinischen Gründen durchgeführt wurde.

- Zum Zeitpunkt des Beginns des Versuches einer IVF dürfen die Frau das 40. Lebensjahr, ihr Partner das 50. Lebensjahr noch vollendet haben.¹⁰
- Für beide Partner muss der Nachweis über die Leistungszuständigkeit einer sozialen Krankenversicherung vorliegen. Bei Personen, die nicht österreichische Staatsbürger sind, ist eine länger als drei Monate dauernde Beschäftigung bei einem Dienstgeber im Bundesgebiet erforderlich.
- Das, die Behandlung durchführende IVF-Zentrum muss eine Vertragskrankenanstalt des IVF-Fonds sein.
- Der Fonds übernimmt Kosten für IVF, ICSI, MESA und TESA, nicht aber für die Durchführung von Inseminationen, bei denen Samen in die Gebärmutter eingebracht werden und die Befruchtung im Körper der Frau stattfindet (BMG 2010).¹¹

2.9.2 Anbieter

Insgesamt gibt es in Österreich ca. 30 Institute oder Zentren, die IVF durchführen. Im Jahr 2009 waren davon 27 Einrichtungen Vertragskrankenanstalten des IVF-Fonds (ÖBIG 2010: 24ff.). Jedes Bundesland verfügt über eine oder mehrere Einrichtungen für Reproduktionsmedizin. Innerhalb Österreichs befinden sich in Wien die meisten IVF-Zentren, gefolgt von der Steiermark (vgl. Tabelle 1). Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass auch Einrichtungen der umliegenden Nachbarländer genutzt werden, z. B. zur Durchführung von in Österreich untersagten Methoden und Verfahren bzw. aus Kostengründen, wenn keine Finanzierung durch den IVF-Fonds besteht.

¹⁰ Erreicht einer der PartnerInnen die Altersgrenze während eines Versuches, kann die laufende Behandlung auf Fondskosten durchgeführt werden; ein weiterer Versuch mit Unterstützung aus öffentlichen Mitteln ist jedoch im Anschluss nicht mehr möglich.

¹¹ Dies kritisieren Tews et al. (2005: 99). Die für Insemination finanzielle Unterstützung wäre im Vergleich zur IVF deutlich geringer. Durch diese Regelungen würden Frauen, die finanzielle Unterstützung des IVF-Fonds erhalten möchten, dazu gedrängt, eine wesentlich stärker belastende IVF-Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 1: Vertragsanstalten laut des IVF-Fonds-Gesetzes nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl der IVF-Institute
Wien	8
Steiermark	4
Niederösterreich	2
Tirol	3
Salzburg	3
Kärnten	2
Oberösterreich	2
Vorarlberg	2
Burgenland	1

(Quelle: ÖBIG 2010: 24ff.)

2.9.3 Kosten

Die Kosten für eine IVF-Behandlung sind in öffentlichen Krankenanstalten ähnlich hoch wie in privaten IVF-Zentren und betragen pro Versuch derzeit rund € 1.500 exklusive Mehrwertsteuer. Der Selbstkostenanteil beträgt dementsprechend etwa € 450. Bei der Durchführung eines Versuches einer ICSI beträgt der Tarif rund € 1.800. Der Selbstkostenanteil liegt bei etwa € 540 (BMG 2010).

Die Kosten für Arzneimittel für die Vorbereitung und Durchführung der Stimulationen, Eisprungausrösung sowie zur hormonellen Unterstützung sind in den genannten Tarifen nicht enthalten. Durch den IVF-Fonds werden auch 70 % dieser Kosten übernommen. Die anfallenden Kosten variieren je nach Art der Behandlung und Menge der notwendigen Arzneimittel (ebd.).

2.9.4 Behandlungen

Laut den Daten des IVF-Registers wurden von den Jahren 2001 bis 2009 mit Unterstützung des IVF-Fonds insgesamt 48.828 IVF-Versuche durchgeführt und dabei insgesamt 13.274 Schwangerschaften laut Definition des IVF-Registers erreicht (ÖBIG 2010: 21).

Im Jahr 2009 wurden in österreichischen IVF-Zentren 6.599 Versuche von 4.806 Paaren dokumentiert (ÖBIG 2010: 3). Das IVF-Register zählt jedoch nur die Zahl der vom IVF-Fonds geförderten IVF-Behandlungen. Der Anteil von Paaren, die die gesamten Kosten für eine Fruchtbarkeitsbehandlung selbst zu tragen haben, wird nicht erfasst und beträgt Schätzungen zufolge etwa 2.000 pro Jahr. Der Anteil jener Paare, die aufgrund ihres Alters die Behandlung selbst bezahlen müssen, ist jedoch aus Sicht eines Reproduktionsmediziners im Steigen begriffen (Feichtiger/Stanzl 2009: 146).

Der IVF-Fonds kommt für eine stetig zunehmende Anzahl von Sterilitätsbehandlungen auf. Im Jahr 2001 betrug die Anzahl der IVF-Behandlungen 4.726 Versuche. Diese Zahl stieg in den kommenden Jahren kontinuierlich an und betrug im Jahr 2009 bereits 6.599 Versuche.

Nach Altersgruppen verteilen sich die IVF-Patientinnen im Jahr 2009 wie folgt (ÖBIG 2010: 3):

- Die anteilmäßig stärkste Altersgruppe sind Frauen im Alter von 31 bis 35 Jahren. Sie stellen 37 % aller Patientinnen, das sind 1.721 Frauen.
- An zweiter Stelle liegt mit 29 % (d. s. 1.530 Frauen) die Altersgruppe der 36- bis 40-Jährigen.
- Sie werden gefolgt von der Altersgruppe der 26- bis 30-Jährigen. Diese Gruppe macht 25 % aus, d. s. 1.209 Frauen.
- Den geringsten Anteil stellt die Altersgruppe der unter 26-Jährigen mit 9 %, d. s. 346 Frauen.

Die Anzahl der Schwangerschaften durch IVF hat sich nahezu verdoppelt, und ist von 986 im Jahr 2001 auf 1.836 Schwangerschaften im Jahr 2009 angestiegen.

Die Schwangerschaftsrate der vom IVF-Fonds finanzierten Sterilitätsbehandlungen ist seit dem Jahr 2001 von 22,8 % auf 31,8 % im Jahr 2008 gestiegen (ÖBIG 2010: 21).

Die Schwangerschaftsrate pro Follikelpunktion aller IVF-Zentren liegt bei 31,8 % (ÖBIG 2010: 14). Sie ist in den Altersklassen der Frauen bis 25 Jahren (35 %), sowie der 26- bis 30-jährigen (35 %) und der 31- bis 35-jährigen (35,4 %) nahezu gleich, liegt bei den 36- bis 40-jährigen jedoch deutlich unter der allgemeinen Schwangerschaftsrate (ebd.).

Das IVF-Register zeigt zwar die Höhe der Schwangerschaftsraten, nicht aber die Anzahl an Geburten, die aus IVF-Behandlungen hervorgingen. Die Meldung von Geburten an das IVF-Register ist nicht zwingend vorgeschrieben und wird von einigen Zentren auch nicht durchgeführt. Es ist daher unbekannt, wie viele der gemeldeten Schwangerschaften die Geburt eines Kindes (oder mehrerer Kinder) zur Folge haben.

Von den, im IVF-Register dokumentierten Geburten des Jahres 2009 waren 75,4 % Einlingsgeburten, 24 % Zwillings- und zu 0,6 % Drillingsgeburten (ebd.: 19).

2.10 Perspektive von Frauen

Im Feld der IVF und PID treffen unterschiedliche Gruppen von Professionen und Betroffenen aufeinander. Im Folgenden werden die verschiedenen Perspektiven der zentralen AkteurInnen dargestellt. Dabei wird auf Erfahrungen der einzelnen AkteurInnen, auf soziale Praktiken und das Typische der Gruppen von AkteurInnen ein besonderes Augenmerk gelegt, denn daraus konstituieren sich verschiedene „Images of Human Life“ (IHL).

Bestimmte Sichtweisen und Erfahrungswelten, aus denen sich typische IHL herausbilden, sind bei folgenden AkteurInnen erkennbar:

- PatientInnen/betroffene Frauen
- ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen aus unterschiedlichen Fachrichtungen bzw. mit unterschiedlichen Spezialgebieten (Gynäkologie, Reproduktionsmedizin, Endokrinologie)
- LabormitarbeiterInnen
- GenetikerInnen
- PsychologInnen/PsychotherapeutInnen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden sechs Frauen über ihre Erfahrungen mit Reproduktionsmedizin, insbesondere IVF, interviewt.

2.10.1 Wunsch zum Kind – Kind als Wunsch

Die Bezeichnung der betroffenen Frau als „Kinderwunschpatientin“ im Kontext der künstlichen Befruchtung nimmt vorweg, dass der Wunsch nach einem Kind im Zentrum der Behandlung steht. Ziel der künstlichen Befruchtung ist es, *ein* Kind zur Welt zu bringen.

Das Kind wird von der Frau/der „Kinderwunschpatientin“/des „Kinderwunschaares“ als Sinnfrage (F13: 135-136), als Empfinden einer „Leerstelle“ (F13: 134-136), schließlich als „Kinderwunsch“ (F6: 161, F10: 30-32), als „Wille zum Kind“ (F13: 021-022), als „Wichtigkeit“ (F6: 093-094), als Ziel, das es zu erreichen gilt, thematisiert.¹²

Interviewpartnerinnen berichten, dass das Kind als Kinderwunsch andere Lebensbereiche, wie Partnerschaft, Beruf, Karriere, Freundeskreis dominiert. Diese werden dem Kinderwunsch untergeordnet. Der Kinderwunsch wird meist als überaus mächtig erlebt, das

¹² Angaben zur Codierung: Der Buchstabe (F) bezeichnet die Gruppe der Befragten (= Frauen), die Zahl (13) der Nummer des Interviews. Die letzten Zahlen (135-136) bezeichnen die Zeilennummern im Transkript.

gewünschte Kind wird zur obersten Priorität (F13: 513-516), zum „Wichtigsten im Leben“ (F13: 513-516). Eine betroffene Frau erzählt, dass sich durch ihren Kinderwunsch die Prioritäten verschoben hätten, die Partnerschaft, das Haus, und der Job wurden hintenangestellt. Ein Kind zu bekommen wurde als das absolut Wichtigste gesehen, dem alles andere untergeordnet wurde (F13: 513-516). Außerdem werden medizinische Risiken der künstlichen Befruchtung aufgrund des starken Kinderwunsches in der Regel nicht wahrgenommen (F10: 345-346).¹³ Solange der Kinderwunsch unerfüllt bleibt, wird das Fehlen eines Kindes als „Weltschmerz“ empfunden (F6:464-466).

Manche Interviewte haben lange auf den „perfekten Zeitpunkt“ für ihr Kind gewartet, ihre Ausbildung abgeschlossen, Karriere gemacht, den richtigen Partner für eine Familiengründung gefunden, eine Wohnung oder ein Haus gekauft, ihr kinderloses Leben mitunter genossen und sowohl beruflich als auch privat meist auch einiges erreicht. Eine Frau erzählte, dass sie sich irgendwann die Frage stellte: „Wozu das alles?“ (F13: 134-136). Sie und ihr Partner hatten ein bestimmtes Alter erreicht, beide waren Ende Dreißig und wünschten sich nun ein Kind.

Die interviewten Frauen, die sich dazu entschließen, ihren Kinderwunsch umzusetzen, wollen ihren „Willen zum Kind“ (F13: 021-022) oft sehr vehement durchsetzen, sie fordern ein Kind regelrecht ein und setzen alles daran, dies auch zu erreichen. Dabei soll nun mehr keine Zeit verloren werden, keine Bemühungen gescheut werden. Stolpersteine, wie ein schlechtes Spermogramm sollen aus dem Weg geräumt werden.

Zwei der befragten Frauen erzählten, dass sie enttäuscht waren, dass gerade „in so einer schönen Liebesbeziehung wie der ihren kein Kind kam“. Das gewünschte Kind wird hier zum Symbol der Liebe, das durch sein Ausbleiben tief verletzt und das Paare hilflos macht (F6: 282-291). Eine Frau erzählt, dass sie sich ein Kind als Produkt ihrer Partnerschaft gewünscht hätte. Sie wollte damit etwas Gemeinsames zwischen sich und ihrem Partner schaffen, ein Kind als Verbindung zwischen sich und ihrem Mann (F13: 210-211). Hier wird das Kind zum Symbol für das Gemeinsame und die Verbindung zwischen Mann und Frau.

2.10.2 Beziehung

Ein unerfüllter Kinderwunsch wird von Frauen/Paaren mitunter als große Belastung für die Beziehung erlebt, von beiden Seiten wird sehr viel Toleranz verlangt. Eine der Befragten berichtet von Konflikten und Vorwürfen, mit denen sie aufgrund ihres unerfüllten Kinderwunsches und dem Versuch schwanger zu werden, konfrontiert war:

¹³ Als gesundheitliche Risiken sind Mehrlingsschwangerschaften, hormonelle Überstimulation (Ovarielles Hyperstimulationssyndrom, OHSS) sowie Blutungen und Infektionen in Folge der Eizellenentnahme zu nennen (vgl. Hüsing et al.: 109 ff.)

„Ja, und es belastet die Beziehung, also, ich muss sagen, mich wundert nicht, dass es viele Paare nicht durchdrücken (i. S. von aushalten, schaffen Anm. d. A.). Es fängt an, der Kinderwunsch an und für sich, und dann so quasi Sex nach Zeitplan, also, das ist, wenn einer will, will der andere nicht und wenn der andere will, geht es beim anderen nicht. Auch wenn man es versucht, ich habe versucht zu verheimlichen, dass es so ist, aber irgendwie, es hat nie gepasst und es war meistens um einen Tag um, so auf die Art. Und dann machst du dem anderen Vorwürfe. (...) Du bist dann so mies drauf, dass du einfach wegen jedem Schmarren, wo du sonst darüber lachen würdest, wirklich gleich an die Decke gehst. Verlangt viel Toleranz von beiden“ (F13: 179-188).

Erst nach der erfolgreichen Umsetzung des Kinderwunsches gewinnen Lebensbereiche wie Partnerschaft, Beruf, Wohnsituation in der Regel wieder an Bedeutung und Aufmerksamkeit.

2.10.3 Rückzug und Beneiden

Kinderwunschpatientinnen erzählen von Problemen, die sie damit haben, mit den Schwangerschaften anderer Paare umzugehen (F12: 114-116). Es werden Gefühle des „Neides“ auf Schwangerschaften anderer Frauen thematisiert. Diese bekämen, was ihnen als kinderlose Frauen möglicherweise verwehrt bliebe. Besonders, wenn eine Schwangerschaft bei anderen Frauen/Paaren unproblematisch oder ungewollt zustande gekommen ist, ist dies für manche Betroffene schwer zu ertragen und wird manchmal sogar als ungerecht empfunden.

Eine Frau spricht an, warum sie es als ungerecht empfindet, dass manche Paare Kinder hätten und andere nicht. Sie meint, dass es Eltern gäbe, die nicht gut mit ihren Kindern umgehen würden, die genervt und angewidert wären und sich unter Umständen auch gar keine Kinder gewünscht hätten. Im Gegensatz dazu gäbe es Menschen wie sie, die sehr dankbar über ein gesundes Kind wären, aber keines bekommen könnten (F7: 308-316). Diese Ungerechtigkeit könne zwar beklagt werden, es sei aber schwierig, dagegen anzugehen.

Um möglichst wenig mit Frauen/Paaren mit Kindern konfrontiert zu sein, berichten Frauen, dass sie sich aus ihrem Freundeskreis und sozialen Umfeld, in dem es schwangere Frauen oder Paare mit Kleinkindern gibt, zurückzögen:

„Gerade im Aspekt auf das soziale Umfeld, man beginnt sich sehr zurückzuziehen. Man wird unkommunikativ, weil diese ‚Na, wie geht es dir denn‘ interessieren dich gar nicht mehr (...) oder du kriegst noch blöde Ratschläge. Deswegen, man zieht sich sehr zurück. Also von Freunden, die dann schwanger werden“ (F13: 390-395).

Eine Betroffene erzählt, wie belastend es für sie war, als zwei ihrer Freundinnen schwanger wurden:

„Das hat mich wirklich (...) ganz schön aus der Bahn geworfen. Ich habe mich dann aber gezwungen, den Kontakt aufrecht zu erhalten, nachdem ich einmal eine Woche gebraucht habe zum Durchschnaufen. (...) Schlimm war es für mich immer nur mit Schwangeren. Sobald die Babys da waren, war es mir egal. Das Baby kann ja nichts dafür“ (F13: 410-416).

2.10.4 Identität

Ursachen von Fertilität sind vielfältig, ebenso die Auswirkungen, welche diese auf betroffene Männer und Frauen haben. Ungewollte Kinderlosigkeit wirkt sich in manchen Fällen negativ auf die geschlechtliche Identität und das Selbstbild von Männern und Frauen aus. Männer können sich durch schlechte Spermienqualität in ihrer Männlichkeit verletzt fühlen und Frauen beschreiben, durch die Kinderlosigkeit in ihrer Weiblichkeit verwundet zu sein. Eine Betroffene erzählt über diesbezügliche Probleme in ihrer Partnerschaft:

„Männer können da genauso wie die Frauen getroffen sein, ich war auch wahnsinnig verletzt in meiner Weiblichkeit, und ich glaube, wir waren es beide. Ich fühle mich eigentlich sonst sehr stark und wohl so für mich als Frau, das sehe ich bei meinem Mann auch so, aber es wird da etwas unglaublich berührt“ (F6: 282-285).

Mitunter wird die Qualität der Samen implizit auf die Qualität des Mannes als Partner umgelegt. So berichtet eine Betroffene von der Bemerkung einer Ärztin bei der Besprechung des SpermioGRAMMS: *„Was, und mit dem Mann wollen Sie schwanger werden?“ (F6:265).* Zu diesem Zeitpunkt war die Frau verheiratet und seit zehn Jahren mit ihrem Mann in einer Beziehung. Die Aussage der Ärztin *„Mit dem Sperma werden Sie nie schwanger!“ (F6: 268)* habe ihr einen großen Schock versetzt. Beziehungsprobleme waren die Folge, erzählt die Betroffene (F6: 264-270), die später Mutter von Zwillingen wurde.

2.10.5 Ursachen

Nur einige Kinderwunschpaare in unserem Sample wussten vor der Planung eines Kindes, dass sie mit Infertilität konfrontiert sein würden. Zwei der befragten Frauen erzählten, dass sie aufgrund von Endometriose um ihre Schwierigkeiten wussten, schwanger werden zu können. Eine Betroffene erzählt: *„Und zwar deswegen, weil ich (...) operiert wurde und das (Endometriose, Anm. d. A.) festgestellt wurde. Und da hat mir der Arzt gesagt, dass es in meinem Bauch sehr schlimm aussieht und dass das eben schwierig wird oder ich eben keine Kinder kriegen werde“ (F10: 23-27).*

Häufig erfahren Paare mit Kinderwunsch erst von einer möglichen Infertilität, wenn sich eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege nicht einstellt. Paare versuchen oft längere Zeit, über Monate oder Jahre ein Kind auf natürlichem Wege zu bekommen, bevor Hilfe durch die Reproduktionsmedizin gesucht wird. Eine Kinderwunschpatientin erzählt dazu: *„Weil wir halt probiert haben und nichts passiert ist und dann haben wir halt einmal angefangen, Untersuchungen zu machen“ (F14: 43-44).* Sie und ihr Partner hätten nach knapp einem

Jahr damit begonnen, nach den Ursachen der Fertilität zu suchen. Nach wenigen Untersuchungen habe festgestanden, dass es an schlecht beweglichen Spermien lag und eine ICSI gemacht werden musste, um ein Kind bekommen zu können.

In unserem Interviewsample lagen die Gründe der Infertilität sowohl ausschließlich bei der Frau (ein Fall, hormonelle Ursachen, vorzeitiger Wechsel) als auch ausschließlich beim Partner (zwei Fälle, schlechte Samenqualität). In drei Fällen war die Ursache bei beiden Partnern zu suchen (Endometriose, hormonelle Ursachen, schlechte Samenqualität, unklare Ursachen).

Problematisch für ein Paar ist, wenn die Ursache nicht klar feststeht und der Grund, warum künstliche Befruchtung nicht zum Kind führt, nicht gefunden werden kann. Eine der Befragten erzählt über ihre Erfahrungen und Enttäuschungen mit künstlicher Befruchtung: *„Ich war auch am Anfang der Meinung, so, die Probleme sind aus dem Weg. Wie gesagt, ich war pumperlgesund, mein Hormonstatus war wie bei einer 25-Jährigen. Und dann hat nichts gepasst“* (F13: 29-31). Die Frau gab nach fünf vergeblichen IVF- oder ICSI-Versuchen den Wunsch nach einem eigenen Kind auf. Als belastend habe sie empfunden, dass ihr niemand sagen konnte *„Warum hat es nicht geklappt? Was ist los? Was ist der Grund?“* (F13: 104).

2.10.6 Behandlung

Die befragten Frauen hatten Erfahrungen mit Insemination, IVF und ICSI. Die Behandlung selbst wird zwar meist als unangenehm beschrieben, aber, wie es eine Kinderwunschpatientin meint, als *„eine notwendige Stufe im Prozess gesehen und akzeptiert“* (F12: 32). Eine Betroffene erzählt über ihre Erfahrungen mit der Behandlung: *„Ich muss sagen, das habe ich nicht so schlimm empfunden. (...) Spritzen geben oder so, ist mir komplett egal. (...) Das war halt notwendig“* (F14: 138-142).

2.10.7 Images of Human Life

Im Rahmen der IVF-Behandlung wird das Kind zuerst als Follikel oder als Eizelle wahrgenommen. Eizellen und Embryonen werden von den Frauen mit affektiven Qualitätsmerkmalen versehen, wie „schön“, so sprechen die Befragten in der Regel von schönen Eizellen, schönen Embryonen (F10: 151-153). Die befragten Frauen verwenden Begrifflichkeiten wie Eizelle, Follikel, Embryo, Spermium. Diese werden von den behandelnden MedizinerInnen, der medizinischen Literatur oder dem Internet übernommen.

Eine Frau erzählt, dass sie aufgrund des mangelnden Wachstums ihrer Follikel Angst hatte, kein Kind bekommen zu können (F10: 122-127). Aus zahlreichen abpunktierten Eizellen wurden die „schönsten Eizellen“ für die Befruchtung ausgewählt (F10: 112-115).

Nach der Befruchtung der Eizelle durch IVF oder ICSI wird das Kind als Embryo gesehen. Aus mehreren Embryonen werden wiederum die „schönsten Embryonen“ (F10: 151-153)

ausgewählt. Eine Patientin meint, dass sie sich nur schwer vorstellen konnte, dass sich aus dem in-vitro-gezeugten Embryo ein Kind entwickeln könnte (F10: 112-115).

Die Frau/das Paar muss sich entscheiden, wie viele Embryonen eingesetzt werden sollen. Dies erfolgt unterstützend durch den beratenden Arzt. Die Entscheidung, ob ein Embryo, zwei oder drei Embryonen eingesetzt werden sollen, scheint schwierig zu sein.

Bei einem einzelnen Embryo sind die Chancen auf eine Schwangerschaft vergleichsweise gering. Zwillingschwangerschaften sind vonseiten der befragten Frauen manchmal auch erwünscht, während Drillingsschwangerschaften unbedingt vermieden werden sollen. Andererseits erhöht das Einsetzen dreier Embryonen die Chancen auf eine Schwangerschaft merklich.

Risiken von Mehrlingsschwangerschaften müssen gegen erhöhte Chancen auf einen Eintritt einer Schwangerschaft abgewogen werden. Einige befragte Frauen taten sich mit der Entscheidung über die Anzahl der Embryonen, die zurückgegeben werden sollen, daher besonders schwer. Einerseits wollen sie keinen intakten Embryo „verschenken“ und verwerfen andererseits wollen sie keine Mehrlingsschwangerschaft riskieren.

2.10.8 Erwartungen und Unsicherheit

Eine „Kinderwunschbehandlung“ ist immer mit Unsicherheit verbunden, weil nicht vorhergesagt werden kann, ob sich Erfolg einstellen wird. Das Ankommen des potenziellen Kindes wird als „unsicher“ erlebt, weil es keine Garantie darauf gibt, dass es jemals kommt.

Eine Betroffene meint, dass sie es als belastend empfand, nicht zu wissen, ob sie ein Kind bekommen würde oder nicht. Die Babyfotos in den Fruchtbarkeitskliniken hätten ihr aber gezeigt, dass künstliche Befruchtung funktionieren würde. Gleichzeitig wusste sie, dass es nicht jedes Paar schaffen würde. Die Frage, ob sie und ihr Mann zu den glücklichen Eltern gehören würden oder nicht, habe sie sich oft gestellt. In manchen Phasen war es nicht leicht für sie, andere Paare mit kleinen Kindern zu sehen (F14: 241).

