

Woche für das Leben 2017



Kinderwunsch Wunschkind Designerbaby

Bundesweite Aktionen vom
29. April bis 6. Mai

www.woche-fuer-das-leben.de



Inhalt

Vorwort

Gemeinsames Vorwort der Vorsitzenden Seite 4

Grundsatzbeitrag

Was darf man mit einem Menschen (nicht) tun?
Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung,
Prof. Dr. Johannes Reiter, Mainz Seite 6

Glossar Seite 16

Handlungsfelder

Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch –
was betroffene Frauen und Paare bewegt Seite 20

Interview mit Maria Tripolt, Eichstätt,
zu Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen Seite 22

Kinderwunschberatung auf Basis
der „Natürlichen Familienplanung“ (NFP) Seite 26

Interview mit Dr. Simoens, Kassel,
zur Pränataldiagnostik Seite 30

Anregungen für die Praxis

Elemente für einen ökumenischen Gottesdienst Seite 34

Weiterführende Informationen Seite 42

Impressum

Seite 43

Vorwort

„Kinderwunsch – Wunschkind – Designerbaby“

Unter diesem Motto steht die *Woche für das Leben* in den Jahren 2017 und 2018. Sie wendet sich damit den Fragen zu, in deren Zentrum der Wunsch nach einer sorgenfreien Schwangerschaft, einer glücklichen Geburt, einem gesunden Kind und einem guten Gedeihen des Kindes steht. Dieser Wunsch ist nicht nur zutiefst menschlich. Er ist auch vernünftig, berechtigt und in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Dennoch gehorchen die tatsächlichen Ereignisse oft nicht den Wunschvorstellungen. Und so stellen sich Fragen: Was kann man tun, wenn der erhoffte Kindersegen ausbleibt? Was kann vorbeugend getan werden, um eine gute Schwangerschaft und Geburt vorzubereiten? Welche Möglichkeiten gibt es, wenn Zweifel darüber entstehen, ob das Kind im Mutterleib gesund ist?

Die moderne Medizin eröffnet hier viele Möglichkeiten. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass die meisten dieser medizinisch-technischen Möglichkeiten mit zusätzlichen Aspekten und Nebenwirkungen verbunden sind, die sich nicht ausklammern lassen. So stehen Paare und werdende Eltern vor der Notwendigkeit, abzuwägen, Konsequenzen abzuschätzen und Entscheidungen zu treffen. Welche Möglichkeiten kommen für uns infrage? Worauf sollen wir uns einlassen? Welche Risiken und Belastungen können wir auf uns nehmen? Wie weit sollen wir gehen, um unsere Zukunft als Eltern zu planen und zu beeinflussen? Umgekehrt gilt es aber auch zu fragen: Was ist das Äußerste, was wir tun sollten? Welche Konsequenzen lehnen wir ab? Wo verläuft die Grenze zwischen dem Lebensbereich, in dem wir aktiv werden sollten, um unser eigenes Schicksal in die Hand zu nehmen, und dem Lebensbereich, in dem wir die Gegebenheiten des Lebens so hinnehmen müssen, wie sie uns treffen?

Das sind keine einfachen Fragen, die man mit einem Federstrich am grünen Tisch entscheiden könnte. Es gibt zahlreiche Aspekte, die hier eine Rolle spielen: Aspekte der Medizin und der Bioethik, aber auch Aspekte der Biografie, der konkreten Lebenssituation und der Paarbeziehung.

Das konsequente Ja zum Leben, für das die *Woche für das Leben* eintritt, schließt dabei alle Techniken und Verfahren wie z. B. die Präimplantationsdiagnostik aus, die mit Selektion und selektiver Vernichtung menschlichen Lebens verbunden sind. Doch auch diesseits dieser Grenze gibt es vieles, das erwogen und abgewogen sein will. Die *Woche für das Leben 2017* lädt dazu ein, sich mit diesen Fragen zu befassen, sich eine Meinung zu bilden und entsprechend Stellung zu beziehen. Wichtig sind dabei aktuelle medizinisch-technische Informationen. Wichtig sind jedoch auch ethische Einschätzungen und Bewertungen, die in die eigene Meinungsbildung einbezogen werden sollten.

Der Beitrag von Johannes Reiter in diesem Heft bietet für diese Meinungsbildung zahlreiche Impulse. Zur sachlichen Information leistet auch das angefügte Glossar sicher gute Dienste. Die Praxisberichte konkretisieren diese Sachinformationen.

Darüber hinaus finden sich auch im diesjährigen Themenheft zur *Woche für das Leben* Anregungen für ökumenische Gottesdienste und für das persönliche Gebet.

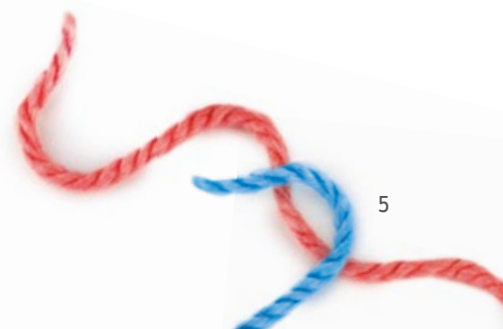
Wir hoffen, dass dieses Themenheft den einen oder anderen Impuls gibt, um die *Woche für das Leben 2017* aufzugreifen, sei es in Gottesdiensten, in Gesprächen oder in der eigenen Reflexion.

Landesbischof Heinrich Bedford-Strohm

Vorsitzender des Rates der
Evangelischen Kirche in Deutschland

Reinhard Kardinal Marx

Vorsitzender der
Deutschen Bischofskonferenz



Grundsatzbeitrag

Was darf man mit einem Menschen (nicht) tun?

Prof. Dr. Johannes Reiter, Mainz

Ethische Herausforderungen einer technisierten Fortpflanzung

Kaum etwas bereitet Menschen in ihrem Leben eine so große Freude wie die Geburt des gewünschten Kindes. Und kaum etwas in ihrem Leben wird so schmerzlich empfunden wie der unerfüllte Kinderwunsch. Neues Leben kann nicht einfach erzwungen werden, seine Entstehung ist nach wie vor von einem Geheimnis umgeben, weshalb wir es auch als Geschenk erfahren und selbst nichtreligiöse Menschen oft von einem „Wunder“ der Geburt sprechen.

In Anbetracht des Leids, das Kinderlosigkeit hervorruft, stehen wir vor der ethischen Frage: Welche menschlichen Handlungen sind gerechtfertigt, wenn wir in die normalen natürlichen Prozesse der geschlechtlichen Fortpflanzung eingreifen, um die gute Gabe eines neuen menschlichen Lebens zu ermöglichen?

Was wird gemacht?

Die in den 1980er-Jahren etablierte *Reproduktionsmedizin*¹ hat sich zum Ziel gesetzt, das Problem der ungewollten Kinderlosigkeit zu kurieren. In der Bevölkerung wird die Reproduktionsmedizin zunehmend in Anspruch genommen. Ihre ethische Bewertung ist nach wie vor unterschiedlich und wird in unserer säkularen Gesellschaft mit ihren pluralen Wertvorstellungen in erster Linie an den erkennbaren Vor- und Nachteilen festgemacht (Bernard 2014; Maio 2014; Rauprich 2015; Walser 2014).

Sowohl die Insemination als auch die *In-vitro-Fertilisation (IVF)* werden aus dieser Sicht weithin als unbedenklich angesehen, insofern sie im homologen System (Insemination mit Samen des Ehemannes) stattfinden. Dem Paar, so das Hauptargument, werde mit diesen Methoden, die inzwischen medizinischer Standard seien, zu einem eigenen Kind verholpen. Bezüglich der künstlichen Befruchtung im quasihomologen System (unter Partnern einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft) und im heterologen System (mit Spendersamen) werden zwar Vorbehalte, aber kein Verbot formuliert. Als Grund für eine heterologe Insemination wird angeführt: Das Kind sei – anders als bei einer Adoption – wenigstens mit einem Elternteil verwandt. Die Vorbehalte werden im Hinblick auf das Wohl des Kindes vorgebracht, das durch die Trennung von genetischer, leiblicher und sozialer Elternschaft gefährdet sei. Kann das Kind erfüllen, was

¹ Alle kursiv geschriebenen Begriffe finden Sie ausführlich erklärt im Glossar ab Seite 16.

sich die Eltern nach all dem Aufwand von ihm erhoffen? Hat es sogar eine Dankespflicht gegenüber seinen „Herstellern“? Es ist auch denkbar, dass sich der Ehemann als lediglich sozialer Vater von dem Kind distanziert, insbesondere bei dessen ungünstiger Entwicklung. Man möchte die heterologe Insemination daher nur unter bestimmten Bedingungen zulassen: umfassende psychosoziale Beratung des Ehepaares vor der Behandlung, das Kind hat nach Ablauf des 16. Lebensjahres ein Auskunftsrecht über seine Herkunft, kein Entgelt für den Samenspender, keine Verwendung von Samengemischen. Die Bedenken gegenüber dem heterologen Element entfallen bei der *Mikroinjektion (ICSI)*, einer Weiterentwicklung der IVF-Methode, bei der in die Eizelle ein ausgewähltes Spermium injiziert wird. Allerdings gibt man zu bedenken, dass es durch die sozusagen „erzwungene Befruchtung“ (unter Umgehung der natürlichen Selektion) bei den so gezeugten Kindern zu einer erhöhten Fehlbildungsrate kommen könne.

Fehlbildungsraten beim Embryo begegnen die Fortpflanzungsmediziner durch die *Präimplantationsdiagnostik (PID)*, bei der Embryonen unter Vorbehalt gezeugt werden und ihre Annahme nicht von ihrer Existenz, sondern von einer genetischen Qualitätsprüfung vor der Übertragung in den Uterus abhängig gemacht wird. Damit wird erklärt, dass nicht jedes Leben bedingungslos anzunehmen ist, sondern nur das Leben, das unseren individuellen Qualitätskriterien entspricht.

Die genetischen Testmethoden werden zunehmend ausgeweitet und führen die Eltern in schwierige Entscheidungssituationen.

