



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Bachelorarbeit

Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur Eizellspende

Verena Speichert



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences



Veröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im September 2021.

Zitiervorschlag

Speichert, Verena (2021): Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur Eizellspende. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-4378>



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International \(CC BY-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Verena Speichert, Matrikel-Nr. 46735

**„Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur
Eizellspende“**

Bachelorarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

**im Studiengang
Soziale Arbeit**

an der

**Alice Salomon Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
University of Applied Sciences**

eingereicht im Sommersemester 2021

am 31.05.2021

Erstgutachterin: Prof.in Dr. Theda Borde

Zweitgutachter: M.A. Karsten Giertz

Abstract: 1983 wurde erstmals eine Frau mithilfe einer Eizellspende schwanger. Diese Methode der assistierten Reproduktion ist in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz von 1991 verboten. Von vielen Expert*innen wird eine Legalisierung der Eizellspende in Deutschland gefordert, andere wollen an dem bestehenden Verbot festhalten. Frauen bzw. Paare, die mit Hilfe einer Eizellspende schwanger werden wollen, begeben sich ins Ausland. Die rechtlichen Regelungen der Eizellspende sind von Land zu Land verschieden. Die meisten Eizellspenden im Ausland erfolgen anonym, dies kollidiert mit dem in Deutschland verbrieften Recht auf Kenntnis der Abstammung. Kritisch diskutiert wird, ob Spenderinnen aus prekären finanziellen Situationen heraus ihre Eizellen abgeben und wie die gesundheitlichen Folgen für sie einzuschätzen sind. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit weiteren ethischen und gesellschaftspolitischen Themen im Diskurs zur Eizellspende, setzt sich mit Argumenten für und gegen eine Legalisierung auseinander und überlegt, unter welchen Rahmenbedingungen Eizellspende menschenwürdig stattfinden könnte. Zudem wird die Frage aufgeworfen, welche Ursachen überhaupt zu einem Bedarf an Eizellspende führen und durch welche Präventionsmaßnahmen diese vermieden werden könnten.

Abstract: In 1983 a woman became pregnant for the first time with the help of an egg donation. This method of assisted reproduction is prohibited in Germany by the Embryo Protection Act of 1991. Many experts are calling for egg donation to be legalized in Germany, while others want to adhere to the existing ban. Women or couples who want to get pregnant with the help of an egg donation go abroad. The legal regulations for the procedure differ from country to country. Most egg donations abroad are made anonymously, which conflicts with the right to knowledge of parentage, which is a requirement in Germany. It is critically discussed whether donors give up their egg cells out of precarious financial situations and how the health consequences for them can be assessed. The present work deals with further ethical and socio-political issues in the discourse on egg donation, deals with arguments for and against legalization and considers the framework conditions under which egg donation could take place in a humane manner. In addition, the question is raised as to which causes lead to a need for egg donations at all and whether these causes could be avoided with preventive measures.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	1
1.1.	Einführung	1
1.2.	Aufbau der Arbeit	3
2.	FORSCHUNGSPROZESS	3
2.1.	Quellen und Vorgehen	3
2.2.	Anmerkungen zur Sprache	4
2.3.	Vorstellung meiner Interviewpartner*innen	6
3.	MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN	7
3.1.	Was passiert bei einer „Eizellspende“	7
3.2.	Gesundheitliche Risiken für die „Spenderin“	7
3.3.	Gesundheitliche Risiken für die Empfängerin	8
3.4.	Gesundheitliche Risiken für die Kinder aus „Eizellspende“	8
3.5.	Gründe für die Inanspruchnahme der „Eizellspende“	9
3.6.	Die Kryokonservierung	10
3.7.	Das Egg-Sharing	10
4.	DIE JURISTISCHE SITUATION IN DEUTSCHLAND	11
5.	DIE JURISTISCHE SITUATION IN ANDEREN EUROPÄISCHEN STAATEN	13
6.	GRENZÜBERSCHREITENDE REPRODUKTIONSMEDIZIN	17
6.1.	Zahlen zur „Eizellspende“ im Ausland	17
6.2.	Die Rolle des Internet für Aufklärung und Werbung	18
7.	DIE PROTAGONIST*INNEN IN DER ÖFFENTLICHEN DISKUSSION	19

8.	ZENTRALE THEMEN IM DISKURS ZUR „EIZELLSPENDE“	25
8.1.	Die geteilte Mutterschaft	25
8.2.	„Wenn Samenspende erlaubt ist, muss „Eizellspende“ auch erlaubt sein“	28
8.3.	Die gesundheitlichen Folgen für die „Eizellspenderin“	29
8.4.	Analogie zur Lebend-Organspende	32
8.5.	Die Kommerzialisierung der „Eizellspende“ - Altruistische Spende oder Ausbeutung?	34
8.6.	Die Auswirkungen einer gesetzlichen Legalisierung der „Eizellspende“	37
9.	NICHT-MEDIZINISCHE GRÜNDE FÜR DEN BEDARF EINER „EIZELLSPENDE“	38
9.1.	Das reproduktive Zeitfenster und altersbedingte Infertilität.....	38
9.2.	Die Unwissenheit über das reproduktive Zeitfenster	40
9.3.	Weitere Ursachen für die aufgeschobene Familienplanung	41
10.	KINDER	46
10.1.	Das Recht auf Kenntnis der Abstammung	46
10.2.	Die Aufklärung der Kinder.....	47
10.3.	Das Interesse der Kinder an ihren genetischen Verwandten	50
11.	FAZIT	51
11.1.	Rahmenbedingungen für eine menschenwürdige „Eizellspende“	52
11.2.	Berücksichtigung von präventiven Maßnahmen	53
11.3.	Installierung psychosozialer Kinderwunschberatung.....	54
11.4.	Ausarbeitung und Umsetzung der Rahmenbedingungen.....	55
11.5.	Anmerkungen zum Forschungsprozess.....	55
11.6.	Ausblick	57
12.	LITERATURVERZEICHNIS	1

ANHANG	1
1. Quellenkritischer Exkurs	1
2. Das reproduktive Alter der Frau, Email an die WHO	2
3. Aus meinem Forschungstagebuch vom 10.04.2021	6
4. Aus meinem Forschungstagebuch vom 19.04.2021	7
5. Aus meinem Forschungstagebuch vom 24.04.2021	8
6. Aus meinem Forschungstagebuch vom 27.04.2021	9
7. Aus meinem Forschungstagebuch vom 08.05.2021	10
8. Email an den Gesundheitsausschuss	11
9. E-Mail an die Obmänner und Obfrauen des Gesundheitsausschuss	12
10. E-Mailkorrespondenz mit der ESHRE	12
11. Regelungen zur Eizellspende nach Ländern	13
12. Akteure im Diskurs zur Eizellspende	17
ERKLÄRUNG	1

1. Einleitung

1.1. Einführung

In der vorliegenden Arbeit setze ich mich mit verschiedenen ethischen und gesellschaftspolitischen Argumenten und Positionen für und gegen die „Eizellspende“¹ auseinander. Vor über 40 Jahren, am 24. Juli 1978, kam in England Louise Brown zur Welt. Das war eine medizinische Sensation: Sie war das erste Kind, welches außerhalb des Mutterleibes gezeugt wurde. Inzwischen ist diese Form der „Assistierten Reproduktion“² zum Routineeingriff geworden. Laut ESHRE³ wird geschätzt, dass weltweit mittlerweile mehr als 9 Millionen Kinder mithilfe der sogenannten In-Vitro-Fertilisation (IVF) geboren wurden. Der reproduktionsmedizinische Erfolg der Geburt von Louise Brown wirkte wie ein Katalysator auf die technischen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin, die sich bis heute rasant weiterentwickeln.

Louise Brown wurde mit einer Eizelle und einer Samenzelle ihrer Eltern durch IVF gezeugt. 1983, 5 Jahre später, kam in Australien das erste Kind zur Welt, das mithilfe einer „Eizellspende“ gezeugt wurde. D.h. einer anderen Frau als der, die das Kind später austrug, wurden Eizellen entnommen. Diese wurden mit dem Samen des Mannes der austragenden Frau im In-Vitro-Verfahren befruchtet. Schließlich wurde ein so gezeugter Embryo der austragenden Frau in die Gebärmutter eingesetzt.

Gab es bereits Stimmen, die die Geburt von Louise Brown als „Werk des Teufels“ bezeichneten (vgl. Wischmann 2012: 217) und die Möglichkeit der Fortpflanzung ohne (ehelichen) Geschlechtsverkehr moralisch verurteilten, so wurde und wird bis heute das Verfahren der Zeugung eines Kindes durch „Eizellspende“ gesellschaftlich noch heftiger diskutiert.

In Deutschland ist die „Eizellspende“ durch das 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten. Frauen bzw. Paare in Deutschland, die mithilfe der „Eizellspende“ ein Kind bekommen wollen, begeben sich aufgrund dieser Gesetzeslage auf „Reproduktions-Reisen“ in das benachbarte Ausland. Eine „Eizellspenderin“ bekommt

¹ In Kapitel 2.2. „Anmerkungen zur Sprache“ erläutere ich, warum ich den Begriff „Eizellspende“ in Anführungszeichen setze.

² Für die Reproduktionsmedizin werden verschiedenen Begriffe verwendet, so z.B. „Assistierte Reproduktion“ oder auch „Assistierte Reproduktionstechniken“ – „ART“.

³ Die „European Society of Human Reproduction and Embryology“ (ESHRE) wurde 1985 u.a. von Robert Edwards, einem der Entwickler der IVF, gegründet. Sie versteht sich als multidisziplinäre Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin und Embryologie.

eine Aufwandsentschädigung, je nach Land, zwischen 700 und 900 Euro. So wird diskutiert, ob es sich um eine Spende (aus altruistischen Motiven) oder um einen Gelderwerb handelt und gegebenenfalls um eine Ausnutzung von Frauen in prekären ökonomischen Situationen. Diese und weitere Diskussionspunkte werde ich in der vorliegenden Arbeit untersuchen.

Besonders problematisch an „Eizellspenden“ im Ausland ist der Umstand, dass die so gezeugten Kinder ihr in Deutschland verbrieftes „Recht auf Kenntnis der Abstammung“ nicht einfordern können. Auch mich beschäftigte dieses Recht schon einmal, ohne dass ich es damals hätte benennen können. Als ich 28 Jahre alt war, wollten mein Partner und ich gemeinsame Kinder. Als ich nicht schwanger wurde, mussten wir in Erfahrung bringen, dass er unfruchtbar ist. Nach einem intensiven Prozess gemeinsamer Auseinandersetzung beschlossen wir, dass ich mithilfe der Samenspende seines Bruders schwanger werden sollte. Darüber waren wir drei uns einig. Worüber wir uns aber bereits im Vorfeld der Schwangerschaft nicht einig werden konnten, war die Aufklärung des Kindes. Für mich war klar, dass das Kind über seine Zeugung und die „multiple Vaterschaft“, also auch seinen genetischen Vater Bescheid wissen muss, dies aber war für meinen Partner undenkbar.

