
Dr Carole GILLING-SMITH (GB)

26/07/2012

Übersetzung: Gerda MATTHIESENS-GARBER

<p style="text-align: center;">Spiele wir Gott oder rechnen wir mit IHM ? Überlegungen aus der Sicht einer Laufbahn in der Fortpflanzungsmedizin</p>
--

Ich möchte den Organisatoren und insbesondere meiner Freundin Kathy Webb-Paploe danken, dass sie mich eingeladen hat, auf dieser Tagung zu sprechen. Ich freue mich immer sehr über eine Gelegenheit, über ein Sachgebiet einen Vortrag zu halten, in dem ich geforscht und mit dem ich mich intensiv beschäftigt habe. Aber dieses ist nun ein ganz anderer Auftrag. Ich schätze die Auffassung eines Internisten sehr, wenn er die ganze Person behandelt und nicht nur einfach die Krankheit; aber ich muss schamvoll bekennen, dass ich diesem Thema nie die genügende Aufmerksamkeit gewidmet und es nicht gründlich geprüft habe, so dass ich keinen Platz auf dem Rednerpult verdiene. Deshalb bin ich zu großem Dank verpflichtet, dass ich dadurch angestoßen wurde, tief in meinen eigenen ethischen Überzeugungen zu graben und sie mit meiner Berufserfahrung in Verbindung zu bringen, um mich offen und ehrlich mit Ihnen darüber auszutauschen als Kollegen mit unterschiedlichem Hintergrund. Eines der tiefgründigsten bioethischen und moralischen Themen, mit dem sowohl Patienten als auch Ärzte auf dem schnell sich ändernden Gebiet der Reproduktionsmedizin konfrontiert sind. Ich möchte zunächst einen Überblick über die technischen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin und ihrer Entwicklung geben und dann an Hand von Fallstudien versuchen, die grundlegende ethische Frage meines Vortrages anzusprechen: Spielen wir Gott oder rechnen wir mit IHM?

1

Am 25. Juli 1978 wurde das erste Kind, das durch IVF gezeugt wurde, Louise Brown, in Oldham , Manchester, geboren, einer Kleinstadt im Norden Englands. Die Presse kreierte den Begriff „test tube baby“ (Retortenbaby), weil es in einem Labor gezeugt wurde. So war auch eine neue Ära in der Medizin geboren. Der Wissenschaftler hinter dieser Schöpfung, Robert Edwards, hat seine Forschung in den 50-iger Jahren begonnen und sich etwa 1970 mit dem Gynäkologen Patrick Steptoe zusammengetan. Bei ihrer Zusammenarbeit in Cambridge waren sie mit riesigen ethischen Barrieren in der Frage konfrontiert, ob man Leben im Labor aus Eizelle und Samenzelle schaffen dürfte. Der Medizinische Forschungsrat verweigerte Gelder aus moralischen Gründen, und viele Kirchenführer, Ethiker und Wissenschaftler forderten, dass dieses Projekt gestoppt werden sollte. Edwards und Steptoe waren entschlossen, eine Behandlung für die Unfruchtbarkeit zu finden, weil ihnen das enorme Leiden bewusst war, das dadurch hervorgerufen wird.

Sie kämpften für ihre Patienten, weil sie meinten, dass jeder Mensch ein Recht auf ein Kind hat, wenn die Medizin eine Lösung dafür finden würde. Sie riefen ihr eigenes ethisches Komitee in Cambridge ins Leben, das ihre Arbeit und ihre Forschung beaufsichtigen und prüfen sollte. Sie wurde allein durch private Spenden erhalten. Nach über 100 erfolglosen Versuchen, Embryos unfruchtbaren Frauen einpflanzen, gingen sie bei Lesly und John Brown auf eine andere Weise vor. Lesly hatte verklebte Eileiter und konnte niemals auf natürlichem Wege empfangen. Es wurde eine einzige reife Eizelle laparoskopisch aus dem Eierstock gewonnen und mit John's Spermia *in vitro* (außerhalb des Körpers) zusammengebracht, um einen einzigen Embryo zu schaffen, der dann in Lesly's Gebärmutter eingeführt wurde.

Die IVF-Technik hat sich in den letzten 30 Jahren enorm entwickelt. Beim modernen Verfahren werden die Eierstöcke über 2 Wochen mit subcutanen Injektionen von Follikel-stimulierendem Hormon stimuliert, damit mehrere Eizellen produziert werden, die dann ultraschallgesteuert aspiriert (angesogen) und *in vitro* mit dem Spermia des Mannes befruchtet werden, woraus Embryonen entstehen, die im Labor wachsen. Der beste oder zwei dieser Embryonen werden ausgewählt und zwischen zwei bis fünf Tagen nach der Befruchtung in die Gebärmutter der Frau transferiert. Überschüssige Embryonen können eingefroren und später wieder aufgetaut werden und nach wenigen Monaten bis zu 50 Jahren später wieder in die Gebärmutter eingesetzt werden, damit sich daraus ein Kind entwickeln kann. Die Stimulation der Eierstöcke, um mehrere Eizellen zur Reifung zu bringen, hat die Chancen eines erfolgreichen Ergebnisses der IVF dramatisch verbessert; zu einer Erfolgsrate von über 50% bei Frauen unter 35 Jahren. Ein Nachteil war die hohe Rate von Mehrlingsschwangerschaften mit der Folge der Zunahme mütterlicher und fetaler Komplikationen. In den frühen 90-iger Jahren wurde die intracytoplasmatische Injektion oder ICSI eingeführt, eine Technik, bei der eine einzige Samenzelle in jede gewonnene Eizelle injiziert wird, um Männern mit geringen Spermamengen oder kompletter Azoospermie zu einer genetischen Elternschaft seines eigenen Kindes zu verhelfen, was besser ist, als auf Behandlungen mit Spender-Samen zurück zu greifen. Spermia kann ebenfalls eingefroren werden, z.B. bei krebserkrankten Männern vor der Chemotherapie oder Strahlenbehandlung; oder es kann direkt aus den Hoden gewonnen werden, wenn keine Samenzellen im Ejakulat gefunden werden. Diese können dann für ICSI eingesetzt werden. Ebenso können Eizellen von adolescenten Mädchen und Frauen, die vor einer Krebsbehandlung stehen, oder bei Frauen, die vorzeitige Wechseljahre zu erwarten haben, eingefroren werden. Eine weitere Entwicklung stellt die Prae-Implantations-Diagnostik oder PID dar, eine Technik, bei der eine einzelne Zelle aus dem Embryo entnommen wird, die dann durch eine sog. FISH-Analyse auf spezielle Chromosomendefekte oder DNS-Abnormalitäten untersucht wird. Während der Sinn der PID darin besteht, dass fatale oder lebensbedrohliche genetisch bedingte Konstellationen aufgedeckt werden, wie z.B. Huntington Chorea oder geschlechtsgebundene letale Konditionen wie z.B. die Muskeldystrophy, ist sie kommerzialisiert worden, um denen entgegen zu kommen, die das Gleichgewicht der Geschlechter in ihren Familien bilanzieren wollen, was allerdings gegenwärtig in Groß Britannien illegal ist. Durch die unkontrollierte PID besteht die Möglichkeit, wenn sie noch weiter verfeinert wird, den absolut krankheits-freien Menschen zu entwickeln. Diese letzteren Beispiele dienen zur Illustration, wie leicht es für die IVF-Technologie ist, das Ziel der Heilung von Unfruchtbarkeit zu überschreiten und sie stattdessen von Individuen ohne moralische Maßstäbe, die begierig nach persönlicher Anerkennung und Geld trachten, ausgenutzt werden kann.

