



**Arbeitskreis
Frauengesundheit**

in Medizin, Psychotherapie
und Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Ungewollte Kinderlosigkeit – vom Mythos der grenzenlosen Machbarkeit und den Schattenseiten der Reproduktionsmedizin

Dokumentation des Fachtages des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. vom 3.11.2023 in Berlin-Wannsee

Vorwort

Eizellspende und Leihmutterschaft auch in Deutschland?

Diese Frage war Ausgangspunkt eines Fachtags des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. Vorausgegangen war eine zweijährige Diskussion der Frauenärztinnen im AKF. Ergebnisse dieser kontroversen Debatten waren eine von der genannten Fachgruppe verabschiedete [Stellungnahme zum Thema „Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft“](#) (s. Anhang) und der Wunsch, diese Problematik auf einem Fachtag mit Expert*innen verschiedener Wissenschaftsgebiete und Vertreter*innen aus Politik und Verwaltung von Bund und Ländern weiter zu diskutieren.

Eine Arbeitsgruppe aus Frauen*ärztinnen und einer Medizinethikerin hat diesem Wunsch entsprechend einen Fachtag für den 3. November 2023 organisiert. An diesem Tag wurden juristische, gesellschaftspolitische und philosophisch-ethische Aspekte der Eizellspende und Leihmutterschaft behandelt.

Auch wurden die Perspektive der Spenderkinder vorgestellt sowie die Positionen des Deutschen Ärztinnenbundes, der Pro Familia, Terre des Femmes und der Gynäkologinnen im AKF. Unter Einbeziehung einer marktkritischen Perspektive wurde diskutiert, wie wir den Dimensionen von Ausbeutung und sozialer Ungleichheit begegnen wollen, ohne die medizinischen Risiken für Eizellgeberin, Eizellnehmerin, Leihmutter und das so entstandene Kind auszublenden. Dabei wurde insbesondere danach gefragt, ob im Namen der Selbstbestimmung die Körper anderer Frauen benutzt werden dürfen und ob wir als Gesellschaft erlauben, dass Eizellen, Körperfunktionen und die so entstandenen Kinder zur Ware werden.

Mit der Dokumentation des Fachtages wollen wir eine breite gesellschaftliche Diskussion anstoßen bzw. weiterführen.

Die Vorbereitungsgruppe bedankt sich für die finanzielle Unterstützung zur Durchführung des Fachtages beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin und beim Gunda-Werner-Institut für die finanzielle Unterstützung zur Erstellung der Dokumentation.

Silke Koppermann, Angelika Linckh, Viola Schubert-Lehnhardt, Doris Tormann
(Vorbereitungsgruppe)

Inhaltsverzeichnis

- S. 4 Das Embryonenschutzgesetz –
Entstehung, Sinn und Überarbeitungsbedarf *Silke Koppermann*
- S. 10 Politische Einschätzung *Monika Knoche*
- S. 15 Das Konzept von Reproduktiver Gerechtigkeit
Viola Schubert-Lehnhardt
- S. 20 Uneindeutige Verhältnisse. Subjektive Deutungen von Eigentum am
menschlichen Körper im Kontext technologisch assistierter Reproduktion *Stefanie Graefe*
- S. 29 Aspekte zur Eizellvermittlung mit Fokus auf ihre Bedeutung für
Spenderkinder *Anne Meier-Credner, Verein Spenderkinder*
- S. 34 Position der Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin (ÄRE) und des
Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) *Monika Bals-Pratsch*
- S. 37 Leih- bzw. Mietmutterschaft darf in Deutschland nicht legalisiert
werden, egal in welcher Form – die Position von TERRE DES
FEMMES *Sina Tonk*
- S. 41 Für eine rechtebasierte Fortpflanzungsmedizin – pro familia
Dorothee Kleinschmidt
- S. 44 Medizinische Risiken bei Eizellspende und Leihmutterschaft
Angelika Linckh
- S. 53 Ein Kind ist keine Ware, ein Kind ist kein Geschenk *Millay Hyatt*
- S. 57 Podiumsdiskussion Entscheidungsfindung mit gesellschaftlichen
Folgen – Auswirkungen und Perspektiven im Falle einer Gesetzes-
änderung Zusammenfassung *von Margaretha Kurmann*
- S. 62 Stand der Diskussion *Viola Schubert-Lehnhardt*

Anhang

- S. 68 Verzeichnis der Autorinnen
- S. 69 Stellungnahme der Gynäkologinnen im AKF e.V.

Das Embryonenschutzgesetz – Entstehung – Sinn und Überarbeitungsbedarf

Silke Koppermann

Mit der Retortenbefruchtung (IVF) wurde nicht nur eine Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren erfunden und eingeführt, sondern: in Analogie/umgekehrt zur Schwangerschaftsverhütung wurde die für viele Menschen unfreiwillige, leidvolle oder lästige Verknüpfung von heterosexueller Sexualität und Schwangerschaft/Fortpflanzung aufgehoben.

Das ist das eigentlich Neue an diesen Techniken?

Durch diese Verfahren wurden Keimzellen (für Sperma nichts Neues), also besonders Eizellen verfügbar, die Befruchtung davon steuerbar und auch entstehende Embryonen außerhalb der Körper von Frauen in der Petrischale/der Retorte verfügbar.

Das warf neue Fragen auf nach Elternschaft, Verfügbarkeit und Schutz von entstehendem Leben und in der Folge davon auch nach einer möglichen Kommerzialisierung.

Dieses zu regeln und einen gesellschaftlich verträglichen Umgang damit zu finden, war und ist die Aufgabe des Embryonenschutzgesetzes.

Was schreibt das ESchG vor, was verbietet es?

Das jetzige ESchG ist am 1.1.1991 in Kraft getreten¹. Manche halten es alleine schon deshalb für veraltet, weil sich die Reproduktionstechniken weiterentwickelt haben und es deshalb nicht mehr dem Stand der Wissenschaft entspräche. Veränderungen gab es bis heute nur in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik, die aber nicht Thema dieses Beitrages ist.

Bis jetzt wurden alle angedachten oder geforderten Änderungen verschoben in Erwartung eines „Reproduktionsmedizingesetz“. Dieses soll laut Koalitionsvertrages jetzt endlich aufgegriffen werden und dafür wurde die wissenschaftliche Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin eingesetzt.

Im Fokus der aktuellen Diskussion stehen sogenannte Eizellspende und Leihmutterschaft.

¹ Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746)

Zum besseren Verständnis der folgenden Beiträge sollen hier die wesentlichen Aussagen und Bestimmungen des ESchG erläutert werden.

§1 Missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungsmaßnahmen

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

- 1. auf eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt,*
- 2. es unternimmt, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt.*

Das Strafmaß ist erheblich, ein Verstoß gegen das Gesetz ist also kein Kavaliersdelikt. Die Befruchtung einer Eizelle und Übertragung davon ist nur erlaubt im Rahmen einer konkreten Fruchtbarkeitsbehandlung einer konkreten Person. Als Begründung für das Verbot wurde damals hauptsächlich die Verhinderung einer sogenannten „geteilten Mutterschaft“ genannt.

Diese Begründung kann in Frage gestellt werden: Was macht Mutterschaft aus? Ist der Kern der Mutterschaft das Weitergeben der eigenen Gene, die leibliche Verbindung durch das Austragen einer Schwangerschaft und die Geburt oder das weitere soziale „Mutter-sein“?

Rein juristisch liegt in Deutschland die Betonung auf dem Zweiten: Mutter ist die Person, die das Kind geboren hat.

Weiter wird bestraft, wer

- 3. es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen auf eine Frau zu übertragen,*
- 4. es unternimmt, durch intratubaren Gametentransfer innerhalb eines Zyklus mehr als drei Eizellen zu befruchten.*

Dieses Verbot dient der Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften und daraus entstehenden Komplikationen für Mutter und Kind und ist in der Medizinischen Debatte heutzutage Konsens. Das größte Risiko der IVF-Behandlung ist die Entstehung von Mehrlingen. Viele Jahre lang wurden meist mehrere Embryonen eingesetzt um die Chancen zu erhöhen, dass zumindest ein bis zwei davon überleben und anwachsen.

Heutiger Standard ist (oder sollte zumindest sein) die Übertragung nur eines Embryos des „single embryo transfer“ SET. Deutschland hinkt da etwas hinterher im Vergleich zu anderen Ländern. Im Jahrbuch des DIR (Deutsches IVF-Register zur Qualitätskontrolle) werden nur noch doch

SET und DET verglichen, das Herstellen von Drillingen wird fast als Kunstfehler.

In anderen Ländern wiederum, die damit werben, was alles erlaubt und möglich ist, und die deshalb Ziel von sogenanntem Reproduktionstourismus sind, wird das sehr anders gehandhabt. Davor möchten manche die Frauen schützen durch eine Liberalisierung hier in Deutschland.

Um die Schwangerschafts- und Geburtsraten zu erhöhen möchte man für diesen SET die Möglichkeit der Auswahl eines Embryos mit den besten Entwicklungsmöglichkeiten unter mehreren haben. Diese können aber erst nach einer gewissen zeitlichen Entwicklung beurteilt werden.

Das verbietet aber das ESchG: es wird bestraft, wer

5. es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen.

Befruchtung heißt hier: Kernverschmelzung – Dieser Entwicklungsstand, an dem ein Individuum entstanden ist wurde als der Beginn des individuellen Lebens definiert. (Die Festlegung für den Beginn des Lebens und eines Individuums lässt sich auch wissenschaftlich nicht eindeutig festlegen).

In der ethischen Debatte wird ist die Spanne sehr viel breiter definiert Für die Einen begann das Leben mit dem Sperma, das deshalb nicht verschwendet werden darf, für andere in der Gestalt des Embryos, für andere ist eine postulierte Beseelung der Zeitpunkt. Auch die Lebensfähigkeit außerhalb des Körpers der Schwangeren kann eine Markierung sein, andere finden, das Leben beginnt mit der Geburt.)

Es ist also verboten, mehrere Embryonen herzustellen um daraus die Auswahl treffen zu können, weil man nach dem ESchG alle übertragen müsste. Praktisch heißt das, dass die Entwicklung im Vorkernstadium gestoppt werden muss durch Einfrieren. Dabei entstehen dann häufig (überzählige) Vorkernstadien, die für nachfolgende Behandlungen genutzt werden können. Diese werden aber vielleicht gar nicht mehr gebraucht – und somit entsteht die Frage und Interesse nach einer möglichen anderen Weiterverwendung, zB für eine Weitergabe an eine andere Frau oder für die Forschung

Bestraft wird, wer

6. einer Frau einen Embryo vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnimmt, um diesen auf eine andere Frau zu übertragen oder ihn für einen nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck zu verwenden, oder
7. es unternimmt, bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen.

Das wäre die Leihmutterschaft, die umgekehrt mit einer Eizellspende/Fremdeibehandlung für die austragende Frau verbunden ist.

(2) Ebenso wird bestraft, wer

1. künstlich bewirkt, dass eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle eindringt, oder
2. eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle künstlich verbirgt, ohne eine Schwangerschaft der Frau herbeiführen zu wollen, von der die Eizelle stammt.

Hier wird nochmal die Befruchtung außerhalb von konkreter Fruchtbarkeitsbehandlung einer bestimmten Frau verboten. Praktiziert wird in Deutschland die sogenannte Embryonenspende. Eigentlich dürfte es gar keine überzähligen Embryonen geben (s.o). Es handelt es sich dabei um „planwidrig entstandene Embryonen“, die sich unbeabsichtigt so weit entwickelt haben und für die es eigentlich keine Regelungen gibt. Es wird ihnen ein Lebensschutz als Embryo zugemessen und deshalb werden sie an empfangswillige Frauen transferiert anstelle sie zu verwerfen.

§ 2 Missbräuchliche Verwendung menschlicher Embryonen

(1) Wer einen extrakorporal erzeugten oder einer Frau vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnommenen menschlichen Embryo veräußert oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck abgibt, erwirbt oder verwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer zu einem anderen Zweck als der Herbeiführung einer Schwangerschaft bewirkt, dass sich ein menschlicher Embryo extrakorporal weiterentwickelt.

(3) Der Versuch ist strafbar.

Seitens der Forschung gibt es natürlich Interesse an der Weiterverwendung dieses kostbaren Materials. Deutschland wäre von der Forschung

abgekoppelt bzw. Forscher würden ins in dieser Beziehung liberalere Ausland abwandern.

Verboten ist nach § 3 Geschlechtswahl und PID, das ist nicht Thema dieses Beitrages.

§ 4 Eigenmächtige Befruchtung, eigenmächtige Embryoübertragung und künstliche Befruchtung nach dem Tode

(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer

1. es unternimmt, eine Eizelle künstlich zu befruchten, ohne dass die Frau, deren Eizelle befruchtet wird, und der Mann, dessen Samenzelle für die Befruchtung verwendet wird, eingewilligt haben,

2. es unternimmt, auf eine Frau ohne deren Einwilligung einen Embryo zu übertragen, oder

3. wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode künstlich befruchtet.

(2) Nicht bestraft wird im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 die Frau, bei der die künstliche Befruchtung vorgenommen wird.

Weiter verboten sind das Klonen und Keimbahnveränderungen.

(3) Nicht bestraft werden

1. in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1, 2 und 6 die Frau, von der die Eizelle oder der Embryo stammt, sowie die Frau, auf die die Eizelle übertragen wird oder der Embryo übertragen werden soll, und

2. in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 7 die Ersatzmutter sowie die Person, die das Kind auf Dauer bei sich aufnehmen will.

Bestraft wird nicht die Frau oder die Wunscheltern sondern das medizinische Personal, so wie es auch beim § 218 geregelt ist.

Neben dem Embryonenschutzgesetz gibt es natürlich andere Dinge, die die Praxis in der Fortpflanzungsmedizin beeinflussen

- Die technischen Möglichkeiten und Erfolgsraten der Medizin,
- medizinische Leitlinien aber auch
- persönliche Einstellungen/Entscheidungen der Akteure, ob sie z.B. gleichgeschlechtliche Paare und auch Singles behandeln)
- Forschungsinteressen
- Sozialgesetzgebung - was wird bezahlt - staatliche Zuschüsse

- Politischer Willen zur Förderung der Kinderwunschbehandlung bis hin zur Bevölkerungspolitik- dabei auch möglicherweise Ausschluss von Bevölkerungsgruppen von der Behandlung
- Vorstellungen von Elternschaft, was ist Familie, wer soll Familie sein, genetische biologische oder soziale Elternschaft.

Politische Einschätzung

Monika Knoche

Meine politischen Überlegungen drehen sich um die sexualitätsfreie Erzeugung des Menschen und die Frage, wie weit die Selbstverfügung über spezifisch weibliche Körperfunktionen im Interesse Dritter reichen kann. Und. Was folgt aus dem biologischen Unterschied zwischen Mann und Frau für die reproduktive Selbstbestimmung? Als Bundestagsabgeordnete habe ich gelernt, in Gesetzen jedes Wort in seiner Bedeutung zweifelsfrei zu fassen, die Folgen und die gesellschaftliche Notwendigkeit zu hinterfragen. Insbesondere wenn es um die menschliche Fortpflanzung geht, ist Sorgfalt geboten.

Die Bundesregierung will:

- die künstliche Befruchtung via IVF ohne medizinische Indikation allen zugänglich machen,
- die altruistische Leihmutterschaft ermöglichen,
- die sog. Eizellen- und Embryonenspende legalisieren,- den elektiven Embryonentransfer erlauben, um die Familiengründungsfreiheit zu garantieren.

Sie fasst das unter den Begriffen: Antidiskriminierung und Gendergerechtigkeit zusammen. Sie will homo- und heterosexuelles Leben gleichstellen. Künftig soll das biologische Sein mit dem gefühlten Sein in eins gesetzt werden können und sich rechtlich nicht vom Sein der Menschen unterscheiden, die mit ihrem biologischen Geschlecht einverstanden sind. Reproduktive Selbstbestimmung heißt hier nicht, die Autonomie innerhalb der eigenen Körpergrenzen zu vollziehen, sondern die assistierte Erzeugung und fremdnützliche Geburt beanspruchen zu können.

Soweit mir die definitionsheftlichen Ansprüche aus der LGBTQ-Bewegung darüber, was Emanzipation sei, bekannt sind, setzen sie auf dieses technikinduzierte Fortschrittsverständnis, weil nur mit der IVF ihre Interessen realisiert werden können. Für auf gleichgeschlechtliche Sexualität orientierte Menschen ist es seit jeher möglich, im Rahmen persönlicher Über-einkommen ihre Gene an eigene Kinder weiterzugeben. Dafür braucht es die zwischengeschlechtliche Beziehungsebene. Gesetze und Staat bleiben bei höchstpersönlichen Entscheidungen außen vor. Adoption und Vaterschaftsanerkennung ist möglich. Von dieser gelebten Selbstbestimmung, bei der man sein Intimleben nicht offenbart, ist hier allerdings nicht mehr die Rede. Jetzt geht es um die Erzeugung von Embryonen im Reagenzglas und um die zweckgeleitete Einbeziehung fremder leibgebundener Organe, die Gebärmütter. Das braucht einen gesetzlichen Rahmen.

Diesen geben nicht die Gender-Equality-Aktivistinnen, sondern das gültige Menschenbild und das Menschenwürdekonzept der Verfassung vor. Altruistische Leihmutterschaft ist die selbstlose Geburt eines fremden Kindes. Eizellspende ist die selbstlose Abgabe lebengebender Körperprodukte der biologischen Frau. Der elektive Embryonentransfer ist die Selektion ungeborenen Lebens. Der Embryo willigt in seinen Transfer in einen Leib, von dem er u.U. nicht stammt, nicht ein. Er hat Eigenrechte. Gleichwohl ist er nirgendwo Subjekt des Geschehens. Er ist immer das begehrte Objekt. Er genießt den Schutz der Gesellschaft. Der Begriff Spende ist falsch gewählt. Wir kennen die Organspende, die Blutspende etc. Allesamt dienen der Erhaltung bestehenden Lebens und der Leidenslinderung von Kranken. Bei dieser neuen Anwendung der Fertilisationsmedizin geht es nicht um Krankenbehandlung. Der Deutsche Bundestag kam mit Gesetzen dem Schutz der Menschenwürde nach. Ein Sonderfall bleibt der § 218. Denn für die Schwangere gilt nach wie vor die Gebärpflicht. Ihr steht die volle Selbstbestimmung als Menschenrecht nicht zu. Bleibt diese Strafnorm, gilt sie auch für die Leihmutter. Hätte sie die Verfügungsgewalt über sich, würde die Bestellernschaft wenig Sinn machen. Außerdem soll sie vertraglich gebunden schon vor Schwangerschaft und Geburt keine Rechte am Kind haben. Blicke sie nach BGH-Rechtsprechung Mutter, weil sie das Kind zur Welt bringt, müsste ihr das Kind entzogen werden. Denn eine altruistische Kinderspende wird niemand ins Gesetz schreiben wollen... (Stichwort: Lebensborn). Bereits hier treten erhebliche rechtliche Widersprüche auf. Vertragen sich diese neuen Lebensgestaltungswünsche mit dem allgemeinen Menschenbild? Kann sich der Mensch Frau selbstbestimmt zum Mittel zum Zweck machen, ohne dass damit die Menschenwürde verletzt wird? Oder muss ein nützlichkeithetisches Menschenrechtsverständnis her? Die Strafrechtlerin Elisa Hover, (Universität Leipzig), sagte in der „Zeit“: „Wenn die Gesellschaft in der sexuellen Dienstleistung von Prostituierten keine Würdeverletzung sieht, warum sollte dann die selbstbestimmte Leihmutterschaft menschenunwürdig sein?“ Denn „nur wenn der Mensch zum bloßen Objekt herabgewürdigt wird, zum bloßen Mittel zum Zweck wird, besteht Verfassungswidrigkeit“ und folgert daraus. „Die freie Entscheidung von Leihmüttern soll der Staat schützen nicht verbieten“². Hier werden Äpfel mit Birnen verglichen. Gewerbliche Sexarbeit ist etwas grundsätzlich anderes, als die Geburt eines Kindes. An dieser trivialisierenden Haltung ist allerdings abzulesen, dass maximal unterkomplexe Sichtweisen, das Negieren von expliziten Frauenfragen nicht vom individuellen Bildungsstand sondern vom politischen Standpunkt abhängen. Wer von dieser neuen Freiheit profitieren soll und wer dabei strukturell

benachteiligt bleibt, danach wird erst gar nicht gefragt. Die Eigenverantwortung ersetzt all diese lästigen Gedanken und gesellschaftlichen Verantwortungen. Die patriarchale Wertsetzung bleibt erhalten. Kein revolutionärer Rumor. Einfach weiter machen mit dem tradierten Bild von der selbstlosen Frau, die Ihre Körperfunktionen zur Lebensglückfindung und Triebbefriedigung anderer zur Verfügung stellt. Diese klassische Rollenzuschreibung gilt selbstredend für die nicht privilegierte Frau. Im neoliberalen Mainstream werden neuerdings sogar via selbstbestimmter Selbstausbeutung Subalterne zu Subjekten. Dem neuen Wesen der selbstbestimmten Prostitution etwa ist eigen, dass es gar keine Zuhälter mehr gibt. Alle Frauen arbeiten freiwillig und nur für die eigene Kasse. Und das tun sie gerne, sonst würden sie es lassen. Fragt sich nur, warum Deutschland als Eldorado des Frauenhandels und der Zwangsprostitution gilt?

Ich bezweifle, dass wir alsbald eine Leihmutterbewegung bekommen, dass Frauen ihr Recht auf Gebärdienstleistung einfordern und dafür auf die Barrikaden gehen. Bislang sind es nur die Nutznießer -Innen, die die Selbstverwirklichung durch Fremdgebären propagieren und ihren instrumentellen Zugriff rechtfertigen wollen. Von Leihmüttern und Eizellspenderinnen andernorts weiß man, dass sie es für Geld tun, weil sie ohne diese Leibdienstleistung zu wenig davon besitzen.

Wie bereits gesagt, nicht Krankenbehandlung sondern Wunscherfüllung ist der Zweck des Ganzen. Wenn selbstbestimmt Reproduktionswillige im Ausland einkaufen, was hierzulande aus ethischen, moralischen und grundrechtlichen Gründen verboten ist, liegt dann eine besondere individuelle Härte vor? Wozu also der Reformeifer? Frau kann aus dem Urlaub in Spanien mit Eizellen- und Samenspende schwanger geworden, ein Kind bekommen. Möglich machen es ihr Studentinnen, die sich als Eizellproduzentinnen ein Zubrot verdienen, und weil private Kliniken sie für Fertilisationstouristinnen anwerben. Zwei lesbische Frauen dürfen sich beide als Mütter fühlen, wenn die eine die Eizelle gibt und die andere das Kind gebiert. Sehr qualifizierte deutsche Medizinerinnen und Fachkrankenschwestern bieten das an, während in Deutschland Kinderintensivstationen wegen Personalmangel schließen. In der Ukraine war es vor dem Krieg ein Leichtes, sich von einer Leihmutter ein Kind auf die Welt bringen zu lassen. Sehr daran interessiert sind schwule Paare. Elton John ist ein Rollenmodell für diesen Familien- Lifestyle. Das Supermodell Naomi Campbell ist Mutter zweier „leiblicher“ Kinder, ohne je schwanger gewesen zu sein. Das moderne Familienglück wird weltweit gepostet. Das schafft Begehrlichkeiten nicht nur in der queeren Community. Muss eine Gesellschaft, um fortschrittlich zu sein, diesen Partikularinteressen folgen? Ich meine, nein. Sie sollte sich dabei aber einer qualifizierten Kritik

an der alle Lebensbereiche umfassenden neoliberalen Ideologie bedienen. Oder sie überhaupt erst mal entwickeln, damit nicht rechtsreaktionäre Kreise den Diskurs bestimmen.

