

Kinderlos

Ihr grösster Wunsch ist der Kinderwunsch.

Um ihn endlich in Erfüllung gehen zu lassen, setzen

unfreiwillig kinderlose Paare oft alles in Bewegung. Sie berechnen

21

DAS MAGAZIN

den Eisprung, versuchen künstliche Befruchtungen und stellen Adoptionsanträge.

TEXT BARBARA LUKESCH / FOTOS YVONNE GRISS

Anne-Marie und Werner B. klären zunächst die Begriffe. Statt über ihre Kinderlosigkeit wollen sie über ihren Kinderwunsch sprechen; weder von Gentechnologen noch von Reproduktionsmedizinern sei hier die Rede, sondern von ganz normalen Ärzten. Das hässliche Wort Retortenbaby sei ebenfalls fehl am Platz, wecke es doch ausschliesslich negative Assoziationen wie Robotermensch oder Machbarkeitswahn. Dabei, so B.s, hätten die vielen Jahre, in denen sie nun schon auf ein Kind warten, hoffen, bangen, in ihnen das Gegenteil ausgelöst: den Glauben an das Wunder einer Geburt nämlich. Das muss wohl gerade in ihrem Fall so sein, konnten die Ärzte doch weder bei ihr noch bei ihm eine organische Ursache ausmachen, die das Ausbleiben einer Schwangerschaft erklären würde. Eigentlich könnten sie zusammen zehn Kinder haben, jung, gesund und fruchtbar, wie sie sind.

Seit mehreren Jahren versucht das Ehepaar nun, dem Wunder eines ersten Kindes medizinisch unterstützt nachzuhelfen. Basaltemperatur messen, homolog inseminieren, eine erste In-vitro-Fertilisation (IVF) und der Rat von – so Werner B. – «kritischen Ärzten», auf solche Methoden zu verzichten, der Beitritt zu einer Selbsthilfegruppe «Kinderwunsch» und erneute gescheiterte Versuche mit der Befruchtung im Glas. Eine unendliche Geschichte der enttäuschten und doch wieder aufkeimenden Hoffnung. Ein Wechselbad der Gefühle. Und was das kostet! Wieviel Zeit und Energie es frisst!

Doch B.s geben sich gelassen. Ein Asthmatiker konsultierte seinen Arzt häufiger als sie. Dass sie seit einiger Zeit sogar einen Spezialisten im Ausland aufsuchen, der in seiner Praxis nichts anderes als Befruchtungen im Glas durchführe, sei weder mit Stress noch mit Strapazen verbunden. Anne-Marie B. steckt es offenbar locker weg, dass sie pro IVF-Behandlung dreimal zum Arzt reisen muss: «Alles eine Frage, wie man sich so etwas gestaltet.» Den medizinischen Eingriff empfindet sie inzwischen als so «selbstverständlich wie einen Zahnarztbesuch».

Dr. M. ist ihr neuer Hoffnungsträger. Mit seiner Routine, seinem eingespielten Team und seiner hohen Erfolgsrate scheint er die Erfüllung ihres grössten Wunsches doch noch in greifbare Nähe zu rücken. Anne-Marie B. ist zuversichtlich, glaubt sie doch, dass die entspannte Atmosphäre in M.s Praxis auch auf sie positive Auswirkungen habe. 2000 Franken pro Behandlung, Spesen nicht inbegriffen, halten

B.s für angemessen; als diskriminierend empfinden sie hingegen die Weigerung der Krankenkassen zu zahlen.

B.s Schicksal mutet – allen gegenteiligen Beteuerungen zum Trotz – hart an. Andere Paare in einer ähnlichen Situation erzählen ungeschminkt vom Stress, der mit der unfreiwilligen Kinderlosigkeit einhergeht. Nicht genug, dass sie täglich an ihren unerfüllten Wunsch denken müssen, Beziehungen zu Freunden, die inzwischen Eltern geworden sind, kaum noch ertragen und deshalb abbrechen, Ärzte so oft konsultieren, wie andere Leute ins Kino gehen, sie müssen auch noch ihre Sexualität in den Dienst der Fortpflanzung stellen. Gerade wenn beide Partner organisch gesehen zeugungsfähig beziehungsweise fruchtbar sind, wird der Geschlechtsverkehr stets begleitet von dem drängenden Gedanken, jetzt endlich müsse es einschlagen.

