



Illustrationen: © Brigit Heimbach

Es ist nicht egal, wie wir gezeugt werden

Weibliche Fruchtbarkeit, schon immer symbolisiert durch den Apfel, wird heute greifbar durch fremde Eizellen und eine fremde Gebärmutter.

.....

Die Perspektive des Kindes fehlt bisher in wissenschaftlichen, medizinethischen und familienrechtlichen Debatten zur Reproduktionsmedizin. Aber vorgeburtliche Erfahrungen wirken auf den Charakter, auf Verhaltens- und Vermeidungsmuster und auf das emotionale Gleichgewicht. Kinderrechte fangen vor der Geburt an.

Von Sven Hildebrandt

Ein Kind zu empfangen oder zu zeugen, eine Schwangerschaft zu erleben, das Kind zu gebären, sein Heranwachsen und sein Erblühen zu genießen – und letztlich durch unser Kind selbst unsterblich zu werden: Das dürfte für die meisten Menschen die größte Erfüllung ihres Lebens sein. Deshalb steht der Wunsch nach Elternschaft für fast jede Frau und für viele Männer im Zentrum ihres Lebensentwurfes. Dass es sich hierbei um ein Grundbedürfnis handelt, wird in der Tatsache deutlich, dass das Recht auf Fortpflanzung in unserer Kultur ein gesetzlich geschütztes Menschenrecht ist. Kein Mensch darf einem anderen verbieten oder aktiv verhindern, sich fortzupflanzen.

Was aber, wenn die Natur diesem Bedürfnis Grenzen setzt, wenn Paare wegen einer Störung ihrer Fertilität nicht in der Lage sind, Eltern zu werden? Gilt das Recht auf Fortpflanzung auch gegenüber der Natur? Oder anders gefragt: Gibt uns das völlig legitime und schützenswerte Grundbedürfnis die Freiheit, alle medizinischen Möglichkeiten auszuschöpfen, um eine Elternschaft auch gegen biologische Bedingungen zu erzwingen?

Diese Frage ist kaum zu beantworten. Aber ein Innehalten und Nachdenken sollte angesichts der Komplexität des Problems erlaubt und geboten sein.

Der Blickwinkel der Eltern

Versuchen wir, uns dem Thema aus verschiedenen Perspektiven zu nähern. Der Blickwinkel der Eltern dürfte relativ einfach zu ergründen sein: Ungewollte Kinderlosigkeit bedeutet für betroffene Frauen und Männer eine massive Einschränkung ihrer Lebensqualität und ist oft mit schweren seelischen und durchaus auch körperlichen Belastungen bis hin zu ernsthaften Erkrankungen verbunden. Verzweiflung, Trauer, Insuffizienz- und Schuldgefühle stürzen die Betroffenen immer wieder in eine schwere Krise.

Es ist deshalb verständlich, dass die Betroffenen Hilfe suchen und bereit sind, jede ihnen angebotene Option anzunehmen, um diese elementare Not zu bewältigen.

Die medizinische Wissenschaft stellt solche Möglichkeiten bereit. Könnten kinderlose Paare früher ausschließlich über Adoptionen eine soziale Ersatzelternschaft eingehen, ermöglicht die moderne Reproduktionsmedizin unfruchtbaren Paaren heute, wirkliche Nachkommen zu zeugen.

1978 wurde das erste außerhalb der Gebärmutter entstandene Kind geboren. Was vor 40 Jahren zunächst zögerlich und mit vielen Rückschlägen begann, ist heute eine weltweit verbreitete Normalität geworden – und zwar in vielfältiger Gestalt und mit recht guten Erfolgsraten.

Eine klassische Win-Win-Situation?

Die Medizin erfüllt ein menschliches Grundbedürfnis – und eröffnet mit den immer fortschreitenden Möglichkeiten einen wachsenden Markt. Eisprung oder

Forderungen

Praktische Maßnahmen zum Schutz von unnatürlich gezeugten Kindern wären

- die Verpflichtung aller Beteiligten, sich mit der Möglichkeit derartiger Einflüsse im Vorfeld intensiv auseinanderzusetzen und diese in alle Abwägungsprozesse für reproduktive Maßnahmen einzubeziehen
- bereits während der Schwangerschaft die Besonderheit der jeweiligen reproduktionsmedizinischen Konstellation mit dem Kind empathisch zu kommunizieren
- das Verbot, die Umstände der Schwangerschaft vor dem Kind zu verbergen – das bedeutet: die Abstammung und die Bedingungen von Befruchtung und Schwangerschaft von Anfang an frei und empathisch mit dem Kind zu kommunizieren (und nicht zu warten, »bis das Kind es versteht«)
- nicht erst auf psychosoziale Störungen (oder auf das Vorliegen entsprechender Forschungsergebnisse) zu warten, sondern dem Kind präventiv komplexe Betreuungskonzepte zukommen zu lassen, um das Erlebte positiv in die seelische Entwicklung zu integrieren.