Nehmen wir als Beispiel die Geburt eines Kindes, das durch Eizellabgabe, Samenspende, elektivem Embryonentransfer von einer Leihmutter geboren wurde, dessen eingetragene Mutter ein biologischer Mann ist, der sich qua Selbstauskunft zur Frau definiert hat und mit einem Mann oder einer Frau, oder allein Mutterschaft leben möchte und das als freie, sinngebende Gestaltung des eigenen Lebens ausweist. Wäre die Kritik am Koalitionsvertrag als rechtsaußenpositioniert anzusehen, wenn sie von feministischer Seite vorgebracht wird? Bei der, - von der Mann-Frau-Beziehung-entkoppelten Erzeugung, verbunden mit der Leihmutterschaft geht es um etwas anderes, als um Antidiskriminierung und Gleichbehandlung diverser Lebensformen. Es geht um elitäre, rassenhygienisch und sexistisch geprägte Hybris, um eine Abkehr von humanistischer Emanzipation. Neoliberale Ideologie ist nicht frei von sozialdarwinistischen Implikationen. Das gilt es offensiv zu thematisieren.

Ich habe dazu eine ganz einfache Antwort. Die Natur des Menschen sieht einzig die gegengeschlechtliche Fortpflanzung vor. Die Natur diskriminiert nicht. Und der Gesetzgeber diskriminiert die gleichgeschlechtliche Sexualität ebenfalls nicht. Wer selbstbestimmt diese Lebensform wählt, weiß, dass in dieser körperlichen Beziehung keine Kinder gezeugt werden können. Für diese natürlichen Folgen von autonom getroffenen Entscheidungen ist die Gesellschaft nicht verantwortlich. Daher ergibt sich diesbezüglich für die Politik kein Antidiskriminierungsauftrag. Was unfruchtbare Menschen von der Solidargemeinschaft bekommen, um gesundheitliche Nachteile auszugleichen, steht prinzipiell fruchtbaren Gesunden nicht zu. Will man dieses Gerechtigkeits- und Gleichstellungsgebot umkehren, wohin würde das u.a. führen? Privilegiert wären diejenigen, die die sexualitätsfreie Option wählen. Sie können, dem BGH mit dem besagten „Kind als Schaden“-Urteil folgend, Qualitätssicherungsansprüche bezüglich des genetischen Seins des Kindes geltend machen. Während bei heterosexueller Zeugung Frauen mit PND Regelungen und im § 218 gebunden, rechtlich gesehen, nehmen müssen, was das Leben ihnen bringt. Dieses „Privileg zur Eugenik“ haben nur diejenigen, die diese moderne Form der reproduktiven Selbstbestimmung wählen. Mag sein, dass manche, die der Idee der Erbgesundheit folgen, in der IVF eine praktikable Lösung sehen um ohne gesetzliche Vorgaben, einzig den individuellen Präferenzen der Wunschkind- Eltern anheimgestellt, in die Gattung Mensch eingreifen zu können. Sollen Individuen mit Bezug auf Selbstbestimmung derart generationenübergreifende Entscheidungen treffen dürfen? Was heißt das für die Menschenwürde der Kinder? Was für die Kinder, die gezeugt wurden und den Vorstellungen vom Glück anderer nicht entsprechen?

Und schließlich: Kann die menschliche Fortpflanzung überhaupt geschlechtsneutral betrachtet werden? Was meint die Gesellschaft? Die Wählerinnen und Wähler wurden nie gefragt, ob sie mit diesen neuen Konzepten von Emanzipation und Fortschritt einverstanden sind. Schließlich betreffen sie unser gesellschaftliches Verständnis von Kultur und Humanität im Kernbereich.

Ein letzter Gedanke: Es gibt in der bürgerlichen Frauen- und Familienideologie ein ausdrücklich nicht feministisches Emanzipationsverständnis. Es kommt ganz ohne Patriarchats- oder Gesellschaftskritik aus. Die Dienstmagd, die Amme, die Kinderfrau, die Zugehfrau, die Sexarbeiterin, alle leisten ihren Beitrag zum geglückten Familienkonzept und zur Emanzipation der bürgerlichen Frau. Proletarierinnen waren und sind als Subjekte der eigenen Befreiung nicht gemeint. Die Leihmutter käme zu diesem exklusiven, schichtenspezifischen Selbstverwirklichungskonzept nun hinzu. Fortschritt in der Geschlechterfrage diesmal top down, anstatt bottom-up? Ich komme zum Schluss: Es liegt kein Gesetzentwurf vor. Nicht der Bundestag, sondern eine Regierungskommission berät inhaltlich nichtöffentlich. Ein demokratisch legitimiertes Expertinnen-Gremium ist sie nicht. Ob das Parlament, das nach dem BVerfG Urteil zum assistierten Suizid im Spannungsfeld –Schutz des Lebens und freie Selbstbestimmung– zu keiner Lösung kommen konnte, nun auch noch die Leihmutterschaft grundrechtsdogmatisch widerspruchsfrei legalisieren will, das bezweifle ich. Der Artikel I Grundgesetz ist die höchste Norm. Mit der Leihmutterschaft würde ein biologistisches Menschenwürdeverständnis für Gebärende zementiert. Das ist weder fortschrittlich oder gleichstellend, noch ist es antidiskriminierend und stellt in keiner Weise einen Emanzipationsgewinn dar. Ich bin davon überzeugt, dass der Feminismus mehr zu bieten hat, als der Gendermainstream. Die alte Frauenfrage hat sich nicht erledigt. Vielmehr ist eine weitere hinzugekommen.

Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit

Viola Schubert-Lehnhardt

Zunehmend wird bei Forderungen nach Zulassung von Eizellspenden, Leihmutterschaft und anderen reproduktiven Anwendungen von deren Befürworter*innen mit dem Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit argumentiert. Daher soll dieses, von 12 schwarzen³ Frauen 1984 auf einer Konferenz in Chicago entwickelte, Konzept hier vorgestellt werden, um zu prüfen, ob es tatsächlich im Sinne der Befürworter*innen trägt.

Zunächst ist dazu eine Vorbemerkung notwendig, um ›cancel culture‹ vorzubeugen, denn einige Verfechter*innen von reproduktiver Gerechtigkeit behaupten, dass Organisationen, die nicht von Frauen of Color geleitet werden, diesen Begriff nicht gebrauchen sollten. Eine solche Sichtweise unterliegt jedoch einem zweifachen Irrtum:

1. dass ein Konzept von schwarzen Frauen entwickelt wurde, bedeutet nicht, dass sich dessen theoretischer Rahmen nur auf die schwarze Community bezieht,
2. eine solche Sichtweise würde bedeuten, dass schwarze Frauen keine universelle Theorie und Praxis entwickeln können, die jenseits ihrer eigenen Communities gelten könnten.

Geschichte und Anliegen dieses Konzepts

Dieses Konzept entstand 1994 auf einer pro-choice-Konferenz in Chicago, bei der schwarze Frauen Kritik an der mehrheitlich weiß geprägten feministischen main-stream-Bewegung übten. In dieser stand vor allem das Recht auf Abtreibung im Mittelpunkt bzw. seine Entkriminalisierung. Andere Formen reproduktiver Unterdrückung, von denen vor allem People of Color bzw. Menschen in marginalisierten Gemeinschaften betroffen sind, blieben unberücksichtigt.

Zwölf schwarze Frauen kritisierten diesen einseitigen Blickwinkel und die Vorrangstellung des Rechtes auf Abtreibung – ohne die Notwendigkeit des Kampfes um dieses Recht zu leugnen. Sie entwickelten zunächst drei zentrale Grundsätze:

1. Das Recht, sich für Kinder zu entscheiden, und die Formen der Schwangerschaftsversorgung sowie Geburtshilfe selbstbestimmt wählen zu können.

3 Dieser Begriff wird im Text verwandt, da die Protagonistinnen sich in ihren eigenen Texten stets selbst so bezeichnen.

2. Das Recht, keine Kinder zu bekommen, und sicheren Zugang zu Verhütungs- und Abtreibungsmöglichkeiten zu haben.
3. Das Recht, Kinder in selbstgewählten Umständen aufzuziehen – frei von institutioneller, struktureller und interpersoneller Gewalt sowie unter guten sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Bedingungen. 2012 fügten jüngere Aktivistinnen einen weiteren Grundsatz hinzu:
4. Das Menschenrecht auf sexuelle Autonomie, geschlechtliche Selbstbestimmung und sexuelle Lust.

Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit wurzelt in der Überzeugung, dass *systemische Ungleichheit* schon immer die Entscheidungen von Menschen in Bezug auf das Kinderkriegen und die Elternschaft geprägt hat, und zwar insbesondere die von *benachteiligten Frauen*. Es ist ein Instrument zur systematischen Analyse der weißen Vorherrschaft – eingebettet in die vorgefunden sozialen Verhältnisse.

Jedoch nicht nur biologisch als Frauen definierte Menschen erleben reproduktive Unterdrückung, sondern auch trans Männer und Frauen sowie nicht-geschlechtskonforme Menschen.

Das Konzept geht über die Forderung nach individuellen Rechten hinaus und stellt eine Zusammenführung von reproduktiven Rechten und sozialer Gerechtigkeit dar, denn es

- orientiert sich an Intersektionalität,
- verbindet das Lokale mit dem Globalen,
- basiert auf den Prinzipien der Menschenrechte,
- verbindet das Individuum mit seiner Community,
- Thematisiert die Verantwortung von Regierungen und Unternehmen,
- bekämpft alle Formen von Bevölkerungskontrolle bzw. Eugenik,
- will gemeinschaftliche Formen der Selbstorganisation stärken,
- rückt marginalisierte Communitys ins Zentrum der Analyse,
- will Politikveränderung erreichen, denn diese ist notwendig, um reproduktive Gerechtigkeit zu erreichen,
- Entwickelt eigene intersektionale Zugänge, und
- gilt für alle Menschen.

Dieses Konzept und die damit verbundenen Kämpfe stellen auch eine anti-malthusianische Intervention dar. Zur Erinnerung: Der britische Ökonom Thomas Robert Malthus stellte Ende des 18. Jahrhunderts die Theorie auf, dass uneingeschränktes exponentielles Bevölkerungswachstum, das Wirtschaftswachstum einer Gesellschaft hemmen und zu Armut, Krankheit, Slumbildung und sozialen Unruhen führen würden. Seiner Meinung

nach könnten diese Probleme nur durch Enthaltbarkeit, späte Heirat sowie Bildungsinvestitionen zur Senkung der Geburtenrate gelöst werden. In diesem Sinne war die Entwicklungshilfe durch verschiedenste internationale Kreditgeberorganisationen, z. B. für afrikanische Staaten, jahrzehntelang an die Etablierung und Durchführung bestimmter Verhütungsmethoden geknüpft. Gerade bei einem internationalen Blickwinkel zeigen sich rassifizierte und klassifizierte Bevölkerungsprogramme:

- einesteils werden Verhütungsmittel verweigert bzw. exorbitant verteuert und es gibt Angriffe auf Sexualpädagogik und Aufklärung;
- andererseits sollen bei „gewünschtem Nachwuchs weißer Frauen“ Schwangerschafts-Abbrüche erschwert werden, durch Gesetze und Beschränkung der Methoden (Verbot von ›mifegyne‹ in den USA bzw. Verkürzung des Anwendungszeitraums).

In Europa gibt es Rechtsbrüche dahingehend, dass

- in unserem Nachbarland Polen kaum noch Schwangerschaftsabbrüche möglich sind,
- gleichfalls die Rezeptfreiheit für die ›Pille danach‹ zurückgenommen wurde,
- der ungarische Präsident Viktor Orbán die Änderung des Geschlechtseintrags, per Gesetz verbieten ließ.

Auch in Deutschland wurde und wird bzw. wurde wiederholt gegen das Menschenrecht auf reproduktive Gerechtigkeit verstoßen, wenn

- Frauen nach Vergewaltigung die Untersuchung in zwei katholischen Krankenhäusern verweigert wurde (2013),
- in einem katholischen Krankenhaus im Westernwaldkreis Patientinnen keine Spirale mehr eingesetzt wird,
- der Hartz IV Regelsatz in Höhe von 17,02 Euro (2021/22) für Gesundheitsleistungen im Monat, finanziell weder die Pille noch eine Spirale als Verhütungsmethode zulässt,
- das Menschenrecht auf Familien-Zusammenführung im Rahmen von Migrationsbürokratien missachtet wird,
- Kindesentzug besonders in Familien von Rom*nja und Sinti*zze, Sexarbeitenden und Migrant*innen durch Fürsorgeregime, hat gerade in Deutschland eine lange Geschichte,
- hierzu gehört in der Gegenwart die Kenntnis davon (ohne entsprechendes politisches Handeln), dass Care-Arbeiter*innen angeworben und vermittelt werden, in dem Bewusstsein, dass diese ihre eigenen Kinder in ihren Herkunftsländern zurücklassen müssen,

- auch die Geschichte der Kontrolle der Bevölkerungspolitik in den ehemaligen deutschen Kolonien ist nahezu verdrängt,
- die Aufarbeitung dieses Teils unserer Geschichte wird auch dadurch erschwert, dass man im Diskurs den Begriff Bevölkerungspolitik durch Demokratiepolitik ausgetauscht hat. Auf diese historische Dimension kann hier nicht weiter eingegangen werden, diese wäre ein eigenes Thema. Der Verweis darauf ist jedoch notwendig, da rechte Kräfte sich zunehmend hier tummeln.

Zurück zur Gegenwart: Ein nachdrückliches Beispiel für ausschließende Familienpolitik ist das 2007 eingeführte Elterngeld. Während es offiziell um die Unterstützung aller Familien mit Kindern geht, richtet sich dieses Förderprogramm faktisch vor allem an Akademiker*innen bzw. als „hochqualifiziert“ geltende Personen. Es schließt damit nahtlos an einen Diskurs an, der problematisiert, dass in Deutschland die „Falschen“ Personen Kinder bekommen würden.

Nach diesem allgemeinen Überblick zum Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit, hier noch einige Bemerkungen zum Thema Leihmutterschaft und Eizellspende:

Als Erstes wird unter den bisher gemachten Überlegungen das Argument betrachtet, dass beide Offerten zur Beseitigung ungewollter Kinderlosigkeit, in anderen Ländern erlaubt seien und Deutschland nur nachzieht. Doch dass etwas in einem anderen Land erlaubt sei, ist weder ein moralisches noch ein juristisches Argument zur Übernahme von irgendetwas. In anderen Ländern ist auch die Todesstrafe erlaubt. Das heißt: Bei einer solchen Argumentation könnten wir als Staat aufhören, irgendetwas zu begründen und würden uns nur immer die Gesetze aus anderen Ländern aussuchen, die uns gerade in den Kram passen.

Auch das kommerzielle Argument muss unter o. g. Gerechtigkeitsanalysen zweifach näher betrachtet werden:

1. Es lässt sich keinesfalls mit dem Hinweis abtun, dass die Summe geringgehalten werden kann, oder „Aufwandsentschädigung“ genannt wird. Es bestehen die Gefahren, dass Frauen aus ärmeren Ländern einwandern, um hier Eizellspenderin zu werden, und
2. dies geht auch auf die genannte Politik globaler Organisationen zurück: Der internationale Währungsfonds und die Weltbank haben als Instrumente zur Begleichung von Auslandsschulden, in den 80er und 90er Jahren, Struktur-Anpassungs-Programme gefordert bzw. erzwungen,

die dazu geführt haben, dass in diesen Ländern die Ausgaben für Gesundheit und Soziales drastisch gekürzt wurden und die Nachfrage nach gering qualifizierter Arbeit abgenommen hat. Dies hat weiter dazu geführt, dass es vor allem Frauen sind, die sich eine neue produktive Nische suchen mussten, ...

Darauf kann hier nicht näher eingegangen, aber auf ein Buch verwiesen werden, das den Titel trägt „Sie nennen es Leben, wir nennen es Arbeit“⁴. Die Autorinnen fragen u. a., warum es notwendig ist, z. B. den Begriff Leihmutterchaft anzuwenden bzw. diesen überhaupt neu zu denken – auch dies kann hier nicht vertieft ...

Hier soll jedoch auf folgende Einschätzung verwiesen werden: „Der Erfolg des Geschäftsmodells der Fruchtbarkeits-Industrie baut gerade auf der Sentimentalisierung einer Lebensform auf, für die es keine gesellschaftliche Alternative zu geben scheint, ... Formen wie Co-Elternschaft, Adoption, Pflege-Elternschaften und Wahl-Verwandschaften werden verworfen“.⁵ Den Autorinnen geht es nicht nur um die Anwendung des Arbeitsbegriffes, sondern um das gesamte Verfahren. Weiterhin verweisen sie darauf, dass solche Kinder zunehmend als ein teuer erkaufte Dienstleistungs-Produkt angesehen werden (denn es wird immer Frauen bzw. Paare geben, für die eine noch so gering angesetzte Eigenbeteiligung „teuer“ ist) und bei der „Auftragsvergabe“ dann auch irgendwann „Qualitätsansprüche“ gestellt werden.

Auf einen weiteren Aspekt verweist Irina Herb: Reproduktive Strategien finden nicht im luftleeren Raum statt, sondern innerhalb kapitalistischer Strukturen. Dazu führt sie u. a. aus, dass transnationale Konzerne, „die den Fertilitätsmarkt prägen, ihren Profit zunehmend nicht mehr nur durch die Behandlungen machen, sondern auch durch Finanz-Transaktionen wie z. B. Börsengänge oder Beteiligung an Investmentfonds“⁶.

Abschließend soll auf einige weitere Argumente eingegangen werden: so z. B. darauf, dass die Eizellspende mit der Samenspende verglichen wird, da es hier um eine Frage von Gleichberechtigung ginge. Dem ist Folgendes entgegenzusetzen: bei der Samenspende ist der soziale Vater eindeutig ein „fremder“ Vater. Bei einer Eizellspende prägen sowohl die

4 Hrsg. von kitchen politics edition assemblage, 2015

5 ebenda S. 137/138

6 <https://calendar.boell.de/de/event/feminist-lunch> (abgerufen am 14.10.2023)

Spendermutter als auch die austragende Mutter das künftige Kind (medizinisch ist seit längerem nachgewiesen, dass auch die „Tragemutter“ das Kind schon im Mutterleib prägt). Damit entsteht eine Art Verwandtschaftsverhältnis, das so bisher nicht gesehen wurde, und es ist zu fragen, welche damit verbundenen Herausforderungen für ein Kind entstehen können?

Von den Befürworter*innen wird auch mit dem Freiheitsargument argumentiert. Freiheit in der Reproduktion ist jedoch zunächst ein Abwehrrecht (vor Eingriffen des Staates), daraus leitet sich kein Recht auf einen absoluten Erfüllungsanspruch des Paares bzw. der künftigen Mutter gegenüber dem Staat oder dem Gesundheitswesen ab. Auch ist Freiheit hier als individuelles Recht zu verstehen. Da bei einer Eizellspende jedoch Dritte involviert sind, handelt es sich nicht mehr nur um ein individuelles Recht. Es wäre die Schaffung einer sozialen Praxis, bei der zu fragen ist, ob sie gesellschaftlich wünschenswert ist.

Zustimmend sei die feministische Politökonomin aus den USA Ellen Mess-Davidow zitiert: „In Zeiten wie diesen gibt es keine unschuldigen Zuschauer*innen. Wenn Du nur zuschaust, machst Du Dich mitschuldig“⁷. Wir stehen in einer historisch bedeutsamen Verantwortung zu der Frage, wie Reproduktion heute und in der Zukunft geregelt werden soll. Welche Anteile der Reproduktion sollen sich nach marktwirtschaftlichen und biomedizinischen Logiken richten?

Entscheidend ist für mich die Ausgangsposition, dass es nicht Aufgabe des Staates ist, zu entscheiden, wessen Elternschaft gewünscht ist und wessen nicht. Der Zugang zu reproduktiver Selbstbestimmung ist ein Gradmesser für Demokratie!

⁷ Ellen Mess-Davidow: *Disciplining Feminism*, 2002, S. 288

Uneindeutige Verhältnisse. Subjektive Deutungen von Eigentum am menschlichen Körper im Kontext technologisch assistierter Reproduktion

Stefanie Graefe

Die folgenden Überlegungen sind im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Friedrich-Schiller-Universität Jena entstanden.⁸ Darin nehmen wir Eigentum am menschlichen Körper sowie konkret die Praxis der Eizell'spende' zwischen Spanien und Deutschland in den Blick, d.h. wir führen Interviews mit Menschen, die entweder eigene Eizellen abgegeben oder aber solche im Rahmen einer Fruchtbarkeitsbehandlung erworben haben. Darüber hinaus sprechen wir mit Ärzt*innen, Psycholog*innen und sonstigen Professionellen, die im Bereich der Assistierte Reproduktionstechnologien (ART) in Spanien oder Deutschland arbeiten. Außerdem beziehen wir in unsere Untersuchung auch Dokumente mit ein, etwa Werbeanzeigen von spanischen Reproduktionskliniken. Uns interessiert, wie im Kontext dieser transnationalen Reproduktionsökonomien – hier also zwischen Spanien und Deutschland - neue Formen von Eigentumsverhältnissen an Körperstoffen entstehen und wie diese Prozesse von den beteiligten Akteur*innen erlebt und gedeutet werden. Allerdings ist das Projekt noch nicht abgeschlossen. Was ich im Folgenden skizzieren werde, sind also keine fertigen Ergebnisse, sondern vorläufige Überlegungen.