Das Ehepaar B. sieht das anders und konstatiert, dass seine Sexualität «kein Problem» darstelle. Auch in der Selbsthilfegruppe habe noch nie jemand über sexuellen Stress geklagt, man akzeptiere die Situation wie eine andere Krankheit, die schliesslich auch nicht am Ausleben einer befriedigenden Sexualität hindere.

Anne-Marie B. will nichts wissen von der enormen psychischen Belastung, die angesichts unfreiwilliger Kinderlosigkeit stets beschworen werde. Allenfalls könne man ihre Situation mit derjenigen eines Arbeitslosen vergleichen.

B.s, so macht es den Eindruck, hätten fürs Leben gern ein Kind. Sie unternehmen alles Mögliche, um zum Ziel zu kommen; ergänzt werden diese Anstrengungen seit Jahren von Adoptionsanträgen. Sie hätten ein eigenes Baby genauso gern wie einen Buben oder ein Mädchen aus einem anderen Land. Sollte die In-vitro-Befruchtung zu einer Mehrlingsschwangerschaft führen, würde Anne-Marie B. «liebend gern auch Drillinge empfangen».

Wie gross muss diese Kinderliebe sein. Dabei geht Anne-Marie B. einem anspruchsvollen Beruf nach. Sie nutze, so sagt sie, ihre freien Kapazitäten und hüte sich davor, in einen Zustand des Wartens zu verfallen: Warten auf das Kind.

Optimale Bedingungen, möchte man meinen. Und trotzdem klappt es nicht. Wer B.s aber weismachen will, ihre Kinderlosigkeit könne auch psychische Ursachen haben, erhält eine kritische Antwort. Werner B.: «Es ist einfach falsch zu behaupten, wer keine Kinder bekomme, sei psychisch krank. Solche Aussagen helfen den betroffenen Paaren nicht weiter.» B.s sind überzeugt davon, dass ihr Problem wahrscheinlich ein medizinisches ist, für das man in 10, 20 Jahren vielleicht eine Erklärung hat.

10 bis 15 Prozent der Paare in Europa sind unfreiwillig kinderlos. Ging man bis vor wenigen Jahren noch davon aus, dass Sterilität in nahezu zwei Dritteln der Fälle ein Problem der Frauen sei, heisst es heute, die Geschlechter seien in etwa in gleichem Ausmass daran beteiligt.

Die Mehrzahl der zeugungsunfähigen Männer leidet unter Störungen der Samenzellbildung, das heisst, ihre Samen sind missgeformt, oder es liegen generell zuwenig oder zuwenig bewegliche Spermien vor. Die Ursachen dafür sind grösstenteils unbekannt. Mediziner können nur rund 20 Prozent ihrer Patienten eine erfolgreiche Behandlung anbieten: sei es medikamentös, sei es mittels Aufbereitung und Konzentration der Spermien. Wer mit Hodenentzündungen zu kämpfen hat, erhält Antibiotika; Krampfadern an den Hoden können operativ beseitigt werden; in einigen Fällen werden auch Hormonpräparate verabreicht.

Bei Frauen ist Sterilität meist hormonell oder mechanisch bedingt. Im ersten Fall kann häufig medikamentös Abhilfe geschaffen werden; bei verschlossenen oder verklebten Eileitern nützen bisweilen mikrochirurgische Eingriffe.

Bei gänzlich fehlenden Eileitern, zum Beispiel nach Eileiterschwangerschaften, bei verminderter Spermienzahl und/oder verminderter Beweglichkeit der Spermien und bei Sterilität ungeklärter Ursache, unter der jedes zehnte kinderlose Paar leidet, kann die Befruchtung im Glas mit anschliessendem Embryotransfer versucht werden.

Im Verlauf einer Sterilitätsabklärung treten häufig psychische Probleme auf. Helen Fontana, Frauenärztin, spezialisiert auf Sterilitätstherapien, unterbricht denn auch vorübergehend Behandlungen, wenn eine Frau in eine schwere psychische oder ein Paar in eine Beziehungskrise gerät. Sie rät bisweilen zu psychotherapeutischer Begleitung.

