

# Mehrlingsreduktion mittels Fetozid

## STELLUNGNAHME DER "ZENTRALEN KOMMISSION DER BUNDESÄRZTEKAMMER ZUR WAHRUNG ETHISCHER GRUNDSÄTZE IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN, FORSCHUNG AN MENSCHLICHEN EMBRYONEN UND GENTHERAPIE"

Die Ambivalenz medizinischen Fortschritts wird auch in der modernen Reproduktionsmedizin sichtbar. So treten nach Behandlung der weiblichen Sterilität mittels

- hochdosierter hormonaler Stimulierung zur Erzielung einer Spontan-Schwangerschaft,
- intrauterinem oder intratubarem Transfer von vier oder mehr in-vitro-erzeugten Embryonen oder
- intratubarem Gametentransfer mit vier und mehr Oozyten

immer häufiger Mehrlingsschwangerschaften auf. Bei Austragen von vier und mehr Feten kommt es meist zur Geburt nicht lebensfähiger Kinder, oft auch zur Gefährdung der Mutter. Zur Verringerung dieser Risiken und zur Vermeidung schwerer Leiden für Mutter und Kind wird deshalb eine Reduktion der Anzahl auszutragender Feten auf drei und weniger durch intrauterine Abtötung überzähliger Feten (Fetozid) empfohlen. Das unselektive Abtöten der am leichtesten zugänglichen Feten ist jedoch mit schweren ethischen und rechtlichen Problemen belastet und steht im Widerspruch zu ärztlichen Grundsätzen.

Die Indikation zur Erstellung von Empfehlungen präventiven Charakters erschien daher zwingend. Ihr Ziel ist die Verhütung von Mehrlingsschwangerschaften durch entsprechende Modifizierung der hormonalen Stimulationsbehandlung beziehungsweise durch Verringerung der Anzahl zu transferierender Embryonen oder Gameten. Kommt es trotzdem zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft, so wird die medizinische Indikation zur Mehrlingsreduktion unvermeidlich. Ihre ethische und rechtliche Vertretbarkeit wird erörtert.

(Dr. med. K. Vilmar)

Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

(Prof. Dr. H. P. Wolff)

Vorsitzender der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie

Durch den Einsatz der modernen reproduktionsmedizinischen Verfahren, wie In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer (IVF/ET), intratubarer Gametentransfer = Gamete Intra Fallopian Transfer (GIFT), Tubarer Embryo-Transfer (TET) und auch der hormonellen Ovulationsauslösung, treten vermehrt höhergradige Mehrlingsschwangerschaften auf, die sowohl für die Mutter als auch für die Kinder eine erhebliche Gefährdung mit sich bringen.

Dies muß in erster Linie durch Prävention vermieden werden. Kommt es dennoch zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft, stellt sich die Frage nach der rechtlichen und ethischen Zulässigkeit von Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, durch Tötung einzelner Feten ein Fortbestehen der Schwangerschaft mit einer entsprechend niedrigeren Zahl von Feten zu bewirken und so deren Chancen auf Erlangung der Lebensfähigkeit zu steigern und die gesundheitlichen Risiken für die Mutter zu senken.

## **1. PRÄVENTION HÖHERGRADIGER MEHRLINGSSCHWANGERSCHAFTEN**

### **1.1 Prävention von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften bei den Verfahren der Reproduktionstherapie IVF/ET, GIFT, tubarer Embryo-Transfer**

#### **1.1.1 IVF/ET**

Aufgrund des derzeitigen Erkenntnisstandes kann davon ausgegangen werden, daß die Behandlungschancen von IVF/ET durch den Transfer mehrerer befruchteter Zygoten pro Behandlungszyklus deutlich ansteigen. Dies gilt bis zu einer Zahl von drei transferierten Embryonen. Beim Transfer von mehr als drei Embryonen können die Erfolgchancen nicht mehr deutlich gesteigert werden. Dagegen nimmt das Risiko von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften beträchtlich zu.