Eigentum am Körper und Eizelltransfer

Zunächst: Warum gerade Spanien und Deutschland? Praktiken wie die so genannte ‚Leihmutterschaft‘ oder ‚Eizellspende‘ sind in Deutschland – anders als in vielen anderen Ländern in Europa und weltweit – bislang verboten. Deutsche Staatsangehörige, die entsprechende Dienstleistungen in Anspruch nehmen wollen, greifen deshalb auf Angebote aus dem Ausland zurück. Etwa die Hälfte aller Eizelltransfers in Europa wird in Spanien durchgeführt (Degli Esposti/Pavone 2019, S. 2). Allein im Jahr 2019 hat es fast 19.000 Kinderwunschbehandlungen an Ausländer*innen in Spanien gegeben, die meisten davon auf Basis von Eizelltransfers (Molas/Witthaker 2023). Spanien gilt, kurz gesagt, mit seinen mehr als 300

8 Im Forschungsprojekt „Eigentum am menschlichen Körper im Kontext transnationaler Reproduktionsökonomien“ arbeitet die Verfasserin zusammen mit Susanne Lettow und Irina Herb. Es ist Teil des Sonderforschungsbereich 294 (Strukturwandel des Eigentums) und wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert. <https://sfb294-eigentum.de/de/teilprojekte/eigentum-am-menschlichen-korper-im-kontext-transnationaler-reproduktionsokonomien/>.

Reproduktionskliniken – die meisten davon in privater Trägerschaft – als ‚Hotspot‘ der Reproduktionsmedizin in Europa (Lafuente-Funes 2020, S. 211f.).

Eizelltransfers in Spanien können im Rahmen von Tourismusangeboten mit Urlaubsreisen kombiniert werden. Manche Kliniken bieten so genannte Flatrate-Angebote an, also eine unbegrenzte Anzahl von Transfer-Versuchen für eine entsprechend hohe Gebühr. Spanische ART-Kliniken werden auf dem globalen Markt zunehmend von internationalen Konzernen, z.B. Helios-Fresenius aus Deutschland, aufgekauft; für die ART-Branche weltweit werden Wachstumsraten von etwa 10% prognostiziert (Herb/Wenner 2023). Auf Seiten der Eizellgeber*innen sind die Erlöse hingegen eher bescheiden: Eine Eizellentnahme (die für die Geberin mit wochenlangen Hormongaben, streng kontrollierter Lebensführung und einigen gesundheitlichen Risiken einhergeht) wird in Spanien aktuell mit etwa 1.000 Euro vergütet (Molas/Witthaker 2023). Die Eizellempfänger*innen (Singles, Paare, sonstige Konstellationen) zahlen etwa das Sechs- bis Zehnfache pro Transferzyklus an die Kliniken. Trotz dieser doch erheblichen Gewinnspanne handelt es sich bei der (anonymen) Eizellabgabe der geltenden Rechtsprechung zufolge um eine altruistische ‚Spende‘ (vgl. Perler/Schurr 2022, S. 320 ff.). Entsprechend gilt das Geld, das die Eizellgeber*innen erhalten, rechtlich auch nicht als Bezahlung oder Entlohnung, sondern als Kompensation bzw. Aufwandsentschädigung. Auf diese Weise soll einer Kommerzialisierung von Körperstoffen vorgebeugt werden. Anders formuliert ist der Gegensatz von ‚Kommerz(ialisierung)‘ und ‚Altruismus‘ ein wesentliches Merkmal der staatlichen Regulation von Eizelltransfers. Das gilt sowohl für Spanien als auch für die einschlägigen Debatten um eine mögliche Legalisierung hierzulande.

Spende vs. Kommerzialisierung?

Vor diesem Hintergrund überrascht nicht, dass wir diesen Gegensatz in vielfältiger Weise auch in unseren Interviews wiederfinden. Nur eine der von uns interviewten Eizellgeberinnen etwa gibt an, dass bei ihrer Entscheidung für die Eizell‘spende‘ keinerlei finanzielle Motive eine Rolle gespielt hätten. Alle anderen berichten, dass die finanzielle Kompensation durchaus wichtig für sie war. Viele sind zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Abgabe Studentinnen und ermöglichen sich mit dem Geld etwas mehr Unabhängigkeit von der Familie oder tragen zu deren Lebensunterhalt bei. Allerdings ist das Geld, auch das wird in den Interviews deutlich, bei den meisten ‚Spenderinnen‘ nur *ein* Motivationsfaktor von mehreren. Manche führen beispielsweise

medizinische Motive an, d.h. sie nutzen die Eizellabgabe als Weg zu einer umfassenden gynäkologischen Untersuchung, die ihnen im spanischen Gesundheitssystem ansonsten verwehrt scheint.⁹ Zugleich betonen viele unserer Gesprächspartner*innen, dass sie sich auf den Transfer nicht *nur* des Geldes wegen eingelassen haben – sie wollten auch anderen Menschen bzw. Familien helfen. Einige unserer Interviewpartnerinnen erklären, die Eizellabgabe sogar regelrecht als einen Akt der Selbstermächtigung und des Erwachsenwerdens erlebt zu haben. Auch explizit feministische Motive tauchen in den Erzählungen der ‚Spenderinnen‘ auf: Solidarität mit anderen Frauen oder der Wunsch, sich von dem Druck zu befreien, selbst Kinder bekommen zu müssen. Interessanterweise spiegeln sich diese Deutungen in Texten und Bildsprache von Werbeanzeigen spanischer Reproduktionskliniken wider, die sich teilweise ebenfalls ganz explizit auf Diskurse rund um Solidarität unter Frauen, Empowerment und Selbstverwirklichung beziehen. Zugleich beschreiben manche der Geberinnen aber auch, dass sie sich im Prozess der Eizellabgabe selbst auf den Status einer Warenlieferantin reduziert oder sogar als "Nutztvieh" behandelt, auf phänotypische Merkmale reduziert und insofern in dem Prozess der Eizellabgabe instrumentalisiert gefühlt haben. Die von uns Befragten versuchen also, unterschiedlichen und teils auch sehr widersprüchlichen Gefühlen und Erfahrungen narrativ miteinander zu vermitteln. Sehr deutlich wird in den Interviews insgesamt, dass die Eizellgeber*innen die Eizellabgabe als anspruchsvolles biographisches Ereignis erlebt haben, das auch retrospektiv eine Art differenzierter Sinnzuschreibung verlangt.¹⁰ In dieser wird die imaginierte Situation und Zukunft der Eizellempfänger*innen ebenso ausführlich mitreflektiert wie die eigene Beziehung zu den transferierten Eizellen und den daraus potenziell entstandenen Kindern. Es handelt sich also, kurz gesagt, um eine sehr viel komplexere Konstellation, als es die einfache juristische Konstruktion der ‚altruistischen Spende mit Aufwandsentschädigung‘ abzubilden vermag.

Auf der anderen Seite sprechen die Eizellempfänger*innen von sich aus erstaunlich wenig über die ‚Spenderinnen‘ – meist erst auf ausdrückliche

9 Unsere Untersuchung ist nicht repräsentativ, d.h. wir können auf Basis unseres empirischen Materials keine Auskunft darüber geben, wie viele der Eizellabgebenden sich aus expliziter wirtschaftlicher Not für den Eizelltransfer entscheiden. Generell gilt jedoch, dass auch in Spanien eher Frauen* in prekärer sozialer Lage Eizellen abgeben; dies gilt ebenso weltweit und in Bezug auf andere Formen assistierter Reproduktion (vgl. Degli Posti/Pavone 2019, Witthaker/Speier 2010, Deveaux 2016).

10 Dem liegt natürlich insofern ein gewisser Bias zugrunde, als sich für qualitative Interviews üblicherweise nur Menschen finden, die auch zur ausführlichen Selbstreflexion bereit sind.

Nachfrage. Dabei betonen sie dann teils sehr stark den (von ihnen oft eher selbstverständlich unterstellten) Altruismus der ‚Spenderinnen‘ und thematisieren ihre eigene Dankbarkeit diesem gegenüber. Auf diese Weise bemühen sie indirekt das Stereotyp des ‚Liebesdienstes‘ (Bock/Duden 1977), den Frauen* angeblich freiwillig und ohne Entlohnung für das Wohl der Familie, wenn auch in diesem Fall nicht für die eigene, leisten. Interessanterweise taucht zugleich auch bei den Empfänger*innen teils eine quasi-feministische Denkfigur auf. Angesprochen auf die Eizellgeberin und ihre Situation bzw. Bezahlung erklären manche der befragten Empfänger*innen, eine Eizellgabe sei im Grunde doch nichts anderes als eine Samenspende. Diese gelte gesellschaftlich in aller Regel als unproblematisch, daher sei es ungerecht und verweise auf die untergeordnete Stellung von Frauen, dass ausgerechnet Eizellspenden im gesellschaftlichen Diskurs unter Kommerzialisierungsverdacht gestellt würden. Zugleich ist in den Interviews mit den Eizellempfänger*innen auffällig, dass sie sprachlich vielfach sehr stark das ‚Angebotsvokabular‘ der Kliniken übernehmen und sich auf diese Weise als Subjekte präsentieren, die sich auf hochkomplexen Konsummärkten bewegen und kompetente Kaufentscheidungen treffen.

Allerdings kommen die Empfänger*innen, wie schon gesagt, auf die Geber*innen (deren Situation, Angemessenheit der Bezahlung etc.) eher wenig zu sprechen. Darin ähneln sie den Professionellen, mit denen wir gesprochen haben. Im Vordergrund der Problematisierung steht in diesen beiden Befragtengruppen das Leiden der Nachfragenden reproduktiver Dienstleistungen an der unerfüllten Kinderlosigkeit und die Mühen, die diese zur Realisierung ihres Kinderwunsches auf sich genommen haben. Einige Ärzt*innen beziehen sich auch auf die bioethische Denkfigur des „Selbsteigentums“ (vgl. Lettow/Hilger 2024). Das heißt, der Mensch wird als Eigentümer seiner selbst aufgefasst, und dieses Eigentum schließt das Recht, Körperteile gegen Geld zu tauschen, ein, solange dies freiwillig und nicht unter Zwang erfolgt. Warum sollte man es verbieten, so formuliert einer der von uns befragten Klinikärzte, dass Menschen Körpersubstanzen verkaufen, wenn sie es doch freiwillig tun? Diese Argumentation betont somit weniger den *Altruismus* (der den Professionellen oftmals eher zweifelhaft scheint) als vielmehr die *Freiwilligkeit* der Körperspende – eine Unterscheidung, die auf den ersten Blick vielleicht etwas kleinteilig wirkt, tatsächlich aber wichtig ist. Denn: Wer freiwillig handelt, muss nicht unbedingt altruistische Motive verfolgen; Freiwilligkeit als Handlungshorizont eröffnet somit einen größeren Spielraum. Und umgekehrt gilt für den Altruismus, dass er – z.B. in Form von gendertypischen Rollenerwartungen

– durchaus ‚unfreiwillig‘ zustande kommen kann. So gesehen erscheint eine regulatorische Orientierung an Freiwilligkeit (statt Altruismus) unproblematischer. Für einige der von uns befragten Professionellen ist Altruismus bzw. die Konstruktion der ‚Spende‘ zudem weniger eine soziale als vielmehr eine juristische Tatsache, die sowohl dazu dient, expliziten Missbrauch oder Zwang zu verhindern, als auch dazu, den Preis, den Kliniken für Körpermateriale zahlen müssen, zu begrenzen.

(K)ein Thema: Eigentum am Körper?

Alles in allem sehen wir in unserem empirischen Material, dass sich in der alltäglichen sozialen Praxis im Feld der Reproduktionsmedizin (hier: Eizelltransfers) Logiken der Kommerzialisierung und Logiken der Selbstlosigkeit (beziehungsweise Freiwilligkeit) gerade nicht ausschließen, wie es das Konzept der ‚Spende‘ selbst nahelegt, sondern nebeneinander existieren und auch ineinander greifen (vgl. (Lafuente Funes 2020, Perler/Schurr 2022) – wenn auch in einer, je nach Person Befragtengruppe, jeweils spezifischen Weise. Die Frage nach dem Eigentum am menschlichen – zumal fremden - Körper, spielt dabei insgesamt eher eine untergeordnete Rolle. Sie wird vor allem von den Eizellgeber*innen vergleichsweise ausführlich und differenziert reflektiert. Die Eizelle wird hier beispielsweise als etwas aufgefasst, das zum eigenen Körper gehört, so lange es in ihm enthalten ist. Einmal entnommen, ist der Eigentumsstatus der Eizelle unklar, wird sie dann transferiert, wird sie Teil des ‚anderen‘ Körpers. Eine unserer Interviewpartnerinnen erklärt, dass diese (später transferierten) Eizellen ihr „noch nie“ gehört hätten; sie seien immer schon für jemand anderes bestimmt gewesen.

In diesen Deutungen erscheint der Eizelltransfer nicht als Verkauf, sondern als etwas, das sich nicht genau bestimmen lässt – ein Gedanke, der (wie bereits skizziert) auch von den Eizellempfangenden geteilt wird, allerdings auf eine weniger reflexive, als fast eher abwehrende Weise. Es habe sich nicht um einen Verkauf gehandelt, sagt einer unserer Gesprächspartner*innen hier, sondern um ein „Problem, das Geld gelöst hat“. Und eine andere erklärt: „Bring mich bitte nicht auf diese Idee!“ (dass es sich um einen Verkauf gehandelt haben könnte). Allerdings: Faktisch *werden* in diesen Ökonomien ja Körperstoffe – aber eben nicht nur die, also nicht nur die Eizellen, sondern auch: reproduktives Vermögen, Kinderwünsche, Informationen/Daten (Lafuente-Funes 2020, Namberger 2019, Braun/Schultz 2012) – gegen Geld angeeignet und gegen Geld weiterge-

geben. In diesem Sinne handelt es sich schlicht um das, was wir üblicherweise als Verkauf bezeichnen. Oder, bezogen auf das reproduktive Vermögen, um eine Vermietung – und damit um sehr klassische Modi von Eigentum. Zugleich ist klar, dass es etwas anderes ist, eine Eizelle abzugeben, als beispielsweise sein altes Ikea-Regal bei Ebay-Kleinanzeigen zu verkaufen. Das ist sicherlich mit ein Grund dafür, warum die Eigentums- bzw. Warenförmigkeit der entsprechenden Transaktionen in unseren Interviews insgesamt eher unscharf bleibt. Eher wird die Tatsache, dass hier „etwas“ gegen Geld entnommen und jemand anderem gegeben wird, in den subjektiven Deutungen dethematisiert und teilweise auch, wie skizziert, explizit umgedeutet.

Wie das zu interpretieren ist, haben wir noch nicht abschließend ausgearbeitet. Unsere derzeitigen Überlegungen gehen in die folgende Richtung: Normen und Narrative rund um die Denkfigur der Selbstlosigkeit (bzw. Freiwilligkeit – was, wie gesagt, nicht dasselbe ist) sind womöglich eben anders, als die gesetzlichen Regelungen in vielen Ländern Europas bzw. weltweit unterstellen, kein Gegengewicht, sondern, im Gegenteil, ein wichtiger Bestandteil der – faktischen – Vermarktlichung von Körperstoffen bzw. von reproduktiven Dienstleistungen. Sie stellen gewissermaßen wichtige Module in subjektiven (Um-)Deutungen von Eigentumsprozessen am menschlichen Körper dar. Sollte diese Vermutung zutreffen, dann könnten sich Eigentumsverhältnisse am Körper im Kontext von ART u.a. auch *gerade deshalb* gesellschaftlich etablieren und ausweiten, *weil* sie – einerseits vermittelt über Anrufungen und Praktiken des Altruismus bzw. der Freiwilligkeit, andererseits über die Verschiebung der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit in Richtung des Leidens, der Ansprüche, Bedarfe und Rechte der ‚Nachfrageseite‘ – gesellschaftlich akzeptabel gemacht werden. Dabei bedienen sich alle Beteiligten aus einem breiten Set an gut etablierten, allgemeinen kulturellen Narrativen, die mit- und nebeneinander geltend gemacht werden und in diesem Sinne als „flexible symbolische Ressourcen“ (Scherschel 2006) fungieren, die die ‚harte‘ Realität der faktischen Eigentumsverhältnisse am Körper gleichsam verflüssigen. Dabei allerdings sind Ausmaß, Intensität und Komplexitätsgrad dieser Deutungsarbeit signifikant ungleich verteilt – nämlich zulasten der ‚Angebotsseite‘, also hier: der Eizellgeber*innen.

Für eine Erweiterung der Debatte

Es gibt noch eine weitere Dimension der Eigentumsthematik, die ich abschließend ansprechen möchte. Wie bereits angedeutet, handelt es sich

bei der technologisch assistierten Reproduktion um einen globalen Wachstumsmarkt (genauer dazu: Herb/Wenner 2023). In Spanien und England zum Beispiel werden Fruchtbarkeitszentren zunehmend an finanzkräftige private Akteure verkauft. In Deutschland ist ein ähnlicher Trend zu beobachten: Eine Minderheit der Fertilitätskliniken wird von öffentlichen Akteuren wie Universitäten betrieben, während die Mehrheit der Kliniken von Ärzt*innen zunächst als Kleinunternehmen aufgebaut und später in transnationale Klinikketten integriert wird. Der bereits erwähnte Fresenius-Konzern etwa besitzt nicht nur mehrere Fruchtbarkeitskliniken in Deutschland (wo Eizelltransfers bislang verboten sind), sondern auch in Spanien (wo sie erlaubt sind) und betreibt wiederum in Deutschland umfassende Werbekampagnen zum Thema unerfüllter Kinderwunsch. Wie die Seite *aktienwelt* berichtet, hat sich die zwischenzeitlich abgestürzte Fresenius-Aktie inzwischen wieder erholt – u.a. weil es gelungen sei, die Fallzahlen in den dem Konzern zugehörigen spanischen Fruchtbarkeitskliniken deutlich zu steigern.¹¹ Kurz: Wir haben es im Feld der Reproduktionsmedizin (wie in anderen medizinischen Bereichen auch) nicht mehr nur mit Logiken der Heilung und Behandlung, sondern längst auch mit Logiken der Ertragssteigerung und der Finanzialisierung zu tun (vgl. ebd. sowie van der Wiel 2020). Aber: In gesellschaftlichen Debatten um technologisch assistierte Reproduktion bleibt dieser Aspekt häufig eher unterbelichtet. Dies gilt auch für kritische Diskurse. Oft wird dabei von einer Art Zwei-Seiten-Modell ausgegangen, d.h. im Fokus steht die Beziehung zwischen Angebot und Nachfrage, Spender*innen und Empfänger*innen – und davon ausgehend entfalten sich Debatten darum, was wie reguliert werden soll. Die Kliniken erscheinen in einer solchen Sicht, falls überhaupt, als eine Art neutraler Akteur oder Vermittler; die Frage des Profits und seiner Aneignung bleibt außen vor.

Vielleicht wird es Zeit, Fragen rund um technologisch assistierte Reproduktion, zumal unter Einbeziehung von reproduktiven Körperstoffen und Kapazitäten Dritter, systematisch zu erweitern und mindestens dreidimensional aufzufassen – also nicht nur: wer gibt und wer nimmt unter welchen Bedingungen, sondern auch: wer trägt den Profit davon, (re-)strukturiert darüber Angebot und Nachfrage systematisch mit und hat in der Folge

11 <https://www.aktienwelt360.de/2023/05/11/fresenius-aktie-nach-den-quartalszahlen-ist-dies-der-beginn-des-turnarounds/>. Grund für die steigende Nachfrage nach reproduktionsmedizinischen Dienstleistungen ist neben der Expansion des Angebots und seiner Vermarktung auch die weltweit zunehmende Unfruchtbarkeit, vgl. WHO (2023).

zwangsläufig aus gänzlich nicht-medizinischen Gründen Interesse daran, Nachfrage zu steigern und das Preis-Leistungs-Verhältnis im Sinne maximaler Ertragssteigerung zu gestalten. Für die Eigentumsthematik hieße das, dass wir nicht nur danach fragen sollten: Wem gehört die Eizelle? Sondern auch: Wem gehören die Kliniken und wer kontrolliert die Infrastruktur, in der sich die reproduktionsmedizinische (Um-)Gestaltung von Fruchtbarkeit vollzieht. Eine solche Erweiterung der Diskussion wäre auch im Zusammenhang mit der Frage nach der Legalisierung von Eizelltransfers und ‚Leihmutterschaft‘ in Deutschland u.E. dringend vonnöten.

Literatur:

Bock, Gisela/Duden, Barbara (1977): Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit: zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In Gruppe Berliner Dozentinnen (Hg.): *Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen Juli 1976*, S. 118–199. Berlin: Courage.

Braun, Kathrin/Schultz, Susanne (2012): Oocytes for research: Inspecting the commercialisation continuum. In: *New Genetics and Society* 31(2), S. 135-157.

Degli Esposti Sara/Pavone, Vincenzo (2019): Oocyte provision as a (quasi) social market: Insights from Spain. In: *Social Science & Medicine*, 234, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619303661>.

Deveaux, Monique (2016): Exploitation, structural injustice, and the cross-border trade in human ova. In: *Journal of Global Ethics*, 12(1), S. 48-68.

Herb, Irina/Wenner, Zelda (2023): Who owns and controls the means of reproduction? Assisted fertility and pregnancy as a multi-billion dollar market, <https://sfb294-eigentum.de/de/blog/who-owns-and-controls-the-means-of-reproduction-assisted-fertility-and-pregnancy-as-a-multi-billion-dollar-market/>.

Lafuente-Funes, Sara (2020): “Shall We Stop Talking about Egg Donation? Transference of Reproductive Capacity in the Spanish Bioeconomy”. In: *BioSocieties*, 15, S. 207-225.

Lettow, Susanne/Hilger, Janna (2024, i.V.): “Selbsteigentum, Subjektion und reproduktive Gerechtigkeit. Zur Kritik proprietärer Subjektivität“.

Molas, Anna/Whittaker, Andrea (2023): Tempting Luck: Temporalities and Risk Anticipation among Egg Donors in Spain. In: *Science, Technology, & Human Values*, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/01622439231164666>.

Namberger, Verena (2019): *The Reproductive Body at Work The South African Bioeconomy of Egg Donation*, London: Routledge.

Perler, Laura/ Schurr, Carolin (2022): Geographies of assisted reproduction: The Spanish egg donation economy as a global/intimate contact zone. In: *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 68(2), S. 313-333, <https://doi.org/10.5565/rev/dag.725>.

Scherschel, Karin (2007): *Rassismus als flexible symbolische Resource. Eine Studie über rassistische Argumentationsfiguren*. Bielefeld: Transcript.

van de Wiel, Lucy (2020): The speculative turn in IVF: egg freezing and the financialization of fertility. In *New Genetics and Society* 39 (3), S. 306–326.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2023: Infertility prevalence estimates 1990-2021, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366700/9789240068315-eng.pdf?sequence=1>

Whittaker Andrea/Speier Amy (2010): „Cycling overseas“: care, commodification, and stratification in cross-border reproductive travel. In: *Medical Anthropology*, 29(4). S. 363-83.