„Wenn es bei anderen funktioniert, warum sollte es dann auch nicht bei mir/uns funktionieren?“, so können Frauen/ Paare denken, wenn sie die Babyfotos von glücklichen Eltern in den Kliniken hängen sehen. Babyfotos können ein Beweis für den Erfolg von künstlicher Befruchtung sein und mitunter einen Ansporn geben, die Fruchtbarkeitsbehandlungen fortzusetzen. Auch Hoffnungen und Erwartungen auf ein Kind werden damit weiter gefördert.

Betroffene setzen sich mit ihrem Kinderwunsch mitunter auch auf einer theoretischen und statistischen Ebene auseinander. Eine betroffene Kinderwunschpatientin erzählt, sich Statistiken und Berichte zu den Themen IVF und Adoption angesehen zu haben (P27: 230-

233). Auf Grundlage dieser Berichte und Statistiken zog sie Schlüsse auf die Chancen der Erfüllung des eigenen Kinderwunsches. Es wird also mitunter versucht, gegebene Unsicherheiten zu bearbeiten, wenn auch nur mithilfe von Wahrscheinlichkeitsangaben.

2.10.9 Umgang mit überzähligen Embryonen

Überzählige Embryonen werden je nach der ihnen zugeschriebenen Qualität entweder für spätere IVF-Versuche eingefroren oder verworfen. Dies führt mitunter zu Unsicherheiten und Problemlagen bei den betroffenen Paaren.

Eine Befragte erzählt, überzählige Embryonen gehabt zu haben und dass sie diese aufgrund der Qualität verwerfen musste. Dies habe sie nicht gerne gemacht, sie hätte sie lieber eingefroren und aufgehoben. Sie erzählt, dass die Ärzte gemeint hätten, dass sich dies nicht auszahlen würde. Sie habe dann nachgegeben, weil sie sich keine falschen Hoffnungen machen wollte (P24: 221). Irgendwie habe sie die Embryonen schon als ihre potenziellen Kinder gesehen. Sie meint, dass man bei IVF mehr von den Embryonen sehen und mitbekommen würde als bei natürlicher Befruchtung und dadurch vielleicht eine engere Beziehung zu ihnen hätte. Wenn man normal schwanger werde, wüsste man nichts über die Embryonen, aber bei IVF könne man sie am Bildschirm sehen und wüsste wie sie ausschauten (P24: 223).

Sie erzählt, dass sie bei den ersten beiden IVF-Versuchen die schönsten Embryonen zurückbekommen habe und diese sich aber nicht zu einer Schwangerschaft entwickelt hätten. Mit denen, die langsamer waren und eingefroren wurden, habe es dann später geklappt (P24: 193). Die Befragte meint, das es nun komisch sei, zu wissen, dass ihr Kind ein Jahr auf Eis gelegen sei und dass es eigentlich schon ein Jahr älter sei (P24: 197).

Dass ihre Kinder durch IVF und eines sogar durch „Einfrieren“ entstanden sind, daran denke sie im Normalfall nicht, ihre Kinder seien ganz normale Kinder und es sei egal und ändere nichts, wie sie entstanden sind (P24: 199). Trotzdem scheint der Umgang mit diesem Wissen mitunter schwierig zu sein, denn ob und wie sie ihrem Kind erklärt, dass es „eingefroren“ war, weiß sie noch nicht (P24: 197)

2.10.10 Schwangerschaft nach IVF oder ICSI

Nach dem Embryonentransfer vermuteten oder fühlten eine Reihe von interviewten Frauen eine Schwangerschaft, obwohl sie noch gar nicht eingetreten war und auch nicht eingetreten ist. Eine Kinderwunschpatientin erzählt, dass sie nach dem Transfer immer eine Scheinschwangerschaft gespürt habe: *„Schlimm ist es immer nur dann, wenn man spürt, man hat so eine Scheinschwangerschaft. Es werden einem ja diese Eizellen dann eingesetzt. (...) Zuerst müssen sie natürlich mit dem Sperma zusammengebracht werden“* (F6: 70-75).

Einige interviewte Frauen sprachen davon, dass nicht sie, sondern das Paar schwanger wurde, also auch der Mann (P3: 370-371).

Frauen, die durch künstliche Befruchtung schwanger geworden waren, beschreiben, dass ab dem Moment, in dem sie von ihrer Schwangerschaft gewusst hätten, alles schön gewesen sei und sie die Schwangerschaft als sehr natürlich erlebt hätten. Mit künstlicher Befruchtung hatte die Schwangerschaft dann für sie nichts mehr zu tun, sie hatten das Gefühl, die Schwangerschaft sei „einfach so“ entstanden. Die Anstrengungen des Schwangerwerdens werden im Zustand der Schwangerschaft vergessen, diese haben im weiteren Verlauf der Schwangerschaft keine Bedeutung mehr. Eine Mutter von IVF-Zwillingen erzählt dazu: *„Es hat ab dem Moment, wo wir schwanger geworden sind und diese Schwangerschaft für mich so unglaublich schön war und das alles so natürlich war, hat das alles für mich nichts mehr mit IVF zu tun gehabt. Das war plötzlich ganz natürlich. Plötzlich hatte ich so das Gefühl, es ist eh meine Schwangerschaft, wir sind einfach so schwanger geworden (...). Es war nicht wichtig“* (F6: 498-503). Sie meint, dass viel wichtiger gewesen wäre, dass sie die Kinder selbst ausgetragen hätte: *„Das Wichtige ist, sie sind ja trotzdem in meinem Bauch gewesen und ich habe sie geboren“* (F6: 513-514)

In Bezug auf Mehrlingsschwangerschaften bestehen Widersprüche und Ambivalenzen. Obwohl das Ziel von künstlicher Befruchtung ein gesundes Kind ist, sind Zwillinge von Paaren oft sehr stark gewünscht. Drillinge werden hingegen als große Bedrohung gesehen, weil die Angst besteht, dass diese zu einer „glücklosen Schwangerschaft“, einer Fehlgeburt führen könnten. Trotzdem entscheiden sich Frauen in bestimmten Fällen dazu, sich drei Embryonen einsetzen zu lassen, um die Chancen für eine Schwangerschaft zu optimieren. So erzählt eine Frau, dass ihr Arzt ihnen empfohlen hätte, drei Embryonen einzusetzen: *„Einsetzen lassen haben wir drei, also da hat der Arzt gemeint, zwei auf jeden Fall, das dritte ist eh quasi so ein bisschen mickrig, aber er wird es dazugeben. Und da haben wir ein gutes Gefühl gehabt. (F6: 132-135). (...) Aber mir war schon klar, dass ich zwei will und nicht drei. (...) Drei hätten meine Vorstellung überstiegen. Zwei unbedingt“* (F6: 157-161). Nach dem Transfer von drei Embryonen wurde also gehofft, dass sich nicht alle drei einnisten würden und es zu keiner Drillingschwangerschaft kommen würde, eine Zwillingsschwangerschaft wäre sehr wohl erwünscht gewesen: *„weil ich wollte immer mindestens zwei“* (F6: 584), meint die Mutter von nun 6-jährigen Zwillingen. Sie meint, dass Zwillinge großartig wären: *„Ist großartig, bis jetzt, super!“* (F6: 585)

2.10.11 Abbruch der IVF-Behandlung

Stellt sich nach mehreren IVF-Versuchen kein Erfolg ein, muss das Paar entscheiden, ob die IVF-Behandlung fortgesetzt, ab- oder unterbrochen werden soll oder ob aber andere Alternativen, wie Adoption oder Aufnahme eines Pflegekindes in Frage kommen.

Bei den Paaren der interviewten Frauen entscheidet häufig die Frau über diese Fragen. Sie spielt bei Entscheidungen über Reproduktion und Kinderwunsch den aktiveren Part, schlägt vor; die Rolle des Partners ist es, zuzustimmen oder zu verweigern (P25: 094).

Eine Frau erzählt, dass ihr Mann nach einem fehlgeschlagenen IVF-Versuch einer Adoption zugestimmt habe, damit es ihr wieder besser gehe: *„Wir haben einmal (beim Jugendamt, Anm. d. A.): angerufen nach so einem fehlgeschlagenen Versuch, da hat mein Mann glaub‘ ich schon zu allem zugestimmt, Hauptsache ich schaue wieder besser drein“* (F13: 217-218).

Eine andere Frau erzählt, dass sie sehr traurig gewesen wäre und *„Rotz und Wasser geheult“* hätte, als sie die IVF-Behandlungen beendeten. Nach drei erfolglosen IVF-Versuchen und immer schlechter werdenden Ergebnissen beschlossen beide, die IVF-Behandlungen abzuschließen. Die Erkenntnis, dass sie kein eigenes Kind bekommen würden, war mit großer Trauer und Enttäuschung verbunden (F12: 048).

Eine IVF-Patientin meint, dass sie nach dem fünften IVF-Versuch immer noch nicht schwanger war und sich entschloss, die Behandlungen abubrechen. Ausschlaggebend dafür wäre gewesen, dass es keine hundertprozentige Sicherheit gegeben hätte, dass jemals Erfolg eintreten würde (F13: 011-014). Die Betroffene meint, dass es schwierig gewesen wäre, mit den IVF-Behandlungen aufzuhören, weil ja gerade der nächste Versuch zum Erfolg hätte führen können. Sie hätte das Gefühl gehabt, in einer „IVF-Schleife“ zu sein, wo es darum gegangen sei, immer noch „einmal einen IVF-Versuch“ zu machen. Sie meint, dass sie Angst gehabt hätte, sich später Vorwürfe zu machen, nicht noch einen Versuch gewagt zu haben (F13: 498-504). Irgendwann habe sie aber gewusst, dass „es nicht mehr ginge“ und sie psychisch keine weiteren erfolglosen Versuche verkraften könnte. Im Gegensatz zu ihr selbst hätte ihr Partner mit den IVF-Behandlungen gerne noch weiter gemacht (F13: 498-504). Schließlich entschlossen sie sich zur Adoption und wurden einige Jahre später Eltern eines Neugeborenen, eines kleinen Jungen.

2.10.12 Mütter und IVF-Kinder

IVF-Kinder werden von ihren befragten Müttern als besondere Kinder gesehen, weil diese absolute Wunsch Kinder seien. Sie waren so sehr gewünscht, dass ihre Mütter schon vor der Zeugung Opfer für sie gebracht haben - nämlich belastende Behandlungen und Risiken auf sich genommen haben, damit sie zur Welt kommen können. IVF-Mütter werden von den befragten Frauen mitunter als eine Art „Märtyrerinnen“ gesehen, als aufmerksamer und engagierter als Mütter von Kindern, die auf normalem Wege entstanden sind. Eine der befragten IVF-Mütter meint, sie würde ihrem Kind mehr Wertschätzung entgegenbringen, sich mehr Gedanken über ihr Kind und deren Erziehung machen und überengagiert sein (F10: 456-459). So meint eine Mutter von zwei IVF-Kindern: *„Ich habe den Eindruck, dass IVF-Mütter andere Mütter sind, dass sie aufmerksamer sind, dass sie schon sehen, dass das*

etwas ganz Besonderes ist, ein Kind zu haben, dass das schon auch einen Unterschied ausmacht“ (F10: 451-453).

Einige befragte Frauen, die bereits ein IVF-Kind haben, sehen ein mögliches weiteres Kind als eine Art besonderen „Luxus“ an (F6: 405-406), auf den kein Anspruch besteht. Mehrmals äußern Eltern von IVF-Kindern, dass sie dankbar seien, mit dem Kind, das sie bereits hätten: *„Ich bin so glücklich und dankbar, dass ich jetzt diese zwei Geschöpfe habe mit meinem Mann und dass es auch zwei geworden sind“ (F6: 404-407).* Sollte sich doch noch einmal eine Schwangerschaft einstellen, würde die Freude überwiegen, so meint eine IVF-Mutter, egal ob das Kind dann gerade optimal dem Zeitplan der Lebensplanung entspräche oder nicht. Dies scheint wenig Relevanz zu haben, das Kind wird als Geschenk gesehen (F6: 399-405).

2.10.13 Eizellspende

Mit zunehmendem Alter der Frau wird die Umsetzung des Kinderwunsches immer schwieriger. Manchen Frauen bleibt die Eizellspende als letzte Möglichkeit, schwanger zu werden. Diese ist in Österreich allerdings gesetzlich verboten. Eine 41-Jährige erzählt über ihren unerfüllten Kinderwunsch und die Problematik, die sie in Bezug auf dessen Umsetzung sieht: *„Im Krankenhaus XXX auf der Kinderwunschambulanz haben sie festgestellt, dass ich eben hormonelle Schwierigkeiten habe. (weint) Dort haben sie mir eben gesagt, dass ich für ihre Diagnose von dem Hormonspiegel im vorzeitigen Wechsel bin und dass sie mir halt eine Fremdeizelle per In-vitro-Fertilisation nur geben können. (F7: 66-69) (...) Und nachdem eine Fremdeizellspende ja in Österreich sowieso nicht erlaubt ist und man einem dann sowieso gleich sagt, ‚man muss nach Bratislava‘, da sind sie ja dann eh gleich sehr konkret und sagen das, das habe ich dann selbst recherchiert im Internet“ (F7: 82-84).*

2.10.14 Pränataldiagnostik (PND)

Eine besondere Problematik bei Schwangerschaften, die durch IVF entstanden sind, stellt der Umgang mit PND dar. Bei einer Frau, die nach mehreren erfolglosen IVF-Versuchen und einigen Fehlgeburten endlich schwanger war und ein Kind bekam, stellte sich nach der Geburt des Kindes heraus, dass dieses Downsyndrom hatte. Dies war für die Frau zuerst ein großer Schock: *„Weil zuerst das Hochgefühl ‚endlich schwanger und ein Kind‘ und dann ist es nicht gesund“ (F14: 284).* Die junge Mutter erzählt, dass sie zwar den Combined-Test gemacht hätte, dieser aber unauffällige Ergebnisse geliefert habe. Im Nachhinein wäre sie froh darüber, nichts von der Behinderung ihres Kindes gewusst zu haben: *„Nachdem wir jetzt so lange probiert haben, ob ich das geschafft hätte, das Kind wieder herzugeben, ich weiß es nicht. Ich kann es im Nachhinein wirklich nicht sagen. Ich bin eigentlich froh, dass ich es nicht gewusst habe“ (F14: 162-168).* Sie erzählt, dadurch eine schöne Schwangerschaft gehabt zu haben und nun trotz der Behinderung ihres Kindes ein normales Familienleben zu führen (F14: 172-175). Auf die künstliche Befruchtung habe sie die Behinderung ihres

Sohnes nicht geschoben, sie meint, dass dies wohl ein Zufall sei und nichts mit IVF oder ICSI an sich zu tun habe (F14: 339-340).

Einige Jahre nach der Geburt ihres ersten Kindes entschloss sich das Paar erneut, künstliche Befruchtung in Anspruch zu nehmen. Schon vor der Schwangerschaft beschloss das Paar diesmal, PND anzuwenden, um zumindest zu wissen, ob eine Beeinträchtigung vorlege. Die Betroffene beschreibt die Ambivalenzen, die sie in Bezug auf Entscheidungen über PND gespürt habe. Sie habe sehr lange überlegt, ob sie die Chorionzottenbiopsie durchführen lassen sollte, um zumindest zu wissen, ob ihr Kind eine Behinderung haben werde: *„Wobei mich weniger erschreckt hat, wenn das Kind noch einmal Downsyndrom hätte, sondern es gibt ja auch schlimmere Behinderungen, wo man weiß, dass das Kind nicht sehr lange zu leben hat“* (F14: 219-222). Sie habe sich dann dazu entschlossen, vorerst nur die Nackenfaltenmessung durchführen zu lassen: *„Es war für mich so, ich lasse das jetzt anschauen und wenn das total unauffällig ist, dann ist das Thema abgehakt, weil zweimal total unauffällig und das Kind trotzdem behindert, der Zufall wird ja hoffentlich nicht eintreten.“* (F14: 235-238) (...) *Aber was wir dann gemacht hätten, ich weiß es auch nicht. Wie ich dann schwanger war, war das für mich irgendwie, das war schon so mein Kind, das wäre undenkbar gewesen, wenn ich das Kind wieder hergeben müsste.“* (F14: 206-208).

Die Entscheidungen über PND sind befragten Frauen, die nach künstlicher Befruchtung ein Kind erwarten, besonders schwer gefallen, sie beschreiben in Bezug auf diese Thematik große Ambivalenzen. Nach großem Aufwand und vielleicht mehreren Fehlversuchen von IVF oder ICSI ist endlich eine Schwangerschaft eingetreten. Diese dann unter Umständen wieder abbrechen zu lassen ist für die betroffenen Paare unvorstellbar.

2.10.15 *Adoptiv- oder Pflegekinder*

Eine Frau in unserem Sample adoptierte nach mehrmaligen, erfolglosen IVF Behandlungen ein Kind. Die beiden entschlossen sich, um zu ihrem Wunschkind zu kommen, eine Auslandsadoption zu versuchen. Sie setzten sich mit dem Jugendamt in Verbindung, wo ihnen geraten wurde, es statt mit Auslands- doch über Inlandsadoption zu versuchen. So wurde ein Adoptionsverfahren eingeleitet und die beiden besuchten einen Elternkurs. Wenige Monate nachdem alle Formalitäten und Elternkurse erledigt waren, konnte das Paar ein vier Tage altes Kind adoptieren. Die Befragte erzählt, dass sie sich über ein schon etwas älteres Kind genauso gefreut hätte, auch das Geschlecht habe keine Rolle gespielt (F12: 403-406). Sie meint, dass es für sie, im Gegensatz zu ihrem Mann, vorstellbar gewesen wäre, auch ein Pflegekind aufzunehmen. Er hätte gemeint, lieber kein Pflegekind aufzunehmen, denn es könnten Schwierigkeiten aufgrund von Vorbelastungen und Vernachlässigung entstehen. Sie meint, dass ihr Kind vergleichsweise unbelastet sei. Sie und ihr Mann sind sehr froh darüber und zufrieden damit, Eltern eines kleinen Mädchens zu sein. Über ein zweites Kind habe sie zwar nachgedacht, sie würde sich aber mittlerweile

auch kein Pflegekind mehr zutrauen und meint: *„Sind wir froh, was wir haben und lassen wir es damit gut sein“* (F12: 392-395).

Für Frauen, die sich ein Kind wünschen, wird Adoption in der Regel als befriedigende und nahezu gleichwertige Alternative zum eigenen Kind gesehen. Eine Adoptivmutter meint, dass die Zuneigung, die sie ihrem Kind entgegenbringt, die gleiche sei, die sie einem eigenen entgegenbringen würde (F13: 209).

Eine Betroffene, die sich sehnlichst ein Kind wünscht, meint, dass es für sie gleichwertig wäre, ob sie ein eigenes Kind, ein Adoptivkind oder ein Pflegekind hätte. Sie meint, dass die Blutsverwandtschaft nicht ausschlaggebend für eine gute Beziehung zu einem Kind wäre (P17: 367-368, 373-375). Für ihren Partner wäre es hingegen nicht denkbar, ein Kind zu adoptieren oder in Pflege zu nehmen (P17: 360).

2.10.16 Transzendente Erklärungsversuche

Der Glaube an die Schicksalhaftigkeit und die Suche nach spirituellen Erklärungen für den Gang des Lebens waren auch Thema in den Interviews mit den von IVF betroffenen Frauen.

Eine Mutter von Zwillingen erzählt, immer viel meditiert zu haben: *„Da habe ich so ein schönes Bild gehabt, dass ein Kind kommt und das war anscheinend der X (Name des Kindes, Anm. d. A.), der Ältere, und der hat gesagt, ich nehme vielleicht noch jemanden mit. Das war echt schön diese Vision, weil es war dann wirklich so“* (F6: 519-522). Die Geburt ihrer Zwillingssöhne habe sie schließlich als Versöhnung mit dem Schicksal erlebt. Sie beschreibt, dass sie ihre gesunden Zwillinge immer als Versöhnung für die Strapazen sah, die sie durchmachen musste, um schwanger zu werden (F6: 577-585).

Eine andere Frau, die sich nach mehreren erfolglosen IVF-Versuchen zur Adoption entschlossen hat, meint, dass der liebe Gott es wohl nicht vorgesehen habe, dass sie und ihr Mann ein eigenes Kind bekommen (F12: 048). Sie erzählt, dass ihr Adoptivkind sodann zum genau richtigen Zeitpunkt gekommen sei und sie an eine *„göttliche Fügung“* geglaubt habe (F12: 471-472).

Eine ehemalige Kinderwunschpatientin, jetzt Adoptivmutter, ist davon überzeugt, dass ihr Sohn einfach ihr Kind hat werden sollen: *„Und er wäre es sonst wahrscheinlich nicht geworden. Er hat halt einfach so ein bisschen einen komischen Weg zu uns gefunden. Ganz interessant nämlich, ich habe mir so das Datum angeschaut, es war eigentlich so quasi der letzte Versuch, der bei mir nicht geklappt hat. Hätte er geklappt, hätten wir ungefähr denselben Geburtstermin gehabt. Also, es hat schon irgendeinen Grund gehabt, wahrscheinlich“* (F13: 324-331).

2.11 Perspektive von ÄrztInnen

Insgesamt wurden Gespräche mit acht ÄrztInnen bzw. WissenschaftlerInnen geführt. Sie arbeiten in unterschiedlichen Bereichen wie Allgemeine Gynäkologie und Geburtshilfe, Reproduktionsmedizin, Medizinischer Genetik, Endokrinologie. Um eine umfassende Bandbreite an Informationen zu erhalten, wurden MedizinerInnen und WissenschaftlerInnen aus dem niedergelassenen Bereich sowie aus privaten und öffentlichen Krankenanstalten befragt.

2.11.1 Sprache

Die Sprache der befragten MedizinerInnen ist medizinisch und technisch. Sie beinhaltet Fachausdrücke wie „Gameten“, „Kultivation“, „Blastozystenselektion“ (A16), „Kultur“, „Eizellpunktion“, „Nitrifikation“, „Transfer“ (A17) und es wird englisches Fachvokabular wie „survival“ (A17: 0125), „outcome“ (A17: 0798) oder „match“ (A17: 0207) verwendet. Das Vokabular der ÄrztInnen verweist auf eine große Sachlichkeit, mit welcher Embryonen gesehen werden: „genetische Analyse“, „Qualitätsverlust“, „Zellmasse“, „Manipulation“, „Schwangerschaftsrate“, „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ (A10: 387-394).

Wenn es um die Qualität des potenziellen oder werdenden Kindes geht, greifen ReproduktionsmedizinerInnen neben den medizinischen auch auf affektive Ausdrücke zurück. So wird vom Kind als „schöner Embryo“, „wunderschöner Embryo“, „energiereicher Embryo“, von der „schönen Blastozyste“, den „schönsten Samenfäden“ (A18: 240), einer „mäßig starken Eizelle“, einer „guten Eizelle“ (A5: 086) gesprochen. Mit dieser Mischung aus medizinischen Fachbegriffen und affektiven Ausdrücken versuchen die MedizinerInnen – eventuell lediglich gegenüber Laien - der mitunter komplexen Thematik der assistierten Reproduktion gerecht zu werden. Mit einem „schönen Embryo“ ist aus medizinischer Sicht gemeint, dass dieser genetisch einwandfrei und gesund ist (A10: 383).

Die Sprache der MedizinerInnen hat somit eine große Bandbreite, einerseits geht es um medizinische Fakten, technisches Wissen und Statistiken, andererseits um Emotionalität und Empathie. Im Zuge des Behandlungsverlaufes werden vonseiten der MedizinerInnen häufig persönliche Empfindungen wie Mitgefühl, Frust, Angst, Hoffnung, Empathie oder Enttäuschung ausgedrückt.

Der Großteil der befragten MedizinerInnen, die sich mit Reproduktionsmedizin beschäftigen, erzählen von einem frühen Interesse, bereits zu Studienzeiten, für alles, was mit Leben, vor allem mit beginnendem Leben zu tun habe (A6: 113-114, A7:006-010). Einige MedizinerInnen erzählen auch, durch Zufall zur Reproduktionsmedizin gekommen zu sein, z. B. aufgrund von einer freien Facharztstelle.

Eine befragte Ärztin sieht IVF allerdings im Unterschied zu den anderen Interviewten äußerst kritisch. Sie meint, dass sie ein gesundes Kind als Ergebnis von IVF zwar begrüßenswert

fände und dies auch als großen Erfolg sehen würde, sie selbst würde künstliche Befruchtung nicht durchführen wollen. Reproduktionsmedizin sei sehr technisch und „wider die Natur“, zudem sei ART für Frauen mitunter psychisch wie körperlich sehr belastend. Frauen, die mit unerfülltem Kinderwunsch zu ihr kämen und künstliche Befruchtung in Anspruch nehmen wollten, würde sie in der Regel an ExpertInnen der Reproduktionsmedizin überweisen.