So ist seit 2012 auch in Deutschland ein *nichtinvasiver Pränataltest (NIPT)* auf dem Markt (auch „Präna-Test“ genannt), bei dem anhand eines Blutropfens der Schwangeren festgestellt wird, ob bei dem Embryo eine Behinderung vorliegt, z. B. Trisomie 21, 18 und 13. Wird eine solche diagnostiziert, kommt es in der Regel zu einer Abtreibung. Allerdings wird empfohlen, ein positives Testergebnis durch eine zweite, invasive Untersuchung, meistens eine Fruchtwasseruntersuchung, weiter diagnostisch abzuklären. Im August 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands) das

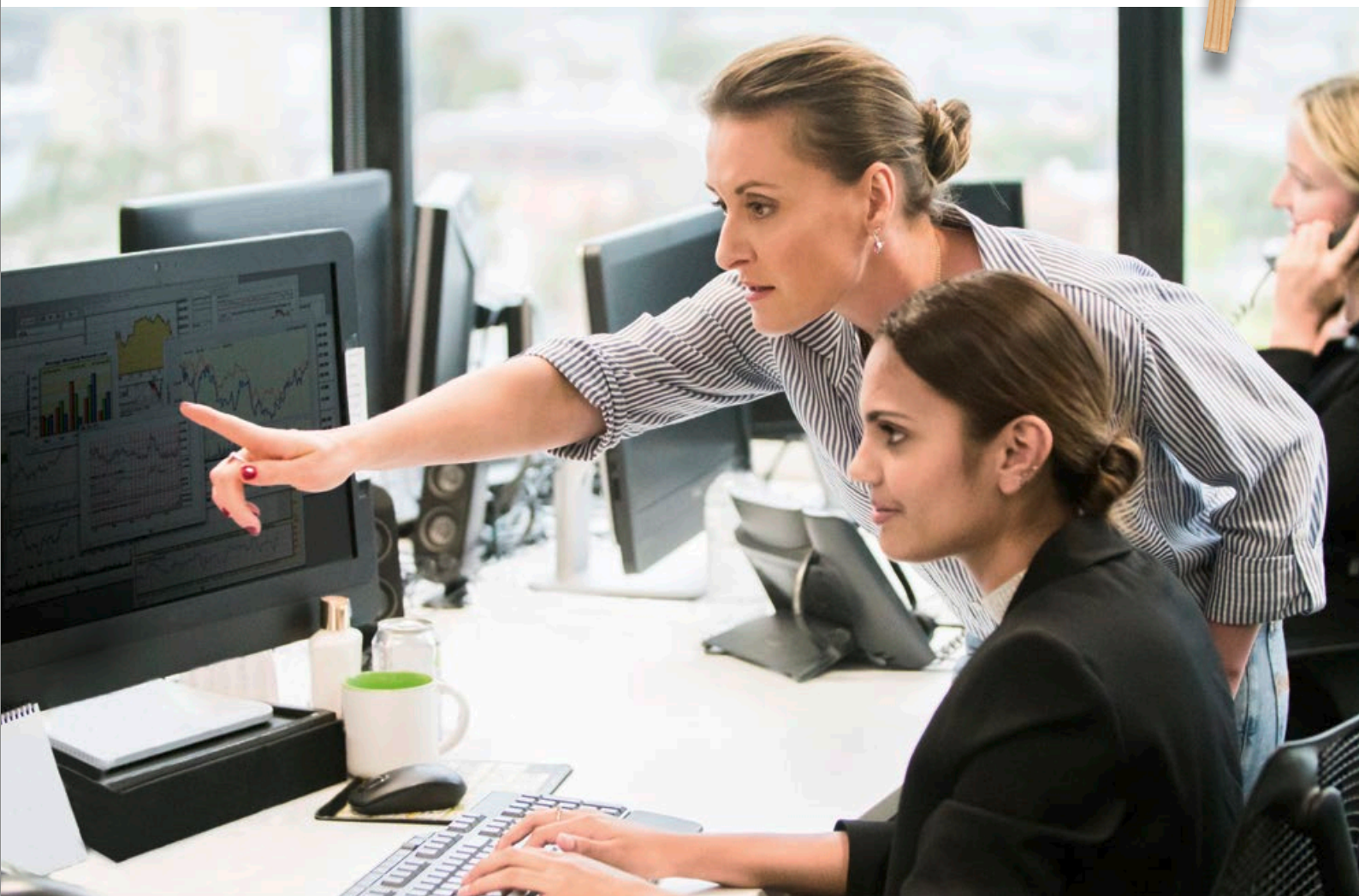
Prüfverfahren zur Frage eröffnet, ob Bluttests bei Risikoschwangerschaften als Kassenleistung ermöglicht werden sollen. Damit wäre der Weg zu einem Routine-Bluttest für alle Schwangeren eröffnet.

Im Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik (PID) und dem nichtinvasiven Pränataltest (NIPT), die derzeit nur Schwangeren mit einem erhöhten Risiko für Chromosomenstörungen angeboten werden, hat ein Teil der *pränataldiagnostischen Maßnahmen (PND)* sinnvolle therapeutische Konsequenzen. Störungen in der Entwicklung des Ungeborenen können im Ultraschall erkannt und vorgeburtlich, z. B. medikamentös, behandelt werden. Während die Pränataldiagnostik (PND), wenn sie ethisch verantwortbar angewandt wird, also durchaus auch lebenserhaltende Motive enthält, zielen PID und NIPT auf die Selektion von menschlichem Leben und sind daher ein Verstoß gegen die Menschenwürde.

Neuestens bietet die Reproduktionsmedizin jenen Frauen, die keine Gebärmutter haben, entweder von Geburt an oder weil sie diese durch Krankheit oder Unfall verloren haben, die Transplantation einer fremden Gebärmutter von lebenden oder hirntoten Frauen an, um auf diesem Weg schwanger zu werden. Es handelt sich hierbei um ein kaum erforschtes, extrem riskantes und belastendes sowie sehr teures Verfahren mit unklaren Chancen auf Erfolg: Uterusexplantation, Uterusimplantation, Gabe von Medikamenten zur Unterdrückung der Immunabwehr, IVF, PID, Embryotransfer, Risikoschwangerschaft, Explantation der Gebärmutter nach Geburt des Kindes. Bei all diesen Einzelschritten stellen sich nicht nur extreme medizinische, sondern auch gravierende ethische Probleme, bei denen die Risiken in keinem ausreichenden Verhältnis zum angestrebten Nutzen, dem Erlebnis einer eigenen Schwangerschaft, stehen. Kritiker dieses Verfahrens sprechen von einer Lifestyle-Medizin, weil hier nicht, wie bei anderen medizinischen Eingriffen, das Leben oder die Gesundheit eines Menschen bedroht seien, sondern handlungsleitend sei allein der Kinderwunsch.

Als besondere Variante der künstlichen Befruchtung kann ein Kind auch in der Gebärmutter einer Leihmutter ausgetragen und nach der Geburt den Eltern überlassen werden. Aus dieser Möglichkeit ergeben sich völlig neue Abstammungslinien und Verwandtschaftsverhältnisse. Der Begriff „Eltern“ muss heute bei den Möglichkeiten der künstlichen Befruchtung je nach Konstellation differenziert werden in: genetische Eltern (jene, von denen die Ei- oder Samenzelle stammen), Leihmutter (Frau, die das Kind austrägt), soziale Eltern, Adoptiv- oder Pflegeeltern (diejenigen, die das Kind in ihrer Familie großziehen). Die genealogische Ordnung, die eine besondere kulturelle Leistung darstellt, scheint somit an ihr Ende gekommen zu sein. Die *Leihmuttertschaft*, die in vielen Ländern praktiziert wird, in Deutschland jedoch durch das *Embryonenschutzgesetz (ESchG)* verboten ist, hat heftige Kritik auf sich gezogen, vor allem, weil sie eine besonders schwere Form der Instrumentalisierung von meist sozial schlecht gestellten Frauen darstelle.

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin stellt sich auch die Frage nach der Altersgrenze, jenseits derer eine künstliche Befruchtung nicht mehr praktiziert werden soll. Seit Neuestem wird unter dem Stichwort „social egg freezing“ das Einfrieren von Eizellen mit dem Ziel angeboten, diese nach eigenem Wunschzeitpunkt einzusetzen. Apple und Facebook beteiligen sich an den Kosten, damit ihre Mitarbeiterinnen entspannter ihre Karriere planen können. Hier wird nicht bedacht, dass zwar die Eizellen eingefroren werden können, dass aber nicht nur die zukünftige Mutter, sondern auch ihr gesamtes Umfeld in dieser Zeit des Einfrorenseins weiter altern. Eine Altersgrenze scheint geboten zu sein, insbesondere im Hinblick auf die Sozialisation des Kindes; sie sollte allerdings nicht nur die Frau betreffend festgelegt werden, sondern auch den Mann im Blick haben. Vieles spricht dafür, dass es keine Kinder für Eltern im Großelternalter geben soll.