Für das Seminar „Sozialmedizinische und sozialpsychiatrische Grundlagen der Sozialen Arbeit“ schrieb ich mit diesem biografischen Hintergrund und Interesse im Sommersemester 2018 eine Hausarbeit zum Thema „Assistierte Reproduktion: Samenspenderkinder und das Recht auf Kenntnis der Abstammung“. Bei meinen Recherchen dazu, stieß ich auf viele weitere interessante Themen. So wurde ich auf die Diskussionen zur „Eizellspende“ aufmerksam. Wäre ich vor dem Schreiben der Hausarbeit zum Thema „Eizellspende“ befragt worden, hätte ich diese wahrscheinlich abgelehnt. Je länger ich mich allerdings mit der Thematik beschäftigte, stellte ich zu meiner Überraschung fest, dass sich mein Blick darauf veränderte. Seither verfolge ich interessiert die Diskussionen um das Für und Wider der Legalisierung der „Eizellspende“, so dass ich beschloss, diese zum Gegenstand meiner Bachelorarbeit zu machen. Ich begann mit dem Schreiben der Arbeit ohne eine festgelegte Position zur „Eizellspende“ zu haben und war gespannt darauf, wie ich mich nach dieser Zeit der intensiven Auseinandersetzung zu diesem komplexen Thema positionieren würde.

Ob wir persönlich betroffen sind oder nicht, die Diskussion um die „Eizellspende“ beinhaltet ethische Fragestellungen und führt zu gesellschaftlich relevanten Fragen, die uns alle angehen. Wir sind die erste Generation, die damit konfrontiert wird, in dieser Art und Weise über den Beginn des menschlichen Lebens entscheiden und verfügen zu können.

1.2. Aufbau der Arbeit

In meinem Exposé zur Bachelorarbeit hatte ich ein weitaus größeres Forschungsfeld entwickelt. Im Laufe des Forschungsprozesses und meiner Recherchen wurde deutlich, dass die komplexen Sachverhalte mehr Aufmerksamkeit und vertiefende Untersuchungen erforderten, als angenommen. Daher konzentriere ich mich nun auf die folgenden Schwerpunkte:

Einleitend gehe ich auf meinen Forschungsprozess (Kapitel (Kap.) 2) ein, anschließend werde ich die zum Verständnis notwendigen, medizinischen Grundlagen (Kap. 3) der „Eizellspende“ darstellen und sodann die juristische Situation zur „Eizellspende“ (Kap. 4) in Deutschland skizzieren. Es folgt ein Blick (Kap. 5) in verschiedene andere europäische Länder und deren aktuelle Rechtslage zur „Eizellspende“. In Kap. 7 werden die Protagonist*innen im öffentlichen Diskurs zur „Eizellspende“ vorgestellt und in Kap. 8 die zentralen Themen des Diskurses diskutiert. Die grundsätzliche Frage, wie es überhaupt zu einem Bedarf an „Eizellspende“ kommt, werde ich in Kap. 9 erforschen. Einige Aspekte bezüglich der Kinder aus „Eizellspende“ werden in Kap. 10 angesprochen.

Im Fazit (Kap. 11) fasse ich meinen Erkenntnisprozess zusammen und gebe abschließend einen Ausblick auf Fragestellungen, die in dieser Arbeit unberücksichtigt blieben. Im Anhang habe ich weiterführende Informationen und forschungsrelevante Reflexionen zusammengestellt, auf die ich in der Arbeit verweise.

2. Forschungsprozess

2.1. Quellen und Vorgehen

Ein deutsches, kinderloses Paar mit Kinderwunsch schaut anders auf das Thema „Eizellspende“ als eine tschechische „Eizellspenderin“; ein Kind aus „Eizellspende“ anders als ein Jurist oder eine Kinderwunschberaterin, ein Soziologe, eine Psychologin oder ein Reproduktionsmediziner. Vor welchem Hintergrund, mit welchem Interesse betrachtet jemand ein Thema, welche theoretische Perspektive wird eingenommen?

Das komplexe Thema der „Eizellspende“ erfordert eine multiperspektivische Betrachtungsweise.

Um diese einzunehmen, habe ich Literatur unterschiedlicher Fachrichtungen und Institutionen studiert. Die Datenbank „ResearchGate“ half mir, aktuelle internationale Publikationen und Studien zu finden. Ich habe die Webseiten von Reproduktionskliniken besucht und in Kinderwunschforen gelesen. Im Internet bin ich auf Webseiten gestoßen, auf denen „Eizellspenderinnen“ über ihre Erfahrungen berichten. Als sich für mich Fragen zu einer Studie auftaten, nahm ich Kontakt mit der Kinderwunsch-Expertin Dr. Petra

Thorn auf, die mir telefonisch Auskunft gab und mich auf weitere wichtige Literatur zum Thema hinwies. Ich schrieb an die Obmänner und Obfrauen des Gesundheitsausschusses des Bundestags und fragte sie nach den Positionen, die sie bezüglich einer Legalisierung der „Eizellspende“ in ihren Parteien vertreten bzw. diskutieren. Mir bot sich die Möglichkeit, ein Paar, das durch „Eizellspende“ in Tschechien schwanger wurde, zu interviewen. Während des Prozesses meiner Bachelorarbeit habe ich ein Forschungstagebuch geführt (vgl. Friebertshäuser o.J.). Dies half mir unter anderem dabei, im Sinne der Rekonstruktiven Sozialen Arbeit mein Denken und meinen eigenen Meinungsbildungsprozess nachzuvollziehen, kritisch zu reflektieren und zu hinterfragen (vgl. Völter 2016). Ich habe an einer virtuellen Konferenz der Leopoldina und Konrad-Adenauer-Stiftung zum Thema „30 Jahre Embryonenschutzgesetz: Medizinischer Fortschritt, gesellschaftlicher Wandel und politischer Handlungsbedarf“ teilgenommen und konnte dort einige der Menschen sehen, die ich zuvor schriftlich kennen gelernt hatte. Nicht zuletzt erhielt ich Anregungen aus meinem Freundeskreis, wenn ich von meiner Arbeit berichtete und auf Fragen eingehen musste.

Diese Arbeit ist während des zweiten und dritten Lockdowns entstanden. Ein Recherchieren und Arbeiten in den Lesesälen der Bibliotheken, der Zugang zu den Präsenzbeständen, das Bestellen von Abschlussarbeiten, gebundenen Zeitschriften etc. sowie die Lektüre vor Ort, war nicht möglich. Einige Berliner Bibliotheken, wie zum Beispiel die Berliner Staatsbibliothek, waren zeitweise komplett geschlossen.

Auf meine Anfrage stellten mir Maren Klein sowie Karina Wojtowicz ihre Doktorarbeiten, die sich mit juristischen Themen zur „Eizellspende“ befassen, persönlich zur Verfügung. Ich möchte mich an dieser Stelle ausdrücklich dafür bedanken.

2.2. Anmerkungen zur Sprache

In der Sprache bildet sich immer Meinung und Wertung ab, sie vermittelt Positionen. Durch unsere Sprache reproduzieren wir Werte und Normen.

Im Kontext des ESchG wird von „gespaltener Mutterschaft“ gesprochen, gemeint ist die Aufteilung der Mutterschaft in eine genetische, sowie eine austragende und soziale Mutter. Frau Dr. Thorn wies mich darauf hin, dass der Begriff „gespalten“ eher negativ konnotiert ist und sie ihn durch „geteilt“ ersetzt, „geteilte Mutterschaft“.

„Elternwunsch“ oder „Kinderwunsch“, um wessen Wunsch geht es? Der Professor für theologische Ethik, Dr. Andreas Lob-Hüdepohl differenziert:

„Auch wenn die Bezeichnung „kinderwunscherfüllend“ in der (Fach-)Öffentlichkeit einschlägig und üblich ist, ist sie unkorrekt. Es geht um Elternwünsche nach einem eigenen Kind.“
(Lob-Hüdepohl 2021: 1).

Ich habe mich in der vorliegenden Arbeit um eine bewusste und differenzierte Sprache bemüht. Schwer getan habe ich mich dabei mit dem zentralen Begriff dieser Arbeit, der

„Eizellspende“. Der Begriff der „Spende“ ist positiv konnotiert, er bezeichnet eine selbstlose Gabe. „Eizellspende“ ist daher kein neutraler Begriff, sondern ebenso positiv wertend. Die Soziologin Dr. Susanne Schultz formuliert:

„[...] der Begriff der Eizellspende lässt [...] übersehen, dass es hier nicht um einen individuellen Akt der selbstlosen Gabe zwischen zwei Personen geht. [...] und dass er [...] auf Dimensionen sozialer Ungleichheit beruht und mit Prozessen der Ökonomisierung des Körperinneren einhergeht.“ (Schultz 2021: 1)

Ob es sich bei der „Eizellspende“ tatsächlich um eine Spende im altruistischen Sinne handelt oder doch um eine Abgabe aus prekären ökonomischen Gründen, das ist Gegenstand der Diskussion um die „Eizellspende“, wie in der vorliegenden Arbeit noch zu lesen sein wird.

Die Soziologin Dr. Sara Lafuente-Funes empfiehlt in einem Aufsatz⁴ nicht mehr von „Eizellspende“ („egg donation“) zu sprechen, sondern von „Übertragung der Fortpflanzungsfähigkeit“ („transference of reproductive capacity“) – TRC (vgl. Lafuente-Funes 2019: 1). Der Verein Spenderkinder e.V. hat in einer Stellungnahme den Begriff „Eizellspende“ durch „Eizellabgabe“ und „Eizellvermittlung“ ersetzt⁵ (vgl. Spenderkinder e.V. 2021: 1).

Mein Eindruck ist der, dass man, sobald man nach einem „neutralen“ Begriff sucht, bereits im „Lager der Gegner*innen der Eizellspende“ verortet wird. Dabei ist der Begriff ohnehin relativ undifferenziert, denn er bezeichnet sowohl den Vorgang der Entnahme, der Vermittlung, sowie die Inanspruchnahme von Eizellen.

Nach einigem Überlegen, habe ich mich entschlossen, dass ich den Begriff zumindest in Anführungsstriche setze. Ich möchte damit aber weder der Diskussion vorgreifen, noch mich gegen eine Legalisierung der „Eizellspende“ positionieren. Es ist vielmehr Ausdruck meines Bemühens nach einem bewussten Umgang mit Sprache.

Bezüglich einer geschlechtergerechten Sprache bin ich den Empfehlungen der Frauenbeauftragten der Alice Salomon Hochschule (ASH) (vgl. Rosenstreich 2019) insoweit gefolgt, als dass ich das sogenannte Gendersternchen „*“ eingefügt habe: Statt „Arzt und Ärztinnen“ habe ich: „Ärzt*innen“ geschrieben.⁶

⁴ Der Aufsatz trägt den Titel: „Shall we stop talking about egg donation? Transference of Reproductive Capacity in the Spanish Bioeconomy“ (Lafuente-Funes 2019: 1).

⁵ Andere Autor*innen benutzen weitere Begriffe wie „Eizelltransfer“, „Eizelltransplantation“

⁶ Rosenstreich empfiehlt weiterhin, dass Gendersternchen auch hinter Begriffe wie „Frau*“ bzw. „Mann*“, „weiblich*“ etc., also Geschlecht ausdrückende Begriffe, zu setzen, womit signalisiert werden soll, dass Geschlecht konstruiert ist. Auch Menschen, die sich als trans*Männer verorten, können (unerfüllte) Kinderwünsche haben (vgl. Czarniak 2018), bzw. könnten sich zu einer „Eizellspende“ entschließen, daher wollte ich dem gerne gerecht werden. Während des Schreibens aber habe ich selber irgendwann nicht mehr durchgeblickt, wann das Gendersternchen wohin gehört und schließlich ganz darauf verzichtet.

Zitiert wurde nach der Harvard-Methode (vgl. Bahr / Frackmann 2011).

Der besseren Lesbarkeit wegen habe ich mich dafür entschieden, Fachtermini in Fußnoten zu erläutern, anstatt ein Glossar anzulegen. Bei Begriffen, die selten vorkamen und bereits viele Seiten zuvor erklärt worden waren, habe ich die erläuternde Fußnote wiederholt.