2.11.2 Entwicklung der Reproduktionsmedizin

ÄrztInnen beschreiben IVF im Kontext steigender Inanspruchnahme. Seit den letzten zehn Jahren bestünde eine ständig steigende Nachfrage nach Methoden der ART. Sie habe sich im letzten Jahrzehnt verzehnfacht und würde noch weiter steigen (A16: 096-98). Dafür machen MedizinerInnen eine Reihe von Gründen verantwortlich:

- Zum einen den medizinischen Fortschritt und die Entwicklung neuer Methoden. Ein Arzt erklärt im Interview: *„Die Art der Stimulation hat sich verändert in den letzten Jahren. (...) Im Labor gibt es die normale IVF, es gibt die ICSI und es jetzt gibt es auch die IMSI, also dass man die Spermien 6000-fach vergrößern kann und dann sich die schönsten Samenfäden für eine ICSI aussuchen kann“* (A18: 243-240).
- Darüber hinaus sei künstliche Befruchtung enttabuisiert. Die Leute seien *„offener. (...) Früher haben sie sich versteckt und sind gar nicht zum Arzt gegangen und haben gesagt, ‚nein, wir wollen eh kein Kind‘“* (A7: 444-449). Heute würden die Leute mehr darüber reden und auch zum Arzt gehen und sich behandeln lassen: *„Weil es (IVF, Anm. d. A.) salonfähig geworden ist“* (A7: 51).
- Ein zentraler Grund für den Anstieg der Zahl an IVF-Behandlungen sei, dass Frauen, die sich ein Kind wünschen, immer älter würden und es dann oftmals schon schwierig oder zu spät wäre, auf natürlichem Wege schwanger zu werden. Mitunter komme es vor, dass Patientinnen, die schon älter seien, medizinisch nicht mehr betreut werden: *„Die im Wechsel sind, die können wir nicht mehr nehmen, weil die Eizellspende ist verboten in Österreich“* (A7: 220-221). Diese Patientinnen würden dann oftmals ins Ausland gehen, um als letzte Möglichkeit für eine Schwangerschaft Eizellspende in Anspruch zu nehmen.
- Insbesondere in Instituten des benachbarten Auslands sei mit einem weiteren Anstieg der Behandlungen zu rechnen, weil diese aus rechtlichen Gründen breitere Behandlungsspektren anbieten könnten als österreichische IVF-Einrichtungen (A16, vgl. weiter unten Eizellenspende, Leihmutterschaft, „single-woman“).
- Zudem wären Frauen und die Gesellschaft heute nicht mehr bereit, etwas als schicksalhaft hinzunehmen, auch nicht Kinderlosigkeit (A5: 151-153).

2.11.3 „Kinderwunsch“-paare

Ein Mediziner meint, dass Kinder heute perfekt geplant werden. Zu dem Zeitpunkt, an dem aus Sicht des Paares alle Umstände dafür passen würden, „*sei der Eierstock oftmals nicht mehr dazu in der Lage*“ (A6: 109-110). MedizinerInnen beobachten, dass Paare, die den Kinderwunsch auf „*später*“ verschieben, oftmals ein Kind ausbleibe, wenn der „*perfekte*“ Zeitpunkt dafür gekommen sei:

„Viele haben den Kindewunsch einfach auf später verschoben. Haben gesagt: ‚Jetzt noch nicht. Jetzt mache ich noch Karriere oder Lernen oder Studieren und dann‘, oft kommt nicht gleich der passende Partner oder der Mann will einmal kein Kind. Also, die Beweggründe sind ganz unterschiedliche, aber in erster Linie ist es generell so ein soziales Phänomen in unserer westlichen Gesellschaft“ (A7: 63-67).

Stelle sich keine Schwangerschaft ein, werde dies als hochproblematisch empfunden, weil sich das ganze Leben nur mehr um den Kinderwunsch drehe, manchmal über Jahre (A18: 436-448).

Es sei jedoch ein Trugschluss, dass mithilfe der modernen Reproduktionsmedizin jedem Paar selbstverständlich geholfen werden könne: *„Nur wenige wissen, dass das auch schwierig ist, dass viel Versuche notwendig sind“* (A7: 56-57). Ein anderer Arzt meint: *„Die In-vitro-Fertilisation kann keine Wunder wirken. Letztens war eine bei mir, die hat gesagt, ‚Na ja, ich habe geglaubt, das geht jetzt so einfach‘, die war auch schon 45“* (A7: 109-111).
(ende)

Frauen, die sich an die Reproduktionsmedizin wenden, kommen aus Sicht der Ärzte oft sehr spät und würden dann überaus ungeduldig sein. So meint ein Arzt: *„Dann brennt der Hut und dann wollen sie, dass man alles macht, was noch geht. (...) Und natürlich, wenn es nicht gleich klappt, dann kommt die Panik. Dann realisieren sie das erst, dass sie Zeit verloren haben und dass sie eigentlich viel früher auf die Idee hätten kommen sollen“* (A7: 125-129).

Über Jahre oder Jahrzehnte hinweg praktizierte konsequente Verhütung und gewollte Kinderlosigkeit schlagen mitunter in ungewollte Kinderlosigkeit um. Für diese Frauen wäre das ein großer Stress, weil sie, so die MedizinerInnen, eine steuerbare Körperfunktion erwarten würden und gewohnt seien, alles zu kontrollieren. Diesen Druck würden sie auch an die ÄrztInnen weitergeben:

„Das sind oft Frauen, die können vieles sehr gut, die sind sehr gut im Beruf, die meistern familiäre Situationen, die haben alles im Griff und das entgleitet ihnen dann. Und das führt dann zu einem Teufelskreis. (...) Die sekkieren dann oft auch den Arzt (i. S. v. lästig fallen, Anm. d. A.) (...) und unterstellen einem dann, dass man was nicht richtig gemacht hat. Die

steigern sich dann so rein, weil die wollen alles kontrollieren, aber das lässt sich nicht kontrollieren“ (A7: 132-140).

Für Frauen, die durch künstliche Befruchtung in einen Teufelskreis von Stress, Zwang und nicht selten Druck von außen, etwa durch den Partner oder die Familie geraten, sei notwendig, psychologische Betreuung oder eine Entspannungstherapie in Anspruch zu nehmen. Damit würde sich die Situation der Frau wieder entspannen, womit die Chancen auf eine Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung wieder ansteigen würden (A7: 140-147).

Einige befragte ÄrztInnen beklagen wiederholt, dass die reproduktionsmedizinische Behandlung der Frauen aufgrund des Alters immer schwieriger würde. Gäbe es altersmäßig die gleichen Patientinnen wie vor 30 Jahren, würden mit den heutigen Methoden Schwangerschaftsraten von 80 % erzielt (A7: 626-628). Sie beobachten ein Verschieben des Kinderwunsches in ein höheres Alter: *„Heute sitze ich und vor mir sitzen nur Frauen, die 44 sind, würde ich sagen. Wie ich begonnen habe, waren meine Patientinnen 25. Das waren junge verheiratete Leute, die haben mit 23 geheiratet und jetzt sind sie 25 und todunglücklich. (...) Mit mir hat sich das jedes Jahr verändert. Jetzt bin ich ja physiologisch oben angekommen, weil es geht ja nicht endlos weiter, weil ab 45 hört die Reproduktion mehr oder weniger auf“ (A10: 559-566).*

Ärzte vermeinten den Trend auszumachen, dass der Anspruch an eine gewisse Machbarkeit und Planbarkeit noch weiter steigen wird (A10: 568-569).

2.11.4 Die Behandlung

Eine Ärztin meint, dass etliche Paare mit unerfülltem Kinderwunsch oftmals erst nach mehreren Jahren medizinische Hilfe suchen würden. Der bis dahin latente Kinderwunsch wird damit konkret, es folgt eine Abklärung der Ursachen für die Kinderlosigkeit, was für viele Patientinnen bereits eine Entlastung darstelle (A8: 206-209). Es gäbe aber auch derzeit unbekannte Gründe für Unfruchtbarkeit (A7: 43). Für diese Paare sei es schwierig, sich für IVF zu entscheiden, weil es ja aus medizinischer Sicht auf natürlichem Wege funktionieren müsste (A8: 230-237). Die Paare würden sich Klarheit über ihre Situation wünschen, um sie wieder unter Kontrolle zu bringen. Gäbe es keine Klarheit, blieben Aspekte im Ungewissen, sei es schwieriger, sie wieder „in den Griff“ zu bekommen oder „unter Kontrolle“ zu bringen. Würde keine medizinische Ursache für die Unfruchtbarkeit gefunden, sondern festgestellt, dass organisch alles in Ordnung sei, werde unter Umständen auch keine Veranlassung gesehen, dafür medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Zum Teil entgegengesetzter Ansicht ist ein Arzt, der meint, dass man immer einen Grund für die Kinderlosigkeit finde, dieser könne mitunter auch psychischer Natur sein: *„Früher hat man mehr vermutet, dass mehr die Psyche eine Rolle spielt und heute findet man doch mehr*

Gründe organischer Natur, auch weil man genauer untersucht. Es gibt eine genetische Abklärung, das hat es früher nicht gegeben. Es gibt eine immunologische Abklärung, hat es früher nicht gegeben. Es gibt eine genaue Gerinnungsuntersuchung, also Gerinnungsstörungen, die zu Kinderlosigkeit führen. Das sind alles Dinge, die haben wir früher nicht untersucht“ (A7: 341-346). Komme ein Paar das erste Mal zur Behandlung, gäbe es entweder „schon abgeklärt“ oder der Grund müsse gesucht werden.

Eine Kinderwunschbehandlung durch IVF oder ICSI sei kompliziert und erfolge in mehreren Schritten, die ein Mediziner so beschreibt:

„Ist ja eine komplizierte Behandlung. Zuerst eine Vorbehandlung bei der Frau, dann die eigentliche Hormonbehandlung, dann die Eizellentnahme, dann das Warten auf die Befruchtung, dann das Einsetzen, dann das Warten, dass die Regel nicht kommt oder der Test positiv ist, dann das Warten auf die positive Herzaktion im Ultraschall, die man dann auch erst bestätigen muss und dann muss auch die Schwangerschaft gut gehen. Nämlich so eine Schwangerschaft wird ja dann vielleicht auch anders erlebt als irgendeine, die leicht passiert ist“ (A7: 150-155).

Offensichtlich wird, dass bei künstlicher Befruchtung viele Wartezeiten in Kauf genommen werden müssten. Insbesondere das Warten auf das Ausbleiben der Periode und auf das Ergebnis des Schwangerschaftstests wird als große Belastungsprobe erlebt, sowohl vonseiten des Paares als auch vonseiten der MedizinerInnen. So beschreibt ein Arzt dieses Warten als überaus spannend, und dass er genauso Angst habe, mitzittern würde und sich bei einem positiven Ergebnis mitfreuen würde. Am Schlimmsten wäre, wenn nach einem positiven Schwangerschaftstest keine Herzaktion am Ultraschall sichtbar wäre und eine Curettage durchgeführt werden müsse (A7: 608). Ein Arzt erzählt, dass eine Curettage bei ihm starke Emotionen wecken würde; er drückt dies aus mit „Das hasse ich!“. Die Frau wäre dann schon so weit gewesen (A7: 609-611).

Immer mehr Untersuchungsmöglichkeiten und die immer bessere Auswahl von Embryonen bestimmen die Richtung der Reproduktionsmedizin. Die Qualität der Embryonen scheint zentral (A5: 057-059). ÄrztInnen nehmen an, dass es im Feld der ART zu weiteren Verbesserungen kommen werde, in Bezug auf die Auswahl von Embryonen und in Bezug auf die Vermeidung von unerwünschten Mehrlingen. Der Trend gehe dahin, weniger Embryonen einzusetzen und diese dafür immer besser auszuwählen (A5: 057-059).

Ein Arzt meint, dass er nie vorhersagen könne, wann eine Schwangerschaft herbeigeführt werden könne und wann nicht. Medizin und Technik wären gerade im Bereich der Reproduktionsmedizin bis zu einem gewissen Grad unberechenbar, oft gäbe es bei wenig aussichtslosen Fällen Erfolg und umgekehrt, bei aussichtsreichen Fällen keinen Erfolg (A17: 0705).

Paare, die schon ein Kind durch assistierte Reproduktion bekommen haben und sich nun ein zweites oder drittes Kind wünschen, wären in der Regel gelassener im Umgang mit künstlicher Befruchtung: *„Viele, die schon eines haben mit der Methode, bei denen geht das dann leicht, weil der Druck weg ist. Bei vielen, aber nicht bei allen. Bei manchen klappt es beim zweiten Mal partout nicht, aber bei der Mehrzahl ist es leichter. Die wissen dann schon, was passiert, die nehmen das dann lockerer, auch wenn ein Versuch noch nicht klappt, dann klappt es beim nächsten. Die sind viel cooler“* (A5: 519-523)

Wie viele Versuche eine Frau schließlich bereit wäre durchzumachen, hänge von ihr ab. Jede Frau gehe mit künstlicher Befruchtung unterschiedlich um: *„Es ist schon belastend. (...) Auch die Vorbehandlung, die ist ja zum Teil so eine Art künstlicher Wechsel, und die Hormonbehandlungen, das ist kein Klacks, das ist unterschiedlich“* (A5: 525-527).

Manche Paare würden etliche IVF-Versuche benötigen und würden - wenn überhaupt - erst nach *„unzähligen Fehlgeburten“* (A18: 448) ein Kind bekommen. Ein Mediziner erzählt von einer 42-jährigen Frau, die gesagt hat: *„Ich bin jetzt in meinem Beruf so, dass ich mir das einteilen kann, ich habe Geld und ich mache das jetzt so lange bis es klappt“* (A7: 307-309). Die Patientin habe etliche IVF-Versuche gemacht und niemand habe mehr an den Erfolg geglaubt, als sie schließlich schwanger wurde: *„Die ist immer wieder gekommen. Sie ist beim neunten Versuch mit 45 schwanger geworden und hat einen Buben gekriegt. Also, die hat nicht aufgegeben und hat das sehr locker genommen. Beim neunten Versuch, das muss man sich vorstellen, da gehören Nerven dazu“* (A7: 311-313).

Das folgende Beispiel illustriert, welche schwerwiegenden Schicksale mit IVF verbunden sein können. Leben und Tod eines Kindes würden, so ein IVF-Experte, oft nahe beieinander liegen. Er erzählt: *„(...) Da haben wir eine Patientin, die in der 24. Woche schwanger war, aus mütterlicher Indikation, weil es der Mutter dann schon so schlecht gegangen ist, sectionieren müssen. Ich bin also zur Sectio dazugeholt worden zum Assistieren und habe dann erfahren, nach der Sectio erst, die hat schon sechs oder sieben IVF-Versuche gehabt und das war jetzt eine Eizellenspende und die hat es in der 24. Woche verloren, das Kind ist relativ knapp danach verstorben, die Mutter auf die Intensivstation gekommen, also Sie müssen sich das einmal bildlich vorstellen, was das für eine Belastung ist für die Frau, für das Paar und für die ganze Verwandtschaft. (...) Wenn das dann vier oder fünf Wochen später passiert wäre, dann hätte sie wahrscheinlich ein lebensfähiges Kind bekommen“* (A18: 467-470). Erfolg und Misserfolg liegen in der Reproduktionsmedizin nahe beieinander.

Der Befragte meint, dass ihm schwierige Schicksale von Patientinnen auch persönlich nahe gehen und er sich diese eine Zeit lang oder ein Leben lang merken würde. Trotz der Misserfolge, die zu bewältigen wären, sei die Reproduktionsmedizin im Allgemeinen ein sehr freudiges Gebiet, weil oft positive Nachrichten übermittelt werden könnten (A18: 467-470).

2.11.5 Mehrlingsschwangerschaften

Mehrlingsschwangerschaften stellen für ÄrztInnen eine große Problematik dar (A5:123-124). Problematisch sei, dass der Körper der Frau nicht für Mehrlinge ausgelegt sei und dass es dabei große Probleme in Bezug auf Frühgeburten gäbe: *„Mit Frühgeburten bei den Mehrlingen haben wir eine Ziffer, die hart ist aber die Wahrheit widerspiegelt: Bei einer Drillingsschwangerschaft kann man mit 40 Prozent Risiko (...) mindestens eines toten oder behinderten Kindes rechnen. Das heißt, 60 Prozent aller Drillinge sind alle drei gesund und praktisch alle sind, wenn sie gesund sind, trotzdem sehr lange auf der Kinderintensivstation. Das heißt, das ist ein Riesenproblem“* (A5: 127-134).

Eine Mehrlingsschwangerschaft bedeute für Mutter und Kinder ein hohes Risiko. So sei gehäuft mit Frühgeburten, Totgeburten oder Beeinträchtigungen der Kinder zu rechnen. Frühgeburten müssten oft lange intensivmedizinisch betreut werden, bleiben im schlimmsten Fall ihr Leben lang auf Pflege und Therapien angewiesen.

ÄrztInnen sprechen wiederholt an, dass Mehrlingsschwangerschaften eigentlich ärztliche Kunstfehler seien, die vermieden werden sollten. Sie geben an, dass derzeit Singleembryotransfer oder ein Transfer von höchstens zwei Embryonen üblich sei: *„Also bei bis zu 35-Jährigen höchstens zwei, diskutiert wird aber heute auch ein Singleembryotransfer, also, dass man das Beste, eines nur, aussucht. Die Geburtshelfer wollen natürlich Zwillingschwangerschaften auch nicht so gerne, weil es auch Komplikationen gibt, aber es ist halt ein zweischneidiges Schwert. Je mehr man einsetzt, umso größer die Chance bei einem Versuch schwanger zu werden. Das heißt, bei einer älteren Patientin, die schon Fehlversuche gehabt hat, wird man überlegen, ob man nicht doch drei einsetzt. Nur kann es dann – wie es der Teufel will – passieren, auch wenn die fünfmal nicht schwanger geworden ist, wird sie schwanger und kriegt eine Drillingsschwangerschaft“* (A7: 408-415). Drillingsschwangerschaften werden in der Regel ausgetragen, wenn auch mit einem großen Risiko für Mutter und Kinder.

Vierlingsschwangerschaften kommen immer wieder vor, wenn auch selten. Über seine Erfahrung damit erzählt ein Reproduktionsmediziner: *„Vierlingsschwangerschaften haben wir ganz selten gehabt. Es gibt auch Eineiige. Man setzt drei ein und es werden dann vier. Und so etwas wird heute von der Geburtsklinik reduziert. Ist an und für sich ein grauslicher Eingriff. Ich mag es nicht, aber in der Relation zum Risiko der Schwangerschaft sagt man, es ist vertretbar. Also, da wird einfach eines abgetötet oder zwei“* (A7: 417-422). Bei der sogenannten Mehrlingsreduktion wird die Auswahl jener Embryonen, die ausgetragen oder abgetrieben werden sollen, in der Regel bewusst getroffen. Die Reduktion erfolgt in der Regel *„früh, wenn man halt eine Fruchtwasserpunktion machen kann“* (A5: 423). Diese könne ab der 12. SSW erfolgen, eine Reduktion wäre grundsätzlich aber auch schon früher möglich, etwa ab der 8. SSW (A5: 425-426). Mithilfe von PND wird festgestellt, welche

Embryonen am besten dazu geeignet scheinen, ausgetragen zu werden und bei welchen es aufgrund der Qualität vertreten werden kann, sie abzutreiben.

2.11.6 PND

Ein weiteres Problem nach künstlicher Befruchtung ist der Umgang mit PND. Sie würde jeder schwangeren Frau empfohlen. Es wäre umstritten, ob bei IVF- oder ICSI-Kindern vermehrt mit Chromosomenschäden, Missbildungen oder sonstigen Beeinträchtigungen zu rechnen sei. So erzählt ein befragter Arzt: *„Also, ich glaube es nicht, obwohl es gibt Statistiken, die behaupten es. Das ist ein bisschen umstritten“* (A5: 429-430). Der Arzt meint, dass es wohl von der Technik der Befruchtung abhängt, ob vermehrt mit einem erhöhten Missbildungsrisiko zu rechnen sei. Er meint, dass man etwa bei der Befruchtung durch ICSI sehr vorsichtig sein müsste, dass nichts beschädigt würde (A5: 430-431).

2.11.7 Eizellspende oder Adoption

Für manche Frauen sei Eizellspende aus verschiedenen Gründen (z. B. Alter, Wechsel, vorzeitiger Wechsel) die letzte Möglichkeit, schwanger werden zu können. Eizellspende ist in Österreich verboten, Patientinnen müssten daher ins benachbarte Ausland fahren, falls sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen (A7: 220-221).

Befragte MedizinerInnen verneinen bei Patientinnen und Paaren eine gewachsene Aufgeschlossenheit gegenüber Eizellspende zu bemerken (A18: 252). Eizellspende ist in Österreich nicht erlaubt, daher gehen Frauen/ Paare ins Ausland: *„(...) Es gibt ja den IVF-Tourismus, es wird je nachdem, welches Gesetz in jedem Land erlaubt ist, werden in den Nachbarstaaten viele andere Sachen auch angeboten“* (A18: 253-255). Ein Arzt erzählt, dass es vor allem im letzten Jahr zu einer gehäuften Nachfrage nach Eizellspende gekommen sei und sogar Leihmutterchaft für einzelne Paare attraktiver geworden sei.

Leihmutterchaft sei jedoch sehr schwierig zu organisieren und die Preise immens hoch: *„Da geht es aber mittlerweile um sehr, sehr viel Geld. Also, da bewegt man sich schon zwischen 40.000, 70.000 oder 80.000 €“* (A18: 266-268). Trotzdem gäbe es immer wieder Paare, die dies für sich in Anspruch nehmen.

Die Eizellspende wird vom Großteil der Paare als Alternative gesehen, die der Erfüllung ihres Wunsches zum eigenen Kind am nächsten komme, weil zumindest die Hälfte des Erbguts vom Kindesvater stamme (A10: 330-332). Es erfolge eine Abkehr vom Ursprungsziel „genetisch eigenes Kind“ zur Alternative „sozial eigenes Kind“. Die Bereitschaft für Eizellspende vonseiten der empfangenden Frau ist nach Einschätzung des Arztes sehr groß: *„Das ist eine menschliche Reaktion, man denkt sich, ‚okay, mein Ursprungsziel, das eigene Kind, lässt sich offenbar nicht erfüllen. Was sind die Alternativen?‘ Und dann suchen sich die meisten offensichtlich die Eizellspende aus“* (A10: 301-303, 314-320).

Andere Alternativen wie Adoption, Pflegeelternschaft oder Verzicht auf Kinder würden als weniger attraktiv oder schwieriger umsetzbar empfunden.

ÄrztInnen vergleichen die Möglichkeit einer Adoption mit einer Eizellspende und meinen wiederholt, dass hier große Unterschiede bestünden. Bei der Eizellspende wäre das genetische Material des Mannes komplett dabei und auch während der Schwangerschaft würde eine Prägung des Kindes durch die Mutter erfolgen (P18: 285-288). Aus ärztlicher Sicht hat Eizellspende gegenüber der Adoption den Vorteil, dass die Frau das Kind selbst austrägt. So meint ein Arzt: *„Es ist ein bisschen viel mehr als eine Adoption, weil sie trägt das Kind aus. Es gibt ja auch eine Epigenetik, also sie hat sicher schon einen Einfluss und das Kind ist jedenfalls vom Mann und sie bringt es auf die Welt. Da ist seit der Antike kein Zweifel, die Frau, die das Kind auf die Welt bringt, ist die Mutter“* (A7: 237-240).

Der einzige Nachteil wäre, dass die Frau mit dem Gedanken leben müsse, dass das Kind genetisch gesehen nicht ihr eigenes ist. Dies könne zu Problemen führen, wenn es Schwierigkeiten mit dem Kind gäbe, etwa in der Pubertät. Der Arzt erzählt, dass es nach der Samenspende schon zu Beschwerden der Eltern gekommen sei und diese wissen wollten, wer der Samenspender war (A7: 247-252).

Damit ein Kind nach Eizellspende in ein Umfeld hineingeboren wird, in das es hineinpasst, kümmert sich das Institut, in dem die Eizellspende stattfindet, um eine gewisse Übereinstimmung der Gene von Spenderin und Empfängerin, berichtet ein Reproduktionsmediziner, der Erfahrung in der Zusammenarbeit mit ausländischen IVF-Instituten hat (A10: 344-346). Inwieweit die Eigenschaften eines Kind tatsächlich durch die Genetik bestimmt werden, wissen selbst Reproduktionsmediziner nicht: *„Ja, da weiß man noch sehr wenig davon, wie sehr das Kind durch die Genetik bestimmt wird“* (A10: 330-332).

