Arbeitskreis Frauengesundheit
in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
*unabhängig - überparteilich*

# Eizellspende und Leihmutterschaft. Wie geht es weiter nach dem Bericht der wissenschaftlichen Kommission?

Dokumentation des Fachtages des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. am 1.11.2024 in Dresden

# Vorwort

Die von der Bundesregierung beauftragte Kommission zur Reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin hat ihren Bericht vorgelegt. Bis jetzt gab es dazu nur wenige Reaktionen. Deshalb hat sich der AKF entschieden, erneut einen Fachtag zu diesem Thema durchzuführen, um so dazu beizutragen, die Ergebnisse und Vorschläge einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und zu diskutieren. Dabei geht es uns insbesondere um die im Bericht benannten Interessen der so entstehenden Kinder, der Eizellspenderinnen und der Leihmütter/Dienstleisterinnen. Welche Bedingungen müssten dafür geschaffen werden? Wie wäre die Umsetzbarkeit. wie die gesellschaftliche Akzeptanz?

Es war vorgesehen, dass die Juristin Friederike Wapler, Leiterin der AG2 (Liberalisierung von Eizellspende und Leihmutterschaft) dieser Kommission, deren Ergebnisse vorstellt. Aus Krankheitsgründen konnte sie jedoch nicht teilnehmen und Sigrid Graumann, ebenfalls Mitglied der AG2, hat diesen Part kurzfristig zusätzlich zu ihrem geplanten Beitrag übernommen. Dafür bedanken wir uns sehr herzlich.

Weiterhin bedanken wir uns für die finanzielle Unterstützung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin und der Deutschen Klassenlotterie.

Seit dieser Tagung ist die Diskussion in Deutschland kaum weitergegangen. Wir hoffen, dass diese Dokumentation einen Impuls für deren Fortsetzung gibt.

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

Komplette Dokumentation des Fachtags:
https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/2024/12/03/fachtag-eizell-spende-und-leihmutterschaft-1-nov-2024/

# Inhaltsverzeichnis

Eine Kommission, ihr Bericht und die Reaktionen – *Sigrid Graumann* ..... 4

Was fehlt aus reproduktionsmedizinscher Perspektive im Kommissionsbericht? – *Monika Bals-Pratsch* ..... 14

Wie praxistauglich sind die Empfehlungen? – *Iris Hahn* ..... 18

Sterben wir aus ohne Repromedizin? – *Anne-Kristin Kuhnt* ..... 23

Wie selektiv ist die Repromedizin? – *Sigrid Graumann* ..... 28

Zusammenfassung Fishbowl mit den Referent*innen – *Viola Schubert-Lehnhardt* ..... 33

Anhang

Referent*innen ..... 35

Stellungnahme des AKF e.V. ..... 36

## Reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin

### Eine Kommission, ihr Bericht und die Reaktionen
### *– Sigrid Graumann*

Die Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ist auf der Grundlage des Koalitionsvertrags der Ampelregierung eingesetzt worden. Im Koalitionsvertrag war festgelegt worden, dass reproduktive Rechte und reproduktive Selbstbestimmung gestärkt werden sollen und zwar in zwei Bereichen: zum einen sollte die Kommission prüfen, ob es möglich ist, den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches zu regeln und damit zu „entkriminalisieren". Und zum anderen sollte geprüft werden, ob und falls ja unter welchen Bedingungen eine Legalisierung von Eizellspende und altruistischen Leihmutterschaft möglich wäre. Für die beiden Themen wurden zwei Arbeitsgruppen eingerichtet, die völlig unabhängig voneinander arbeiteten. Ich werde hier nur die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zwei, an der ich selbst beteiligt war, vorstellen.

Die Kommission wurde von drei Minister*innen beauftragt, von Karl Lauterbach, Gesundheitsminister, Marco Buschmann, Justizminister, und Lisa Paus, Familienministerin. Der Zeitplan war durchaus ambitioniert. Am 15. Mai 2023 fand die konstituierende Sitzung statt, am 15. April 2024 wurde der Bericht abgegeben und der Öffentlichkeit vorgestellt. Mitlieder der Kommission waren die Jurist*innen Susanne Lilian Gössl, Tobias Helms, Ute Sacksofsky, Jochen Taupitz und Friederike Wapler, die Fortpflanzungsmedizinerin Katharina Hanke, der Psychologe Bernhard Strauß sowie für die Ethik Claudia Wiesemann und ich selbst. Die Arbeitsgruppe war, was die vertretenen Fachdisziplinen angeht, interdisziplinär und was das vertretene Meinungsspektrum betrifft, sehr divers zusammengesetzt. Es wurde überwiegend die Position vertreten, das Embryonenschutzgesetz sei antiquiert und müsse ersetzt werden. Gleichzeitig wurde Einigkeit darüber erzielt, dass Überlegungen zur Legalisierung von Eizellspende und Leihmutterschaft nicht einseitig am Embryonenschutz ansetzen sollten, sondern auf Grundlage einer komplexen Güterabwägung unter Berücksichtigung der Perspektiven, der Interessen, Rechte und Pflichten aller Beteiligten erfolgen sollte. Ich denke, dass der Kommissionsbericht genau dies leistet.

Es wurde zum Teil kritisiert, die fortpflanzungsmedizinische Expertise sei sehr schmal gewesen. Dass nur eine Fortpflanzungsmedizinerin in der Kommission vertreten war, hing vermutlich damit zusammen, dass die meisten ihrer Kolleg*innen mittlerweile private, kommerziell arbeitende Praxen und Kliniken betreiben. Ihre Mitarbeit hätte zu Interessenskonflikten geführt, welche die Legitimität der Empfehlungen zwangsläufig beeinträchtigt hätten.

Ich werde im Folgenden in zwei Schritten vorgehen: zunächst werde ich ein paar grundsätzliche Überlegungen nennen, an denen auch der Unterschied zu anderen, eher von Partikularinteressen geprägten Stellungnahmen wie die der Leopoldina deutlich machen, anschließend werde ich die Empfehlungen, die wir der Politik mit auf den Weg gegeben haben, vorstellen.

Grundsätzliche Überlegungen:

Ganz zu Beginn der Kommissionarbeit fand eine Verständigung statt, wie wir den Auftrag genau verstehen wollen. Vielfach wurde von der Kommission erwartet, klare Voten für oder gegen die Legalisierung von Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft abzugeben. Das wäre natürlich angesichts der Pluralität an Positionen, die in der AG vertreten waren, überhaupt nicht leistbar gewesen. Deshalb hat die AG entschieden, dem Gesetzgeber nicht die ganze Arbeit abzunehmen und auf Empfehlungen pro oder contra Legalisierung von Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft zu verzichten. Stattdessen wurde entschieden, Eckpunkte zu formulieren, die der Gesetzgeber berücksichtigen muss, wenn er eine Legalisierung von Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft in Erwägung zieht.

In diesem Zusammenhang muss ein Punkt klargestellt werden, der in den Medien falsch vermittelt wurde. In der Endphase der Arbeit ist der Arbeitsgruppenbericht von einem Spiegel-Journalisten geleakt worden. In seinem Artikel schrieb er, die Kommission würde die Legalisierung der Eizellspende empfehlen. Dies wurde in zahlreichen Medienbeiträgen ungeprüft übernommen, obwohl die Aussage definitiv falsch ist. Es handelt sich möglicherweise sogar um eine bewusst manipulative Form in die Debatte einzugreifen. Im Abschlussbericht steht eben gerade nicht, die Eizellspende soll zugelassen werden. Stattdessen wurden Bedingungen für mögliche Legalisierungen von Eizellspende und/oder altruistische Leimutterschaft formuliert.

Die bisherigen Verbote von Eizellspende und Leihmutterschaft sind Teil des Embryonenschutzgesetzes, welches sich in der Begründung auf eine Verhinderung sogenannter gespaltener Mutterschaft stützt. Angesichts der Tatsache, dass Kinder heute in den unterschiedlichsten Elternschafts- und Familienformen aufwachsen und sich die Einsicht zunehmend durchsetzt, dass es für das Kinderwohl wenig entscheidend ist, wie viele Mütter und Väter an solchen Elternschaften beteiligt sind, trägt die Begründung heute nicht mehr. Verbote, welche sich weiterhin auf die Verhinderung gespaltener Mutter- bzw. Elternschaft stützen, wären daher nicht nur wenig überzeugend, sondern würden auch all diejenigen Personen stigmatisieren, die „alternative“ Familienmodell leben. Die Datenlage ist

sehr eindeutig, dass für das Kindeswohl stabile und verlässliche Sorgebeziehungen entscheidend sind, egal in welcher Familienform dies gelebt wird. Das heißt aber nicht, dass Verbote von Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft generell nicht mehr vertretbar wären. Verbote sind möglich und gegebenenfalls sogar angezeigt, jedoch nicht auf der Grundlage von Embryonenschutz und gespaltener Mutterschaft, sondern auf der Grundlage von umfassenden Güterabwägungen, insbesondere, wenn der Schutz der Rechte von Kindern, Eizellspenderinnen und Leihmüttern nicht auf anderem Weg wirkungsvoll geschützt werden können.

Für die Kinder ist besonders wichtig, umfassende Kenntnisse über die Bedingungen, unter denen sie in die Welt gekommen sind, und über alle Personen, die daran beteiligt waren bzw. sind, erhalten zu können. Anonyme Eizellspende und Leihmutterschaft kann daher nicht zulässig sein. In Deutschland wäre die Nichtanonymität – wie bei der Samenspende – eine harte rechtliche Bedingung.

Eine Eizellspende ist mit invasiven, körperlichen Eingriffen (Hormonstimulation, Eizellentnahme) verbunden, die die Gesundheit und die eigene Fortpflanzungsfähigkeit der Eizellspenderin beeinträchtigen können. Diese Risiken werden unterschiedliche eingeschätzt. Die Datenlage dazu ist äußerst spärlich. Neue Stimulationsverfahren helfen, das Überstimulationssyndrom bei Eizellspenden mit großer Sicherheit zu vermeiden. Allerdings ist fraglich, auf welche Weise garantiert werden kann, dass nur derart „schonende“ Methoden zum Einsatz kommen.

Da es sich bei der Eizellspende um einen fremdnützigen Eingriff handelt, setzt eine Zulassung den Wirkungsvollen Schutz von Gesundheit und Rechten der Spenderinnen voraus. Die mangelhafte Datenlage insbesondere in Bezug auf Langzeiteffekte bezüglich der eigenen Fruchtbarkeit der Spenderin ist eine große Herausforderung für Aufklärung und Beratung. Außerdem sollte im Kontext von Aufklärung und Beratung zusätzlich zur dünnen Datenlage mit Interessenskonflikten gerechnet werden, wenn Behandler*innen gewinnorientiert agieren.

Eizellspende findet im Ausland häufig in kommerziellen Settings statt, in denen Ausbeutungsverhältnisse eine große Rolle spielen. In einem Land wie Deutschland mit einem ausgebauten sozialen Sicherungssystem wären vermutlich wenig Frauen bereit, Eizellen zu spenden. Bei einer Zulassung der Eizellspende hierzulande müsste damit gerechnet werden, dass ärmere, prekär lebende Frauen aus europäischen Nachbarländern als Spenderinnen angeworben werden. Auf Grund der europäischen Freizügigkeit könnte das kaum verhindert werden.

Wichtig wäre daher, insbesondere nicht regulär in Deutschland krankenversicherte Eizellspenderinnen gegen mögliche Gesundheitsschäden privat zu versichern.

Auch die Leihmutterschaft findet im Ausland überwiegend in kommerziellen Settings statt. In den Leihmutterschaftsverträgen sind Verpflichtungen zu vorgeburtlichen Untersuchungen, gegebenenfalls dem Abbruch der Schwangerschaft und bestimmte Geburtsarrangements üblich, was hierzulande nicht denkbar wäre. Eine so umfangreiche und langandauernde vertraglich vereinbarte Abgabe der Kontrolle über den eigenen Körper, wäre sittenwidrig. Eine Schwangerschaft ist mit nicht zu unterschätzenden Gesundheitsrisiken verbunden. Eine besondere Herausforderung wäre es im Fall einer Legalisierung daher, die Selbstbestimmung über den eigenen Körper der Leihmutter während der langen Phase der Schwangerschaft und der Geburt sicherzustellen.