Die Zentrale Kommission empfiehlt daher mit Bezug auf Ziffer 4.1 der "Richtlinien zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität", sich auf ein Maximum von drei gleichzeitig transferierten Embryonen zu beschränken.

#### **1.1.2 GIFT**

Auch für GIFT hat sich gezeigt, daß der Transfer von mehr als drei Eizellen die Erfolgsrate der Methode nicht mehr wesentlich zu steigern vermag. Daher ist aus therapeutischer wie präventiver Sicht auch bei dieser Methode die Zahl der zu übertragenden Eizellen auf drei zu begrenzen.

#### **1.1.3 Tubarer Embryotransfer**

Zu dieser Methode liegen bisher nur sehr begrenzte Erfahrungen vor, so daß eine aus medizinischen Erkenntnissen abzuleitende Präventionsempfehlung nicht gegeben werden kann. Es ist jedoch davon auszugehen, daß sich Erfolgsbedingungen und Komplikationsrisiken analog zu IVF/ET und GIFT verhalten.

## **1.2 Prävention von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften, die durch Überstimulierung bei hormonaler Ovulationsauslösung entstehen können**

In den Anfängen der Ovulationsauslösung durch die Behandlung mit Gonadotropinen kam es gehäuft zu höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften. Solche unter dem Schlagwort "Hormonbabies" in der Presse publik gewordenen Fälle endeten in der überwiegenden Mehrzahl mit einer Fehlgeburt und brachten nicht selten auch Komplikationen für die Mutter mit sich. Die hohe Komplikationsrate - in der Literatur wurde sogar über mütterliche Todesfälle berichtet - hat zu einer intensiven Suche nach Kriterien zur Früherkennung beziehungsweise Verhinderung dieser Komplikationen geführt.

Die Entwicklung der Ultraschallfollikulometrie sowie die serielle Bestimmung von Östrogenen im Serum haben es zumindest ermöglicht, frühzeitig das Auftreten der Überstimulierung und damit das hohe Risiko einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft zu erkennen. Im konkreten Fall hat der behandelnde Arzt als Präventivmaßnahme von einer Zeugung in diesem Behandlungszyklus abzuraten und die begonnene Therapie abubrechen.

Die Verfahren der Zykluskontrolle durch die erwähnten Maßnahmen sind inzwischen so ausgereift, daß die Entstehung einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft mit einer relativ großen Wahrscheinlichkeit vermieden werden kann. Voraussetzung hierfür ist eine sachgemäße Durchführung und Überwachung der Therapie durch den behandelnden Arzt sowie die Befolgung der ärztlichen Empfehlungen durch das betroffene Ehepaar. Dennoch bleibt auch bei Beachtung aller Präventionsmaßnahmen ein Restrisiko.

Zur Prävention von Mehrlingsschwangerschaften sind folgende Maßnahmen in Betracht zu ziehen:

- a)** Vermeidung durch Abbruch der Therapie ohne Verabreichung von HCG (Human Chorionic Gonadotropin).
- b)** Identifizierung der Patientinnen mit hohem Überstimulierungsrisiko durch adäquate diagnostische Maßnahmen (zum Beispiel Ausschluß einer Hyperandrogenämie).
- c)** Gewährleistung der notwendigen Voraussetzungen, die für die Durchführung der Therapie erfüllt sein müssen.

## **2. MEHRLINGSREDUKTION MITTELS FETOZID**

Daß es trotz Präventionsmaßnahmen zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft kommen kann, offenbart das derzeit noch unvermeidliche und deshalb besonders aufklärungsbedürftige Risiko der Methodik. Um die mit einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft verbundenen Risiken zu vermeiden, wird die Möglichkeit der Verminderung der Zahl der Feten ("Reduktion") mit Hilfe des Fetozids erörtert. Hierunter wird die intrauterine Tötung einzelner Feten verstanden, wobei im übrigen ein Fortbestehen der Schwangerschaft mit einer entsprechend niedrigeren Zahl von Feten beabsichtigt ist; dabei werden - im übrigen unselektiv - die am besten zugänglichen Feten getötet.