2.3. Vorstellung meiner Interviewpartner*innen

Als sich mir die Gelegenheit bot, mit einem Paar, das durch „Eizellspende“ schwanger wurde, ein Interview zu führen, habe ich diese ergriffen, obwohl dies keine empirische Arbeit ist. Ich wählte die Form des narrativen Interviews (vgl. Riemann 2003: 120-122). Zunächst war meine Überlegung dahingehend, die Interviews als Fallstudie (vgl. Kraimer 2002: 213-232) in meine Arbeit einzubringen, jedoch entschloss ich mich schließlich, anschauliche Zitate aus den Interviews als solche einfließen zu lassen, um so die Fakten und Thesen meines Textes mit einer Lebensrealität zu illustrieren und auch zu konkretisieren. Einzelne Passagen aus den zweistündigen Interviews habe ich ausgewählt, transkribiert und – der einfacheren Lesbarkeit wegen – sprachlich überarbeitet. Inhaltlich sind sie wörtlich wiedergegeben. Ich habe die Passagen kursiv gesetzt.

Vorab ein Porträt von Anna⁷ und Anton :

Als Anna und Anton sich kennenlernten war sie 38, er 45 Jahre alt. Beide sind Akademiker*innen, Anna in leitender Position. Nach etwa einem Jahr ihrer Beziehung begann Anton über gemeinsame Kinder zu sprechen. Für Anna waren Kinder bis dahin kein Thema gewesen. Sie sagt, ihr habe immer der richtige Partner gefehlt. Mit Anton konnte sie es sich zum ersten Mal so richtig vorstellen. Anna wurde nach einem weiteren Jahr schwanger. Da war Anna bereits 40 Jahre alt. Ihr Kind Paul wurde im fünften Monat schwer behindert tot geboren. Nach dieser Erfahrung war es nun Anna, die unbedingt ein weiteres Kind haben wollte, sie sagte: „Ich hatte Paul dann tot im Arm und wusste, ich will ein Kind bekommen.“. Es folgten innerhalb von einem Jahr vier Fehlgeburten vor dem dritten Schwangerschafts-Monat. Der Entschluss zur „Eizellspende“ fand nach einer, auch in Deutschland legaler, Polkörperdiagnostik⁸ statt, bei der herauskam, dass Anna keine Eizellen hatte, mit denen eine Schwangerschaft erfolgreich sein würde und die auch die vielen Fehlgeburten erklärte. Mittlerweile war Anna 41, Anton 48 Jahre alt. Es sollte noch weitere zwei Jahre dauern, bis ein Kind mit Hilfe einer „Eizellspende“ geboren wurde.

⁷ Die Namen wurden anonymisiert.

⁸ Die Polkörperdiagnostik ist eine genetische Untersuchungsmethode, die Defekte in den Chromosomen nachweist, bevor es zu einer künstlichen Befruchtung kommt.

Mir ist die Problematik der Einseitigkeit bewusst, dass ich einer Empfängerin einer Eizelle eine Stimme gebe, nicht aber einer „Spenderin“ oder einem (erwachsenen) Kind aus „Eizellspende“. So ist dadurch eine Gewichtung auf die Perspektive von Wunscheltern entstanden. Dies ist exemplarisch für die öffentliche Debatte. Während Frauen mit Kinderwunsch bzw. Wunscheltern in der (medialen) Öffentlichkeit mittlerweile präsent sind, bleiben die „Eizellspenderinnen“ weitgehend in der Anonymität verborgen.

3. Medizinische Grundlagen

3.1. Was passiert bei einer „Eizellspende“

Bei einer „Eizellspende“ werden einer Frau Eizellen entnommen und diese nach extrakorporaler Befruchtung⁹ einer anderen Frau transferiert¹⁰.

Um einer Frau mehrere reife Eizellen entnehmen zu können, muss diese sich einer ovariellen¹¹ Stimulationsbehandlung unterziehen, d.h. über einen Zeitraum von 10-12 Tagen spritzt sie sich täglich Hormone. Diese bewirken, dass eine größere Anzahl von Eizellen (im Schnitt um die 10 - 15 Stück) zeitgleich heranreifen und den Eisprung auslösen. Unter Vollnarkose werden die Eizellen vaginal entnommen, die sogenannte „Follikelpunktion“. Anschließend werden die Eizellen entweder eingefroren oder direkt in einer Petrischale mit den Samen des Mannes zusammengebracht. In einem speziellen Nährmedium entwickeln sich die Embryonen weiter und werden schließlich in die Gebärmutter der austragenden Frau eingesetzt. Dieses Verfahren unterscheidet sich vom Ablauf her nicht von einer In-Vitro-Fertilisation (IVF), abgesehen von dem entscheidenden Unterschied, dass einer anderen Frau als der, die die befruchtete Eizelle eingesetzt bekommt, die Eizellen entnommen werden (vgl. Depenbusch / Schultze-Mosgau 2020: 287).

3.2. Gesundheitliche Risiken für die „Spenderin“

Eine Entnahme von Eizellen nach Hormonbehandlung kann nicht beliebig oft wiederholt werden. Die Hormonbehandlung ist eine starke Belastung für die Frau. Gerade in den Anfängen der „Eizellspende“ kam es bei den Frauen mitunter zum ovariellen Hyperstimulationssyndrom (OHSS): Anschwellen des Bauches, deutlich vergrößerte Eierstöcke, Flüssigkeitsansammlung im Bauch und Blutgerinnungsstörungen. Dem können

⁹ Extrakorporale Befruchtung = Vereinigung von Eizelle und Samenzelle außerhalb des Körpers der austragenden Mutter.

¹⁰ Transferiert = übertragen

¹¹ Ovarien = Eierstöcke

Thrombosen, Embolien und innere Blutungen folgen (vgl. Graumann 2016: 66). Mittlerweile wurden die hormonellen Stimulationsverfahren weiterentwickelt und sind wesentlich unbedenklicher geworden. Dennoch können in seltenen Fällen schwere Nebenwirkungen wie Entzündungen der Eierstöcke bis hin zur eigenen Unfruchtbarkeit auftreten. Auch die Narkose sowie der Eingriff zur Entnahme der Eizellen bedeuten ein gesundheitliches Risiko.

Die gesundheitlichen Folgen für die „Spenderinnen“ werden von den Expert*innen unterschiedlich eingeschätzt. Es ist eines der zentralen Themen in der Diskussion um die Legalisierung der „Eizellspende“. Ich werde in Kap. 8.3. noch ausführlich darauf eingehen.

3.3. Gesundheitliche Risiken für die Empfängerin

Die durch „Eizellspende“ schwangeren Frauen gelten als Hochrisikopatientinnen aufgrund schwieriger Verläufe der Schwangerschaft. Sie haben ein höheres Risiko für Schwangerschaftsbluthochdruck und damit einhergehend Präeklampsie¹² (vgl. Leopoldina 2019: 66; Kantenich et al. 2020: 25). Zudem ist die Kaiserschnitttrate erhöht und es treten vermehrt Nachblutungen auf. Unklar hierbei ist jedoch, ob diese Probleme bedingt durch die „Eizellspende“ selbst oder durch das Alter der im Durchschnitt älteren Frauen die „Eizellspenden“ in Anspruch nehmen auftreten (vgl. Kantenich et al. 2020: 25).

3.4. Gesundheitliche Risiken für die Kinder aus „Eizellspende“

Laut Kantenich et al. würden Kinder aus „Eizellspende“ nach heutigem Stand der Wissenschaft keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen. Auch in ihrer psychischen und sozio-emotionalen Entwicklung würden sie keine Besonderheiten zeigen. Die Kind-Eltern-Beziehung sei nicht beeinträchtigt (vgl. Kantenich et al. 2020: 25).

In einer Veröffentlichung über eine groß angelegte Studie in Dänemark las ich wiederum, dass bei Kindern, die als Embryonen kryokonserviert waren, was auf viele Kinder aus Eizellspende zutrifft, ein signifikant erhöhtes Krebsrisiko bestehen würde:

“Im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie haben dänische Onkologen nun die Daten von über einer Million in Dänemark zwischen 1996 und 2012 geborenen Kindern analysiert. [...]

Innerhalb der Beobachtungszeit erkrankten 2,4-mal mehr Kinder, die nach embryonaler Tiefkühlphase in den Mutterleib übertragen worden waren, an Krebs als in der Kontrollgruppe (Kinder fertiler Mütter). [...]

¹² Die Präeklampsie wird umgangssprachlich „Schwangerschaftsvergiftung“ genannt, Symptome hierfür sind neben dem hohen Blutdruck u.a. Eiweiß im Urin und Wasseransammlungen. Die Erkrankung kann einen lebensbedrohenden Verlauf nehmen.

Das Leukämierisiko war rund dreimal und das Risiko für einen Tumor des sympathischen Nervensystems rund achtmal höher als in der Kontrollgruppe.“ (Starostzik 2020)

Eine andere Studie gibt Hinweise darauf, dass durch IVF gezeugte Menschen, was auf Kinder aus Eizellspende zutrifft, vermehrt zu vorzeitiger Gefäßalterung neigen, die zu Bluthochdruck führt (vgl. Meister et al. 2018).

Prof. Dr. Susan Golombok erforscht seit den 1980er Jahren u.a. mögliche sozio-emotionale Auswirkungen auf Kinder, die mithilfe von Gametenspende¹³ gezeugt wurden. Ihre Studien ergeben, dass die Entwicklungen dieser Kinder vergleichbar sind mit denen aus spontaner¹⁴ Zeugung. Wichtig ist die Aufklärung der Kinder über ihre Zeugung (vgl. Golombok 2015: 91-116).

Auf die Befürchtungen, die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder könne durch die sogenannte „gespaltene Mutterschaft“ gestört sein, gehe ich im Kap. 8.1. Die geteilte Mutterschaft noch ausführlicher ein.

3.5. Gründe für die Inanspruchnahme der „Eizellspende“

Medizinische Indikationen für „Eizellspenden“ sind stark eingeschränkte oder nicht funktionierende bzw. vorhandene Eierstöcke z.B. nach onkologischen Therapien, nach Operationen, aber auch durch schwere Endometriosen oder Zysten an den Eierstöcken. Auch eine vorzeitige Menopause oder genetische Dispositionen wie das sogenannte Turner-Syndrom stellen eine Indikation dar. (vgl. Kentenich et al. 2020: 24; Wiesemann 2020: 130). Etwa 3-4% der Frauen unter 40 Jahren können aus medizinischen Gründen nicht mit ihren eigenen Eizellen schwanger werden.

Auch lesbische Paare machen in Ländern in denen dies zugelassen ist, von der „Eizellspende“ Gebrauch, indem eine Partnerin die befruchtete Eizelle der anderen Partnerin austrägt (vgl. Wiesemann 2020: 130).

Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel vom Deutschen IVF-Register e.V. (D·I·R) weist darauf hin,

„[...] , dass mit zunehmendem Alter der Frau das Risiko für genetische Auffälligkeiten, die häufig zu Fehlgeburten führen, zunimmt, diese Paare können ihren Wunsch nur durch die Eizellspende verwirklichen.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 13)

Der Hauptgrund, eine „Eizellspende“ in Anspruch zu nehmen, ist das fortgeschrittene Alter der Frauen, die schwanger werden wollen (vgl. ESHRE 2017b: 1). Dies führe ich in Kap. 9 noch weiter aus.

¹³ Gameten sind der Oberbegriff für Keimzellen, also Spermazellen und Eizellen.