Die Kommission hat herausgestellt, dass es vor allem mit Blick auf Überlegungen zu Regelungen der Leihmutterschaft wichtig ist, die Schwangerschaft als Beziehung zu verstehen. Die Beziehung, die durch eine Schwangerschaft entsteht, dauert die ganze Schwangerschaft hinweg an und bleibt über die Geburt hinaus fortbestehen. Dies ist insbesondere für familienrechtliche Überlegungen entscheidend. Damit verbunden ist die Einsicht, dass eine Schwangerschaft nicht als eine einfache Dienstleistung aufgefasst und entsprechend vertraglich geregelt werden kann. Trotz aller Unterschiede in den politischen Positionierungen war sich die Kommission in diesem Punkt völlig einig.

Die Kommission hat außerdem hervorgehoben, dass das Leiden an einem unerfüllten Kinderwunsch eine existentielle Krise für Menschen bedeuten kann. Dabei wurde auch festgehalten, dass die Ursachen des unerwünschten Kinderwunsches medizinisch oder sozial sein können. Medizinische Ursachen basieren insbesondere auf einem erhöhten Alter der Frau, aber auch vorherige Erkrankungen und sonstige Störungen können eine Rolle spielen. Soziale Gründe für ungewollte Kinderlosigkeit können ein ausbildungs- und berufsbedingt aufgeschobener Kinderwunsch, ein fehlender Partner (mit Kinderwunsch), oder auch eine queere Paarkonstellation sein, in der der Kinderwunsch nicht ohne die Beteiligung einer weiteren Person erfüllt werden kann. Familienplanung, Elternschaft und deren subjektive Bedeutung gehören zu den Fragen des guten Lebens, die sich Beurteilungen durch Dritte entziehen, solange nicht das Wohl und die Rechte Dritter (Eizellspenderinnen, Leihmütter, Kinder) beeinträchtigt werden. Die Kommission ist daher zu der Ansicht gelangt, dass die Ursachen für den unerfüllten Kinderwunsch und das Leiden darunter nicht bewertet werden sollten.

Eine weitere wichtige Grundlage des Kommissionsberichts bildet das Verständnis des Begriffs „Altruismus“. Die Kommission hat sich damit intensiv beschäftigt ausgehend von dem Auftrag, die Zulassung der „altruistischen Leihmutterschaft“ zu prüfen, bis zur Beobachtung, dass das Verständnis von Eizellspende und Leihmutterschaft als altruistische Akte von Frauen weit verbreitet ist und mit Blick auf das europarechtliche Kommerzialisierungsverbot des menschlichen Körpers und seiner Teile eine Legitimationsfunktion erfüllt. Dies gilt auch für Länder mit einer klar kommerziellen Angebotsstruktur, wie diverse Studien aus Spanien zeigen. Die Kommission ist zum Schluss gekommen, dass es durchaus problematisch ist, wenn von Eizellspenderinnen und Leihmüttern erwartet wird, dass sie uneigennützig und selbstlos für andere eine Dienstleistung erbringen, während alle anderen Akteure im Feld damit offen Geld verdienen. Vor diesem Hintergrund dient das Altruismusgebo der fortpflanzungsmedizinischen Angebote auf durchaus doppelbödige Weise der Absicherung des Kommerzialisierungsverbots des menschlichen Körpers und befördert gleichzeitig Ausbeutungsverhältnisse. Wenn „Uneigennützigkeit“ erwartet wird, dann sollte dies für beide Seiten gleichermaßen gelten! Deshalb wurde in dem Kommissionbericht dem Grundsatz des Altruismus in Bezug auf die Eizellspenderinnen und Leihmütter, die die „Dienstleistungen“ erbringen, der Grundsatz der Gemeinnützigkeit in Bezug auf diejenigen, die die „Dienstleistungen“ organisieren und anbieten, an die Seite gestellt.

Zu den Empfehlungen der Kommission:

Im Einzelnen lauten die Empfehlungen der Kommission zu einer künftigen möglichen Regelung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterschaft auf der Grundlage einer komplexen Güterabwägung, bei der die Perspektive von Kinderwunschpaaren und künftigen Kindern ebenso berücksichtigt wurden, wie die Perspektiven von Eizellspenderinnen und Leihmuttern, wie folgt. Ich zitiere aus der Vorstellung der Ergebnisse in der Bundespressekonferenz:

Zur Eizellspende

„Die Begründung, auf die der Gesetzgeber 1990 das Verbot Eizellspende gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ESchG gestützt hat, insbesondere das Ziel einer Vermeidung einer gespaltenen Mutterschaft, muss heute als überholt und nicht mehr überzeugend gelten. Eine Legalisierung der Eizellspende ist zulässig, sofern sie auf einer gesetzlichen Grundlage beruht, die insbesondere den notwendigen Schutz der Spenderinnen und das Kindeswohl gewährleistet. Dabei sind mehrere Optionen verfassungsrechtlich und ethisch vertretbar:

I. Die Zulassung der Spende von Eizellen, die der Frau für eigene Fortpflanzungszwecke entnommen wurden/werden (nicht rein fremdnützige Eizellspende). Dazu zählen:
   a) Die Spende von Eizellen, die sich eine Frau im Rahmen ihrer eigenen Kinderwunschbehandlung entnehmen ließ, die sie aber nicht mehr für sich selbst nutzen möchte.
   b) Die Spende von Eizellen, die sich eine Frau aus medizinischen oder sozialen Gründen entnehmen und einfrieren ließ, die von ihr aber nicht mehr für eigene Fortpflanzungszwecke benötigt werden.
   c) Die Spende von imprägnierten Eizellen (im 2PN-Stadium), die im Verlauf einer Kinderwunsch-Behandlung entstanden sind, aber nicht mehr für eine Schwangerschaft bei der Frau, von der die Eizellen stammen, verwendet werden sollen.
   d) Die Spende von Eizellen, die einer Frau in einer lesbischen Beziehung entnommen werden, an ihre Partnerin, wodurch die Spenderin auch eigene Elternschaft begründet (sogenannte ROPA-Methode).

II. Die Zulassung der Spende von Eizellen, die einer Frau nach hormoneller Stimulation zum Zweck der Spende entnommen werden (rein fremdnützige Eizellspende).

Für den Fall der Zulassung der Eizellspende müssen insbesondere folgende Bedingungen sichergestellt werden:

1. Die freiwillige und selbstbestimmte Einwilligung der informierten Spenderin und der Empfängerin der gespendeten Eizellen unter besonderer Berücksichtigung der mit der Spende ggf. verbundenen Gesundheitsrisiken und Belastungen.
2. Eine zusätzliche unabhängige Beratung, die der Spenderin und den Kinderwunschpaaren/-personen vor der Behandlung angeboten werden muss; diese muss auch das Recht des Kindes auf Kenntnis der Abstammung sowie psychosoziale Aspekte betreffen.
3. Die Wahrung des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, insbesondere durch Aufnahme der Spenderinnen-Daten in ein Register analog dem Samenspenderregister sowie die Regelung von Informations- und Auskunftsrechten.
4. Die Begrenzung der Zahl der so gezeugten Kinder bzw. Halbgeschwister.
5. Die Information der Eizellspenderin über die Zahl ihrer Nachkommen (und ggf. Begrenzung der Zahl der Nachkommen) auf ihren Wunsch hin.
6. Die Bereitstellung leicht zugänglicher Informationen über das Verfahren der Eizellspende durch eine öffentlich-rechtliche Institution.

7. Für den Fall der Zulassung der Spende von imprägnierten Eizellen müssen zusätzlich die informierte Einwilligung des Mannes, von dem die Samenstelle stammt, und dass Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung sichergestellt sein.

Für den Fall der Zulassung der Spende von Eizellen, die einer Frau nach hormoneller Stimulation zum Zweck der Spende und nicht für eigene Fortpflanzungszwecke entnommen wurden (Option II), muss zusätzlich insbesondere sichergestellt sein:

1. Der Einsatz von Verfahren, mit denen die Belastungen und Gesundheitsgefahren für die Spenderin so gering wie möglich gehalten werden, sowie eine darauf abzielende unabhängige Qualitätssicherung.
2. Eine angemessene Versicherung der Spenderin gegen mögliche kurz- oder langfristige Gesundheitsrisiken (analog zur Probandenversicherung)."

Die Legalisierung der fremdnützigen Eizellspende wäre aus ethischer und verfassungsrechtlicher Sicht vertretbar, sofern dies auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgen würde, die insbesondere den notwendigen Schutz der Spenderin und das Kindeswohl zuverlässig gewährleistet. Dafür sind die hier formulierten Bedingungen zu berücksichtigen. Ob unter diesen Bedingungen aber überhaupt genügend Eizellspenderinnen rekrutiert werden könnten, und ob die Praxen und Kliniken hierzulande mit Angeboten aus dem Ausland konkurrieren könnten, ist offen. Die Konkurrenzfähigkeit kann jedoch kein Grund für „laxe" Regelungen sein. Ein „Ausweg" könnten kryokonservierte Eizellen sein, die die Frau, die sie sich hat entnehmen lassen hat, nicht mehr für die eigene Kinderwunschbehandlung benötigt und die sie bereit ist zu spenden. Genauso könnte auf kryokonservierte befruchtete Eizellen im Vorkernstadium zurückgegriffen werden, die von dem Paar, von dem sie stammen, nicht mehr benötigt werden. Dies wird heute zum Teil schon praktiziert, allerdings auf unsicherer Rechtsgrundlage. Des Weiteren könnte gegebenenfalls die Spende von Eizellen innerhalb einer lesbischen Beziehung, wenn sich beide Partner*innen wünschen, einen eigenen Beitrag zu ihrem Kind zu leisten, zugelassen werden. Auch das ist in Deutschland bisher verboten.

Im Unterschied zur rein fremdnützigen Eizellspende sind die zuletzt genannten Konstellationen weniger mit der Gefahr von Ausbeutung verbunden. Sie sind außerdem mit Blick auf das Eigeninteresse beider Elternparteien einer lesbischen Beziehung (ROPA) oder mit Blick darauf, dass der Spenderin keine Gesundheitsrisiken extra für die Spende aufgebürdet werden (überzählige, kryokonservierte Eizellen), einfacher zu legitimieren.

Zu beachten ist auch, dass die kommerzialisierten Angebote aus dem Ausland, wie aus Tschechien und Spanien, und auch die Eizellen, die in Eizellbanken heute international gehandelt werden, fast immer aus anonymen Eizellspenden stammen. Ihr Einsatz wäre in Deutschland verfassungsrechtlich nicht möglich. Auch das könnte ein - unvermeidbarer - Konkurrenznachteil für deutsche Kinderwunschpraxen und -kliniken sein.

Eine weitere Hürde ist, dass es in Deutschland bislang keine unabhängige Qualitätssicherung fortpflanzungsmedizinischer Praxen und Kliniken gibt, welche die Aufsicht über eine angemessene Aufklärung und Beratung von Kinderwunschpaaren und Eizellspenderinnen sowie über den Einsatz schonender Stimulationsverfahren übernehmen könnte. Angesichts der kommerziellen Struktur und der damit einhergehenden Interessenskonflikte wäre dies aber dringend notwendig. Kollegiale Qualitätssicherung, wie wir sie in anderen Bereichen der Medizin kennen, wären angesichts der zu erwartenden Interessenskonflikte („eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“) sicher nicht zielführend.

<u>Zur altruistischen Leihmutterschaft:</u>

Im Folgenden zitiere ich wieder aus der Pressevorstellung:

„Die Leihmutterschaft wirft eine Reihe ethischer, rechtlicher und praktischer Fragen auf. Sie birgt selbst in altruistisch angelegten Modellen ein Potenzial für Umgehungen und Missbrauch. Es liegt daher im Ermessen des Gesetzgebers, aufgrund einer Gesamtabwägung an dem bisherigen Verbot der Leihmutterschaft festzuhalten.