2.11.8 Adoption

ÄrztInnen berichten, dass sie in Bezug auf Adoption wenig Nachfrage spüren. Dies mag daran liegen, dass eine Fruchtbarkeitsklinik nicht die richtige Anlaufstelle dafür sei. Ein Arzt erzählt, dass er wenig Erfahrung mit Eltern hat, die ein Kind adoptieren wollen: *„Es wird von den Patienten, die ich betreue, gar nie angesprochen, auch in meiner Ordination nicht verlangt. Ich glaube ganz einfach, vielleicht sind wir wirklich die falsche Ansprechstelle. Ich glaube, wenn jemand in Adoption geht, dann sucht er sich schon aus dem Internet die Stellen heraus, die sich vielleicht auch wesentlich besser auskennen als wir als Reproduktionsmediziner“* (A18: 278-283).

2.11.9 Samenspende

Ein Arzt meint, dass es eine Ungleichheit im Fortpflanzungsmedizingesetz¹⁴ sei, dass in Österreich Samenspende (Fremdsameninsemination) erlaubt, Eizellspende aber verboten

¹⁴ vgl. FMedG BGBl 1992 idF BGBl I 2001/98, § 3 Abs. 2 und 3.

sei (A7: 254-255). Demnach ist Samenspende in Österreich mit einigen Einschränkungen erlaubt. So ist Samenspende nur durch „Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau“¹⁵ erlaubt, nicht aber für Befruchtungen außerhalb des Körpers, wie IVF oder ICSI. Diese Inseminationen sind zudem nur bei Paaren, nicht aber bei alleinstehenden Frauen erlaubt. Mediziner berichten, dass es wenig Nachfrage nach Samenspende gebe. Einige österreichische IVF-Institute verfügen über Samenbanken und bieten Samenspende für Inseminationen auch an.

Ein leitender Reproduktionsmediziner erzählt, warum es so wenig Nachfrage nach Samenspende gibt: *„Wir machen es praktisch nicht mehr. Ganz selten. Wir haben damit aufgehört, weil wir auch in extrem schweren Fällen einer männlichen Fertilitätsstörung immer noch Samenzellen finden, zum Beispiel durch Hodenpunktion“* (A7: 257-259). Zudem wäre es schwierig, geeignete Männer als Samenspender zu finden: *„Und das Zweite ist, man findet kaum Spender, weil an und für sich hat die Samenspende in Österreich unentgeltlich zu sein. Und überraschenderweise, wie wir noch Spender gesucht haben, so über Annoncen und so, waren viele junge Männer auch, die nicht geeignet waren, weil sie schon so ein schlechtes Spermogramm gehabt haben“* (A7: 260-263). Dazu sei noch gekommen, dass das Anlegen einer Samenbank einen großen Aufwand bedeutet: *„Man muss die Spender testen auf alle möglichen Krankheiten, dann muss man den Samen einfrieren, mittlerweile in Spezialtanks, in Quarantänetanks, dann muss man die Spender noch einmal testen, nach drei Monaten, und dann darf man den Samen erst verwenden, der vor drei Monaten eingefroren worden ist. Das sind halt heutzutage strenge Sicherheitsregeln. Wir haben jetzt gesagt, das tun wir uns nicht mehr an, weil es ist auch die Nachfrage so gering, dass das nicht dafür steht“* (A7: 265-270).

Frauen ohne Partner, die sich ein Kind wünschen, würden wegen einer Samenspende mitunter ins Ausland gehen, erzählt ein Experte für Reproduktionsmedizin: *„Im Ausland gibt es den Begriff ‚Single-Woman‘, das heißt, dass man das machen kann“* (A18: 308).

2.12 Perspektive von Labormitarbeiterinnen

Aus dem Bereich der Laborarbeit wurden jeweils eine Biologin, eine medizinisch-technische Analytikerin (MTA) und eine im IVF-Labor tätige Lebensmittel- und Biotechnologin über ihre Tätigkeiten und Erfahrungen befragt. Ihr Aufgabenbereich erstreckt sich neben Assistenz Tätigkeiten für ÄrztInnen, Gespräche mit PatientInnen und administrative Tätigkeiten vor allem auf den Umgang mit Ei- und Samenzellen und Embryonen (L1: 28-33, L3: 141-144). Eine Labormitarbeiterin beschreibt den Tätigkeitsbereich:

„Unsere Aufgaben sind quasi die Betreuung der Gameten, also von der Eizellpunktion, von der Entnahme der Eizellen bis zur Befruchtung. Das heißt, wir bearbeiten natürlich auch die Spermien, wir arbeiten die auf, wir isolieren sie, wir analysieren mit unserer speziellen

¹⁵ vgl. FMedG BGBl 1992 idF BGBl I 2001/98, § 1 Abs. 2.

Technik, wir machen die Befruchtung, wir betreuen die weitere Kultur bis zum Transfer und können sie natürlich auch einfrieren, Samenzellen, wie auch Eizellen, wie auch Embryonen“ (L2: 50-54).

2.12.1 Sprache

In den Gesprächen mit den Labormitarbeiterinnen werden zahlreiche medizinische und technische Fachausdrücke verwendet, die das potenzielle Kind und sein Wachstum beschreiben. Es werden Begriffe verwendet wie *„reine Eizelle ohne Kumulus“* (L1: 104-105), *„pathologisch morphologische Samenzelle“* (L1: 73), *„Ovozyten“* (L1: 84), *„Zygote“* (L1: 166), *„Zellstadium“* (L1: 208), *„Blastozyste“* (L2: 96), *„Gameten“* (L2: 49).

In der Laborarbeit ist zentral, einen für den Transfer geeigneten Embryo - oder auch mehrere Embryos - herzustellen. Der Begriff *„Embryo“* wird oftmals synonym zum Begriff *„Eizelle“* verwendet. In der Regel ist damit eine befruchtete Eizelle gemeint. Im Unterschied zur Samenzelle wird Eizelle eher als Vorstufe zum *„Embryo“* oder *„Kind“* gesehen. In der Arbeit im Labor werden der Embryo und seine Qualität sehr stark differenziert.

2.12.2 Arbeit mit Ei- und Samenzellen

Im Labor müsse mit großer Vorsicht gearbeitet werden, um Ei-, Samenzellen oder Embryos nicht zu beschädigen. Eine Befragte erzählt, dass sie ihre Arbeit mit Ei- und Samenzellen am Beginn ihrer Tätigkeit als sehr schwierig empfunden hätte, sie nervös gewesen sei und gezittert habe. Grund dafür sei gewesen, dass es im Kontext von IVF *„um Leben und Tod“* ginge: *„Solange man noch nicht die Übung hat, ist alles neu und man ist überall nervös und gerade wo man weiß es geht da um Leben und Tod und man ist dafür verantwortlich, ist es am Anfang für mich schon sehr schwer gewesen“* (L1: 297-301).

Eine andere Labormitarbeiterin meint, dass eine intakte Eizelle unter Umständen die einzige Chance einer Frau sein könne, ein Kind zu bekommen (L3:691-692). Ihren Arbeitsprozess beschreibt sie folgendermaßen: *„Bei der Eizellarbeit ist, wenn der Arzt punktiert, derjenige, der beim Assistenzplatz ist, hilft dem Arzt. Dann wird die Flüssigkeit gesammelt und unter dem Mikroskop angeschaut, ob Eizellen drinnen sind oder nicht. Die Eizellen werden dann rausgenommen und in einem eigenen Schälchen mit Medium, mit einem speziellen Medium gesammelt, und dann so schnell wie möglich halt wieder in den Brutschrank gegeben, damit sie nur ja nicht auskühlen, zum einen und CO2 brauchen sie und alles, das so lange wie möglich eine normale Atmosphäre ist, wie in der Natur halt auch sein sollte. Und daher muss man halt da sehr schnell arbeiten“* (L1: 33-41).

Je blutiger die gewonnene Flüssigkeit sei, desto schlechter wären die Eizellen zu finden: *„Dann muss man halt die suchen, sammeln, und wenn man fertig ist und alle gesammelt hat gibt man sie in den Brutschrank hinein, und lässt sie eine Stunde mindestens in Ruhe, damit sie sich wieder erholen“* (L1: 43-47).

Die Arbeit mit den Eizellen dürfe nur ein paar Minuten dauern, damit sie intakt blieben: *„Sie sind extrem empfindlich, also mit Eizellen muss man sehr schnell arbeiten, so wenig wie möglich herauslassen, dass sie ja nicht auskühlen“* (L1: 50-51).

Die Eizelle muss gepflegt, warm gehalten und genährt werden. Sie müsse ruhen können, auf ihre Bedürfnisse müsse exakt eingegangen werden, damit sie gedeihen könne. Mit ausgefeilter Technologie gelänge es, im Brutkasten eine Atmosphäre zu schaffen, die der des Mutterbauchs nahe komme.

Während die Eizelle nach der Entnahme möglichst *„in Ruhe gelassen werden soll“* (L1:46), wird der wesentlich widerstandsfähigere Samen für die Befruchtung aufbereitet. Eine Labormitarbeiterin erzählt, dass der Samen für die Befruchtung vorbereitet wird, er wird angesehen, gewaschen, sein Volumen reduziert und auf einen bestimmten Wert von schnell beweglichen Samen *„eingestellt“* (L1: 149-152). Sie erzählt, was es heißt, den Samen zu waschen: *„Zellfragmente und kaputte Spermien werden zentrifugiert, die Spermien sammeln sich dann unten an und der ‚Mist‘, jetzt unter Anführungszeichen, bleibt hängen und wird abzentrifugiert. (...) Das wasche ich dann noch einmal mit einem anderen Medium und dieses, was da über bleibt, das verwende ich dann und schau es mir an“* (L1: 154-160). Je nach Qualität des Samens wird er für IVF oder ICSI verwendet: *„Dann kommt da der Samen dazu bei der normalen IVF und am nächsten Tag wird so 16 Stunden der Samen dabei gelassen, am nächsten Tag werden dann die Eizellen heraus pipettiert, gewaschen, dass sie schön sind, und dann kommt (...) eine Zygote heraus“*(L1: 161-166).

Eine Zygote (L1: 166), aus der im weiteren günstigsten Verlauf das Kind werden kann, wird von den Labormitarbeiterinnen als eines der ersten erfolgreichen Resultate des technisch komplizierten Befruchtungsprozesses gesehen.

Bei mangelhafter Samenqualität sei es häufig notwendig, keine „normale IVF“, sondern die Methode der „ICSI“ durchzuführen, bei der die *„schönsten Samenfäden“* für die Befruchtung ausgewählt werden. Eine Labormitarbeiterin meint, dass das Schwierigste ihrer Arbeit die Durchführung von ICSI sei, weil hier der Samen *„eingefangen“* (L1: 311) werden müsse und der Samen sehr schnell sei. Es gäbe aber Methoden, den Samen zu verlangsamen und die besten Samenfäden würden sich in einem bestimmten Bereich aufhalten, wo man sie herausholen könnte (L1: 304-307). Sie meint, dass man dem Samen nachlaufen müsse: *„Das ist eine Übungssache, dass man denen hinterher läuft (lacht). Wir machen es, dass wir mit der Pipette den Samen fangen, sprich, wir müssen mit der Pipette dem schnellsten Samen nachlaufen, auf den Schwanz draufschlagen und dann diese eingedepschte Samenzelle mit der Pipette einfangen und dann in die Eizelle bringen“* (L1: 307-311).

2.12.3 Arbeit mit Embryonen

Ziel der Laborarbeit sei es, Embryonen zu kultivieren, die für den Transfer geeignet sind. Die Embryonen würden regelmäßig begutachtet, um Aussagen über deren Qualität machen zu können: *„Wir schauen sie immer an nach 24 Stunden“* (L1: 204-205). Fast jeden Tag würden sie einer Begutachtung, Qualitätsbeurteilung und Klassifizierung unterzogen. Am vierten Tag könne man keine Aussagen machen, daher würden die Embryonen an diesem Tag in Ruhe gelassen (L1: 204-209). Die Klassifizierung der Embryonen erfolge in einer Einteilung in *„sehr gute Embryonen“* bis *„sehr schlechte Embryonen“* (L1: 209-220) und verlaufe nach einem genauen Beurteilungsschema: *„Wir haben ein Dokumentationsblatt und da sieht man, wie viele Eizellen sind es und da wird jeden Tag dokumentiert, wie sie ausschauen. Jede einzelne Eizelle, die ich abpipettiert habe, wird jeden Tag, also Tag 1 und Tag 2 und Tag 3 und am Tag 5, angeschaut. (...) Und die entwickeln sich ja nicht alle gleich gut, und dann kann man schon sagen: „OK, aus diesem Zweizeller, der schön war gestern, ist heute ein schöner Vierzeller geworden, oder übermorgen ein schöner Achtzeller.“ Oder: „Aus dem, der eigentlich komisch ausgeschaut hat, ist nichts geworden.“ Oder: „Aus dem ist was Schönes geworden.“* (L1: 228-229, 222-223, 232-235). Die sehr guten Embryonen wären *„super“* zu transferieren, schlechte Embryonen würden nur genommen, *„wenn gar nichts anderes da ist“* (L1: 219-220).

Sind nur sehr wenige Embryonen vorhanden, müsse überlegt werden, diese schon vor Ablauf des fünften Tages *„zurückzugeben“*, um die Chance auf eine Schwangerschaft zu erhöhen: *„Es kann natürlich sein, wenn ich nur jetzt eine oder zwei Eizellen habe, dass ich gleich am nächsten Tag dann sage ‚wir machen den Transfer‘, weil je kürzer sie heraus ist, desto besser ist es. Und wenn ich nur zwei habe, dann habe ich nicht die Auswahl, dann habe ich nur zwei und maximal zwei bekommen die Patientinnen zurück“* (L1: 223-226). In jedem Fall müsste individuell abgewogen und entschieden werden, um die Chancen auf eine Schwangerschaft zu optimieren.

Am fünften Tag kommt es zur Blastozystenbildung. Dann könne anhand verschiedener Kriterien noch besser beurteilt werden, ob der Embryo für einen Transfer geeignet ist (L1: 238). Die Befragte beschreibt einen für einen Transfer geeigneten Embryo als *„ganz rund, nur eine einfache Zellschicht auf der Seite und einen schönen Kern“* (L1: 252-253). Am fünften Tag sei der Embryo so weit entwickelt, dass unter dem Mikroskop ein *„Klumpen“* (L1: 240), aus dem dann das Baby wird, sichtbar sei. Es könne somit im Idealfall als *„dicker fatter Klumpen“* (L1: 240-241) wahrgenommen werden, was aber noch keine Garantie für Erfolg sei: *„Es muss überhaupt nicht heißen, dass aus so einem Embryo, dass da ein Kind draus wird. Es kann auch sein, dass so einer nichts wird und aus so einer wird was, also das kann man im Vorhinein nicht sagen“* (L1: 242-244). Der fünfte Tag wäre auch der Zeitpunkt, an dem ein Transfer gemacht werden müsse, denn zu einem späteren Zeitpunkt wäre es zu spät, denn dann würde sich *„alles auflösen“* (L1: 248-249). Der richtige Zeitpunkt für den Transfer dürfe also nicht übersehen werden: *„Also, man muss genau diesen Zeitpunkt*

erwischen, oder irgendeinen davor“ (L1: 240). Ob nach dem Transfer wirklich eine Schwangerschaft eintrete, könne dann nicht mehr beeinflusst werden. Die besten Voraussetzungen würden nicht garantieren, dass ein Kind entstünde. Auch bei einer natürlichen Zeugung sei anzunehmen, dass Embryonen oftmals nicht „perfekt“ aussehen würden, nur wisse man es hier nicht (L1: 263).

2.12.4 Überzählige Embryonen

Embryonen, die nicht implantiert werden, werden entweder verworfen oder, so sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, eingefroren. Mitunter es sei schwierig zu entscheiden, welche Embryonen eingesetzt werden sollen, denn sowohl für die Kryokonservierung als auch für den Transfer dürften nur die besten Embryonen verwendet werden (L1: 370-375). Transferiert werden die „*allerbesten Embryonen*“ (L1: 375). Diese Entscheidungen würden im Team besprochen und beschlossen. Eine Labormitarbeiterin erzählt, dass sie mit dem Arzt gemeinsam entscheiden würde, welche Embryonen eingesetzt, und welche eventuell konserviert würden.

Ob Embryonen eingefroren werden sollen, müsse auch mit den Eltern besprochen werden. Überzählige Embryonen sind rechtlich Eigentum des Paares und sie könnten innerhalb eines gesetzlich vorgegebenen Rahmens auch über deren Verwendung – verwerfen oder einfrieren - entscheiden (L1: 415). Eine Labormitarbeiterin schildert den Ablauf: *„Da sind noch drei übrig, die sind okay, die werden konserviert. Dann bespricht man mit der Patientin, ob sie damit einverstanden ist, dass man die konserviert. Die meisten sind natürlich damit einverstanden, dass man die konserviert“* (L3: 153-158). *„Überzählige Embryonen“* werden damit zu *„eingefrorenen“* oder *„konservierten Embryonen“* (L3: 156). Sie werden in ein dreistufiges Klassifikationssystem eingeordnet, dass von A (beste Klassifizierung) bis C reicht. Es würden immer mindestens zwei Embryonen eingefroren, zumindest eines müsse mit A bewertet sein.

2.12.4.1 Verwerfen

Entspricht die Qualität der Embryonen nicht den vorgesehenen Erfordernissen, müssen sie verworfen werden (P12: 267-272). Eine Befragte meint dazu, dies würde bedeuten: *„Mistkübel“* (L1: 274). Embryonen, die vernichtet werden sollen, würden in eine hypertone Lösung gesetzt, in der sie sich auflösen (L3: 676-677).

Wie es ihr selbst damit gehe, Embryonen zu verwerfen, sei von der Qualität der restlichen Embryonen abhängig, d. h. ob die Patientin auch Embryonen gehabt habe, die für den Transfer geeignet gewesen wären. Oft würden Embryonen auch während der Begutachtungszeit von selbst absterben. Dies wäre natürlich auch für sie leichter, weil sie dann selbst nichts wegschmeißen, und nicht so viel darüber nachdenken müsste (L1: 341-344, 351).

Sie würde Embryonen nicht als reines „Arbeitsmaterial“ sehen. Es tue ihr leid, wenn die Qualität der Embryonen nicht gut genug sei, um sie einzufrieren, sondern weggeworfen werden müssten (L1: 347-351). Sie meint, dass es ein komisches Gefühl sei, etwas wegzuschmeißen, „*wo man sagt, da könnte etwas daraus werden*“. Aber wenn die Qualität „*schlarch*“ (schlecht, Anm. d. A.) sei, wäre es wohl besser, „*damit da nichts passieren kann*“ (L1: 355-358). Auch eine andere Labormitarbeiterin meint, sich persönlich abgrenzen zu müssen, wenn es darum ginge, Embryonen zu vernichten. In so einem Fall lese sie den Patientinnenakt, um sich ein Bild über das Paar zu machen und zu erfahren, ob das Paar Kinder bekommen hätte. Wenn das Paar ein oder mehrere Kinder hätte, könne sie die Embryonen mit ruhigem Gewissen vernichten. (L3: 679-683).

Das Verwerfen von Embryonen ist für Labormitarbeiterinnen mit Ambivalenzen verbunden. Es wird als notwendiger Teil der Arbeit betrachtet, der allerdings nicht gerne gemacht wird, weil aus den Embryonen „*etwas*“ hätte werden können. Für die Befragten ist es sehr wichtig, ihren Job gut zu machen. Sind Kinder nach assistierter Reproduktion entstanden, wird dies als Erfolg gewertet, der das Problem des Verwerfens von Embryonen des betreffenden Paares relativiert. Die MTA beschreibt, wie sie die Arbeit mit den Embryonen empfindet: „*Sicher ist es für mich potenzielles Leben, aber da muss man sich einfach ein bisschen abgrenzen*“ (L3: 309-310). Sich abzugrenzen und diese Embryonen noch nicht als „*Leben*“ zu sehen, gehöre zu ihrem Job: „*Leben beginnt für mich als MTA im Labor erst ab dem ersten Herzschlag. So muss man das sehen, man muss da wirklich eine Grenze ziehen*“ (L3: 682-683).

Eine andere Labormitarbeiterin meint, dass es Auslegung sei, ob man einen Embryo schon als menschliches Leben sehe oder nicht. Sie verweist auf den IVF-Fonds, bei dem erst eine positive Herzaktivität als Schwangerschaft gelte. Dies wäre erst in der 5. SSW nachweisbar (L1: 277-278). An diesen Vorgaben des IVF-Fonds orientieren sich auch die interviewten Laborkräfte, wenn es um ihre Definition von Leben geht. „*Leben*“ wird aus Sicht der Labormitarbeiterinnen somit frühestens in der 5. SSW als „*pochendes Herzerl*“ (L3: 218) des werdenden Kindes wahrgenommen.

Die persönliche Abgrenzung erscheint mitunter nicht einfach. Ein ethisches Problem wird sichtbar, wenn Embryonen sich nicht zu „*Leben*“ weiterentwickeln, sondern „*degenerieren*“ (L3: 332): „*Hierüber dürfe man nicht zu viel nachdenken*“, meint eine Labormitarbeiterin (L3: 333).

Für die Eltern der Embryonen sei sehr bedeutend, was mit ihren überzähligen Embryonen gemacht werde: „*Die meisten fragen nach: ‚Was passiert mit denen? Kriegt das eh niemand anderer?‘ (...) Wenn sie was drinnen haben, dann sind sie glücklich und sagen ‚Nein, nicht frieren!‘ oder ‚Ja, bitte frieren!‘ oder ‚was passiert mit den anderen? Werden die sicher verworfen? Kriegt die nicht irgendjemand anderer?‘*“ (P12: 409-413).

Bei Paaren herrsche aus Perspektive der Labormitarbeiterin weniger Angst, dass überzählige Embryonen für Forschungszwecke verwendet würden, als dass ein anderes Paar ihre Embryonen bekommen könnte (L1: 419-421). Vor allem, wenn der Kinderwunsch abgeschlossen sei, wollten Paare genau wissen, was mit den verbleibenden Embryonen gemacht werde. Eine Spende wäre für den Großteil der Paare ausgeschlossen, meint eine Labormitarbeiterin. Die Betroffenen hätten das Gefühl, es würde irgendwo noch jemand existieren, der eigentlich von ihnen abstamme (L3: 667-668). Die betroffenen Paare wollten also sicher gehen, dass kein anderes Paar die Embryonen bekomme und geben daher ihr schriftliches Einverständnis, dass die Embryonen vernichtet werden sollten (L3: 670-674). Die Embryonen werden somit zu *„übrig gebliebenen Embryonen“* (L3: 664) und zu *„vernichteten Embryonen“* (L3: 672).

2.12.5 Embryotransfer und Schwangerschaft

Nach dem Embryotransfer wird die Fälligkeit der nächsten Regelblutung berechnet, etwas *„Was wir natürlich nicht wollen“* (F3: 172-173). Für diesen Zeitpunkt ist der Schwangerschaftstest geplant.

Die Wartezeit zwischen Embryotransfer bis Schwangerschaftstest sei für Patientinnen sehr belastend. Es ist eine Zeit bei der die Frauen nichts mehr zum Gelingen der Behandlung beitragen könnten: *„Da kann man spritzen noch und nöcher, das ist alles nicht so schlimm, aber diese Wartezeit, dieses Nichtstun, das ist die schlimmste Zeit“* (L3: 191-194).

In dieser Zeit versuchen Frauen mitunter eine Schwangerschaft und damit ihr potenzielles Kind in Form eines positiven Schwangerschaftstests nachweisbar, und für sich damit greifbar zu machen. Nach dem Transfer ist nicht mehr der Embryo als „Objekt“ relevant, sondern im Mittelpunkt des Interesses steht die mögliche Schwangerschaft. Der Fokus scheint überzugehen vom „Kind als Embryo“ zum „Kind als Zustand der Schwangerschaft“. Zwischen dem Transfer und der Durchführung des Schwangerschaftstests liegt eine Wartezeit, an deren Ende sich herausstellt, ob das Paar seinem „potenziellen Kind“ näher gekommen ist. Erfolg oder Enttäuschung liegen nahe beieinander.

Zum Schwangerschaftstest würden die Frauen in die IVF-Klinik bestellt. Die Patientinnen seien häufig sehr ungeduldig und könnten das Ergebnis eines Schwangerschaftstests kaum erwarten. Sie würden deshalb nicht selten schon verfrüht einen Test machen, der keine Aussagekraft besitzt und meist zu Enttäuschungen führt.

„Weil es wirklich der erste Tag ist, an dem man nachweisen könnte und da ist es aus dem Blut sicherer. (...) Es gibt viele, die ihn wesentlich früher machen, der natürlich negativ ist. Die merken irgendwie es zwickt und zwackt und der Busen spannt und die sind dann aber negativ. Da ist dieses Schwangerschaftshormon im Blut noch sehr gering, deswegen ist es im Urin noch nicht nachweisbar“ (L3: 176-184).