¹⁴ „Spontane Zeugung“ bezeichnet die „natürliche“ Zeugung eines Kindes in Abgrenzung zur Inanspruchnahme der „assistierten Reproduktionstechniken“ (ART).

3.6. Die Kryokonservierung

„Seit Jahren arbeiten Wissenschaftler daran, Eizellen einzufrieren. [...] Im Gegensatz zum männlichen Samen überstehen weibliche Keimzellen wegen ihres hohen Wasseranteils den Gefriervorgang jedoch nur selten. Weltweit sind erst wenige Kinder aus reifen Eizellen entstanden, die nach der Tiefkühlung befruchtet wurden.“ (Spiewak 2003)

Was 2003 noch Zukunftsmusik war, ist mittlerweile gängige Methode: Eizellen und Embryonen können in flüssigem Sauerstoff bei minus 200 Grad tiefgefroren (und nach dem Auftauen erfolgreich befruchtet) werden, dieses Verfahren nennt man Kryokonservierung (vgl. Kreß 2020: 658).

Mit der Möglichkeit, Eizellen zu konservieren, begann das sogenannte Social Freezing: Die Entnahme und Kryokonservierung von eigenen Eizellen aus nicht medizinischen Gründen. Junge Frauen lassen sich ihre Eizellen entnehmen und lagern sie in sogenannten „Eizellbanken“, um sie zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie z.B. ihre berufliche Karriere gefestigt oder sie den richtigen Partner gefunden haben auftauen, befruchten und sich einsetzen zu lassen. Die Konzerne Apple und Facebook teilten 2014 mit, dass sie die Kosten für die Kryokonservierung der Eizellen für ihre Mitarbeiterinnen übernehmen würden. Dies führte zu einer breiten Diskussion über die Einflussnahme auf ihre Mitarbeiterinnen, sowie über Chancen und Risiken des „Social Freezing“ (vgl. Braun: 2016).

Aber auch aus medizinischen Gründen kann es indiziert sein, die eigenen Eizellen zu konservieren, z.B. im Vorfeld einer Chemo- oder Strahlentherapie. Hier wird dann der Begriff „Egg Freezing“ verwendet.

3.7. Das Egg-Sharing

Bei der künstlichen Stimulierung der Eizellproduktion von Frauen für die eigene In-vitro-Fertilisation werden möglicherweise mehr Eizellen erzeugt, als benötigt werden. Diese könnten an andere Frauen/Paare gespendet werden. Tatsächlich werden Frauen, denen Eizellen für ihre eigene IVF entnommen werden, weniger Hormone verabreicht, als den „Spenderinnen“, daher werden auch weniger Eizellen produziert. Mit dem Ziel zu „spenden“, müsste also auch diese Gruppe hormonell stärker behandelt werden. Allerdings sind Frauen, die sich Eizellen für ihre eigene IVF entnehmen lassen, in der Regel älter als rekrutierte „Spenderinnen“, und ihre Eizellen daher eher von minderer Qualität. (vgl. Kentenich et al. 2020: 25). Trotzdem wird diese Form der „Eizellspende“ immer wieder thematisiert.

4. Die juristische Situation in Deutschland

In Deutschland ist die „Eizellspende“ durch das Embryonenschutzgesetz (ESchG) verboten. Im § 1 des ESchG „Missbräuchliche Anwendung von Fortpflanzungstechniken“ ist geregelt, dass mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft wird, wer in eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt. Ebenso wird bestraft, wer eine Eizelle befruchtet, ohne die Absicht, dass die Frau damit schwanger wird, von der die Eizelle ursprünglich stammt. Das bedeutet, dass sich Reproduktionsmediziner*innen bzw. Ärzt*innen strafbar machen würden, die in Deutschland eine „Eizellspende“ durchführen würden. „Eizellspenderinnen“ und Eizellempfängerinnen bleiben straffrei (vgl. Bundesgesetzblatt 1990). Aus diesem grundsätzlichen Verbot geht auch ein Verbot des zuvor beschriebenen Egg-Sharings hervor.

Hauptargument eines Verbotes der „Eizellspende“ in Deutschland war die sogenannte „gespaltene Mutterschaft“: Die Aufspaltung zwischen genetischer und plazentaler – also austragender – sowie sozialer Mutter sollte verhindert werden, da Folgen für das Kindeswohl befürchtet wurden. Der Gesetzgeber ging damals davon aus, dass seelische Konflikte und Identitätsfindungsprobleme entstehen würden, wenn ein Kind „zwei Mütter“ habe (vgl. Wiesemann 2020: 130). Siehe hierzu auch Kapitel 8.1.

Das ESchG wurde 1990 verabschiedet und trat 1991 in Kraft. Seither haben sich die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin weiterentwickelt. Das hat zur Folge, dass das ESchG bestimmte Sachverhalte nicht enthält und diese daher rechtlich ungeklärt bleiben (s.u.). Auch weil unsere Gesellschaft sich in einem stetigen Wandel befindet, ist das Gesetz nicht mehr zeitgemäß und nicht nur Kritiker*innen des Verbots der „Eizellspende“ fordern eine Reformierung. Expert*innen diskutieren seit Jahren eine Überarbeitung des mittlerweile 30 Jahre alten ESchG. Zuletzt gab es am 27. Januar 2021 eine öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes – Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren“ der FDP-Fraktion (vgl. Deutscher Bundestag 2020; Deutscher Bundestag 2021a).

Das ESchG wird auch deswegen kritisiert, weil es seinerzeit als reines Strafgesetz erlassen wurde. In einem expliziten Fortpflanzungsmedizinengesetz könnten...

„[...] neben strafrechtlichen Verbotsnormen die auf dem Gebiet der Biomedizin so wichtigen verwaltungsrechtlichen und -organisatorischen, aber ggf. auch die erforderlichen bürgerlich-rechtlichen (insbesondere familienrechtlichen) und sozialrechtlichen Regelungen in organischer Weise zusammengeführt werden.“ (Leopoldina 2017: 9)

Mittlerweile gibt es reproduktionsmedizinische Möglichkeiten, die in dem 30 Jahre alten ESchG noch gar nicht berücksichtigt werden konnten, im Folgenden benenne ich nur einige wenige um einen Eindruck zu vermitteln: So gibt es z.B. juristischen

Klärungsbedarf hinsichtlich einer Aufbewahrungszeit für kryokonservierte Eizellen, aber auch was mit ihnen im Fall des Todes der Frau passiert (vgl. Leopoldina 2017: 9), oder ob sie z.B. noch im Alter von 70 Jahren mit ihnen schwanger werden darf (vgl. Kreß 2020: 658). Durch eine Selektion der Embryonen würde die Erfolgsrate einer Schwangerschaft bei einer IVF erhöht werden können. Dieses in anderen Ländern erlaubte „elective Single Embryo Transfer (eSET)¹⁵ ist in Deutschland verboten. Daher lassen sich Frauen oftmals mehr als nur einen Embryo einsetzen (in Deutschland ist das Einsetzen von bis zu drei Embryonen erlaubt). Damit erhöht sich aber nicht nur die Erfolgsaussicht einer Schwangerschaft, sondern auch die Wahrscheinlichkeit von Mehrlingschwangerschaften, welche mit einem größeren Risiko für die Mütter und Kinder verbunden sind (vgl. Leopoldina o.J.; Kreß 2020: 659). Die Embryonenspende¹⁶ ist im ESchG nicht explizit verboten und daher werden Embryonenadoptionen zugelassen, was in gewisser Hinsicht absurd ist, da dadurch ebenso eine „geteilte Mutterschaft“ vorliegt, die seinerzeit als Hauptgrund des Verbots der „Eizellspende“ galt.

Ärzt*innen, die über die Möglichkeit einer „Eizellspende“ im Ausland aufklären oder hierzu Voruntersuchungen durchführen, könnten sich wegen Anstiftung oder Beihilfe zu einer im Ausland begangenen Tat strafbar machen. Dies ergibt sich aus § 9 Abs. 2 Satz 2 des Strafgesetzbuch (StGB)¹⁷.

Anna sagte im Interview:

„Und die Ärztin an der Uniklinik, ich wusste ja, dass die nichts sagen dürfen, aber ich habe sie gefragt: „Ich weiß ja, dass Sie mir nichts sagen dürfen, aber wenn Sie jetzt an meiner Stelle wären, was würden Sie da machen?“ Und dann hat sie gesagt, [...] sie würde sich da einfach mal informieren und hinfahren und mehr kann sie da auch nicht zu sagen.“

Auch für die psychosoziale Kinderwunschberatung ist das Thema von illegalen Reproduktionsmethoden wie der „Eizellspende“ brisant. So wurde 2017 die Sozialpädagogin und Kinderwunschberaterin Christine Büchl wegen „Beihilfe zur missbräuchlichen Anwendung von Fortpflanzungspraktiken“ angeklagt. Ihr wurde vorgeworfen, Frauen zur „Eizellspende“ im Ausland verholfen zu haben. Sie wurde freigesprochen. Für zwanzig von ihr beratene Frauen bedeutete der Prozess, dass sie über intime Angelegenheiten wie ihre Unfruchtbarkeit als Zeuginnen aussagen mussten (vgl. Nazarewska 2017).

¹⁵ Beim eSET beobachten die Reproduktionsmediziner*innen nach morphologischen (also äußeren) Kriterien, welcher Embryo sich besonders gut entwickelt und setzen dann diesen in die Gebärmutter ein. Es handelt sich dabei **nicht** um eine genetische Selektion.

¹⁶ „Embryonenspende“ oder auch „Embryonenadoption“ bezeichnet die Weitergabe von zur Spende freigegebenen Embryonen, die aus einer IVF-Behandlung übrig geblieben sind. Frauen, die ungewollt kinderlos sind, werden diese eingesetzt, sie „adoptieren“ die Embryonen quasi.

¹⁷ „Hat der Teilnehmer an einer Auslandstat im Inland gehandelt, so gilt für die Teilnahme das deutsche Strafrecht, auch wenn die Tat nach dem Recht des Tatorts nicht mit Strafe bedroht ist.“

Wenn nicht zur „Eizellspende“ beraten werden darf, kann auch nicht über die Folgen der im Ausland meist praktizierten anonymen „Eizellspenden“ auf das Recht auf Kenntnis der Abstammung aufgeklärt werden.

5. Die juristische Situation in anderen europäischen Staaten

Den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) obliegt „die Kompetenz für die Organisation des Gesundheitswesens“ (Deutscher Bundestag o.J.). Das regelt der Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). So gelten in jedem Mitgliedsstaat eigene Gesetze bezüglich der Reproduktionsmedizin und der „Eizellspende“ (vgl. Deutscher Bundestag o.J.). Vergleichbare Verbote der „Eizellspende“ wie in Deutschland gibt es in Europa nur noch in Luxemburg, Norwegen und der Schweiz (vgl. Wiesemann 2020: 130). Lange Zeit waren auch in Italien und Österreich „Eizellspenden“ verboten. Als der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR)¹⁸ 2011 in einem Urteil feststellte, dass das Verbot der „Eizellspende“ in Österreich nicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) verstoße, dabei aber gleichzeitig feststellte, dass die Regelungen zu legalen „Eizellspenden“ in den meisten der 47 Staaten des Europarates rechtmäßig sind (vgl. ÖIM 2011), haben Italien 2014 und Österreich 2015 ihre Gesetzgebung geändert und die „Eizellspende“ erlaubt.

Laut der EU-Richtlinie 2004/23/EC aus dem Jahr 2004 ist die kommerzielle Keimzellvermittlung in Ländern der EU verboten, es darf lediglich eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Die folgende Grafik zeigt, in welchen Ländern Zentral- und Nordeuropas Eizellspende erlaubt und in welchen sie verboten ist:

¹⁸ Der EGMR ist Teil des Europarats, dieser wurde 1949 gegründet. Zentrale Aufgabe ist der Schutz der Menschenrechte.