Aspekte zur Eizellvermittlung mit Fokus auf ihre Bedeutung für Spenderkinder¹²

Anne Meier-Credner

Die Eizellvermittlung ist unter Berücksichtigung der Perspektive aller Beteiligten hochkomplex. Auch bei einer Regulierung der Eizellvermittlung hierzulande bleiben folgende wesentliche Herausforderungen weiterhin bestehen:

1. Im Ausland werden weiterhin anonym Eizellen vermittelt

Häufig wird als Argument für eine Legalisierung der Eizellvermittlung in Deutschland angeführt, dass derzeit Kinderwunschertern ins Ausland gehen, wo die Eizellvermittlung anonym erfolgt. Richtig ist, dass die entstehenden Kinder in Ländern wie Spanien und Tschechien Schwierigkeiten haben, die Identität ihrer genetischen Mutter zu erfahren. Das verstößt gegen das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, ein Recht das auch in Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verankert ist und durch den Europäischen Gerichtshof in vielen Entscheidungen als besonders bedeutsam für die Identitätsentwicklung jedes Menschen hervorgehoben wurde.¹³

Allerdings handelt es sich hierbei um ein internationales Problem, das sich nicht durch die Legalisierung der Eizellvermittlung in Deutschland lösen lässt. Die anonyme Keimzellvermittlung in Spanien und Tschechien muss vor Ort verändert werden, etwa durch Informationskampagnen oder den Einsatz der Wunschertern für die Rechte ihrer Kinder. Zudem können bereits jetzt Wunschertern Länder wählen, die die Eizellen im Interesse der Kinder nicht anonym vermitteln (z.B. Österreich oder die Niederlande).

Es ist fragwürdig, das Kindeswohl für die Legalisierungswünsche zu bemühen: Die Reproduktionsmedizin ist ein weltweites Wirtschaftsgeschäft,

12 Dieses Statement stellt eine Zusammenfassung des Beitrags „Aspekte zur Eizellvermittlung mit Fokus auf ihre Bedeutung für Spenderkinder“ des Vorstandmitgliedes Anne Meier-Credner des Vereins Spenderkinder beim Symposium Neuere Entwicklungen in der Familienbildung mit Hilfe Dritter: Positionierungen – Rahmenbedingungen – Grenzen, am 26. 11. 2022, online, dar. Auf dem Fachtag hat Chantal Bittner für den Verein Spenderkinder zu diesen Positionen mit einem Vortrag und an der Podiumsdiskussion teilgenommen.

13 EGMR, Mikulić./ . Kroatien, Urt. v. 7.2.2002, Nr. 53176/99; EGMR, Jäggi ./ . Schweiz, Urt. v. 13.7.2006, Nr. 58757/00; zur anonymen Geburt: EGMR, Odièvre ./ . Frankreich, Urt. v. 13.2.2003, Nr. 42326/98, EGMR, Godelli ./ . Italien, Urt. v. 25.9.2012, Nr. 33783/09; zum ersten Urteil des EGMR zur anonymen Samenspende: EGMR, Gauvin-Fournis u. Silliau ./ . Frankreich, Urt. v. 7.9.2023, Nr. 21424/16.

für das ein jährliches Wachstum von neun bis zehn Prozent vorgesagt wird.¹⁴ Darüber hinaus fehlt es an empirischen Studien, die zeigen, dass die Eizellabgabe keine negative Auswirkung auf das Kindeswohl hat. Die oft zitierte Langzeitstudie von Prof. Susan Golombok ist aufgrund der geringen Anzahl der Studienteilnehmer nicht aussagekräftig und weist zudem darauf hin, dass Familien mit Kindern, die aus einer Eizellabgabe stammen größere Schwierigkeiten haben als Familien mit Kindern, die aus einer Samenabgabe stammen.¹⁵

2. Medizinethisches Gebot der Nichtschädigung ist nicht mit Eizellabgabe vereinbar

Das medizinethische Gebot der Nichtschädigung bedeutet, dass ein ärztlicher Eingriff an einer Person nur durchgeführt werden darf, wenn er dieser Person mehr nützt als schadet. Ein großer Unterschied zur Samenabgabe ist, dass sich die Frau bei der Eizellabgabe durch die Hormonstimulierung und operative Entnahme der Eizellen gesundheitlichen Risiken aussetzt.¹⁶ Dabei steht diesen Risiken kein Nutzen für ihre eigene Gesundheit gegenüber. Anders als bei der Blut- oder Organspende kann der Eingriff nicht damit gerechtfertigt werden, dass eine schwere Erkrankung einer anderen Person gelindert wird. Das Kind als Mittel zur Behebung der Not anderer zu instrumentalisieren, degradiert das Kind zum Objekt.

3. Reproduktive Freiheit ist ein Abwehrrecht und begründet keinen Anspruch

14 Vgl. Müller, Spanien spielt erfolgreich den Klapperstorch, Deutsche Welle, abrufbar unter <https://www.dw.com/de/spanien-spielt-erfolgreich-den-klapperstorch/a-60391254> (zuletzt abgerufen am 5.1.2024).

15 Susan Golombok et. al. (2023). A Longitudinal Study of Families Formed Through Third-Party Assisted Reproduction: Mother–Child Relationships and Child Adjustment From Infancy to Adulthood, 59 *Developmental Psychology* 1059.

16 Ein Überstimulationssyndrom kann lebensbedrohlich sein. Im Jahr 2021 verzeichnete das Deutsche IVF Register (<https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2021-deutsch-1.pdf>) 338 Fälle schwerer Überstimulationssyndrome (Grad III). Das bedeutet: Erhebliche Bauchumfangszunahme, Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Ovarien > 12 cm mit großen Zysten, Aszites, Pleuraerguss, Hypovolämie, Hypoproteinämie, Oligurie, Elektrolytverschiebung, Hämokonzentration => stationäre Aufnahme notwendig (<https://www.ksa.ch/sites/default/files/cms/frauenklinik/docs/rl-gyn/ovarielles-ueberstimulationssyndrom-ohss-rl-frauenklinik-ksa.pdf>). Für dasselbe Jahr wurden 528 Fälle registriert, bei denen es zu Komplikationen durch die Punktion der Eizellen kam. Darunter gefasst sind vaginale Blutungen, intraabdominale Blutungen, Darmverletzungen, Bauchfellentzündung und Sonstige. Bei über der Hälfte betreffen die Komplikationen vaginale Blutungen. Prozentual entspricht dies 0,5% der Behandlungszyklen für das Überstimulationssyndrom Grad III und 0,8% für Komplikationen bei der Punktion.

Reproduktive Freiheit bedeutet Schutz vor staatlichen Eingriffen (z.B. Schutz vor Zwangsterilisation), sie bedeutet nicht, dass einer Person die Keimzellen einer dritten Person zur Fortpflanzung zur Verfügung gestellt werden müssen.

4. Unvermeidbare Kommerzialisierung gefährdet Frauen und verletzt Kinder

Die EU-Geweberichtlinie von 2004 (RL 2004/23/EG) verbietet EU-weit den Verkauf von Organen und Geweben und damit auch den Handel mit Samen- und Eizellen.¹⁷ Ohne finanziellen Anreiz oder finanzielle Not finden sich jedoch nicht genügend Frauen, die ihre Eizellen abgeben. Dies zeigt die Erfahrung mit nicht-kommerzieller Eizellvermittlung aus den europäischen Nachbarländern.¹⁸ Es besteht die Gefahr, dass Frauen aus finanzieller Not gesundheitliche Risiken eingehen.¹⁹ Aus Sicht des Kindes ist die Kommerzialisierung problematisch, weil sie die bewusste Auseinandersetzung mit den emotionalen Konsequenzen durch die genetische Mutter verhindert. Viele Eizell“spenderinnen“ machen sich aufgrund des finanziellen Anreizes keine Gedanken über das entstehende Kind. Dies ist für das Kind potentiell verletzend.

Integration: Kontakt zwischen Kindern und genetischen Elternteilen als wesentliche Herausforderung

Darüber hinaus ergeben sich bei Keimzellvermittlung wesentliche ethische Fragen, die bei einer Legalisierung unbeantwortet im Raum stehen bleiben:

Die Eizell“spende“ ist aus Perspektive des Kindes keine „Spende“. Es besteht psychosozial Einigkeit darüber, dass Spenderkinder früh aufgeklärt bzw. im Wissen um ihre Entstehungsweise aufwachsen sollten Hieran

17 Art. 12 Abs. 1 Gewebe-RL. Siehe auch Art. 54 des Vorschlags für eine SoHO-Verordnung, Verordnung des europäischen Parlaments und des Rates über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Verwendung beim Menschen bestimmte Substanzen menschlichen Ursprungs und zur Aufhebung der Richtlinien 2002/98/EG und 2004/23/EG, COM(2022) 338 final (2022(0216(COD))), abrufbar unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2022:338:FIN> (zuletzt abgerufen am 5.1.2024).

18 In Großbritannien wurde die Aufwandsentschädigung im Jahr 2012 von 250 auf 750 Pfund erhöht, in Österreich finden sich überwiegend junge Frauen aus prekären Lagen aus Osteuropa, die ihre Eizellen abgeben. Im Jahr 2022 wurden nur 46 Versuche mit einer „Eizellspende“ durch das IVF-Register dokumentiert, s. Kern; Miksová, IVF-Register. Jahresbericht 2022, Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.), 2023.

19 Langzeitstudien zu den Risiken der Eizellabgabe liegen bisher nicht vor.

schließt sich die Kontaktaufnahme mit dem genetischen Elternteil an, die für viele Spenderkinder wichtig ist.²⁰ Viele Wunscheltern verunsichert dies, da sie befürchten, dass sich das Kind zu dem genetischen Elternteil zuwenden und von ihnen abwenden könnte. So kann sich das Kind in einem Loyalitätskonflikt wiederfinden, wenn es seinen eigenen Bedürfnissen nachgehen, seine rechtlichen Eltern aber nicht verletzen möchte. Hinzu kommt die Angst vor Ablehnung durch den genetischen Elternteil, da dieser – so wie seine soziale Familie – auf eine Kontaktaufnahme in der Regel nicht vorbereitet ist.

Typischerweise kommt es vor, dass genetische Elternteile kein Interesse an ihren Kindern haben. Das Konzept der Samen- und Eizellvermittlung basiert auf der gezielten Trennung genetischer und sozialer/rechtlicher Eltern. Es basiert darauf, dass die genetischen Väter und Mütter kein Interesse am Kind als Person haben. Das ist potentiell verletzend für das Kind. An die Aufklärung schließt sich eine schwierige Integrationsaufgabe für das Kind an, das sämtliche genetische und soziale Elternteile sowie Halbgeschwister und andere Familienangehörige des weiteren genetischen Elternteils in sein Leben integrieren muss. Aus Sicht des Kindes ist es unschätzbar wichtig, dass die Wunscheltern anerkennen, dass das Kind einen weiteren Menschen als genetischen Elternteil hat, den es mit hoher Wahrscheinlichkeit kennenlernen möchte. Für die Integration hilft es, alle sozialen und genetischen Elternteile auch als solche zu benennen, also relationale Bezeichnungen wie *genetischer Vater* und *genetische Mutter* zu verwenden statt funktionalisierende wie *Spender/Erzeuger* oder *Spenderin*.

Damit ergeben sich folgende lebenspraktische Fragen:

1. Wie kann das Bedürfnis von Spenderkindern respektiert werden, dass ihre genetischen Mütter an ihnen als Menschen interessiert sind?
2. Inwieweit ist es in Ordnung, einem Menschen Kontakt zu einem genetischen Elternteil und ggf. Halbgeschwistern gezielt vorzuenthalten?

20 Studien belegen, dass über 80 % der Spenderkinder wissen wollen, wer ihr weiterer genetischer Elternteil ist, vgl. Hertz, R., Nelson, M. K. & Kramer, W. (2017). Donor Sibling Networks as a Vehicle for Expanding Kinship. *Journal of Family Issues*, 38(2), 248–284. <https://doi.org/10.1177/0192513X16631018>; Scheib, J. E., Riordan, M. & Rubin, S. (2005). Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 20(1), 239–252. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh581>.

Auf folgende vertiefende Texte des Vereins Spenderkinder wird verwiesen:

Die Position des Vereins Spenderkinder zu Eizellspende, abrufbar unter: <https://www.spenderkinder.de/stellungnahme-des-vereins-spenderkinder-zu-eizellspende/>

Stellungnahme des Vereins Spenderkinder zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der FDP Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes – Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren (BT-Drucksache 19/17633), abrufbar unter: https://www.spenderkinder.de/wp-content/uploads/2021/01/Stn_19_14_0268-12- Spenderkinder_Embryonenschutzgesetz-data.pdf

Die Position des Vereins Spenderkinder zur Leihmutterschaft, abrufbar unter: <https://www.spenderkinder.de/leihmutterschaft/>

Die Position des Vereins Spenderkinder zur Embryonenadoption (Embryonenspende), abrufbar unter <https://www.spenderkinder.de/die-position-des-vereins-spenderkinder-zur-embryonenadoption-embryonenspende/>

Stellungnahme des Vereins Spenderkinder zur Stellungnahme der Leopoldina „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung“, abrufbar unter: <http://www.spenderkinder.de/stellungnahme-des-vereins-spenderkinder-zur-stellungnahme-der-leopoldina-fortpflanzungsmedizin-in-deutschland-fuer-eine-zeitgemaesse-gesetzgebung/>

Wie gut geht es Spenderkindern wirklich?, abrufbar unter: <https://www.spenderkinder.de/wie-gut-geht-es-spenderkindern-wirklich/>

Position der Ärztinnen in der Reproduktionsmedizin (ÄRE) und des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB)

Monika Bals-Pratsch

Das Deutsche Embryonenschutzgesetz (EschG) sollte an den gesellschaftlichen Wandel und die Weiterentwicklung der klinischen Embryologie und Reproduktionsmedizin angepasst werden. Mit unserer gemeinsamen Stellungnahme bringen wir die Sichtweise von uns Ärztinnen als Frauen in die Diskussion ein. Bisher wird die fachliche und berufspolitische Diskussion um das ESchG in der Öffentlichkeit und in Fachgremien bzw. Gesellschaften wie der Leopoldina von den Ärzten in der Reproduktionsmedizin dominiert. Naturgemäß fühlen und entscheiden Männer bei Schwangerschaftsfragen anders.

Die ÄRE als Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM) wurde 2001 gegründet und vertritt ca. 100 Kolleginnen. Der Ethikausschuss im DÄB hat bereits 1999 eine Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik erarbeitet. Gabriele Du Bois als Vorsitzende des Ethik-Ausschusses und ich als langjährige Vorsitzende der ÄRE haben das Manuskript im Auftrag des DÄB und der ÄRE verfasst.

Auslöser für die intensiviertere fachliche Zusammenarbeit zwischen ÄRE und dem Ethikausschuss im DÄB waren die strafrechtlichen Verfahren über fast 10 Jahre wegen Verstoß gegen das ESchG im Zusammenhang mit der Eizell- und Embryonenspende gegen eine Sozialpädagogin und gegen den damaligen ehrenamtlichen Vorstand des gemeinnützigen Vereins „Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V.“. Die Betroffenen wurden wegen unverbindlicher Weitergabe von Adressen für Eizellspende im Ausland bzw. missbräuchlicher Anwendung von Fortpflanzungstechniken bzw. Beihilfe hierzu angeklagt. Die Verfahren wurden Ende 2022 eingestellt bzw. gegen eine Geldauflage beendet.

Wie sich bei der Akteneinsicht der angeklagten Vorstandsmitglieder des Netzwerks Embryonenspende herausstellte, hatte ein Mitglied vom Verein „Spenderkinder“ das Netzwerk Embryonenspende angezeigt. Dieses Mitglied ist eine Juristin und ein spät aufgeklärtes Spenderkind. Sie hat zwölf Jahre recherchiert, um herauszufinden, wer ihr genetischer Vater ist. Über Genbanken konnte sie schließlich den Mediziner als ihren genetischen Vater identifizieren, der als Reproduktionsmediziner bei ihrer Mutter die künstliche Befruchtung durchgeführt hatte. In den nachfolgenden Diskus-

sionen wurde das Fehlverhalten des Mediziners gerügt und u.a. als Grenzüberschreitung der seriösen Reproduktionsmedizin bezeichnet. Wie dieser Fall zeigt, ist die Regelung der Abstammung und auch die Beratung vor einer Spende für alle Betroffenen von großer Bedeutung.

Nicht nur Samenspenden, sondern auch Eizell- und Embryonenspenden gehören heutzutage zu den Standardmethoden in der Reproduktionsmedizin. Während Samen- und auch Embryonenspenden in Deutschland legal durchgeführt werden, sind Spenden von Eizellen illegal. Hierbei unterscheiden die Gerichte wie das Bayerische Oberste Landesgericht bisher nicht zwischen unbefruchteten Eizellen und solchen Eizellen, die bereits von Samenzellen befruchtet wurden (sogenannte Pronukleuszellen). Dabei sind es nur wenige Minuten, bis am Tag nach der künstlichen Befruchtung aus der Pronukleuszelle durch Auflösung der Pronuklei (Vorkerne) ein Embryo im Sinne des ESchG entsteht. Da einige Hunderttausende solcher Pronukleuszellen in deutschen Kinderwunschkliniken lagern, ist die Embryonenspende aus solchen Zellen für eine nicht-kommerzielle Embryonenspende durch das gemeinnützige Netzwerk Embryonenspende Deutschland e.V. von Relevanz. Die amtierende Bundesregierung stellt hierzu bereits im Koalitionsvertrag fest, dass Embryonenspenden aus Vorkernstadien legal sind.

Die Eizellspende von unbefruchteten Eizellen ist kritischer, da für die abgebende Frau immer eine Hormonbehandlung und nachfolgende Operation zur Gewinnung der Eizellen aus dem Eierstock notwendig ist. Spenderinnen erhalten im Ausland Gegenleistungen im Wert von ca. 3.000€. Die Grenzziehung zwischen Aufwandsentschädigung und Entgelt und somit zwischen altruistischer Eizellspende und Geschäftsmodell ist schwierig. Die Eizellspende von Eizellen nach „Social Freezing“ könnte hingegen problemloser geregelt werden, wenn diese von den Frauen für ihre eigene Familienplanung nicht mehr benötigt werden. Denkbar wäre auch ein „Egg Sharing“-Modell, wie es im Ausland durchaus praktiziert wird.

Im Koalitionspapier der Bundesregierung wird auch die Zulassung des „Selektiven Single Embryo Transfer“ angekündigt, die aber nur bei der früheren konservativen Lesart des ESchG sinnvoll gewesen wäre. Eine gesetzliche Neuregelung ist gar nicht mehr notwendig. Denn entsprechend den Fortschritten in der klinischen Embryologie und einer zeitgemäßen technischen Ausstattung eines IVF-Labors kann die Kompetenz der Eizelle ab dem Zeitpunkt der Befruchtung bis zum Embryo sehr gut bewertet werden. Üblicherweise entwickeln sich aus 5 -6 befruchteten Eizellen nur 1-2 Embryonen. Der verantwortliche Reproduktionsmediziner

muss entsprechend den individuellen Prognosefaktoren festlegen, wie viele befruchtete Eizellen kultiviert werden müssen, um 1 oder 2 Embryonen entsprechend dem Auftrag des Paares transferieren zu können. Die geplante Vorratshaltung von Embryonen ist nicht erlaubt. Nicht entwicklungsfähige Blastozysten werden nicht transferiert. Denn diese führen nicht zur Schwangerschaft und fallen auch nicht unter den Schutz des ESchG, da diese keine Embryonen sind. Diese liberale Lesart des ESchG ist längst vielfach von Gerichten bestätigt worden und wird praktiziert.

Die Bundesregierung hat entsprechend ihrem Koalitionsvertrag im März 2023 eine „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“ berufen, die Vorschläge bis April 2024 erarbeiten soll. Die ÄRE und der DÄB gehören zu den 10 Unterzeichnern des Bedenkenbriefes an das Bundesgesundheitsministerium wegen der Berufung der Kommissionsmitglieder. Die Mehrheit sind juristische Fachexperten. Fach- und Betroffenen-Verbände sind nicht beteiligt. Unsere Erwartungen an die Ergebnisse der Kommission zur Umsetzung des Regelungsbedarfs in der Reproduktionsmedizin sind entsprechend gering.

Unser Positionspapier ist in der Zeitschrift des DÄB („ärztin“) kommentiert publiziert und ist auch als Open-Access-Publikation in der Fachzeitschrift „Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ verfügbar.

Forderungen der Ärztinnen in der ÄRE und im DÄB:

- Zulassung der nichtkommerziellen Eizellspende aus unbefruchteten Eizellen (beispielsweise „Egg Sharing“) bzw. altruistische Spende von bereits lagernden unbefruchteten Eizellen wie nach „Social Freezing“
- Zulassung der nicht-kommerziellen Embryonenspende aus befruchteten Eizellen nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen
- Beratungsangebote zu den juristischen und psychosozialen Fragen für Eizellspenderinnen und EmbryonenSpenderpaare
- Etablierung eines zentralen Eizell und EmbryonenspendeRegisters in Analogie zum Samenspender- Register, damit das Grundrecht auf Kenntnis der Abstammung gewährleistet ist.

Leih- bzw. Mietmutterschaft darf in Deutschland nicht legalisiert werden, egal in welcher Form – die Position von TERRE DES Femmes

Sina Tonk

Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit im Rahmen dieses Fachtages, die Position von TERRE DES FEMMES zu Leih- beziehungsweise Mietmutterschaft vorstellen zu können.²¹

TERRE DES FEMMES (TDF) positioniert sich sowohl gegen die altruistische als auch gegen die kommerzielle Mietmutterschaft.²²

Die Positionierung gegen eine Legalisierung, wurde im Sommer 2019 auf der jährlichen Mitgliederversammlung beschlossen. Veröffentlicht wurde das finalisierte Positionspapier im Frühsommer 2020. Dieser Zeitpunkt ist für das Thema durchaus interessant, da durch die Corona-Pandemie und die verhängten Reisebeschränkungen zahlreiche Berichte aus der Ukraine veröffentlicht wurden, die zeigten, dass viele in der Ukraine „bestellten“ Kinder nicht von den „Wunsch“ bzw. „Bestellern“ abgeholt werden konnten. In diesem Zusammenhang berichteten viele Medien über die Schattenseiten dieses Geschäftsmodell. Der Fokus in der Berichterstattung war vor allem auf die Situation der Kinder sowie auf die der Besteller*innen gerichtet.²³ Knapp ein Jahr später, als Russland die Ukraine angriff, verschob sich der Fokus etwas hin zu den Leihmüttern, die aufgrund der unterschiedlichen europäischen Rechtslage nicht hätten ausreisen dürfen und damit ihr eigenes Leben, als auch das des „bestellten“ Kindes gefährdet war.²⁴

21

https://frauenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Ueber_Uns/Positionen/Positionen/Allgemein/20200708_TDF_Positionspapier_zu_Leih-_bzw._Mietmutterschaft.pdf

22 <https://frauenrechte.de/aktuelles/detail/veranstaltung-perspektiven-auf-leihmutterschaft-eine-kritische-betrachtung>

23 <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/das-geschäft-mit-leihmutter-babys-in-der-ukraine-5070565.html>

24 <https://www.dw.com/de/ukrainische-leihm%C3%BCtter-zwischen-den-fronten/a-61263581>

Dieses Geschäftsmodell gibt es nicht nur in der Ukraine, sondern auch in anderen Ländern der Welt und es existierte bereits weit vor den zwei geschilderten Ereignissen.²⁵ Die zwei exemplarischen Beispiele zeigen jedoch, welche unmenschliche Auswirkungen das Geschäftsmodell Leihmutterchaft hat. Allerdings wird nur ein Teil der Problematik des Geschäftsmodells Leihmutterchaft aufgezeigt. Dringend diskutiert werden müssen aber viel mehr Aspekte und aus Sicht einer Frauenrechtsorganisation muss vor allem die Situation der Leihmütter selbst mehr in den Fokus gerückt werden.