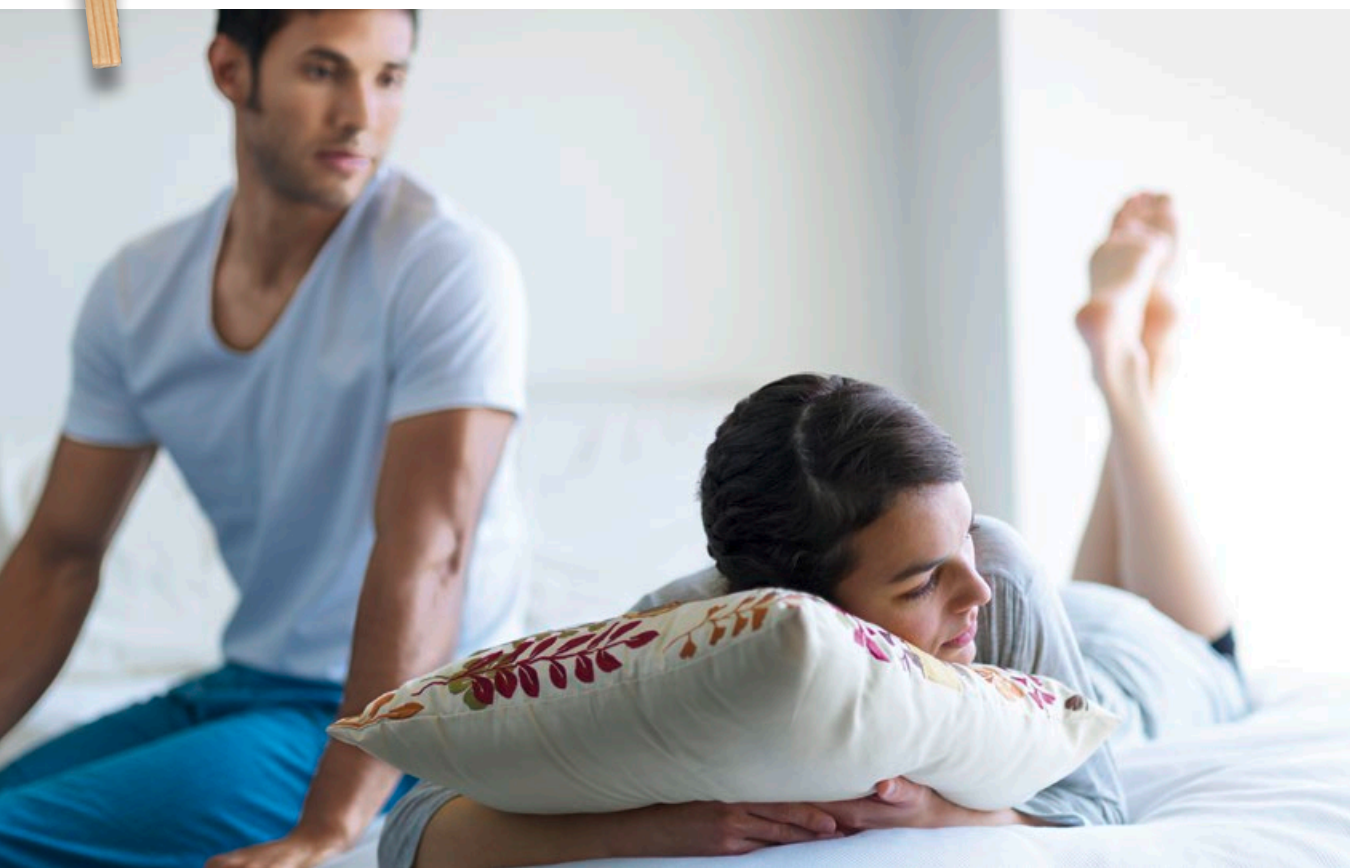


Problematische Hilfe

Die Fortpflanzungsmedizin mag sich in einigen wenigen Fällen als heilsam erweisen, in anderen Fällen ist sie jedoch zweifelhaft, in einigen extremen Anwendungen eine Tat menschlicher Hybris. Insgesamt scheinen die Probleme, die sie erzeugt, größer als jene, die sie löst. Jedenfalls gilt es, besonders bei der IVF, den hohen Einsatz im Zusammenhang des gesamten medizinischen Vorgangs, seines Ertrages und seiner Gefahren zu sehen und abzuwägen. Nach neueren Untersuchungen erweist sich das Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken der IVF als keineswegs überzeugend. Denn die IVF als Therapie des unerfüllten Kinderwunsches erreicht ihr Ziel, eine Geburt, nur in etwa 20 Prozent der Fälle und die unerwünschten Wirkungen und Gefährdungen sind beträchtlich. Sie äußern sich nicht nur in der hohen Quote erfolgloser Behandlungen, sondern auch in vermehrten Komplikationen beim Schwangerschafts- und Geburtsverlauf.

Auch kann mit der künstlichen Befruchtung nicht jedem Paar geholfen werden. Psychosomatische Untersuchungen zeigen, dass persönliche, partnerschaftliche und sexuelle Probleme häufig ursächlich an der Fruchtbarkeitsstörung beteiligt sind oder sich daraus ergeben. Eine medizinisch induzierte Schwangerschaft kann diese Probleme nicht lösen. Die Reproduktionsmedizin sollte daher über ihre technische Versiertheit hinaus eine optimale Paarberatung leisten, in der auch das Scheitern der Behandlung zur Sprache kommt.

„Die Möglichkeit eines bewussten Abschieds vom Kinderwunsch und die Akzeptanz der eigenen Kinderlosigkeit ist ein Schritt, der fast in Vergessenheit gerät. Dabei berichten Paare und Frauen, die diesen Weg gegangen sind, dass es ein ‚Leben danach‘ gibt und dass dieses Leben ein glückliches und erfülltes sein kann.“ (Walser 2014)



Ungelöste Folgeprobleme

Darüber hinaus führt die Fortpflanzungsmedizin zu einer Reihe bislang ungelöster Folgeprobleme, z. B. dem Umgang mit überzähligen Embryonen. Das Embryonenschutzgesetz verbietet es, im Rahmen der künstlichen Befruchtung mehr als drei Embryonen zu erzeugen. In der Regel entspricht dies der Zahl an Embryonen, die auf die Frau übertragen werden. Überzählige bzw. verwaiste Embryonen würden somit nur dann entstehen, wenn deren Übertragung aus medizinischen Gründen aktuell nicht möglich ist und die Übertragung in einem späteren Zyklus erfolgen soll. Nur aus diesem Anlass ist eine Kryokonservierung (Einfrieren von Embryonen) nach ärztlichem Berufsrecht erlaubt. Im ungünstigsten Fall, wenn der Embryo also nicht auf seine Mutter übertragen wird und auch nicht durch Embryonenspende (ES) adoptiert wird, stellt sich hier die Frage nach dem weiteren Vorgehen. In den meisten Fällen werden die überzähligen Embryonen der Forschung zugeführt oder verworfen.

Durch Embryonenspende (ES) werden ungeplant überzählige Embryonen von dem Paar, das seine Kinderwunschbehandlung abgeschlossen hat, für ein ungewollt kinderloses Paar freigegeben. Auch wenn mit dieser Methode einigen überzähligen Embryonen Lebenschancen eröffnet werden, ist sie nicht frei von ethischen Bedenken. Unter anderem besteht die Gefahr einer kommerziellen Verwendung, auch wird die Identitätsfindung des Kindes durch die geteilte Elternschaft erschwert. Der Deutsche Ethikrat hält es aus diesen Gründen für ethisch geboten, die Rahmenbedingungen für die Embryonenspende bzw. Embryonenadoption gesetzlich festzulegen (Deutscher Ethikrat 2016).

Weitere Probleme ergeben sich aus der Synthese von Reproduktionsmedizin und Gentechnik, näherhin mit der genetischen Diagnostik. Hier wurden Verfahren mit dem Namen „*Genome-Editing*“ (*genome editing with engineered nucleases, GEEN*) entwickelt, die mithilfe der CRISPR/Cas-Methode gezielt einzelne DNA-Bausteine umschreiben oder „editieren“ können. Damit haben sie nicht nur Hoffnungen auf künftige Therapien geweckt, sondern auch die Idee, menschliche Keimbahnzellen zu verändern (Germline-Editing) und so die Vererbung genetisch bedingter Erkrankungen zu verhindern.

Damit ist aber zugleich die Tür zur „Optimierung“ des Menschen (Enhancement) geöffnet, die es mehr und mehr ermöglicht, die Eigenschaften der Kinder auszuwählen und weitgehend zu bestimmen. Auch wenn dies zunächst mit der Hoffnung verknüpft ist, Leid zu verhindern, ist die Gefahr, auch in diesem intimen Bereich dem Konsumgedanken zu verfallen, groß. Kinder könnten nur noch als Mittel oder gar Produkt betrachtet werden, die die Wünsche der Eltern befriedigen sollen und an die man früher oder später persönliche Qualitätsansprüche stellen wird. Die Selektionsmöglichkeiten schaffen die Voraussetzung, ein Kind ganz nach den persönlichen Vorlieben der Eltern auszuwählen. Dafür wurde der Begriff „Designerbaby“ geprägt.

Warum und wie reagieren die Kirchen?

Die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin verbunden mit den diagnostischen Früherkennungsverfahren richten sich an die grundlegenden Orientierungen, von denen Menschen her ihr Leben gestalten, an unser Menschenbild, an die Verlässlichkeit der Garantie von Lebensrecht und Lebensschutz. In der von Unübersichtlichkeit und Dissens geprägten Situation, in der der Einzelfall noch plausibel und akzeptabel erscheinen mag, im Zusammenhang des Ganzen aber zum Schreckensbild werden kann, liegt es nahe, nach der Aufgabe der Kirchen zu fragen. Diese können sich aus dem Streit um solche Fragen nicht einfach heraushalten und die Suche nach der richtigen Antwort den anderen überlassen. Denn die Biowissenschaften erzeugen primär „Verfügungswissen“ und nicht im gleichen Sinn „Orientierungswissen“. Wenn wir wissen, was wir technisch können, wissen wir noch lange nicht, was wir moralisch sollen. Die Biowissenschaften bedürfen der philosophischen und theologischen Einsicht in die unantastbare Würde des Menschen. Es muss auch nach den Grenzen gefragt werden, an denen reproduktionsmedizinisches Handeln haltmachen muss, nach der Zumutbarkeit bestimmter Fortschritte für Betroffene, nach dem Preis, der für bestimmte Handlungsweisen gezahlt werden muss, und danach, wer diesen Preis zahlen muss. Die Menschenwürde und insbesondere ihre Verletzung sind der Prüfstein des reproduktionsmedizinischen Fortschritts.

Die Kirchen verstehen sich als Anwalt der Humanität und der Unverfügbarkeit des Menschen. Sie stellen das menschliche Leben unter den Segen und Schutz Gottes, sie vermitteln Lebenssinn über dieses Leben hinaus.

Sie tun dies aus der theologischen Einsicht heraus, dass der Mensch unbeschadet seiner evolutiven Verflechtung durch „göttlichen Lebensatem“ (**Gen 2,7**) existiert. Von daher stammt seine Würde, aber auch seine Verantwortung für das Leben auf dieser Erde.

In den die Reproduktionsmedizin betreffenden ethischen Grundsätzen sind sich beide Kirchen einig (Schlögel 2015). In Einzelfragen mögen Differenzen auftreten, die insbesondere von den Fachvertretern der evangelischen Ethik formuliert werden (Dabrock 2015).

Das sagt die katholische Kirche

Auf katholischer Seite ist das bedeutsamste Dokument, das sich eingehend mit den einzelnen Methoden der Fortpflanzungsmedizin auseinandersetzt, die Instruktion der Glaubenskongregation „Donum vitae“ von 1987, deren Kernaussagen auch in die 1995 erschienene Enzyklika „Evangelium vitae“ eingegangen sind. Darin drückt Papst Johannes Paul II. die grundsätzlichen Vorbehalte des Lehramtes sehr deutlich aus, wenn er schreibt: „Auch die verschiedenen Techniken künstlicher Fortpflanzung, die sich anscheinend in den Dienst am Leben stellen und die auch nicht selten mit dieser Absicht gehandhabt werden, öffnen in Wirklichkeit neuen Anschlägen gegen das Leben Tür und Tor.“ Bei seiner Ablehnung sämtlicher Methoden der Fortpflanzungsmedizin im homologen ebenso wie im heterologen System beruft sich das katholische Lehramt im Wesentlichen auf die Würde der ehelichen Fortpflanzung (Auflösung des Zusammenhangs von Liebe und Zeugung) und auf die Gefährdung der Würde und der Rechte des Kindes (Geschenk der Liebe und nicht Produkt einer Labortechnik). Darüber hinaus wird die ablehnende Haltung mit den Umständen und Folgen begründet, die mit der Fortpflanzungsmedizin verbunden sind. Ausdrücklich wird aber in Donum vitae (II B 5) darauf hingewiesen, dass man das mittels dieser Technik auf die Welt gekommene Kind „als lebendiges Geschenk der göttlichen Güte annehmen und mit Liebe aufziehen“ muss.

Das sagt die evangelische Kirche

Die *evangelische Kirche* formuliert ihre Position nicht so apodiktisch, rät aber von der IVF und der PID ab. „Gewichtige Gründe sprechen gegen die extrakorporale Befruchtung.“ [...]