Eine Schwangerschaft wird von allen Beteiligten als große Freude erlebt und gefeiert. Wie stark die befragten Labormitarbeiterinnen in ihre Arbeit emotional eingebunden sind, zeigt sich in ihrer Beschreibung ihrer eigenen Wünsche und Gefühle in Bezug auf eine Schwangerschaft der Patientinnen (L3: 258-262). Eine Befragte meint, dass sie sich mit jedem Paar mitfreuen würde, wenn es ein Kind bekommt (L3: 307). Eine völlige Abgrenzung und neutrale Haltung erscheint schwierig.

Schwangere würden ganz unterschiedlich mit einem positiven Schwangerschaftstest umgehen: *„Manche glauben es gar nicht. Denen muss man das wirklich sagen, ‚Sie sind schwanger‘, ‚Nein, das gibt es nicht!‘ ‚Ja, ja‘. Und die glauben es halt dann erst, wenn sie den ersten Schwangerschaftsultraschall bei uns haben, wenn sie das Herzerl pochen sehen. Manche flippen total aus vor lauter Freude. Dann gibt es Patientinnen, die kommen gleich am nächsten Tag mit Blumen und zeigen das halt. (...) Und es gibt auch so Fälle, die wirklich schon jahrelang bei uns sind, wo es nie geklappt hat, dann funktioniert es und das ist wie ein Lauffeuer, verbreitet sich das dann im Haus und da freuen wir uns auch alle irrsinnig. Also, wir freuen uns eigentlich über jede Schwangere“* (L3: 216-224).

Fällt der Schwangerschaftstest negativ aus, gestaltet sich der Umgang aus Sicht einer Labormitarbeiterin ebenfalls unterschiedlich. Das Spektrum der Reaktionen würde von sofortigem Neuversuch bis zu Behandlungspause und -abbruch reichen: *„Da gibt es wirklich ganz unterschiedliche Reaktionen, die eine Gruppe der Frauen sagt, ‚Okay, dann komme ich sobald ich die Blutung habe zur nächsten Blutabnahme, Zyklusbeginn und machen wir gleich weiter‘. Dann gibt es welche, die sagen, ‚Okay, ich brauche jetzt zwei bis drei Monate Pause‘, wenn sie es sich leisten können vom Alter her, ‚Ich melde mich dann wieder.‘ Man bietet ihnen natürlich auch an zum Gespräch zu kommen, den Versuch noch mal zu analysieren, was könnte man beim nächsten Mal anders machen, was könnte man noch abklären. Es kriegen eigentlich alle Frauen mit negativem Testergebnis einen Termin zur Besprechung, auch wenn sie keinen nächsten Versuch mehr machen wollen, aber einfach um die aufzufangen“* (L3: 201-209).

Es sei Aufgabe des Arztes, ein negatives Testergebnis mitzuteilen und mit der Frau oder dem Paar über weitere Möglichkeiten zu sprechen.

Eine Labormitarbeiterin meint, dass es von sehr vielen verschiedenen Faktoren abhängt, ob eine Frau schließlich schwanger würde oder nicht: *„Es kommt auf die Einstellung an, es kommt natürlich auf den Körper an, es kommt auf das Alter an, auf die Gene, und Glück! (...) Es gehört irrsinnig viel Glück dazu! Das glaube ich, ist von da oben bestimmt, ob es sein soll oder nicht“* (L3: 238-244).

Wie das letzte Zitat deutlich macht, glauben auch technisch ausgebildete Labormitarbeiterinnen durchaus, dass Schicksal bei der ART eine wichtige Rolle spielt. Eine andere Interviewte meint: *„Ich denke mir, ja, Kosmos, keine Ahnung. Sicher denke ich mir, es*

hat einen Grund, warum diese Menschen zu uns kommen, warum sie diesen Weg gehen müssen, um ihr Wunschkind zu bekommen. Und dann denke ich mir schon, es ist irgendwie vorbestimmt, ob das was wird oder nicht“ (L3: 249-253).

2.12.6 Ei- und Samenspende oder Adoption

Der Kinderwunsch und die Art und Weise, wie versucht wird, diesen umzusetzen und „wie weit“ dabei gegangen wird, seien unterschiedlich. Techniken und Möglichkeiten, die ein Paar annehmen würden, seien für ein anderes Paar inakzeptabel. Samenspende kämen für viele Paare, nicht aber für alle, in Frage (L3: 572-579). Eine Labormitarbeiterin sieht Samenspende problematisch, weil die Spenderin die Identität des Spenders nicht erfahre. Erst ab dem 14. Lebensjahr habe das Kind das Recht, zu erfahren, wer sein genetischer Vater sei (P28: 590-596). Die Befragte erzählt von einer Studie, der zufolge eine Beziehung nach einer Samenspende dazu tendiere, in die Brüche zu gehen. Vor allem, wenn es Probleme mit dem Kind gäbe, etwa in der Pubertät, würde der Vater dann häufig meinen, dass es ja nicht sein Kind wäre und sagen: *„Kümmere du dich um dein Kind, das ist ja nicht meines“* (L3: 608-607) oder der Frau unterschwellig vorhalten: *„Das ist ja nicht von mir, ist ja nur von dir“* (L3: 609-610). Aus Sicht der Befragten sei die Samenspende problematisch: *„Ich finde, es ist purer Egoismus der Frau, ‚Ich möchte schwanger sein, ich möchte dieses Gefühl einer Schwangerschaft miterleben‘. So sehe ich das“* (L3: 619-620). Samenspende ist zwar technisch problemlos umsetzbar und gesetzlich auch erlaubt, scheint mitunter aber wenig akzeptiert zu sein.

Im Gegensatz zu Samenspende (durch Fremdsameninsemination) ist Eizellspende in Österreich verboten. Eine Befragte erzählt, dass Eizellspende für die Spenderin mit vielen Risiken verbunden sei: *„Die Eizellspenderin wird stimuliert, genauso wie eine normale Patientin im Normalfall, hat eine vaginale Punktion, früher hat man das sogar noch laparoskopisch gemacht, über die Bauchdecke, und ist einfach mit viel mehr Risiken verbunden, Thromboserisiko, Infektionsrisiko beim Eingriff, Blutungsgefahr, Überstimulation. Verstehe ich vollkommen, ja“* (L3: 627-632). Ein Samenspender hätte diese Risiken hingegen nicht zu tragen (L3: 634).

Patientinnen, die Eizellspende in Anspruch nehmen wollen, würden sich im Ausland behandeln lassen (L3:636-639). Die Informationen darüber würden betroffene Paare aus dem Internet beziehen, denn das Klinikpersonal darf keine Informationen über konkrete Möglichkeiten im Ausland weitergeben. Man könne zu Patientinnen aber sagen: *„Schauen Sie einmal ins Internet, dort und dort, da werden Sie sicher was finden“* (P28: 644-648).

Bei Eizellspende stellt sich die Problematik der Samenspende in umgekehrter Form: *„Da ist es dann wieder umgekehrt, da ist das Kind dann eigentlich nicht von der Frau, sondern von einer anderen Frau, aber mit den Spermien des Mannes“* (L3: 654-655). Es ist auch möglich, ein Kind von einer gespendeten Eizelle und gespendeten Samenzellen zu bekommen: *„Ich*

denke mir, das ist halt wieder eine ganz eine andere Situation. Die sind sich darüber bewusst, ‚Okay, wir wollen ein Kind, du hast ein Problem, ich habe ein Problem, probieren wir es‘ (L3: 659-661). Dies sei dann wieder etwas anderes, meint die Befragte, es wäre mit Adoption vergleichbar ‚nur hat man es halt von Anfang an‘ (L3: 663).

Während für manche Paare Fremdsameninsemination oder Eizellspende als durchaus gangbarer Weg oder sogar als gute Alternative gesehen wird, doch noch ein Kind zu bekommen, ist für andere die Adoption eines Kindes die Lösung: *„Für mich würde es nicht in Frage kommen. Es gibt andere Wege, Adoption, sage ich nur. Also, da würde ich mich wirklich für Adoption entscheiden. Aber das muss natürlich jeder selbst für sich entscheiden“ (L3: 615-617).*

2.13 Perspektive von PsychologInnen und -therapeutInnen

Insgesamt wurden vier Gespräche mit PsychologInnen und PsychotherapeutInnen geführt. Befragt wurden ein in einem IVF-Institut tätiger Psychologe und Psychotherapeut, eine Psychologin und Psychotherapeutin einer Frauenberatungsstelle (zwei Gespräche) sowie eine in freier Praxis tätige Psychotherapeutin.

2.13.1 Sprache

Die PsychologInnen und PsychotherapeutInnen übernehmen ihr Vokabular zum Teil aus dem Bereich der Medizin und Genetik. Sie verfügen auch über Wissen aus dem Bereich der ART. Dies ist nötig, um mit Frauen oder Paaren hinsichtlich der Umsetzung ihres Kinderwunsches zu arbeiten oder sie diesbezüglich zu beraten. Neben Begriffen wie *„Blastozyste“ (Psy5: 340), „Spermatozoon“ (Psy5: 116), „Eizelle“ (Psy1: 14), „Samenzelle“ (Psy1: 14) oder „Spermium“ (Psy5: 115)* tauchen auch Ausdrücke auf wie *„Konflikte“ (Psy2: 60), „Selbstbestimmung“ (Psy2: 64), „Ambivalenzen“ (Psy2: 405), „Schuldgefühle“ (Psy5: 184), „Bewältigung“ (Psy1: 61)*, welche auf psychische Aspekte aus dem Leben von KinderwunschpatientInnen verweisen.

Eine Psychotherapeutin meint, dass das *„Künstliche“* an der Reproduktionsmedizin sei, *„dass man die Grenzen der Natur überbrücken möchte. Wenn wir genau hinschauen, machen wir das in so vielen Bereichen und andauernd“ (Psy1: 268-269).* Aus diesem Grund dürfe analog auch die Anwendung von künstlicher Befruchtung nicht hinterfragt werden.

Die befragte Therapeutin meint, dass es für Paare eine *„Not ist, wenn jemand nicht schwanger werden kann auf natürlichem Weg“ (Psy1: 108-109).* Oftmals würde es lange dauern, bis ein Paar oder eine Frau medizinische Unterstützung suchen: *„Es gibt verschiedene Faktoren, warum etwas nicht klappt, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, aber es ist ein sehr schmerzhafter Prozess, sich dem zu stellen (...) und es kann lange dauern“ (Psy1: 111-114).* Körperlich als auch psychisch wäre künstliche Befruchtung für Frauen sehr belastend, diese würden daher *„so was wie einen ganz großen Wunsch und*

einen starken Willen“ (Psy1: 116) brauchen, um dies durchzuhalten: *„In den meisten Fällen werden auch mehrere Versuche benötigt, weil sich der Organismus vorbereiten muss. Es gibt viele Abgänge und es ist immer mit irgendeiner Art von Versagensgefühl gekoppelt“* (Psy1: 116-118).

2.13.2 Kinderwunsch

PsychologInnen/PsychotherapeutInnen sprechen wiederholt an, dass der Kinderwunsch bei den Paaren oftmals eine *„tyrannische Macht“* (Psy5: 202) bekäme und *„Paare wie ferngesteuert herumgeistern lässt“* (Psy5: 208-209). Bleibt der Kinderwunsch auch nach etlichen Versuchen der künstlichen Befruchtung unerfüllt, ist dies für Paare mitunter hoch problematisch: *„Die nervliche Verfassung marschiert Richtung Keller: Die kann sogar massiv Richtung Keller marschieren“* (Psy5: 233-234). Manche Paare würden den Sinn ihres Lebens in Frage stellen und in eine Krise stürzen: *„Ich habe mir immer ein Kind gewünscht, also, wenn das nicht klappt, dann weiß ich nicht, was ich machen soll. Ob dann mein Leben überhaupt noch einen Sinn hat?“* (Psy5: 233-237).

Ein Psychologe meint, dass neue Möglichkeiten und Praktiken der assistierten Reproduktion möglichen Sinnkrisen aufgrund eines unerfüllten Kinderwunsches die Schärfe genommen hätten: *„Vor allem die Eizellspende, notfalls muss man halt einfach mehr investieren, dann klappt es vielleicht doch“* (Psy5: 239-241). Paare würden sich dazu ins Ausland begeben, wo dies erlaubt wäre.

Manche Paare würden Adoption in Betracht ziehen, dies käme aber nicht für alle in Frage (Psy5: 263-264). Frauen wären hier aufgeschlossener und würden sagen: *„Um meinen weiblichen Kindewunsch zu befriedigen ist mir jedes Mittel recht“* (Psy5: 274-275). Männer wären oftmals nicht dazu bereit, *„mit aller Härte darauf los zu legen“* (Psy5: 276) und lehnen eine Adoption oder auch Eizellspende ab. Ein Psychologe berichtet über seine Erfahrung, dass Männer in Bezug auf die Umsetzung des Kindeswunsches um jeden Preis zurückhaltender wären als Frauen: *„Bei der Eizellspende ist es so, dass es Männer gibt, die skeptisch sind, sie haben Bedenken, weil das Kind ja nicht genetisch von der Frau stammt, dass es da Komplikationen geben könnte. Also, die Männer sind bezüglich der möglichen Komplikationen sensibler als die Frauen“* (Psy5: 277-280).

2.13.3 Anwendungsbereiche der Psychologie und Psychotherapie

Im Rahmen von künstlicher Befruchtung ist es mittlerweile üblich, Kinderwunscha Paare über die Möglichkeit psychologischer Betreuung zu informieren und Beratung auch anzubieten (Psy5: 148): *„Das heißt, die Paare sind informiert, es gibt die Möglichkeit der Psychologischen Konsultation“* (Psy5:152). Dieses Angebot würde von einem Großteil der Paare zunächst abgelehnt, diese wollten ohne fremde Hilfe auskommen: *„Die Einstellung ‚Wir schaffen das schon, wir sind stabil genug, bei uns klappt das auch so‘, die ist sehr stark vorhanden“* (Psy5: 154-158). Daher würde es mitunter vorkommen, erzählt der Psychologe,

dass er von sich aus an ein Paar herantritt, bei dem er annimmt, psychologische oder psychotherapeutische Unterstützung wäre hilfreich. Frauen oder Paare, die von sich aus kommen, würden ihn konsultieren, *„weil sie einen erhöhten Angstpegel haben, vor Misserfolg, dann wagen sie diesen Schritt und nehmen mich in Anspruch“* (Psy5: 164-165).

Der Arbeitsbereich der PsychologInnen und TherapeutInnen liegt einerseits darin, Konfliktbereiche und damit zusammenhängende Störungen aufzudecken und zu beseitigen: *„Störungen mit irgendeinem Konfliktbereich wie Partnerschaft, Sexualität, Geschichte zur Weiblichkeit“* (Psy2: 59-60). Frauen würden nach Gründen suchen, warum es bei ihnen nicht funktioniere. Nicht selten würden Schuldgefühle oder belastende Ereignisse aus der Vergangenheit mit einem unerfüllten Kinderwunsch in Verbindung gebracht: *„Eine Abtreibung, die Schuldgefühle nach sich zieht und das Gefühl, das ist die Strafe, dass ich nicht schwanger werde“*. *„Auch Missbrauch und (...) alle möglichen sexuellen Ängste, die dieser nach sich zieht“* (Psy2: 137-142) (Psy5: 167-169) wären Themen, die in der Beratung oder Therapie zur Sprache kämen. Beratungen würden sowohl mit der Frau alleine als auch gemeinsam mit dem Partner, also als Paarberatungen durchgeführt, bei denen *„alles zur Sprache“* (Psy5: 170) komme. Ein Psychologe erzählt von *„vorausgegangenen Fehlgeburten“* (Psy5: 179), *„Reibereien zwischen den Partnern“* (Psy5: 176-177), oder Nervosität und Schlaflosigkeit aufgrund der Fruchtbarkeitsbehandlungen, bei denen den Paaren geholfen werden könne (Psy5: 168-169). Oftmals würden bei einem unerfüllten Kinderwunsch Ambivalenzen in Bezug auf den Kinderwunsch an die Oberfläche kommen (Psy2: 406). Etlichen Paaren, die ART in Anspruch nehmen würden, könne die Psychologie bei Problemen helfen, und zwar auch bei solchen, die *„jetzt nicht auffällig sind, aber von Nervosität gebeutelt und sonst was, und die brauchen den Psychologen mitunter genauso wie diejenigen, die irgendein offenkundiges Problem haben“* (Psy5: 49-51).

Es gehe in der Beratung oder Therapie oftmals darum, herauszufinden, was eine Frau *„in Richtung Selbstbestimmung“* (Psy2: 64) wolle, also um *„emanzipatorische Fragen“* (Psy2: 65) in Bezug auf die Lebensplanung.

Ein häufiges Thema wäre auch der Umgang mit der Kinderlosigkeit und künstlichen Befruchtung im sozialen Umfeld, die *„Einmischung von Familienangehörigen, Freundinnen, und anderen, die da halt im Umfeld mitmischen oder glauben, noch Mitsprache führen zu müssen“* (Psy5: 190-192). Da gehe es um soziale Kompetenzen: *„Wie wehre ich auch wohl gemeinte Einmischung so ab, dass die es kapieren und auch nicht beleidigt sind“* (Psy5: 196-198).

Psychologische Unterstützung erfolgt auch bei Entscheidungen in Bezug auf den Kinderwunsch, wenn es um die Frage geht: *„Sollen wir uns für Adoption entscheiden oder für Eizellspende?“* (Psy5: 199-200). Diese und andere wesentliche Entscheidungen wären für das weitere Vorgehen wichtig, wenn es darum geht, mögliche Alternativen zum „eigenen Kind“ in Betracht zu ziehen.

2.13.4 Kinder nach assistierter Reproduktion

Eine Psychologin und Therapeutin erzählt, dass die Freude über IVF-Kinder sehr groß sei, und auch die Überforderung mit ihnen. Sie meint, dass dies damit zu tun haben könne, dass das Vertrauen in den Gang der Dinge ein bisschen eingeschränkt sei: *„Es ist zu beobachten, dass das Vertrauen in den Gang der Dinge, das Vertrauen ins Leben (...), dass das nicht dieselbe Solidität hat wie bei einer spontan entstandenen Schwangerschaft und einer dorthin führenden Geburt. (...) Ich hab schon einige erlebt, die sehr erfüllt, sehr glücklich, sehr demütig auch waren und andere, die sehr überfordert waren, sich ständig gefragt haben, warum ist es so und jemand anderer Schwierigkeiten mit einem Kind als normal wegsteckt und dann sich die IVF-Eltern fragen, vielleicht ist es so weil, weil, weil, weil“* (Psy1: 124-137).

2.13.5 Abschied von der Kinderwunschbehandlung

Unterschiedliche Ausgangslagen würden dazu beitragen *„den Abschied vom Kinderwunsch, oder zumindest den Abschied von der Kinderwunschbehandlung“* (Psy5: 536-538) einzuleiten. Bei vielen Paaren wäre das Alter ausschlaggebend, andererseits finanzielle Ressourcen, belastende Momente in der Vorgeschichte, eine Menge von fehlgeschlagenen Versuchen. Paare würden sagen: *„Wir sind jetzt bei unserem zehnten Versuch, also wir können jetzt, finanziell ginge es noch, aber psychisch verkraften wir es nicht mehr“* (Psy5: 535-537).

Ein befragter Therapeut erzählt, dass es darum ginge, mit dem Paar abzuklären, ob es eine andere Mission in ihrem Leben gäbe, vor allem bei der Frau: *„Die Männer reagieren so, dass sie sagen, ‚Ja, wenn es halt nicht klappt, dann werde ich halt noch intensiver in meinen Beruf einsteigen‘. So eine typisch männliche Form der Lösung. (...) Die Frauen mitunter schwerer fällt“* (Psy5: 511-516).

Wenn feststünde, dass Paare mit einer Kinderwunschbehandlung nicht mehr weitermachen wollen oder können, gehe es darum zu entscheiden, sich eher für eine *„kindernahe oder kinderferne Mission“* (Psy5: 522) zu entscheiden. Dies wäre ein ganz wesentlicher Unterschied: *„Wird jemand sich eher für andere Kinder in irgendeiner Form engagieren oder nein, das wäre dann praktisch eine ständige Re-Traumatisierung mit fremden Kindern konfrontiert zu sein, dann ganz weg vom Thema Kind. Das kann alles sein“* (Psy5: 522-525). Es gäbe unzählige Möglichkeiten, das Leben ohne eigenes Kind zu gestalten: *„Das kann das private Tierheim sein, es kann ein neuer Ausbildungsgang sein, es kann eine neue Orientierung auf kreativem Sinn sein, im sozialen Bereich sein oder was auch immer sein. Das Leben bietet eine solche Fülle, man muss sie nur sehen. Meistens wird sie nicht gesehen sondern, man ist fixiert, Kinderwunsch, Kinderwunsch, Kinderwunsch, ‚Ich brauche ein Kind‘“* (Psy5: 525-529).

3 Präimplantationsdiagnostik

3.1 Methode

Präimplantationsdiagnostik (PID) ist eine genetische Untersuchung von Embryonen „vor Übertragung in den Uterus der Frau“ (Hennen/Sauter 2004: 19).¹⁶ Damit setzt PID eine künstliche Befruchtung voraus. Ziel ist, „Embryonen zu identifizieren und auszuwählen, bei denen bestimmte Chromosomenanomalien oder Genmutationen mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können“ (ebd.).

Die Entwicklung und Einführung von PID wird zumeist mit der Verhinderung der Übertragung schwerer vererbbarer Krankheiten begründet (Hennen/Sauter 2004: 23). Sie war intendiert, Frauen eine Alternative zur PND anzubieten und ihnen damit einen Schwangerschaftsabbruch ersparen zu können (Ziegler 2004: 33).

Das häufigste und bekannteste Verfahren der PID ist die sogenannte Blastomerbiopsie (Ziegler 2004: 26 ff., Hennen/Sauter 2004: 19ff.). Am dritten Tag nach der Befruchtung bestehen humane Embryonen aus sechs bis zehn Zellen, für die PID werden ein bis zwei davon entnommen und zyto- bzw. molekulargenetisch untersucht.

Daneben besteht die Möglichkeit der Diagnostik der Keimzellen, wobei es sich streng genommen um keine PID, sondern um Präkonzeptionsdiagnostik handelt (Ziegler 2004: 24). Bei der Untersuchung der Eizelle werden die Polkörperchen, die bei der Reifeteilung der Eizelle entstehen, molekulargenetisch untersucht.

Zur Unterscheidung der Indikationen zu PID schlagen Hennen/Sauter die Differenz von indikationsbasierter und zweckorientierter PID vor (Hennen/Sauter 2004: 21ff.).

Im ersten Fall hat PID das Ziel, extrakorporal gezeugte, sehr frühe Embryonen auf vermutete genetische Störungen mit Krankheitswert zu untersuchen. Die betroffenen Embryonen werden nicht implantiert, sondern in der Regel vernichtet. Die Anlässe für diese Indikationen zur PID entsprechen denen der „herkömmlichen“ PND und sind entweder

- eine bekannte genetische Disposition der „Eltern“ bzw. Familie (bereits geborene Kinder, Großeltern, Geschwister der Eltern). Dabei können für alle Krankheiten, für die eine PND möglich ist, prinzipiell auch eine PID durchgeführt werden (Ziegler 2004: 38).

¹⁶ Zur eingehenden Diskussion der PID vgl. u. a. Ziegler 2004, Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt 2004, Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften 2004.

- eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten spontaner chromosomaler Störungen (z. B. aufgrund des höheren Alters der Mutter, vorangegangener mehrfacher Fehlgeburten)
- oder eine Zugehörigkeit zu einer Bevölkerungsgruppe, die ein stark erhöhtes Risiko für das Auftreten schwerer genetischer Erkrankungen trägt (z. B. Beta-Thalassämie).

Im Unterschied zu der genannten Kategorie besteht eine weitergehende Definition/Anwendung von PID, d. i. die Untersuchung „von extrakorporal erzeugten, sehr frühen Embryonen auf ihre genetische Konstitution ohne spezifische Krankheitsindikation, sondern vielmehr zur Auswahl besonders geeigneter Embryonen“ (Hennen/Sauter 2004: 22). Dabei bestehen zwei Zwecke:

- Auswahl eines Embryos mit bestimmten Merkmalen (HLA-Matching¹⁷) als potenzieller Spender von Nabelschnurblut oder Knochenmark für ein bereits geborenes, schwer erkranktes „Geschwisterkind“.
- Geschlechterauswahl des zukünftigen Kindes aus Gründen der individuellen Lebensplanung (social sexing, family balancing).

Den Kategorien indikationsbasierter und zweckorientierter PID nicht eindeutig zuordenbar ist die routinemäßige Überprüfung von IVF-Embryonen auf Chromosomenanomalien (Aneuploidie-Screening) und PID bei multifaktoriell bedingten Krankheiten, „wenn keine spezielle familiäre Belastung vorliegt oder wenn die aus dem Test resultierende Wahrscheinlichkeit für eine zukünftige Erkrankung gering bzw. nur ungenau bestimmbar ist“ (Hennen/Sauter 2004: 23). Im Fall des Aneuploidie-Screening dient die PID als „Art Qualitätssicherungsmaßnahme zur Verbesserung der Erfolgsrate der IVF“ (Hennen/Sauter 2004: 23, 25 ff.).