Eileiterpassage sind gestört? – Wir verlagern den Befruchtungsort ins Reagenzglas und pflanzen die Zygote direkt in die Gebärmutter ein. Die Samenqualität ist unzureichend? – Wir extrahieren das männliche Genom und bringen es direkt mit dem der Eizelle in Kontakt. Es gibt keinen oder einen vollkommen unfruchtbaren Mann? – Wir verwenden das Spermium eines Fremden. Es gibt keine Eizelle? – Wir nehmen die einer fremden Frau. Es gibt keine intakte Gebärmutter? – Wir verwenden den Uterus einer Leihmutter. Die medizinischen Möglichkeiten scheinen grenzenlos zu sein. Aber handelt die Medizin aus reinem Altruismus?

Sicherlich darf man der Reproduktionsmedizin zunächst unterstellen, auf der Grundlage ärztlicher Ethik den Menschen wirklich helfen zu wollen. Wenn wir aber den Blickwinkel der ÄrztInnen betrachten, dürfen wir nicht übersehen, dass aus der Not Betroffener heraus nicht unerhebliche wirtschaftliche Interessen erfüllbar sind – auch wenn der einzelnen Praxis damit keinesfalls monetäre Skrupellosigkeit unterstellt werden darf. Dennoch ist die Perspektive der Medizin leicht zu beschreiben: Das Unmögliche möglich machen, kinderlosen Paaren den Traum von leiblicher Elternschaft erfüllen – und damit Geld verdienen: Das dürfte eine klassische Win-Win-Situation sein.

Die verleugnete Erinnerung

Doch ein Blickwinkel ist in in dieser Betrachtung nicht enthalten: die Perspektive des Kindes. Bereits bei der klassischen Adoption sind die Überlegungen um mögliche Auswirkungen auf die körperliche und seelische Entwicklung der betroffenen Kinder höchst problematisch. Viele Adoptiveltern unterliegen bis heute einem fatalen Irrtum: Sie glauben, dass ein unmittelbar nach der Geburt adoptiertes Kind seine wahre Mutter vergessen habe und die soziale »Ersatzelternschaft« diese verlorene Beziehung vollständig zu ersetzen vermag.

Dieser Irrtum beruht auf der Vorstellung, der frühe Erfahrungsraum sei nicht Erinnerung und daher nicht existent. Die wenigsten Menschen sind in der Lage, Erinnerungen an die eigene Zeit im Bauch ihrer Mutter, ihre Geburt und frühe Lebenszeit im expliziten – also reproduzierbaren – Gedächtnis zu aktivieren. Deshalb glaubte man bis in die 80er Jahre, dass dieses Erleben »verloren« sei im Sinne einer »infantilen Amnesie«, wie Sigmund Freud sagte. Die logische Konsequenz aus dieser falschen Annahme ist der Glaube, Adoptiveltern könnten in eine nahezu vollwertige Elternschaft eintreten.



In den letzten Jahrzehnten hat sich mit der pränatalen Psychologie ein Forschungszweig entwickelt, der die Rolle frühesten Erfahrungen wissenschaftlich zu ergründen versucht (Evertz 2016). Die Ergebnisse widerlegen die Theorie der infantilen Amnesie eindeutig. Auch wenn die frühen Erinnerungen nicht abrufbar sind, werden sie in subkortikalen Strukturen vollständig gespeichert. Verantwortlich für dieses Phänomen ist die Amygdala: ein Kerngebiet im Temporallappen des Gehirns, das unsere Affekte kontrolliert. Im täglichen Leben hängt diese Hirnstruktur an jede eingehende sensorische Information ein »emotionales Etikett« an. Wir sehen eine Rose – die Amygdala versieht das Bild mit dem Anhang »schön«.

Diese »Kontrollinstanz« ist in bestimmten Situationen in der Lage, die Weitergabe von Informationen an das Großhirn komplett zu blockieren. Gut erforscht ist dieses Phänomen bei traumatischen Erfahrungen wie einem schweren Verkehrsunfall: Ist das Erleben so stark belastend, dass es in unserer seelischen Gesamtheit irreparable Schäden verursachen würde, verhindert die Amygdala die Projektion im Endhirn und leitet die Information zu subkortikalen Zentren, auf die wir in der Erinnerung nicht zugreifen können.