Kurz möchte ich noch auf die mittlerweile vielzählig verwendeten Begriffe eingehen. Im öffentlichen Diskurs finden sich die Begriffe „Leihmutterchaft“, „Mietmutter“, „Trageelternschaft“ oder auch „Ersatzmutter“. TDF hat sich 2019 entschieden die Begriffe „Leih“- beziehungsweise insbesondere „Mietmutter“ zu verwenden. Der Begriff „Mietmutter“ betont aus unserer Sicht noch deutlicher den monetären Aspekt und den Aspekt des Geschäftsmodell.

Im Positionspapier werden vor allem fünf Gründe angesprochen, die TDF dazu bewogen haben, sich sowohl gegen altruistische als auch gegen kommerzielle Mietmutterchaft einzusetzen:

- 1. Es ist ein globales Geschäftsmodell**, das auf ungleichen Machtverhältnissen beruht. Mietmütter zählen häufig zu besonders verletzlichen Gruppen, die zumeist von Armut und sozialer Ungleichheit betroffen sind. Die „Bestelleltern“ hingegen sind sozial weitaus bessergestellt und können es sich leisten eine Agentur zu beauftragen. Das meiste Geld in diesem Geschäftsmodell verdienen die Agenturen, die je nach „Paket“ und nach Standort sehr hohe Summen einnehmen. Dieser Geschäftszweig ist auch bei altruistischer Leihmutterchaft sehr lohnend, allein Mietmütter sollen hier „altruistisch“, also aus Nächstenliebe handeln. Das entspricht im übrigen genau der stereotypen Rollenverteilung, wie wir sie in unseren patriarchalen Gesellschaftsstrukturen immer noch vorfinden. Allerdings wird auch bei der altruistischen Leihmutterchaft eine Aufwandsentschädigung gezahlt und die kann mitunter so hoch sein, dass es je nach den jeweiligen Lebensverhältnissen immer noch eine wesentliche Summe darstellt.

25 <https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/sexuelle-und-reproduktive-rechte/hintergrundinformationen/leih-beziehungsweise-mietmutterchaft>

- 2. Kinder werden zum Gegenstand eines Vertrages**, sie werden zur Ware. Das ist Kinderhandel und verstößt gegen die UN-Kinderrechtskonvention und das Fakultativprotokoll über den Verkauf von Kindern, die Kinderprostitution und Kinderpornografie Art. 1 und 2a. Deutschland hat diese Konvention ratifiziert, sie hat seit 2010 den Rang eines Bundesgesetzes und ist daher bindend.²⁶
Dabei ist es egal ob es sich um ein altruistisches oder ein kommerzielles Modell von Mietmutterschaft handelt, denn es fließt immer Geld, da es Vermittlungsagenturen und Kliniken braucht, um überhaupt erst ein Kind „produzieren“ zu können - somit ist es auch immer kommerziell. Hier den Kniff vorzunehmen, dass es daran gemessen wird, ob die Mietmutter Geld dafür erhält oder nicht ist zynisch, denn: Niemand fordert, dass alle, die daran beteiligt sind altruistisch handeln, das sollen nur die Mietmütter. Das ist nicht als Argument für eine kommerzielle Mietmutterschaft zu verstehen, sondern es zeigt viel mehr, wie versucht wird bestehende Menschenrechtskonventionen zu umgehen.
- 3. Das Recht auf körperliche Selbstbestimmung der Mietmutter** wird vertraglich ausgehebelt. Mietmütter können nicht mehr selbstbestimmt über ihren Körper entscheiden, denn vorab wird in einem Vertrag festgehalten, in welchen Situationen wie Entscheidungen zu treffen sind, das kann so weit gehen, dass das Entscheidungsrecht über den Verlauf der Schwangerschaft komplett den Bestelleltern zufällt. Das widerspricht dem Verständnis von körperlicher und reproduktiver Selbstbestimmung.
- 4. Gesundheitliche und psychologische Risiken für Mietmutter und Kind.** Die gesundheitlichen Risiken einer Schwangerschaft mit fremdem genetischem Material sind höher. Beim heutigen Fachtag sind hier sicherlich andere die Expertinnen, wenn es um diesen spezifischen Punkt geht, deswegen möchte ich darauf nicht tiefer eingehen. Wichtig ist aber, dass diese Risiken der Schwangerschaft und ja auch der Geburt und evtl. gesundheitliche Folgen allein die Mietmütter tragen.
- 5. Als letzter Punkt war uns wichtig den Unterschied zwischen Adoption und Mietmutterschaft zu erwähnen** und dass hier kein Vergleich gezogen werden kann. Bei der Adoption geht es um das Kindeswohl eines Kindes, das keine Eltern mehr hat oder von diesen nicht gewollt ist.

26 <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/78b9572c1bffdda3345d8d393acbbfe8/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf>

Mietmutterschaft bedeutet, dass „Bestelleltern“ ein Kind in Auftrag geben, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen und dafür vorab Verträge geschlossen werden und Geld gezahlt wird.

Aus diesen Gründen fordert TDF, dass Leih- bzw. Mietmutterschaft in jedem Fall verboten bleibt, dass es in Deutschland weder zu einer Legalisierung der kommerziellen noch der altruistischen Form kommt. Mietmutterschaft verletzt die Würde von Frauen, von Kindern und sie verstößt gegen allgemeine Menschen- und Kinderrechte. TDF fordert außerdem, effektive Maßnahmen zu ergreifen, um die Beauftragung von Agenturen und Mietmüttern im Ausland zu verhindern.²⁷ Und die Bundesregierung soll sich auch auf internationaler Eben dafür einsetzen, dass Mietmutterschaft unterbunden wird.

27 <https://frauenrechte.de/aktuelles/detail/terre-des-femmes-e-v-positioniert-sich-zum-thema-leih-bzw-mietmutterschaft-und-uebt-kritik-an-der-wish-for-a-baby-messe-in-berlin>

Für eine rechtebasierte Fortpflanzungsmedizin

Dorothee Kleinschmidt

Als Ärztin und Familientherapeutin sind die Grundlagen meines Arbeitens bei pro familia in der IPPF Erklärung Sexuelle Rechte von 2008²⁸ zusammengefasst. Hier heißt es unter anderem:

„Alle Menschen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst über Reproduktion und Familienbildung zu entscheiden, einschließlich des Rechts, darüber zu bestimmen, ob sie biologische oder Adoptivkinder haben möchten oder nicht. Alle Menschen haben Anspruch auf alle sicheren, effektiven, akzeptablen und finanzierbaren ... Reproduktionstechnologien und Behandlungen.“ Es versteht sich von selbst, dass bei Entscheidungen im Spannungsfeld der Reproduktion die Rechte aller beteiligten Personen zu berücksichtigen sind.

Bevor ich zu der heutigen Diskussion um die Eizellspende oder besser Eizellabgabe komme, möchte ich verdeutlichen, dass in Deutschland weit- aus wichtigere Handlungsbedarfe rund um die Fortpflanzungsmedizin bestehen. Durch die eingeschränkte Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen werden große Teile der Bevölkerung ausgeschlossen:

Menschen mit niedrigem Einkommen, gleichgeschlechtliche Paare²⁹, Alleinstehende, Nicht Verheiratete und Menschen, die aus medizinischen oder sozialen Gründen eine Spendersamenbehandlung benötigen.

Insgesamt orientieren sich die bestehenden Gesetze und Regularien an tradierten Familienbildern. Dabei erhebt das Statistische Bundesamt: „44 % der Erstgeborenen hatten 2015 im Bundesdurchschnitt nicht miteinander verheiratete Eltern. Im früheren Bundesgebiet waren es 38 % und in den neuen Ländern gut 71 %“³⁰. Nicht mehr nachvollziehbar ist zudem die Verzögerung einer Reform des alten Abstammungsrechtes, welches Kinder aus lesbischen Beziehungen und deren Mütter massiv benachteiligt, obwohl gute Gesetzesvorlagen bereits seit 2017 bestehen³¹.

28 Sexuelle Rechte: IPPF Erklärung 2008. IPPF: International planned parenthood federation / https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_german.pdf

29 Nur das Saarland, Bremen, Berlin, Thüringen und Rheinlandpfalz zahlen zumindest 25 % der Behandlungen bei Fruchtbarkeitsstörungen für gleichgeschlechtliche Paare

30 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16_461_126.html

31 https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachpublikationen/07042017_AK_Abstimmung_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Schweden macht es uns vor: dort gibt es eine Kassenfinanzierung von 90-100 % für alle Menschen (Verheiratet, nicht verheiratet, alleinstehend, unabhängig von sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität). Gezahlt wird eine bestimmte Anzahl an IUI³² oder IVF/ICSI, Ei- und Samenspende/abgabe und die Embryooption. Die Leih/Mietmutterchaft in Schweden (sowohl bezahlbar als auch freiwillig) ist gesetzlich verboten³³. Es hätte Deutschland gut angestanden, Kommissionen einzusetzen, um eine derart grundlegende Reform umzusetzen. Leider verdichtet sich die Diskussion auf die Legalisierung der Eizellabgabe und der Mietmutterchaft. Dabei würden beide Verfahren voraussichtlich durch die hohen Kosten nur einem sehr kleinen überschaubaren Kreis zugänglich sein.

Eizellspende/abgabe

Die Selbstbestimmung in der Reproduktion ist ein hohes Gut. pro familia tritt im Widerspruch zur in Deutschland üblichen Überregulierung dafür ein, dass der Staat nur in absoluten Ausnahmefällen in die reproduktiven Rechte und Entscheidungen der Menschen eingreifen sollte.

Der pro familia Bundesverband spricht sich für eine Legalisierung der Eizellspende/abgabe aus. Wir denken, dass Spender*innen selbstbestimmt entscheiden können, sofern eine neutrale und unabhängige Aufklärung erfolgt. Bei der Eizellspende/abgabe entscheidet die Frau über einen relativ kleinen, eingegrenzten Zeitraum. Dadurch unterscheidet sie sich deutlich von der Leih/Mietmutterchaft.

Realitätsnahe Beispiele für eine rechtebasierte Eizellabgabe könnten folgende sein:

Bei Maja (35) wurde eine vorzeitige Menopause diagnostiziert. Ihre Schwester Jana (32) ist bereit, ihr Eizellen zu spenden. Beide fahren an die Uniklinik Brüssel. Dort werden sie umfangreich beraten.

Isabelle ist mit Sandra verheiratet, die trotz mehrfacher Inseminationsversuche nicht schwanger geworden ist. Dabei wünscht sich Sandra sehr, eine Schwangerschaft und Geburt erleben zu können. Beide fahren in die Niederlande, damit Isabelle ihrer Frau Eizellen spenden kann.

Seija lebt in Finnland. Sie möchte anderen helfen, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Nach guter Aufklärung und Beratung zu den Risiken und zu möglichen Auswirkungen auf die spätere Fruchtbarkeit, spendet sie zweimal

32 IUI: Intrauterine Insemination/ Einbringen von Spermien in die Gebärmutter

33 Quellen: ESHRE 2017, IFFS (2019), Nationale Gesetzgebungen und Versicherungsträger

für eine geringe Aufwandsentschädigung. Sie weiß, dass sie medizinisch gut versorgt ist, wenn Komplikationen auftreten. Sie wird erfahren, ob und wie viele Kinder aus ihrer Spende geboren wurden.

Realitätsnahe Beispiele für eine nicht rechtebasierte Eizellabgabe wären folgende:

Silvana lebt in Plovdiv/ Bulgarien. Ein Bekannter vermittelt Frauen nach Chania auf Kreta oder nach Cypern. Silvana bleibt 6 Monate in Chania und spendet mehrfach Eizellen. Die Aufklärung erfolgt in englischer Sprache, was sie nicht besonders gut versteht. In ihrem Heimatland ist die Gesundheitsversorgung nicht sehr gut. Gute Versorgung gibt es häufig nur in Privatpraxen, die sich Silvana nicht leisten kann.

Meike (42) und Jan (40) fahren nach zahlreichen IVF Versuchen nach Spanien. Dort wird sie im 2.Versuch mit Eizellgabe schwanger. Das Kind hat keine Möglichkeit, die genetische Erzeugerin kennenzulernen.

Jane hat in den USA mehrfach Eizellen gespendet. Sie wurde gern „gebucht“, da sich regelmäßig 18 bis 22 Eizellen entwickelten. Beim letzten Versuch hatte sie eine OHS Grad III mit Krankenhausaufenthalt.

Die Beispiele sollen verdeutlichen, was bei einer Legalisierung der Eizellabgabe unbedingt zu berücksichtigen ist. pro familia fordert daher:

- Limitierung der Versuche und der so gezeugten Kinder.
- Erstellen von Empfehlungen zu Art und Umfang der Stimulierung.
- Sicherstellen der medizinischen Versorgung der Eizellgeber*innen.
- Entwicklung von Infomaterial durch die BZgA für Eizellspenderin/geber*in und Empfänger*in, die vor Inanspruchnahme in ausreichendem zeitlichem Abstand ausgehändigt werden muss. Dieses Material muss auch in andere Sprachen übersetzt werden. Das Informationsmaterial sollte Adressen von Verbänden und Organisationen enthalten, die unabhängige psychosoziale Beratung anbieten.
- Die unabhängige psychosoziale Beratung sollte nicht nur bei Inlandsverfahren, sondern ganz besonders auch bei Eizellabgabe im Ausland angeboten werden. Die Beratung muss rechtebasiert erfolgen, das heißt, die Rechte von Eizellgeber*in, zukünftigem Kind und Wunscheltern sollen mitgedacht und thematisiert werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Wenn Sie mehr erfahren wollen, verweise ich hier auf unser Positionspapier – Für eine rechtebasierte Fortpflanzungsmedizin³⁴.

Medizinische Risiken bei Fremdeizell-Behandlung und Mietmutterschaft

Angelika Linckh

Ich freue mich, dass ich hier heute für die Gynäkologinnen im AKF sprechen kann, zu den Schattenseiten der Reproduktionsmedizin, die bisher in der Debatte zu wenig Beachtung finden. Es geht um die Risiken für die Eizellgeberin, die Fremdeizellnehmerin und für das so entstandene Kind.

1. Risiken für die Eizellgeberin

a) Normalerweise reift in den Eierstöcken pro Zyklus ein befruchtungsfähiges Ei heran. Bei der Fruchtbarkeitsbehandlung werden die Frauen mit Hormonen behandelt, damit pro Zyklus mehrere Eier gleichzeitig heranreifen. Die Eierstöcke werden also stimuliert.

Die hormonelle Vorbehandlung vor Eizellentnahme führt sehr häufig zu vorübergehenden Problemen (wie Hitzewallungen wie in der Menopause, zu Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit und Stimmungsschwankungen), häufig zu Bauchschmerzen durch Vergrößerung der Eierstöcke und selten zu einem schweren krankenhauspflichtigen Überstimulationssyndrom der Eierstöcke (OHSS) (mit Wasseransammlung in Bauch und Lunge, Luftnot, Beeinträchtigungen der Leber- und Nierenfunktion).

Ein paar Zahlen:

Laut Jahrbuch 2022 des Deutschen IVF Registers beträgt das Risiko von schweren Überstimulationen 0,3%. Laut eines Berichts der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin liegt die Gefahr dafür bei Eizellspenderinnen bei 1 bis 2% pro Zyklus. Ein Grund für das höhere Risiko der Eizellgeberinnen könnte darin liegen, dass die Eierstöcke der meist jungen Eizellgeberinnen stärker auf die Hormonbehandlung reagieren als die der eher älteren Frauen.

b) Auch bei der Entnahme der Eizellen kann es zu Komplikationen kommen. Blutungen im kleinen Becken, Verletzung von Darm und Blase oder auch Entzündungen der Eileiter können krankenhauspflichtig werden und zu Spätfolgen wie Unfruchtbarkeit führen.

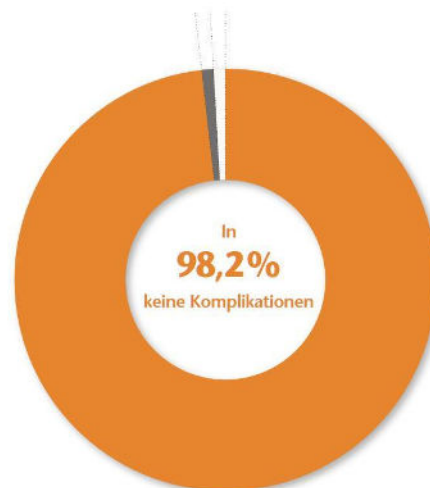
Komplikationen bei der Eizellentnahme 2022

IVF, ICSI, IVF/ICSI, prospektive Daten



Eizellentnahmen gesamt		66.219	100,0%
keine Angaben	627	0,9%	
keine Komplikationen	65.023	98,2%	
Komplikationen	569	0,9%	

Komplikationen	n	%
vaginale Blutungen	382	67,1
intraabdom. Blutung	86	15,1
Darmverletzung	1	0,2
Peritonitis	26	4,6
Sonstige	74	13,0
Gesamt	569	100,0



Die bisher veröffentlichten Studien und Daten zu Risiken der hormonellen Stimulierung und der Eizellentnahme zur Kinderwunschbehandlung beziehen sich vor allem auf Behandlungen mit eigenen Eizellen. Studien zu Komplikationen der Frauen, die für andere ihre Eizellen abgeben, aus Europa haben wir nicht gefunden. Prospektive, randomisierte, doppelblinde Studien aus den Ländern, in denen seit Jahrzehnten diese Verfahren legal sind, liegen nach unseren Recherchen nicht vor. Für besonders problematisch halten wir die mangelnde Studienlage bei den Risiken und Langzeitfolgen der eher jüngeren Eizellgeberinnen.

2. Risiken für die Eizellnehmerin

Wenn wir von den Risiken für die Eizellnehmerin sprechen, ist sowohl die Frau, die ein Kind für sich selbst mit einer fremden Eizelle austrägt, betroffen, also die sogenannte Wunschmutter, wie auch die Frau, die für andere die Risiken von Schwangerschaft und Wochenbett auf sich nimmt, die Mietmutter.

Schon lange bekannt ist, dass es bei Schwangerschaften nach künstlicher Befruchtung erhöhte Risiken gibt im Vergleich zu Schwangerschaften ohne Reagenzglasbefruchtung.

Bei einer Schwangerschaft nach Befruchtung mit einer genetisch fremden Eizelle gibt es im Vergleich zu einer Behandlung mit eigener Eizelle statistisch signifikant noch einmal eine höhere Anzahl von Erkrankungsfällen.

Aufgrund der Kürze der Zeit heute gehe ich jetzt vor allem auf die Präeklampsie ein.

Was wird unter Präeklampsie verstanden?

Bei der Mutterschaftsvorsorge werden Frauen, bei denen sich ein erhöhter Blutdruck und meist Ödeme in den Beinen entwickeln, engmaschig betreut und werden darauf hingewiesen, dass sie sich sofort melden sollen, wenn sie starke Kopfschmerzen bekommen, Schmerzen im Bereich der Leber oder Augenflimmern. Diese sogenannte Schwangerschaftsvergiftung kann sich ab der 20. Woche entwickeln. Innerhalb von Tagen bis über mehrere Wochen kann der Blutdruck der Schwangeren sukzessive ansteigen. Die Plazenta wird schlechter durchblutet, das Fruchtwasser verringert sich und das Kind wächst nicht mehr. Der Zustand der Schwangeren kann stabil bleiben, kann sich aber auch akut verschlechtern und zu ernstesten, selbst tödlichen Verläufen bei Mutter und Kind führen.

Besonders schwer ist die lebensbedrohliche Komplikation, das sog. HELPP Syndrom mit Zerfall von Leberzellen und gestörter Blutgerinnung. Mögliche Komplikationen bei der Schwangeren sind Leberruptur, Hirnblutung, Krampfanfall, akutes Nierenversagen, vorzeitige Plazentalösung, Blutgerinnungsstörung, Lungenödem, Netzhautablösung. Präeklampsie ist umso gefährlicher, je früher in der Schwangerschaft sie auftritt. Bekannt ist, dass es bei den Schwangerschaften nach Reagenzglas-Befruchtung statistisch signifikant vermehrt Fälle von Präeklampsie gibt als bei Schwangerschaften, die nicht im Reagenzglas begonnen haben.

Zwar gibt es Labortests, die recht zuverlässig vorhersagen können, ob es zu schweren Komplikationen kommen kann und die meisten Risikopatientinnen nehmen dann prophylaktisch ASS zur besseren Durchblutung der Plazenta ein. Aber leider muss gesagt werden:

Eine schwere Präeklampsie kann trotz intensivster Vorsorge eintreten und die sofortige Beendigung der Schwangerschaft notwendig machen - mit der bedauerlichen Folge einer evtl. extremen Frühgeburtlichkeit, wenn die

Schwangerschaft zum Beispiel in der 24. Woche beendet werden muss, um das Leben von Mutter und Kind zu erhalten.

Als Grund für die höheren Raten an Komplikationen bei Fremdeizellen wird diskutiert, dass es sich um eine Art Abstoßungsreaktion gegen die genetisch komplett fremde Implantation handeln könnte, gegen die sich der Körper wehrt und es deshalb zu einem erhöhten Auftreten von Erkrankungen kommt, denn bei einer fremden Eizelle ist der so entstandene Embryo genetisch zu 100 Prozent fremd im Vergleich zu einem Embryo aus eigener Eizelle, der nur zu 50 Prozent genetisch fremd ist. Um es noch einmal deutlich zu sagen: es handelt sich hier also um ein potentiell tödliches Risiko für Mutter und Kind als Folge einer wunschmedizinischen Maßnahme.

Außer der Präeklampsie treten statistisch signifikant nach Fremdeizellbehandlung auch vermehrt schwere Blutungen auf - vor, während und nach der Geburt, vor allem durch Plazentaanomalien. Es gibt außerdem Hinweise auf einen Anstieg von Autoimmunerkrankungen wie Schilddrüsenerkrankungen und andere wie z.B. MS. Dazu fehlen aber noch verlässliche Studien. Die von uns gesichteten Studien, die die Rate an Schwangerschaftserkrankungen und Müttersterblichkeit bei fremden Eizellen mit der Rate bei eigenen Eizellen vergleichen, finden ein insgesamt doppelt so hohes Risiko.