„Der Wunsch nach einem Kind rechtfertigt nicht jede medizinische Maßnahme.“

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland 1987

Niemand habe ein Anrecht auf ein leibliches Kind. Es bestehe die Gefahr des Dammbrochs zulasten von Menschenwürde und Lebensschutz. Der Embryo stehe unter dem Schutz von Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde. Zur PID heißt es, sie relativiere das christliche Menschenbild. Das Leben sei nicht durchgängig planbar und lasse sich vor Leid nicht schützen (Rat der EKD 2011).

Entgegen manchen Stimmen, die den Kirchen eine grundsätzliche Ablehnung des biomedizinischen Fortschritts unterstellen, hält die zu diesem Thema zuletzt erschienene Instruktion der Glaubenskongregation „Dignitas personae“ von 2008 – wie viele evangelische Texte auch – fest: „Das Lehramt möchte ein Wort der Ermutigung und des Vertrauens gegenüber einer kulturellen Perspektive bringen, die in der Wissenschaft einen wertvollen Dienst am umfassenden Gut des Lebens und der Würde jedes Menschen sieht. Die Kirche schaut deshalb mit Hoffnung auf die wissenschaftliche Forschung und wünscht, dass sich viele Christen dem Fortschritt in der Biomedizin widmen und den eigenen Glauben in diesem Umfeld bezeugen.“



Literatur

Bernard, Andreas, 2014: Kinder machen. Neue Reproduktionstechniken und die Ordnung der Familie. Samenspender, Leihmütter, künstliche Befruchtung, Frankfurt.

Dabrock, Peter, 2015: Bioethik des Menschen, in: Huber, Wolfgang, u. a. (Hrsg.): Handbuch der Evangelischen Ethik, München, 539–551.

Deutscher Ethikrat 2016: Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme.

Johannes Paul II. 1995: Enzyklika „Evangelium vitae“ an die Bischöfe, Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie alle Menschen guten Willens über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 120), Bonn, Nr. 14.

Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.) 1987: Zur Achtung vor dem Leben (EKD–Texte 20), Hannover, 5.

Kongregation für die Glaubenslehre 1987: Instruktion „Donum vitae“ über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung. Antworten auf einige aktuelle Fragen (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 74), Bonn.

Dies. 2008: Instruktion „Dignitas Personae“ über einige Fragen der Bioethik (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 183), Bonn, Nr. 3.

Maio, Giovanni, 2014: Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit, Stuttgart, 16–79.

Rauprich, Oliver, 2015: Assistierte Reproduktion, in: Marckmann, Georg (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin, 267–278.

Rat der EKD 2011: „Deine Augen sahen mich, als ich noch nicht bereit war ...“ (Psalm 139,16). Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Präimplantationsdiagnostik (PID), in: epd–Dokumentation 9 (2011), 5–7.

Schlögel, Herbert, 2015: Bioethik im evangelisch–katholischen Diskurs. Anthropologische Gesichtspunkte im ekklesialen Kontext, in: Stubenrauch, Bertram, und Seewald, Michael (Hrsg.): Das Menschenbild der Konfessionen – Achillesferse der Ökumene, Freiburg, 107–132.

Walser, Angelika, 2014: Ein Kind um jeden Preis? Unerfüllter Kinderwunsch und künstliche Befruchtung. Eine Orientierung, Innsbruck–Wien, 126.

Glossar

Reproduktionsmedizin

Die Reproduktionsmedizin beschäftigt sich mit Fortpflanzungsvorgängen, Fortpflanzungsstörungen und ihrer Behandlung. In der Medizin wird der Begriff Reproduktion (eigentlich „identische Nachbildung“) gleichbedeutend mit dem Begriff Fortpflanzung verwendet. In Deutschland regeln das Embryonenschutzgesetz und das Gesetz zur Präimplantationsdiagnostik die Anwendung von Fortpflanzungstechniken sowie den Umgang mit Embryonen.

Nach dem Gesetz erlaubte Methoden zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft sind:

- die Übertragung von Samen des Partners (homologe Insemination),
- die In-vitro-Fertilisation (IVF) und die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durch speziell ausgebildete Ärztinnen und Ärzte,
- die Übertragung von bis zu drei befruchteten Eizellen oder Embryonen in einem Zyklus,
- das Einfrieren (Kryokonservierung) von Eizellen im Vorkernstadium,
- die Übertragung von Samen eines Spenders (heterologe oder donogene Insemination) nur nach ärztlicher und juristischer Beratung unter bestimmten Voraussetzungen und
- die Präimplantationsdiagnostik nach ausführlicher medizinischer und psychosozialer Beratung sowie nach Zustimmung einer Ethikkommission.

Gesetzlich verbotene Methoden sind:

- die Verwendung fremder Eizellen,
- die Leihmutterschaft,
- Experimente an Embryonen (einschließlich Klonen),
- die Geschlechterauswahl bei Spermien (außer bei schwerwiegenden geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten),
- die Verwendung von Samen bereits Verstorbener.

Embryonenschutzgesetz

Das deutsche Embryonenschutzgesetz (ESchG) ist seit 1991 in Kraft. Es regelt die Anwendung von Techniken der Reproduktionsmedizin und die Forschung an menschlichen Embryonen.

Als Embryo gilt im Sinne des Gesetzes „bereits die befruchtete, entwicklungs-fähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an“ (ESchG

§ 8 Abs. 1), ebenso jede einem Embryo entnommene Zelle, die sich noch in alle anderen Zelltypen eines Organismus oder zu einem lebensfähigen Organismus entwickeln könnte (sogenannte totipotente Zelle). Diese juristische Definition fasst den Begriff Embryo weiter als die medizinische, die in der Regel erst nach der Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter von der eigentlichen Embryonalperiode spricht.

Leihmutterschaft

Eine Leihmutterschaft besteht, wenn eine Frau ein mit ihr nicht genetisch verwandtes Kind austrägt, das heißt, wenn ihr eine bereits befruchtete Eizelle eingepflanzt wurde, um anstelle der genetischen Mutter ein Kind zur Welt zu bringen.

Eine Leihmutterschaft wirft viele ethische und rechtliche Fragen auf: von gesundheitlichen Risiken für die Leihmutter bis zu komplizierten Fragen nach Elternschaft und Abstammung. Sie ist in Deutschland verboten.

Methoden der Fortpflanzungsmedizin

Intrauterine Insemination (IUI)

Die Samenübertragung (Insemination) ist eine Kinderwunschbehandlung, bei der mit medizinischer Hilfe die Eizelle im Körper der Frau befruchtet werden soll. Am häufigsten werden dafür die Spermien des Mannes direkt in die Gebärmutter der Frau übertragen (intrauterine Insemination). Die Insemination ist normalerweise schmerzfrei. Es gibt zwei Möglichkeiten der Samenübertragung: die Übertragung des Samens vom Partner der Frau (homologe Insemination) und die Übertragung von Spendersamen (heterologe Insemination oder heterologe In-vitro-Fertilisation). Spendersamen werden meist aus einer Samenbank bezogen, in der tiefgekühlter Samen gelagert ist. Die Verwendung von Spendersamen kommt dann infrage, wenn der Partner der Frau unfruchtbar ist oder seine Samenqualität für eine Zeugung nicht ausreicht.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

IVF ist die Abkürzung für In-vitro-Fertilisation, eine Methode der künstlichen Befruchtung. Dazu werden zunächst Eizellen aus den Eierstöcken der Frau durch die Scheide entnommen. Außerhalb des Körpers werden sie dann in einer Glasschale mit zuvor gewonnenen Spermien zusammengebracht. War die Befruchtung erfolgreich, so wird eine, manchmal auch zwei oder drei der befruchteten Eizellen zwei Tage später in die Gebärmutter der Frau eingebracht.

Die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektion) ist die häufigste Methode einer künstlichen Befruchtung. Mit ihrer Hilfe haben auch Männer mit schweren Fruchtbarkeitsstörungen die Chance, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Bei einer ICSI wird eine einzelne Samenzelle direkt in eine Eizelle eingespritzt, die zuvor der Frau entnommen wurde.

Mitochondrien-Ersatztherapie

In Großbritannien ist seit 2016 eine Form der künstlichen Befruchtung erlaubt, bei der eine Eizelle verwendet wird, die von zwei Frauen stammt. Ziel ist es dabei, die Weitergabe bestimmter, schwerer Erbkrankheiten an das Kind zu verhindern. Dazu wird die fehlerhafte mütterliche DNA, die sich in den Mitochondrien der Eizelle befindet, umgangen, indem der Kern der mütterlichen Eizelle, der nahezu alle Erbinformationen enthält, in eine „entkernte“, aber mit gesunden Mitochondrien ausgestattete Spender-Eizelle eingebracht wird. Diese Eizelle wird dann befruchtet. Das daraus entstehende Kind hat damit drei genetische Eltern.

Das ethisch sehr umstrittene Verfahren ist in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz verboten.

Diagnostische Methoden

Pränataldiagnostik (PND)

Pränataldiagnostik (PND) ist ein Oberbegriff für Untersuchungen der Schwangeren und des ungeborenen Kindes, die nicht zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft gehören. Sie werden durchgeführt, um Chromosomenabweichungen, erblich bedingte Erkrankungen und Fehlbildungen des Kindes festzustellen. Zu den Methoden der Pränataldiagnostik gehören bestimmte Ultraschalluntersuchungen, Verfahren zur Risikoabschätzung wie beispielsweise der Ersttrimestertest und invasive Untersuchungsmethoden wie z. B. die Chorionzottenbiopsie oder die Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese).

Präimplantationsdiagnostik (PID)

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden eine oder wenige Zellen eines durch künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation) entstandenen Embryos mit gentechnischen Methoden auf genetische Defekte hin untersucht, bevor der Embryo in die Gebärmutter eingesetzt wird.

Nichtinvasiver Pränataltest (NIPT)

Seit 2012 ist in Deutschland ein nichtinvasiver Pränataltest (NIPT) auf dem Markt, der kurz „Präna-Test“ genannt wird. Er wurde für Frauen jeden Alters entwickelt, die mindestens seit neun Wochen schwanger sind. Durch eine Blutabnahme bei der werdenden Mutter lässt sich schon in der frühen Schwangerschaft das Vorliegen von Chromosomenstörungen wie Trisomie 21 (Down-Syndrom), Trisomie 18 (Edwards-Syndrom), Trisomie 13 (Patau-Syndrom) und Monosomie X (Turner-Syndrom) feststellen. Inzwischen bieten mehrere Firmen die neuesten Generationen des Bluttests an, mit denen noch weitere Erbgutveränderungen nachgewiesen werden können.