Bevor Helen Fontana mit einer In-vitro-Befruchtung beginnt, vergeht meistens ein Jahr, in dessen Verlauf die Abklärung der Sterilitätsursachen bei Frau und Mann vorgenommen wird. Den Betroffenen muss bewusst sein, welche physischen und medizinischen Probleme sie bei einer IVF erwarten können. Sie müssen über mögliche Komplikationen wie Infektionsgefahren, Darm- und Gefässverletzungen informiert sein und schliesslich schriftlich ihr Einverständnis bekunden. Helen Fontana ist überzeugt davon, dass ihre Patientinnen so gut aufgeklärt sind, dass sie einen eigenständigen, freiwilligen Entscheid fallen.

Demgegenüber behaupten die Kritikerinnen der Reproduktionsmedizin, dass auf Frauen auch heute noch ein grosser gesellschaftlicher Erwartungsdruck lastet, der ihnen fast

keine andere Wahl lasse, als Mutter zu werden. Wer die vorgesehene Rolle nicht erfülle, gelte als unweiblich. Kinderlosigkeit werde als Versagen und persönliche Schuld der Frau gedeutet, auch wenn sie in jedem zweiten Fall von einem Mann verursacht werde. Trete in diesem Moment die Reproduktionsmedizin auf den Plan und suggeriere, alles, auch ein Kind, sei machbar, handelten die Betroffenen wie unter Zwang. Die Psychologin Verena Siegrist sagt: «Es ist doch keine Frau immun gegen das ständige «Na, ist noch nichts unterwegs?» Eines Tages gibt sie dem Druck nach und ist bereit, sich einer In-vitro-Befruchtung zu unterziehen.» Die Mitbegründerin der Nationalen Organisation gegen Gen- und Reproduktionstechnologien feministischer Frauen (Nogerete) ist überzeugt davon, dass die Ärzte auf diese Art einen «erneuten kontrollierenden Zugriff auf die Frauen ausüben».

IVF - darin sind sich Kritiker unterschiedlichster Herkunft einig - berührt einen Grenzbereich, wo in den Entstehungsprozess des Lebens mit technischen Mitteln eingegriffen wird. Die Vereinigung der Keimzellen ausserhalb des weiblichen Körpers liess denn auch den Slogan «Eizellen gehören nicht auf den Labortisch» entstehen. Zudem, so wird moniert, würden bei der scheinbaren Lösung eines Problems fortgesetzt neue geschaffen. Beispiel: Mehrlingsschwangerschaften und die Tötung ausgewählter Föten im Mutterleib, sogenannter Fetozid. Oder die Produktion überzähliger Embryonen und die Ungewissheit, was mit diesen geschieht: In den Ausguss? Frei verfügbar für Forschungszwecke?

Der Run auf die Retortenbabys verunmögliche, so Verena Siegrist, auch die dringend nötige Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderlosigkeit: «Um Kinderlosigkeit akzeptie-

DEFINITIONEN:

IN-VITRO-FERTILISATION (IVF) UND EMBRYOTRANSFER:
das Verschmelzen von Ei- und Samenzellen im Reagenzglas, das heisst ausserhalb des weiblichen Körpers, und das nachträgliche Implantieren oder Einpflanzen der befruchteten Eizellen in die Gebärmutter.

RETORTENBABY:
das mit Hilfe einer In-vitro-Fertilisation gezeugte Baby.

HOMOLOGE INSEMINATION:
die künstliche Befruchtung mit aufbereitetem Sperma des Ehemannes oder Partners.

HETEROLOGE INSEMINATION:
die künstliche Befruchtung mit Sperma eines anonymen Samen-spenders.

BASALTEMPERATUR MESSEN:
eine Form der Empfängnisverhütung beziehungsweise des Feststellens der fruchtbaren Tage. Die Basaltemperatur wird morgens vor dem Aufstehen fünf Minuten lang gemessen und aufgezeichnet.

LAPAROSKOPIE:
Bauchspiegelung, das heisst, das Betrachten des Bauchraums und seiner Organe mittels einer Belichtungsquelle. Sie dient zur Erkundung von Lage, Grösse und gegebenenfalls Veränderungen der Bauchorgane.

ANDROLOGIE:
die Männerheilkunde.