Bei einer Veranstaltung des Deutschen Juristinnenbundes zu unserem heutigen Thema wies Wolfgang Henrich (Charité) kürzlich darauf hin, dass es mit der Geburt und dem Wochenbett mit den Komplikationen der Fremdeizellempfängerin leider nicht vorbei sei. Sie beobachteten 5 – 10 Jahre nach der Entbindung mit Präeklampsie bei den betroffenen Frauen als mögliche Spätfolge signifikant mehr Schlaganfälle und Hirnblutungen und planen gerade eine prospektive Studie dazu. Prof. Henrich wies daraufhin, dass die Intensivmediziner*innen und Geburtshelfer*innen an der Charité das ausbaden müssen, was die Reproduktionsmediziner*innen (bis jetzt im Ausland) angerichtet haben.

Die Problematiken und Risiken der **Mietmütter** decken sich weitgehend mit denen der Fremd-Eizell-Behandlung der Bestellmütter, weil auch die Mietmutter in der Regel ein Kind nach einer künstlichen Befruchtung mit einer fremden Eizelle austrägt. Zusätzlich gehen die Mietmütter für ein fremdes Kind alle Risiken der Schwangerschaft und des Wochenbetts, wie z.B. ein höheres Thromboserisiko, ein.

3. Risiken für die nach Eizellgabe entstandenen Föten und Kinder

Eine statistisch signifikant höhere Rate an Komplikationen sieht man bei den Kindern der Frauen, die nach Fremdeizellbehandlung an Präeklampsie erkrankt sind. Fast alle Studien sehen eine signifikant höhere Rate an schwerer Wachstumsretardierung, Untergewicht sowie teils extremer Frühgeburtlichkeit und eine höhere Rate an Totgeburten - im Vergleich zu den Zahlen bei einer Schwangerschaft, die durch eine künstliche Befruchtung mit eigenen Eizellen entstanden ist Und dass nicht nur bei Zwillingen, sondern auch bei Einlingen.

Über die Auswirkungen auf die Psyche der Kinder gibt es bisher keine aussagefähige Studienlage. Auf die Erfahrungen der sogenannten Spenderkinder ist bereits meine Vorrednerin Chantal Bittner eingegangen. Zu der Bedeutung der vorgeburtlichen Psychologie, der pränatalen Bindung und der Epigenetik im Bereich der Mietmutterschaft haben wir keinerlei Daten und Studien gefunden.

Fazit

Gesundheitliche und psychosoziale Risiken und mögliche langfristige Folgen der Behandlungen für Eizellgeberin und besonders für die austragenden Frauen sind bisher wenig bis nicht erforscht. Sie dürfen jedoch nicht unterschätzt bzw. kleingeredet werden. Mögliche gesundheitliche Folgen für die Kinder werden bisher wenig thematisiert. Prospektive, randomisierte, doppelblinde Studien aus den Ländern, in denen seit Jahrzehnten diese Verfahren legal sind, liegen nicht vor.

Aus ärztlicher Sicht machen wir uns Sorgen, dass durch eine freizügige Legalisierung der Fremdeizellbehandlung viele Frauen krank gemacht werden, die ohne diese Behandlung gesund geblieben wären.

Literatur

Al Shammery, Mofeedah, Shaw, Ashley, Bacal, Vanessa et al.: Risk of Lower Birth Weight and Shorter Gestation in Oocyte Donation Pregnancies Compared With Other Assisted Reproductive Technology Methods: Systematic Review. In: Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, Volume 42, Issue 7, 2020, Pages 889-899.e1, ISSN 1701-2163.

Almasi-Hashiani, Amir; Omani-Samani, Reza; Mohammadi, Maryam; Amini, Payam; Navid, Behnaz; Alizadeh, Ahad et al. (2019): Assisted re-

productive technology and the risk of preeclampsia: an updated systematic review and meta-analysis. In: *BMC pregnancy and childbirth* 19 (1), S. 149. DOI: 10.1186/s12884-019-2291-x.

Altmann, J., Kummer, J., Herse, F. et al. Lifting the veil of secrecy: maternal and neonatal outcome of oocyte donation pregnancies in Germany. *Arch Gynecol Obstet* 306, 59–69 (2022).

Andraweera, Prabha H.; Lassi, Zohra S. (2019): Cardiovascular Risk Factors in Offspring of Preeclamptic Pregnancies-Systematic Review and Meta-Analysis. In: *The Journal of pediatrics* 208, 104-113.e6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.12.008.

Aragona, Cesare; Mohamed, Mohamed A.; Espinola, Maria Salomè B.; Linari, Antonella; Pecorini, Francesco; Micara, Giulietta; Sbracia, Marco (2011): Clinical complications after transvaginal oocyte retrieval in 7,098 IVF cycles. In: *Fertility and sterility* 95 (1), S. 293–294. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2010.07.1054.

Berntsen, Sine; Söderström-Anttila, Viveca; Wennerholm, Ulla-Britt; Laivuori, Hannele; Loft, Anne; Oldereid, Nan B. et al. (2019): The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?'. In: *Human reproduction update* 25 (2), S. 137–158. DOI: 10.1093/humupd/dmz001.

Chih, Hui Ju; Elias, Flavia T. S.; Gaudet, Laura; Velez, Maria P. (2021): Assisted reproductive technology and hypertensive disorders of pregnancy: systematic review and meta-analyses. In: *BMC pregnancy and childbirth* 21 (1), S. 449. DOI: 10.1186/s12884-021-03938-8.

Dancey, Sonia, Mery, Erika, Esteves, Ashley et al.: Placenta pathology in recipient versus donor oocyte derivation for in vitro fertilization in a setting of hypertensive disorders of pregnancy and IUGR. In: *Placenta*, Volume 108, 2021, Pages 114-121, ISSN 0143-4004.

Elenis, Evangelia, Svanberg, Agneta Skoog, Lampic, Claudia et al.: Adverse obstetric outcomes in pregnancies resulting from oocyte donation: a retrospective cohort case study in Sweden. In: *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 247 (2015).

Gen-ethisches Netzwerk e.V. (Hg.): Medizinische Risiken der "Eizellspende". Gutachten im Auftrag für biorespect (Schweiz), 2022.

Golan, Abraham; Weissman, Ariel (2009): Symposium: Update on prediction and management of OHSS. A modern classification of OHSS. In: *Reproductive biomedicine online* 19 (1), S. 28–32. DOI: 10.1016/s1472-6483(10)60042-9.

Gunda-Werner-Institut: Babys machen? Eine Ausstellung mit Rahmenprogramm in Kooperation mit dem Gen-ethischen Netzwerk e.V. Juni 2022

H Petersen, Sindre; Westvik-Johari, Kjersti; Spangmose, Anne Lærke; Pinborg, Anja; Romundstad, Liv Bente; Bergh, Christina et al. (2023): Risk of Hypertensive Disorders in Pregnancy After Fresh and Frozen Embryo Transfer in Assisted Reproduction: A Population-Based Cohort Study With Within-Sibship Analysis. In: Hypertension (Dallas, Tex.: 1979) 80 (2), e6-e16. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.122.19689.

Ives, Christopher W.; Sinkey, Rachel; Rajapreyar, Indranee; Tita, Alan T. N.; Oparil, Suzanne (2020): Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. In: Journal of the American College of Cardiology 76 (14), S. 1690–1702. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.08.014.

Jahrbuch des deutschen IVF-Registers 2022 <https://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php>

Keukens, A.; van Wely, M.; van der Meulen, C.; Mochtar, M. H. (2022): Pre-eclampsia in pregnancies resulting from oocyte donation, natural conception or IVF: a systematic review and meta-analysis. In: Human reproduction (Oxford, England) 37 (3), S. 586–599. DOI: 10.1093/humrep/deab267.

Kiechle, Marion, Wallwiener, Stephanie, Würfel, Wolfgang: Gemeinsam stark für die Frau [Together strong for women]. In: Gynäkologie. 2022;55(9):613–5.

Marx, Rita, Scheerer, Ann Kathrin (Hg.): Auf neuen Wegen zum Kind - Chancen und Probleme der Reproduktionsmedizin aus ethischer, soziologischer und psychoanalytischer Sicht. Psychosozial Verlag 2019.

Mascarenhas, Mariano, Sunkara, Sesh Kamal, Antonisamy, Belavendra, Kamath, Mohan S.: Higher risk of preterm birth and low birth weight following oocyte donation: A systematic review and meta-analysis. In: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Nov;218:60-67.

Maxwell, Kara N.; Cholst, Ina N.; Rosenwaks, Zev (2008): The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. In: Fertility and sterility 90 (6)S.2165–2171. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2007.10.065.

Moreno-Sepulveda, Jose; Checa, Miguel A. (2019): Risk of adverse perinatal outcomes after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of assisted reproduction and genetics* 36 (10), S. 2017–2037. DOI: 10.1007/s10815-019-01552-4.

Modest, Anna M. Johnson, Katharine M., Karumanchi S. Ananth et al.: Risk of ischemic placental disease is increased following in vitro fertilization with oocyte donation: a retrospective cohort study. In: *J Assist Reprod Genet.* 2019 Sep; 36(9): 1917-1926.

Najdecki, Robert; Michos, Georgios; Peitsidis, Nikos; Timotheou, Evangelia; Chartomatsidou, Tatiana; Kakanis, Stelios et al. (2022): Agonist triggering in oocyte donation programs-Mini review. In: *Frontiers in endocrinology* 13, S. 838236. DOI: 10.3389/fendo.2022.838236.

Perler, Laura: ‚Eizellspenderinnen‘ jenseits biologischer Verwertbarkeit. Artikelreihe Teil 3 / 3: Einblicke in die Biografien von ‚Spenderinnen‘ aus Spanien. In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GiD)* 260, Februar 2022, Seiten 32-35.

Ravelingien, An, Provoost, Veerle, Pennings, Guido: Open-Identity Sperm Donation: How Does Offering Donor-Identifying Information Relate to Donor-Conceived Off spring's – Wishes and Needs? In: *J Bioeth Inq.* 2015 Sep;12(3):503-9.

Saito, Kazuki; Kuwahara, Akira; Ishikawa, Tomonori; Morisaki, Naho; Miyado, Mami; Miyado, Kenji et al. (2019): Endometrial preparation methods for frozen-thawed embryo transfer are associated with altered risks of hypertensive disorders of pregnancy, placenta accreta, and gestational diabetes mellitus. In: *Human reproduction (Oxford, England)* 34 (8), S. 1567–1575. DOI: 10.1093/humrep/dez079.

Sargisian, Nona; Lannering, Birgitta; Petzold, Max; Opdahl, Signe; Gissler, Mika; Pinborg, Anja et al. (2022): Cancer in children born after frozen-thawed embryo transfer: A cohort study. In: *PLoS medicine* 19 (9), e1004078. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004078.

Savasi, Valeria Maria, Mandia, Luca, Laoreti, Arianna, Cetin, Irene : Maternal and fetal outcomes in oocyte donation pregnancies. In: *Human Reproduction Update*, Volume 22, Issue 5, September/October 2016, Pages 620–633.

Schwarze, Juan Enrique, Borda, Paula, Vásquez, Pamela et al.: Is the risk of preeclampsia higher in donor oocyte pregnancies? A systematic review

and meta-analysis. In: JBRA Assisted Reproduction, 01 Mar 2018, 22(1):15-19

Söderström-Anttila, V. (2001): Pregnancy and child outcome after oocyte donation. In: Human reproduction update 7 (1), S. 28–32. DOI: 10.1093/humupd/7.1.28.

Söderström-Anttila, V.; Tiitinen, A.; Foudila, T.; Hovatta, O. (1998): Obstetric and perinatal outcome after oocyte donation: comparison with in-vitro fertilization pregnancies. In: Human reproduction (Oxford, England) 13 (2), S. 483–490. DOI: 10.1093/humrep/13.2.483.

Spenderkinder e.V. Politische Forderungen, abgerufen 3.11.2023

Stern, Judy E.; Liu, Chia-Ling; Cui, Xiaohui; Cabral, Howard J.; Farland, Leslie V.; Coddington, Charles; Diop, Hafsatou (2022): Assisted reproductive technology treatment increases obstetric and neonatal risks over that of the underlying infertility diagnosis. In: Fertility and sterility 117 (6), S. 1223–1234. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.02.009.

Stojnic, Jelena; Bila, Jovan; Tulic, Lidija; Micic, Jelena; Andjic, Mladen; Pupovac, Miljan et al. (2023): Severe Hemoperitoneum due to Ovarian Bleeding after Transvaginal Oocyte Retrieval with Surgical Management: A Retrospective Analysis and Comprehensive Review of the Literature. In: Medicina (Kaunas, Lithuania) 59 (2). DOI: 10.3390/medicina59020307.

Terre des Femmes, abgerufen 3.11.2023: Leih- beziehungsweise Mietmutterschaft

Tober, Diane M.; Richter, Kevin; Zubizarreta, Dougie; Daneshmand, Said (2023): Egg donor self-reports of ovarian hyperstimulation syndrome: severity by trigger type, oocytes retrieved, and prior history. In: Journal of assisted reproduction and genetics 40 (6), S. 1291–1304. DOI: 10.1007/s10815-023-02855-3.

Wang, Weikai; Lin, Ru; Yang, Lan; Wang, Yanxia; Mao, Baohong; Xu, Xiaoying; Yu, Jing (2023): Meta-Analysis of Cardiovascular Risk Factors in Offspring of Preeclampsia Pregnancies. In: Diagnostics (Basel, Switzerland) 13 (4). DOI: 10.3390/diagnostics13040812.

Würfel, Wolfgang: Eizellen- oder Embryonenspende: Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburtshilfe. In: pädiatrische praxis, 2022, Band 98/01

Podiumsdiskussion: Entscheidungsfindung mit gesellschaftlichen Folgen – Auswirkungen und Perspektiven im Falle einer Gesetzesänderung

Ein Kind ist keine Ware, ein Kind ist kein Geschenk

Millay Hyatt

Ich bin als Betroffene hier. Ich habe über 10 Jahre mit einem unerfüllten Kinderwunsch gelebt. Ein Kinderwunsch, der mich zerrissen hat, der mich getrieben hat, der wirklich über mein Leben bestimmt hat in dieser Zeit. Ich habe große Empathie für alle, die in dieser Situation sind, der Situation der Unfruchtbarkeit. Ich bekam mit Anfang 30 die Diagnose der verfrühten Menopause. Der Kinderwunsch kann natürlich genauso intensiv sein, wenn der Hintergrund eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft ist oder ein fehlender Partner oder Partnerin. Es gibt verschiedene Gründe aus denen man in dieser Situation landen kann.

In unserem Fall haben wir nach der Diagnose ein Jahr lang versucht mit traditioneller chinesischer Medizin schwanger zu werden. Das ist nicht gelungen. Dann haben wir angefangen, uns über eine Adoption Gedanken zu machen. In dieser Zeit hat sich eine Freundin aus den USA gemeldet und sich bereit erklärt, für uns als Leihmutter einzuspringen. Wir haben uns wahnsinnig gefreut über dieses Angebot und dachten, das ist die Lösung. Wir haben uns sehr intensiv zu dritt (mein ehemaliger Mann, diese Freundin und ich) mit diesem Angebot beschäftigt und versucht, alle möglichen Dimensionen zu klären, bevor wir diesen Schritt gehen. Eine Dimension, die mir sehr wichtig war, war die Frage, wie geht es den Leihmütterkindern mit dieser Geschichte. Ich habe recherchiert und bin eines Abends auf Blogs gestoßen, Texte von erwachsenen Leihmütterkindern aus den USA und aus Großbritannien und was ich da gelesen habe, hat mich erschüttert. Ich habe da von großer Trauer gelesen, von Schmerz und Verlust und von Wut auf die sozialen Eltern, die eine Entscheidung für sie, für diese Kinder, getroffen haben, die bedeutet, dass sie getrennt worden sind von einer Person, mit der sie über 9 Monate verbunden waren, damit sich diese Wunscherltern ihren Wunsch erfüllen konnten. Damit haben sie in Kauf genommen, dass diese Trennung passiert und dass diese Trennung möglicherweise mit Schmerz und Verlust zu tun hat. Ein Satz hat mich besonders getroffen in diesen Texten, das war: „Wenn ein Mensch nicht verkauft werden kann, kann ein Mensch auch nicht verschenkt werden“. Das hat mich besonders getroffen, weil wir uns mit dieser Idee „Kind als Geschenk“ angefreundet hatten. Das fanden wir so

schön. Wenn man das dann aber umgedreht hat und aus der Perspektive des „Verschenkten“ überlegt, stellt sich es ganz anders dar.

Es war sehr traurig, aber wir haben dann alle drei sofort gesagt „wir können das nicht machen“. Wir haben zwar gedacht, nicht alle Leihmütterkinder fühlen so stark, wie diese Menschen, die diese Texte geschrieben haben, aber allein die Möglichkeit, dass unser Kind so fühlen würde, hat für uns gereicht, davon Abstand zu nehmen. Es war sehr schmerzhaft, aber es war für mich ein wahnsinnig wichtiger Moment in meiner Kinderwunschgeschichte. Es war der Moment, in dem ich von meinem sehr intensiven Wunsch ein bisschen Abstand nehmen konnte und die ganze Angelegenheit dann auch aus der Perspektive des Kindes angefangen habe zu sehen. Diese Verschiebung hin dazu, was bedeutet es überhaupt für ein Kind, wenn es auf diese Art und Weise zu mir kommt, um meinen Wunsch zu erfüllen. Was ist denn hier eigentlich das Wichtigste – mein Wunsch, oder die Würde und Bedürfnisse dieses Kindes? Auch für meine mentale Gesundheit war es wichtig, weil ich dann ja Abstand bekommen habe von dem Wunsch. Es hat mir dann auch geholfen, als wir den Weg der Adoption gegangen sind. Wir hatten verschiedene Auslandsadoptionsverfahren, da konnte ich dann die richtigen Fragen stellen: wie kommen die Kinder in diese Kinderheime? Weil hier ein Kinderwunsch aus Europa ist, der bedient werden muss? Oder ist für diese Kinder wirklich die bestmögliche Option, Eltern aus Europa zu finden?

Wir haben dann letztendlich aus verschiedenen Gründen nicht adoptiert und haben uns als Pflegeeltern beworben. Wir sind jetzt seit über 8 Jahren Pflegeeltern eines damals 14 Monate alten Kindes, als es zu uns gekommen ist, womit sich mein Kinderwunsch ohne „wenn und aber“ erfüllt hat.

Mein Fazit aus all dem ist zum einen, dass wir in dieser ganzen reproduktionsmedizinischen Debatte dringend den Fokus verschieben müssen auf die Bedürfnisse und die Rechte der Kinder. Damit will ich nicht den Wunsch klein reden oder pathologisieren, der ist berechtigt. Der ist in jedem Fall berechtigt, aber er ist nicht unverrückbar. Er kann dynamisiert werden. Das habe ich erfahren. Durch diesen Prozess habe ich gesehen, ich kann diesen Wunsch auch in seine Facetten aufgliedern und sehen, welche kann ich erfüllen, welche kann ich nicht erfüllen und wie kann ich sie erfüllen, auf einer Art und Weise, in der die Rechte und die Bedürfnisse des Kindes gewahrt werden. Wie kann ich das Kind so zu mir holen, dass es diesen Rechten und Bedürfnissen nicht entgegenwirkt.

Es gibt natürlich Möglichkeiten jenseits von Leihmutterschaft, Gametenspende etc., es gibt die Möglichkeit, die wir dann gemacht haben, Pflegeeltern zu werden. Es gibt viele Kinder, die schon geboren sind, die Eltern brauchen. Es gibt Adoption, es gibt Co-Elternschaft. Ich würde sehr stark dafür plädieren, dass wir diese Möglichkeiten stärker in den Fokus rücken und dass wir Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch auch ermutigen, sich weg von diesen heteronormativen Familienvorstellungen zu bewegen und nicht zu versuchen, sie zu simulieren, indem man zum Beispiel eine Leihmutter beauftragt.

Mein Buch Ungestillte Sehnsucht. Wenn der Kinderwunsch uns umtreibt (Ch. Links) kam 2012 heraus.³⁵ Damals hatte ich stark das Gefühl, das Thema unerfüllter Kinderwunsch ist ein sehr tabuisiertes Thema. Ich glaube, mittlerweile ist es weniger tabuisiert. Ich beobachte aber auch seltsame Argumentationen, die irgendwie vom „Recht auf ein Kind“ ausgehen. Es ist eine höchst fragwürdige Vorstellung, dass jemand ein Recht auf ein Kind hat.

Die Debatte um die Legalisierung von Leihmutterschaft und Eizellspende dreht sich sehr stark um eine Idee von Kinderwunsch als Berechtigung. Ich finde, das sollte in Frage gestellt und problematisiert werden. Die Perspektive des Kindes sollte an erste Stelle gerückt werden, ohne natürlich den Kinderwunsch zu pathologisieren.

35 Andere Veröffentlichungen zum Thema: Macht und Angst. Website der Internationalen Gesellschaft für Beziehungskompetenz in Familie und Organisation, 2014 http://www.igfb.org/mm_content/Macht_und_Angst.pdf
Gekaufte Zeit. Freitag Nr. 12, 20.03.2014 <https://www.freitag.de/autoren/millay-hyatt/gekaufte-zeit>
Eltern werden um jeden Preis? Philosophie Magazin, Juni/Juli 2013

Bericht zum Podiumsgespräch: Entscheidungsfindung mit gesellschaftlichen Folgen – Auswirkungen und Perspektiven im Falle einer Gesetzesänderung

Margaretha Kurmann (Moderatorin)

Teilnehmende: Chantal Bittner, Sigrid Graumann, Millay Hyatt, Tina Rudolph

Nach einem langen Tag mit vielen, sehr dichten Vorträgen ging es im Podium zum Abschluss des Fachtages um Anregungen gegen die Engführung der aktuellen Debatte auf die individuelle, reproduktive Selbstbestimmung derjenigen, die Eizellen und Leihmütter für sich wünschen. Ebenso wichtig war den Organisatorinnen zu besprechen, welche Aspekte im aktuellen Vorhaben einer möglichen Zulassung von Eizellgabe und Leihschwangerschaft/Leihmutterschaft ganz besonders nach vorne gebracht werden müssen und wie es dem AKF gelingen kann, diese in die Debatte einzubringen.