## **2.1 Rechtliche Beurteilung**

Auch die Tötung einzelner Embryonen ohne gleichzeitige völlige Beendigung einer Schwangerschaft fällt unter den Anwendungsbereich der §§ 218 bis 219 d StGB. Eine solche Maßnahme ist daher nur dann nicht strafbar, wenn eine Indikation nach § 218 a StGB vorliegt und zudem die Voraussetzungen der Vorschriften §§ 218 b und 219 StGB beachtet werden.

### **2.1.1**

Beim Vorliegen höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften können im Einzelfall die Voraussetzungen einer medizinischen Indikation nach § 218 a Abs. 1 Nr. 2 StGB gegeben sein.

Im Falle einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft im weiteren Schwangerschaftsverlauf besteht ein hohes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen. Unter diesen steht das Risiko der Präeklampsie und Eklampsie sowie das der Thrombo-Emboliegefährdung im Vordergrund. In Einzelfällen kann es zu Todesfällen kommen.

Soweit daher für den (weiteren) Schwangerschaftsverlauf Lebensgefahr oder die (konkrete) Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Mutter besteht und dem nicht auf eine andere ihr zumutbare Weise abgeholfen werden kann, sind die Voraussetzungen der medizinischen Indikation nach § 218 a Abs. 1. Nr. 2 StGB erfüllt. Soweit zur Abwendung dieser Gefahren erforderlich und geeignet, ist eine Mehrlingsreduktion mittels Fetozid einem Totalabbruch der Schwangerschaft vorzuziehen.

### **2.1.2**

Weiterhin könnte im Einzelfall eine Indikation von seiten des Kindes nach § 218 a Abs. 2 Nr. 1 StGB in Betracht kommen.

Trotz der eindrucksvollen Erfolge der Neonatologie muß derzeit davon ausgegangen werden, daß lebendgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1000 g in einem hohen Prozentsatz versterben oder aber Dauerschäden davontragen. Erst ab einem Geburtsgewicht von 1250 g ist die Prognose der Kinder so gut geworden, daß mit großer Wahrscheinlichkeit mit einem gesunden Überleben zu rechnen ist. Bei Drillingschwangerschaften gelingt es heute in der Regel, ein Geburtsgewicht von über 1250 g zu erreichen. Bei Vierlingschwangerschaften ist die Tragzeit deutlich kürzer und das durchschnittliche Geburtsgewicht entsprechend geringer, dementsprechend sind die Chancen der Kinder ungünstiger. Ab der Fünflingschwangerschaft sinken die Chancen auf ein gesundes Überleben drastisch, bei Sechslings- oder noch höhergradigen Schwangerschaften besteht derzeit kaum eine Überlebenschance für die Kinder.

Für die letztlich entscheidende Frage, ob von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft verlangt werden kann, ist vor allem bedeutsam, inwieweit statt eines sonst für alle Feten voraussichtlich fatalen Ausgangs wenigstens einem Teil von ihnen eine Überlebenschance eröffnet werden kann.

### **2.1.3**

Auch die Voraussetzungen einer allgemeinen Notlagenindikation nach § 218 a Abs. 2 Nr. 3 StGB sind nicht grundsätzlich auszuschließen. Diese Indikation kann jedoch nicht schon allein damit begründet werden, daß es wider Erwarten zu einer Mehrlingsschwangerschaft gekommen ist.

#### **2.1.4**

Sofern der Eingriff nicht zur Abwendung einer körperlich begründeten Lebens- oder Gesundheitsgefahr angezeigt ist, hat ihm mindestens drei Tage vorher eine Beratung nach § 218 b Abs. 1 StGB vorauszugehen. Ferner ist in jedem Falle vor dem Eingriff eine Indikationsfeststellung nach § 219 StGB durch einen anderen als den abbrechenden Arzt erforderlich.