„Eizellspende in Zentral und Nordeuropa“ (Leopoldina 2019: 68)

In den verschiedenen Ländern werden die Themen rund um die Eizellspende unterschiedlich bewertet und juristisch geregelt. Manchmal handelt es sich lediglich um Empfehlungen, manchmal um Verbote. Der Dokumentation des Deutschen Bundestags „Regelungen zur Eizell- und Embryonenspende in ausgewählten europäischen Ländern und den USA“ (Deutscher Bundestag 2018) habe ich die folgende Übersicht der unterschiedlichen Regelungen entnommen. Die Auflistung ist weder vollständig noch nach Priorität sortiert, gibt aber einen guten Überblick über die Themen im Diskurs zur „Eizellspende“.

Sollte es zu einer Legalisierung der „Eizellspende“ in Deutschland kommen, müssten auch hier differenzierte Regelungen zu den im Folgenden skizzierten Themen getroffen werden.

Wer „Eizellspende“ in Anspruch nehmen kann:

Hier machen die Länder Unterschiede zwischen heterosexuellen und homosexuellen Paaren, Singles, Verheirateten und Unverheirateten. So dürfen z.B. in Italien nur gleichgeschlechtliche, verheiratete Paare „Eizellspende“ erhalten. In Russland ist homosexuellen Paaren der Zugang explizit verwehrt. In Spanien und Großbritannien hingegen spielen Familienstand und sexuelle Orientierung keine Rolle. Auch Single-Frauen können eine „Eizellspende“ erhalten.

Grund der Unfruchtbarkeit:

In Italien z.B. muss die Infertilität durch ärztliches Attest nachgewiesen sein. Eine Erbkrankheit kann nicht geltend gemacht werden. In Spanien werden keine Gründe ausgeschlossen um eine „Eizellspende“ zu erhalten, es dürfen auch lesbische Paare „Eizellspenden“ erhalten, sozusagen mit sozialer Indikation. Lediglich müssen „angemessene Erfolgsaussichten“ bestehen, wie es in der Dokumentation des Deutschen Bundestags heißt.

Altersgrenze:

In manchen Ländern gibt es eine Altersgrenze für die Empfängerinnen und „Spenderinnen“. Volljährigkeit ist in allen Ländern Voraussetzung. In Italien muss die Empfängerin im „potentiell gebärfähigen Alter“ sein, wie der Dokumentation zu entnehmen ist. In Belgien ist die Altersgrenze mit 47 Jahren festgelegt, in Dänemark dürfen sie nicht älter als 45 sein. Spanien legt nur das Mindestalter fest: 18 Jahre. Nach oben gibt es demnach keine Grenze.¹⁹

Anonyme oder nicht anonyme „Spenden“:

Es gibt Länder mit ausschließlich anonymen bzw. ausschließlich nicht-anonymen „Eizellspenden“, sowie Länder mit beiden Möglichkeiten, wie z.B. in Belgien. Österreich und Finnland erlauben ausschließlich nicht-anonyme, Spanien und Tschechien ausschließlich anonyme „Eizellspenden“. Manche Länder haben eine extra Datenbank für die Rückverfolgung der „Spenderin“.

¹⁹ Schlagzeilen machte die Berlinerin Annegret Raunigk, die 2015 mit 65 Jahren nach Eizellspende in der Ukraine Mutter von Vierlingen wurde. 2019 hat die Inderin Erramatti Mangayamma mit 74 Jahren nach Eizellspende Zwillingen geboren und gilt als älteste Mutter der Welt.

Recht auf Kenntnis der Abstammung:

Bei nicht-anonymen „Spenden“ gibt es unterschiedliche Regelungen, ab wann durch „Eizellspende“ gezeugte Kinder die Identität ihrer „Eizellspenderin“ erfahren dürfen. In den Niederlanden z.B. ab 16 Jahren, in Italien erst ab Vollendung des 25. Lebensjahres.

Postmortale Nutzung:

In manchen Staaten ist die Nutzung von Gameten²⁰ Verstorbener erlaubt, in anderen nicht. Auch sind die spezifischen Regelungen (wie etwa eine ausdrückliche schriftliche Genehmigung) unterschiedlich. In den Niederlanden beispielsweise ist postmortale Nutzung nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung zugelassen.

Durchführung der Behandlung:

Auch die Frage, wer „Eizellspenden“ durchführen darf, ist in den EU-Mitgliedsstaaten unterschiedlich geregelt. In Großbritannien z.B. dürfen „Eizellspenden“ nur in Kliniken durchgeführt werden, die von der seit 1990 bestehende Lizenzierungs- und Kontrollbehörde, Human Fertility and Embryology Authority (HFEA), lizenziert wurden. In Spanien ist neben den staatlichen auch privaten Kliniken die Behandlung erlaubt.

Sind „Eizellspenden“ nur aus altruistischen oder auch aus kommerziellen Gründen erlaubt?

Russland ist soweit das einzige Land, in dem „Eizellspenden“ auch aus rein kommerziellen Gründen erlaubt sind. Russland gehört nicht zur EU.

Juristische Grundlagen:

In den einzelnen Ländern gibt es sehr unterschiedliche juristische Grundlagen. In manchen Ländern gibt es ein sehr gut ausgearbeitetes Reproduktionsgesetz, hier ist Spanien Vorreiter. Bereits 1988 erlaubte das Land in einem Gesetz die „Eizellspende“ ausdrücklich und baut seither das Fortpflanzungsmedizingesetz immer weiter aus. In den Niederlanden hingegen existieren nur sehr allgemeine Regeln und es gilt der Grundsatz, dass wenn zu einer Reproduktionsmethode keine Regelung besteht, von ihrer Zulässigkeit ausgegangen wird.

Weitere Fragestellungen, die sich der Dokumentation entnehmen ließen:

- Aufwandsentschädigung: Wie ist die Aufwandsentschädigung geregelt? Durch den Staat oder individuell durch die Kliniken? Wieviel darf gezahlt werden?

²⁰ Gameten sind Keimzellen, also Eizellen und Spermien.

- Regelungen über Anzahl der transferierten Embryonen: Wie viele Embryonen dürfen maximal pro IVF übertragen werden?
- Wie viele Eizellen dürfen maximal befruchtet werden?
- Sicherheit der „Spenderinnen“: Es gibt Unterschiede bei den Vorgaben für die Voruntersuchungen der „Spenderinnen“.
- Weitere Voraussetzungen um „Spenderin“ zu werden: z.B. vorab ein eigenes Kind geboren zu haben, wie z.B. in Ungarn, Bulgarien oder der Ukraine.
- Wie lange dürfen Eizellen kryokonserviert gelagert werden?

Im Anhang, Kap.11. Regelungen zur Eizellspende nach Ländern, findet sich eine ausführlichere Auflistung der Regelungen nach Ländern.

6. Grenzüberschreitende Reproduktionsmedizin

Die ungleiche Gesetzeslage zur „Eizellspende“ in den verschiedenen europäischen Ländern (und weltweit) hat dazu geführt, dass betroffenen Paare, die in Ländern leben, in denen „Eizellspenden“ verboten sind, ins Ausland reisen um dort Reproduktionszentren aufzusuchen. Aber auch finanziell günstigere Angebote, lange Wartelisten für eine „Eizellspende“ oder der Wunsch eine anonyme/nicht-anonyme „Eizellspende“ zu erhalten, lassen Paare und Solo-Mütter Kliniken in anderen Ländern aufsuchen (vgl. ESHRE 2017a). Ein Verbot der „Eizellspende“ hindert Menschen mit Kinderwunsch nicht daran, in benachbarte Länder zu reisen um sich diesen dort zu erfüllen. Befürworter*innen der Legalisierung der „Eizellspende“ in Deutschland argumentieren, dass die Empfängerinnen sich im Ausland mit medizinischen Standards behandeln lassen, die niedriger seien, als in Deutschland. Ein anderes Argument ist das in Deutschland geltende Recht auf Kenntnis der Abstammung und den ausschließlich anonymen „Eizellspenden“ in Spanien oder Tschechien, die die Kenntnis der Abstammung des Kindes unmöglich machen. Dies könnte bei einer Legalisierung in Deutschland anders geregelt werden.

6.1. Zahlen zur „Eizellspende“ im Ausland

Dr. Claudia Wiesemann, Ärztin und Professorin für Medizinethik, schätzt, dass jährlich 1.000 bis 3.000 Paare aus Deutschland für eine „Eizellspende“ ins Ausland reisen. Sie vermutet, dass der Bedarf noch höher sei (Wiesemann 2021: 13). Die renommierte Kinderwunschberaterin und Sozialpädagogin Dr. Petra Thorn geht davon aus, dass pro Jahr rund 1.000 Kinder geboren werden, die durch im Ausland erhaltene „Eizellspenden“ gezeugt wurden. Allerdings betont sie, dass es keine Erhebungen dazu gibt und somit keine genauen Daten vorliegen (vgl. Thorn 2017: 4). Der Reproduktionsmediziner Prof.

Dr. med. Jan Krüssel geht von 3.000-5.000 Paaren aus, die sich im Ausland behandeln lassen (vgl. Krüssel 2021: 3).

Die ESHRE²¹ erhob Daten, nach denen im Jahr 2013 in Europa rund 39.000 IVF-Behandlungen mit „Eizellspenden“ durchgeführt wurden (vgl. ESHRE 2017b). Im Jahr 2014 waren es 56.516 (vgl. De Geyter et al. 2018).

Es ist davon auszugehen, dass mittlerweile, 7 Jahre später, wesentlich mehr Behandlungen durchgeführt werden. Leider konnte ich trotz ausgiebiger Recherche keine neueren Daten hierzu in Erfahrung bringen.

2013 fand die Hälfte aller europäischen IVF-Behandlungen mit „Eizellspenden“ in Spanien statt (vgl. ESHRE 2017b: 2).

Die „Eizellspende“ kostet in Tschechien z.B. pro Transfer ab 4000 Euro, dazu kommen Reise- und Hotelkosten, meist bleibt es nicht bei einem Versuch. Anna berichtete, dass sie für die Eizellen einer „Eizellspenderin“ knapp 10.000 Euro bezahlt hätten. Diese Beispiele verdeutlichen, dass man sich die „Eizellspende“ leisten können muss. Es ist von einem deutlichen Einkommensgefälle zwischen den Kinderwunscha Paaren und den „Spenderinnen“ auszugehen.

Die Geburtenraten bei IVF mit „Eizellspende“ lagen 2014 zwischen 32% in Großbritannien und 53% in den USA (vgl. Kentenich et al. 2020: 25). Für das Jahr 2013 unterscheidet die ESHRE bei den europäischen Geburtenraten durch IVF mit „Eizellspenden“ zwischen frischen „Eizellspenden“ (33%) und gefrorenen „Eizellspenden“ (21%) (vgl. ESHRE 2017b: 2).

6.2. Die Rolle des Internet für Aufklärung und Werbung

Prof. Dr. Jan Steffen Krüssel wies in der Öffentlichen Anhörung des Bundestags am 27. Januar 2021 zur „Eizellspende“ als Sachverständiger des Deutschen IVF-Register e.V. (D·I·R) darauf hin, dass die Beratung und Information zur „Eizellspende“ durch Ärzt*innen als Tatbestand der Anstiftung zu einer Straftat ausgelegt werden könnte, was dazu führt, dass die Hauptquelle der Information für Menschen mit Kinderwunsch das Internet sei. „Im Internet kann aber jeder schreiben, was er will.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 11).