Die Frauen auf dem Podium haben die vielen schon ausgeleuchteten Aspekte der Debatte noch einmal neu fokussiert. *Chantal Bittner* kennt sich mit dem Erleben und den daraus erwachsenden Fragestellungen von Spenderkindern aus und kennt darüber hinaus als Juristin die mit der Thematik verbundenen vielfältigen Rechtsprobleme – eine fruchtbare Mischung. *Sigrid Graumann* gestaltet politische und ethische Debatten seit Jahrzehnten mit ihren kritischen Beiträgen und kennt das politische/fachpolitische Verhandeln in entsprechenden Fachgremien und Kommissionen. Ihre fachliche Kompetenz und politischer Verstand kommen uns zugute. *Millay Hyatt* kann von einem 10jährigen schmerzhaft unerfüllten Kinderwunsch und Kampf um ein eigenes Kind erzählen – als Politikwissenschaftlerin und Philosophin hat sie eine tiefgehende persönliche Auseinandersetzung ausgeprägt, von der wir profitieren. *Tina Rudolph* arbeitet als Mitglied des Bundestages sowie des Gesundheitsausschusses aktuell in einer Begleitgruppe der SPD-Fraktion, die sich wöchentlich umfassend zu den politischen Vorhaben, zu Möglichkeiten und Folgen einer Liberalisierung von Eizellgabe und Leihschwangerschaft/Leihmutterschaft und wird die Rahmenbedingungen für den gesellschaftlichen Umgang mit den Themen mitprägen.

Enormer Druck aus der Reproduktionswirtschaft treibt die Debatte an

Die aktuelle Debatte wird angetrieben durch die Reproduktionswirtschaft mit ihren massiven rein kommerziellen Interessen. Diese Orientierung am

Gewinn wird wenig in den Blick genommen. Es könne nicht sein, dass eine so wichtige Debatte dieser Marktlogik folgt, in der die Bedürfnisse von Einzelnen emotional aufgeladen nach vorne geschoben werden, so Sigrid Graumann und Chantal Bittner.

Das Wesentliche aus dem Blick verloren: Rechte und Bedürfnisse der Kinder gehören in den Mittelpunkt

Es ist so banal wie eindeutig: alle Anwesenden waren sich darüber einig, dass die Rechte und Bedürfnisse der Kinder – um die es ja in erster Linie geht – kaum beachtet werden. Dass sie in der Debatte zumeist so gar nicht vorkommen – es sei denn als Phantom „Wunschkind“. Das müsse anders werden. Durch die Einbeziehung von betroffenen Erwachsenen wie sie z.B. im Spenderkinder e.V. vertreten sind, durch seriöse Studien zu rechtlichen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgen für die Kinder, durch eine systematische Auseinandersetzung mit Kinderrechten und dem, was Kinder für ein gesundes Aufwachsen brauchen und wir als Gesellschaft sicherzustellen haben. Das „Recht auf ein Kind“, von allen und zu allen Zeiten, ist in der aktuellen Debatte wenn nicht ausdrücklich argumentiert so doch indirekt Grundrauschen. Das müsse geradegerückt werden - ohne den Kinderwunsch von wem auch immer zu pathologisieren. Nicht der Wunsch sei anfechtbar, sondern das Beharren auf dessen Erfüllung mit welchen Mitteln auch immer. Millay Hyatt brachte aus ihrer Auseinandersetzung mit dem Angebot einer Freundin, ihre Leihmutter zu sein, auf den Punkt: wenn ein Mensch nicht verkauft werden kann, kann er auch nicht verschenkt werden.

Belastbare Daten: Fehlanzeige

Chantal Bittner und Sigrid Graumann waren sich über das unlautere Vorgehen in der Nutzung von Studien einig. Sie verweisen darauf, dass es für viele Fragestellungen überhaupt keine belastbaren Studien gibt, z.B. zu den medizinischen Risiken für Frauen, denen Eizellen entnommen wurden. Die Situation von Kindern, die über erworbene Eizellen entstanden sind, ist weitgehend unerforscht. Eine grundlegende Forderung ist daher: es muss in der Bewertung von Folgen und Auswirkungen mit Fakten gearbeitet werden, wenn diese fehlen, sind sie über Studien zu beschaffen.

Alle verdienen außerordentlich gut – nur die Eizellen und Schwangerschaften liefernden Frauen sollen altruistisch sein

Die EU-Geweberichtlinie sieht eine Eizellgabe nur altruistisch vor und duldet daher nur eine „Aufwandsentschädigung“. Dies ist dem Schutz der

Menschenwürde, der Verhinderung von Anreizen zur Selbst-instrumentalisierung geschuldet. Wie beurteilen wir es aber, dass die Reproduktionswirtschaft rasant steigende Gewinne macht und ausgerechnet die Frauen, ohne die es nichts an Angebot gäbe, auf ihre Selbstlosigkeit adressiert werden? Die EU müsse den globalen Markt im Sinne ihrer eigenen Werte regulieren. Es sei zu regeln, dass die Profiteure für alle gesundheitlichen Schäden von Beteiligten aufkommen. Eine Idee aus dem Publikum: Gewinnverbot für die Repromedizin.

Gesamtschau auf rechtliche notwendige Regelungen fehlt

Sigrid Graumann und Chantal Bittner verweisen darauf, dass die herrschende Vorstellung, es sei nur das Embryonenschutzgesetz zu ändern, viel zu kurz greift. Selbst wenn dies gesellschaftlich und politisch erwünscht ist und ethisch, medizinisch und mit Blick auf den Schutz von Rechten von Kindern für vertretbar gehalten wird, wird es ein umfassendes Fortpflanzungsmedizingesetz geben müssen. Sonst werden wir es mit einem ungeregelten Markt zu tun bekommen – und der regelt eben wie er regelt, rein kommerziell. Das können wir nicht wollen.

Ohne offene Eizellgaben wird's rechtlich nicht gehen – aber wollen das die Kund*innen?

Offene, nicht-anonyme Eizellspenden/-gaben sind gegenüber den berechtigten Interessen der so entstandenen Kinder selbstverständlich Grundvoraussetzung für eine Freigabe der Eizellgaben in Deutschland. Die Kinder haben das Recht auf Wissen um ihre Herkunft. Die Erfahrungen aus Ländern wie England, in denen dies rechtlich möglich ist zeigen, dass viele Nutzer*innen dies gerade nicht wollen. Eine Regelung offener Eizellgaben scheint für Deutschland eine Sackgasse zu sein.

... weil es die Anderen sowieso tun: „wir“ können und sollten es gut regeln

Tina Rudolph plädiert dafür, sich den Gegebenheiten zu stellen und sich nicht wegducken. Eizellgabe und Leihmutterschaft seien regelbar – Politik müsse regeln und könne das auch, ein 30 Jahre altes ESchG sei zu alt und nicht mehr zeitgemäß, so Frau Rudolph. Beispiel Leihmutterschaft: es fehlt an Rechtssicherheit für aus durch eine Frau für Dritte ausgetragene und geborene Kinder, wenn sie nach Deutschland kommen. Das zumindest müsse auch im Sinne der Kinder reguliert werden. Zudem könne eine gute rechtliche Regelung in Deutschland die Anreize für den Weg ins Ausland, wo Frauen ohne Rechte ihre Dienste aus finanzieller Not heraus an-

bieten aus der Welt schaffen und die Möglichkeiten zu einem Kind zu kommen für interessierte Personen/Paare erweitern. In Deutschland könnten finanzielle Anreize für Frauen durch eine Absicherung im Sozialsystem vermieden werden. Und Risiken gebe es immer, man müsse sie angehen und minimieren. Dagegen wird aus dem Publikum darauf hingewiesen, dass Deutschland durch eine explizite Haltung zum Verbot von Eizellspende und Leihmutterchaft klare Botschaften für Wunscheltern setze.

Das wird nicht zu regeln sein

Sigrid Graumann hält es für unrealistisch, Eizellgabe und Leihschwangerschaft gut regeln zu können. Die Erfahrung zeigt, dass schon bestehende Regelungen der Reproduktionsmedizin umgangen oder ausgehöhlt werden. Frauenärztinnen berichten davon, dass z.B. die vorgesehene ausführliche Beratung vor reproduktionsmedizinischen Eingriffen sofort im Sinne eines gut laufenden Systems unterlaufen und ausgehebelt wurde. Das Grundproblem, dass sich die Reprokliniken den Wunscheltern als ihren Kund*innen verpflichtet fühlen und nicht den fremdnützigen Spenderinnen scheint in diesem System unlösbar. Es sollen keine Anreize für Selbstinstrumentalisierung von Frauen geschaffen und diese sogar verhindert werden. Wie soll das funktionieren, wenn es nicht ein komplettes Kommerzialisierungsverbot für alle daran Beteiligten gibt, also Geld rausnimmt aus dem System. Es muss klarer unterschieden werden zwischen einer Kommerzialisierung, also Orientierung am Profit und finanziellen Interessen z.B. von Eizellgeberinnen. Chantal Bittner verweist ergänzend auf die Problematik, dass der EU-Rahmen für die Sicherheit und Qualität von Substanzen menschlichen Ursprungs (substances of human origin, im Folgenden „SoHO“) genetische Test vorschreibt und ein nicht gesundes Kind als „unerwünschtes Ereignis“ bezeichnet.

Eine persönliche Anmerkung der Moderatorin zu den Ideen: ja wir lassen Eizellgabe und Leihmutterchaft zu, aber mit verpflichtender Beratung und der informierten Entscheidung von Spenderinnen. Wir wissen, Beratung wird es schon gar nicht richten, auch wenn sich Politik immer öfter so aus der Verantwortung zieht. Unabhängige Beratungsangebote als Begleitung sind nötig, aber sie können keine politisch verantwortbare Steuerung ersetzen, politische Verantwortung sieht anders aus.

Raus aus dem Tunnelblick – offen für Alternativen

Millay Hyatt verweist auf ihre Erfahrung, dass auch ein sehr quälender, zwingender unerfüllter Kinderwunsch dynamisiert werden kann, indem es

gelingt, ihn in Facetten aufzulösen und teilweise zu befriedigen. Sie plädierte für andere Formen von Leben mit Kindern jenseits der gängigen heteronormativen Vorstellungen, die letztlich mit den Verfahren der Verwertung von Eizellen oder der Nutzung von Frauen für eine Schwangerschaft simuliert werden. Adoption oder Pflegeelternschaft können einen Kinderwunsch ohne Wenn und Aber erfüllen. Auch wenn die Adoption von Babys schwierig ist gilt dies nicht für Kinder mit besonderen Bedarfen oder für die Pflegeelternschaft.

Kerngeschäft des AKF – mehr und mutigere Aufklärungsgespräche in den Praxen

Millay Hyatt berichtet über ihre Erfahrungen mit ihrer Frauenärztin, die ihren bedingungslosen, quälenden Kinderwunsch so hingenommen habe, aus Rücksicht auf ihre Not. Sie selbst habe sich auch zurückgehalten. Um beiderseitige Missverständnisse zu vermeiden, plädiert sie für mehr Mut in der Ansprache. Es wird als wichtig erachtet, dass die Frauenheilkundepraxen ihren Umgang daraufhin reflektieren, inwiefern sie mit ihrer (Ent)Haltung Frauen/Paare auf der Suche schon früh in eine bestimmte Richtung zu bahnen. Die Rechte und Bedürfnisse der Kinder können angesprochen werden. Begleitend wünschen sich Frauenärztinnen auf der Tagung ein unabhängiges Angebot von umfassender Beratung.

Ein Blick auf die Sprache: wovon sprechen wir eigentlich und wie sagen wir, was wir meinen

An dieser Stelle noch mein persönlicher Eindruck dazu, wie über was gesprochen wird, wer mit welchen Interessenlagen wie spricht, wie kritische Geister darauf sprachlich reagieren, teilweise versuchen, dem herrschenden Sprachregime etwas entgegen zu setzen. Es ist nicht so einfach, jeweils eine Sprache zu finden, ohne damit Haltungen oder Ansichten zu bahnen. Geht es noch um Medizin, wie sie von Vielen verstanden wird? Hier schwingt mit, es ginge um den Menschen, um seine Gesundheit, ums Helfen. Es wird zwar auch bezahlt, aber das ist nicht die Hauptsache. Das aber stimmt so nun wirklich nicht, wenn es um die bestehende Eizell- und Leihmutter-Wirtschaft geht. Oder welche Bezeichnung ist die angemessene? Leihmutterchaft? Wo eine Mutterchaft explizit nicht erwünscht ist? Eizellspende, dieses Wort beschreibt möglicherweise geltendes Recht und Wünsche wie es sein sollte, hat aber mit der Realität ebenso wenig zu tun. Die Macht der Bilder und eingesetzten Sprache sollte nicht unterschätzt werden. Ideen für ein anderes Sprechen sicher willkommen.

Stand der Diskussion

Viola Schubert-Lehnhardt

Auf dem Fachtag wurde das Thema „Eizellspende und Leihmutterschaft“ aus juristischer, medizinischer, gesellschaftspolitischer und philosophisch-ethischer Sicht beleuchtet. Dem AKF erschien dieser Fachtag notwendig, weil es in der bisherigen öffentlichen Diskussion überwiegend um die Nöte, die Wünsche, Ansprüche und vermeintlichen Rechte der Nachfragenden, der sogenannten Wunscheltern ging und weniger um die anderen zwangsläufig Beteiligten: die Eizellgeberinnen, die austragenden Frauen und die aus den Behandlungen entstehenden oder schon entstandenen Kinder. Noch weniger analysiert wurden in den gegenwärtigen Debatten die wirtschaftlichen Interessen der Reproduktionsmedizinischen Zentren, der Agenturen und der internationalen agierenden Konzerne. Deren Interessen sind durchaus anders gelagert als die der beteiligten Frauen bzw. Paare. Gleichfalls zur Debatte stehen damit die wiederholt auch anderenorts gestellten Fragen nach den Aufgaben des Gesundheitssystems bzw. dem Auftrag der Medizin.

Schwere wenn auch seltene gesundheitliche Risiken für Eizellspenderin und Leihmütter sind bekannt und werden bisher kaum beachtet. Psychosoziale Risiken und mögliche langfristige Folgen der Behandlungen sind bisher wenig bis nicht erforscht. Sie dürfen jedoch nicht unterschätzt bzw. kleingeredet werden. Ebenso wenig einbezogen in die Debatten wurden bisher die neuen Erkenntnisse über das pränatale Leben.

Auf viele Fragen gibt es kontroverse Antworten. Umstritten ist z.B. die Frage, ob im Namen der Selbstbestimmung bei der Realisierung eines unerfüllten Kinderwunsches die Körper anderer Frauen benutzt werden dürfen und der entstehende Warencharakter der Kinder. Schon der Begriff Selbstbestimmung wird kontrovers diskutiert. Ursprünglich als Abwehrrecht gegen staatliche Normen der Fortpflanzung entwickelt, wird dieser Begriff heute zunehmend im Sinne von Patientenautonomie als Recht verstanden, eigene Entscheidungen über Zeitpunkt, Art und Weise von Zeugung und Geburt verstanden. Diskutiert wurde, was Selbsteigentum am eigenen Körper bedeutet. Dass das Recht am Verkauf von Körperfunktionen eingeschlossen ist, wenn der Preis stimmt? Geht es um individualistischen Besitz des eigenen Körpers im Sinne einer marktliberalen Logik der Kommerzialisierung?

Faktisch handelt es sich bei der „Eizellspende“ und der „Leihmutterschaft“ um Verkauf von Eizellen bzw. um die Vermietung des Körpers für Schwangerschaft und Wochenbett. Diejenigen, die eine Legalisierung von Eizellspende und Leihmutterschaft fordern, sprechen von „individueller Selbstbestimmung“ über den eigenen Körper, diejenigen, die weiterhin an einem Verbot der Eizellspende und Leihmutterschaft in Deutschland festhalten wollen, sprechen von Menschenrechten, Gerechtigkeit und Recht auf körperliche Unversehrtheit. Der Begriff Selbstbestimmung wird in verschiedenen Kulturen unterschiedlich verstanden, bzw. ist in vielen internationalen Debatten die europäisch von weißen Frauen geprägte Sichtweise dominierend³⁶. Auf dem Fachtag konnten diese globalen Ungerechtigkeiten lediglich benannt, jedoch aufgrund der Kürze der Zeit nicht grundsätzlich diskutiert werden. Verwiesen wurde jedoch wiederholt auf die nicht zu unterschätzende Gefahr der Ausbeutung der Eizellspenderin bzw. Leihmutterschaft auch von weißen Frauen in unterprivilegierten Lebensverhältnissen. Hierzu wurde angemerkt, dass dies auch als instrumenteller Zugriff auf nichtprivilegierte Frauen für die Wünsche privilegierter Frauen gesehen werden kann. Generell könne man diese Technik ebenso als einen neuen Anspruch auf die Leiblichkeit und die Gebärfähigkeit von Frauen verstehen. Dies stütze veraltete Rollenbilder und habe mit Feminismus, Gleichstellung und Antidiskriminierung nichts mehr zu tun. Es müsse gefragt werden, wie eine feministische Lösung aussehen könnte. In diesem Zusammenhang sei weiterhin zu fragen, ob der Staat verpflichtet sei, alle privaten Wünsche zu finanzieren. Wer in diesem Zusammenhang von Diskriminierung seitens des Gesetzgebers spricht müsse genau benennen, worin die Ungleichbehandlung besteht.

Eine weiter zu bedenkende Folge der Legalisierung und Finanzierung von Leihmutterschaft sei dann wahrscheinlich die vermehrte Verschiebung des Kinderwunsches auch von gesunden Frauen und Männern ins höhere Lebensalter.

Teilweise wird von Verfechter*innen der Legalisierung das Argument des Altruismus seitens der ihre Dienstleistung anbietenden Frauen angeführt. Wie schon bei einer möglichen Anwendung des Begriffs „Selbstbestimmung“ ist die Verwendung dieses Terminus ebenfalls umstritten. Insbesondere wird angezweifelt, wie die Rolle der Frauen in diesem Kontext zu sehen ist und ob der Begriff der „Freiwilligkeit“ hier überhaupt angewandt werden kann. Es muss gefragt werden, ob der Begriff des Altruismus in

36 s. dazu Kitchen Politics (Hg.) Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Münster 2021

diesem Zusammenhang nicht funktionalisiert wird: „Kind als Geschenk“. Zugrunde liegt dem ein Weiblichkeitsideal, das davon ausgeht, dass Frauen grundsätzlich altruistischer handeln als Männer. Diese Dienste werden teilweise als „Mütterlichkeit“ gerahmt. Dem sei entgegensetzt, dass diese Techniken nicht im privaten Raum stattfinden, sondern in einer kommerziellen Situation. Insofern sei zu fragen, warum eine Vielzahl von Personen und Einrichtungen (Kliniken, Anwälte etc.) daran verdienen dürfen, nur die Eizellspenderinnen und Leihmütter nicht. In diesem Zusammenhang wurde weiterhin darauf verwiesen, dass Deutschland mit der Nichtlegalisierung dieser Techniken das Problem nur ins Ausland verlagere um sein Mutterschaftsbild („wenn schon Leihmutter, dann aus Liebe“) aufrecht zu erhalten. Es wurde diskutiert, inwieweit weiblicher Altruismus in einem derartig kommerzialisierten Marktfunktionalisiert und nicht als Arbeit betitelt werden muss.

Ausführlich mit der „Vernutzung“ des Begriffs Selbstbestimmung hat sich u.a. Laura Perler in ihrem Buch „Selektioniertes Leben. Eine feministische Perspektive auf die Eizellspende“ (Münster 2022) auseinandergesetzt. Im Rahmen des Fachtages fand eine Ausstellung mit von ihr in diesem Zusammenhang angefertigten Fotografien statt. Die Veranstalterinnen bedanken sich nochmals ausdrücklich bei Laura Perler für die unentgeltliche Möglichkeit, diese Bilder im Rahmen des Fachtags zeigen zu können!

In der öffentlichen Diskussion über unerfüllten Kinderwunsch wird auf die Möglichkeiten der technischen Medizin fokussiert. Weitere Möglichkeiten, wie andere Formen von Elternschaft, die schon jetzt viele Menschen wünschen und auch leben, sowie die Möglichkeit der Akzeptanz der leiblichen Kinderlosigkeit, müssen in dieser Debatte sowie in der gesellschaftlichen Wirklichkeit und einer dem entsprechenden Sozialgesetzgebung einen selbstverständlichen Raum bekommen. Hierzu müssen globale Ungerechtigkeiten verstärkt in die Debatten einbezogen werden – so ist es in vielen Ländern für LGBTQ-Personen nicht möglich, eine Familie zu gründen. Unbedingt notwendig sei es jedoch, das Abstammungsrecht an die schon existierenden Realitäten (Inanspruchnahme von Leihmutterschaft und Eizellspende im Ausland) anzupassen.

Soll die mit Hilfe Dritter erweiterte Reproduktionsmedizin zur Erfüllung von Kinderwünschen kein Privileg für Wohlhabende werden, stellt sich die Frage nach der Finanzierung durch die Krankenkassen – was bei schon jetzt begrenzten Ressourcen (siehe Nichtfinanzierung von Sterilisationen, Verhütungsmitteln, Brillen, Hörgeräten, Zahnersatz) problematisch wäre.

Eine Ausweitung der Reproduktionsmedizin würde Folgen für das Gesundheitswesen insgesamt und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung haben. Im Rahmen der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens wandern schon jetzt immer mehr medizinisch Tätige in spezialisierte und meist von den Menschen selbst zu zahlende lukrative Bereiche ab. Dadurch wird die Basisversorgung weiter ausgedünnt.

Selbst nach einer potentiellen Legalisierung der Eizellspende oder Leihmutterschaft in Deutschland ist zu erwarten, dass die damit stimulierte Nachfrage in Deutschland nicht gedeckt werden kann und dass weiterhin Wunscheltern den Weg in andere Länder mit wenig regulierten Rahmenbedingungen wählen, um mögliche Restriktionen, wie z.B. das Verbot der Anonymität zu umgehen.

Eine vorschnelle Liberalisierung der gesetzlichen Regelung ohne evidenzbasierte Folgenabschätzung und Klärung zahlreicher offener Fragen und ausstehender internationaler Regelungen ist aus Sicht der meisten Tagungsteilnehmer*innen wegen der gesamtgesellschaftlichen Relevanz abzulehnen.

Auf dem Fachtag wurde deutlich, dass die Kliniken keine neutralen Vermittler sind zwischen Anbietenden und Nachfragenden, sondern dass sie den Profit abschöpfen und es so privatwirtschaftlichen Akteuren mit massiven Geldmöglichkeiten möglich ist, zu kontrollieren, unter welchen Bedingungen, menschliche Fortpflanzung geschieht. Auch die Interessen der Reproduktionszentren müssen in der öffentlichen Debatte benannt werden, da sie sicher andere sind als die der Beteiligten, der Nachfragenden und Empfängerinnen. Weiter zu diskutieren und zu entscheiden ist auch der Umgang mit „übrig gebliebenen Eizellen“ sowie social freezing.

Die großen transnationalen Konzerne, die die Reproduktionszentren aufkaufen oder den Aufkauf finanzieren, nehmen Einfluss darauf, was passiert. Durch Fallzahlsteigerung kann eine Umsatzsteigerung erreicht werden, d.h. die Ausweitung des Angebots erfolgt häufig zu rein ökonomischen Zielen. Auch der Datenpool, der durch den Erwerb der Reproduktionszentren und die Daten über potentielle Spenderinnen erworben wird, ist für Konzerne gewinnträchtig.