Sofern insbesondere der Schutz der Leihmutter und das Kindeswohl hinreichend gewährleistet werden, kann der Gesetzgeber angesichts der Freiheitsrechte der Leihmütter und der Wunscheltern sein Ermessen auch dahingehend ausüben, die Leihmutterschaft in folgenden Fällen zuzulassen:

1. zwischen Leihmutter und Wunscheltern besteht schon von vornherein ein engeres freundschaftliches oder verwandtschaftliches Verhältnis (analog der Lebendorganspende).
2. Leihmutter und Wunscheltern lernen sich erst mit dem Ziel kennen, eine Leihmutterschaftsvereinbarung zu treffen. In der Vereinbarung erkennen sie an, dass durch die Leihmutterschaft eine Beziehung zwischen den Beteiligten entsteht, die über die Geburt des Kindes hinausreicht.

Für den Fall der Zulassung der altruistischen Leihmutterschaft ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich, die jedenfalls folgende Bedingungen sicherstellt:

1. die Organisation des Verfahrens, der Begleitung und Beratung der beteiligten Parteien nur durch eine darin spezialisierte gemeinnützige Einrichtung,
2. die Durchführung der Verfahren der assistierten Reproduktion nur in zugelassenen Zentren,
3. eine Aufsicht mit dem Ziel, nur Personen als Leihmütter zuzulassen, die schon mindestens ein Kind geboren haben und bei denen nur geringe Risiken in der Schwangerschaft zu erwarten sind,
4. die freiwillige und selbstbestimmte Einwilligung der informierten Leihmutter unter besonderer Berücksichtigung der mit der Schwangerschaft und ggf. künstlichen Befruchtung verbundenen Gesundheitsrisiken und Belastungen,
5. die Gewährleistung der Selbstbestimmung der Leihmutter über alle ihren Körper betreffenden Aspekte während der Schwangerschaft sowie ggf. auch in der Phase einer vorangehenden künstlichen Befruchtung, insbesondere über eine Beendigung der Schwangerschaft,
6. der Einsatz von Verfahren der künstlichen Befruchtung, die für die Leihmutter möglichst geringe Risiken und Belastungen mit sich bringen, insbesondere die Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften, sowie eine darauf abzielende unabhängige Qualitätssicherung, ein Verfahren, dass eine eindeutige und rasche abstammungsrechtliche Zuordnung des Kindes zu den Wunscheltern auf Grundlage einer vor der Schwangerschaft getroffenen Elternschaftsvereinbarung ermöglicht, ggfs. in Abhängigkeit von der genetischen Verwandtschaft,
7. die Gewährleistung des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung durch Aufnahme der persönlichen Daten der Leihmutter und etwaiger Gametenspender in ein Register analog dem Samenspenderregister sowie die Regelung von Informations- und Auskunftsrechten,
8. die Möglichkeit für die Leihmutter, sich innerhalb einer kurzen Frist nach der Geburt entgegen der getroffenen Elternschaftsvereinbarung dafür zu entscheiden, das Kind zu behalten und selbst rechtliche Mutter zu sein,
9. die Gewährleistung des Rechts der Leihmutter, Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes zu erhalten, soweit dies dem Wohl des Kindes nicht widerspricht, und
10. eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Leihmutter, die nicht nur die tatsächlichen finanziellen Aufwendungen (ggfs. auch für eine Krankenversicherung) und konkreten Erwerbseinbußen, sondern auch die körperlichen und psychischen Belastungen berücksichtigt.

Die ethischen, rechtlichen und praktischen Fragen, die der Gesetzgeber bei einer Legalisierung der Leihmutterschaft berücksichtigen müsste, sind kaum mit denen der Eizellspende vergleichbar. Zunächst war in der Kommission ungeklärt, was genau unter „altruistisch“ zu verstehen ist. Die Kommission vermutete, dass im Koalitionsvertrag der Ampel die Begrenzung auf enge familiäre und freundschaftliche Beziehungen zwischen den Wunscheltern und der Leihmutter gemeint war. Und auch in solchen altruistisch angelegten Modellen gibt es Potenziale für Umgehung und Missbrauch. Das zeigen Erfahrungen aus Ländern, in denen Leihmutterschaft begrenzt auf derartige, altruistische Settings zugelassen sind. So gab es z.B. in Griechenland einen Skandal, weil junge, zum Teil sogar minderjährige Frauen aus Rumänien zu Leihmutterschaft angeworben und als „beste Freundin“ des Kinderwunschpaares vorgestellt wurden. In Wirklichkeit handelt es sich offenbar um Frauenhandel. Solche Praktiken müssten wirkungsvoll ausgeschlossen werden.

Durchaus denkbar wäre, dass die beste Freundin eines Paars oder die Schwester für den für den Bruder ein Kind austragen würde. Solche Formen der Familiengründung werden heute schon im Privaten ohne fortpflanzungsmedizinische Beteiligung praktiziert. Schwieriger zu regeln wäre, wenn sich die Leihmutter und die Wunscheltern erst mit dem Ziel kennenlernen, eine Leihmutterschaftsvereinbarung zu treffen. Auch heute schon gibt es solche Beziehungsanbahnungen über einschlägige Foren im Internet. Sollte dies künftig einmal gesetzlich geregelt werden, müssten die beiden Parteien anerkennen, dass durch die Schwangerschaft eine Beziehung zwischen der Schwangeren und dem Kind - und in deren Folge zwischen allen Beteiligten entsteht, die über die Geburt des Kindes hinausreicht. Das wäre in erste Linie eine familienrechtliche Aufgabe.

Die von der Kommission formulierten Bedingungen, unter denen eine Legalisierung der Leihmutterschaft in Deutschland denkbar wäre, sprechen dafür „co-parenting“ Modelle, bei denen sich Menschen zur gemeinsamen Familiengründung jenseits der heterosexuellen Liebensbeziehung zusammentun, um gemeinsam Kinder zu bekommen, familienrechtlich auszugestalten. Die betroffenen Familien, die sich bislang im Fall von (Sorgerechts-)Konflikten oft allein gelassen fühlen, würden es danken!

**Was fehlt aus reproduktionsmedizinscher Perspektive im Kommissionsbericht?**
***– Monika Bals-Pratsch***

Nach der Ankündigung zur Einrichtung einer Kommission im Koalitionsvertrag von 2021 waren die Erwartungen zunächst hoch, dass die Eizellspende in absehbarer Zeit auch in unserem Land möglich sein würde. Denn es ist ein alltägliches Problem in einem Kinderwunschzentrum, dass wir in unserem Land „austherapierten“ Sterilitätspatientinnen keinen Methodenwechsel zur Eizellspende anbieten können.

Die Kommission hatte sich am 31. März 2023 konstituiert und ihre Arbeit zum 31. März 2024 beendet. Sie sollte aus juristischer, ethischer, psychologischer und medizinischer Sicht prüfen, ob und gegebenenfalls wie die Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterschaft möglich sein könnte. Die Zusammensetzung der Kommission war für Fach- und Betroffenenverbände sehr enttäuschend, die daher einen Bedenkenbrief an das Bundesministerium für Gesundheit sandten.

Eine Reihe von Indikationen für Eizellspende und Leihmutterschaft sind im Bericht beschrieben. Sie sind jedoch unvollständig und die Bewertung der klinischen Relevanz fehlt. Bekanntermaßen ist in Deutschland das Verbot der Eizellspende das drängendste Problem. Die Leihmutterschaft spielt im Kinderwunschzentrum kaum eine Rolle. Dabei „vermietet“ eine Frau ihre Gebärmutter. Üblicherweise wird die Spenderin mit einem Embryo des Wunschelternpaares schwanger. Es wird aber auch die Leihmutterschaft mit der Befruchtung der Eizelle der Spenderin und den Samenzellen des Mannes durch eine Insemination praktiziert. Diese Option ist sinnvoll, wenn die Wunschmutter keine entwicklungsfähigen Eizellen mehr hat. Auf die Leihmutterschaft wird im Weiteren wegen der fehlenden Relevanz nicht mehr eingegangen.

Die altruistische, „nicht-fremdnützige“ Spende von befruchteten Eizellen (Pronukleusstadien) wurde im Kommissionsbericht nur erwähnt, nicht bewertet. Die Embryonenspende ist erlaubt, aber die Embryonenspende aus freigegebenen befruchteten Eizellen ist strafbar (BayObLG 2020). 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. Für viele Paare wären die Eizellen im Vorkernstadium eine Alternative zur

„fremdnützigen“ Eizellspende. Es lagern bekannterweise zigtausende dieser Eizellen in deutschen Kinderwunschkliniken, die bisher nicht gespendet werden dürfen. Diese werden derzeit weitergelagert oder vernichtet.

Es wird im Kommissionsbericht ein fachlicher Standard für die IVF postuliert. Es gibt bisher keine wissenschaftliche Leitlinie für die Durchführung einer IVF-Behandlung. Der Auftrag der Kinderwunschpaare an das Kinderwunschzentrum ist klar: einen Behandlungserfolg mit einer klinischen Schwangerschaft. Die Auswertung der Arbeitsgemeinschaft QS ReproMed als Instrument der Qualitätssicherung der Landesärztekammern zeigt, dass sich die Behandlungsqualität in den Kinderwunschzentren erheblich unterscheidet. Entsprechend der Zentrums-Auswertung von 2023 ist die Wahrscheinlichkeit für die Lebendgeburt eines Kindes pro Follikelpunktion sehr unterschiedlich. In einigen Zentren liegt die Wahrscheinlichkeit für die Lebendgeburt pro Punktion unter 10 %, während andere Zentren knapp 50 % erreichen. Somit muss davon ausgegangen werden, dass viele Paare aus Kinderwunschzentren mit geringer Erfolgswahrscheinlichkeit mit der Empfehlung zur Eizellspende noch gar nicht ausbehandelt sind.

Der inzwischen etablierte Standard für die In-vitro-Fertilisation wie der Transfer von möglichst nur einem entwicklungsfähigen Embryo sollte auch für die Eizellspende gelten, wenn diese umgesetzt werden sollte. Dieser wichtige Aspekt wurde im Kommissionsbericht nicht erwähnt. Wie eine Berliner Studie von 2021 dokumentiert (Altmann et al.; https://doi.org/10.1007/s00404-021-06264-8), wird bei der Eizellspende im Ausland meist ein „multiple embryo transfer“ praktiziert. In ca. 20 % der Transfere werden 3-4 Embryonen übertragen. Knapp die Hälfte der Schwangerschaften sind Mehrlinge, davon 8 % Drillinge und Vierlinge. Die Mütter und Kinder nach Eizellspende sind vor allem durch Geburtsrisiken, eine Präeklampsie und Frühgeburtlichkeit gefährdet. Auf Grund des hohen Risikos erfolgt die Entbindung in der Regel per Sectio.

Im Kommissionsbericht wird nicht auf mögliche Ursachen der hohen Komplikationsrate bei einer Eizellspende eingegangen. Es wird auch keine Präventionsstrategie zur Senkung der sehr hohen mütterlichen und neonatalen Komplikationsrate genannt. Da bei der Eizellspende die Spenderinnen jung sind und somit die „fremdnützig“ abgegebenen Eizellen entwicklungsfähig sein müssten, muss das hohe Schwangerschafts- und Geburtenrisiko auf mütterliche Faktoren wie eine reduzierte reproduktive Gesundheit und das meist fortgeschrittene reproduktive Alter zurückgeführt werden. Zudem sind die meisten Patientinnen bereits über 40 Jahre alt. Daher sollte vor einer IVF-Behandlung möglichst die Gesundheit der Wunschmutter untersucht und optimiert werden. Auch sollten

beim Polyzystischen Ovar-Syndrom (PCOS) die damit assoziierten Stoffwechselstörungen behandelt werden. Es sollte auch ein Prädiabetes schon präkonzeptionell entsprechend den bekannten Einstellungszielen für eine Schwangerschaft therapiert werden. Denn gesunde Frauen sollten vor einer Schwangerschaft bereits „gesünder als gesund“ sein, damit ein Embryo sich einnisten kann und sich zu einem gesunden Kind entwickeln kann.