Ausländische Reproduktionskliniken werben mit deutschsprachigen Webseiten gezielt Kund*innen aus Deutschland an. Zu Corona-Zeiten werden sogenannte „Kinderwunsch-Messen“, die sonst live stattfinden, online veranstaltet. Die letzte wurde am 17. und 18. April 2021 mit internationalen Anbietern gestreamt, die online für Reproduktions-

²¹ Die „European Society of Human Reproduction and Embryology“ (ESHRE) wurde 1985 u.a. von Robert Edwards, einem der Entwickler der IVF, gegründet. Sie versteht sich als multidisziplinäre Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin und Embryologie.

techniken wie Leihmutterchaft oder „Eizellspenden“ werben, die in Deutschland verboten sind. Während Ärzt*innen ihre Patient*innen nicht zur „Eizellspende“ beraten dürfen, können ausländische Reproduktionskliniken auf diese Weise mit ihren potentiellen Kund*innen in Kontakt treten, sie beraten und werben.

Meine Interviewpartnerin Anna erzählte von ihrer aufwendigen Suche nach einer Klinik für „Eizellspende“ im Interview:

„Ich weiß gar nicht, wie ich da drauf [auf die „Eizellspende“ in Tschechien] gekommen bin, ich glaube halt einfach durch Internetrecherchen bin ich auf so ein allgemeines Kinderwunschforum gekommen, wo es dann aber auch eine Sparte für Eizellspende gab. Das war geschlossen, da musste man sich anmelden, damit man da reinkommt, und das hab' ich dann halt gemacht... Da hab' ich gesehen, dass das viele machen und dann hab' ich recherchiert und wir haben überlegt, wie wir das machen. [...] Das hatte halt so was total Verruchtes, so wie verboten. Man ist dann ja auch in dieser geschützten Forumsgruppe und konnte nie..., also die Ärzte durften ja nicht mit einem darüber richtig reden. [...] Dann habe ich da rum gesucht und es war halt so ´n bisschen: in welches Land geht man [...], ich habe da auch diverse Kliniken angeschrieben und eine Excel-Tabelle angelegt, was die da alles machen [...] dann haben wir uns für Tschechien entschieden und eben für diese eine Klinik. [...] In diesem Forum fließt ganz viel Information zusammen, eigentlich für alle Kliniken, die es da so gibt haben Leute Erfahrungsberichte geschrieben. Und dann, ach ich weiß auch nicht, dann hat mir die Internetseite [dieser Klinik] auch irgendwie gut gefallen. Da war alles so schön..., so schöne orangene Farben [lacht], und die war auch im Forum gut weggekommen und ich hatte ja auch einige Kliniken angeschrieben und wie die uns zurück geschrieben haben, das war auch sehr ansprechend.“

Wunscheltern, die sich auf die Suche nach Kliniken für „Eizellspende“ im Ausland machen, können nicht von „offizieller“ Seite, z.B. von ihren behandelnden Ärzt*innen oder einer Beratungsstelle Empfehlungen bekommen. Sie sind auf Informationen von anderen Betroffenen aus Kinderwunschforen und den Webseiten der Kliniken angewiesen.

7. Die Protagonist*innen in der öffentlichen Diskussion

Der Gesundheitsausschuss des Bundestags hatte für die bereits erwähnte und von der FDP-Fraktion beantragte, öffentlichen Anhörung zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes - Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren“ am 27. Januar 2021 Stellungnahmen von 24 verschiedenen Sachverständigen angefragt. Darunter Verbände und Institutionen sowie Einzelsachverständigen. 14 Stellungnahmen wurden auf der Webseite des Bundestags veröffentlicht (vgl. Deutscher Bundestag 2021a).

Auf meine schriftlichen Anfragen beim Ausschuss für Gesundheit am 08.03.2021 und 17.03.2021, nach welchen Kriterien die Sachverständigen ausgesucht wurden, erhielt ich keine Antwort. Die E-Mail ist im Anhang, Kap. 8. zu finden. Bei meiner telefonischen Nachfrage hierzu am 22.03. 2021 lernte ich, dass jede Fraktion des Bundestags einen unterschiedlichen Sachverständigenschlüssel hat, je nach Fraktionsstärke. D.h. die einzelnen Fraktionen können unterschiedlich viele Sachverständige benennen. Das beantwortete indirekt meine Frage, nach welchen Kriterien die Sachverständigen ausgewählt wurden: Je nach Interessen und Positionen der verschiedenen Parteien, bzw. deren Vertreter*innen im Ausschuss für Gesundheit. Die Sachverständigen geben in der Regel vorab eine schriftliche Stellungnahme ab. Um in Erfahrung zu bringen, welche Sachverständigen von welcher Partei geladen wurden, schrieb ich die Obmänner und Obfrauen aller Fraktionen im Gesundheitsausschuss an und bat außerdem darum, mir mitzuteilen, wie sich die jeweilige Partei zur Eizellspende positioniert. Die E-Mail ist im Anhang, Kap. 9. zu lesen. Lediglich Katrin Helling-Plahr von der FDP-Fraktion antwortete mir nach 10 Tagen.

Da die Auswahl der angefragten Sachverständigen wieder spiegelt, wer in der öffentlichen Diskussion um die „Eizellspende“ eine Rolle spielt, gebe ich hier die Liste der angefragten Sachverständigen wieder (vgl. Deutscher Bundestag 2021b). Mich hat interessiert, wer zu dieser Anhörung geladen war, wen die Politiker*innen als besonders wichtige Expert*innen in der Diskussion um die „Eizellspende“ sehen. Zum Teil sind es öffentlich bekannte Institutionen, manche kannte ich nicht. Ich habe kurz zusammengefasst, wer sich hinter den Personen und Verbänden bzw. Institutionen verbirgt. Eine ausführliche Beschreibung findet sich im Anhang, Kap. 12. Dort sind auch die Quellen angegeben.

Verbände / Institutionen:

- **Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AFK)**

Der AFK ist der größte Zusammenschluss unabhängiger Frauengesundheitsorganisationen im deutschsprachigen Raum. Für den AFK war bei der Anhörung Frau Silke Koppermann, die sich gegen eine Legalisierung der „Eizellspende“ aussprach, gleichzeitig aber betonte, dass es hierüber im Verein kontroverse Auffassungen gäbe.

- **Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID e.V.)**

Das BKID ist ein Netzwerk von Beratungskräften, die sich auf die Kinderwunschberatung spezialisiert haben. Das BKID initiiert, fördert und unterstützt

wissenschaftliche Forschungsprojekte. Das BKiD war angefragt, hat sich aber im Kontext der Anhörung nicht geäußert.

- **BioSkop - Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften e.V.**
Der BioSkop e.V. begreift sich als Forum zur Beobachtung von Biowissenschaften und beschäftigt sich mit den ethischen und gesellschaftlichen Folgen moderner Medizin. KONTRA „Eizellspende“.
- **Bundesärztekammer (BÄK)**
Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen von über 500.000 Ärzt*innen. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion. PRO „Eizellspende“.
- **Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ)**
Wie der Name sagt, sind im BRZ Die Reproduktionsmedizinischen Zentren Deutschlands zusammengeschlossen um deren Interessen zu vertreten. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion. PRO „Eizellspende“.
- **Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina)**
Die Leopoldina ist eine „Gelehrtengesellschaft“. Sie vertritt die deutsche Wissenschaft im Ausland und berät Politik und Öffentlichkeit. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion. PRO „Eizellspende“.
- **Deutscher Ethikrat**
Der Deutsche Ethikrat besteht aus unabhängigen Sachverständigen, die berufen werden. Er erarbeitet eigene Stellungnahmen im Auftrag des Deutschen Bundestags oder im Auftrag der Bundesregierung und gibt Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln. Der Deutsche Ethikrat hat sich im Kontext der Anhörung nicht zu Wort gemeldet. Die „Eizellspende“ war aber schon mehrfach Thema im Ethikrat.
- **Deutsches IVF-Register (D·I·R)**
Das D·I·R erhebt seit 1982 Daten der Reproduktionsmedizin in Deutschland. Es wurde von Ärzt*innen gegründet noch bevor es gesetzliche Regelungen hierzu gab. Seit 1999 erhebt es die Daten im Auftrag der Bundesärztekammer. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion. PRO „Eizellspende“.
- **Donum Vitae**
Ist ein christlicher Träger von mehr als 200 bundesweiten Schwangerschaftsberatungsstellen und wurde 1999 gegründet. KONTRA „Eizellspende“.
- **Feministisches Frauen Gesundheitszentrum (FFGZ)**
Das FFGZ existiert seit 1974 in Berlin. Es berät und informiert zu frauenspezifischen Erkrankungen und Gesundheitsthemen. KONTRA „Eizellspende“.

- **Gen-ethisches Netzwerk e.V. (GeN)**
 Nach seiner Selbstdarstellung verfolgt das GeN seit 1986 die Entwicklungen in den Bio-, Gen- und Reproduktionstechnologien und arbeitet sie kritisch für die Öffentlichkeit auf. GeN versteht sich als „Gegengewicht zu den Selbstdarstellungen aus Wissenschaft, Industrie und Politik“. KONTRA „Eizellspende“.
- **Genetische Beratungsstelle der Universität des Saarlandes**
 Dies ist eine psychosoziale Beratungsstelle an der Universität Saarbrücken mit dem Schwerpunkt Humangenetik. Ich konnte keine weiteren Informationen ausfindig machen. Sie hat sich nicht öffentlich zu der Anhörung geäußert. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion.
- **Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)**
 Das IMEW wurde im Jahr 2001 von neun Behinderten- und Sozialverbänden als gemeinnützige GmbH gegründet, um eine wissenschaftliche Unterstützung für ihre Arbeit zu schaffen. Es hat sich nicht öffentlich zu der Anhörung geäußert.
- **Katholischer Deutscher Frauenbund (KDFB)**
 Der KDFB wurde 1903 von katholischen Frauen gegründet und engagiert sich für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen in Politik, Gesellschaft und Kirche. KONTRA „Eizellspende“.
- **Lesben- und Schwulenverband (LSVD)**
 Der LSVD ist die größte Bürgerrechts- und Selbsthilfeorganisation von Lesben und Schwulen in Deutschland. Im Kontext der Anhörung hat er sich nicht geäußert. Auf seiner Internetseite positioniert er sich PRO „Eizellspende“.
- **Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein (SkF)**
 Der SkF ist seit seiner Gründung 1899 ein Sozialverband von Frauen in der Kirche. Er hat sich im Kontext der öffentlichen Anhörung nicht geäußert.
- **Spenderkinder e.V.**
 Im Verein Spenderkinder sind 200 betroffene Erwachsene organisiert. KONTRA „Eizellspende“.
- **Union der deutschen Akademien der Wissenschaften**
 Die Akademienunion ist die Dachorganisation von acht deutschen Wissenschaftsakademien. Sie hat sich im Kontext der Anhörung nicht geäußert. Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion.
- **Wunschkind e.V.**
 Wunschkind wurde 1995 als gemeinnütziger Verein der Selbsthilfegruppen für ungewollt Kinderlose gegründet. Der Verein hat sich im Kontext der Anhörung nicht zur „Eizellspende“ geäußert.