Weiter zu diskutieren sind auch solche Fragen³⁷ wie: In welcher Gesellschaft wollen wir leben?

37 <https://calendar.boell.de/de/event/feminist-lunch>, eingesehen 14.10.23

Aus gesellschaftlicher bzw. ethischer Perspektive sind es Fragen wie

- Wie wirken sich diese Praktiken auf die Würde der Frau bzw. geschlechtliche Rollenbilder aus?³⁸
- Welche Auswirkungen haben diese Praktiken auf globale Entwicklungen?
- Wie müssen sich Vorstellungen von Elternschaft verändern und können bestimmte Entwicklungen ethisch gerechtfertigt und rechtlich geschützt werden?

Wir fordern eine breite öffentliche Diskussion und verweisen dazu explizit auf die in der Stellungnahme der Gynäkologinnen im AKF genannten „Offenen Fragen vor einer Legalisierung von Fremdeizellbehandlung“.

38 Monika Knoche spricht in ihrem Beitrag zu Recht von „Reduktion der Frauen auf ihre Gebärfähigkeit“.

Anhang

Verzeichnis der Referentinnen

Prof. Dr. med. Monika Bals-Pratsch Frauenärztin mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Regensburg

Chantal Bittner Verein Spenderkinder, Düsseldorf

PD Dr. Stefanie Graefe Soziologin, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Berlin

Dr. Millay Hyatt Philosophin, freie Autorin, Übersetzerin, Berlin

Dorothee Kleinschmidt Ärztin, Systematische Familientherapeutin, Beraterin im Netzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V., pro familia e.V. Bochum

Monika Knoche Autorin, Referentin, Beraterin zu vornehmlich gesundheitspolitischen Fragen

Silke Koppermann Frauenärztin, Psychotherapeutin, Kommission Repromedizin ÄK Hamburg, Vorstandsmitglied im AKF e.V.

Margaretha Kurmann Theologin, Pädagogin, Referentin Schwerpunkte: Gesundheits-, Sozial- und Biopolitik, Jeddelloh II

Dr. Angelika Linckh Frauenärztin Dipl. Psychologin, Stuttgart

Anne Meier-Credner Vorstands- und Gründungsmitglied von Spenderkinder e.V.

Tina Rudolph MdB, Mitglied im Gesundheitsausschuss, Sprecherin für Globale Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, Eisenach

Dr. habil. Viola Schubert-Lehnhardt Medizinethikerin, Vizepräsidentin der Humanistischen Akademie Deutschlands, Halle-Saale

Sina Tonk TERRE DES FEMMES e.V., Bereichsleiterin Referate (u.a. Referat Sexuelle und Reproduktive Rechte), Berlin

Dr. Doris Tormann Frauenärztin, Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied im AKF e.V., Bielefeld

Stellungnahme der Gynäkologinnen im AKF

zur Vorlage an die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, die die Möglichkeiten zur Legalisierung der Eizellspende und „altruistischen“ Leihmutterschaft prüfen wird sowie an die Verantwortlichen im Deutschen Bundestag.

Einleitung

Als Frauenärztinnen behandeln wir seit Jahrzehnten Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch. Diese langjährigen Erfahrungen wollen wir Gynäkologinnen im Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) nutzen, um die medizinisch bedeutsamen Aspekte, die zahlreichen offenen Fragen und die sozialen und gesellschaftlichen Implikationen zu benennen, die mit einer Änderung des ESchG und Legalisierung der Eizellspende und „altruistischen“ Leihmutterschaft einhergehen würden.

Anstelle des Begriffs „Eizellspende“ bei einer Fremdei-Behandlung verwenden wir im Folgenden den Begriff „**Eizellgabe**“, denn „Spende“ ist in diesem Zusammenhang irreführend und verschleiert, dass es sich hier um einen marktförmigen Vorgang handelt: Die Empfängerin bezahlt das reproduktions-medizinische Zentrum für die Eizellgabe, dieses erstattet der Eizellgeberin zumindest eine „Aufwandsentschädigung“.

Anstelle des Begriffs „Leihmutterschaft“ verwenden wir den Begriff „Mietmutterschaft“.

Das Ganze ist Teil eines global expandierenden, reproduktionsmedizinischen Marktes. Die „Spende“ wird zur Ware, die Schwangerschaft zur Dienstleistung und Gewinner des Handels sind die Zentren. Die Eizellgeberinnen und die austragenden Mütter bleiben unsichtbar.

Unsere Position zur Legalisierung der Eizellspende:

Die legislative Ungleichbehandlung von Eizellgabe und Samenspende halten wir für richtig:

Es handelt sich hier nicht um eine Frage von Gleichbehandlung. Den Gleichbehandlungsbegriff in diesem Zusammenhang zu verwenden, ist ein Täuschungsmanöver, das den eklatanten Unterschied verschleiert, dass Eizellgabe immer einen invasiven und risikobehafteten medizinischen Eingriff voraussetzt. Dagegen werden Spermien ohne Eingriff in die körperliche Integrität abgegeben.

Die Eizellgabe und die Mietmutterschaft mit dem Verweis auf reproduktive Selbstbestimmung legalisieren zu wollen, halten wir für falsch:

Das Menschenrecht auf reproduktive Selbstbestimmung ist ein Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates. Daraus leitet sich kein Recht auf Erfüllung des Kinderwunsches der ungewollt kinderlosen Menschen gegenüber dem Staat/dem Gesundheitswesen ab. Für uns endet die reproduktive Selbstbestimmung, wenn Dritte dafür benutzt werden müssen.

Wir lehnen aufgrund unserer frauenärztlichen Expertise prinzipiell eine Elternschaft ab, die nur durch einen invasiven Eingriff bei Dritten zustande kommt und bei der Kinder zur Ware werden können. Daher sprechen wir uns gegen eine Legalisierung der Eizellgabe und der Mietmutterschaft aus.

I Medizinische Aspekte - Risiken und Spätfolgen

1. Risiken für die Eizellgeberin

Die für die Eizellgabe notwendige hormonelle Behandlung führt häufig zu wechseljahresähnlichen Beschwerden, zu Übelkeit, Stimmungsschwankungen, selten auch zu schweren krankenhauspflchtigen Überstimulationen mit Wasseransammlung in Bauch und Lunge, Luftnot und/oder mit Beeinträchtigungen der Leber- und Nierenfunktion.ⁱ

Die invasive Abpunktion der Eizellen kann zu Blutungen im kleinen Becken, zur Verletzung von Darm und Blase und zu Entzündungen führen, die eine mögliche Beeinträchtigung der eigenen Fruchtbarkeit der Geberin zur Folge haben können.

Für besonders problematisch halten wir die mangelnde Studienlage bei den Risiken der eher jüngeren Eizellgeberinnen, die auf Hormone besser ansprechen und dadurch besonders gefährdet sind. Die bisher veröffentlichten Daten zu Risiken der Kinderwunschbehandlungen beziehen sich vor allem auf Behandlungen (IVF) mit eigenen Eizellen bei eher älteren Frauen.

Die Eizellgeberin hat in den Ländern, in denen die Eizellgabe bisher erlaubt ist, kein Recht auf Informationen über den Verbleib ihrer Eizellen, über die möglichen Schwangerschaften und so entstandenen Kinderⁱⁱ. (Auch in Deutschland haben Samenspender dieses Recht nicht.) Dadurch kann es zu psychischen Belastungen im Sinne von Wünschen und Fantasien über diese Kinder kommenⁱⁱⁱ

Aufgrund der Tatsache, dass es keine Langzeitstudien und keine objektiven Daten zur reproduktiven und psychischen Gesundheit von Eizellgeberinnen gibt, ist es den Eizellgeberinnen nicht möglich, zu einer informierten Entscheidung und Einwilligung zu kommen. Erschwerend kommt

hinzu, dass die Eizellgeberinnen die medizinischen Risiken nicht für die Erfüllung des eigenen Kinderwunsches eingehen, sondern dass ihre Gesundheit fremdnützig im Interesse anderer potentiell gefährdet wird.

2. Risiken für die Eizellnehmerin

Eine Schwangerschaft nach künstlicher Befruchtung (IVF) mit fremden Eizellen hat im Vergleich zu einer IVF-Behandlung mit eigenen Eizellen besondere Risiken durch die erhöhte Fremdantigenität des Embryos: der so entstandene Embryo ist genetisch zu 100 Prozent fremd im Vergleich zu einem Embryo aus eigener Eizelle, der nur zu 50 Prozent genetisch fremd ist.

Die erhöhte Fremdantigenität des Embryos (verstärkter Mikrochimärismus) kann zu verstärkten entzündlichen Gegenreaktionen im Körper der Schwangeren führen (Graft vs. Host Reaktion)^{iv}. Das führt zu einem erhöhten Auftreten von Erkrankungen wie schwangerschaftsinduziertem Bluthochdruck und Präeklampsie^v. Außerdem treten häufiger Gestationsdiabetes sowie prä- und postpartale Blutungen auf. Auch werden vermehrt Autoimmunerkrankungen wie Hashimoto-Thyreoiditis, Sjögren Syndrom oder Multiple Sklerose beobachtet^{vi}. Die maternale Morbidität und Mortalität sind bei fremden Eizellen insgesamt doppelt so hoch wie bei eigenen^{vii} ^{viii}. Es ist davon auszugehen, dass die Gefahren für Schwangere mit fremden Eizellen noch höher sind, da in einem gewissen Prozentsatz die Eizellnahme verschwiegen wird^{ix}.

3. Risiken für die nach Eizellgabe entstandenen Föten und Kinder

Risiken der so entstandenen Kinder sind häufiger eine schwere Wachstumsretardierung^x, Untergewicht^{xi} sowie teils extreme Frühgeburtlichkeit sowie eine höhere Rate an Totgeburten^{xii} im Vergleich zu den Risiken einer Schwangerschaft, die durch eine künstliche Befruchtung mit eigenen Eizellen entstanden ist^{xiii}.

Bei den Auswirkungen auf die Psyche der Kinder gibt es bisher keine aussagefähige Studienlage. Nach den Erfahrungen der sogenannten Spenderkinder ist die Belastung der Familiendynamik schwerwiegend sowohl durch das Wissen um die Mühen und Kosten der Herbeiführung der Schwangerschaft^{xiv} als auch durch das Nicht-Wissen bei Verschweigen der Eizellgabe (Schädlichkeit von Familienheimnissen)^{xv}.

Die gesetzliche Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung garantiert nicht, dass die so entstandenen Kinder auch (frühzeitig) davon erfahren, wie wir durch die Erfahrungen der Spenderkinder wissen. ^{xvi}

Zu der Bedeutung der pränatalen Psychologie, der pränatalen Bindung und der Epigenetik liegen im Bereich der Mietmutterschaft keinerlei Daten vor, da dazu wohl bisher nicht geforscht wird. Dass eine Leihmutterschaft für das Kindeswohl problematisch sein kann, ist mehr als wahrscheinlich.

4. Risiken für die Mietmütter

Die Problematiken und Risiken des Leihgebärens decken sich weitgehend mit denen der Fremd-Eizell-Behandlung, weil die Mietmutter in der Regel ein Kind nach einer künstlichen Befruchtung mit In-vitro-Fertilisation (IVF) mit den Eizellen der Bestellenden oder einer Eizellgeberin austrägt. Zusätzlich geht sie alle Mühen und Risiken der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts ein und hat die seelische Belastung, ein Kind für andere auszutragen, um es dann abzugeben.

Wir schließen uns der ausführlichen Erklärung von Terre des Femmes zu „Leih- bzw. Mietmutterschaft“ an.^{xvii}

II Offene Fragen vor einer Legalisierung von Fremdeizellbehandlung

- Darf es eine reproduktive Selbstbestimmung auf Kosten und zum Schaden Dritter geben?
- Wie kann es eine Aufklärung und Beratung im Sinne einer informierten Entscheidung zu einer Eizellgabe geben, ohne ausreichende Datenlage über mögliche Risiken und Langzeitfolgen?
- Wie kann verhindert werden, dass Frauen sich nur aus einer wirtschaftlichen oder familiären Notlage heraus oder aufgrund sozialen Drucks zu einer Eizellgabe oder einer Mietmutterschaft entscheiden? Wie wird „altruistisch“ definiert? Ist die sogenannte „Aufwands-entschädigung“ nicht gleichbedeutend mit Kommerzialisierung?
- Wo verortet sich diese Debatte angesichts begrenzter medizinischer Ressourcen im Gesundheitswesen und eingeschränkter medizinischer Basisversorgung der Bevölkerung?
- Wieso steht ausgerechnet dieses Thema zu Debatte, wo gleichzeitig das Wohlergehen der Kinder in unserer Gesellschaft so eklatant vernachlässigt und Eltern mit ihren Problemen allein gelassen werden?

- Handelt es sich nicht eher um ein gesellschaftliches Problem, dass Menschen ihre Familienplanung immer häufiger auf einen späteren Zeitpunkt verschieben? Ist das nicht zuletzt Ergebnis aktueller Arbeitszeitmodelle, der unfairen Verteilung von Sorgearbeit und fehlender Aufklärung über Fruchtbarkeit.

III Wunscherfüllende Medizin

Wir im AKF e.V. fordern das Recht auf selbstbestimmte Sexualität, auf Zugang zu Schwangerenvorsorge, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch sowie den Schutz vor Schädigung der reproduktiven Gesundheit für alle Menschen. Eine Fremdeizellbehandlung und Mietmutterschaft lehnen wir ab, da diese nur unter Benutzung Dritter unter Eingehen von gesundheitlichen Risiken möglich ist und fällt für uns nicht unter reproduktive Selbstbestimmung, wie oben ausgeführt.

Das gilt auch für queere Lebensplanung. Auch Kinderwünsche queerer Menschen können anders erfüllt werden, z. B. durch Akzeptanz verschiedener sozialer Familienmodelle. In diesem Zusammenhang sind besonders Änderungen im Familien- und Abstammungsrecht notwendig, um die Überbetonung genetischer Elternschaft und Missachtung sozialer Elternschaft zu beenden.

Nur soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit machen einen globalen Eizellhandel möglich. Kinderwunsch-Praxen und internationale reproduktionsmedizinische Konzerne haben ein eigenes Interesse an einer Legalisierung der Fremdeizellbehandlung und der Mietmutterschaft in Deutschland. Die Legalisierung soll zu einer vermeintlichen Normalität und gesellschaftlichen Akzeptanz der Schwangerschaft nach diesen Techniken führen.

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass es keine Bereitschaft zur Eizellabgabe oder Mietmutterschaft ohne einen entsprechenden finanziellen Ausgleich gibt.

Um ein menschenfreundliches und ethisch verantwortungsvolles Image zu erzeugen, wird der Altruismus der Eizellgeberinnen und Mietmütter angesprochen und betont. Es handelt sich jedoch bei der Eizellgabe in erster Linie um den potentiell schädlichen Verkauf der eigenen Keimzellen mit allen genetischen Anlagen, die an das Kind weitergegeben werden. Und bei der Mietmutterschaft handelt es sich vor allem um die Tatsache, dass eine Mietmutter monatelang ihren Bauch und ihren gesamten Organismus für das Austragen und Gebären eines Kindes zur Verfügung stellt, das sie nach der Geburt abgibt.

Wir sehen folgende Gefahren:

- Wir halten es für eine Illusion zu glauben, dass mit einer Legalisierung der Eizellgabe in Deutschland und den damit verbundenen Regelungen der „Reproduktionstourismus“ ins Ausland unterbunden werden kann. Auch nach einer Legalisierung würden viele weiter ins Ausland reisen, wie Erfahrungen aus GB und Österreich zeigen.
- Das Recht des Kindes zur Kontaktaufnahme mit der genetischen Mutter halten wir aufgrund von möglicher Unauffindbarkeit der Eizellgeberin für schwierig umsetzbar. Eizellgeberinnen wollen möglicherweise nicht erreichbar sein oder haben aus verschiedensten Gründen ihren Wohnort gewechselt.
- Kinder können zunehmend als ein teuer erkaufte Dienstleistungsprodukt angesehen werden, das sich nicht alle leisten können.
- Durch die "Auftragsvergabe" werden „Qualitätsansprüche" an die Eizellgeberin gestellt, z.B. sich genetischen Untersuchungen zu unterziehen.^{xviii}

Bei einer Legalisierung der Fremdeizellbehandlung und Mietmutterchaft in Deutschland würden außer den Kinderwunschpraxen alle anderen Beteiligten Schaden nehmen:

- die Frauen, die Eizellen abgeben, und damit ihre Gesundheit aufs Spiel setzen.
- die Eizellnehmerinnen, deren Wunsch nach einer Schwangerschaft sich erfüllt, die aber beim Austragen des Fetus nach Eizellnahme schwere Komplikationen erleiden.
- die Frauen, die in zahlreiche erfolglose Therapieversuche geleitet werden und trotzdem kinderlos bleiben, anstatt bei ihrem Abschied vom unerfüllten Kinderwunsch unterstützt zu werden.
- die Kinder, die durch eine Fremdeizellgabe entstanden sind, durch die Bürde des Wissens oder auch des Nichtwissens um ihre Entstehung oder infolge schwerer präpartaler Komplikationen, wie z.B. nach extremer Frühgeburt.
- die Frauen, die als Mietmutter alle Risiken von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf sich nehmen und mögliche Komplikationen erleiden.

Befürworter der Legalisierung bauen darauf, dass sich alle Probleme mit guter Beratung lösen lassen. Psychosoziale Beratungsangebote sind auch nach unserer Überzeugung wichtig und sinnvoll, werden aber überschätzt in ihrer Wirksamkeit auf die Entscheidungsfindung und auf einen offenen Umgang mit dem Thema.

Schlussfolgerung

Den hohen Leidensdruck von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch erleben wir in unserer Praxis und können ihn nachvollziehen.

Wir lehnen es jedoch ab, dass es normal werden und sich unsere Gesellschaft daran gewöhnen soll, dass die einen den anderen ihre Eizellen liefern, Kinder für sie austragen und gebären und Kinder zur Ware werden können.

Hier haben auch die allermeisten unserer ungewollt kinderlosen Patientinnen ihre Grenzen und suchen für sich alternative Lebensperspektiven.

Eine Legalisierung der sogenannten „Eizellspende“ und der „altruistischen Leihmutterschaft“ in Deutschland halten wir deshalb für die falsche Antwort.

ⁱ *Gen-ethisches Netzwerk e.V.* (Hg.): Medizinische Risiken der "Eizellspende". Gutachten im Auftrag für biorespect (Schweiz), 2022.

ⁱⁱ *Perler, Laura*: ‚Eizellspenderinnen‘ jenseits biologischer Verwertbarkeit. *Artikelreihe Teil 3 / 3: Einblicke in die Biografien von ‚Spenderinnen‘ aus Spanien*. In: *Gen-ethischer Informationsdienst (GiD)* 260, Februar 2022, Seiten 32-35.

ⁱⁱⁱ *Gunda Werner Institut*: Babys machen? Eine Ausstellung mit Rahmenprogramm in Kooperation mit dem Gen-ethischen Netzwerk e.V. Juni 2022

^{iv} *Modest, Anna M. Johnson, Katharine M., Karumanchi S. Ananth et al.* : Risk of ischemic placental disease is increased following in vitro fertilization with oocyte donation: a retrospective cohort study. In: *J Assist Reprod Genet.* 2019 Sep; 36(9): 1917-1926.

^v *Dancey, Sonia, Mery, Erika, Esteves, Ashley et al.*: Placenta pathology in recipient versus donor oocyte derivation for in vitro fertilization in a setting of hypertensive disorders of pregnancy and IUGR. In: *Placenta*, Volume 108, 2021, Pages 114-121, ISSN 0143-4004.

^{vi} *Schwarze, Juan Enrique, Borda, Paula, Vásquez, Pamela et al.*: Is the risk of preeclampsia higher in donor oocyte pregnancies? A systematic review and meta-analysis. In: *JBRA Assisted Reproduction*, 01 Mar 2018, 22(1):15-19

^{vii} *Kiechle, Marion, Wallwiener, Stephanie, Würfel, Wolfgang*: [Gemeinsam stark für die Frau](#) [Together strong for women]. In: *Gynäkologie*. 2022;55(9):613–5.

^{viii} *Altmann, J., Kummer, J., Herse, F. et al.* Lifting the veil of secrecy: maternal and neonatal outcome of oocyte donation pregnancies in Germany. *Arch Gynecol Obstet* 306, 59–69 (2022).

^{ix} *Würfel, Wolfgang*: Eizellen- oder Embryonenspende: Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburtshilfe. In: pädiatrische praxis, 2022, Band 98/01

^x *Elenis, Evangelia, Svanberg, Agneta Skoog, Lampic, Claudia et al.*: Adverse obstetric outcomes in pregnancies resulting from oocyte donation: a retrospective cohort case study in Sweden. In: BMC Pregnancy Childbirth 15, 247 (2015).

^{xi} *Mascarenhas, Mariano, Sunkara, Sesh Kamal, Antonisamy, Belavendra, Kamath, Mohan S.*: Higher risk of preterm birth and low birth weight following oocyte donation: A systematic review and meta-analysis. In: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Nov;218:60-67.

^{xii} *Al Shammery, Mofeedah, Shaw, Ashley, Bacal, Vanessa et al.*: Risk of Lower Birth Weight and Shorter Gestation in Oocyte Donation Pregnancies Compared With Other Assisted Reproductive Technology Methods: Systematic Review. In: Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, Volume 42, Issue 7, 2020, Pages 889-899.e1, ISSN 1701-2163.

^{xiii} *Savasi, Valeria Maria, Mandia, Luca, Laoreti, Arianna, Cetin, Irene*: Maternal and fetal outcomes in oocyte donation pregnancies. In: Human Reproduction Update, Volume 22, Issue 5, September/October 2016, Pages 620–633.

^{xiv} *Marx, Rita, Scheerer, Ann Kathrin* (Hg.): Auf neuen Wegen zum Kind - Chancen und Probleme der Reproduktionsmedizin aus ethischer, soziologischer und psychoanalytischer Sicht. Psychosozial Verlag 2019.

^{xv} *Ravelingien, An, Provoost, Veerle, Pennings, Guido*: Open-Identity Sperm Donation: How Does Offering Donor-Identifying Information Relate to Donor-Conceived Offspring's - Wishes and Needs? In: J Bioeth Inq. 2015 Sep;12(3):503-9.

^{xvi} Spenderkinder e.V. Politische Forderungen abgerufen 31.3.2023

^{xvii} Terre des Femmes, *abgerufen 3. März 2023*: Leih- beziehungsweise Mietmutterschaft

^{xviii} *Perler, Laura*: ‚Eizellspenderinnen‘ jenseits biologischer Verwertbarkeit. Artikelreihe Teil 3 / 3: Einblicke in die Biografien von ‚Spenderinnen‘ aus Spanien. In: Gen-ethischer Informationsdienst (GiD) 260, Februar 2022, Seiten 32-35.