Genome-Editing (GEEN)

Genome-Editing (genome editing with engineered nucleases, GEEN) ist eine neue molekularbiologische Methode (auch „Genomchirurgie“ genannt), um DNA zu entfernen, einzufügen oder zu verändern. Sie kann zur gezielten Veränderung von Körper- oder Keimzellen beim Menschen eingesetzt werden. Während Eingriffe an Körperzellen auf das jeweilige Individuum beschränkt bleiben, haben Veränderungen der Keimbahn Konsequenzen für alle Nachkommen. Anders als bei der klassischen Gentechnik werden dabei nicht mehr „fremde“ Gene von außen in die DNA eingeführt, sondern einzelne DNA-Bausteine werden gezielt umgeschrieben oder „editiert“. Damit stellt sich die Frage, ob solche Verfahren eine Variante der klassischen Gentechnik darstellen und eher natürlichen Mutationen gleichen. Namhafte wissenschaftliche Institutionen haben im Februar 2016 mit dem Ruf nach einem Moratorium auf jede klinische Anwendung von Modifikationen der menschlichen Keimbahn reagiert.

Quelle u. a.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, <http://www.bzga.de>):
<http://www.familienplanung.de/service/lexikon/>

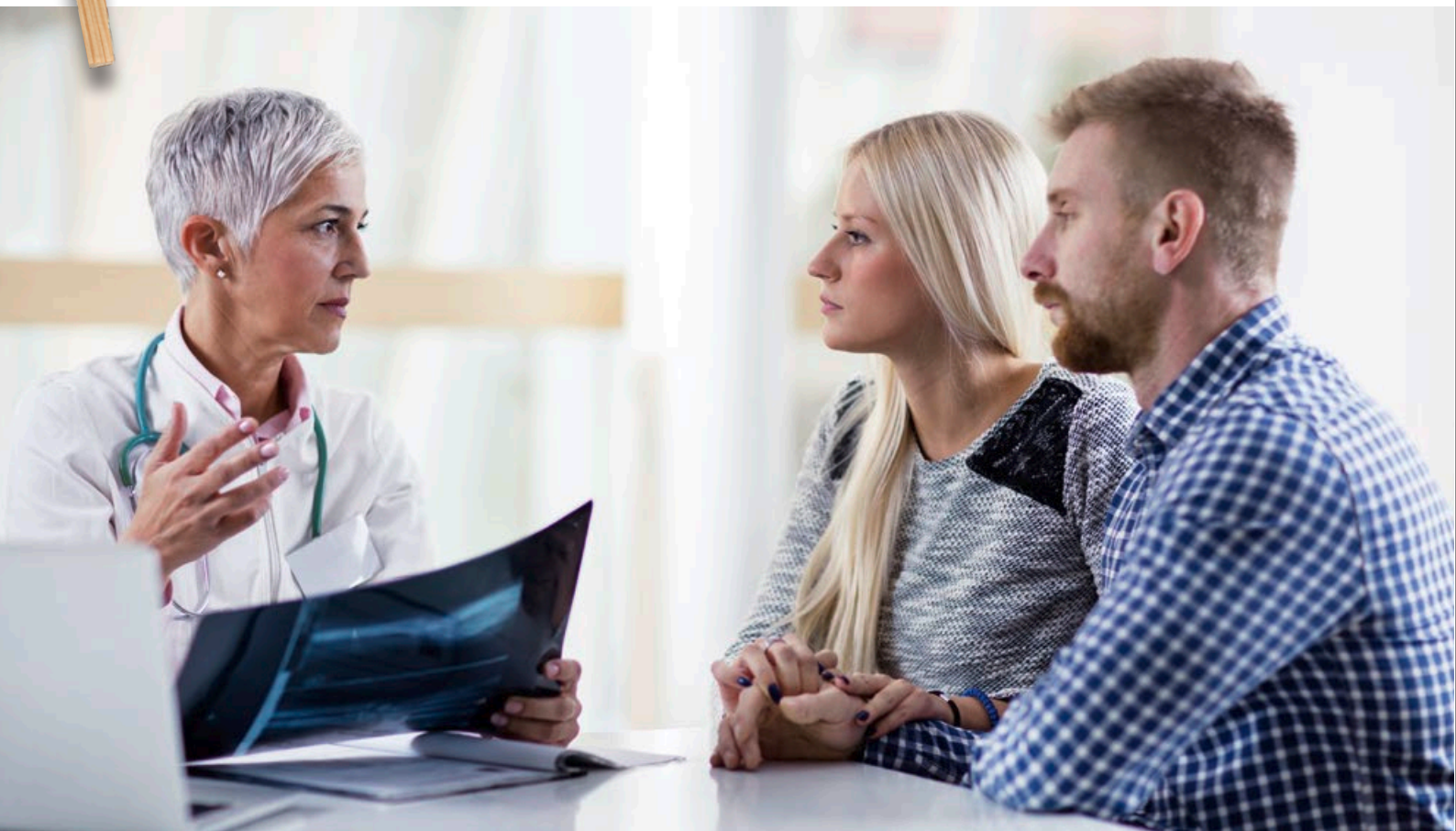
Handlungsfelder


Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch – was betroffene Frauen und Paare bewegt

Musste Kinderlosigkeit früher als schicksalhaft hingenommen werden, stehen heute Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch angesichts der medizinischen und technischen Möglichkeiten vor ganz neuen Perspektiven, die einerseits ihre Hoffnung auf ein eigenes Kind nähren, andererseits aber auch großen Druck auf sie ausüben können, nichts unversucht zu lassen, was machbar erscheint.

Viele Paare haben schon eine oft lange und zermürbende Suche nach den Ursachen ihrer Kinderlosigkeit hinter sich, wenn sie vor der Entscheidung stehen, ob sie weitere Schritte gehen wollen und können.

Damit verbunden sind persönliche, ethische, finanzielle Fragen, mit denen das Paar meist alleine steht: Was können, was wollen wir tun? Wo sind die Grenzen? Was, wenn es nicht klappt?





Manche Frauen werden nie schwanger, andere verlieren ihr Kind schon vor der Geburt. Die Nöte der Betroffenen sind groß, zumal es sich um ein intimes Thema handelt, über das in der Öffentlichkeit, auch in der Kirche, kaum gesprochen wird. Es ist außerdem noch zu wenig bekannt, dass Frauen/Paare mit Kinderwunsch Beratung und Unterstützung auch in einer Schwangerschaftsberatungsstelle erhalten können.

Schwangerschaftsberatung

Auf den ersten Blick verbindet man mit Schwangerschaftsberatung ein Angebot für Frauen, die bereits schwanger sind und dadurch in Konflikt- und Not-situationen unterschiedlicher Art geraten sind. Das ist aber nur eine der vielen Aufgaben der Beraterinnen. Das heißt, die Beratung kann vor, während und nach der Schwangerschaft bzw. Geburt bis zum 3. Lebensjahr des Kindes erfolgen.

Nach den Bischöflichen Richtlinien für katholische Schwangerschaftsberatungsstellen § 1(3) gehören zur Beratung auch Information und Begleitung in Fragen von Sexualität und Familienplanung. Die Beratung ist unabhängig von Nationalität und Religionszugehörigkeit, für Ratsuchende kostenlos, unterliegt dem Datenschutz und der Schweigepflicht und kann auf Wunsch auch anonym geschehen.

Katholische Schwangerschaftsberatungsstellen

Eine der über 300 Schwangerschaftsberatungsstellen in katholischer Trägerschaft sowie die Möglichkeit der Onlineberatung via Mail oder Chat finden Sie unter:

<https://www.caritas.de/schwangerschaftsberatung>

<http://www.skf-zentrale.de> und <http://www.skf-ingolstadt.de>

Evangelische Schwangerschaftsberatungsstellen

Eine der 390 Schwangerschaftsberatungsstellen in evangelischer Trägerschaft finden Sie auf der Website der Evangelischen Konferenz für Familien- und Lebensberatung e. V. (EKFuL) unter:

<http://www.ekful.de/beratungsstellen>

Die Diakonie bietet Hilfsangebote an unter:

<https://www.diakonie.de/hilfe-vor-ort>

Um einen Eindruck zu bekommen, mit welchen Anliegen, Sorgen und Nöten sich Frauen und Paare mit Kinderwunsch an die Beratungsstellen wenden, haben wir mit Maria Tripolt, Diözesanreferentin für Schwangerschaftsfragen in der Diözese Eichstätt, gesprochen.



Interview

Gespräch mit Maria Tripolt,
Diözesanreferentin für Schwanger-
schaftsfragen in der Diözese Eichstätt,
Leiterin der katholischen Beratungs-
stelle für Schwangerschaftsfragen
Ingolstadt-Eichstätt des Sozialdienstes
katholischer Frauen und Mitglied im
Beratungsnetzwerk Kinderwunsch
Deutschland (BKID)


Mit welchen Anliegen bzw. Problemen und Fragestellungen kommen Frauen und Paare zu Ihnen in die Beratung?

Die Paare, die in unsere Schwangerschaftsberatung kommen, deren Kind durch eine Kinderwunschbehandlung entstanden ist, sind sehr froh und dankbar für ihr Kind. Sie wollen den Kraftakt der Kinderwunschzeit hinter sich lassen und sich auf ihr Kind vorbereiten. Oft sind aber die Belastungen dieser Zeit noch wirksam und die Paare machen sich während der gesamten Schwangerschaft viele Sorgen um die Gesundheit des Kindes. Das kann auch den Druck erhöhen, pränataldiagnostische Untersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Die Frauen und Paare, die unsere psychosoziale Kinderwunschberatung aufsuchen – oft sind es erst einmal die Frauen, die kommen –, sind häufig sehr erschöpft durch einen immer wiederkehrenden Kreislauf des Hoffens und Bangens um ein Kind, das nicht kommen will. Die meisten der Frauen und Paare haben bereits verschiedenste medizinische Behandlungen hinter sich, die erfolglos geblieben sind. Manche Paare haben eines oder mehrere Kinder durch eine Fehlgeburt wieder verloren.

Viele der Frauen und Paare erleben eine tief greifende Lebens- und Sinnkrise. Sie suchen Hilfe und Unterstützung, weil sie sich seelisch/leiblich sehr belastet fühlen oder weil sie spüren, dass sie an eine Grenze kommen, bei sich selbst, in ihrer Partnerschaft, oder mit dem Kinderwunsch auch an eine Grenze des Machbaren.

Sie sind meistens sehr erschüttert in ihrem Selbstwertgefühl als Frau oder als Mann. Selbst wenn sie sich bereits für einen (weiteren) reproduktionsmedizini-



schen Versuch entschieden haben, fragen sie sich: Was ist, wenn es wieder nicht klappt? Sie fragen nach dem „Warum“ der Kinderlosigkeit und sie sehen keinen Sinn in einem Leben ohne eigenes Kind. Sie fühlen sich oft ohnmächtig einer Situation ausgeliefert, die für ihre Freunde und Verwandten so nicht existiert. Oft fühlen sie sich deshalb sehr allein und isoliert in ihrem Lebensumfeld.