Die PID ist in Österreich weder im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) noch im Gentechnikgesetz (GTG) ausdrücklich gesetzlich geregelt. Aus § 9 Abs. 1 des FMedG ergibt sich jedoch eine implizites Verbot, indem es heißt: „Entwicklungsfähige Zellen dürfen nicht für andere Zwecke als für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden. Sie dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Gleiches gilt für Samen- oder Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen“. Demnach ist Blastomerbiopsie verboten, Polkörperanalyse jedoch erlaubt, da der Polkörper nicht der Befruchtung dient und daher

¹⁷ HLA steht für „Human Lymphocyte Antigen, d. h. bestimmte Oberflächenstrukturen menschlicher Blutzellen, die darüber bestimmen, ob das gespendete Knochenmark von dem Immunsystem des Empfängers (aufgrund der vorhandenen Ähnlichkeit) ‚akzeptiert‘ oder aber als Fremdgewebe identifiziert und daher abgestoßen wird“ (Hennen/Sauter 2004: 26).

nicht dem Untersuchungsverbot unterliegt (Bioethikkommission 2004: 19). Eine im Ausland durchgeführte PID fällt nicht unter das Verbot des FMedG und die Mitwirkung an einer im Ausland erlaubten PID (z. B. durch entsprechende ärztliche Beratung) stellt keine strafbare Beihilfe dar (ebd.).

3.2 Indikationen

In den Interviews berichten ÄrztInnen über die Tatsache, dass PID in Österreich gesetzlich nur eingeschränkt zugelassen sei. Möglich sei lediglich, Untersuchungen an der Eizelle, nicht aber am Embryo durchzuführen (Polkörperdiagnostik). Sobald die Befruchtung der Eizelle stattgefunden habe, sei eine Untersuchung nicht mehr erlaubt. Ein Arzt erklärt diesen Umstand: *„Die sich teilende Eizelle, den sogenannten Präembryo, kann ich nicht untersuchen, also können schon, aber nicht dürfen. Das heißt, uns entgeht die Information, dass noch Chromosomenfehlverteilungen vom Vater reinkommen könnten. Das sind zwar nur 10 bis 20 Prozent, also 80 Prozent kommen ohnehin von der Eizelle. Aber trotzdem, das kann man dann mit der Präimplantationsdiagnostik in Österreich nicht feststellen“* (A5: 441-446).

ReproduktionsmedizinerInnen und GenetikerInnen nennen eine Reihe von Indikationen für die Anwendung von PID. Eine häufig genannte ist die Verhinderung von Fehlgeburten bei ART. Ein Reproduktionsmediziner erklärt dazu: *„vor allem die Aborte, (...) also wenn eine Frau sagt, ‚Ich habe jetzt drei, vier Aborte hinter mir‘, mit 40, ‚ich möchte das nicht mehr mitmachen‘, wo man sagt ‚Wir können es zwar nicht garantieren, dass sie nicht noch einmal einen Abort haben, wenn wir das zurückgeben, aber wir können die Chance reduzieren, indem wir eine Diagnostik machen‘. (...) Primär kommt ja bei wiederholten Fehlgeburten, das wäre vielleicht eine Indikation“* (A17: 138-144, ebenso A7: 416-418).

Allerdings wird gerade diese Indikation aufgrund von Forschungsergebnissen auch kritisch gesehen. Zwar würde PID die Auswahl geeigneter Embryonen ermöglichen, aufgrund der notwendigen Intervention aber auch die Chancen auf eine Schwangerschaft verringern. So meint ein Reproduktionsmediziner, es wurden *„Studien jetzt veröffentlicht (...) von den Ländern und Zentren, die einfach sehr viel Erfahrung haben und gezeigt hat, dass die Schwangerschaftsrate doch mindestens nur gleich hoch, wenn nicht schlechter ist. Das heißt, das muss man den Patienten einmal sagen. Weil die Präimplantationsdiagnostik ist jetzt abgesehen von Einzelgenerkrankungen, also eine Frau die jetzt vor drei oder vier Tagen angefragt hat, weil sie eine Bluterdisposition in der Familie hat, jetzt für die normale, als normale Screening-Untersuchung bedeutet das für das Paar, dass sie Schwangerschaftsraten sozusagen verlieren. Weil lange Zeit hat es geheißen: ‚Das ist ja logisch, Sie haben jetzt zehn Embryonen und dann untersuchen sie alle zehn, dann kommt raus, vier sind genetisch auffällig, dann ist das nicht so toll, weil hätten wir diese vier durch Zufall eingesetzt, dann wäre das nichts geworden. Jetzt können wir sicher sein, dass wir aus den sechs die zwei Schönsten raussuchen zum Beispiel und die zwei einsetzen‘. Das*

Problem, das man jetzt erkannt hat, ist, dass für einen Embryo am dritten Tag, im sogenannten Achtzellstadium, doch ein herber Verlust ist, wenn sie eine oder sogar zwei Zellen für diese Analyse entnehmen. (...) Weil das ist immerhin 12,5 % bis 25 % Zellmasse, die sie rausrupfen, plus dass Sie den Embryo jetzt einer weiteren Manipulation aussetzen. Sie müssen für die Schale ein Loch einschneiden, Sie müssen dann reinfahren und müssen diese Zelle rausnehmen aus dem Verband, man versteht jetzt, wenn Sie das dann aufwiegen, dass Sie sagen, hier ist der Vorteil der genetischen Analyse und hier ist der Qualitätsverlust des Embryos, und zwar von jedem, den sie biopsieren, auch von denen, die sich als gesund herausstellen, dass eigentlich nur mehr Nachteile überbleiben. Dass einfach die Schwangerschaftsrate runtergeht. Was man sich überhaupt nicht erwartet hat" (A10: 344-366).

Eine weitere, wenn nicht die zentrale Begründung österreichischer ÄrztInnen für die Durchführung von PID, ist die im vorangegangenen Zitat erwähnte Verhinderung schwerer genetischer Erkrankungen. Ein Genetiker kritisiert, dass in diesen Fällen PND erlaubt und PID verboten sei, was er als Widerspruch sieht und Diskussionsbedarf ortet. Er nennt als Beispiel eine neurologische Erkrankung, die „dazu (führt), bei der schweren Form, dass die Kinder mit einem Jahr, spätestens eineinhalb Jahren, sterben. Es gibt keine Heilung, keine Möglichkeit, es ist rezessiv, die Eltern, beide Anlageträger, es gibt eine (Wahrscheinlichkeit, Anm. d. A.) von 25 %, jedes vierte Kind kann betroffen sein und da wird eine Pränataldiagnostik erlaubt, aber die präimplantative Diagnostik nicht und da sehe ich schon einen Widerspruch, ethisch und menschlich ist nicht vertretbar, das ist eine tödliche Erkrankung. Deshalb denke ich mir, werden die den Diskurs noch erweitern, dass es in diese Richtung gehen wird" (A14: 273-279). PID wäre für Paare, die Schwangerschaftsabbruch ablehnten, eine Möglichkeit, das Auftreten solcher Krankheiten zu verhindern (A14: 307-321).

Als weitere Indikation nennt ein Reproduktionsmediziner die Möglichkeit der HLA-Typisierung bei schweren monogenetischen Erkrankungen (vgl. weiter oben). Obwohl dies in Österreich nicht erlaubt sei, werden in der betreffenden Anstalt Kontakte zu erfahrenen ausländischen Einrichtungen hergestellt und die Fälle nachbetreut. Der Mediziner kritisiert, dass PatientInnen von betreuenden ÄrztInnen nicht über die Option von HLA-matching informiert würden. Dies widerspräche dem hippokratischen Eid: „Aber sie (Pädiater und Genetiker, die nicht an eine IVF-Klinik überweisen, Anm. d. A.) lassen es auch nicht zu, dass sie den Patienten die Möglichkeit geben, dass sie sich selber entscheiden können, einfach die Information geben und sagen, ‚Da gibt es jemanden, tun Sie sich dort informieren!‘, das wäre eine Sache und damit, auch von den Gremien, die sich damit beschäftigen, sagen, ‚Wir nehmen es nicht in unser Portfolio rein‘ und das finde ich nicht korrekt. Den Patienten gegenüber nicht korrekt. Uns ist es, wir tun das ja nicht bewerben oder sonst was, weil erstens ist es bei uns nicht erlaubt, aber wir können ihnen einmal ein Auffangnetz bieten und einmal schauen und besser die Optionen als ein Externer oder ein Genetiker, weil der mit dem Thema IVF eigentlich primär nichts zu tun hat, sondern mit der Genetik, aber er könnte

uns nachher weiterleiten. Oder der Pädiater, der eigentlich Reproduktionsmedizin kennen sollte, das sind Leute, die eigentlich über uns Bescheid wissen, die aber trotzdem die Patienten nicht zu uns zuweisen diesbezüglich und das finde ich unfair" (A17: 245-255).

Auch ein Genetiker erwähnt die Indikation des HLA-matching, wenngleich er es als sehr spezialisierten und engen Bereich einschätzt: *„Und dann (...) bekommt man eine genetische Analyse, die Spender bestimmen für lebensrettende Spenden, das ist eine so ganz eine kleine Schiene, auch noch die es in der Präimplantationsdiagnostik allgemein gibt, wo man sagt, man kann, aufgrund, sozusagen, der, .. der, .. des Aussuchens eines Embryos .. könnte man auch .. ein Geschwisterkind zeugen kann, das als Stammzellenspender taugt. Des ist wirklich eine ganz eine kleine Schiene, ja. Ja" (A11: 138-143).*

Das oftmals gegen die Freigabe der PID angeführte Argument des Szenarios eines Designerkinds wird von einem Genetiker als technisch unmöglich und ethisch abzulehnend zurückgewiesen. PID sollte helfen, wie bereits erwähnt, schwere genetische Erkrankungen zu vermeiden und nicht dazu beitragen, Geschlechterselektion durchzuführen oder ein „gestyltes“ Kind herzustellen. Er kritisiert: *„Wenn die Leute sagen: ‚Wir können vielleicht intelligente Kinder erzeugen‘, kann man sagen ‚Das ist Unsinn‘. Abgesehen davon, es ist technisch nicht möglich. Aber es wird auch die Aufgabe sein, sollte irgendwann in Zukunft so was möglich sein, es ist die Aufgabe der Ärzteschaft, der Gesellschaft wirklich so etwas zu kontrollieren und zu unterbinden. Da habe ich keine Zweifel. Ich sehe die Pränatalmaßnahmen, die Untersuchungen, die wir durchführen, als Lösung von erheblichen genetischen Problemen bzw. als Möglichkeiten, Optionsmöglichkeiten. Aber ein Kind zu stylen, das ist medizinisch keine Aufgabe von Medizinern, keine Aufgabe von Humangenetikern und es ist auch ethisch, für mich ist es sogar, was in anderen Gesellschaften vielleicht nicht so angesehen wird, die Feststellung von Geschlecht und daraus das Leben eines Kindes zu determinieren, bis 12. Schwangerschaftswoche, auch das absolut unzulässig und ethisch unvertretbar, moralisch sowieso, gesetzlich sollte es nicht erlaubt sein, ist es auch nicht. Ich könnte mir vorstellen, dass vielleicht in einer anderen Gesellschaft, so etwas bevorzugt wäre, akzeptiert worden ist, aber ich glaube in Europa .. Das ist etwas, was sich in den Medien sehr gut verkaufen lässt, aber realistisch, praktikabel ist so was nicht" (A14: 646-659).*

Der Arzt übt auch Kritik an einem zu vereinfachenden Bild von Genetik, das Umweltfaktoren außer Acht ließe: Ein gesundes Kind *„ist ein natürlicher Wunsch und ich kann kaum Vorteile sehen, sich ein krankes Kind zu wünschen, aber das ist ein Thema, das hat mit Wunschbaby insofern, dass ich ein Kind kriegen will, blond, schön, groß, intelligent, erfolgreich, vielleicht schon mit einem Bankkonto mit sehr viel Geld darauf, das wird nicht gehen, weil das menschliche Genom, das ist ein wichtiger Punkt, zurück zur Wissenschaft, das menschliche Genom ändert sich von einer Generation zu der nächsten, und zwar schneller als wir dachten. Wir haben immer gedacht, das menschliche Genom, eigentlich müssen wir ja von menschlichen Genomen sprechen, wir haben unterschiedliche, jede Person hat das*

weibliche Genom und es ist sehr häufig so, dass wir von einem Elternteil zum anderen Unterschiede zu den Kindern, Veränderungen haben, die sehr häufig, aber nicht immer, zu Erkrankungen führen. Und die sehen wir, diese Veränderungen, hier sind neue Veränderungen im Spiel, was wir aber nicht sehen, dass die Veränderungen vielleicht etwas Positives bewirken, ..., und die werden auch nicht erfasst, wie gesagt, diese Vorstellung vom Wunschbaby zu haben, wir sind nicht in der Lage das Genom überhaupt zu manipulieren. Die Situation ist viel komplexer als sehr häufig in der Presse dargestellt. Es ist nicht so, dass die Gene, das menschliche Leben ..., die Umwelt hat eine beträchtliche Bedeutung und ich bin sehr gespannt, was wir in Zukunft tatsächlich für eine Möglichkeit haben, das individuelle Genom komplett zu lesen, das wird wahrscheinlich irgendwann zustande kommen, wir werden wahrscheinlich überrascht sein, dass wir sehen werden, vielleicht dass ein Akademiker das gleiche Genom hat wie vielleicht, was weiß ich, ein Bauarbeiter. Und dann stellen wir uns die Frage warum, was hat dazu geführt, dass Personen, die genetisch fast identisch sind, so unterschiedlich laufen oder Lebensformen bekommen. Wir werden das sehen" (A14: 665-684).

Auch ein anderer Genetiker schätzt Designerbabies als unrealisierbar ein, weist aber auch darauf hin, dass dies in seinen Augen ein Scheinargument der GegnerInnen der PID sei: *„Da gibt es diese fadenscheinigen Argumente, angefangen von Designerbaby über was weiß ich was. So weit sind wir nicht und so weit kommen wir nicht. (...) da sind wir weit davon entfernt. Wenn irgendwer in Amerika das Designerbaby angeboten hat, dann ist das nichts Anderes als eine Geschäftemacherei, seriöser Weise kann man da nicht viele Sachen anbieten" (A12: 503-508).*

In welchen Fällen PID eingesetzt werden soll, mit anderen Worten, bei welchen Krankheiten, Fehlbildungen, mit welchen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Zeitpunkten der Manifestation der Krankheit, wird unterschiedlich und in unterschiedlich starkem Ausmaß problematisiert.

Ein Reproduktionsmediziner führt bei der Unterscheidung drei Kategorien an: Die erste Kategorie sei, obwohl mit Bandbreiten, von einem *„eindeutigen Krankheitsbild" (A10: 456-457)* geprägt. Ein Beispiel sei Trisomie 21: *„Es gibt Kinder (mit Trisomie 21, Anm. d. A.), aber sind sonst gesund, insgesamt. Andere haben Fehlbildungen, haben einen Herzfehler, müssen daher noch ein- oder zweimal operiert werden usw., aber jeder Mensch, alle Patienten, wenn Sie sie darauf ansprechen, weiß was das für ein Krankheitsbild ist, das kennt jeder und das ist auch der Klassiker im Alptraum, weil wenn es darum geht, zu sagen, herumtrucksen und dann sagen die Patienten ‚Na ja, wenn das Kind, wenn das so wäre‘, da merkt man wie die Leute herum, weil es ihnen unangenehm ist. Und am Schluss sagen sie dann ‚Na ja, kann man das auch irgendwie ausschließen?“ (A10: 450-456).*

Die zweite Krankheitskategorie betreffe behandelbare Krankheiten, deren Ausprägung jedoch nicht durch PID bestimmt werden könne. Also Beispiel nennt der Arzt Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte: *„Was für eine Kategorie ist das jetzt? Ist das eine Behinderung, keine*

Behinderung, ist das jetzt etwas wo ich sage ‚OK, wie wird man mit dem umgehen?‘ Heißt jetzt, wenn ich einen Embryo habe, wo ich diesen Zustand bereits als Embryo analysieren kann, man kann sagen, in dem Gen liegt eine Mutation, von der wir wissen, dass sie mit so einer schweren Störung im Gesichts-, im Kieferbereich assoziiert ist, was werden die Eltern dann sagen? Die werden sagen ‚Na, den tun wir vielleicht nicht einsetzen‘“ (A10: 480-484).

Die dritte Kategorie betreffe lediglich Dispositionen, für die nur Wahrscheinlichkeitsvorhersagen getroffen werden könnten. Diese Kategorie sieht der Mediziner als ethisch besonders problematisch an: *„Natürlich steht drinnen in den Genen, dass sie zu 60 % kurzsichtig sein werden, es steht zu 70 % drinnen, dass sie depressiv sein werden zu 30 %, dass sie eines Tages einen ... haben, zu 10 %, dass sie Alzheimer kriegen, das steht ja alles drinnen. Zu 70 %, dass sie Brustkrebs kriegen werden vor dem 25. Lebensjahr, es gibt ja Gene, die ziemlich gnadenlos sind. So. Das ist die dritte Kategorie und das wird erst der Hammer werden. Weil, wenn sie heute präsumtive Eltern sind und sie kriegen dann die Analyse und ich setz mich dann her und sage ‚OK, der erste Embryo ist ein Bub, da haben wir nur beim Körpergen festgestellt, er wird nicht sehr groß, also er wird dann ausgewachsen 1,61 m groß sein und er wird ziemlich dicke Brillen haben‘. Werden sie ihren Mann anschauen und werden sagen ‚nein, also was haben Sie gesagt, 1,61 m. So groß ist der, wenn er erwachsen ist und dann hat er solche Kristallaschenbecher. Na gut, was ist denn noch da?“* *„Der zweite ist ein Mädchen, aber die hat eine Auffälligkeit im Brustkrebsgen, die wird vielleicht Brustkrebs kriegen, das werden Sie noch erleben, das wird 25 Jahre jung sein, vielleicht wird es gescheiter sein, man nimmt ihr gleich die Brüste ab, beide“. Dann werden sie sagen ‚was ist denn noch da?“* *Wenn Sie unten ankommen und sie werden feststellen, vielleicht ist keiner der Embryonen so, dass Ihnen das Herz vor Freude übergeht, weil Sie kriegen einfach eine Beschreibung der Menschen wie wir sind. Und das ist etwas, was die Leute in ihrer Tragweite noch nicht verstehen, dass das auf sie zukommt“* (A10: 487-503).

Ein anderer Reproduktionsmediziner nimmt jedoch eine deutlich permissivere Haltung ein. Er sieht die gesetzliche Einschränkung als Behinderung seiner ärztlichen Arbeit und seiner Fähigkeit, Paaren aus seiner Sicht adäquate Lösungen anzubieten. Er sieht PID auch im Falle einer Prädisposition als Intervention an: *„Wenn es etwas gibt, Prädispositionen, und wenn eine Frau kommt und sagt, ‚Ich habe immer so Migräne und meine Mutter hat sie schon gehabt und ich möchte jetzt einfach, dass das mein Töchterle oder mein Sohn das nicht miterlebt‘, dann bin ich der, der sagt, ‚Ja, finde ich eine gute Idee‘, aber wir dürfen es halt trotzdem nicht machen. Aber Gott sei Dank darf ich sagen, ‚dann gehen Sie nach Chicago‘. Wenn ich jetzt in Deutschland hocke und sage, ‚da gibt es jemanden in Chicago‘ und weise das direkt zu nach Chicago, klack, klack“* (Klacken die Handschellen, Anm. d. A., A17: 314-319).

Anders sieht dies ein anderer Reproduktionsmediziner, der sich zwar prinzipiell für die PID ausspricht, weil er *„es auch für viel eleganter (hält), das zu einem Zeitpunkt zu machen, wo*

das Kind noch kein Nervensystem hat, also so früh wie möglich, weil es auch ethisch, meines Erachtens nach, entspannter ist" (A6: 73-76). Im Gegensatz zur zuletzt genannten permissiveren Position sieht er PID nur in schweren Fällen für angebracht: „allerdings auch wieder auch das ganze Drumherum ist problematisch, denn wenn man dann also nicht ein schweres und mit dem Leben gar nicht vereinbares Krankheitsbild nicht das ausschließt, sondern halt irgendwelche Eigenschaften, Anlagen, dass man nicht Alzheimer kriegt oder ein Prostata-Karzinom ... da beginnt es dann problematisch zu werden" (A6: 66-85).

Ein Genetiker schlägt eine Reihe von Kriterien vor, die der Entscheidung, in welchen Fällen PID angewandt werden sollte, zugrunde gelegt werden sollte: „Erstens: Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der Erkrankung bei den Nachkommenden muss hoch sein. (...) Das Zweite ist, der Test darauf muss ein 100%iger sein. (...) Dritter Punkt, (...) es darf keine Therapie existieren, keine kausale Therapie für eine Erkrankung (...). Vierter Punkt (...) es muss eine Schweregraddefinition der Erkrankung geben, ja. Schweregraddefinition heißt, das kann nicht für jede Art, man kann nicht einfach sagen, ja so, was gibt es denn so, nicht. Ich meine, und da ist eben die Frage, ab wann ist denn was krank. Und da habe ich schon gesagt Lebensfähigkeit“ (A11: 237-).

3.3 Gesetzliche Regelung

Die Interviewten GenetikerInnen und ReproduktionsmedizinerInnen sprechen sich für die Zulassung der PID aus. Das Verbot sei, so ein Genetiker, aus „ethischen Aspekten nicht haltbar" (A14: 265). Es bestünde ein Ungleichgewicht bei der Zulassung von PND und PID. Er erklärt: „Es ist eine Situation, die in den ethischen Aspekten nicht haltbar ist. Wenn wir erlauben, dass es gesetzlich möglich ist, dass eine pränatale Diagnostik bei einer Risikoschwangerschaft durchgeführt wird mit den Konsequenzen, dass dann auch ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, dann ist es nicht logisch und nicht vertretbar, dass wir das nicht erlauben außerhalb... Es ist sehr viel Ideologie und Position dabei, die auch sehr respektabel sind, aber ich persönlich, der auch die Patienten sieht, kann ich sagen, ich persönlich stelle außer Frage eine solche Maßnahme zu erlauben, aber das erfordert auch einen Konsens innerhalb der Gesellschaft und da muss auch eine Diskussion stattfinden, ohne große Emotionen" (A14: 265-262).

Allerdings spricht der Genetiker sich nicht für eine völlige Freigabe aus: „Es ist immer die Frage, wird das missbraucht irgendwann, wie wird sich das entwickeln, das ist eine legitime Frage, da muss man sich überlegen, wie können wir einen potenziellen Missbrauch vermeiden oder verhindern und dann eventuell Maßnahmen dazu treffen, dass das nicht geschieht" (A14: 303-304).

Insgesamt wird die politische Diskussion in Österreich als schwierig eingeschätzt. Auf Seite der GegnerInnen stünden Behindertenverbände, die durch die PID „ihr eigenes Leben zur Diskussion gestellt" sehen würden. Dies sei allerdings nicht der Fall, „weil es geht nicht

darum, Personen mit einer Behinderung zu diskriminieren aufgrund der Tatsache, dass eine pränatale Diagnostik, eine präimplantative Diagnostik erlaubt wird oder eine pränatale Diagnostik wird bei besonderer Behinderung oder Erkrankung sowieso durchgeführt, weil sie einfach gesetzlich erlaubt" sei (A14: 298-300). Auch die Kirche würde sich gegen die PID stellen. Ein Genetiker kritisiert die politischen AkteurInnen scharf, die eine Einführung der PID verhindern würden. PID "war im Entwurf von 2006 drinnen und ist aber wieder rausgeflogen, da gibt es zu viele Widerstände. Gerade Frauen, die schon ein, zwei oder drei Schwangerschaftsabbrüche gehabt haben, ist das überhaupt nicht verständlich. Da gibt es starke Lobbys, die eigentlich überhaupt nicht betroffen sind und die, die betroffen sind, kriegen keine Lobby zusammen, weil es Einzelschicksale sind" (A12: 494-498).

Eine Zulassung von PID wird von GenetikerInnen als ungewiss und schwierig eingeschätzt. Während ein Genetiker aufgrund der sehr unterschiedlichen Interessen meint, dass es schwierig zu sagen sei, wie lange eine Änderung dauern wird, zweifelt ein anderer Genetiker daran, dass es „in nächster Zeit eine Änderung gibt. Das ist eine zu heiße Kartoffel. (...) Das versteht niemand, der betroffen ist. Da gibt es diese fadenscheinigen Argumente angefangen von Designerbaby über was weiß ich was" (A12: 499-504).