SPERMIOGRAMM:
Zusammenstellung bestimmter Parameter des Spermas wie Anzahl, Beweglichkeit und Formen.

Y.2

ren zu können, bräuchte es die Gleichstellung von Frau und Mann.» Frauen hingegen, die ihrem Leben ausschliesslich mit der Mutterschaft einen Sinn zu geben vermöchten, würden weiterhin genötigt sein, sich dem «Prozedere der In-vitro-Befruchtung auszusetzen, das mit der Würde, Integrität und Unversehrtheit der Frau nicht zu vereinbaren ist».

So negativ hat Katharina Z. den Eingriff nicht erlebt. Sie und ihr Mann Robert waren sich allerdings auch von Anfang an einig, dass sie höchstens drei Versuche mit der In-vitro-Befruchtung machen würden. Sollte es nicht zu einer Schwangerschaft kommen, würden sie das Kapitel Kinder abschliessen. Sie wollten ihr Leben nicht ewig dem Diktat ihres Kinderwunsches unterordnen. Während mehr als zwei Jahren hatte das Thema ihre Beziehung dominiert, ihren Alltag beherrscht. Arztbesuch reihte sich an Arztbesuch; Robert Z. liess Spermioogramme von sich machen; Katharina Z. unterzog sich mehrmals dem schmerzhaften Eileiterröntgen, wurde mit einer Bauchspiegelung untersucht. Befund: Ihr Eileiter war komplett vernarbt und verwachsen.

Eine sechsstündige Operation weckte neue Hoffnungen, erzeugte aber auch neuen Druck. Innerhalb eines Jahres, so hatte der Arzt gesagt, müsse die Patientin nun schwanger werden, sonst sei von einem Misserfolg auszugehen. Katharina Z. wurde nicht schwanger.

Eine In-vitro-Befruchtung, das wusste das Paar, war ihre letzte Chance. Die Arztgehilfin und der Biochemiker brachten gute Voraussetzungen mit: Beide waren mit der Materie vertraut; ihre Beziehung war stabil; Katharina Z. konnte jederzeit problemlos ihren Arbeitsplatz verlassen.

Die Woche, in der es jeweils zur hormonellen Auslösung des Eisprungs, zum Absaugen der reifen Eibläschen, zur eigentlichen Befruchtung im Glas und zum Einführen von maximal drei bis vier Embryonen kam, hat Katharina Z. in guter Erinnerung: «Das war eine schöne Zeit. Wir hatten das Gefühl, endlich etwas tun zu können, nicht länger nur warten zu müssen.» Den Tag, an dem Ei- und Samenzelle vermischt wurden, erkoren Katharina und Robert Z. zu einem Ehrentag: «Das war sozusagen unser Ersatz für die Zeugung.» Der Stress kam nachher: «Wir haben an nichts anderes mehr gedacht; ständig kreisten unsere Gedanken um die Frage: Hat es geklappt?» Nach zehn Tagen sei die Spannung unangenehm geworden, am 14. Tag fast unerträglich. Jeder Gang auf die Toilette sei zum Spiessrutenlaufen geworden. Würde sie bluten? Als Katharina Z. das Menstruationsblut in ihrem Slip sah, war sie enttäuscht und traurig. «Beim erstenmal haben wir uns immerhin noch sagen können: Das nächste Mal halt.» Zum Trost gab es Champagner.

Der zweite Versuch schien geklappt zu haben; die beiden waren übergücklich. Um so härter traf es sie, als eine Woche später die Menstruation einsetzte.

Immer noch Optimismus, aber auch eine gehörige Portion Realismus begleiteten den dritten Versuch. Als es dann erneut nicht einschlug, waren die beiden noch einmal bitter enttäuscht: «Es war ein trauriger Moment mit vielen Tränen. Wir hatten das Gefühl, nun seien all unsere Kinder endgültig begraben.» Robert Z. sagte einen Satz, den seine Frau schmerzlich zur Kenntnis nahm: Seine Kinderlosigkeit werde ihn bis zu seiner letzten Stunde begleiten. Für sie, die aus einer ersten Ehe eine zwölfjährige Tochter mitgebracht hatte, aus einer Zeit also, in der ihr Eileiter noch intakt war, war es besonders belastend, nun diejenige zu sein, die ein gemeinsames Kind mit Robert verunmöglichte. Er liess sie allerdings keine Aggressionen spüren. Und natürlich ist Katharina Z. auch glücklich, ihre Tochter zu haben: «Wer weiss, vielleicht hätte ich sonst mit Gefühlen von Unweiblichkeit zu kämpfen. Dagegen ist doch keine Frau gefeit.»

