

Betrifft: Stellungnahme zur Anfrage von Amtsdirektor Dr. Albert Tschager vom 20.02.2002 zu den ethischen Richtlinien der medizinisch unterstützten Befruchtung. Überarbeitung der ethischen Rahmenrichtlinien zur „assistierten Reproduktion“ (AR) vom 30.03.2001, Beschluss der Landesregierung Nr. 2510/01

Definition der assistierten Reproduktion (AR)

„Ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken, wenn nicht zu erwarten ist, dass dieser Kinderwunsch auf natürlichem Wege erfüllt werden kann“.

Dazu gehören:

- Die intrauterine Insemination (IUI)
- Der intratubare Gametentransfer (GIFT)
- Der intratubare Zygotentransfer (ZIFT)
- Der intratubare Embryonentransfer (EIFT)
- Die in-vitro Fertilisation mit Embryonentransfer (IVF mit ET)
- Die intrazytoplasmatische Spermatozyteninjektion (ICSI)
- Die mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration (MESA)
- Die testikuläre Spermienextraktion (TESE)
- Die Praeimplantationsdiagnostik (PGD oder PID) mit der daraus resultierenden ethischen Problematik gehört ebenfalls dazu. Sie ist kein funktioneller Bestandteil der AR, und wird deshalb dieser Stellungnahme nur als „Anlage“ beigelegt. Ihre ethische Relevanz beinhaltet jedoch eine unverzichtbare Voraussetzung in der ethischen Beurteilung der assistierten Reproduktion.

Grundsatzposition des landesweiten Ethikkomitees:

Als nicht in Frage zu stellende ethische Kriterien gelten für die Kommission:

- Schutz und Würde des mit der Kernverschmelzung der befruchteten Eizelle beginnenden menschlichen Lebens
- Die Gesundheit der betroffenen Frau
- Schutz und Gesundheit des heranwachsenden Kindes
- Die Förderung von Ehe und Familie
- Ebenso wird vorausgesetzt, dass unter „Embryo“ die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an verstanden wird; folglich muss jegliche Form der Intervention und Manipulation am Embryo abgelehnt werden, die nicht primär seiner Erhaltung dient.
- Unter den Methoden der AR werden ausschließlich jene verstanden, die einzig und alleine dem Erreichen und Erhalten der Schwangerschaft dienlich sind.

Spezifische Anforderungen aus ethischer Sicht:

1. Vor der Inanspruchnahme der AR erhalten die Paare im Rahmen der psychosozialen und medizinischen Beratung eine umfassende Aufklärung über die gesundheitlichen und psychologischen Folgen der assistierten Reproduktion und über die juridischen Konsequenzen für die Eltern und das gezeugte Kind.
2. Dazu soll dem Paar eine Aufklärung über das Spektrum der verschiedenen Verfahren angeboten werden. Die Entscheidung des Paares muss schriftlich festgehalten werden (informed consent) und vom verantwortlichen Arzt gegengezeichnet werden.

In Zusammenarbeit mit dem Ethikkomitee des Landes wird eine Fassung der Aufklärung erarbeitet, die einheitlich ist, und neben den medizinischen vor allem auch ethische Aspekte enthält.