Es ist in dieser Situation sehr schwer, konstruktiv mit sich selbst und mit der Gesamtsituation umzugehen. Das gelingt den Frauen und Paaren oft nicht mehr. An diesem Punkt ihres Lebens machen sie sich auf die Suche nach Hilfe und Unterstützung und kommen in unsere Beratungsstelle. Sie suchen ein Gegenüber, einen Menschen, eine Beraterin, die ihnen mit dem nötigen Verständnis, dem notwendigen Wissen und der Offenheit für ihre besondere Lebenssituation entgegenkommt. Wenn es dann auch Raum gibt für die Wahrnehmung von Gefühlen, für die Verarbeitung von Erfahrungen und auch, um innehalten und gemeinsam nachzudenken, dann können neue Perspektiven entstehen. Das erleben die Frauen und Paare als stärkend. Das ist der gemeinsame Prozess in der Beratung und Begleitung.

Dabei spielen auch ethische Fragen eine Rolle. Frauen und Paare suchen Unterstützung, um Entscheidungen treffen zu können, welcher Weg für sie infrage kommt, wo die Grenzen dessen sind, was sie nutzen wollen. Und es geht auch um die Fragen: Was ist der „Plan B“? Was ist ein gutes Leben? Was gibt Sinn, wenn der Traum vom eigenen Kind nicht verwirklicht werden kann? Auch die kulturelle und religiöse Zugehörigkeit, das eigene Selbstverständnis dazu will berücksichtigt werden.

Kinderlosigkeit und Kinderwunschbehandlung können sich auch belastend auf die Partnerschaft auswirken. Was hilft den Frauen und Paaren?

Oft empfinden es Paare als schwierig, weil die einzelnen Partner die Kinderlosigkeit als unterschiedlich gravierend erleben, weil sie verschieden damit umgehen oder weil sie unterschiedliche Wege in der Erfüllung ihres Kinderwunsches gehen wollen. Dann kann es viele Konflikte geben. Oder Paare verstummen, ziehen sich innerlich voneinander zurück, Sexualität findet nicht mehr statt, jeder geht seine eigenen Wege, fühlt sich aber mehr und mehr vom Partner alleingelassen.

Was von Paaren oft als hilfreich empfunden wird, ist, wenn sie – unterstützt durch die Beratung – wieder an den Punkt kommen, sich gegenseitig zuzuhören und den anderen in seinem Erleben und in seinen Grenzen zu respektieren. Wenn sie in Kontakt bleiben, auch wenn jeder Partner seinen ganz eigenen Prozess durchlebt.

Manchmal ist eine gemeinsame Lösung nicht möglich. Dann ist es hilfreich, zu überlegen, wie beide mit dieser Situation umgehen können.

Wann würden Sie Betroffenen empfehlen, sich an eine Beratungsstelle zu wenden? Was würden Sie betroffenen Paaren raten?

Unser Angebot gilt allen Betroffenen, die den Wunsch danach haben, auf ihrem Weg begleitet zu werden. Es kann dadurch für sie leichter werden. Betroffene können als Paar und auch einzeln kommen.

Es ist spätestens dann gut, sich an eine Beratungsstelle zu wenden, wenn das individuelle Gefühl da ist, die Partnerschaft leidet zu sehr oder bei einem Partner ist ein Grad von Verzweiflung erreicht, der alles andere im Leben überstrahlt.

Wir weisen auch auf Selbsthilfegruppen hin oder bieten selbst eine Gruppe an. Das erleben die meisten als hilfreich, weil es der Isolation entgegenwirkt und zeigt, dass es viele Paare gibt, die Ähnliches erleben.

Nehmen Sie einen unterschiedlichen Umgang mit dem Kinderwunsch bei Frauen und Männern wahr?

Ja. Frauen haben mehr das Bedürfnis zu sprechen, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben, ihre Verzweiflung ist oft stärker spürbar und offensichtlicher. Einerseits, weil sie natürlich über die Regelblutung jeden Monat daran erinnert werden, dass es (wieder) nicht geklappt hat. Andererseits sind Frauen oft zusätzlich körperlich belastet, wenn sie sich für eine reproduktionsmedizinische Behandlung entschieden haben, der z. B. eine hormonelle Stimulierung vorangeht. Der Preis der Behandlungen kann – nicht nur finanziell gesehen – sehr hoch und mit einer emotionalen und körperlichen Achterbahn verbunden sein.

Männer erleben das nicht auf diese Weise. Sie gehen zudem oft auf eine andere Art mit Gefühlen und Belastungen um. Sie ziehen sich zurück und suchen einen Weg, das mit sich auszumachen oder sich abzulenken. Das bedeutet aber nicht, dass sie weniger leiden.

Wo sehen Sie besondere (künftige) Herausforderungen, z. B. angesichts des rasanten medizinischen Fortschritts? Was macht das mit den Betroffenen?

Die Herausforderung für alle liegt darin, diese rasanten und komplexen Entwicklungen überhaupt zu begleiten, weil sie weltweit passieren. Gesellschaftliche Diskussionen, ethische, rechtliche und politische Bewertungen kommen nicht mehr ausreichend hinterher. Der einzelne Mensch und auch die Gesellschaft kann sich nur immer wieder fragen: Wie wollen wir leben, was ist ein gutes Leben, welchen Werten wollen wir folgen?

Für die Betroffenen steigt der Druck, alle verfügbaren Möglichkeiten auch zu nutzen. Und es steigt der Druck auf die Paare, die sich den Traum nicht erfüllen konnten. Hier wirkt ein Tabu. Ein Scheitern scheint gesellschaftlich nicht akzeptabel.

Wie können Kirchengemeinden Betroffene unterstützen?

Sicher ist die Seelsorge gefragt, in der seelsorgerischen Begleitung von Frauen, Männern und Paaren. Aber auch darin, das Thema in seiner spirituellen Dimension z. B. in Predigten aufzugreifen und für die Situation der Betroffenen zu sensibilisieren.

Und auch ganz praktische Dinge können helfen, beispielsweise einen Rahmen anzubieten, damit sich kinderlose Frauen und Paare treffen und miteinander vernetzen können.

Gibt es etwas, was noch nicht gefragt wurde, das aus Ihrer Erfahrung aber wichtig ist?

Junge Leute haben heute oft die Vorstellung, dass sie das Thema Familie und Kind vom Alter her endlos weit nach hinten schieben können. Oft auch aus dem Bedürfnis heraus, alles richtig machen zu wollen, alles gut zu planen. Erst kommt die Ausbildung, dann muss im Beruf Fuß gefasst werden. Die Partner(innen)suche ist auch nicht so einfach, da möchte Mann/Frau sich auch sicher sein. Dann muss erst noch ein Nest gebaut sein, dann kommt das Kind.

Hinzu kommt, dass z. B. junge Frauen mit Angeboten wie dem „social freezing“ konfrontiert werden und glauben, mit dem Einfrieren ihrer Eizellen auf der sicheren Seite zu sein, sodass sie ihren Kinderwunsch auch noch viel später, jenseits der 35/40, sicher realisieren können.

Beides kann eine Illusion sein. Wir haben dieses Thema deshalb ganz aktiv in unsere sexualpädagogische Arbeit an Schulen mit aufgenommen, um dem Mythos der ewigen Fruchtbarkeit und dem Mythos der Machbarkeit entgegenzuwirken, damit sich junge Menschen frühzeitig damit auseinandersetzen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Regine Hölscher-Mulzer, Referentin für Schwangerschaftsberatung beim Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e. V. in Dortmund.

Kinderwunschberatung auf Basis der „Natürlichen Familienplanung“ (NFP)

Seit 2001 findet in der endokrinologischen Ambulanz der Universitätsfrauenklinik Heidelberg eine Sprechstunde zur Kinderwunschberatung auf NFP-Basis statt. Hier werden Frauen beraten, ihr fruchtbares Fenster im laufenden Zyklus mithilfe der natürlichen Familienplanung festzustellen. Dabei beobachten sie bestimmte Körpersignale, die sich im Laufe des Zyklus verändern. Diese Signale ermöglichen es, die fruchtbaren und unfruchtbaren Tage sicher zu erkennen.

Konzeptionschance verbessern

Ein Ziel dabei ist, durch „fertility awareness“ (Fruchtbarkeitsbewusstsein) die Zeit bis zum Eintreten einer Schwangerschaft zu verkürzen. Paare mit Kinderwunsch versuchen häufig, ihre Chance auf eine Schwangerschaft zu verbessern, indem sie besonders an den Tagen Sexualverkehr haben, die sie persönlich für fruchtbar halten. Dies klappt jedoch oft allein deshalb nicht, weil das fruchtbare Fenster beträchtlich schwanken kann, auch bei Frauen mit relativ regelmäßigem Menstruationszyklus. Außerdem ist es günstig, dass mit der Sensiplan-Methode das komplette fruchtbare Fenster erfasst wird, das physiologischerweise vier bis sechs Tage dauert. Im Vergleich dazu erfassen Hormonteststreifen meist nur das Ende des fruchtbaren Fensters.

Umfangreiche eigene und internationale Studien haben den positiven Effekt der NFP-Anwendung auf die Schwangerschaftsrate bei Kinderwunsch gezeigt, selbst wenn gewisse Einschränkungen der Fruchtbarkeit bei dem Paar vorliegen.

Diagnostische Bedeutung der NFP

Ärztlicherseits wird in der Heidelberger Sprechstunde diese Zyklusbeobachtung auch für die Diagnostik und Therapie genutzt. Es kann so auf relativ einfache Weise festgestellt werden, ob wichtige Voraussetzungen der Fruchtbarkeit vorhanden sind: Hat ein Eisprung stattgefunden? Liegen Hinweise auf eine Gelbkörperschwäche vor? Und es wird die Selbstbeobachtung der Frau zum gezielteren Timing der Basisdiagnostik herangezogen (Blutabnahmen und Ultraschalluntersuchungen für Eisprung- und Gelbkörperdiagnostik).

Außerdem kann anhand der NFP-Aufzeichnungen der Schweregrad und Verlauf von Zyklus- und Hormonstörungen über mehrere Zyklen beurteilt werden.



Ablauf in der Sprechstunde

Bereits bei der ersten Vorstellung des Kinderwunschaars in dieser Sprechstunde wird ärztlicherseits neben der Erhebung von Anamnese und Befund eine kurze Beratung zur NFP-Methode durchgeführt. Dabei geht es vor allem

- um die Beobachtung der Körperzeichen: Zervixsekretion (äußerlich an der Vulva) und Temperaturmessung (morgens nach dem Aufwachen) und
- um die Aufzeichnung und Auswertung der Beobachtungen.

Bei allen weiteren Kontakten werden die Zyklusaufzeichnungen zu Diagnostik und Therapie herangezogen.