Überlebende schwerer Unfälle haben oft keinerlei Erinnerungen an die Katastrophe. Dennoch »lebt« die traumatische Erfahrung im Unterbewusstsein weiter, sucht die Betroffenen in Tagträumen heim oder in Situationen, die sie an das Ereignis erinnern, und beeinflusst ihr Verhalten nachhaltig. Viele Phobien wie zum Beispiel Platzangst haben ihre Ursachen in solchen im Unbewussten gespeicherten Erfahrungen.

Bis zur Entwicklung des Sprachbewusstseins ist diese Schutzschaltung des Gehirns permanent aktiv. Alle Erfahrungen des vorsprachlichen Lebensraumes werden also nicht im Endhirn – im expliziten Gedächtnis – gespeichert, sondern in subkortikalen Hirnstrukturen abgelegt – im »Unterbewusstsein«. Von dort haben sie ähnlich wie bei späteren traumatischen Erfahrungen Wirkungen auf unseren Charakter, auf Verhaltens- und Vermeidungsmuster und auf unser emotionales Gleichgewicht (Hochauf 2011).

Ein Kind zu empfangen und das Erläutern des Kindes zu genießen, ist für viele die größte Erfüllung – dafür wird alles getan.

Intrauterine Erfahrungen leben im Unbewussten

Wenn beispielsweise ein Mädchen bei seiner Geburt fast gestorben wäre, wird diese Erfahrung die spätere Geburt der zur Frau Herangewachsenen beeinflussen. Nicht wenige Geburtsblockaden könnten ihre Wurzeln somit möglicherweise im eigenen Geburtserleben haben (Hildebrandt 2011).

Dass bereits frühe Erfahrungen aus der Embryonalzeit auf diese Weise »konserviert« werden, konnten russische Wissenschaftler erstmals in den 80er Jahren eindrucksvoll an Experimenten mit dem bewusstseinsweiternden Rauschgift LSD zeigen (Grof 1983).

Intrauterines Erleben ist also manifestes Erleben – auch wenn uns jede Erinnerung daran zu fehlen scheint. Und es ist somit archaisches Beziehungserleben, denn im Unterschied zu späteren Bindungen ist die sich während der Schwangerschaft entwickelnde Verbindung zur Mutter eine Art Ur-Matrize für die gesamte psychosoziale und emotionale Kompetenz. Das in einer Leihmutter heranwachsende Kind baut genau dieses archaische Beziehungsmuster auf, das von Anfang an durch das Wissen der Leihmutter über den bevorstehenden Beziehungsabbruch schwer belastet wird. Dieser »Vorbehalt« im Beziehungsaufbau wird Spuren in der Seele des Kindes hinterlassen.

Gibt es ein Zellgedächtnis?

Sind diese Überlegungen auch auf die Befruchtung, auf die tubare Lebenszeit und auf die Einnistung zu übertragen? Oder anders gefragt: Gibt es eine Art »Zellgedächtnis«, das Erfahrungsinhalte bereits vor der Entwicklung von Hirnstrukturen aufnimmt und speichert? Wäre das der Fall, müsste man das Gesagte auch auf die ersten Lebenstage des Kindes übertragen – was für die Überlegungen zu In-Vitro-Fertilisation, zu Eizell- und Samenspende und zu Leihmutterchaft gravierende Bedeutung hätte.

Es wäre wissenschaftlich nicht korrekt, diese Frage zu verneinen, nur weil sie sich in einem praktisch kaum erforschbaren und damit hoch spekulativen Gebiet abspielt. Im Gegenteil: Die bisher gesicherten Ergebnisse der pränatalen Psychologie und vorsichtige erste empirische Befunde (Vermy 2003; Peschek 2016) geben allen Anlass, dieses Problem ernst zu nehmen.

Die Konsequenz dieser Überlegungen würde darin bestehen, dass die Reproduktion

tionsmedizin in allen Abwägungen die potenzielle Möglichkeit einbezieht, dass die frühe Erfahrungswelt auch in der perikonzeptionellen Zeit Spuren hinterlässt, die die spätere psychosoziale Stabilität des Kindes beeinflussen könnten. Das Fehlen von Beweisen bedeutet bei konsequent wissenschaftlicher Denkweise nicht, dass diese Bedenken unbegründet sind.