3. Dem betroffenen Paar wird auch Beratung dahingehend angeboten, Alternativen wie Adoption oder Akzeptanz der eigenen Unfruchtbarkeit ernsthaft in Erwägung zu ziehen.
4. Der Zugang zur AR ist nur dann erlaubt, wenn es sich nach einer angemessenen Zeit als nicht möglich erwiesen hat, über psychologisch-psychotherapeutische sowie ärztlich-somatische Behandlungen die Ursachen der Sterilität zu beheben. Die Inanspruchnahme der modernen Reproduktionsmedizin soll graduell erfolgen, indem mit weniger invasiven Methoden begonnen wird.
5. Die AR kommt ausschließlich als Behandlung der Sterilität in Frage. Sie darf nicht, z.B. über die Praeimplantationsdiagnostik, zur Selektion des Geschlechts oder zum Ausschluss genetischer Erkrankungen missbraucht werden (siehe ethische Position zur PID als Anlage zu diesem Dokument).
6. Bei den Zulassungsbedingungen für die moderne Reproduktionsmedizin gilt als Regel, dass es hier nicht nur um die Freiheit der Einzelnen und ihr Recht auf Inanspruchnahme sozialer Hilfen geht, sondern auch um die optimalen Voraussetzungen für das auf diese Weise gezeugte Kind. Insofern soll der Zugang zur AR den ehelichen verbunden Paaren vorbehalten bleiben, sowie den heterosexuellen Paaren, bei denen nach entsprechender Beratung klar geworden ist, dass es sich um eine stabile Lebensgemeinschaft handelt. Die Anwendung der AR bei alleinstehenden Frauen und gleichgeschlechtlichen Beziehungen ist nicht möglich.

Eine AR ist nur bei dem biologischen Alter der Frau und des Mannes ethisch zu rechtfertigen, in dem im Prinzip von beiden eine verantwortungsvolle Elternschaft und Erziehung übernommen werden kann.

7. Die heterologe Spende von Eizellen und Samenzellen wird beim gegenwärtigen Wissensstand ethisch für überaus bedenklich gehalten, wobei die Bedenken bezüglich der Eizellspende jene bezüglich der Samenzellspende weit überschreiten. Die rechtlichen und familiären Konsequenzen sowie die gesundheitlichen Gefährdungen der Frau sind noch weitgehend ungeklärt.
8. Leihmutterschaft ist ethisch nicht vertretbar.
9. Falls die in-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryonentransfer angewandt wird, soll man nur so viele Embryonen erzeugen, wie für die Implantation im Therapiezyklus sinnvoll sind.

Alle so erzeugten Embryonen, auf jeden Fall nicht mehr als drei, müssen der Patientin immer implantiert werden. Eine Tötung von Föten, um diese Anzahl zu verringern, ist ethisch nicht vertretbar. Falls am fünften Tag nach der in vitro Befruchtung das Vier- Zellstadium nicht überschritten ist, d.h. der Embryo sich nicht entwickelt hat, wird im Einvernehmen mit dem Paar auf den Transfer dieses Embryos verzichtet, da keine Aussicht auf eine Schwangerschaft besteht.

10. Die Kryokonservierung im Vorkernstadium von Spermien und Eizellen ist ethisch weniger bedenklich und zu bevorzugen.

Eine Kryokonservierung von Embryonen ist dagegen wegen der möglichen Schäden für die Embryonen selbst, und da in Widerspruch stehend zu der im Punkt 9 angeführten Begrenzung auf 3 Embryonen, ethisch bedenklich.

Die Entscheidung für eine Kryokonsevirung von Embryonen kann in Ausnahmefällen wegen der geringeren Belastung für die betroffenen Frauen nachvollzogen werden.

11. Durch Überstimulierung bei hormoneller Ovulationsauslösung, (vor allem bei intrauteriner Insemination (IUI), können höhergradige Mehrlingsschwangerschaften entstehen; da die Mehrlingsschwangerschaften in der Regel aus einer nicht ausreichend qualifizierten Beratung und Behandlung resultieren, muss eine bestmögliche Steuerung und Überwachung sowohl der hormonalen Stimulationstherapie wie auch der modernen Reproduktionstechnik erfolgen. Hierbei ist auch eine niedrige Schwangerschaftsinzidenz in Kauf zu nehmen.
12. Die Anwendung der Methode selbst muss den Erkenntnissen der Literatur entsprechen. Darüber hinaus muss die schriftliche Angabe der Indikation, der vorgesehenen Maßnahmen und der Kosten der Behandlung vorliegen.

DER PRÄSIDENT

Dr. Oswald Mayr

DIE SEKRETÄRIN

Dr. Mila Mattiuzzi