Man nimmt an, dass weltweit 10 bis 15% der Ehepaare irgendwann in ihrem Leben unter Kinderlosigkeit leiden, und dass seit Louise Brown über 4 Millionen Babys als Folge von IVF geboren wurden. Das hat vielen verzweifelten Paaren Freude gebracht, die sonst nicht in der Lage gewesen wären, sich fortzupflanzen, was eines der fundamentalsten und unermesslichen biologischen Bedürfnisse des Menschen darstellt. Dennoch bleibt die Erschaffung von Leben *in vitro*, selbst wenn man nur die sehr einfache Methode von Edwards und Steptoe verwenden würde, eine Angelegenheit, die riesige Kontroversen unter den verschiedenen religiösen Gruppen hervorruft und Rückwirkungen auf die Ärzte und

Wissenschaftler hat, die auf dem Gebiet tätig sind. Selbst bis heute werden sie beschuldigt, „Gott zu spielen“. Im Okt. 2010 hat der Vatikan in einer öffentlichen Stellungnahme die Verleihung des Nobelpreises an Robert Edwards wegen seiner Pionierarbeit auf dem Gebiet der IVF für „völlig unangebracht“ gehalten. Im Bewusstsein, dass ungewollt Kinderlose von einer erfolgreichen Therapie Nutzen haben, war immer der Hauptkritikpunkt an der IVF vom katholischen Standpunkt aus gewesen, dass dabei unerwünschte und nicht verwendete Embryonen entstehen, die potentiell Leben darstellen, die aber entweder die Tiefkühlschränke der Laboratorien füllen oder unnötig zerstört werden und zu anderen unerwünschten und unmoralischen Aktivitäten wie „Eizellhandel“ Anlass geben. Der katholische Standpunkt wird besonders streng bei Bediensteten der Kirche gehandhabt. Anfang des Jahres wurde ein Lehrer einer amerikanischen katholischen Schule entlassen, weil er sich um IVF bemüht hatte, um ein Kind zu haben.

Die assistierte Reproduktionstechnik bietet die Möglichkeit, missbraucht zu werden, und zwar durch diejenigen, die die Fachkompetenz für diese Behandlungsmethode besitzen; entweder durch finanzielle Ausbeutung der verletzlichen Patienten oder durch den Versuch, z.B. eine perfekte biologische Rasse durch Klonen zu züchten, etwas, was Edwards und Steptoe niemals hätten unterstützen wollen. Dennoch berücksichtigt der radikale Standpunkt des Vatikan nur die eine Seite des Problems und hört nicht auf die Schreie der verzweifelten Paare, die sich nach einem eigenen Kind sehnen, das sie lieben und aufziehen können und das sie überlebt. Und er rechnet nicht mit den Ärzten, die ihre Arbeit ehrlich tun und sich dabei korrekt an ihre eigenen ethischen Maßstäbe und die von regulierenden Körperschaften binden. Wir dürfen nicht vergessen, dass sich die Welt parallel zur sich verändernden neuen Technologie in den letzten 30 Jahren auch einer radikalen Veränderung moralischer Werte gegenübersteht und die schrittweise Akzeptanz der „New Age-Elternschaft“ gleichermaßen Arzt und Patient mit dem Mischmasch des ethisch Unerklärbaren konfrontiert.

Um *Medizin der Person* zu betreiben, muss man sich mit seiner ganzen Person für diese Aufgabe einsetzen. So werde ich nun die Person hinter der Ärztin beschreiben, die vor Ihnen steht. Ich wurde von einer französischen Mutter und einem englischen Vater, einem strengen Katholiken, erzogen. Durch den regelmäßigen sonntäglichen Besuch gesungener lateinischer Messen seit Geburt entwickelte sich bei mir, als ich älter wurde und die Liturgie sich änderte, der eigene Wunsch, Volksmessen zu besuchen. Als Teenager habe ich mich selbst zur Kommunion entschieden, die Kirche zu besuchen und mich als Geschöpf Gottes zu verstehen, das von IHM geleitet wird. Als Kind kam mir nie in den Sinn, Ärztin zu werden, da ich alles, was mit Blut zu tun hatte, anstößig fand und Krankheiten, Krankenhäuser und Leiden für mich unerträglich waren. Während meines ersten Semesters an der Universität, als ich naturwissenschaftliche Vorlesungen hörte, dämmerte mir in den Physiologie-Vorlesungen, dass ich meine Berufung gefunden hatte. Ich war fasziniert von den inneren Vorgängen im menschlichen Körper und erkannte, dass man, wenn man die Wissenschaft hinter der Schönheit des menschlichen Seins versteht, über Schmerzen und Krankheitsleid, den Schrecken offener Wunden hinwegsehen könnte. Kenntnisse und Leidenschaft könnten für die Behandlung Kranker nützlich sein. Ich wechselte zum Medizinstudium und mein anschließender Weg zur Reproduktionsmedizin bestand aus einer Serie ähnlicher Ereignisse, die mich von meiner Wahl nicht mehr abbringen konnten; der Weg schien klar und für mich wie zugeschnitten. Ich werde nie das erste Baby vergessen, das ich als Medizinstudentin entbunden habe, das Gefühl, neues Leben und seine wunderbare Schönheit in der Hand halten zu dürfen. Auch übersah ich nicht den Blick seiner Mutter und seines Vaters, wie sie das erste Mal ihr Kind sahen, der Blick voll unermesslicher Liebe. Ich entwickelte eine Leidenschaft für reproduktive Physiologie. Und als die Geschichte mit der IVF begann, sich in Cambridge, wo ich zunächst als Studentin war und später als Spezialistin, zu entfalten, wurde ich zweifellos durch die Pioniere um mich herum beeinflusst. Während meiner Spezialisierung begannen jedoch die Konflikte zwischen meinem Berufsleben und Gott. Als Auszubildende in Gynäkologie und Geburtshilfe erwartete man von mir, die Verhütungspraxis zu unterstützen, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen,