Während 80 bis 90 Prozent der Schweizer Bevölkerung – gemäss einer IPSO-Befragung aus dem Jahr 1992 – sehr wohl bereit sind, künstlich gezeugte Babys zu akzeptieren, geht die Zustimmung nahezu um die Hälfte zurück, wenn es um die heterologe Insemination, das heisst den Bezug eines fremden Samenspenders, geht.

Es war auch für Ursula B., 39, kein leichtes, sich für diesen Weg der Zeugung zu entscheiden. Würde ihr Mann es verkraften, wenn sie das Kind eines anderen bekäme? Sollten sie nicht doch lieber auf die Karte Adoption setzen, um beiden Elternteilen die gleichen Ausgangsbedingungen zu garantieren? Ursula B. stellte für alle Fälle einen Adoptionsantrag. Ihr Mann war es schliesslich, der auf eine Samenspende drängte: «Ich war froh, dass er mich so antrieb. Wäre der Entscheid vor allem von mir ausgegangen, hätte ich kaum den Mut gehabt, die Verantwortung zu tragen.»

Wie schwer sich Männer mit ihrer Zeugungsunfähigkeit tun können, bestätigt der Androloge Christian Sigg. Er erlebt täglich, wie gross die Kränkung derjenigen Patienten ist, bei denen er Sterilität diagnostiziert. «Männer empfinden Zweifel an ihrer Zeugungsfähigkeit bereits als Zweifel an ihrer gesamten Männlichkeit und werten die Untersuchungen sehr oft als persönlichen Affront. Viele meinen denn auch, Sterilität sei gleichbedeutend mit Impotenz.» Die Gespräche mit vielen seiner Patienten sind heikel. Es müssen Hemmungen abgebaut werden; die Konkurrenzsituation Arzt-Patient als eine zwischen zwei Männern will mitbedacht sein. Dazu Sigg: «Die Erstuntersuchung findet nie in einem Raum statt,

in dem Fotos meiner Kinder an den Wänden hängen.» Aus Gründen der Diskretion bietet er seinen Patienten auch Samstagstermine an: «Damit sie nicht am Arbeitsplatz fehlen und fadenscheinige Begründungen angeben müssen.»

Dass die Andrologie eine relativ junge medizinische Disziplin ist, hängt mit dem bis anhin vorherrschenden Denken zusammen. Man(n) war überzeugt, dass Sterilität ein gynäkologisches Problem sei und allein die Frauen betreffe. Sigg: «So konnten sich die Männer mehr oder weniger unangestastet aus der Affäre ziehen.»

Auch Ursula und Carl B. haben damit ihre Erfahrungen gemacht. Als sich allen Anstrengungen zum Trotz keine Schwangerschaft einstellen wollte, riet der Gynäkologe Ursula B. zu einer Bauchspiegelung, einem Eingriff unter Narkose, der durchaus mit Risiken verbunden ist. Dass er völlig unnötig war, stellte sich sofort heraus. Erst in zweiter Linie wurde die Zeugungsfähigkeit von Carl B. untersucht; die Qualität seiner Samen war schlecht, sehr schlecht sogar. Hormonkuren schlossen sich an; auch Frau B. wurde hormonell behandelt – es seien ja meistens beide beteiligt, hiess es fälschlicherweise. Versuche mit aufbereiteten Samen ihres Mannes, der sogenannten homologen Insemination, folgten. Als der behandelnde Arzt ihr das Konzentrat in die Scheide spritzte, hatte sie starke Schmerzen.

Gleichzeitig geriet das Sexualleben des Paares drunter und drüber, denn nach wie vor sollten auch natürliche Zeugungsversuche unternommen werden. Mit anderen Worten: Sex nach Fahrplan. Ursula B.: «Eine Strapaze, die x-mal mit Tränen endete. Während einer gewissen Phase glaubten wir, auf jeden Abendausgang verzichten zu müssen. Dann wieder geisterte die Idee herum, drei Tage vor dem Geschlechtsverkehr dürften wir keinen Alkohol mehr trinken. Es war absurd, und genützt hat es auch nichts.»