Die NFP-Anwendung bietet Paaren mit Kinderwunsch die Möglichkeit, die Chance auf das Eintreten einer Schwangerschaft zu erhöhen und sich mit ihrer Fruchtbarkeit, ihrem Zyklus und eventuellen Störungen kompetent auseinanderzusetzen.

Gerade bei der Problematik des unerfüllten Kinderwunsches, die ohnehin schon mit einer starken emotionalen Belastung einhergeht, gibt die NFP vielen Paaren die Möglichkeit, nicht nur die üblichen medizinischen Maßnahmen zu ergreifen, sondern diesen Ansatz anzuwenden und somit selbst in stärkerem Maße aktiv zu bleiben und die Situation des unerfüllten Kinderwunsches zu steuern.



Weitere Informationen

Buch zur NFP-Methode:

Natürlich und sicher – das Praxisbuch. Hrsg. Arbeitsgruppe NFP, Trias-Verlag, Stuttgart, 2015

Beratungskurse:

Malterer Arbeitsgruppe NFP mit Liste zu lokalen NFP-Beraterinnen/Beratern unter www.nfp-online.de

Empfohlen wird die sogenannte Sensiplan-Methode, eine NFP-Methode, die wissenschaftlich in Deutschland von der Sektion Natürliche Fertilität der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsmedizin (DGGEF) vertreten wird.

Dr. med. Petra Frank-Herrmann

Geschäftsstelle der Sektion Natürliche Fertilität der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsmedizin (DGGEF)

Universitätsfrauenklinik Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 440

69120 Heidelberg



Interview

Gespräch mit Dr. Wouter Simoens, Chefarzt Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Schwerpunkt spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, an den Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel

Herr Dr. Simoens, sie sind Pränataldiagnostiker. Können Sie kurz umreißen, worin die Aufgabe eines Pränataldiagnostikers besteht?

Die Pränataldiagnostik ist eine medizinische Spezialdisziplin, deren Aufgabe insbesondere im Abklären von Zweifelsfällen im Hinblick auf die Gesundheit der werdenden Mutter und ihres Kindes besteht. Schwangere kommen also zu einem Pränataldiagnostiker, wenn sich in der regulären Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung beim Gynäkologen Fragen und Zweifel und damit Sorgen ergeben haben. Dann ist es die Aufgabe der spezialisierten Pränataldiagnostik, diese Situation als Arzt aufzunehmen und die modernen medizintechnischen Methoden zu nutzen, um diesen Sorgen entgegenzutreten. In der Mehrzahl der Fälle können die Zweifel der werdenden Eltern entkräftet werden, sodass sie die Schwangerschaft wieder positiv und mit Zuversicht erleben können. In den Fällen, in denen sich der Verdacht einer Erkrankung oder Beeinträchtigung von Mutter und Kind erhärtet, gibt es möglicherweise die Option einer vorgeburtlichen Behandlung, die bis zu einer pränatalen Operation des Kindes reichen kann. In jedem Fall aber verschafft die Pränataldiagnostik ein Mehr an Klarheit und eröffnet die Möglichkeit, mit vorhandenen medizinischen Problemen umzugehen. Es geht also zentral um das Wohlergehen des Kindes und darum, die Sterblichkeit von Mutter und Kind zu senken.

Welche pränatalen diagnostischen Möglichkeiten hat die moderne Medizin heutzutage überhaupt?

Hier ist zunächst zu unterscheiden zwischen den nichtinvasiven und den invasiven Untersuchungsmethoden. Zu den nichtinvasiven Methoden gehören

insbesondere die Ultraschalluntersuchung, der Doppler-Ultraschall und schließlich der sogenannte nichtinvasive Pränataltest (NIPT), also die Untersuchung des mütterlichen Blutes.

Zu den invasiven Methoden werden die Chorionzottenbiopsie (Gewebeentnahme aus der Plazenta), die Fruchtwasserpunktion und die Nabelschnurpunktion gezählt. Besondere Diskussionen gab es in letzter Zeit um den NIPT, der einerseits der Vermeidung invasiver Untersuchungen dienen soll, andererseits aber auch kritisch betrachtet wird. Man sieht hier die Gefahr, dass sich eine allgemeine Üblichkeit verbreitet im Sinn eines Screenings, das mit einer gewissen routinemäßigen Selektion der Ungeborenen verbunden wird. Das würde dann eine Art Automatismus der Abtreibung bei entsprechender Diagnose bedeuten. Hier gibt es meiner Ansicht nach einen gesetzlichen Regelungsbedarf, der über die im Gendiagnostikgesetz vorgeschriebene Aufklärung auch regelt, wann und unter welchen Rahmenbedingungen dieses Testverfahren zum Einsatz kommen soll.

Im Rahmen der Mutterschutzrichtlinien werden bei jeder Schwangerschaft verschiedene Untersuchungen durchgeführt. Wie häufig kommt es dabei zu Auffälligkeiten, die eine weitergehende Diagnostik angeraten sein lassen?

Die allgemeine Vorsorge in der gynäkologischen Praxis führt in etwa zehn bis 15 Prozent der Fälle zu Anzeichen oder auch zu Ängsten, die in der spezialisierten Pränataldiagnostik abgeklärt werden sollten.

Wie reagieren Eltern, wenn sie erfahren, dass die Möglichkeit einer Erkrankung oder Beeinträchtigung des ungeborenen Kindes besteht?

Werdende Eltern kommen in die Pränataldiagnostik natürlich in der Hoffnung, dass ihr Kind gesund ist. Trägt die Diagnostik mit ihren Mitteln dazu bei, diese Hoffnung so weit als möglich zu bestätigen, sind die Eltern beruhigt.

Erhärtet sich aber der Verdacht auf eine Erkrankung oder Beeinträchtigung des Kindes, bricht für die Eltern erst einmal eine Welt zusammen. In dieser Situation ist selbstverständlich viel Sensibilität erforderlich und es geht um ein Vorangehen Schritt für Schritt. Es hat wenig Sinn, die Eltern in dieser Situation mit Informationen zu überschütten, da ihre Aufnahmefähigkeit in dieser Situation sehr eingeschränkt ist. In den weiteren Schritten geht es darum, die Handlungsmöglichkeiten abzuklären, ggf. weitere Fachleute hinzuzuziehen und den Eltern immer wieder die Situation zu erklären. Den Frauen, die zu mir kommen, liegt sehr viel an ihrer Schwangerschaft und sie benötigen Unterstützung, um diese Situation zu meistern.



Würden Sie die Auffassung teilen, dass die Pränataldiagnostik auch dazu beiträgt, den gesellschaftlichen Eindruck zu erwecken, Fehlbildungen und Behinderungen seien „unzeitgemäß“, da solche Kinder nicht mehr geboren werden müssen?

Dem möchte ich deutlich widersprechen. Das ist keine zwangsläufige Konsequenz und das muss so nicht sein. Es ist völlig klar, dass der medizinische Fortschritt neben Chancen und Verbesserungen immer auch Risiken und Missbrauchsmöglichkeiten mit sich bringt. Die Konsequenz daraus sollte dann nicht der Verzicht auf die erweiterten Möglichkeiten sein, sondern vielmehr der verantwortungsvolle Umgang damit. Die werdenden Eltern, die zu mir kommen, haben kaum je eine selektive Einstellung. Sie wollen ihr Kind behalten, wollen das Beste für ihr Kind und sind oft bereit, sehr viel dafür einzusetzen.

Eine zunehmend feindliche Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung kann ich in unserer Gesellschaft nicht erkennen. Eine besondere Problematik besteht hier allerdings bei der Diagnose eines Down-Syndroms. Es liegt mir viel daran, auf eine Stigmatisierung speziell dieser Diagnose hinzuweisen. Das Down-Syndrom hat hier zuweilen geradezu einen Symbolcharakter, der große Ängste bei werdenden Eltern auslöst. Die Quelle dieser Stigmatisierung ist aber nicht die Diagnostik.

Was würden Sie sich für eine Pränataldiagnostik der Zukunft wünschen?

Es wäre in gewisser Weise widersinnig, sich hier keinen medizinisch-technischen Fortschritt zu wünschen. Natürlich wünsche ich mir als Pränataldiagnostiker eine Weiterentwicklung der diagnostischen Möglichkeiten. Es kommt aber darauf an, dass dieser technische Fortschritt in guten Händen bleibt und dass die Menschen zugleich auch lernen, mit diesen Möglichkeiten in der richtigen Weise umzugehen und die Chancen und Risiken, die sich daraus ergeben, entsprechend sorgsam abzuwägen. Selbstverständlich wünsche ich mir auch, dass mit den diagnostischen auch die therapeutischen Möglichkeiten zunehmen und auf diese Weise noch mehr für die Gesundheit von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und bei der Geburt getan werden kann.

Klar ablehnen würde ich jedoch jede Form der vorsätzlichen Selektion, die Kinder und deren Lebenschancen nach bestimmten Kriterien auswählt. Hier kommt es darauf an, dass der Gesetzgeber die notwendigen Grenzen einzieht und einem falschen Gebrauch medizinisch-technischer Möglichkeiten entgegentritt.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Dr. Michael Feil, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz.



Anregungen für die Praxis

Elemente für einen ökumenischen Gottesdienst

Orgel und Gemeinde

„Nun jauchzt dem Herren alle Welt“

EG 288 / GL 474

Strophen 1–4

Im Namen des Vaters
und des Sohnes
und des Heiligen Geistes

Psalm 42/43

Laudate omnes gentes (Taizé)

Laudate omnes gentes

Wie der Hirsch lechzt nach frischem Wasser,
so lechzt meine Seele, Gott, nach dir.
Meine Seele dürstet nach Gott,
nach dem lebendigen Gott.

Laudate omnes gentes

Das Herz geht mir über, wenn ich daran denke,
wie ich zum Haus Gottes zog in festlicher Schar,
mit Jubel und Dank in feiernder Menge.
Bei Tag schenkt der Herr seine Huld;
ich singe ihm nachts und flehe zum Gott
meines Lebens.

Laudate omnes gentes

Sende dein Licht und deine Wahrheit,
damit sie mich leiten;
sie sollen mich führen zu deinem heiligen Berg
und zu deiner Wohnung.

Laudate omnes gentes

So will ich zum Altar Gottes treten, zum Gott meiner Freude.
Jauchzend will ich dich auf der Harfe loben, Gott, mein Gott.
Harre auf Gott; denn ich werde ihm noch danken,
meinem Gott und Retter, auf den ich schaue.

Laudate omnes gentes

Ehre sei dem Vater und dem Sohn
und dem Heiligen Geist,
wie im Anfang, so auch jetzt und alle Zeit
und in Ewigkeit. Amen.

Laudate omnes gentes

Gebet

Gott,
von deinem Ja zu uns leben wir.
Du hast uns geschaffen und begleitest
unsere Schritte.
Du bist da, wenn wir uns an dich wenden.
Von deinem Ja lebt auch
unsere Gemeinschaft.
Wir gehen aufeinander zu,
wir planen und gestalten unser Leben
im Schutz deiner Zusage.