Medikamente zur Förderung der Fruchtbarkeit zu verordnen und kinderlose Ehepaare zur IVF-Behandlung zu überweisen. Keine dieser Maßnahmen ist mit dem katholischen Glauben vereinbar. Ein Grundpfeiler der katholischen Lehre besteht darin, dass wir alle nach dem Bilde Gottes geschaffen sind und dass Mann und Frau für einander geschaffen sind. Kinder werden als das höchste Geschenk in einer Ehe angesehen, nicht als ein Recht darauf oder als verdient, sondern aus einem sich gegenseitigen Geben der Eheleute heraus. Es sollten keine künstlichen Barrieren während des Geschlechtsverkehrs benutzt werden, und Leben sollte weder künstlich beendet noch geschaffen werden. Ich habe nicht so sehr meinen eigenen Glauben hinterfragt, als vielmehr die Haltung des Vatikan gegenüber der Heiligkeit des Lebens und hörte schließlich auf, das katholische Kaplansamt in Cambridge zu besuchen, wo ich ein sehr aktives Mitglied gewesen war. Einige Jahre wanderte ich in einem Niemandsland herum mit dem Gefühl, dass ich nicht mehr der Kirche, in der ich mein ganzes Leben war, angehörte und dort auch nicht mehr willkommen war. Als ich meinem Mann begegnete, der Anglikaner ist, fand ich einen Weg, der mich zum christlichen Gottesdienst zurückführte. Ich traf die bewusste Entscheidung, in einer Anglikanischen Kirche zu heiraten, wo dann auch unsere Kinder geistlich aufwuchsen und getauft wurden, und wo ich erstmalig nach vielen Jahren das Empfinden hatte, dass mein Glaube und mein Berufsleben nicht länger in Konflikt waren. Wir wurden mit drei wunderbaren Kindern gesegnet, die alle auf natürlichem Wege gezeugt wurden. Die Geburt unseres ersten Kindes war der traumhafteste Moment in meinem Leben, der nur mit der Geburt unserer beiden Söhne, zwei und acht Jahre später, vergleichbar ist. Nichts kann das Gefühl ausdrücken, Eltern zu werden, und die tägliche Freude, die ein Kind in unser Leben bringt. Ich habe keine Schwierigkeiten damit, den Kummer kinderloser Ehepaare zu teilen und frage mich oft, was ich wohl getan hätte in deren Situation. Aber es ist Teil meiner Arbeit, empathisch zu sein und an dem Kummer teilzunehmen. Weil ich verstehe, dass Unfruchtbarkeit eine Krankheit ist, die unermessliche Schmerzen bereitet, die zu Depressionen und zum Zerbruch von Ehen und Beziehungen führen können, treibt mich das an, das zu tun, was ich tue, in dem Glauben, dass ich nur ein Instrument in dem großen Orchester Gottes bin, und ich nur einfach seinem Taktstock zu folgen habe.

Assistierte Reproduktionsmedizin könnte schnell außer Kontrolle geraten ohne die Einrichtung einer Regulierungsbehörde. 1990 wurde die „Human Embryology Authority“, bekannt als HFEA, gegründet, die die IVF-Zentren beaufsichtigen sollte. Die HFEA baut auf dem Warnock Report auf, einem Papier der Regierung, das sich „Menschliche Fruchtbarkeit und Embryologie“ nennt: ein Rahmenwerk für die Gesetzgebung. Die HFEA ist die erste unabhängige öffentliche Körperschaft ihrer Art in der ganzen Welt, und viele Länder folgten diesem Anliegen durch gesetzliche Vorgaben für die Arbeit von IVF-Zentren. Meine eigene Praxis ist heute strikt reguliert durch den 8. HFEA-Code für Praxen, der 2009 herausgegeben wurde und regelmäßig aktualisiert wird. Meine Klinik ist durch die HFEA lizenziert, und ihre Arbeit wird regelmäßig inspiziert. Ich muss über jeden einzelnen IVF-Zyklus mit Spender-Samen und -Eizelle elektronisch an die HFEA berichten und meine Ergebnisse werden ständig beobachtet. Ich muss das Wohl eines jeden Kindes, das durch die Behandlung geboren werden könnte, und die Eignung aller voraussichtlichen Eltern einschätzen. Wenn z.B. die Frau eine psychiatrische Anamnese hat oder körperliche Probleme, die ein Risiko für die Zukunft des Kindes bedeuten könnten, muss ich vor allem das Wohl des Kindes berücksichtigen und die Behandlung ablehnen, wenn ich eine potentielle Gefahr sehe. Dies ist vielleicht ein Gebiet, auf dem ich das Gefühl habe, ich könnte „Gott spielen“. Aber die Behandlung einer Patientin kann nie nur durch eine Person abgelehnt werden. Diese komplexen Fälle müssen in einem multidisziplinären Team-Treffen vorgestellt werden, und wenn dort weitere Unklarheit besteht, im Ethischen Komitee der Klinik, das regelmäßig zusammen kommen sollte und in allen widersprüchlichen Angelegenheiten Rat erteilt. Jeder Patient sollte Zugang zu einem unabhängigen Berater haben, und für alle Patienten, die sich einer Behandlung mit Spender-Eizellen oder -Samen unterziehen wollen, sollten vorher über die Folgen beraten werden. Jeder Schritt beim Zusammenbringen einer Eizelle einer Frau und einer Samenzelle eines

Mannes muss dokumentiert werden, damit keine Fehler passieren, und beide Parteien, die in die Schaffung menschlichen Lebens *in vitro* involviert sind, müssen für alles, was getan wird, schriftlich ihr Einverständnis geben. Die Zahl der Embryonen, die wir einer Patienten einsetzen dürfen, ist begrenzt. Wir dürfen nicht willentlich eine Mehrlingsschwangerschaft herbeiführen. Wenn meine Praxis diesen erwarteten Standard nicht erfüllt, kann mir die Lizenz entzogen werden. Wenn meine Klinik sich irgendeiner ungesetzlichen Handlung schuldig macht wie z.B. das Berechnen von Embryos, die gar nicht existieren, oder das Einbringen von Embryonen in die falsche Patientin, würde ich nicht nur meine Lizenz verlieren, sondern als Chefärztin und Verantwortliche der HFEA, strafrechtlich verfolgt und vielleicht zu einer Gefängnisstrafe verurteilt werden. Ich finde die Reglementierung gut, weil sie die Möglichkeiten der Autonomie und die Anmaßung, eine Schöpferrolle spielen zu wollen, ausschließt. Auch meine Patienten fühlen sich sicher, dass ihnen wissentlich kein Schade zugefügt wird und ihr Kind in Zukunft gesetzlich geschützt ist. Das Problem ist, dass viele Länder nicht diese strenge Regulierung haben und damit die Pforten weit offen lassen zum finanziellen Missbrauch der Technik. Die HFEA wurde beschuldigt, zu eng in der Regulierung ihres Aufgabenbereichs vorzugehen, da das Ethik-Komitee nur aus 5 Mitgliedern besteht. Viele europäische Länder besetzen unabhängige Bioethische Kommissionen mit 15 bis 35 Mitgliedern, die zwei Aufgabengebiete haben: die Regierungen bezüglich der Gesetzgebung im Rahmen der assistierten Reproduktion zu beraten und die Öffentlichkeit an ihren Beratungen zu beteiligen, indem sie dabei die Standpunkte sämtlicher Organisationen, einschließlich der religiösen, herauszufinden sucht.