Sofern Sterilitätspatientinnen noch nicht austherapiert sind, können durchaus auch in der Vorbereitungsphase einer Eizellspende mit der Stoffwechseloptimierung noch spontane Schwangerschaften auftreten. Denn Eizellen sind mit 0,1mm die größten Zellen im Körper des Menschen und daher auch die empfindlichsten. Blutzuckerwerte im Zielbereich für eine Schwangerschaft können die Eizellentwicklung im Körper der Frau normalisieren und die Eizellen für eine erfolgreiche Schwangerschaft und Geburt fit machen.

Sterilitätspatienten haben fast ausnahmslos die bekannten Risikofaktoren für einen Gestationsdiabetes (GDM): fortgeschrittenes Alter ($\geq$ 35 Jahre), Übergewicht, familiärer Diabetes mellitus, GDM in vorausgegangener Schwangerschaft, makrosomes Kind, Kind mit Fehlbildungen, Totgeburt, habituelle Aborte, PCOS und typische Diabetes-Symptome. Kinderwunschpatientinnen werden insbesondere bei einem PCOS auch als „gesunde Kranke“ bezeichnet. Damit die GDM-Risiken erkannt werden, ist eine vertiefte und gezielte Anamnese im Rahmen des Erstgesprächs im Kinderwunschzentrum notwendig. Daran sollte sich die Labordiagnostik anschließen (oraler Glukosetoleranztest). Meist können bei den allgemein gesunden Sterilitätspatientinnen sogar messbare Stoffwechselstörungen mit Risiken für Schwangerschaft und Kindergesundheit nachgewiesen werden (Bals-Pratsch et al.; DOI: 10.3238/arztebl.2020.0421b). Durch die radikalen Stoffwechselveränderungen mit Eintritt einer Schwangerschaft kommt es bei vorbestehenden GDM-Risiken meist unverzüglich, insbesondere nach Hormonstimulation, zu massiven Stoffwechselstörungen im Sinne eines GDM bis hin zum neu aufgetretenen Diabetes. Unerkannt und unbehandelt führt ein GDM durch die toxische Hyperglykämie zu einem hohen Risiko für Aborte, Fehlbildungen, Früh- und Totgeburten, mikro- und makrosome Kinder, sowie für eine Präeklampsie und für Geburtskomplikationen.

In der Berliner Eizellspende-Studie (s.o.) sind genau die bekannten schwerwiegenden Schwangerschaftsrisiken und Risiken für die Kindergesundheit bei GDM dokumentiert. Mit der Anzahl der Feten steigen die sehr hohen Raten von Fruchttod, Totgeburten, einer Präeklampsie und der Frühgeburtlichkeit. Aller-

dings schlagen die Autoren nicht den Bogen vom Outcome der Schwangerschaften nach Eizellspende zum Gestationsdiabetes als anzunehmende Ursache für die katastrophale geburtshilfliche Situation. Insbesondere zählt hierzu die hohe Rate an Frühgeburten vor der 34. Schwangerschaftswoche von 21-67 %.

Abschließend ist festzustellen, dass die Reproduktionsmedizin eine schnelle Regelung für die Eizellspende in unserem Land braucht. Die Kommission nimmt keine Stellung dazu, ob hierfür eine Ergänzung des ESchG wie bei PID möglich wäre. Diese Option könnte wahrscheinlich schneller umgesetzt werden als die Regelung der Eizellspende in einem neuen umfassenden Fortpflanzungsmedizingesetz.

**Wie praxistauglich sind die Empfehlungen?**
***– Iris Hahn***

Ich sehe die ganze Sache jetzt aus der Sicht einer normalen Frauenarztpraxis. Normal heißt, wir sind nicht spezialisiert auf Reproduktionsmedizin. Insofern bin ich Monika Bals-Pratsch dankbar, dass sie das schon alles erklärt hat. Wir haben ungefähr zehn Patientinnen mit Eizellspende in der Schwangerschaft betreut und auch vorher beraten. Weiterhin habe ich Interviews gemacht mit Kinderwunschpatienten oder solchen, die schon eine Kinderwunschbehandlung hatten. Ansonsten habe ich mich besprochen mit den Kolleginnen unseres Qualitätszirkels in Köln und auch mit Gabriele Stöcker, die die Pro Familia in Köln vertritt.

Der Bias meiner Aussagen ist mir bewusst. Ich gehe im Folgenden auf die einzelnen Punkte, die Frau Bals-Pratsch uns schon sehr gut dargestellt hat, ein.

Das A und O bei diesen Dingen ist aus der Sicht der Frauenärztin die Beratung, und zwar die unabhängige Beratung zu verschiedenen Aspekten: zu medizinischen Vorgängen und Risiken, zu psychosozialen Problemen bei allen Beteiligten, der Spenderin, der Leihmutter oder dann ausgesuchten Mutter und des Kindes. Es ist natürlich auch eine juristische Beratung erforderlich und ich kann mir nicht vorstellen, dass das in einer Person geht. Wir brauchen mehrere und das kostet auch viel Zeit. Deswegen wird es auch teuer werden, wenn es richtig gemacht werden soll. Beispiel für billig ist die vor NIPT, der Pränataldiagnostik z.B. auf Down-Syndrom. Da gibt es zwar eine Ziffer und die wird auf 5 Minuten abgerechnet. Man darf sie viermal verwenden. Das ist natürlich überhaupt nicht angemessen bei dem Thema. Ich fürchte so ein bisschen, dass es bei der Beratung vor Eizellspende und Leihmutterschaft ähnlich wird.

Ein anderes Problem ist, dass andererseits manche Frauen die Beratung vielleicht gar nicht möchten, weil sie das lästig finden oder weil sie schon alles im Internet gelesen haben- und weil sie vielleicht auch lieber einiges davon verdrängen möchten. Umgekehrt gibt es eventuell Ärzt*innen, die die Beratung umgehen und nur eine Broschüre zum Thema verteilen. Ich habe selbst erlebt, dass mir bei künstlicher Befruchtung am Tag des Eingriffs dann noch ein Zettel hingelegt wird, auf dem ich unterschreiben soll, dass ich eine Beratung gemacht hätte mit dem Ehepaar – ohne das Ehepaar kennengelernt zu haben. Da müsste schon eine bessere Kontrolle her.

Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung ist eigentlich von Seiten auch der ärztlichen Kolleginnen ganz klar, das muss sein und Sigrid Graumann

hat es auch ganz klar gemacht, dass das unabdingbar ist. Bei den Müttern, die ich interviewt habe oder denen, die noch Kinder bekommen möchten, ist aber durchaus zu hören, dass die das zum Teil befremdlich finden und sie Angst hätten, das Kind später zu verunsichern oder sie ein schlechtes Bild nach außen hin abgeben würden. Vielleicht möchten sie auch verdrängen, dass sie selber nicht im Stande waren, schwanger zu werden und diese Hilfe, also Eizellspende, gebraucht haben.

Zur Begrenzung der Zahl der gezeugten Kinder: ich finde das eine sehr sinnvolle Bedingung, die von der Kommission gemacht wird. Das hat drei Vorteile: erstens medizinischer Schutz für die Spenderin (jetzt geht's um Eizellspende), dann die Vermeidung zu vieler Halbgeschwister.- Solche Katastrophen haben wir schon aus der Samenspende gelernt. Und es relativiert auch das Modell Eizellspende als Erwerbstätigkeit. In meinen Augen wäre da zwei bis drei Spenden für eine Spenderin eine sinnvolle Zahl.
Die Verfahren sollen mit möglichst geringem Gesundheitsrisiko erfolgen und wir brauchen eine unabhängige Qualitätssicherung. Man sollte Mehrlingsschwangerschaften vermeiden.

Ich zeige hier eine etwas holprige Übersicht über die Behörden, die wir schon haben in Deutschland.: das Bundesgesundheitsministerium steht oben an und hat verschiedene Bundesbehörden: Robert-Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die werden wahrscheinlich demnächst als BIPAM zusammengefasst, das wird das Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung. Dann gibt es noch das Paul-Ehrlich-Institut und wichtig ist auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, die haben schon das Organspende Register unter sich.

Auch das Samenspenderregister spielt eine wichtige Rolle in Aufklärungsfragen. Bei Qualität spielt das IQTIG eine wichtige Rolle; das ist ein unabhängiges gemeinnütziges Institut mit gesetzlichem Auftrag, auch in SGB 5 verankert, und es bekommt die Aufträge quasi über das Bundes Gesundheitsministerium und dem Gemeinsamen Bundes-ausschuss der Kassen. Das IQTIG untersucht Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen. Sie bieten auch Gesundheitsinformationen über ihre Seite www.gesundheitsinformation.de an, die neutral sind, und erstellen Gutachten aus vorhandenen Studien. Ich weiß nicht, ob Sie z.B. das im Blick hatten in der Kommission bei den Überlegungen zu Information, Kontrolle etc. Dann spielt sicher noch in Beratungsfragen die pro familia eine wichtige Rolle oder könnte sie spielen. Wie ich hörte, könnte pro familia aber derzeit die Nachfrage nicht bedienen, da sie unterfinanziert ist, und auch personell würde

das nicht so klappen. In England gibt es ein Institut, das all das abdeckt – die Human Fertilization and Embryology Authority. Der Name klingt schon sehr richtungsgebend. Es ist eine Art Autorität, heißt aber Institution. Es ist eine unabhängige Institution, die Behandlung und Forschung reguliert, die die Lizenzen für die Reproduktionsmedizin vergibt, die Kliniken und Therapien überwacht, die Informationen weitergibt, alle Daten sammelt zu Eizellspende und Leihmutterschaft und die auch ein Register führt. Das wäre etwas ganz Neues in der Instituts-Landschaft in Deutschland.

Die angemessene Aufwandentschädigung hat mir oder hat uns normalen Gynäkologinnen auch Kopfzerbrechen bereitet. Wir stehen hier zwischen Kommerz oder Gewinnorientierung und Ausbeutung und auch einer gewissen Würde, die es zu erhalten gilt. Alle außer der Spenderin verdienen an dieser Eizellspende oder eventuellen Leihmutterschaft. Die konkreten Vorschläge, wie viel das so ist, reichten bei den von mir Befragten zwischen gar nichts, 200 € und 5000 € für eine Eizellspende. In England sind es ca. 750 Pfund.

Jetzt zum Thema Leihmutterschaft noch ein paar Punkte. Es wurde schon gesagt: die Leihmutterschaft ist eine sehr schwierige Sache. Ich finde vor allem: die Zeitdauer spielt da eine Rolle. Es ist einfach eine lange Zeit der Schwangerschaft und das macht es kompliziert. Es kann sein, dass sich die Einstellung der Beteiligten während dieser neun Monate ändert oder wahrscheinlich ändert die sich sogar. Ich muss persönlich sagen: ich finde Leihmutterschaft ist eine Ausbeutung des Körpers einer anderen Frau und insofern finde ich die Kommissionsempfehlung: man kann gut am Verbot festhalten, ist nachvollziehbar. Die Organisation des Verfahrens sollte eine spezialisierte Einrichtung durchführen und ich glaube auch, da müsste sich eine Einrichtung noch bilden, denn es wäre zu schwierig, wenn das über verschiedene Ämter abläuft. Bei den jungen Frauen ist häufig zu hören, dass sie eine strenge Organisation durch ein Institut gar nicht gut finden, die fühlen sich bevormundet und sagen: „wieso das können wir doch frei auf dem Markt organisieren…“

Auch der Punkt, es sollte ein engeres freundschaftliches oder verwandtschaftliches Verhältnis zur Schwangeren bestehen oder eine Vereinbarung darüber erfolgen, dass eine Beziehung über die Kindsgeburt hinausgeht, wird von vielen Befragten als problematisch angesehen. Und hierzu kommen mir doch sehr viele Fragen, wie man das umsetzen kann. Ein einfacher Fall ist sicherlich, wenn die Schwester einer Frau, die vielleicht ihre Gebärmutter verloren hat durch Krebs oder febrilen Abort, dass die ihr zum Kind verhilft. Hier haben wir auch eine immer bestehende Verwandtschaft. Aber selbst da kann es schwierig werden, weil

dann plötzlich diese Konkurrenz auftreten kann zwischen den beiden Müttern. Eine Beziehung unter Menschen, die sich nicht kennen, im Vertrag festzulegen, geht meiner Meinung nach nicht. Es ist immer die Gefahr, dass das ein Papiertiger wird. Und manche wollen wie bei der Eizellspende von vorne rein nicht offen mit ihrer Leihmutterschaft umgehen. Es gibt Bäuche, die man sich umschnallt, damit es kein merkt, dass das Kind woanders herkommt.