Geheimhaltung hat unabsehbare Folgen

Unabhängig von diesen wissenschaftlich schwer fassbaren Faktoren gibt es einen weiteren Aspekt, der für alle auf besondere Weise zustande gekommenen Schwangerschaften zutreffen dürfte: Die frühe Mutter-Kind-Beziehung wird von den nicht-natürlichen Umständen der Zeugung beeinflusst. Das Wissen um die extrakorporale Befruchtung bei IVF, ICSI und Leihmutter, das Wissen um die fremde genetische Abstammung bei Samenzell- und Eizellspende und die zwangsläufige Zerstörung der archaischen Ur-Beziehung-Matrize bei Leihmutter und Adoption bewirkt psychodynamische Mechanismen, die für die emotionale Kompetenz des Kindes bedeutsam sein können.

Die schlimmste Konsequenz wäre der Versuch, die vor dem Kind definitiv nicht zu verbergenden Umstände der Schwangerschaft geheim zu halten. Jedes 20. Adoptivkind, jedes vierte Kind einer Leihmutter, jedes zweite durch Eizellspende gezeugte Kind und drei von vier Kindern von Samenspendern müssen mindestens bis zur Schulzeit mit einem solchen Familiengeheimnis leben (Readings 2011). Die Folgen für ihre psychosoziale Entwicklung sind nicht absehbar.

Die Perspektive des Kindes muss somit dringend in alle wissenschaftlichen, medizinischen und familienrechtlichen Debatten zur Reproduktionsmedizin einbezogen werden. Das Ausbleiben von Beweisen für kindliche Belastungen entlastet die Wissenschaft nicht, diesen Bereich ernst zu nehmen. Potenzielle Einflüsse auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes dürfen bei den Abwägungen und bei der praktischen Durchführung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen nicht ausgeklammert werden. Auch die Politik ist gehalten, bei der Überarbeitung des Embryonenschutzgesetzes diese Erwägungen konsequent einzubeziehen und das Wohl potenziell unnatürlich gezeugter Kinder umfassend zu schützen (siehe Kasten).

Das Kind ist ein gleichberechtigter Teil des biologischen Systems der Schwangerschaft. Seine Bedürfnisse und Rechte dürfen nicht dem völlig verständlichen und berechtigten Wunsch der Eltern nach leiblicher Elternschaft untergeordnet oder gar geopfert werden. Alle Beteiligten – und letztlich die gesamte Gesellschaft – sind gehalten, die kindliche Bedürfniswelt nicht erst ab Geburt, sondern bereits von der Befruchtung an zu respektieren und zu schützen.



Der Autor

Prof. Dr. Sven Hildebrandt ist niedergelassener Frauenarzt in Dresden. Er hat das Geburtshaus »Hebammenpraxis Bühlau« in Dresden mitbegründet und ist Gründer sowie Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (www.dafigb.de). Seit 2013 unterrichtet er im Studiengang Hebammenkunde an der Hochschule Fulda. Kontakt: Sven.Hildebrandt@pg.hs-fulda.de

Literatur

Evertz K et al.: Lehrbuch der pränatalen Psychologie. Mattes Verlag 2016

Grof S: Topographie des Unbewussten. Klett-Cotta 1983

Hildebrandt S (Hrsg.): Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe. Mabuse-Verlag 2011

Hochauf R: Die Reinszenierung durchlebter Traumata im Geburtsprozess. In: Hildebrandt 2011. 33–42

Peschek M: Psychologische Aspekte des ersten Schwangerschaftsdrittels. In: Evertz 2016. 502–513

Readings J, Blake L, Casey P, Jadvá V, Golombok S: Secrecy, openness and everything in between: Decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine Online* 2011. 22: 485–495

Verny T et al.: Das Baby von morgen. Verlag Zweitausendeins. Frankfurt 2003

hebamedia-Buchtipps



Sven Hildebrandt
Der Geburtsstillstand als komplexes Problem der modernen Geburtshilfe

114 S., 2. Aufl. 2011
Best.-Nr. 1249 · 19,90 €

Jetzt bestellen: www.hebamedia.de

tetesept:

Umfassend versorgt
in der Stillzeit mit
Femi Baby®

♥ **Omega-3 Fettsäuren**
DHA 250 mg
EPA 54 mg

♥ **Mineralstoffe**
Eisen 15 mg
Magnesium 60 mg
Jod 150 µg
Calcium 120 mg

♥ **Vitamine**
Folsäure 600 µg

Vitamin C 110 mg, Vitamin D 20 µg,
Vitamin E 13 mg und alle weiteren
B-Vitamine hochdosiert

Die Konzentration der Inhaltsstoffe berücksichtigt die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.



tetesept Femi Baby® erhalten Sie in Drogeriemärkten, Drogeriefachabteilungen von Kaufhäusern und Supermärkten sowie Apotheken.