Als sie mit ihrem Gynäkologen über die Möglichkeit einer Samenspende sprechen wollte, reagierte er unwirsch: «Wir sind doch hier nicht auf einer amerikanischen Bullenfarm.» Doch Ursula B. liess sich nicht mehr beirren: «Ich wusste von jeher, dass ich nicht ohne Kinder leben kann. Der Gedanke, ich müsste auf Kinder verzichten, brachte mich fast um.» Die ersten Versuche in einer St. Galler Klinik scheiterten. Der Stress und die Anspannung waren einfach enorm. Dreimal pro Zyklus legte Ursula B. eine mehrstündige Reise zurück, nachdem sie ihrem Arbeitgeber irgendein Märchen aufgetischt hatte. Die Behandlung selber hat sie als «ekelerregend» in Erinnerung: «Irgendeine Maschine steckte stundenlang in meinem Unterleib.» Erfolglos. Als sie nicht schwanger wurde, drohte man ihr mit dem Psychiater; die angespannte Seele der Frau verweigere das

technisch machbare Mutterglück, hiess es. Ursula B. wusste nicht mehr, wie ihr geschah. Der Druck auf sie wuchs und wuchs. Wenn sie auf der Strasse eine Frau mit einem Baby sah, hätte sie sie «am liebsten gewürgt».

Dann kam Dr. H., dessen Praxis in ihrem Wohnort liegt. Gemeinsam mit ihrem Mann konsultierte sie ihn und unterschrieb das Versprechen, dem Kind nie seine wahre Herkunft zu verraten, es zu behandeln wie ein leibliches. Bei Dr. H. war ihr wohler, er wirkte seriös. Als es wieder nicht klappen wollte, spürte sie Misstrauen in sich aufkeimen: Verdienen sich die Ärzte eigentlich eine goldene Nase an mir? Als es dann einschlug, war Dr. H. der Grösste: «Ja, klar, er kam mir vor wie ein kleiner Gott. Irgendwie habe ich auch phantasiert, ich hätte das Kind von ihm bekommen.» Ein zweites Kind entstand auf dieselbe Art. Beim Versuch, ein drittes Mal schwanger zu werden, streikte Ursula B.s Psyche erneut: «Ich ging auf die 40 zu und bin unter dem Erwartungsdruck fast kaputtgegangen.»

Sie ist glücklich mit ihren beiden Kindern. Einzig das Verheimlichen ihrer Entstehung belastet sie manchmal: «Im Grunde genommen lebe ich mit einer Lüge.» Andererseits ist sie auch überzeugt von deren Notwendigkeit: «Würden die Kinder immer noch akzeptiert von ihren Grosseltern, ihren Onkeln und Tanten insbesondere väterlicherseits, wenn wir allen die Wahrheit sagen würden?» B.s sind mehr als skeptisch. Trotzdem kann Ursula B. schmunzeln, wenn es angesichts ihrer Kinder heisst: «Ganz der Papi.»

Ihr Mann sei ein genauso guter und manchmal schlechter Vater wie alle anderen Väter. Auch sie selber stehe voll und ganz zu dem Entscheid der heterologen Insemination. Natürlich frage sie sich bisweilen, wie wohl die beiden Erzeuger ihrer Kinder aussehen, was sie beruflich machen, ob sie sympathisch sind: «Und selbstverständlich habe ich mir auch schon überlegt, ob sie mich sexuell anziehen würden.» Deren Identität erfahren möchte sie dennoch auf keinen Fall.