Es ist eigentlich ziemlich klar: die Selbstbestimmung der Leihmutter über alle Aspekte der Schwangerschaft ist richtig, aber wo liegen da die Grenzen? Muss man da doch vertragliche Lösungen schaffen oder Absprachen? Es sind sehr viele Fragen: wie ist die Mutterschaftsvorsorge? Macht man Pränataldiagnostik? Wie weit muss die Ernährung richtig sein? Sind Rauchen, Alkohol, Drogen verboten? Wie soll der Geburtsmodus sein? Ein Wunsch nach Abtreibung wäre auch ein Riesen- Problem. Es sind da sehr viele Dinge, die man, finde ich, kaum regeln kann.

Ein noch größeres Problem sehe ich in der Möglichkeit für die Leihmutter, sich nach der Geburt noch zu entscheiden, das Kind zu behalten. Die Leihmutter steht dann im Wochenbett vor einer ganz schwierigen Entscheidungsfindung. Und das ist eine Zeit, wo man psychisch labil ist und schwer entscheiden kann. Sie hat vielleicht dann auch Schuldgefühle entweder gegenüber dem Kind, das sie nicht weggeben will oder gegenüber der Empfängerin, mit der sie einen Vertrag gemacht hat. Umgekehrt würde bei der Kinderwunschmutter eine Welt zusammenbrechen. Alles worauf sie sich vorbereitet hat, trifft plötzlich nicht mehr zu, sie fühlt sich hintergangen. Ich finde das ist sehr schwierig. Und sagen wir mal so, praktisch gesehen (ich bin keine Juristin) finde ich: ein klarer Vertrag wäre besser.

Ich glaube das Ziel, Kinderwunschtourismus zu vermeiden wird unter den vorgeschlagenen Bedingungen der Kommission wahrscheinlich nur im geringen Maße erreicht. Diese Bedingungen zu Eizellspende und auch Leihmutterschaft, die die Kommission vorgeschlagen hat, sind andererseits aus meiner frauenärztlichen Sicht sinnvoll. Sie erfüllen hohe ethische Anforderungen und können auch medizinische Probleme vermeiden helfen z.B. Überstimulation, weil man billige Stimulationsregimes verwendet wie im Ausland öfter der Fall. Sie umzusetzen bedeutet aber hohe Kosten und Mühen sowie auch Einschränkung für die Wunscheltern. Ein weiterer Punkt, weshalb ich Bedenken habe, ist, dass manche nach einer Legalisierung hier vielleicht umso eher die Entscheidung treffen, eine Einzelspende anzunehmen (die es jetzt bisher nicht machen würden, weil es nicht legal ist). Die dann aber ins Ausland fahren, weil es da billiger ist und einfacher.

Ein anderer langfristiger Effekt der Legalisierung könnte sein, dass sich der Trend, den Kinderwunsch ins höhere Alter zu verlegen immer mehr verstärken will wird. Man hat dann immer noch diesen Ausweg Eizellspende. Wollen wir 50-Jährige als Erstschwangere? Ich hätte es gern, dass aus medizinischen Gründen eine Altersobergrenze vorgeschlagen worden wäre. Bei der Adoption gibt es auch Altersgrenzen und im Ausland gibt es das auch.

Wie auch Sigrid Graumann und Monika Bals-Pratsch sagten, man könnte die Erlaubnis zu Leihmutterschaft auch begrenzen auf eine medizinische Indikation wie Zustand nach Hysterektomie oder Asherman-Syndrom – auch um Lifestyle-Leihmutterschaften zu vermeiden. Ich schätze die Bedingungen zur Leihmutterschaft als so schwierig ein, dass ich glaube: wer das möchte, geht doch ins Ausland.

**Sterben wir aus ohne Repromedizin?**
***– Anne-Kristin Kuhnt***

Danke für die Möglichkeit, heute auch ein paar sozialwissenschaftliche Perspektiven auf das Thema einbringen zu können. Sie haben mir diese interessante Frage vorgegeben: Sterben wir aus ohne Repromedizin? Es ist nicht ganz so einfach, diese Frage zu beantworten, weil die Datenlage zur Nutzung von Reproduktionsmedizin eingeschränkt ist. So viel kann ich schon mal vorwegnehmen. Ich habe zum Einstieg eine Abbildung mitgebracht aus einer Expertise, die ich zusammen mit Heike Trappe zum Thema Kinderwunsch und die Nutzung von Reproduktionsmedizin im deutschen Kontext erstellt habe. Sie sehen hier die Entwicklung der Behandlungszyklen und die Anzahl der behandelten Frauen und gleichzeitig die Anzahl der Lebendgeborenen im Zeitverlauf von 1998 bis zum Jahr 2020. Grundlage sind die Daten aus dem deutschen IVF-Register. Eine Herausforderung dieser Daten ist der eingeschränkte Einblick in die Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland, da beispielsweise Inseminationsverfahren in diesem Register nicht inkludiert sind. Die Abbildung dokumentiert einen kontinuierlichen Anstieg in den Behandlungszyklen, und in der Anzahl der behandelten Frauen, aber auch in der Anzahl der Lebendgeburten. Dies bedeutet, die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen ist über die Zeit gestiegen. Diese Entwicklung sehen wir auch im internationalen Kontext. Das wissen wir insbesondere für den europäischen Kontext wie die Daten der EHS-HRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) dokumentieren. Die Frage ist, warum sehen wir diesen Anstieg und was sind die Ursachen, die dahinter liegen? Wir haben zum einen eine sich wandelnde soziale Realität, was Familiengründung angeht, aber nicht nur die Familiengründung, sondern auch die Familienerweiterung und das ist eine Perspektive die häufig vernachlässigt wird. Wir sprechen in der Regel bei der Nutzung von Reproduktionsmedizin nur über die Familiengründung, aber man kann auch ohne die Nutzung von Reproduktionsmedizin ein erstes Kind bekommen haben und beim zweiten oder dritten oder weiteren Kind muss man Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, um seinen Kinderwunsch zu erfüllen. Das noch einmal als Sensibilisierungsaspekt, wenn es um die Zielgruppe von Reproduktionsmedizin geht. Dabei ist ein Aspekt dieser Veränderung in der Familiengründung das steigende Erstgeburtenalter der Frauen. Was wir beobachten können: ein kontinuierlicher Anstieg über die letzten Jahrzehnte für Deutschland, aber auch international. Und die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes dokumentieren, dass das Erstgeburtenalter der Frauen mittlerweile bei 30,3 Jahren liegt, im europäischen Vergleich ist dies aber noch nicht das höchste Alter bei Geburt des ersten Kindes. In Italien beispielsweise liegt das Alter bei Geburt des ersten Kindes der Mütter bei 31

Jahren. Dies trägt ebenfalls dazu bei, dass die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen angestiegen ist. Auch die steigende Diversität im Kontext von Familie, wie Familien entstehen, beispielsweise gleichgeschlechtliche Paare die Elternwerden oder ihre Familie erweitern wollen - aber da werden wir im Anschluss gleich noch eine andere Perspektive sehen. Wenn wir für den deutschen Kontext zusammenfassen, dann können wir auf Basis der Daten der Geburten und der Daten des deutschen IVF-Registers ausrechnen, dass aktuell knapp 3 % aller Kinder mit Hilfe von assistierter Reproduktion in Deutschland geboren werden. Das ist im europäischen Vergleich relativ gering, hat aber beispielsweise auch damit zu tun, dass nicht alle reproduktionsmedizinischen Verfahren in dieses Register einfließen und reproduktionsmedizinische Behandlungen, die im Ausland in Anspruch genommen wurden, ebenfalls nicht in dieses Register einfließen. Trotzdem, 3 % ist gar nicht so wenig, wenn wir das Umrechnen, ist das in Bezug auf eine Schulklasse, die 30 Kinder umfasst, mindestens ein Kind, welches mit Hilfe von Reproduktionsmedizin geboren wurde und sehr wahrscheinlich ist der Anteil noch höher, wenn wir berücksichtigen, dass reproduktionsmedizinische Maßnahmen auch im Ausland in Anspruch genommen werden.

Der Frage danach „sterben wir aus“ kann man sich auch noch auf einem globaleren Level annähern, beispielsweise indem man sich die zusammengefasste Geburtenziffer für die Frauen in Deutschland im Zeitverlauf anschaut und dann sehen wir, dass wir uns aktuell mit einem Wert von etwa 1,34 für das Jahr 2023 auf einem relativ geringen Fertilitätsniveau befinden, aber die TFR eine eher verkürzte Perspektive darstellt, weil sie die Angaben zu den Geburten der Frauen in der Periodenperspektive abbildet und dort sind dann alle Frauen im gebärfähigen Alter zusammengefasst. Eine bessere Perspektive, die wir einnehmen können, ist die Perspektive die sogenannte Kohortenperspektive, wo wir für jede Frau sehen, wie viele Kinder hat sie nach Ende ihre reproduktive Phase tatsächlich geboren. Auch da können wir sehen, dass sich diese Angaben im Zeitverlauf nach unten entwickelt haben, und wir uns auf einem relativ niedrigen Fertilitätsniveau bewegen. Hier in dieser Abbildung vom Statistischen Bundesamt sehen Sie auch die unterschiedlichen Altersphasen in denen Kinder geboren werden. Was wir aus beiden Perspektiven zusammenfassen können ist, dass wir in Deutschland ein relativ niedriges Fertilitätsniveau haben, aber dieses sehen wir nicht nur in Deutschland. Die Zahlen für Deutschland mögen relativ niedrig sein, aber auch in anderen europäischen Ländern sehen wir dieses Fertilitätsmuster und ein Fertilitätsniveau, was sogar noch da darunter liegt. Auch hier sei wieder Italien als Beispiel angebracht, wo die Fertilität noch deutlich niedriger noch als in Deutschland ausfällt.

Wie können wir dieses niedrige Fertilitätsniveau erklären? Das hat aus einer Zeitverlaufsperspektive vor allem damit zu tun, dass aktuell weniger Kinder je Frau geboren werden. Im Jahr 2022 haben 21 % aller Mütter drei oder mehr Kinder geboren. In der Vergangenheit war dieser Anteil höher. Interessant ist aber, dass der Anteil der kinderlosen Frauen über die letzten beiden Jahrzehnte relativ konstant bei 20 % geblieben ist. Das heißt also, dass dieses niedrige Fertilitätsniveau nicht zwingend darauf zurückzuführen ist, dass sich mehr Frauen gegen Kinder entscheiden. Interessanterweise lassen sich bei der Kinderlosigkeit Ost-West-Unterschiede konstatieren. In Ostdeutschland sind am Ende ihrer reproduktiven Phase weniger Frauen kinderlos. Dieses Ergebnis lässt sich auf Unterschiede in der Einstellung zu Kindern zurückführen: die Familiengründung und das Leben mit Kindern sind ein bisschen selbstverständlicher (als in Westdeutschland). Dafür bekommen die Frauen in Ostdeutschland seltener ein drittes oder weiteres Kind. Das sind Unterschiede in der Fertilität, wir auch noch so viele Jahre nach der Wiedervereinigung dokumentieren können.