Insgesamt sieht ein weiterer Genetiker die österreichische Gesetzeslage als extrem inkonsistent und zufällig: „Also wenn sie MICH fragen, (...) das ist ja eine LÄCHERLICHE Situation. Ich meine, das ist ja alles nur PEINLICH und LÄCHERLICH, was wir hier tun, denn auf der einen Seiten haben wir in der Pränataldiagnostik einen dermaßen weiten Indikationskatalog (...) Schwangerschaftsabbrüche en masse haben in diesem Land ja, innerhalb der ersten 24 Wochen durch Auslösen von Wehen, ja, und danach mittels Fetozid, wie wir wissen, bis im Falle des Kaiserschnittes, die den Kopf sehen, oder, im Fall der natürlichen Geburt, bis zum Einsetzen der Wehen. Ich meine, das ist die österreichische Gesetzeslage. Wir haben eine Fristenlösung innerhalb der ersten zwölf Wochen, wir haben eine Polkörperanalyse, an die keiner gedacht hat, weil er nicht gedacht hat. (...) Und wir haben eine, so eine Grauzone um diesen Blastomerstadium herum. Es muss uns nur einmal klar sein, das war jahrelang im selben Gesetz oder nicht im selben aber in einem, im selben gesetzlichen Rahmen, wie das nach einem Jahr Verwerfen eines auf Eis gelegten Embryos. Wir haben in Österreich ein Gesetz gehabt, das uns vorgeschrieben hat, den Embryo, der von mir aus pumperlgesund ist, ich habe keine Ahnung gehabt über diesen Embryo, den mussten wir nach österreichischem Gesetz nach einem Jahr verwerfen. Weil man einen Embryo in flüssigem Stickstoff nicht länger als ein Jahr aufheben hat dürfen. Jetzt dürfen wir ihn ja länger aufheben" (A11: 839-857).

3.4 Tourismus

Eine Folge der österreichischen Gesetzeslage ist medizinischer Tourismus im Bereich von ART und PID. MedizinerInnen als Anbieter und Personen mit Kinderwunsch als Nachfrager nutzen gesetzliche Unterschiede zwischen Staaten, um Behandlungen durchzuführen bzw.

durchführen zu lassen. Dieser Tourismus erfordert von Personen, die ihren Kinderwunsch erfüllen wollen, Mobilität und finanziellen Einsatz und beruht auf, bzw. verstärkt, wie einige Genetiker deutlich machen, soziale Ungleichheit. Denn, die Personen, die bestehende Gesetzesunterschiede nutzen können, *„sind natürlich Schichten von Population, die das erlauben können. Da gibt es auch ein gesellschaftliches sozialpolitisches Problem, weil das kostet was, und da muss man selbst bezahlen. Preiswert sind die nicht, die Untersuchungen“* (A14: 279-283). Ein anderer Genetiker spricht von einem klaren *„Zwei-Klassen-Medizin-Prinzip“* (A11: 930).

Tourismus im Bereich der ART hätte, so ein Reproduktionsmediziner, *„zugelegt“*, auch durch die Information der Paare über das Internet (A17: 707-708). Der Tourismus wird entweder durch die Kooperation mit Partner oder mit Tochterinstituten ermöglicht. Ein Arzt berichtet: *„Wir (haben) vor einigen Jahren ein zweites Institut gegründet in der Slowakei. Auch deshalb, weil wir damit die Möglichkeit haben, Patienten Behandlungsformen anzubieten, jetzt nicht hier in Österreich, dort in der Slowakei, die in Österreich verboten sind. Das heißt, vielleicht ist es für uns ein bisschen anders als für einen - das klingt immer so abwertend - Durchschnittsreproduktionsmediziner, weil unser Horizont größer ist. Wir müssen auch über Verfahren nachdenken, wie Eizellenspende, eben Präimplantationsdiagnostik, künstliche Befruchtung, Spendersamen. Wir werden auch konfrontiert mit Frauen, die alleinstehend sind, also, wir beschäftigen uns halt dann auch bis zu einem gewissen Grad auch ausübend mit Methoden, die in Österreich dem Durchschnittsreproduktionsmediziner nicht zur Verfügung stehen“* (A10: 47-55).

Tourismus bedeutet Reiseströme vom Ausland in österreichische Anstalten. Diese Paare kommen aus Deutschland, der Schweiz und Italien (A17: 162-163). Es bestehen aber auch Tourismusströme vom Inland ins benachbarte oder auch fernere Ausland. So kann PID etwa in der Tschechischen Republik für monogenetische Erkrankungen angeboten werden. Durchgeführt werden aber auch Verfahren der ART, die in Österreich verboten sind. Ein Reproduktionsmediziner erklärt, dass in seinem Institut *„alle Reproduktionstechniken, die grundsätzlich auf der Welt heutzutage möglich sind, anwenden können durch die gute gesetzliche Lage oder liberale gesetzliche Lage in der Tschechischen Republik, das heißt, wir können diese klassische ICSI-Verfahren machen, wir können Präimplantationsdiagnostik machen, wir können ICSI mit Spendersamen machen und wir können auch Eizellenspende oder wir können ICSI oder Reproduktionstechniken anwenden mit gespendeten Gameten, das heißt Eizellen oder Spermien“* (A16: 15-22). Patientinnen kämen aus Ländern mit restriktiveren Regelungen. Diese hätten häufig bereits erfolglose Behandlungszyklen im Heimatland hinter sich und würden überwiesen: *„Sie informieren sich im Internet oder sie informieren sich bei ihrem Frauenarzt, der (...) erklärt ihnen, welche Möglichkeiten auf der Welt sind und die entscheiden sich dann, eine Klinik in Tschechien herauszufinden oder in Spanien zum Beispiel“* (A16: 58-62). In der Tschechischen Republik würde PID auch bei monogenetischen Erkrankungen durchgeführt: *„die monogenetischen Erkrankungen können wir und dürfen wir in Tschechien machen, je nach Indikation und das tun wir aber nicht in*

Eigenregie, sondern da gibt es einen wirklichen Spezialisten, das sind eine oder zwei Zellen, die man analysieren kann, die können wir machen, aber immer in Kombination mit den Experten, das ist X-Institut, zum Beispiel, und darum haben wir eine Kollaboration mit denen" (A17: 277-281).

PID zur Feststellung von Prädispositionen - als Beispiele werden Migräne und Brustkrebs genannt – sind sowohl in Österreich als auch der Tschechischen Republik verboten, hier können Institute jedoch Kontakte in andere Staaten vermitteln. Ein Arzt: *„Wir dürfen es nicht machen, diese Prädispositionen, das wären Fälle, wo man sagen muss, wenn sie jetzt ein Kind haben wollen, das nicht an Migräne leidet und sie wissen, das ist eine genetische Prädisposition da, wir können es nicht machen, wir können sie auch da nicht diesbezüglich betreuen, wir können sie informieren und wir können den Kontakt herstellen und wir können alles vorbereiten, dass sie halt zum Beispiel nach X gehen, aber da müssen sie es dort machen, wir können es nicht machen" (A17: 271-277).*

Tourismus sei jedoch nicht ein auf ART beschränktes Phänomen. Ausschlaggebend seien moderne Informations- und Transporttechnologien, aber auch Individualisierung: *„Wir leben in einer - klassischer Ausdruck - globalisierten Welt, da ist es müßig zu glauben, dass Leute sagen, ‚OK, weil es hier im 3. Bezirk, im 5. Bezirk verboten ist, Pech gehabt‘. Die Leute sind vernetzt in jeder Hinsicht, die Leute fliegen um € 69,- quer durch die Weltgeschichte, das heißt, die Leute, die diesen Bedarf haben, sitzen morgen im Flugzeug und sind in Spanien, in der Slowakei, wo auch immer. (...) Sie reisen, weil sie vier bis fünf Gründe haben. Sie reisen in dem Zusammenhang, weil sie Methoden woanders kriegen, weil sie hier verboten sind. Sie reisen, weil sie es woanders billiger kriegen. Sie reisen, weil sie dort anonym sind. Und sie reisen, weil sie es wo besser kriegen. Also, das sind für mich die vier Punkte und manche Menschen, weil sie früher drankommen, also weil sie Wartelisten haben. Also, das heißt, diesen Tourismus, den Sie in der gesamten Medizin haben, der ist im Prinzip immer von denselben Dingen getragen" (A10: 70-81).*

3.5 Sprache

Die Sprache in der PID ist ähnlich technisch wie die Sprache der LabormitarbeiterInnen. Begriffe wie „Blastomere“, „Genom“, „Embryo“, „Zellstadium“, „Blastozyste“, „Zellen“ „Achtzeller“ und Begriffe aus der Genetik werden verwendet. Ebenso wie in der ART werden diese Begriffe in den Kontext des Wunschkindes – sei dies ein Kind an sich, ein gesundes Kind ohne eine betreffende Erbkrankheit oder ein Geschwisterkind (saviour child) – gestellt und unterordnet. In der durchaus kontroversen ethischen Debatte unter GenetikerInnen, welche Indikationen für PID zugelassen werden sollen – vor allem schwere genetische Erkrankungen – und welche nicht – kontrovers sind hier Prädispositionen und saviour child, einheitlich abgelehnt werden Geschlechterselktion und „Designerbabys“ – werden jedoch biografische Aspekte bei der Beurteilung berücksichtigt (Schweregrad der Erkrankung,

Wahrscheinlichkeit des Eintretens der Erkrankung, Zeitpunkt der Manifestation der Erkrankung).

4 Schlussfolgerungen

Im letzten Teil der Berichtes kehren wir zur Ausgangsfrage zurück, welche sozialen Praktiken im Kontext von ART und PID relevant sind, wie Frauen und andere AkteurInnen in sie eingebunden sind und welche sprachlichen Images of Human Life (IHL) darin produziert und reproduziert werden?

4.1 Sozialen Praktiken

Im Zentrum der ART-Behandlung steht der „**Kinderwunsch**“ oder das „**Wunschkind**“ (vgl. weiter unten). Beide Begriffe könnten Wortschöpfungen von ReproduktionsmedizinerInnen sein, die sich erfolgreich in der Gesellschaft durchgesetzt haben.¹⁸ Sie haben den Begriff der ungewollten Kinderlosigkeit oder Unfruchtbarkeit ersetzt. Paare, die ungewollt keine Kinder bekommen können und dies ändern wollen, haben einen „Kinderwunsch“ und sind zu „Kinderwunschpaaren“ geworden. Die Erfüllung des Kinderwunschs, das Wunschkind, ist zentrale Dimension der ART-Behandlung, die die damit verbundenen Praktiken ordnet. Die Praktiken dienen dazu, das Ziel des „Wunschkindes“ zu erreichen.

In der ART wird versucht, Objekte und Prozesse, die sich üblicherweise innerhalb des Körpers der Frau und des Mannes, also im Verborgenen des Körpers und der privaten Beziehung befinden und abspielen, sicht-, greif- und steuerbar zu machen, um zum Ziel des Wunschkindes zu gelangen. Diese Praktiken umfassen:

- **Praktiken des Beobachtens**, z. B. Beobachtung des Zyklus der Frau, der Teilung der befruchteten Eizellen.
- **Praktiken des Darstellens**, z. B. Ultraschall, Vergrößerungen durch verschieden auflösungsstarke Mikroskope.
- **Praktiken der Gewinnung** von Ei- und Samenzellen, um sie Interventionen zugänglich zu machen.
- **Praktiken des Verstärkens und Konzentrierens**, z. B. hormonelle Stimulation der Frau zur Hyperovulation.
- **Praktiken des Kultivierens**, z. B. waschen, wärmen, nähren von befruchteten Eizellen.
- **Praktiken des Begutachtens und Klassifizierens**, z. B. Spermogramm, IMSI oder die Klassifizierung des Embryos von A bis C.
- **Praktiken des Auswählens**, z. B. Auswahl der Samenzelle bei ICSI, IMSI oder des Embryos für Transfer.

¹⁸ Allerdings könnte der Begriff auch älter sein. So spricht Richard Wagner im 3. Aufzug, 2. Szene der Walküre von der „Wunschmaid“. Wotan: „Wunschmaid warst du mir: gegen mich doch hast du gewünscht“. Die Etymologie des Begriffs Wunschkind konnte in dieser Arbeit nicht geklärt werden. Ich danke Christine Hauskeller für diesen Hinweis.

- **Praktiken des Zusammenführens**, z. B. von Ei- und Samenzelle bei ART, das Injizieren von Samenzelle bei ICSI, der Embryonentransfer in die Frau.
- **Praktiken des Konservierens** von Ei, Samen, Embryonen.
- **Praktiken des Aufklärens und Beratens** über Methode, Therapie, Fortsetzung, Alternativen; aber auch psychotherapeutische Beratung.
- **Praktiken des Entscheidens**, z. B. über Therapie, Fortsetzung, Pause oder Abbruch der Therapie, Alternativen zur Therapie.
- **Praktiken des Dokumentierens**, z. B. PatientInnenakte, Dokumentation der Entwicklung von Embryonen.

ART und PID sind arbeitsteilig organisiert. Frauen und Partner auf der einen, ÄrztInnen, LabormitarbeiterInnen und PsychologInnen auf der anderen Seite haben unterschiedliche Aufgaben, die sie unterschiedlich stark in verschiedene genannte Praktiken einbinden.

- Frauen stehen vor und bei der Gewinnung sowie nach dem Embryotransfer im Mittelpunkt der ART-Behandlung. Sie müssen ihren Zyklus beobachten, Ursachen abklären lassen, müssen Hormone einnehmen, sind Objekt von Interventionen an ihrem Körper (Untersuchungen, Punktion, Embryotransfer, Schwangerschaftstest), beobachten ihren Körper auf Anzeichen einer Schwangerschaft. Sie sind oftmals die zentral Entscheidenden über die Richtung des Therapieverlaufs und Alternativen.
- ÄrztInnen konzentrieren sich auf Bereiche, in denen direkter Kontakt mit PatientInnen besteht und entscheiden über den Therapieverlauf. Sie sind zentral eingebunden in Praktiken des Darstellens, Gewinnes, Auswählens, Zusammenführens (Embryotransfer), Entscheidens, Aufklärens und Beratens.
- LabormitarbeiterInnen assistieren häufig ÄrztInnen. Sie führen aber auch eigenständig Gespräche mit PatientInnen und haben administrative Aufgabe. Ihre Haupttätigkeit liegt allerdings in der physischen Arbeit mit Samen, Eizellen und Embryonen. Sie assistieren bei der Gewinnung von Eizellen, arbeiten Eizellen und Samen auf, beobachten, wählen Samen aus, führen Samen und Eizellen zusammen, kultivieren, zählen, begutachten und klassifizieren, konservieren und dokumentieren.
- In der psychologischen Betreuung werden Probleme im Kontext von ART und Kinderwunsch behandelt. Sie wird routinemäßig angeboten, aber nicht von allen Paaren genutzt.
- Partner sind in der unmittelbaren ART-Behandlung wenig präsent. Sie sind eingebunden in Praktiken der Samengewinnung sowie in Entscheidungen über Therapieverlauf und Alternativen. Sie spielen dabei laut Aussagen der InterviewpartnerInnen eine weniger aktive Rolle als die betroffenen Frauen.

4.2 Wie und mit welchen Auswirkungen sind Frauen in diese sozialen Praktiken involviert?

Der **Kinderwunsch** steht für betroffene Frauen vor und nach der erfolgreichen ART-Behandlung im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit und dominiert andere Bereiche des Lebens. Er wird von ihnen als schmerzhaft und dringend beschrieben, als Wunsch, dem bis zu seiner Erfüllung alle anderen Lebensbereiche untergeordnet sind. Der unerfüllte Kinderwunsch wird als Leerstelle im Leben wahrgenommen. In den Interviews wird Kinderlosigkeit von Frauen als negativ für ihre Geschlechtsidentität, als Verletzung ihrer Weiblichkeit beschrieben. Das Wunschkind wird auch als Zeichen für die Partnerschaft gesehen, für die Gemeinsamkeit des Paares und als ein Produkt einer gelungenen Partnerschaft. Diese Beschreibung des Kinderwunsches durch Frauen deckt sich mit Beobachtungen von MedizinerInnen und PsychotherapeutInnen. Einige ÄrztInnen sehen den Kinderwunsch auch als natürlich, quasi naturgesetzlich, der Evolution entspringend und daher in seiner Vehemenz verständlich. PsychotherapeutInnen bewerten den Kinderwunsch zum Teil aber auch kritisch und beschreiben ihn als mitunter „*tyrannisch*“.

ART befasst sich nicht nur mit der Herbeiführung der Schwangerschaft an sich, sondern auch mit der Erfüllung des Kinderwunsches zu einem **bestimmten Zeitpunkt** im Leben der Frau/des Paares. Er soll zu einem passenden Zeitpunkt erfüllt werden, d. h. an dem bestimmte berufliche, finanzielle, partnerschaftliche Ziele erfüllt sind. Dies ist häufig mit einer Verschiebung der Mutterschaft auf einen späteren Zeitpunkt verbunden. Befragte MedizinerInnen orten in der „perfekten Planung von Kindern“ und der damit verbundenen verspäteten Mutterschaft ein gesellschaftliches Phänomen, das sie zum Teil kritisch bewerten und das ihre Arbeit erschwert. Denn es kann geschehen, dass sich der biografisch gewünschte Zeitpunkt der Realisierung des Kinderwunsches nicht verwirklichen lässt. Das ist der Punkt, an dem ART ins Spiel kommt.

Risiken und Belastung einer ART-Behandlung werden von Frauen in den Interviews hintangestellt und in Kauf genommen. Die Behandlung wird zwar als unangenehm beschrieben, jedoch akzeptiert, um das Ziel des Wunschkindes zu erreichen. Insgesamt finden sich in den Interviews wenige direkte Aussagen von Frauen darüber, dass sie die Behandlung und die Wartezeiten auf Erfolg als belastend empfunden haben. Wie anstrengend die ART-Behandlung empfunden wird, zeigt sich eher indirekt in Bemerkungen zu anderen Themenfeldern. Bei Berichten über Misserfolge wird im Rückblick die starke psychische Belastung durch die Behandlung thematisiert. Eine Frau wollte nicht in einer ART-Schleife einer Reihe von Behandlungen landen. An anderer Stelle versöhnt die Schwangerschaft eine befragte Frau mit den Strapazen, die sie durchmachen musste, um schwanger zu werden. Eine Befragte spricht auch von Opfern, die sie für die Verwirklichung ihres Kinderwunsches gebracht habe. Auch ÄrztInnen sehen eine starke psychische und körperliche Belastung der Frau durch die Behandlung. Sie sei keine Kleinigkeit, kein „Klacks“, insbesondere bei wiederholten Misserfolgen gehörten zur Fortsetzung von ART-

Behandlungen „Nerven“. Misserfolge müssten verarbeitet werden. Aus Sicht von LabormitarbeiterInnen sei für Frauen insbesondere die Wartezeit auf den Schwangerschaftstest belastend. Eine Stellungnahme einer Labormitarbeiterin zu Eizellenspende macht auch die Gefahren von ART sichtbar, die bei jeder Behandlung bestehen: Risiko- und Belastungspotenzial durch vaginale Punktion, Thrombose und Infektionsrisiko, Blutungsgefahr, Überstimulation. Auch aus der Sicht befragter PsychologInnen ist der Prozess für Frauen körperlich und psychisch sehr belastend, es brauche einen großen Wunsch und starken Willen. Misserfolge seien mit Selbstvorwürfen aufgrund vermeintlichen Versagens verbunden.

4.3 Welche IHL gehen implizit und explizit aus diesen sozialen Praktiken hervor?

Insgesamt dominieren in der ART-Behandlung hinsichtlich der IHL medizinische Begriffe. Alle Beteiligten sprechen aber auch andere Aspekte als naturwissenschaftliche und technische an.

Betroffene Frauen verwenden vor allem aus der Medizin übernommene IHL. Im Hintergrund ihrer Erzählung steht jedoch stets das imaginierte Wunschkind. Die glückliche Entwicklung dahin vollzieht sich stufenweise von Eizelle, guter Samenqualität, über ein oder mehrere Embryos in guter Qualität bis zur eingetretenen Schwangerschaft.

ART-Schwangerschaften würden sich von normalen Schwangerschaften unterscheiden. Durch die Sichtbarkeit von Eizelle, Samen und Embryo bei ART wären die physischen Vorgänge einer beginnenden Schwangerschaft für Frauen deutlich sichtbar. Eine Befragte vertritt die Meinung, dass Frauen dadurch eine engere Beziehung zum Embryo bekämen als dies in einer normalen Schwangerschaft der Fall wäre. Eine andere Frau wiederum stellt eine Kontinuität zwischen dem (zunächst eingefrorenen) Embryo und dem schließlich realisierten Wunschkind her. Der eingefrorene Embryo, der aufgetaut und erfolgreich eingesetzt wurde, sei eigentlich älter, da sein eigentliches Geburtsdatum weiter zurückliegen würde. Das erste bildliche Erleben der Schwangerschaft ist daher nicht ein Ultraschall im Rahmen von PND oder das erste körperliche Gefühl der Schwangerschaft (*quickening*), sondern das Bild der Eizellen, Samen und Embryonen.

Nach gelungener Schwangerschaft verliere ART aus der Sicht von betroffenen Frauen an Bedeutung. Es folge eine normale Schwangerschaft und Geburt. Andererseits werden in den Interviews mit Frauen auch Aspekte, die gegen die Normalisierung der ART im späteren Verlauf der Schwangerschaft sprechen, angesprochen. Frauen fürchten um den Verlust der so stark gewünschten Schwangerschaft aufgrund von PND. Auch thematisieren befragte Frauen Unterschiede in der Beziehung von Mutter und Kind. Die Kinder wären Wunsch Kinder, ihre Mütter würden ihnen daher mehr Wertschätzung geben, mehr in ihre Erziehung investieren, aber auch überreagieren.

Auch ÄrztInnen sprechen in medizinischen Begriffen über IHL. Diese werden jedoch von Fall zu Fall von affektiven Begriffen begleitet. Ob dies helfen soll, medizinische Zusammenhänge für Laien vereinfacht darzustellen, im Sinne von „schön“ als Synonym für „gesund“, oder die eigene Faszination ausdrückt ist in den Interviews unklar.

ÄrztInnen verfolgen in der ART auch ihre eigenen Ziele. Einige berichten über eine Faszination mit dem Leben, dem frühen Leben, dem Schaffen von Leben als Motivation sich mit ART zu beschäftigen. ART sei eine freudvolle Tätigkeit, die allerdings auch ihre Schattenseite habe, wenn man/frau einer Frau sagen müsse, dass sie keine Kinder bekommen könne. Die interviewten ÄrztInnen lassen Ehrgeiz erkennen, wollen eine Schwangerschaft erreichen, mit ART erfolgreich sein. Sie geben an, eine Art von Befriedigung, wenn sie erfolgreich, und eine Art Kränkung und Frustration, aber auch einen Ansporn zu verspüren, wenn sie nicht erfolgreich waren (vgl. weiter unten Machbarkeit).

Die Sprache der LabormitarbeiterInnen ist neben der der GenetikerInnen am stärksten von medizinischen Begriffen geprägt. Sie sprechen von Embryo, Eizelle, Zweizeller, Vierzeller, Achtzeller usw. Sie arbeiten „mit Leben und Tod“ und fühlen sich stark für ihre Arbeit verantwortlich. Ihre Arbeit erfordert große Vorsicht, Umsicht Genauigkeit und Schnelligkeit, damit ART zum Erfolg führen kann. Es kommt unter anderem auf sie an, ob sich der Kinderwunsch/dasWunschkind verwirklichen lassen kann. Sie arbeiten direkt mit den physischen Objekten Ei-, Samenzelle und Embryo. Ihre Tätigkeit spielt sich nicht im Bereich eines imaginierten Wunschkindes ab. Sie haben Ei-, Samenzellen und Embryonen vor sich, manipulieren und handhaben sie, um das Wunschkind zu ermöglichen. Aus diesen Praktiken resultieren die sehr medizinischen IHL. Dennoch besteht auch bei ihnen eine andere Ebene als die medizinisch-technische (vgl. weiter unten transzendente Erklärungsversuche).

Bei PsychologInnen kommen neben den medizinischen auch psychologische Begriffe ins Spiel.

Zentral an den IHL in der ART und PID ist die **Bewertung, Klassifizierung und Auswahl** von Samen, Eizelle und Embryo. Die ART-Behandlung ist mit wiederholten Bewertungen und Klassifizierung verbunden. Ei- und der Samenzellen und Embryonen werden in Hinblick auf unterschiedliche Kriterien wiederholt eingeordnet und bewertet. Dies geschieht zum Teil umgangssprachlich mit „schön“, „mickrig“ oder „gut“ oder in technischen und standardisierten Klassifikationen, die sich über „A, B, C“ erstrecken. Diese Klassifikation erfolgt zumeist aufgrund morphologischer Kriterien und visueller Begutachtung.