Gott,
von deinem Ja zu uns leben wir.
Lass uns dein Ja weitergeben
an die Menschen, mit denen wir leben,

an die Kinder, denen wir
Vertraute sein dürfen
von Anfang an.

Wir bitten dich heute Morgen
in diesem Gottesdienst:
Schärfe unsere Sinne für dein Ja.
Gib uns Mut, ihm zu vertrauen.
Mache uns darin ansteckend für andere.

Amen

Schriftlesung Lk 1,39–56

Nach einigen Tagen machte sich Maria auf den Weg
und eilte in eine Stadt im Bergland von Judäa.
Sie ging in das Haus des Zacharias und begrüßte Elisabeth.
Als Elisabeth den Gruß Marias hörte, hüpfte das Kind in ihrem Leib.
Da wurde Elisabeth vom Heiligen Geist
erfüllt und rief mit lauter Stimme:

Gesegnet bist du
mehr als alle anderen Frauen
und gesegnet ist die Frucht deines Leibes.
Wer bin ich, dass die Mutter meines Herrn zu mir kommt?
In dem Augenblick, als ich deinen Gruß
hörte, hüpfte das Kind vor Freude in meinem Leib.
Selig ist die, die geglaubt hat, dass sich
erfüllt, was der Herr ihr sagen ließ.

Da sagte Maria:
Meine Seele preist die Größe des Herrn,
denn auf die Niedrigkeit seiner Magd hat er geschaut.
Siehe, von nun an preisen mich selig alle Geschlechter.
Denn der Mächtige hat Großes an mir getan und sein Name ist heilig.
Er erbarmt sich von Geschlecht zu
Geschlecht über alle, die ihn fürchten.

Er vollbringt mit seinem Arm machtvolle Taten:
Er zerstreut, die im Herzen voll Hochmut sind;
er stürzt die Mächtigen vom Thron und erhöht die Niedrigen.
Die Hungernden beschenkt er mit seinen Gaben
und lässt die Reichen leer ausgehen.
Er nimmt sich seines Knechtes Israel an
und denkt an sein Erbarmen,
das er unsern Vätern verheißen hat,
Abraham und seinen Nachkommen auf ewig.

Und Maria blieb etwa drei Monate bei ihr; dann kehrte sie nach Hause zurück.

Credo

Fürbitten


Gott, unser Schöpfer,
du hast uns geschaffen und uns zur
Mitwirkung an deiner Schöpfung berufen.
Wir können Kinder zur Welt bringen.
Wir können ihr Aufwachsen begleiten
und ihnen Hoffnung und Freude für ihr
Leben mitgeben.

Wir bitten dich:

Stärke unsere Liebe,
damit wir behutsam mit unseren Kindern sind – von Anfang an.
Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Hilf, dass wir unsere Kinder annehmen,
wie sie uns geschenkt werden.
Schenke uns Einsicht und Geduld,
verlässliche Erwachsene zu sein,
die sich nicht um Antworten drücken.
Gemeinsam bitten wir:



Herr, erbarme dich

Jesus, unser Bruder und Herr,
du bist für uns auf die Welt gekommen.

Du warst den Kindern nah, hast ihnen Gehör verschafft und sie erfahren lassen,
dass sie Gottes Kinder sind.

Wir bitten dich um die Gnade,
uns am Leben freuen zu können
und dieses Leben mit Kindern zu teilen.
Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Wir bitten um Einfallsreichtum und
Fantasie zur Gestaltung von Freiräumen
für Eltern und Kinder.

Stärke Eltern, Kindergärtnerinnen
und Lehrende in ihrem Bemühen,
darauf zu achten, was Kinder brauchen.
Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Heiliger Geist, unsere Trösterin,
du inspirierst unser Leben,
du schenkst uns Mut und Kreativität.
Du weißt: Nicht immer ist es leicht,
ja zu sagen zu einem Kind,
Verantwortung zu tragen,
ohne zu wissen, was morgen wird.

Wir bitten dich:

Durchdringe uns mit deiner Kraft,
komm uns entgegen in den Begleitern,
die uns verstehen.

Sei allen nahe, die vor einer schwierigen Entscheidung stehen.

Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Nicht jede Frau, nicht jedes Paar hat die Chance, ein eigenes Kind zu bekommen.

Wir wissen nicht, warum.

Schenke diesen Menschen deinen Trost.

Erinnere uns daran, dass Kinder nicht nur Eltern brauchen.

Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Kinder zu haben ist ein großes Glück,
es bedeutet aber auch viel Anstrengung.

Wir spüren die Verantwortung und wissen zugleich um unsere Grenzen:

Schenke uns Gelassenheit im Umgang mit uns selbst.

Schenke uns Fantasie, uns gegenseitig zu unterstützen.

Gemeinsam bitten wir:

Herr, erbarme dich

Vater unser,

was uns auf dem Herzen liegt,
nehmen wir gemeinsam hinein in das Gebet,
das uns Jesus Christus gelehrt hat:

Vater unser im Himmel.

Geheiligt werde dein Name.

Dein Reich komme.

Dein Wille geschehe, wie im Himmel, so auf Erden.

Unser tägliches Brot gib uns heute.

Und vergib uns unsere Schuld, wie auch wir vergeben unsern Schuldigern.

Und führe uns nicht in Versuchung,

sondern erlöse uns von dem Bösen.

Denn dein ist das Reich und die Kraft
und die Herrlichkeit in Ewigkeit.

Amen

Orgel und Gemeinde

„Nun danket alle Gott“

EG 321 / GL 266

Strophen 1-3

Segen

Ob du erwachsen bist
oder noch ein Kind,
ob du geboren bist
oder noch verborgen im Leib deiner Mutter:
Der Herr segne und behüte dich.
Der Herr lasse sein Angesicht leuchten
über dir und sei dir gnädig.
Der Herr wende sein Angesicht dir zu
und gebe dir Frieden.

Das gewähre euch
und denen,
die euch am Herzen liegen,
der dreieinige Gott,
der Vater,
der Sohn
und der Heilige Geist.

Amen

Gebete

Gott, gib mir die Gelassenheit,
Dinge hinzunehmen,
die ich nicht ändern kann,
den Mut,
Dinge zu ändern,
die ich ändern kann,
und die Weisheit,
das eine vom anderen zu unterscheiden.

Amen

(nach Reinhold Niebuhr)

Gott,
woher soll ich wissen,
was die richtige Entscheidung ist?
Woher soll ich wissen,
welchen Weg ich einschlagen muss?
Die Bibel erzählt von Menschen,
denen dein Engel den richtigen Weg gewiesen hat.
Wo aber ist dein Engel für mich?
Ich suche nach deinem Wort für mich
und versuche, den Weg zu finden.
Ich bitte dich:
Bleib bei mir und geh mit mir
auf meinem Weg.

Amen

Barmherziger Gott,
das Buch der Weisheit Salomos
nennt dich einen Freund des Lebens.
Wir bitten dich:
Lass Leben wachsen,
lass Leben Schutz finden,
vertraue uns das Leben
der Kinder an.
Und stärke uns,
damit wir es hüten und bewahren
in all seiner Zerbrechlichkeit.

Amen

Weiterführende Informationen

Deutsche Bischofskonferenz

„Die Feier der Kindertaufe“, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.). Arbeitshilfen, Nr. 220. Pastorale Einführung (2., verbesserte Auflage, 1. Januar 2008) (Arbeitshilfen 220). Bonn 2008.

„Die Hoffnung auf Rettung für ungetauft sterbende Kinder“, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.). Arbeitshilfen, Nr. 224. Internationale Theologische Kommission (19. April 2007). Bonn 2008.

„Gott ist ein Freund des Lebens“, Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hg.) Bonn und Hannover, 30. November 1989. Sonderausgabe Trier 2000. (auch: Arbeitshilfen, Nr. 76).

„Mensch von Anfang an“. Der Kalender zeigt in eindrucksvollen Fotografien das Werden des Menschen von der befruchteten Eizelle bis zur Geburt. 20. Auflage. Bonn 2013.

<http://www.dbk.de>

Eine Zusammenstellung aller Texte aus dem evangelischen Raum ist zu finden:

– zur Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik:

http://www.ev-medizinethik.de/pages/themen/lebensanfang/themenfelder/prae-natal-_und_prae-implantations-diagnostik/index.html

– zur In-vitro-Fertilisation:

<http://www.ev-medizinethik.de/pages/themen/lebensanfang/themenfelder/in-vitro-fertilisation/index.html>

– zu Früh- und Totgeburten:

http://www.ev-medizinethik.de/pages/themen/lebensanfang/themenfelder/frueh-_und_totgeburten/index.html

Deutscher Ethikrat

<http://www.ethikrat.org/>

Familienplanung

<http://www.familienplanung.de>

Impressum

Herausgeber

**Sekretariat der
Deutschen Bischofskonferenz**
Kaiserstr. 161
53113 Bonn

**Kirchenamt der Evangelischen
Kirche in Deutschland**
Herrenhäuser Str. 12
30419 Hannover

Geschäftsstelle

**Sekretariat der
Deutschen Bischofskonferenz**
Bereich Pastoral, Bonn
Dr. Michael Feil

Redaktion

Dr. Michael Feil, Bonn
OKRin Dr. Renate Knüppel,
Hannover

Gestaltung

faktor –
Die Social Profit Agentur
www.em-faktor.de

Druck

Gmähle-Scheel Print-Medien
Waiblingen-Hohenacker

Sämtliche Materialien zum Bestellen und Downloaden unter:

www.woche-fuer-das-leben.de/mitmachen

Bildnachweise

Titel: Tinvo/photocase.de

S. 2: ©iStockphoto.com/Geber86

S. 5, 43: ©iStockphoto.com/Alexey_R

S. 9: ©iStockphoto.com/stevecoleimages

S. 10: ©iStockphoto.com/aldomurillo

S. 14: ©iStockphoto.com/AVAVA

S. 16/17: ©iStockphoto.com/koya79

S. 18/19: ©iStockphoto.com/ugurhan

S. 20: ©iStockphoto.com/BraunS

S. 22: privat

S. 27: ©iStockphoto.com/Paul Bradbury

S. 28: vanda lay/photocase.de

S. 30: Agaplesion, Diakonie Kliniken Kassel

S. 33: ©iStockphoto.com/kali9

S. 34–41: ©iStockphoto.com/BahadirTanriover

Autor des Grundsatzbeitrags

Prof. Dr. Johannes Reiter, emeritierter
Professor für Moralthologie an der
Johannes Gutenberg-Universität Mainz



www.woche-fuer-das-leben.de

**Bundesweiter ökumenischer
Eröffnungsgottesdienst
29. April 2017, 11.00 Uhr
Martinskirche, Kassel**

 **Woche**
für das Leben
Eine Initiative der katholischen und der evangelischen Kirche