Wie wir diese Entwicklung erklären können, hat vor allem etwas damit zu tun, dass es eine Veränderung in der Wahrnehmung des Nutzens von Kindern gibt. Kinder haben in der Vergangenheit häufig einen Versicherungsnutzen eingenommen, um bei Krankheit oder im Alter abgesichert zu sein. Dieser Nutzen bzw. diese Wahrnehmung des Nutzens haben sich eher in Richtung eines emotionalen Nutzens entwickelt. Und damit lässt sich gut erklären, dass eben auch ein einzelnes Kind diesen emotionalen Nutzen voll umfänglich erfüllen kann und dies ein Teil der Erklärung aus sozialwissenschaftlicher Perspektive ist, warum heute weniger Kinder geboren werden.

Als Demografin interessiert mich natürlich auch, was das Statistische Bundesamt mit ihren Bevölkerungsvorausberechnungen für die Zukunft Deutschlands berechnet. Die Sorge, dass wir zeitnah aussterben könnten, kann ich ihnen erstmal nehmen. Zumindest bis zum Jahr 2070 ist auf Basis der Berechnungen nicht davon auszugehen, dass wir aussterben werden. Das gilt auch unter der Annahme eines relativ geringen Fertilitätslevels. Inwiefern in die Annahmen für diese Bevölkerungsvorausberechnung tatsächlich auch die Nutzung von Reproduktionsmedizin eingeht, ist offen. Wenn wird die Nutzung eher indirekt verhandelt, aber nicht explizit in die Annahmen mit aufgenommen. Noch mal zum Vergleich: jetzt haben wir hier für die Bevölkerungsvorausberechnung im Jahr 2070 den Wert von knapp 83 Millionen und aktuell ist der Wert für die Bevölkerung Deutschlands 84,6 Millionen. Also es ist Schrumpfung vorgesehen, aber wir sind weit davon entfernt beim Wert Null zu sein und es ist auch in keiner der Szenarien vorgesehen, dass wir bis zum Jahr 2070 in irgendeiner Art und Weise ausgestorben sein werden. […] Was wir zusammenfassen können, ist, dass wir vor dem Hinter-

grund aktueller Entwicklungen – auch hinsichtlich der Ansprüche und Herausforderungen der Familiengründung und -erweiterung – davon ausgehen könne, dass sich die Fertilität in Deutschland auf diesem niedrigen Niveau stabilisieren wird. In Zukunft ist erstmal nicht davon auszugehen, dass es in großen Sprüngen nach oben oder nach unten gehen wird. Es ist eher von einer Stabilisierung auf einem relativ niedrigen Niveau für Deutschland und andere Länder Europas auszugehen.

Wir wissen zudem, dass Reproduktionsmedizin einen begrenzten Einfluss auf die Fertilität hat. Aus internationalen Studienwissen wissen wir beispielsweise für Australien, dass Reproduktionsmedizin vor allem die Fertilität im Alter 40+ beeinflusst. Ich würde trotzdem unterstreichen wollen, dass die Nutzung der Reproduktionsmedizin für den deutschen Kontext weiter ansteigen wird. Wir sehen aktuell keinen Hinweis darauf, dass sich das Alter der Mütter bei Geburt des ersten Kindes zeitnah deutlich reduzieren wird. Dies hat mit den hohen Voraussetzungen an die Familiengründung zu tun, wie beispielsweise eine abgeschlossene Ausbildung, finanzielle Sicherheit, aber auch eine stabile Partnerschaft. Diese Punkte sollen aus Perspektive gesellschaftlicher Normen erfüllt sein, bevor man sich traut eine Familie zu gründen. Diese gesellschaftlichen Normen werden sich sehr wahrscheinlich zukünftig auch nicht so schnell verändern. Viele dieser Voraussetzungen führen in der Konsequenz zu einem höheren Alter bei Geburt des ersten Kindes und dieses führt dazu, dass die Nutzungszahlen von Reproduktionsmedizin auch zukünftig weiter steigen. Deswegen ist es wichtig das Thema Reproduktionsmedizin und deren Nutzung weiter zu behandeln und zu diskutieren. Wir müssen mitberücksichtigen, dass es sehr wahrscheinlich noch eine Verbesserung in Bezug auf die Behandlungsmethoden geben wird, die noch zu einem höheren Anteil an Lebendgeburten führen wird. Auch das wird dann wieder medial transportiert werden und wahrscheinlich dazu führen, dass Frauen noch stärker auf Reproduktionsmedizin vertrauen.

Die komplexen (gesellschaftlichen) Herausforderungen, die im Kontext der Nutzung von Reproduktionsmedizin entstehen, sind ebenfalls zu diskutieren. Eine Herausforderung, die ich aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive sehe, die aber eher eine interdisziplinäre sein sollte, ist die Ungleichheit im Zugang zur Reproduktionsmedizin. Der Zugang ist aktuell stark durch ökonomische Ressourcen bestimmt, aber auch durch den Familienstand, das Alter, die sexuelle Orientierung und das Geschlecht. […] Der nächste relevante Punkt ist die unterschiedliche Bewertung von sozialer Vater- und Mutterschaft, die durch das Verbot der Eizellabgabe gegeben ist. Man muss es wenigstens diskutieren, um sich darüber im Klaren zu sein, was in der Konsequenz Verbote, oder eben Legalisierungsprozesse gesellschaftlich bedeuten. Frauen-Paare haben es im Vergleich zu Männer-

Paaren bspw. gegenwärtig leichter mit Hilfe von Reproduktionsmedizin eine Familie zu gründen. Das muss breit diskutiert werden, damit man am Ende auch eine adäquate gesellschaftliche und rechtliche Bewertung vorgenommen werden kann. Und da habe ich den Eindruck, stehen wir bei ganz vielen Punkten noch am Anfang. Ein Punkt, den ich persönlich sehr wichtig finde, der heute auch noch nicht angesprochen wurde, ist das fehlende Wissen über die Grenzen assistierter Reproduktion. Wenn wir mal darüber nachdenken, was im Schulkontext vermittelt wird, dann sind das in der Regel Verhütungsmethoden. Aber das Fertilität Grenzen hat und auch die Nutzung von Reproduktionsmedizin Grenzen hat, das ist etwas, was vielen nicht bewusst ist, weil medial ein ganz anderes Bild transportiert wird. Darum wäre für mich ein wesentlicher Punkt, das fehlende Wissen über Fertilität und die Nutzung von Reproduktionsmedizin voran zu treiben, diese Lücke zu reduzieren und der Generation, die wir jetzt aufwachsen sehen eine informierte Entscheidung über ihre eigene Fertilität, Familiengründung und Familienerweiterung zu ermöglichen.

Ein letzter Punkt, den ich aufmachen möchte: wenn wir das Thema noch mal aus einer demografischen Perspektive bewerten – wir haben bis jetzt noch nie ein rückläufiges globales Bevölkerungswachstum gesehen. Und wir werden jetzt die erste Generation aufwachsen sehen, die eine schrumpfende Weltbevölkerung erleben werden […].

**Wie selektiv ist die Repromedizin?**
***– Sigrid Graumann***

Wissenschaftliche Fortschritte führten in den 1990er Jahren dazu, dass sich die Befruchtung im Labor (IVF) als Angebot der Fortpflanzungsmedizin und die Pränataldiagnostik als Angebot der Humangenetik in der medizinischen Praxis etablieren konnten. Diese beiden Entwicklungen vollzogen sich zwar zeitlich parallel, praktisch jedoch unabhängig voneinander. Die IVF wurde ungewollt kinderlosen Paaren angeboten, wenn sich auf „natürlichem Weg" keine Schwangerschaft einstellte. Das Angebot der Pränataldiagnostik richtete sich an Paare mit einem familiengeschichtlich oder altersbedingt erhöhten Risiko für ein Kind mit Behinderung.

Der Pränataldiagnostik wird ein „selektiver" Charakter zugeschrieben, insbesondere im Zusammenhang mit der sogenannten Altersindikation – dem erhöhten Risiko für ein Kind mit Down-Syndrom von älteren Schwangeren. Der Altersindikation entsprechend wurde älteren Schwangeren von Anfang an in der Schwangerschaftsvorsorge regulär eine Pränataldiagnostik angeboten, wobei ein auffälliger Befund meist zum Abbruch der Schwangerschaft in der zweiten Schwangerschaftshälfte nach medizinischer Indikation führt. Die Interessensvertretungen von Menschen mit Behinderung standen von Beginn an kritisch zu dieser Entwicklung. Sie sahen dadurch die Existenzberechtigung von Menschen mit Behinderung in Frage gestellt. Mittlerweile werden nahezu allen Schwangeren niedrigschwellige pränatale Tests (Triple-Test, Frühscreening, Bluttests) angeboten, die insbesondere darauf abzielen, Föten mit Down-Syndrom und anderen Chromosomenveränderungen zu identifizieren.

Der selektive Charakter kann künftig auch die Fortpflanzungsmedizin betreffen. Das kann an zwei Entwicklungen auf unterschiedliche Weise festgemacht werden, an der Etablierung der Präimplantationsdiagnostik und an der Entwicklung der Praxis der Eizellspende.

<u>Präimplantationsdiagnostik</u>

Mit der Entwicklung und Etablierung der Präimplantationsdiagnostik wurden Angebote Fortpflanzungsmedizin und der Humangenetik direkt miteinander verbunden. Bei einer Präimplantationsdiagnostik findet die Befruchtung per IVF im Labor statt. Nach einigen Zellteilungen werden den Embryonen ein bis zwei Zellen entnommen und genetisch untersucht. Nur Embryonen, die die gesuchte genetische Veränderung nicht tragen, werden in die Gebärmutter der Frau transferiert.

Voraussetzung für eine Präimplantationsdiagnostik ist, dass nach einer bekannten genetischen Abweichung gesucht werden kann. Die Präimplantationsdiagnostik wird Paaren mit einem bekannten Risiko für ein Kind mit einer erblich bedingten Erkrankung angeboten. Meist handelt es sich um Paare, die bereits ein Kind mit einer schweren genetisch bedingten Erkrankung bekommen haben, deren Auftreten bei künftigen Schwangerschaften verhindert werden soll, oder es handelt sich um Paare, bei denen nach mehreren Fehlgeburten, als Ursache eine erbliche chromosomale Abweichung festgestellt wurde.

Die Präimplantationsdiagnostik war zunächst in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Ihre Etablierung in der Praxis setzte eine Gesetzesänderung voraus, die politisch und gesellschaftlich hoch umstritten war. Das wesentliche Argument *Pro* Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik, das insbesondere von der Ärzteschaft vertreten wurde, war, den Paaren mit einem hohen Risiko für ein schwer krankes oder behindertes Kind eine Alternative dazu anbieten zu können, sich auf eine Schwangerschaft einzulassen in dem Wissen oder mit der mit der Idee, dann eine Pränataldiagnostik durchführen zu lassen und die Schwangerschaft gegebenenfalls abzubrechen. *Contra* Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik wurde mit dem selektiven Charakter der Präimplantationsdiagnostik argumentiert. In diesem Zusammenhang wurde der Präimplantationsdiagnostik insbesondere von Seiten der Interessensvertretung von Menschen mit Behinderung zugeschrieben, Lebenswertbewertungen vorzunehmen, weil von vorneherein anhand von genetischen Eigenschaften entschieden wird, welches Kind leben soll und welches nicht. Dabei wurde auch befürchtet, dass sich eine Tendenz zu einer freiwilligen Eugenik durchsetzen könnte und allen IVF-Patientinnen eine Präimplantationsdiagnostik zum Ausschluss von genetisch bedingten Krankheiten angeboten wird.

Die Gesetzesänderung, die eine Legalisierung bewirkte, sieht so aus, dass die Präimplantationsdiagnostik zwar weiterhin verboten jedoch unter bestimmten Bedingungen erlaubt ist. Die Bedingungen sagen, dass die Präimplantationsdiagnostik nur dann Paaren angeboten werden darf, wenn ein hohes Risiko für eine schwerwiegende Erbkrankheit besteht oder eine kindliche Schädigung zu erwarten ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tod oder zu einer Fehlgeburt führen würde. Außerdem ist die Präimplantationsdiagnostik auf wenige, extra dafür zugelassene Zentren, in denen Fortpflanzungsmedizin und Humangenetik zusammenarbeiten, beschränkt. Und schließlich muss eine Kommission vorab prüfen, ob es sich um eine schwere Erkrankung im Sinne des Gesetzes handelt.