An die Praktik der Bewertung, Klassifizierung und Auswahl setzt die politisch umstrittene **PID** an. Bewertung, Klassifizierung und Auswahl aufgrund visueller Begutachtung und morphologischer Kriterien mit dem Ziel einer Schwangerschaft sind bereits heute gängige Praktiken (vgl. Revermann/Hüsing 2010: 41). Aber was optisch „schön“ sei, kann in Hinblick auf Chromosomen „nicht schön sein“. Warum soll nicht zum gleichen Zweck auch eine

Untersuchung der Gene und der Chromosomen durchgeführt werden? Die PID ist in dieser Sicht nur eine Fortsetzung dessen, was seit langem gemacht wird. PID wird aus Sicht der ÄrztInnen Frauen empfohlen, die mehrere Aborte hatten oder familiäre Vorbelastung haben. Die interviewten MedizinerInnen plädieren dafür, dass Frauen PID nutzen können und sollen. Sie sollten Frauen alles anbieten dürfen. In den Interviews wird PID lediglich im Kontext der Erreichung einer Schwangerschaft thematisiert. PID wird im framing von ART als Chance gesehen, Aborte zu reduzieren und die Erfüllung des Kinderwunschs zu ermöglichen. Sie sollte routinemäßig gemacht werden, um die Chancen von ART zu erhöhen.

MedizinerInnen orten neben dem Trend zur späteren Mutterschaft eine weitere gesellschaftliche Entwicklung. Sie meinen, dass Frauen und die Gesellschaft nicht bereit seien, Gegebenheiten - in diesem Fall Kinderlosigkeit - als schicksalhaft hinzunehmen. ART ist damit auch mit einer **Machbarkeitsvorstellung** verbunden. Manche Frauen würden die Erfüllung des Kinderwunsches als vehemente Forderung an ÄrztInnen erheben. Trotz ihrer eigenen Faszination mit dem Thema und ihrer eigenen Machbarkeitsvorstellungen (vgl. weiter oben) relativieren ÄrztInnen in Interviews die Machbarkeit von ART und betonen deren Unsicherheit. ART könne nicht in allen Fällen helfen. Nicht alles sei möglich und viele Versuche seien nötig. Sie kritisieren, dass Frauen zu spät in die Behandlung kämen und erleben die Machbarkeitsvorstellung auch als **Druck** mancher Frauen auf ÄrztInnen.

Die **Unsicherheit** von ART wird von allen Beteiligten thematisiert und als schwer zu ertragen geschildert. Sie wird von Frauen als besonders belastend beschrieben. Besonders groß ist sie zwischen Embryotransfer und Schwangerschaftstest. Es besteht immer die **Hoffnung**, dass die Behandlung erfolgreich sein kann. Wenn es nicht diesmal klappt, dann vielleicht beim nächsten Versuch. Auch für ÄrztInnen ist ART unberechenbar und unvorhersehbar.

Aufgrund der Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit von ART spielen **transzendente Erklärungsversuche** trotz Machbarkeitsvorstellung, Rationalisierung und Technisierung der Reproduktion weiterhin eine Rolle. Dies zeigt sich in Äußerungen einiger Frauen, mithilfe von ART doch noch ein Kind zu bekommen, sei göttliche Fügung, Schicksal, hätte einen tieferen Grund. Transzendente Erklärungsversuche werden auch von einigen Labormitarbeiterinnen artikuliert, die meinen, trotz der zur Verfügung stehenden technischen Möglichkeiten brauche es irrsinnig Glück, es sei auch vorbestimmt, ob es klappen werde oder nicht.

Trotz Technisierung der Reproduktion ist auch die Einstellung zum Embryo **nicht rein instrumentell**. Embryonen sind für die Beteiligten nicht nur Arbeitsmaterial, sondern potenzielles Leben. Daher ist es für die beteiligten AkteurInnen notwendig, mit dieser Ambivalenz umzugehen. Labormitarbeiterinnen tun dies, indem sie die Definition des ART-Fonds übernehmen, der Schwangerschaft erst mit dem Herzschlag ab der 5. SSW definiert.

Dies hilft „nicht nachdenken zu müssen“. Davor sei der Embryo kein Leben. Er sei zwar potenzielles Leben, aber man müsse sich professionell abgrenzen.

Deutlich werden diese Ambivalenzen bei der Frage nach dem Verwerfen von Embryonen. Patientinnen stimmen dem nicht gerne zu. Sie würden es vorziehen, sie aufzuheben und einzufrieren. Das Verwerfen von Embryonen scheint von betroffenen Frauen aber weniger im Kontext des Wertes des Embryos in sich als im Kontext des Wunschkindes betrachtet zu werden, d. h. der Embryo wird in seiner Möglichkeit betrachtet, zur Realisierung des Wunschkindes beizutragen. Embryonen werden als mögliche Kinder gesehen. Man könnte den Embryo ja noch brauchen. Dementsprechend ist die Einstellung, Embryonen zu verwerfen, bei befragten Labormitarbeiterinnen abhängig vom Kinderwunsch. Wenn einige gute Embryonen vorhanden seien, oder das Paar bereits Kinder hätte, sei Verwerfen kein Problem. Wenn dies nicht der Fall ist, sei es problematisch, denn dann stünden keine Embryonen zur Verfügung, den Kinderwunsch zu erfüllen. Darüber hinaus ist das Verwerfen für sich genommen ambivalent. LabormitarbeiterInnen möchten nicht darüber nachdenken müssen. Embryonen seien nicht nur Arbeitsmaterial, sie wegzuwerfen tut LabormitarbeiterInnen leid. Insbesondere, wenn etwas hätte daraus werden können. Es sei jedoch kein Problem, wenn die Qualität der Embryonen schlecht wäre.

Was mit den Embryonen gemacht wird, ist für deren Eltern wichtig. Dabei spielt weniger eine Rolle, ob sie für Forschung verwendet werden dürfen, als dass sie nicht einem anderen Paar eingesetzt werden sollten.

ÄrztInnen sehen **Eizellenspende** als relativ unproblematisch. Diese könne in Österreich nicht, sondern nur im Ausland gemacht werden. Sie vermerken eine Aufgeschlossenheit und vermehrte Nachfrage zu beobachten. Im Gegensatz dazu gäbe es wenig Nachfrage nach Samenspende. ÄrztInnen betonen die unproblematischen Aspekte der Eizellenspende. Die Hälfte des Erbgutes des Paares wäre im Kind vorhanden, Schwangerschaft und Geburt würden durch die Mutter erfolgen, dadurch würde auch eine gewisse Prägung erfolgen. Genetisch gesehen wäre das Kind nicht ihr eigenes, damit müsse die Mutter leben. Im Gegensatz dazu sehen Labormitarbeiterinnen sowohl Samenspende als auch Eizellenspende als problematisch.

In der Mehrzahl der Interviews wird ART positiv bewertet. Nur vereinzelt gibt es kritische Bemerkungen. Eine befragte Ärztin sieht sie als wider die Natur und als zu große Belastung für die Frau an. Ein Psychologe meint andererseits, die Grenzen der Natur würden permanent überbrückt. ART wäre daher ebenfalls gerechtfertigt. Trotz der Befürwortung durch die befragten Frauen, scheint ART aber auch für die Frauen problematische Aspekte zu besitzen. Eine Befragte ist sich unklar, ob sie dem Kind sagen soll, dass es als Embryo eingefroren war.

4.4 Welche Rolle spielen dabei die Partner der Patientinnen?

Ungewollte Kinderlosigkeit kann zu Konflikten der Paare beitragen. Der Wunsch nach einem Kind und Versuche ihn zu realisieren führen zu Stress in der Partnerschaft und Sexualität. Kinderlosigkeit stellt auch die Identität des Partners als Mann in Frage. Schlechte Samenqualität kann als Synonym für mangelnde Männlichkeit gewertet werden. Männer spielen in der ART eine deutlich weniger aktive Rolle als ihre Frauen und sind in die entsprechenden Praktiken weniger eingebunden. Frauen entscheiden über Frage der ART, ihre Fortsetzung oder ihren Abbruch. Sie spielen die aktivere Rolle, während der Partner zustimmt oder ablehnt.

5 Zusammenfassung

Fokus der ART-Behandlung ist der Wunsch nach einem Wunschkind. ART gibt das Versprechen, dass dieser Wunsch erfüllt werden kann.

Bei der ART bestehen verschiedenste Praktiken, d. s. Praktiken des Beobachtens, des Darstellens, der Gewinnung, des Verstärkens und Konzentrierens, des Kultivierens, des Begutachtens und Klassifizierens, des Auswählens, des Zusammenführens, des Konservierens, des Aufklärens und Beratens, des Entscheidens, des Dokumentierens. Unterschiedliche AkteurInnen sind in diese unterschiedlichen Praktiken unterschiedlich stark eingebunden.

LaborantInnen, die am meisten mit Embryonen hantieren, haben die wissenschaftlichste Sprache im Kontext von IHL. Die Sprache der MedizinerInnen enthält weniger medizinische Begriffe und scheint in ihrer Verbindung mit affektiven Begriffen in der Aufklärung und Beratung von Patientinnen geprägt.¹⁹ Medizinische Begriffe von IHL finden sich auch in den Interviews mit Frauen. Im Hintergrund ist jedoch bei ihnen das imaginierte Wunschkind, die wissenschaftlichen Begriffe sind nur Stufen auf dem Weg dorthin.

Ebenso wie bei der PND produziert die Idee der Machbarkeit für ÄrztInnen und PatientInnen Selbst- und Fremdwänge. Frauen akzeptieren die Risiken und Strapazen von oftmals mehrmaligen und auch ergebnislosen Behandlungen, ÄrztInnen sehen sich dem Erwartungsdruck der Frauen ausgesetzt.

In der ART gibt es die medizinischen Objekte Eizelle und Samenzelle, die gewonnen und vereinigt werden. Eizelle, Samenzelle und der Embryo werden besichtigt, beobachtet, manipuliert, klassifiziert. Sie werden wissenschaftlich betrachtet. Trotz dieser wissenschaftlichen Betrachtung werden sie aber auch als potenzielles Leben gesehen und nur ungern verworfen. Leichter fällt das Verwerfen, wenn Embryonen schlechte Qualitätsmerkmale haben und wenn noch andere Embryonen verfügbar sind, den Kinderwunsch zu erfüllen. Schwierig ist das Verwerfen, wenn der Embryo sich hätte entwickeln können.

PID ist im Kontext der ART eine bloße Ausdehnung bereits seit Langem angewandter Praktiken mit anderen Methoden: bewerten, klassifizieren, auswählen im Kontext der Erfüllung des Kinderwunsches.

Trotz der Technisierung der Zeugung und Schwangerschaft ist das Verfahren unsicher. Diese Restunsicherheit wird mitunter transzendenten Kräften zugeschrieben wie Fügung, Gott oder Glück.

¹⁹ Dies kann jedoch auch ein Artefakt der Erhebung sein, da auch die Interviewer medizinische Laien sind.

6 Anhang

6.1 Literatur

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004): Präimplantationsdiagnostik (PIC). Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Wir möchten ein Baby. Informationen über Kostenübernahme für medizinisch unterstützte Fortpflanzung durch den IVF-Fonds, 4. Auflage, Wien, 2007.

Christoph Revermann, Bärbel Hüsing (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen (unveröffentlichtes Manuskript). Erschienen als: Fortpflanzungsmedizin - Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. TAB-Arbeitsbericht Nr. 139. Berlin.

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2004): Dossier Präimplantationsdiagnostik. Bonn.

Feichtinger, Wilfried; Stanzl, Eva (2009): Die Unfruchtbarkeitsfalle, Wien.

Hennen, Leonhard, Sauter, Arnold (2004): Begrenzte Auswahl. Praxis und Regulierung der Präimplantationsdiagnostik im Ländervergleich. Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Berlin.

ÖBIG (2010): IVF-Register. Jahresbericht 2009. Wien.

Republik Österreich: Bundesgesetz, mit dem ein Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wird (IVF-Fonds-Gesetz). BGBl. I Nr. 180/1999, zuletzt geändert durch die IVF-Fonds-Gesetz-Novelle 2004, BGBl. I Nr. 42./2004.

Tews Gernot et al. (2005): Neuerungen im österreichischen IVF-Fonds- und Fortpflanzungsmedizingesetz sowie deren Folgerungen für die IVF-Institute. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Ausgabe 2/2005, Gablitz 2005, Seite 96.

Ziegler, Uta (2004): Präimplantationsdiagnostik in England und Deutschland. Ethische, rechtliche und praktische Probleme. Frankfurt/New York.

6.2 Internetquellen

Bartoov Benjamin: Dr. Bartoov. Das Fruchtbarkeitslabor für Männer <http://www.bartoov-sperma.com/Deutsch/service.html>, Download: 24.1.2011.

Bundesministerium für Gesundheit (2010):

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/2/2/2/CH0975/CMS1038912858686/information_ueber_den_ivf_fonds_homepage_5_09_2_.pdf, Download: 18.2.2010.

IVF-Zentren Dr. A17 (2011).

<http://www.ivf.at/BEHANDLUNG/K%C3%BCnstlicheBefruchtung.aspx#IMSI>, Download: 24.1.2011.

Schué, Anja: Morphologische Selektion mittels hochauflösender Mikroskopie, Fachartikel, <http://www.laborpraxis.vogel.de/analytik/mikroskopie/bildanalyse/articles/105373/> (2007), Download: 24.1.2011.

Villars, Pierre (2010): Was den Mann betrifft... Informationen und Wegleitung für Patienten mit unerfülltem Kinderwunsch. http://www.villarsgyn.ch/sigg_brochuere.htm. Download: 24.1.2010.

Wunschkind.net (2010):

<http://www.wunschkind.net/theorie/grundlagen-der-fruchtbarkeit/normale-spermienproduktion-und-funktion/normwerte-spermiogramm/>, Download: 7. 3. 2010

6.3 Abkürzungsverzeichnis

ART Assisted Reproductive Technologies

FMedG Fortpflanzungsmedizingesetz

ICSI Intrazytoplasmatische Spermieninjektion

IMSI Intrazytoplasmatische morphologisch selektierte Spermieninjektion

IVF In-vitro-Fertilisation

LIFE Genetic Testing and Changing Images of Human Life

MESE Mikrochirurgische Epididymale Spermienaspiration

PID Präimplantationsdiagnostik

PND Pränataldiagnostik

SSW Schwangerschaftswoche

TESE Testikuläre Spermienextraktion

6.4 Interviewverzeichnis

A5	Gynäkologe	30.4.2009	Krankenanstalt
A6	Gynäkologe	10.1.2009	Krankenanstalt
A7	Gynäkologe	2.3.2009	Private IVF-Klinik
A8	Gynäkologe	3.3.2009	Krankenanstalt
A9	Gynäkologe	26.6.2009	Krankenanstalt
A10	Gynäkologe	15.6.2009	Private IVF-Klinik
A11	Humangenetiker	1.4.2009	Krankenanstalt
A12	Humangenetiker	6.5.2009	Krankenanstalt
A14	Humangenetiker	10.6.2009	Universität
A16	Gynäkologie	14.11.2009	Private IVF-Klinik
A18	Gynäkologie	7.10.2009	Krankenanstalt
A17	Gynäkologie	16.11.2009	Private IVF-Klinik
F6	betroffene Frau	13.7.2009	
F7	betroffene Frau	30.9.2009	
F10	betroffene Frau	13.1.2010	
F12	betroffene Frau	27.1.2010	
F13	betroffene Frau	17.2.2010	
F14	betroffene Frau	3.3.2010	
L1	Labormitarbeiterin	18.3.2009	Krankenanstalt

L2	Labormitarbeiterin	16.11.2009	Private IVF-Klinik
L3	Labormitarbeiterin	29.10.2009	Private IVF-Klinik
Psy1	Psychotherapeutin	September 2009	Praxis
Psy2	Psychotherapeutin	27.11.2008, 7.5.2009	
Psy4	Psychotherapeutin	25.9.2009	Krankenanstalt
Psy5	Psychotherapeut	16.11.2009	Private IVF-Klinik

6.5 Leitfaden für Gespräche mit betroffenen Frauen

6.5.1 Einleitung

Kurze Vorstellung der Projekthinhalte: hier relevante Zusammenhänge PND und Abtreibung

6.5.2 Fragen zur Person

Alter, Familienstand, Ausbildung/Beruf, Anzahl der Kinder, Anzahl der erwünschten und unerwünschten Schwangerschaften, derzeitiger Schwangerschaftsmonat.

6.5.3 Schwangerschaft

Erzählen Sie mir bitte über das persönliche Erleben der Schwangerschaft (körperlich, gefühlsmäßig)?

Kam die Schwangerschaft komplikationslos/natürlich zustande? Erzählen Sie mir bitte darüber.

Was empfinden Sie als besonders positiv am Erlebnis Ihrer Schwangerschaft?

Was empfinden Sie als belastend während der Schwangerschaft?

Wer unterstützt Sie während der Schwangerschaft und im Hinblick auf die Geburt?

6.5.4 Untersuchungen/Begleitung durch die Schwangerschaft

Erzählen Sie mir bitte über die Betreuung und Begleitung durch die Schwangerschaft (Partner, ÄrztInnen, Hebamme etc.).

Was war der Anlass für die Inanspruchnahme Ihrer ersten pränatalen Untersuchung?

Welches Vorwissen hatten Sie über PND?

Woher beziehen Sie in der Regel das Wissen über pränatale Untersuchungen?

Erzählen Sie mir bitte über Ihre Erfahrungen mit pränatalen Untersuchungen?

Erzählen Sie mir, wie Sie sich im Zuge pränataler genetischer Untersuchungen gefühlt haben? Gab es spezielle Ängste, Gefühle der Beunruhigung, Beruhigung etc.?

Haben Sie Erfahrung mit auffälligen/positiven Befunden gemacht? Erzählen Sie mir bitte darüber.

6.5.5 Schwangerschaftsabbruch

Könnten Sie sich vorstellen, ein Kind trotz einer Behinderung zu bekommen?

Wie würden Sie bei einer notwendigen Entscheidung vorgehen?

Welche Unterstützungsangebote würden Sie sich zur Entscheidungsfindung wünschen/in Anspruch nehmen?

Was würde für einen Schwangerschaftsabbruch, was dagegen sprechen?

Haben Sie bereits Erfahrung mit Schwangerschaftsabbruch oder Aborti? Erzählen Sie mir bitte darüber.

Haben Sie bestimmtes Wissen/bestimmte Erfahrung mit Menschen mit Behinderungen?

6.5.6 Abschluss

Gibt es etwas, das Ihnen noch zum Thema einfällt?

6.6 Leitfaden für Gespräche mit Ärzten und Ärztinnen

6.6.1 Einleitung

Vorstellung unserer Projektinhalte, Ziel des Gesprächs.

6.6.2 Beruf und Tätigkeitsfeld

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Werdegang und wie Sie zu ihrer Fachrichtung gekommen sind.

Wie lange arbeiten Sie schon als Arzt/Ärztin in diesem Bereich?

Bitte beschreiben sie mir die wichtigsten Tätigkeitsbereiche ihrer täglichen Arbeit.

6.6.3 PatientInnen

Bitte beschreiben Sie mir Ihre Patientinnen. Wer kommt zu Ihnen?

Mit welchen Anliegen werden Sie von Ihren Patientinnen aufgesucht?

Bitte beschreiben Sie mir eine (oder mehrere) typische Situation, wie es sich gestaltet, wenn eine Patientin Sie aufsucht.

6.6.4 Schwangerschaft und Abbruch

Inwieweit sind Sie im Rahmen ihrer täglichen Arbeit mit PND und Abbruch konfrontiert?

Bitte erzählen Sie mir über Ihre Erfahrungen damit.

Wer trifft in der Regel die Entscheidungen über die Inanspruchnahme von Untersuchungen, einen Abbruch etc.?

Welche Rolle nimmt hier der Partner ein?

Wie wird bei einem auffälligen Befund nach PND vorgegangen?

Welche Aufklärungs- und Beratungsangebote oder Hilfestellungen werden den Frauen im Rahmen der medizinischen Betreuung angeboten?

6.6.5 Unerfüllter Kinderwunsch und IVF

Inwieweit sind Sie im Rahmen ihrer täglichen Arbeit mit unerfülltem Kinderwunsch und künstlicher Befruchtung konfrontiert?

Bitte erzählen Sie mir über ihre Erfahrungen damit.

Was bedeutet es für die Frauen, die sie aufsuchen, einen unerfüllten Kinderwunsch zu haben?

Gibt es eine typische „reproduktive Karriere“ dieser Frauen, d. h. was haben die Frauen, die Sie aufsuchen schon hinter sich?

Beschreiben Sie mir bitte, wie Ihre Arbeit mit den KlientInnen aussieht? Was kann von Ihrer Seite geleistet werden was nicht?

Wie gestalten sich die Reaktionen der KlientInnen, wenn sie erkennen, dass die Grenze der Machbarkeit erreicht ist?

Welche Rolle spielt der Partner in Bezug auf IVF und Entscheidungen, die dieses Thema betreffen?

6.6.6 Abschluss

Welche Auswirkungen hat die Verfügbarkeit von Technologien auf die Reproduktion und das Verständnis darüber?

Lassen sich bestimmte (religiöse, moralische etc.) Werthaltungen in Bezug auf Reproduktion, IVF, Abbruch etc. erkennen?

Was fällt Ihnen noch zu den hier angesprochenen Themen ein?

6.7 Leitfaden für Gespräche mit PsychotherapeutInnen/BeraterInnen

6.7.1 Beruf und Tätigkeitsfeld

Wie lange arbeiten Sie schon als Therapeutin/Beraterin und wie sind Sie zu Ihrem Tätigkeitsfeld gekommen?

Bitte beschreiben Sie mir Ihr Tätigkeitsfeld.

Bezug zu PND, Abtreibung, PID, IVF?

6.7.2 KlientInnen

Bitte beschreiben Sie mir Ihre Klientinnen und Klienten.

Was ist charakteristisch in Bezug auf Geschlecht, Alter, sozialen Status, Lebensform, Religion, Vorstellungen, Lebensziele etc.?

Mit welchen Zielen/Hoffnungen werden Sie von Ihren KlientInnen aufgesucht?

Was sind die Hauptthemen/ -probleme/ -anliegen dieser KlientInnen? Beschreiben Sie mir bitte, was das Schwierige an der Situation Ihrer KlientInnen ist.

Welche Ängste, Befürchtungen, Gefühle etc. haben sie und wie gehen sie damit um?

Haben sie bestimmte Strategien zur Bewältigung entwickelt?

Beschreiben sie mir die psychische/emotionale Verfassung der KlientInnen.

Lassen sich bestimmte (religiöse, moralische etc.) Werthaltungen der KlientInnen erkennen?

Bitte beschreiben Sie mir eine typische Situation, wie es sich gestaltet, wenn eine Klientin Sie zum ersten Mal aufsucht, z. B. alleine oder mit ihrem Partner?

Welche Funktion hat in der Regel der Partner in der Therapie- oder Beratungssituation?

Bitte beschreiben Sie mir einen typischen Fall einer Klientin, die zu Ihnen kommt.

6.7.3 TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung

Wie würden sie die TherapeutInnen-KlientInnen-Beziehung charakterisieren?

Gibt es bestimmte Bereiche bei der Arbeit mit Ihren KlientInnen, die besonders sensibel gehandhabt werden müssen?

Beschreiben Sie mir die Sprache, die in der Therapie-/Beratungssituation verwendet wird.

Was ist von beiden Seiten im Rahmen der Beziehung TherapeutIn-KlientIn wichtig, worauf muss geachtet werden?

Beschreiben Sie mir bitte, wie Sie den Erfolg einer Beratung/Therapie erkennen/messen?
Was bedeutet für Sie als Therapeutin in diesem Zusammenhang Erfolg?

6.7.4 Reproduktion

Inwieweit sind die Frauen, die Sie aufsuchen, über moderne reproduktive Möglichkeiten bereits informiert?

Gibt es eine typische „reproduktive Karriere“ dieser Frauen?

Sehen sie ihre (mögliche) diagnostizierte Infertilität als Krankheit? Wie gehen sie damit um?

Was ist in Bezug auf Reproduktion in Ihrer Therapie/Beratung möglich?

Beschreiben Sie mir bitte, wo Sie in Ihrer Arbeit mit den KlientInnen an Ihre Grenzen stoßen? Was kann von Ihrer Seite geleistet/nicht geleistet werden?

Gibt es diesbezüglich einen Konsens mit den KlientInnen/Verständnis von deren Seite?

Wie gestalten sich die Reaktionen der KlientInnen, wenn sie erkennen, dass die Grenze der Machbarkeit bezüglich reproduktiver Möglichkeiten erreicht ist?

Welche Auswirkungen hat die Verfügbarkeit von Technologien auf die Reproduktion und das Verständnis darüber?

AutorInnen: Erich Griesler, Mariella Hager

Titel: Assistierte Reproduktion und Präimplantationsdiagnostik in der klinischen Domäne.
Ergebnisse des Projekts „Genetic Testing and Changing Images of Human Life“

Reihe Soziologie / Sociological Series 100

Editor: Beate Littig

Associate Editor: Andrea Haslinger

© 2012 Institute for Advanced Studies (IHS),

Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