#### **2.1.5**

Im Interesse aller Betroffenen hat der Arzt rechtzeitig vor der Durchführung eines der hier in Frage stehenden Verfahren der Sterilitätsbehandlung über die damit verbundenen Folgeprobleme aufzuklären. Ist es wider Erwarten zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft gekommen und wird eine Indikation nach § 218 a StGB erwogen, so hat der Arzt zur Vermeidung einer völligen Beendigung der Schwangerschaft die betroffenen Eltern auch über die Möglichkeit einer Mehrlingsreduktion mittels Fetozyd aufzuklären. In keinem Fall dürfen mehr Feten abgetötet werden, als zur Abwendung der indikationsbegründenden Gefahr erforderlich ist.

## **2.2 Ethische Beurteilung**

Da bei Sterilitätsbehandlung auftretende Mehrlingsschwangerschaften in der Regel aus einer nicht qualifizierten Beratung und Behandlung resultieren, ergibt sich grundlegend die Pflicht zur Prävention durch bessere Steuerung und Überwachung sowohl der hormonalen Stimulationstherapie wie auch der modernen Reproduktionstechniken. Hierbei ist auch eine niedrigere Schwangerschaftsinzidenz in Kauf zu nehmen.

Kommt es trotz optimaler Prävention und intensiver medizinischer Überwachung zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft, so kann der Arzt vor das Problem gestellt werden, entweder durch eine zu frühe Geburt alle Kinder zu verlieren oder durch die gezielte Tötung wenigstens einzelne zu retten. Für das Handeln in einer derartigen Situation gibt es keine allgemein gültige ethische Rechtfertigung, hier müssen alle Betroffenen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden. Die Entscheidung hat sich am Grundsatz zu orientieren, das rettbar Leben dem unrettbaren vorzuziehen, und sollte im gemeinsamen Gespräch gefunden werden.

Berufsethisch unvertretbar ist es in jedem Fall, bei einer Sterilitätsbehandlung und -beratung die Möglichkeit einer Korrektur durch Mehrlingsreduktion mittels Fetozyd bereits zum Bestandteil einer Behandlungsstrategie zu machen. Diese muß vielmehr zum Ziele haben, ein solches Risiko zu vermeiden.

Vor Durchführung einer Mehrlingsreduktion ist dem Arzt zu empfehlen, sich rechtlich beraten zu lassen. Es bleibt Aufgabe der Forschung, die hormonale Stimulationstherapie und die modernen reproduktionsmedizinischen Techniken der natürlichen Fortpflanzung anzugleichen.

Von den 23 Mitgliedern der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer stimmten 22 der Vorlage zu, ein Mitglied, Prof. Dr. Schirren, Hamburg, "lehnte die Stellungnahme insgesamt ab".

### **Mitglieder der Arbeitsgruppe**

Prof. Dr. theol. F. Böckle  
em. Direktor des Moralthelogischen Seminars an der Universität Bonn

Prof. Dr. jur. A. Eser, M. C J. (federführend)  
Direktor des Max-Planck-Institutes für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg

Prof. Dr. H. Hepp  
Direktor der Universitäts-Frauenklinik, Klinikum Großhadern, München

Prof. Dr. N. Lang  
Direktor der Universitäts-Frauenklinik, Erlangen

Frau Prof. Dr. H- Rehder  
Leiterin der Arbeitsgruppe "Genetische Pathologie" im Institut für Humangenetik der Medizinischen Universität zu Lübeck

Frau Dr. I. Retzlaff  
Stellvertretende Vorsitzende der Zentralen Kommission, Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Prof. Dr. H. P. Wolff  
Vorsitzender der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer, München

Frau Ass. U. Wollersheim  
Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, Köln

### **Beratend mitgewirkt:**

Prof. Dr. K. Riegel  
Leiter der Abteilung für Neonatologie, Dr. von Haunersches Kinderspital der Universität München

Prof. Dr. theol. Dr. med. D. Rössler  
Evangelisch-Theologisches Seminar, Praktisch-theologische Abteilung der Universität Tübingen