Die Kosten für eine Präimplantationsdiagnostik sind hoch, weil die IVF, die Gendiagnostik und das Kommissionsgutachten privat bezahl werden müssen. Die GKV übernimmt die Kosten nicht. Dies alles zusammen führt dazu, dass die Fallzahlen bislang überschaubar geblieben sind. Im Abstand von vier Jahren werden die Zahlen veröffentlicht. Dem 2020 veröffentlichten Bericht zufolge, gab es 2018 elf zugelassene Zentren. Es wurden im Jahr 2018 318 Anträge gestellt, wovon 23 – alle in Bayern – abgelehnt wurden. Insgesamt sind 350 Präimplantationsdiagnosen im Jahr 2018 durchgeführt worden. Das heißt, dass die Präimplantationsdiagnostik nach wie vor kein Massenphänomen ist.

Die Eizellspende

Die Eizellspende ist das zweite Verfahren, das einen selektiven Charakter zeigt. Im Unterschied zur Präimplantationsdiagnostik war dies nicht von vornherein der Fall. In Deutschland ist die Eizellspende durch das Embryonenschutzgesetz verboten. Über eine Zulassung wird seit einigen Jahren kontrovers diskutiert. Außerdem ist bekannt, dass viele deutsche Paare Eizellspenden im Ausland – insbesondere in Spanien und Tschechien – in Anspruch nehmen.

Die Eizellspende kann es Frauen, die keine oder schlechte Chancen haben, mit Hilfe von IVF schwanger zu werden, doch noch ein Kind zu bekommen. Die Hauptindikation für eine Eizellspende ist das Alter der Kinderwunschpatientin: Mit dem Alter der Frau nimmt die Fruchtbarkeit ab und damit werden auch die Erfolgsraten einer IVF schlecht. Als Eizellspenderinnen dienen junge Frauen, deren Eizellen noch befruchtungsfähiger sind.

Praktisch läuft eine Eizellspende so ab: die Spenderin wird mit Hormonen behandelt, so dass mehrere Eizellen gleichzeitig reifen, die dann unter Narkose punktiert werden. Ursprünglich konnten nur frisch entnommene Eizellen verwendet werden. Das bedeutete, dass die Zyklen von Spenderin und Empfängerin synchronisiert werden mussten. Die Empfängerin reiste dann zusammen mit ihrem Partner zur Spenderin, die Eizellen wurden vor Ort befruchtet und der Empfängerin eingesetzt. Alternativ konnte auch das Sperma des Mannes in gefrorener Form zur Spenderin geflogen, die Eizellen befruchtet und die gefrorenen Embryonen zurückgeflogen werden. Das war möglich, wurde aber offenbar seltener praktiziert.

Wie Sven Bergemann in seinem Buch „Ausweichrouten der Reproduktion“ von 2014 schreibt, hatte die Eizellspende auch damals schon in gewisser Weise einen selektiven Charakter. Das „Matching“ von Spenderin und Empfängerin erfolgte nach dem Prinzip der phänotypischen Ähnlichkeit. Deshalb wurden in Spanien

vorwiegend osteuropäisches Migrantinnen als Spenderinnen für deutsche Frauen mit heller Haut und hellen Haaren angeworben, in Tschechien wurde für diese Patientinnengruppe bevorzugt Spenderinnen aus deutschstämmigen Minderheiten mit entsprechenden Merkmalen rekrutiert. Ich denke, diesbezüglich kann durchaus von Selektion gesprochen werden.

Durch die Technik der Kryokonservierung von Eizellen hat sich die Praxis sehr stark weiterentwickelt. Kryokonservierung ist erst seit wenigen Jahren möglich. Das hängt damit zusammen, dass Eizellen sehr viel Flüssigkeit enthalten, die beim Einfrieren Kristalle bilden und damit das Zelleiweis schädigen. Deshalb war das Einfrieren von Eizellen im Unterschied zu Spermien und befruchteten Eizellen lange nicht praxistauglich.

Bei der Kryokonservierung wird den Eizellen vor dem Einfrieren Feuchtigkeit entzogen und so Kristallbildung verhindert. Auf diese Weise kann erreicht werden, dass kryokonservierte Eizellen nach dem Auftauen befruchtungsfähig sind und mit relativ guten Erfolgen für die IVF eingesetzt werden können. Durch diesen technischen Durchbruch wurden Lagerung, Transport und Handel mit Eizellen möglich. Es entstanden Eizellbanken und mit den Eizellen wird international gehandelt. Die Eizellbanken, die für deutsche Kinderwunschpaare relevant sind, sind in Spanien verortet. In Europa haben die spanischen Eizellbanken einen Marktanteil von weit über 50 %.

Mit dem Entstehen der Eizellbanken wurde auch der selektive Charakter der Eizellspende befördert, wie Laura Perler in ihrer Studie über die Praxis der Eizellspende in Spanien, erschienen 2022 unter dem Titel „Selektionierte Leben“, zeigt. Die Eizellbanken speichern Daten über das Aussehen (ethnische Zugehörigkeit, Haut-, Haar- und Augenfarbe, Körpergröße und körperliche Konstitution), sowie über die körperliche und psychische Gesundheit der Spenderinnen. Die Spenderinnen müssen sich umfangreichen körperlichen und psychischen Untersuchungen sowie genetischen Tests unterziehen.

Die Spende ist grundsätzlich anonym. Das heißt, dass die Spenderin von dem Kinderwunschpaar und später von dem entstanden Kind nicht identifiziert werden kann. Die zu den Eizellen gespeicherten Daten werden für ein optimales Matching verwendet. Auf diese Weise soll den Kinderwunschpaare, die auf Eizellspende zurückgreifen, ein ihnen möglichst ähnliches und gesundes Kind verschafft werden.

Laura Perlers Studie zeigt, dass in Spanien die Krankheitsgeschichte der Spenderinnen erhoben wird und Gendiagnostik auf mehrere Krankheitsanlagen durchgeführt wird. In USA ist der selektive Charakter noch stärker ausgeprägt. Für das „Matching“ werden auch IQ sowie Berufs- und Schulabschlüsse verwendet. Außerdem können die Kinderwunschpaare die ideale Spenderin auch mit Hilfe von Fotos – meist Kinderfotos – auswählen.

Sven Bergmann deutete die Praxis des „Matching“ als Simulation biologischer Verwandtschaft. Die Paare sollen mit ihrem Kind nicht auffallen. Das hat sich auch nicht geändert, wie die neure Studie von Laura Perler zeigt: in Spanien werden heute gezielt osteuropäische Spenderinnen auch aus dem Ausland angeworben. Es sind die blonden Frauen mit heller Haut und hellen Augen, die auch bei dunkleren Kinderwunschpaare beliebt sind und – wie Perler ebenfalls zeigt – besonders gut behandelt werden, damit sie wiederkommen. Es besteht ganz offensichtlich ein hoher Bedarf an möglichst nordisch erscheinenden Spenderinnen.

Die Zukunft wird mit großer Wahrscheinlichkeit so aussehen, dass sowohl der Kindsvater als auch die Eizellspenderin Heterozygentests unterzogen werden, um eine große Zahl von Anlagen für erblich bedingte Krankheiten zu identifizieren und deren Auftreten durch Kombination „ungünstiger“ Anlagen zu verhindern. Darauf weist Perler unter Bezug auf die Interviews, die sie mit Mitarbeitenden von Kinderwunschzentren geführt hat, hin. Für die Paare ist das ein weiterer Kostenposten, für die Betreiber der Kinderwunschpraxen eine weitere Einnahmequelle.

Meine Fragen für die Diskussion wären: Geht es hier um Kinderwunscherfüllung und die Simulation von Verwandtschaft? Und geht es dabei auch um den Wunsch nach einem gesunden Kind oder nicht vielmehr mittlerweile um den Wunsch nach einem bestimmten Kind?

**Zusammenfassung Fishbowl mit den Referent*innen**
**– *Viola Schubert-Lehnhardt***

Im Mittelpunkt dieses Abschlusspodiums standen zwei zentrale Fragen:
1. Welche Interessen sind uns hier im AKF wichtig? und 2. Wo gibt es Dissens?

Offensichtlich war die Beantwortung der ersten Frage für die Teilnehmerinnen einfacher als die zweite. Zur ersten Frage gab es eine Reihe übereinstimmender Statements. Ausdrücklich wurde betont, dass es zunächst um die Anerkennung von Familienkonstellationen gehen muss, die bereits in Deutschland existieren, d.h. gleiche Rechte für Menschen in Patchworkfamilien, queere Partnerschaften, d.h. auch verschiedene Formen von Elternschaft. Über „rechtliche Verantwortungsgemeinschaften" müsse deshalb weiter nachgedacht werden.

Weiter wurde darauf hingewiesen, dass der Kinderwunsch kein stabiles Konzept über den gesamten Lebenslauf sei. Seine Veränderung ist sowohl vom Wandel der eigenen Lebenssituation geprägt als auch von gesellschaftlichen Erwartungen. So wie man sich teilweise auch von anderen Lebensträumen verabschieden muss, könnte man sich eventuell auch vom Wunsch nach einem „eigenen" Kind verabschieden. Unabhängig davon dürfe ein unerfüllter Kinderwunsch jedoch nicht banalisiert werden. Aber es müsse klar sein, dass es keinen grundsätzlichen Erfüllungsanspruch gäbe. Die für unsere Gesellschaft weitgehend grundsätzliche Konsumhaltung gilt hier nicht, es müsse/sollte Grenzen dessen geben, was medizinisch bzw. reproduktionstechnisch gemacht werden sollte. Für den Einsatz dieser Möglichkeiten sollte es z.B. eine Altersobergrenze geben.

Das müsse auch vermittelt werden. Das Wissen vieler Menschen über natürliche Altersgrenzen von Fertilität sei jedoch gering, hier müsse mehr in entsprechende Wissensvermittlung investiert werden. Dabei müsse auch die Geschlechterperspektive medial transportiert werden: d.h. nicht nur weibliche Eizellen altern oder haben eine schlechte Qualität, auch das Sperma kann für die Befruchtung ungeeignet sein. Auch dieser geschlechtersensible Blick müsse mehr in den Fokus der Wissensvermittlung gerückt werden.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch sei außerdem kritisch zu hinterfragen, warum sich Personen oder Paare ein Kind wünschen, dies könne u.U. auch „nur" aus Prestigegründen oder gesellschaftlichem Druck der Fall sein. Momentan gäbe es jedoch keine gesellschaftliche Diskussion dazu, welche Bedeutung Kinder in unterschiedlichen Konstellationen haben könnten; unklar sei auch, wer eine solche Debatte in Gang bringen könne.

Verwiesen wurde auch darauf, dass es eine Illusion sei, dass die Solidargemeinschaft (die Krankenkassen) alle diese (möglichen) reproduktionsmedizinischen Behandlungen künftig bezahlen könne: insofern sei es auch eine Illusion, dass künftig bei geänderter Gesetzeslage jede*r diese Techniken in Anspruch nehmen könne. Diese soziale Ungerechtigkeit wird bestehen bleiben und müsse auch klar kommuniziert werden.

Auch könne das reproduktive Reisen durch eine Gesetzgebung in Deutschland nicht verhindert werden. Diese Option wird insbesondere dann gewählt werden, wenn eine künftige Gesetzgebung in Deutschland keine anonymen Spenden oder Leihmutterschaften zulässt. Allerdings könne man durch eine breite Offenlegung der Situation von Eizellspenderinnen und Leihmüttern vielleicht einige deutsche Paare zum Nachdenken darüber anregen, ob sie tatsächlich auf diesem Wege ein Kind bekommen möchten.