Ich möchte jetzt den Glauben aus der Sicht einer Patientin darstellen, der mit der künstlichen Befruchtung in einen Konflikt mit Gott gerät. Liz entschied sich für eine Eizellspende, nachdem mehrere Versuche, mit eigenen Eizellen durch IVF schwanger zu werden, gescheitert waren. Und dies war erfolgreich; sie empfing ihre Tochter Georgie. Liz und ich sind noch in Kontakt, da sie an der Medizinischen Schule arbeitet, an der ich unterrichte. Als ich ihr von dem Thema dieses Referates erzählte, hat sie mir ihre Gedanken mitgeteilt. Sie war ebenfalls regelmäßig und aus eigenem Antrieb als Kind, als Teenager und als junge Erwachsene zur Kirche gegangen. Mit 22 verlor sie ihre Jungfräulichkeit durch den Mann, mit dem sie glaubte, den Rest ihres Lebens verbringen und mit ihm Kinder haben zu wollen. Die Beziehung löste sich auf und an diesem Punkt in ihrem Leben begann ihr Glaube ins Wanken zu geraten. Sie hörte schließlich auf, die Kirche zu besuchen. Sie sehnte sich danach, Kinder zu haben und meinte, sie hätte alles, was zu einer perfekten Mutter gehört. So konnte sie nicht verstehen, dass ein liebender Gott, dem sie meinte, während ihrer Jugend so gut gedient zu haben, ihr ihren größten Wunsch abschlagen konnte. Als sie schließlich ihrem Ehemann, Rob, begegnete, bat sie Gott um Seinen Segen für ihre Ehe. In diesem Stadium hatte sie den Eindruck, das letzte Hindernis überwunden zu haben, und Kinder würden zwangsläufig zu Gottes Plan gehören. Der Schmerz über ihre Unfruchtbarkeit traf sie hart, als ihr klar wurde, dass Gott, der ihr so lange einen Ehemann vorenthalten hatte, jetzt schien, ihr wirklich keine Kinder schenken zu wollen. Das veranlasste sie dazu, die Dinge jetzt selbst in die Hand zu nehmen und den Weg der assistierten Reproduktion einzuschlagen. Liz gab zu, dass sie, als sie zu mir kam, mich bat, „Gott zu spielen“; das zu tun, wozu ER nicht in der Lage zu sein schien. Als ein IVF-Zyklus nach dem anderen scheiterte, wurde ihr emotionales Trauma noch größer. Ich riet ihr, über eine Eizellspende nachzudenken, da ihre Eizellen nach meiner Eischätzung die Schwierigkeit darstellten. Eine enge Freundin von Liz, Amy, machte ihr dann das wunderbare Geschenk ihrer eigenen Eizellen. Als Zuschauerin bin ich immer voll Bewunderung für eine altruistische Eizellspenderin, die ohne finanziellen Gewinn ihre Zeit opfert und schmerzhafte Injektionen und die Prozedur der Eizellentnahme auf sich nimmt, um sich an der Schaffung neuen Lebens für eine andere Person, die das Kind aufzieht, zu beteiligen. Amys Eizellen wurden mit Robs Spermia befruchtet, um Embryonen zu erzeugen, und nur ein einziger Embryo wurde Liz in die Gebärmutter eingeführt. Neun Monate später wurde Georgia geboren. Mit dem Geschenk einer gesunden Tochter in ihren Armen meinte Liz, sie könnte die Dinge jetzt von einer anderen Perspektive aus betrachten und argumentierte damit, dass

es eben auf diese Weise geschehen sollte. Sie erkennt, dass sie inzwischen eine ganz andere Person geworden ist als die 22-Jährige, die mit 25 Kinder haben wollte. Sie wäre jetzt eine viel bessere Mutter nach all den Erfahrungen, durch die sie in den 20 Jahren vor der Geburt ihrer Tochter gegangen ist. Nun hat sie den Eindruck, dass es vielleicht Gottes Plan war und ER ihr durch die Behandlung ihrer Unfruchtbarkeit ein Kind zur richtigen Zeit schenken wollte. Mit derselben Logik, mit der sie ihre Ehe segnen ließ, hat sie begonnen, Georgi mit in die Kirche zu nehmen und hält dieses Kind Gott zu Gute. Sie dankt IHM für ihre Tochter. Was meine Rolle anbetrifft, habe ich nicht einen einzigen Moment geglaubt, „Gott zu spielen“; denn es waren zu viele Hindernisse zu überwinden, die nicht in meiner Macht standen, wie z.B. Amy zu finden. Ich glaube, dass Gott uns als Ärzten und Wissenschaftlern die Kenntnis und die Technik gegeben hat, Patienten wie Liz behandeln zu helfen. Unsere Aufgabe ist, unsere Kenntnisse weise zu gebrauchen.

New Age Elternschaft ist ein Gebiet, auf dem bio-ethische Grenzen weit weniger klar sind, wenn die Technik Szenarien bereitstellen kann, die aus einer evolutionären Perspektive unmöglich wären. Die meisten religiösen Gruppen predigen Toleranz, Freundlichkeit, gegenseitigen Respekt; aber nur wenige akzeptieren entweder homosexuelle oder transsexuelle Elternschaften. Der islamische Glaube erkennt an, dass alles Leben und Tod nach dem Willen Gottes geschieht und akzeptiert IVF, allerdings unter der einen Bedingung, dass Ei- und Samenzelle von einer Frau und einem Mann stammen, die mit einander verheiratet sind. Wenn noch ein Drittes dazu kommt wie Ei- oder Samenzellspende oder eine Leihmutter, oder die Verwendung von posthumem Sperma, um Leben nach dem Tod des Ehepartners zu schaffen, so ist das verboten. Der Hinduismus vertritt einen ähnlichen Standpunkt.