Einzelsachverständige

- **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin)**
Herr Prof. Dr. Lob-Hüdepohl ist seit 1996 Professor für Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB). Er ist Geschäftsführer des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik und derzeit Mitglied des Deutschen Ethikrates. KONTRA „Eizellspende“.
- **Frau Dr. van Elk (Kommissariat der deutschen Bischöfe)**
Seit 2017 ist Frau Dr. van Elk als Referentin im Kommissariat der deutschen Bischöfe tätig, unter anderem für rechtsethische Fragen und Bioethik. KONTRA „Eizellspende“.
- **Prof. Dr. Klaus Zerres (Arzt am Uniklinik RWTH Aachen)**
Facharzt für Humangenetik, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik und Inhaber des Lehrstuhls für Humangenetik der Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen. Er machte in der Anhörung deutlich, dass das Thema „Eizellspende“ keine humangenetischen Fragestellungen aufwirft und daher sein Fach nichts Wesentliches zur Diskussion beitragen könne. Trotzdem positionierte er sich PRO „Eizellspende“.
- **Dr. Susanne Schultz (Bereich Biotechnologie, Natur und Gesellschaft an der Universität Frankfurt)**
Frau Dr. Schultz forscht derzeit an der Goethe-Universität Frankfurt zu Demografiepolitik. Sie ist in feministischen, internationalistischen und antirassistischen Bewegungen aktiv. KONTRA „Eizellspende“.
- **Prof. Dr. Claudia Wiesemann (Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen)**
Frau Dr. Wiesemann ist Ärztin, Professorin und Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen. Sie ist Mitglied der Leopoldina. Von 2012 bis 2020 war sie Mitglied des Deutschen und von 2010 bis 2016 Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO). Geladen auf Wunsch der FDP-Fraktion. PRO „Eizellspende“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die im Kontext der öffentlichen Anhörung zum *„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes - Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren“* zu Wort gekommenen Mediziner*innen und Reproduktionsmediziner*innen die Legalisierung der „Eizellspende“ befürworteten. Alle der katholischen Kirche nahestehenden Personen bzw. Institutionen sprechen sich gegen die

„Eizellspende“ aus. Aus feministischer Perspektive wird die „Eizellspende“ ebenso abgelehnt, wenn auch mit einer anderen Argumentation.

Ich war überrascht, dass Frau Dr. Thorn nicht als Einzelsachverständige eingeladen war. Sie erscheint mir als omnipräsent wo immer es um das Thema Gametenspende geht. Sie war Mitglied im Ethikrat und ist Mitglied der Leopoldina.

Auch Pro Familia habe ich als größte nichtstaatliche Organisation für Sexual-, Schwangerschafts- und Partnerschaftsberatung bei den angefragten Sachverständigen vermisst. Indirekt war Pro Familia aber durch den AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit) vertreten, in dem übrigens auch das FFGZ (Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum) Berlin Mitglied ist.

Die katholische Kirche war durch verschiedene Institutionen (SkF, KDFB) vertreten, nicht aber die evangelische Kirche. Obwohl auch diese indirekt durch den AFK vertreten war, in dem z.B. EVA, der Evangelische Fachverband für Frauengesundheit e.V., Mitglied ist. Insgesamt fällt auf, dass die Institutionen, Verbände und Einzelpersonen untereinander „verquickt“ sind. Frau Prof. Dr. Wiesemann z.B. war als Einzelsachverständige geladen, ist aber auch Mitglied der Leopoldina, das D·I·R wird u.a. vom BRZ getragen, Herr Prof. Dr. med. Krüssel war für das D·I·R bei der Anhörung und ist gleichzeitig im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer, außerdem Koordinator des größten universitären Kinderwunschzentrums Deutschland und Mitglied der Leopoldina.

Frau Dr. Schultz war als Einzelsachverständige geladen und ist gleichzeitig Mitglied beim Gen-ethischen Netzwerk, in dem auch Frau Koppermann Mitglied ist, die für den AFK anwesend war.

Bei der Online-Konferenz „30 Jahre Embryonenschutzgesetz: Medizinischer Fortschritt, gesellschaftlicher Wandel und politischer Handlungsbedarf“, zu der die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina gemeinsam mit der Konrad-Adenauer-Stiftung eingeladen hatte²², erfuhr ich von den geladenen Sprecherinnen der CDU/CSU-Fraktion, der SPD und den GRÜNEN, dass es zum Thema „Eizellspende“ keine einheitliche Parteiposition gibt, sondern die Abgeordneten nach ihrem Gewissen entscheiden. So vertraten sie in der Konferenz ausschließlich ihre persönliche Meinung. Nur die FDP hat sich als Partei für eine Legalisierung der „Eizellspende“ positioniert. Vertreter*innen der LINKEN und der AFD waren zu der Online-Konferenz nicht eingeladen, weil - ich zitiere sinngemäß aus meiner Erinnerung - „die Konrad Adenauer Stiftung niemand einlädt, der nicht zu Koalitionsverhandlungen bereit ist“.

²² Die Konferenz fand am 22.04.2021 über Zoom statt.

8. Zentrale Themen im Diskurs zur „Eizellspende“

Im Folgenden möchte ich auf zentrale Diskussionspunkte ausführlicher eingehen.

8.1. Die geteilte Mutterschaft

Hauptargument für ein Verbot der Eizellspende in Deutschland war bei Verabschiedung des ESchG 1991 die sogenannte „gespaltene Mutterschaft“, also das Vorhandensein von einer genetischen und einer austragenden Mutter. Dies sollte verhindert werden, da Folgen für das Kindeswohl befürchtet wurden.

In verschiedenen Publikationen (s.u.) wird angeführt, dass internationale Studien, die in der Zwischenzeit durchgeführt wurden, belegen, dass eine geteilte Mutterschaft keine Nachteile für die so entstandenen Kinder mit sich bringt. Zum einen wird dies allgemein formuliert, d.h. ohne Nennung der Studien, wie z.B. hier in einer Veröffentlichung zum Fortpflanzungsgesetz, die von dreizehn Autor*innen verfasst und von der Leopoldina herausgegeben wurde:

„Beim Verbot der Eizellspende im Embryonenschutzgesetz hat man sich auf die vermeintlich schädlichen Auswirkungen einer „gespaltenen Mutterschaft“ berufen. Mittlerweile ist jedoch durch Forschungen im Ausland belegt, dass keine bedeutsamen Nachteile für die Entwicklung und das Wohlbefinden der Kinder und die Eltern-Kind-Beziehung entstehen.“ (Leopoldina 2017: 7)

Zum anderen beziehen sich Autoren auf konkrete Studien, z.B. hier bei Prof. Dr. Kentenich:

„Ursprünglich wurden Bedenken geäußert bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung. Vorliegende Untersuchungen zeigen aber, dass die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder normal ist und die Eltern-Kind-Beziehung ebenfalls unauffällig ist (Ilioi et al. 2015).“ (Kentenich 2020: 25)

Oder auch bei Prof. Dr. Wiesemann:

„Allerdings gab es in der Tat 1990, bei der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes, wenig empirische Erkenntnisse darüber, wie Kinder die Tatsache verkraften, dass soziale und genetische Eltern nicht identisch sind. Solche Erkenntnisse liegen mittlerweile für die Samenspende und zum Teil auch für die Eizellspende vor (Söderström-Anttila 2001; Golombok et al. 2005; Ilioi et al. 2015; Golombok 2015; Zadeh 2018).“ (Wiesemann 2020:133f)

Das besondere an der Eizellspende ist, dass es zwei „leibliche“ Mütter gibt, die genetische und die austragende, wobei letztere zugleich die soziale Rolle einnimmt. Zwei Frauen sind biologisch an der Entstehung des Kindes beteiligt. Die genetische Mutter gibt die DNA, also die Erbanlagen (z.B. phänomenologische Merkmale wie die Haarfarbe) weiter. Aber auch die austragende Mutter ist über ihren Blutkreislauf mit dem Kind

verbunden, sie nährt es neun Monate und man weiß mittlerweile, dass auch sie über die „Epigenetik“²³ die Erbanlagen des Kindes beeinflusst.

Bei der Samenspende hingegen gibt es einen sozialen Vater und nur einen genetischen Vater. Ich frage mich daher, ob die Befürchtung, dass Kinder aus geteilter Mutterschaft eine Störung in ihrer sozio-emotionalen Entwicklung aufweisen könnten, mit Studien entkräftet werden kann, in denen Kinder aus Samenspende auf ihre sozio-emotionale Entwicklung hin untersucht wurden. Studien, die zur Entwicklung und Belastung von Kindern ausschließlich aus „Eizellspende“ forschen, habe ich vergeblich gesucht.

Die Langzeitstudie von Ilioni et al, auf die sowohl Kentenich als auch Wiesemann verweisen, untersuchte neben 28 Familien, die Eizellspende nutzten um Kinder zu bekommen, auch 29 Familien mit Kindern durch Leihmutterschaft (ohne Hinweis auf Eizell-, Samen-, bzw. Embryonenspende) und 31 Familien mit Kindern aus Samenspende. Außerdem wurden 57 Familien mit Kindern aus spontaner Schwangerschaft untersucht. Gegenstand der Studie waren das psychische Wohlbefinden der Eltern, die psychologische Anpassung der Jugendlichen sowie das Funktionieren als Familie (vgl. Ilioni et al. 2015). Es wurden keine Auffälligkeiten bei den Kindern aus Gametenspende festgestellt:

“Initial findings indicate that parents who used reproductive donation are not more likely to reject their child or have increased strain in parent-child relationships at adolescence. Furthermore, adolescents did not differ in their psychological adjustment, [...]” (Ilioni et al. 2015)

(Übersetzung: Erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern, die eine reproduktive Spende verwendet haben, ihr Kind nicht eher ablehnen oder die Eltern-Kind-Beziehungen im Jugendalter stärker belasten. Darüber hinaus unterschieden sich Jugendliche nicht in ihrer psychologischen Anpassung, obwohl einige von ihnen wussten, [...]. (vgl. Ilioni et al. 2015).

Auch wenn ich persönlich ebenso wie die zitierten Autor*innen davon ausgehe, dass eine geteilte Mutterschaft keine negative Auswirkung auf die Entwicklung der Kinder hat und ich diese Vorstellung der Wichtigkeit der genetischen Beziehung zwischen Mutter und Kind für veraltet halte, fragte ich mich doch, wie aussagekräftig diese Studie von Ilioni et al. ist und ob sie die Sorge um potentiell negative Folgen der geteilten Mutterschaft für das Kindeswohl wirklich entkräften kann. Nur 28 Familien mit Kindern aus „Eizellspende“ wurden untersucht. Inwieweit sind die Forschungsergebnisse zu den weiteren 31 Familien mit Kindern aus Samenspende übertragbar auf Kinder aus „Eizellspende“?

²³ Die DNA-Struktur eines Kindes wird durch Faktoren wie Ernährung, Stress und andere Umwelteinflüsse beeinflusst. Diesen Einfluss nennt man Epigenetik

Mein Interesse an den anderen genannten Studien war geweckt und es begann ein zeitintensiver Forschungsprozess, in dem ich mir die genannten Quellen genauer ansah. Im Anhang habe ich diesen Quellenkritischen Exkurs in Kap. 1 zusammengefasst.

Dr. Christoph Revermann und Dr. Bärbel Hüsing wiesen bereits 2010 darauf hin, dass ein Bedarf an evidenzbasierten Forschungsprojekten bestünde.

„Die Erforschung der Sicherheit, Risiken und Folgen reproduktionsmedizinischer Verfahren wurde international nicht mit derselben Dynamik und Intensität betrieben wie die Weiter- und Neuentwicklung von ART-Techniken.“²⁴(Revermann / Hüsing 2010).

Diese Entwicklung scheint sich leider fortgesetzt zu haben.