Abschließend wurde die Erwartung an den AKF e.V. geäußert, dass er sich für eine differenzierte Debatte einsetzen möge, damit der Bericht nicht „in der Schublade verschwindet“. Dabei sollen sowohl stets mögliche Alternativen zu den existierenden Regelungen als auch die Situation der Spenderinnen und Empfängerinnen berücksichtigt werden. Weiterhin sei stets ein kritischer Blick darauf notwendig, wer die Behandlungen durchführt. Welche Interessenskonflikte gibt es hier – wer ist „die“ Patientin? Geht es teilweise nur um Profitmaximierung? Wer kontrolliert das Wohl der Betroffenen sowohl Spenderinnen, Empfängerinnen als auch Kinder? Insbesondere zur Situation der Kinder seien weitere Studien unabdingbar.

Außerdem dürfe die Reproduktionsmedizin in diesen Debatten nicht auf die technische Seite reduziert werden, so eine der geäußerten Erwartungen an den AKF. Notwendig seien die Schaffung von Möglichkeiten zur Beratung auch in Deutschland (momentan gibt es hier große juristische Unsicherheiten, ob und inwieweit eine Beratung zu in Deutschland nicht zugelassenen Methoden durchgeführt werden kann/darf).

Kritisch hinterfragt werden müsse auch die derzeitige Situation in Deutschland, dass die reproduktionsmedizinischen Angebote sich zunehmend aus den Universitätskliniken zu privaten Anbietern verlagert hat.

## Referent*innen

**Prof.in Monika Bals-Pratsch,** Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Klinische Andrologin, EAA, Klinische Embryologin, M.Sc. Leiterin profertilita i.R., Fachklinik für Fruchtbarkeitsmedizin

**Prof.in Sigrid Graumann,** Biologin/Humangenetik und Philosophin, Rektorin der evangelischen Hochschule Bochum, 2016-2024 Mitglied des deutschen Ethikrates, Mitglied der AG 2 (Liberalisierung von Eizellspende und Leihmutterschaft) der wissenschaftlichen Kommission der Bundesregierung

**Dr.in Iris Hahn,** niedergelassene Gynäkologin in Köln, Mitgliedschaft in der DGPFG und im AKF, Leiterin Qualitätszirkel „Frauengerechte Gynäkologie“, Köln

**Silke Koppermann,** Frauenärztin und Psychotherapeutin, 2. Vorsitzende des AKF e.V., Hamburg

**Prof.in Dr.in Anne-Kristin Kuhnt,** Junior-Professorin für Demographie an der Universität Rostock, Arbeitsschwerpunkte: Familie, Fertilitätsdynamiken, Reproduktionsmedizin, Biopolitik, Migration, demographische Prozesse und soziale Integration internationaler Migrant*innen, Rostock

**Dr.in habil. Viola Schubert-Lehnhardt,** Medizinethikerin, Vizepräsidentin der Humanistischen Akademie Deutschland, Mitglied AKF, Gründungsmitglied von care revolution

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

**Prof.in Friederike Wapler,** Juristin, Lehrstuhl Rechtsphilosophie und öffentliches Recht der Johann-Gutenberg-Universität Mainz, Leiterin der AG 2 (Liberalisierung von Eizellspende und Leihmutterschaft) der wissenschaftlichen Kommission der Bundesregierung, Mainz

## Vorwort zur Stellungnahme

Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) diskutiert die aktuellen Fragen in der Reproduktionsmedizin und hat - wie viele andere Verbände und Parteien – zurzeit keine einheitliche Position zu allen damit verbundenen Fragen.

Eine erste öffentliche Plattform war der AKF-Fachtag im November 2023, weitere interne und Fachtage und öffentliche Debatten werden folgen. Die Diskussionen drehten sich darum, was reproduktive Selbstbestimmung und Gerechtigkeit in Bezug auf Eizellspende und Leihmutterschaft bedeuten. Ob und in welcher Weise dürfen andere Personen für die Umsetzung eines Kinderwunsches in Anspruch genommen werden? Was haben Familie und Elternschaft mit Biologie und Genetik zu tun? Müssen wir als Gesellschaft nicht eher soziale Modelle entwickeln? Und nicht zuletzt geht es auch um die Aufgaben von Medizin und unserem Gesundheitswesen als Daseinsvorsorge, die immer mehr unter ökonomischen Druck geraten.

Am 1. November 2024 diskutierten wir auf einem weiteren Fachtag den Bericht der AG 2 der von der Ampelregierung einberufenen Wissenschaftlichen Kommission zu den Fragen von Eizellspende und altruistischer Leihmutterschaft und den Reaktionen darauf.

Die folgende Stellungnahme soll zur Diskussion all dieser Fragen einen Beitrag leisten.

## Stellungnahme des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e. V. (AKF) zu den Fragen der Reproduktionsmedizin, besonders in Bezug auf Eizellspende und altruistische Leihmutterschaft

01.05.2025

Der AKF fordert vor einer Gesetzesänderung eine breite öffentliche Diskussion zu Eizellspende und Leihmutterschaft/Leihschwangerschaft, da diese Themen bisher in der Öffentlichkeit wenig diskutiert wurden. Er begrüßt, dass der Kommissionsbericht sich besonders der Rechte potenzieller Eizellspenderinnen, Leih-

mütter und Kinder annimmt. Dazu betont er die durch die Methoden neu entstehenden Arten von Beziehungen. In der bisherigen gesellschaftlichen Debatte standen bisher fast ausschließlich die Interessen der sogenannten Wunscheltern im Fokus.

Die bisherige **Begründung** für das Verbot beider Verfahren, dass eine geteilte Mutterschaft nicht akzeptabel sei, sieht auch der AKF als nicht mehr stichhaltig an. Einig ist er mit der Kommission in der Hinsicht, dass sowohl die Eizellspende als auch die Leihmutterschaft grundsätzlich weiterhin verboten werden können, wenn der Gesetzgeber sie anders begründet.

Gefährdungen, die mit einer Eizellspende oder einer Leihmutterschaft einhergehen können, müssen vom Gesetzgeber unter Beobachtung des Forschungsstands berücksichtigt werden. Es ist widersprüchlich, dass einerseits Eizellgeberin und Leihmütter strengen gesundheitlichen Kontrollen unterzogen werden, die Methoden selbst aber gesundheitliche Risiken der Beteiligten provozieren: Metastudien (Literatur siehe https://www.arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2023/02/20240123_Dokumentation_Fachtag_03112024.pdf, Seite 49ff) zu medizinischen Risiken konnten bereits belegen, dass Schwangerschaften nach künstlicher Befruchtung mit fremden Eizellen im Vergleich zu einer IVF-Behandlung mit eigenen Eizellen besondere Risiken durch die erhöhte Fremdantigenität des Embryos haben. Die maternale Morbidität und Mortalität waren in den Studien bei fremden Eizellen insgesamt doppelt so hoch wie bei eigenen.

Anders als die Kommission bewertet der AKF die in dem Bericht benannten medizinischen und psychischen Risiken für die Dienstleisterinnen und die Kinder schwerer. Die Ergebnisse der zitierten Studien sind nach Einschätzung des AKF nicht aussagekräftig genug, um deren Wohlergehen zu belegen. Sie sind zu klein, retrospektiv und befassen sich nur mit den Bewertungen der gewordenen Eltern. Die Studien sollten unbedingt fortgeführt werden, z.B. um auch die Selbsteinschätzung der entstandenen Kinder zu dokumentieren.

Die umfangreichen medizinischen und auch genetischen Untersuchungen der Gameten Gebenden beinhalten selektive und eugenische Zielsetzungen: Wessen Keimzellen gelten als für die Fortpflanzung geeignet und wertvoll?

Das Recht der Eizellspenderinnen und Leihmütter auf körperliche Unversehrtheit ist vom Gesetzgeber zu schützen – ebenso wie ihr Recht auf Selbstbestimmung und ihr Schutz vor Ausbeutung. Auch auf Missbrauchsgefahren bei einer Legalisierung wurde in dem Bericht deutlich hingewiesen. Ebenso begrüßt der AKF,

dass der Bericht ausdrücklich hervorhebt, dass Fragen sozialer Gerechtigkeit Verbote weiterhin rechtfertigen können.

Der AKF begrüßt, dass der Bericht die Bedingungen, unter denen reproduktionsmedizinische Zentren und internationale Konzerne den Wunscheltern kommerzialisierte Angebote im Ausland machen, als ethisch und verfassungsrechtlich fragwürdig benennt.

Zum Schutz der Eizellspenderinnen, der Kinder und der Leihmütter werden in dem Bericht verschiedene Vorschläge gemacht: gute Beratung, eine Versicherung für eventuelle Spätfolgen sowie Garantien für das Recht der Beteiligten auf Kontakt und Informationen über die geborenen Kinder. Auch wird das Recht auf Informationen für die Kinder über ihre genetische Abstammung oder die austragende Mutter benannt.

Wir verlangen einen hohen medizinischen Standard in der Behandlung der Dienstleisterinnen sowie einen qualifizierten Datenschutz

Bevor auf die Eizellen und Körper Dritter zugegriffen wird, sollten erst einmal Regelungen für die Verwendung bereits vorhandener („überzähliger“ Eizellen und Embryonen) gesucht werden.

Notwendig wäre ein Rechtsanspruch auf kostenfreie, unabhängige und qualifizierte Beratung dazu analog dem Angebot von Schwangerschaftskonfliktberatung.

Zwar befürwortet der AKF grundsätzlich diese Empfehlungen, sieht aber erhebliche Schwierigkeiten in der Umsetzung. Auch werden viele Wunscheltern versuchen, genau diese geforderten Verpflichtungen durch Auslandsbehandlungen zu umgehen (wie z.B. in Österreich zu beobachten). Der reproduktive Tourismus wird damit nicht zu verhindern sein. Dafür dürfen wir die Augen nicht verschließen. Dementsprechend müssten internationale Regeln diskutiert werden (?)

Der AKF begrüßt, dass sich die Kommission kritisch mit dem geforderten Altruismus der Dienstleisterinnen auseinandersetzt und die Diskrepanz im geforderten Altruismus anspricht. In der Konsequenz fordert der Kommissionsbericht ausdrücklich angemessene Entschädigungen für die Dienstleisterinnen und auf der anderen Seite eine Beratung und Vermittlung durch gemeinnützige Organisationen und eben nicht durch kommerziell Interessierte. In Deutschland sind die reproduktionsmediznischen Praxen weitgehend in privater Hand oder in der internationaler Konzerne mit den entsprechenden ökonomischen Interessen. Wir

brauchen wieder Repromedizinische Versorgungszentren ohne diese Interessen, z.B. an den Universitäten.

Bei der zu führenden gesellschaftlichen Diskussion sollten aus Sicht des AKF in Zeiten des seit Jahren bestehenden Kostendrucks und Personalmangels in der medizinischen Grundversorgung auch die Folgen einer Gesetzesänderung für die Versorgung mitbedacht werden. Eine Ausweitung der Reproduktionsmedizin würde eine Ausdehnung von spezialisierter und teilweise selbst zu zahlender Medizin auf Kosten der schon jetzt gefährdeten Grundversorgung befördern.

Der AKF vertritt:

- Es gibt kein Recht auf ein genetisch oder biologisch „eigenes“ Kind.
- Es gibt bei der Behandlung eines unerfüllten Kinderwunsches keinen Anspruch auf Körperteile Dritter oder deren Nutzung.
- Die Ausdehnung der Reproduktionsmedizin auf Fremdeizellbehandlung und Leihmutterschaft fördert ein biologistisches Bild von Elternschaft und reduziert gerade die Dienstleisterinnen auf ihre biologisch weibliche Funktion.
- Statt dieses biologistische Familienbild zu fördern, sollten andere Formen sozialer Elternschaft gefördert und juristisch erleichtert werden.

Zur Förderung von reproduktiver Selbstbestimmung und Gerechtigkeit und zum Wohle der Kinder und Familien braucht es nicht eine Ausweitung der Reproduktionsmedizin, sondern mehr Förderung und Unterstützung von Familien in allen ihren vielfältigen Formen.

Wir betrachten die Ausweitungen der Behandlungen als Versuch von technischen Lösungen für soziale Probleme.

Die Reproduktionsmedizin ist Teil des globalen Marktes, beinhaltet immer die Gefahr der Ausbeutung und befördert zudem selektive Tendenzen.

Mai 2025