Vor 6 Jahren zog ich nach Brighton um und eröffnete meine eigene Kinderwunschlinik. In Brighton ist die Anzahl von Homosexuellen und Lesben in der Bevölkerung eine der höchsten im Vereinigten Königreich. Ich bin nicht sicher, ob ich wirklich auf die vielen verschiedenen Fälle vorbereitet war, denen ich in den wenigen Jahren begegnen würde. Die Frage, ob es für eine unverheiratete oder eine homosexuelle Frau richtig oder falsch ist, durch eine Samenspende schwanger zu werden, oder für einen homosexuellen Mann, Vater zu werden durch Eizellspende und Leihmutter, ist jetzt viel weniger ein Problem für die Akzeptanz der westlichen Gesellschaft geworden. Veröffentlichte Forschungsergebnisse zu diesem Thema haben gezeigt, dass Kinder, die in diese Verhältnisse hinein geboren werden, sich genauso wohl, wenn nicht besser fühlen als in traditionell heterosexuellen Familien. Auf der anderen Seite kann in Britannien die Ablehnung einer Behandlung bei einem homosexuellen Paar als diskriminierend angesehen werden und potentiell juristische Schritte gegenüber der Klinik nach sich ziehen trotz der Tatsache, dass Artikel 12 des European Human Rights Act das Recht bestätigt, zu heiraten und eine Familie zu gründen, aber erkennt nicht speziell homosexuelle oder Transsexuelle Elternschaft an. Ob Erschaffung von Leben durch Samenspende oder Leihmutter zu Gottes Plan gehört, führt zu schwierigen Auseinandersetzungen, und im christlichen Glauben bleibt, selbst in der Anglikanischen Kirche, ein Konflikt in Bezug auf homosexuelle Elternschaft bestehen. Ich kann mich einfühlen in diese Männer und Frauen, die sich, ohne eigenes Verschulden, als biologisch ausgestoßen empfinden i.S. der Fortpflanzung, die sich aber genauso nach Elternschaft sehnen wie solche in heterosexuellen Beziehungen. Durch die Behandlung lesbischer Frauen habe ich erfahren, dass sie in sehr liebevollen Beziehungen leben und genauso einen starken Wunsch haben können, Kinder aufzuziehen, wie in heterosexuellen Beziehungen. Dies steht in krassem Gegensatz zu einer ungewollten Schwangerschaft bei vielen heterosexuellen Paaren und zur zwangsläufigen Schockreaktion danach, die Schwangerschaft abzuberechnen. Deshalb habe ich den Eindruck, dass ich, unabhängig von der kirchlichen Auffassung, nicht berechtigt bin, eine Behandlung eines homosexuellen Mannes oder einer Frau nur auf Grund ihrer sexuellen Orientierung abzulehnen.

Während die homosexuelle Elternschaft heute gesetzlich und moralisch in der westlichen Welt akzeptiert wird, ist der Sprung in eine fragliche Praxis, transsexuellen Männern oder Frauen zu einem Kind zu

verhelfen, viel größer, sowohl ethisch als auch geistlich. Anastasia kam mit ihrer Mutter zu mir, um die Frage zu diskutieren, ob Eizellen von ihr eingefroren werden könnten. Sie war 23 und wüsste schon seit vielen Jahren, dass sie psychologisch eigentlich ein Mann sei. Als ich sie das erste Mal sah, begegnete mir ein junges Mädchen noch ohne besondere sexuelle Ausprägungen, schmerzhaft schüchtern, aber nicht davon abzubringen, wer sie sein wollte. Sie bewegte sich und sprach sogar wie ein Mann, obwohl sie, abgesehen von ihren kurzen Haaren, noch eine weibliche Erscheinung hatte. Sie hatte während ihrer Kindheit unter einer komplexen Persönlichkeitsstörung gelitten, war aber jetzt dank der Unterstützung ihrer liebevollen Mutter psychisch stabil. Sie hatte einen festen Job und besuchte eine Klinik für Transsexualität in London. Sie hatte schon einige Jahre als Mann gelebt, bevor ich ihr begegnete, und wollte innerhalb der nächsten 6 Monate mit einer Behandlung mit männlichen Hormonen beginnen. Sie wollte diese Hormone mindestens 2 Jahre nehmen, bevor sie Eierstöcke und Gebärmutter entfernen und die Brust reduzieren lassen wollte. Zu einem späteren Stadium würde sie dann die äußere Geschlechtsumwandlung vornehmen lassen. Wir sprachen über das Einfrieren von Eizellen. Im Gegensatz zu eingefrorenen Embryonen, die zu exzellenten Schwangerschaftsraten beitragen, musste ich ihr sagen, dass Eizellen viel empfindlicher sind und den Prozess der schnellen Kryokonservierung und des Auftauens schlecht tolerieren. Damit eine Frau von 23, wie Anastasia, eine realistische Chance hätte, in Zukunft Kinder zu bekommen, müssten mindestens 50 Eizellen eingefroren werden, was etwa 3 IVF-Zyklen entsprechen würde. Anastasia befand sich zu der Zeit in einer festen Beziehung zu einer anderen Frau. Wir einigten uns darauf, dass sie später, auch wenn diese Beziehung zerbrechen würde, sie sich sehr wahrscheinlich mit einer anderen Frau fortpflanzen wolle. Um biologische Mutter eines Kindes zu werden, brauchte sie deshalb Spender Eizellen für ihre Partnerin, die dann mit Spendersamen befruchtet werden müssten, bevor sie in die Gebärmutter ihrer Partnerin eingebracht würden. Nachdem wir behutsam alle Optionen und den Prozess, durch den sie gehen müsste, durchgesprochen hatten, entschied sich Anastasia für eine IVF-Behandlung mit Spendersamen, um dann Embryonen einzufrieren, mit denen sie die höchste Chance hätte, ein Kind von eigenen Eizellen zu haben. Der einzige Rückschlag, den wir erlebten, war ein legaler. Zwischen unserem erste Kontakt und dem Beginn der Behandlung änderte Anastasia legal ihren Namen in Bruno. Um die Einverständniserklärung für die Eizellspende zu unterschreiben, brauchte sie ihren weiblichen Namen. Nachdem ich mich juristisch hatte beraten lassen, riet ich ihr, die Formblätter mit ihrem weiblichen Namen zu unterzeichnen und in ihrer Geburtsurkunde diesen Namen zu behalten. Sie absolvierte 2 Behandlungszyklen. Bruno lebt nun als Mann, und seine Embryonen bleiben eingefroren, bis er die richtige Partnerin findet und zur Elternschaft bereit ist. Verständlicherweise werden Sie darüber nachdenken, ob es richtig oder falsch ist, Bruno und andere wie ihn zu behandeln. Aber Sie sollten zur Kenntnis nehmen, dass viele Länder der Westlichen Welt schon seit einigen Jahren, unabhängig von den verschiedenen religiösen Standpunkten, akzeptiert haben, Transsexuellen den gleichen Zugang zu assistierter Reproduktionstechnik zu ermöglichen, um sich fortzupflanzen. So fühle ich mich nicht befugt, eine Behandlung zu sanktionieren oder abzulehnen, es sei denn, dass Wohl des Kindes steht auf dem Spiel. Ich glaube nicht, dass ich in diesem Fall „Gott spiele“, denn, um es zu wiederholen; ich bin nur ein Instrument in Seinem Orchester und bin ausgestattet mit der Kenntnis und Fähigkeit, dass Bruno die Wahl hat, die seine Chancen, ein guter Vater zu werden und sein zukünftiges Kind zu beschützen, maximiert. Vorausgesetzt ich habe meinen Patienten gründlich untersucht durch eine umsichtige Anamneseerhebung und Beurteilung der inneren Person, was ich während zahlreicher Konsultationen mit Bruno und seiner Mutter getan habe, glaube ich, dass man mir nicht vorwerfen kann, entweder „Gott zu spielen“ oder Schaden angerichtet zu haben. Aber diese Technik, die Bruno eine Elternschaft in der Zukunft ermöglicht, kann so leicht bössartig ausgebeutet werden. 2008 konnte man quer über die erste Seite aller Zeitungen eine Fotografie eines Amerikaners, Thomas Beatie, sehen, der sich im letzten Stadium einer Schwangerschaft befand. Er wurde als der „erste schwangere Mann“ bekannt. Thomas war wie Bruno transsexuell, von der Frau zum Mann, aber hatte sich gegen eine Umwandlungsoperation entschieden und