Die Patientinnen und deren Ehemänner wünschen die Anonymität der Samenspender. Die Spender selber sind nur unter dieser Bedingung bereit, ihren kostbaren Saft abzuliefern. Und trotzdem sieht die Schweizer Gesetzgebung inskünftig vor, dass die Daten über die Abstammung, also auch der Name des Erzeugers, zu gewährleisten seien. Unter diesen Voraussetzungen sahen sich Dr. H., Gynäkologe in Zürich, und seine Kollegen in Bern, Locarno, Basel, Lausanne, Genf, Liestal und Schaffhausen gezwungen, ihre Samenbanken zu schliessen. Eine Umfrage unter 900 Männern hatte ergeben, dass ein einziger bereit wäre, auch nach Preisgabe seiner Identität weiterhin Samen zu spenden. >>>>

1.9

Dr. H., der während 25 Jahren heterologe Inseminationen, das heisst Fremdbesamungen, vorgenommen hatte, war sich stets bewusst, dass sein Tun in einem rechtsfreien Raum angesiedelt war. Einzig die Richtlinien der Akademie der Medizinischen Wissenschaften – und sein Gewissen, wie er betont – setzten ihm Grenzen, und zwar genau die, die Anonymität der Spender zu wahren. Des weiteren durften Extrawünsche des Paares nach besonderen charakterlichen oder äusserlichen Merkmalen des Spenders nicht berücksichtigt werden. Einzig bei Grösse, Augenfarbe und Blutgruppe wurde auf Übereinstimmung mit dem Ehemann beziehungsweise dem künftigen sozialen Vater geachtet.

Ob gesetzlich geregelt oder nicht, die Nachfrage gab Dr. H.s Tätigkeit auf ihre Art recht. «Ich hätte meine ganze Praxis auf heterologe Inseminationen umstellen können», sagt der Spezialist, «stets hatte ich mindestens 100 Interessierte auf meiner Warteliste.» Rund 12 Prozent seiner Kapazitäten waren es, die er dem heiklen Tun widmete: Er behandelte rund 100 Patientinnen zur gleichen Zeit, verabreichte aber nie mehr als 400 Inseminationen pro Jahr.

Dr. H. bewegte sich auf einem schmalen Grat, wenn er seiner schicksalsschwangeren Arbeit nachging. Welchen Paaren sollte er die Samenspende vorenthalten? Welcher Frau, welchem Mann wollte er vorgängig eine psychologische Abklärung zumuten? In welchen Fällen sagte er ja, obwohl die Hilfesuchenden einen zwiespältigen Eindruck bei ihm hinterliessen – und wann sagte er definitiv nein? Dr. H.: «Ich habe mich stets auch von meinem Gefühl leiten lassen.»

Genauso delikater war die Auswahl der Spender. Fruchtbar mussten sie sein und gesund. Das liess sich problemlos ermitteln. Aber Dr. H. wollte mehr; er suchte «nette Männer, die über eine gewisse soziale Bewährung verfügen, die also eine Sache anpacken und zu Ende führen und sich auch sprachlich gut ausdrücken können». Grosse Stücke hielt er stets auf das Urteil seiner beiden Mitarbeiterinnen, die regelmässig mit den Spendern zu tun hatten. Aber letztlich war es eben das Menschenbild des Dr. H., das zum Zuge kam; er setzte seine Massstäbe von dem, was als wertvolles Leben zu gelten habe. Genau an diesem Punkt macht sich auch die Kritik an seiner Tätigkeit fest. Verena Siegrist moniert: «Was hier geschehen ist, geht Richtung Zucht: Ein einzelner Mann bestimmt, nach welchen Kriterien Leben weitergegeben werden soll. Das halte ich für eine Grenzüberschreitung.» Dr. H. entgegnet: «Wie hätte das Ganze anders, besser gehandhabt werden sollen?»

Die Krankenkassen hielten sich von jeher zurück, wenn es ums Thema heterologe (und homologe) Inseminationen ging. Sie haben die Behandlungskosten von zwischen 500 und 1000 Franken pro Zyklus nicht übernommen. Bedenkt man, dass im Durchschnitt mit sechs bis acht Besamungsversuchen zu rechnen ist, müssen die Paare pro Baby 3000 bis 8000 Franken auslegen.

Wie soll es weitergehen? Dr. H. und seine Kollegen inseminieren nicht länger heterolog, aber die Wartelisten mit den Namen zahlloser Hilfesuchender sind nach wie vor lang.

BARBARA LUKESCH ist freie Journalistin im Presseladen in Zürich. Die Fotografin YVONNE GRISS lebt und arbeitet in Zürich. Zusammen haben sie «Menstruation: Die Frau im Mond» im «Magazin» Nr. 24/92 publiziert.