behielt Gebärmutter und Eierstöcke. Er stellte sich der Welt als Mann zur Schau, der ein Kind in seiner Gebärmutter trug, gewann dadurch öffentliche Aufmerksamkeit und warb für sein medizinisches Team. Ich ziehe da eine Linie, wenn solche unnötige Publizität geschaffen wird, weil ich glaube, dass diese nur zu weiterer Ausbeutung der Reproduktionsmedizin ermutigen kann, und zwar bei denen, die öffentlich bestaunt werden möchten; aber die Zukunft des Kindes wird ausnahmslos und irreparabel beschädigt sein. Thomas hat inzwischen 3 Kinder auf diese Weise bekommen und argumentierte so, dass er unabhängig von seinem sozialen Geschlecht ein Recht hätte, Kinder zu haben, da seine Frau Nancy nicht schwanger werden konnte.

In einigen Ländern ist die Behandlung von Transsexuellen illegal. Angel kam mit ihrer Partnerin Barbara aus der Schweiz in meine Klinik. Sie war schlank und groß, sah perfekt aus und war unglaublich schön mit ihren langen blonden Haaren und blauen Augen. Ich gebe zu, dass ich tief durchatmete, als sie unser Gespräch damit eröffnete: „Doktor, ich bin ein Mann und wir möchten, dass Sie uns helfen, ein Kind durch IVF zu bekommen“. Sie fuhr dann fort, dass sie transsexuell sei, als Mann geboren, aber nun seit mehr als 10 Jahren als Frau lebte. Sie hatte die ganze Zeit weibliche Hormone genommen, aber noch keine Umwandlungsoperation vornehmen lassen. Vor 2 Jahren hätte Angel die Hormone abgesetzt, konnte jetzt aber keine Spermien mehr durch Ejakulation produzieren. Das Paar hatte regelmäßig Geschlechtsverkehr; aber Barbara wurde nicht schwanger. In der Schweiz, wo sie lebten, ist jede Form von künstlicher Befruchtung bei Transsexuellen illegal, in England dagegen nicht. Im HFEA gibt es keine ethischen Beschränkungen für die Behandlung von Transsexuellen, vorausgesetzt das Wohl des zukünftigen Kindes ist in Gefahr. Da Angel nach dem Gesetz immer noch ein Mann war und auch in ihrer Geburtsurkunde noch nicht ihr Frauennamen eingetragen war, war es für sie in Großbritannien möglich, legaler Elternteil eines jeden Kindes zu werden, das durch die Eizellen von Barbara gezeugt würde. Die Behandlung war erfolgreich, und das Paar hat jetzt eine Tochter. In der Schweiz konnte sie allerdings nicht als legaler Vater gelten, als sie ins Land zurückwollten mit einem Pass, der auf ihren weiblichen Namen ausgestellt war; denn eine gleichgeschlechtliche Elternschaft ist nicht anerkannt. Bin ich einen Schritt zu weit gegangen in meinem Bestreben, Angel zur Elternschaft zu verhelfen? Ist die Transsexualität ein Teil von Gottes Plan, das Kinderkriegen nur auf heterosexuelle Menschen zu beschränken? Habe ich mich in Seinen Plan oder tatsächlich in den Prozess der natürlichen Auslese eingemischt; oder war ich ein Teil dieses Prozesses und das Kind war doch gemeint, zu sein? Ich würde nie etwas tun, bei dem ich den Eindruck habe, dass es grundsätzlich gegen das Wohl eines Paares oder die Zukunft des Kindes verstoßen würde; aber in gleicher Weise möchte ich auch nicht in Konflikt mit Gott geraten, was immer die Kirche gerade für einen Standpunkt einnimmt. Ich habe genug Zeit mit Angel und Barbara verbracht, um zu wissen, dass sie liebevolle Eltern sein würden und ihr Kind in einer stabilen und behüteten Umgebung aufwachsen würde. Es war zu hart für sie, die nötige Behandlung zu erlangen und die gesetzlichen und geographischen Hindernisse zu überwinden, um ein Kind zusammen zu haben. Deshalb hegte ich über ihre Motive keinen Zweifel. Wie die Gesellschaft sie als Familie behandeln werde, ist allerdings eine andere Geschichte. Sie müssen damit rechnen, vielen Vorurteilen in der Zukunft zu begegnen. Aber bevor wir die Behandlung unternahmen, habe ich für eine Beratung bei einem unabhängigen Spezialisten gesorgt, um sicher zu gehen, dass sie über die nötige Strategie und Ressourcen verfügen, mit den Schwierigkeiten umzugehen.

Als neu angestellte leitende Fachärztin (Konsiliarärztin) für die IVF-Abteilung im Chelsea & Westminster Krankenhaus in London erlebte ich meine erste und wahrscheinlich größte Herausforderung in meiner beruflichen Laufbahn. Chelsea & Westminster hat die größte HIV-Klinik in Europa. 1999 wurde ich damit beauftragt, für HIV-positive Männer ein Programm zu entwickeln, das sie ohne Gefahr schwängern könnten. Mehrere Jahre vorher hatte ein italienischer Gynäkologe, Enrico Semprini, eine Serie von Fallstudien im Lancet veröffentlicht. Er beschrieb ein „Samen waschen“ als eine Technik, bei der

Spermatozoen, die keine Rezeptoren für HIV besitzen, abgetrennt wurden von HIV-kontaminierter Samenflüssigkeit und Nicht-Samenzellen, um mit diesen „sauberen Spermatozoen“ die HIV-negative Partnerin per Insemination zu behandeln. Nach einem Besuch der Klinik Semprinis in Mailand und Durchführung weiterer Untersuchungen in unseren eigenen Laboratorien, um die Sicherheit der Technik zu etablieren, hat unser Ethik-Rat des Krankenhauses das Programm geprüft und wir begannen schließlich, HIV-infizierte Männer zu behandeln. Zu dieser Zeit herrschte noch die öffentliche Meinung, dass Männer mit HIV akzeptieren müssen, dass sie eine lebensbedrohliche Erkrankung haben und von jedem Gedanken an ein eigenes Kind Abschied nehmen müssten. In der Mitte der 90-iger Jahre begann jedoch die Behandlung von HIV-infizierten Männern mit hoch wirksamen antiretroviralen Medikamenten, die der Vermehrung von HIV und dem damit verbundenen Abbau der CD4-Zellen Einhalt gebieten konnten. Plötzlich waren die HIV-Krankenzimmer leer und die Lebenserwartung dieser Menschen stieg dramatisch. Es war nicht länger gerechtfertigt, diesen Menschen die Möglichkeit zur Fortpflanzung abzuschlagen, vorausgesetzt, dass dies kein Risiko für die nicht infizierte Partnerin oder das zukünftige Kind darstellt. Vorurteile töten logische Gedanken. Die letzten 12 Jahre meines Berufslebens habe ich damit verbracht, Fachleute und die Öffentlichkeit darüber aufzuklären, wo wir mit HIV stehen und warum diesen Männern und Frauen die Chance angeboten werden sollte, sich sicher fortzupflanzen. Es gibt vier Grundregeln in der Medizin-Ethik: Primum non nocere (an erster Stelle keinen Schaden zufügen), Beneficence (Gutes tun), Autonomie (das Individuum respektieren), Gerechtigkeit (für ehrliche und faire Behandlung sorgen). Wenn ich HIV-positiven Männern und Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter dazu zu verhelfe, sicher Kinder zu bekommen, glaube ich, die vier Regeln befolgt zu haben. Allein in meiner Klinik sind in den letzten 12 Jahren über 200 gesunde, nicht infizierte Kinder HIV-infizierter Männer und Frauen geboren worden. Ich hatte Erfolg mit meiner Kampagne, dass diese Behandlung staatlich finanziert wird, um weltweit die Mission zu unterstützen, die Übertragung von HIV durch Geschlechtsverkehr zu reduzieren. Aber noch wichtiger war für mich, dass ich einige der mutigsten Menschen kennen gelernt habe, denen ich je in meinem Leben begegnet sein werde. Perry Evans, ein gläubiger Christ, ist ein Mann, von dem ich wirklich glaube, dass Gott ihn uns geschickt hat, damit wir jede Vorstellung aufgeben sollten, wir könnten uns davor drücken, erfolglos zu sein. Perry ist haemophil (Bluter). Bei ihm wurde nach einer Transfusion von infizierten Blutprodukten in den frühen 80iger Jahren HIV und eine Hepatitis C festgestellt. Er ist einer der vielen Haemophilen, die durch die medizinische Berufsgruppe infiziert wurde, bevor ein vernünftiges Screening eingeführt wurde. Mutig versuchte er trotz der eingeschränkten Lebenserwartung ein Leben in Fülle zu leben. Als er seine Frau Heather heiratete, wussten beide, dass Kinder nicht Teil ihrer Zukunft sein würden. Glücklicherweise probierte er einige der frühen Protease-Hemmer und dann das Tripel-Therapie-Schema für HIV aus. Er war einer der ersten meiner Patienten, die ich behandelte. Ihr Sohn Isaac wurde 2001 nach Insemination von Perrys gewaschenen Spermien geboren. Unglücklicherweise entwickelte Perry kurz nach der Geburt von Isaac ein Lymphom. Viele HIV-Patienten entwickeln selbst unter der Behandlung einen Krebs als Ergebnis ihrer Immunsuppression. Wir froren einige gewaschene Spermien von ihm ein, bevor er mit einer rigorosen Chemotherapie begann. Glücklicherweise sprach er gut auf die Therapie an, und das zweite Kind des Ehepaares, Cerian, wurde nach ICSI mit den gewaschenen Spermien einige Jahre später geboren. In den letzten Jahren kämpfte Perry gegen fortschreitendes Leber- und Nierenversagen und ebenfalls eine Darmerkrankung als Folge seiner mehrfachen Virusinfektionen. Ich bekomme regelmäßig von Heather E-Mails, die über die Familiensituation berichtet. Obwohl er viele Male an der Schwelle des Todes gestanden hat, ist die Entschlossenheit, der Glaube und der Sinn für Humor dieses einzigartigen Mannes unglaublich. Letztes Jahr schrieb Heather: „Perry nimmt Isaac an seinem 10. Geburtstag als Initiationsritus mit auf den Mount Snowdon. Das ist etwas Besonderes an Perry, weil er damit rechnet, nicht mehr zu leben, wenn Isaac vom Kind zum Adoleszenten und schließlich zum Mann heranreift. Dann könnte Isaac aber dieses als etwas Besonderes wie eine Linie im Sand erinnern. Ob Sie wohl in der Lage sind, Isaac einen einfachen Brief zu schreiben, damit er das feiern und sich in seinem

Leben daran erinnern kann?“ Ich schrieb Heather, dass ich wirklich nicht wüsste, wie viel ein 10-jähriger Junge von meiner Rolle in seinem Leben verstehen würde. Sie antworteten: „Isaac und Cerian kennen Sie. Sie brauchen nichts zu erklären. Sie wissen, dass Sie eine Hand (literarisch) mit in ihrem Leben haben, und wenn sie größer werden, mögen sie die Wissenschaft und all die Dinge verstehen oder auch nicht, die zu überwinden waren, damit sie unsere Geschenke von Gott werden konnten.“ Ihre Worte trösteten mich und geben mir die Gewissheit, dass die Rolle, die ich spielte, Gottes Absicht war im größeren Kontext des Lebens ihrer Kinder.

Zum Abschluss möchte ich noch eine Fallstudie präsentieren, die weiterhin illustriert, was für eine große Bedeutung das Geschenk neuen Lebens für Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten haben kann. Als ein jung verheiratetes Paar Anfang 30, Kerry und Ant, darüber nachdachten, eine Familie zu gründen, entwickelte Ant letzten Sommer neurologische Symptome. Die Untersuchungen erbrachten die Diagnose eines Hirntumors, und nach der chirurgischen Entfernung fand sich histopathologisch ein metastasierendes (bösartiges) Melanom. Er machte von der Möglichkeit Genrauch, Spermien einzufrieren, bevor er sich einer palliativen Bestrahlung und Chemotherapie unterzog. Ich sah das Paar erstmalig dieses Jahr im Februar, als sie mit Dringlichkeit zur staatlich geförderten IVF-Behandlung überwiesen wurden. Dabei sollten Ants eingefrorene Spermien benutzt werden. Man hatte Ant empfohlen, alle Chemotherapie abzusetzen, da er nur noch Tage oder höchstens Wochen zu leben hatte. Die Krankheit hatte überall hin gestreut, und als ich ihn das erste Mal sah, hatte er einen Magentubus in der Nase. Er sah völlig erschöpft aus und lebte in einem Hospiz mit Kerry, die täglich an seinem Bett saß. Unsere erste Begegnung war vielleicht die schwerste Konsultation, die ich je in meinem Leben erlebt habe. Das Thema Krebs war mir sehr nahe, da bei meinem Mann 2 Jahre vorher ein fortgeschrittenes Prostata-Karzinom diagnostiziert worden war. Seitdem leben wir täglich mit der Ungewissheit und Furcht, die diese Krankheit unweigerlich mit sich bringt. Ich gebe zu, dass ich dadurch in meiner Reaktion auf ihre Bedrängnis und in meinem Engagement beeinflusst war, als sie mich um Hilfe baten. Ich hatte fälschlicherweise angenommen, dass sie mich so dringend sehen wollten, um darüber zu sprechen, wie Kerry in Zukunft, nach dem Tode von Ant, von seinem eingefrorenen Samen ein Kind haben könnte. Nachdem ich dem Ehepaar die Behandlung erklärt hatte, wie aus Ants eingefrorenem Spermien und Kerrys Eizellen ein Embryo entstehen könnte, fragte mich Kerry umgehend, wie bald sie mit der Behandlung beginnen könnte. Ant erklärte dann, er setze sich jeden Tag neue Ziele, und sein wichtigstes Ziel sei jetzt, ein Bild von ihrem Embryo oder Embryonen zu sehen, bevor er sterben würde. Bevor wir die Genehmigung für die Behandlung beantragten, die sofort beginnen sollte, habe ich viel Zeit mit dem Ehepaar verbracht. Das Wohl des zukünftigen Kindes musste eingeschätzt werden, und ich musste mich vergewissern, ob es wirklich der richtige Weg war, mit der Behandlung zu beginnen, jetzt, da Ant so krank war. Wir haben die verschiedenen Situationen besprochen, die eintreffen könnten, wenn Ants Zustand sich während des Behandlungs-Zyklus verschlechtern würde. Wir haben sogar darüber gesprochen, dass die Behandlung evt. abgekürzt werden müsste. Sich einer IVF-Behandlung zu unterziehen ist für jedes Paar stressig, auch ohne die Unsicherheit und Furcht, die Ant und Kerry in dieser Zeit erlebt haben müssen. Sie waren beide sehr tapfer, wie sie da in meinem Sprechzimmer saßen, sich an den Händen hielten und ganz ruhig über das Kind sprachen, was sie beide gern zusammen haben wollten. Sie habe kaum Tränen vergossen, aber baten mich, mein Äußerstes dazu zu tun, dass Ant noch Zeuge des Wunders der Empfängnis werden könnte. Ich erzähle meinen Patienten selten etwas von dem Krebs meines Mannes; aber in diesem Fall war es unvermeidlich. Ich benutzte ein Schema, nach dem Kerry fast umgehend mit der medikamentösen Behandlung beginnen konnte. Ich entnahm gut 2 Wochen später bei Kerry Eizellen und Ant konnte die Bilder von dem Embryo sehen, bevor ich ihn in Kerrys Gebärmutter transferierte. Ant saß während der ganzen Prozedur auf einem Stuhl neben Kerry, hielt ihre Hand und lächelte. Es war sein Geburtstag, ein anderes Ziel, das er sich zu erreichen gesetzt hatte. Es war ein unvergesslicher Tag, sowohl in meinem Leben als auch in dem der beiden. Traurigerweise hat sich der

Embryo nicht eingenistet und die Enttäuschung dieses Fehlschlages war immens, nicht nur für das Ehepaar, sondern auch für uns alle, die in die Betreuung involviert waren. Aber sie kamen gestärkt zurück und Kerry bat um einen weiteren Zyklus. Schon nach einer Woche der Behandlung verschlechterte sich der Zustand von Ant. Kerry und ich einigten uns, die Behandlung abzubrechen, damit sie bei ihrem Mann sein könne. Er starb wenige Tage später. So habe ich mich gefragt, Ob ich mit meiner Entscheidung für die Behandlung dieses Ehepaares in Gottes Plan eingegriffen habe, oder ob ich es richtig gemacht habe? In meinem Herzen weiß ich, dass Ant, Kerry und ihre Familie und jeder einzelne Mitarbeiter meiner Klinik durch den Weg, auf den uns dieses bemerkenswerte Ehepaar gebracht hatte, bereichert wurde; auch wenn es nicht zu der so erhofften Schwangerschaft kam. Ich glaube, dieser Weg war Teil von Gottes Plan. Und schließlich wird Kerry, wenn sie sich eines Tages - wenn die Zeit reif ist - für eine weitere Behandlung entschließen sollte, zurückblicken und fühlen, dass Ant ihr die ganze Zeit die Hand hält.

Ich habe den Punkt in meinem Leben erreicht, dass ich mich eins fühle mit meinem Glauben und meiner Berufsausübung; aber ich kann die große Spanne der Konflikte nachfühlen, in denen sich meine Patienten befinden, wenn sie sich auf die wissenschaftliche Technologie als Hilfe zur Fortpflanzung einlassen. Ich bemühe mich, jeden Tag zu hinterfragen, was ich tue, wo die Grenzen liegen und wie ich mein Handeln rechtfertigen kann. Letztendlich bitte ich Gott um Seine Führung. In den ausgewählten Fallstudien herrscht das Thema des Vorurteils vor. Wenn ich darüber nachdenke, wie viele Einflüsse mir dazu verholfen haben, *Medizin der Person* zu praktizieren, komme ich zu dem Schluss, dass mich am meisten die Bilder von Atticus ergriffen haben, wie er mit seiner Tochter Scott in dem Stück von Harper Lee, „To kill a Mockingbird“ (eine Spottedrossel zu töten) spricht: „Du wirst niemals eine Person wirklich verstehen, bis Du die Dinge von ihrem Standpunkt aus betrachtest und in ihre Haut geschlüpft und darin herumgegangen bist“. Um die Frage zu beantworten, die ich am Anfang meines Vortrages gestellt habe, und während ich keinen Zweifel an Gottes Rolle in der künstlichen Befruchtung hege, schätze ich Ihre möglicherweise anderen Sichtweisen. Wie immer diese sein werden, hoffe ich sie zu einer interessanten Diskussion angeregt zu haben.

Dr. Carole Gilling-Smith, MA, FRCOG, PhD

Gynäkologin und Spezialistin für Sterilitätsbehandlung
Chefärztin,
Agora-Zentrum für Gynäkologie und Sterilität, Brighton

E-Mail Adress: cgs@agoraclinic.co.uk

Weitere Literaturempfehlungen

gibt es nur in Englisch und sollten bei Interesse beim Originalvortrag nachgelesen werden.