Der Verein „Spenderkinder e.V.“ betont, dass keine Langzeitstudien vorliegen, die die mittlerweile erwachsenen „Eizellspendenkinder“ zu ihrer Identitätsentwicklung und ihrer Sicht auf ihre Zeugungsweise befragen. Sie schreiben:

„Zwar gibt es Studien, nach denen Kinder und Jugendliche, die mit vermittelten Eizellen oder Samen entstanden sind, psychopathologisch unauffällig sind und sozial funktionieren. Vom Funktionieren kann jedoch nicht auf das subjektive Erleben der Spenderkinder geschlossen werden. Von durch Samenvermittlung gezeugten Menschen weiß man, dass die Entstehungsweise – wie auch bei adoptierten Menschen – häufig erst im Erwachsenenalter an Bedeutung gewinnt, wenn sie sich zunehmend von ihrer Herkunftsfamilie emotional emanzipieren. Es gibt Hinweise darauf, dass - nicht nur in Deutschland - erwachsene Spenderkinder Keimzellvermittlung kritischer sehen, als dies von der Reproduktionsmedizin und Wunscheltern gewünscht ist.“

Während in der bereits mehrfach erwähnten Anhörung des Ausschuss für Gesundheit Dr. Noreen van Elk, Sachverständige des Kommissariat der deutschen Bischöfe, sagte: „Die Folgen dieser sogenannten gespaltenen Elternschaft sind noch nicht abschließend erforscht.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 5), hörte man von Prof. Dr. Jochen Taupitz, Sachverständiger der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina, „Alle Erfahrungen im Ausland sprechen dafür, dass keine Gefährdung des Kindeswohls durch die sogenannte gespaltene Mutterschaft droht“ (Deutscher Bundestag 2021c: 9).

Ebenso wie bei der Frage nach dem gesundheitlichen Risiko für die „Spenderinnen“, (s.u.) werden die vorliegenden Untersuchungen unterschiedlich interpretiert und bewertet.

Anna sagte über ihre Mutterschaft in unserem Interview:

„[...] das kann ich überhaupt nicht nachvollziehen [...] dass es irgendwie wichtiger wär, dass die Identität der Mutter klar ist, [...], im Gegenteil [...], ich meine, sie [die Tochter] hat Fotos von mir, wo sie in meinem Bauch ist und ich kann ihr von der Geburt erzählen. Also

²⁴ ART: „Assistierte Reproduktionstechniken“ – die verschiedenen Methoden der Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung.

die Bindung ist ja da. Also ich glaube nicht, dass sie irgendwie daran zweifelt, dass ich ihre Mutter bin.“

Und weiter:

„Das ist ja so, ich meine, ohne meinen Körper wäre sie nicht geboren. Sie wäre eben... auch die gleiche Konstellation in einem anderen Körper, wäre sie anders geworden. Mein Körper hat sie neun Monate genährt. Meine Hormone haben Sachen in ihrem Hirn ausgelöst, die so sind, weil sie in meinem Körper war. Und insofern finde ich, es ist ganz klar, wer die Mutter ist. Also für mich ist... Also ich meine, ich bin die, die ihr das Leben gegeben hat. Für mich ist das total klar.“

8.2. „Wenn Samenspende erlaubt ist, muss „Eizellspende“ auch erlaubt sein“

In einem Vortrag mit dem Titel „Ein modernes Fortpflanzungsmedizingesetz in Deutschland“ stellte Prof. Dr. Kentenich eine Infratest-Befragung an 1.000 Personen vor. Die Fragestellung lautete:

„In Deutschland ist die künstliche Befruchtung durch Spendersamen erlaubt. Dagegen ist es verboten, eine Schwangerschaft mit Eizellen von Spenderinnen herbeizuführen. Halten Sie diese gesetzliche Beschränkung für richtig, oder sollte sie gelockert werden?“ (vgl. Kentenich 2015: 51).

29 % der Befragten gaben an, dass die Beschränkung richtig sei, 60 % gaben an, dass die Beschränkung gelockert werden sollte (vgl. Kentenich 2015: 51).

Die Leopoldina schreibt:

„Die Spende von Samenzellen ist in Deutschland erlaubt, die Eizellspende verboten. Während also infertile Männer mit Hilfe einer Keimzellspende eine Familie gründen können, ist diese Option Frauen, die etwa in Folge einer Krebserkrankung keine eigenen Eizellen mehr bilden können, verwehrt. Diese Ungleichbehandlung der Geschlechter lässt sich schwerlich rechtfertigen.“ (Leopoldina 2017: 7)

Auf juristischer Ebene wird argumentiert, dass dies eine verfassungsrechtliche Frage sei. Das Verbot der „Eizellspende“ würde gegen Art. 3 Abs. 3 GG²⁵ verstoßen, da Samenspenden erlaubt sind (vgl. Wojtowicz 2018: 133-138). Anna sagte spontan im Interview dazu:

„Ich meine, entweder man sagt, es geht gar nicht, dann müsste man eben auch Samenspenden verbieten, aber Eizelle nicht erlauben und Samenzelle erlauben, das geht irgendwie gar nicht, finde ich.“

²⁵ Art. 3 GG:

- (1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.
- (2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.
- (3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, [...] benachteiligt oder bevorzugt werden.

Auch mir erschien es auf den ersten Blick ungerecht und empörend, dass Männer Samen spenden dürfen und Frauen nicht. Während Spermien aber immer wieder neu produziert werden und eine Samenspende durch Masturbation erfolgt, reduzieren sich die Eizellen ab der Geburt der Frau, es werden keine neuen produziert und die „Eizellspende“ ist ein invasiver, potentiell gesundheitsgefährdender Eingriff (vgl. Kap. 8.3.). Meines Erachtens handelt es sich um grundsätzlich verschiedene Ausgangslagen, die so nicht miteinander verglichen werden können.

Die Fragestellung in der oben erwähnten Infratest-Umfrage halte ich für suggestiv. Hätte man sie anders formuliert, nämlich um einen Hinweis auf die ungleiche gesundheitliche Gefährdung ergänzt²⁶, wäre wahrscheinlich auch ein anderes Umfrageergebnis erzielt worden.

Ich denke, dieses Argument „Wenn Samenspende erlaubt ist, muss „Eizellspende“ auch erlaubt sein“, zielt auf Gleichberechtigung ab, ohne dass es dabei die gegebenen ungleichen Umstände berücksichtigt.

Werden Männer künftig – sobald dies medizinisch möglich ist – mit dem Hinweis auf Gleichberechtigung einfordern, dass sie eine Gebärmutter implantiert bekommen, damit sie auch die Erfahrung machen dürfen, Kinder auszutragen? Und Frauen werden dann – für eine Aufwandsentschädigung – ihre Gebärmutter spenden?

Wie weit geht das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper?

8.3. Die gesundheitlichen Folgen für die „Eizellspenderin“

Wie bereits gesagt, ist die Entnahme der Eizelle für die „Spenderin“ mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Die Einschätzungen hierzu sowie die Datenlage wird von den Expert*innen jedoch grundsätzlich unterschiedlich bewertet.

So sieht Monika Frentznick vom Feministischen Frauen Gesundheits Zentrum Berlin (FFGZ), die in der Anhörung des Deutschen Bundestag zur „Eizellspende“ am 27. Januar 2021²⁷ als Sachverständige geladen war, Forschungsbedarf zu langfristigen Risiken und Auswirkungen der hormonellen Stimulation (vgl. Deutscher Bundestag, 2021c: 8). Auch die Sachverständige Silke Koppermann vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AFK) ist der Meinung:

26 Z.B. so: „In Deutschland ist die künstliche Befruchtung durch Spendersamen erlaubt. Dagegen ist es verboten, eine Schwangerschaft mit Eizellen von Spenderinnen herbeizuführen. Spendersamen werden durch Masturbation gewonnen. Zur Gewinnung von „Eizellspenden“ müssen die Spenderinnen eine die Gesundheit beeinträchtigende Hormonbehandlung erhalten, anschließend werden die Eizellen durch eine Punktion unter Vollnarkose gewonnen. Studien zu Langzeitfolgen gibt es nicht. Halten Sie diese gesetzliche Beschränkung für richtig, oder sollte sie gelockert werden?“

²⁷ Siehe dazu das Kapitel „Die juristische Situation in Deutschland“

„Es gibt keine ausreichende Forschung zu langfristigen Folgen für die Spenderin und deren eigene Fruchtbarkeit durch die Interventionen.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 14).

Prof. Dr. Claudia Wiesemann vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen, war als Einzelsachverständige bei der Anhörung anwesend und beurteilt die Studienlage hingegen als ausreichend:

„Mittlerweile sind die Nebenwirkungen, die bei der Eizellspende auftreten, an über 10.000 Frauenzyklen untersucht worden. Es hat sich herausgestellt, dass mittelschwere bis ernste Nebenwirkungen nur bei jeder 200sten Frau auftreten. Das Überstimulationssyndrom, das angeführt wurde, tritt bei der modernen Stimulationsform überhaupt nicht mehr auf. Was möglich ist, das sind vaginale Blutungen oder Blutungen in den Bauchraum hinein. Diese Komplikationen, die, wie gesagt sehr selten sind, können und konnten bisher mit einem kurzen Krankenhausaufenthalt aufgefangen und behandelt werden.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 12)

Was „mittelschwer bis ernst“ bedeutet, erfahren wir an dieser Stelle nicht.

Die folgende Grafik bezieht sich auf Komplikationen bei der Eizellentnahme von Frauen, die sich für eine IVF ihre eigenen Eizellen entnehmen lassen. Wie bereits angeführt, erhalten die Frauen hierzu eine wesentlich geringere Hormondosis als bei einer „Eizellspende“. Dennoch hatte eine von 100 Frauen Komplikationen.

Bei 0,04% (in Zahlen ausgedrückt: bei 24 von 64.106 Frauen) war eine operative Versorgung notwendig.

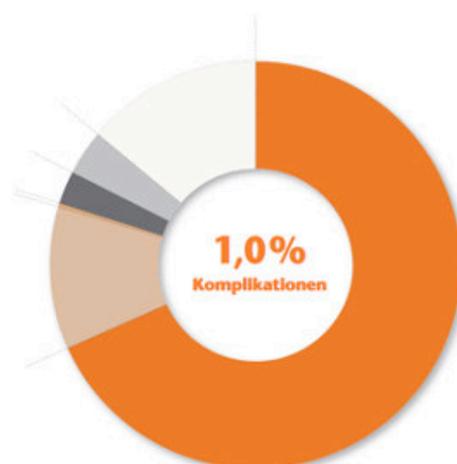
Komplikationen bei der Eizellentnahme 2018

Prospektive Daten



Eizellentnahmen gesamt	64.106	100,0%
Keine Angaben	0	0,0%
Keine Komplikationen	63.449	99,0%
Komplikationen	657	1,0%

Komplikationen	n	%
vaginale Blutungen	449	68,3
intraabdom. Blutung	74	11,3
Darmverletzung	2	0,3
Peritonitis	17	2,6
op. Versorgung notwendig	24	3,7
Sonstige	91	13,9
Gesamt	657	100,0



(Grafik: D·I·R 2019: 40)

Kentenich et al. gehen davon aus, dass „Spenderinnen“ keine spätere Unfruchtbarkeit befürchten müssen, offizielle Hinweise auf Langzeitfolgen gäbe es derzeit nicht (vgl.

Kentenich et al. 2020: 25; Leopoldina 2019: 67). Die „American Society for Reproductive Medicine“ (ASRM)²⁸ empfiehlt, dass eine Frau nicht mehr als sechs Mal „spenden“ sollte. Auch sie geht davon aus, dass es gegenwärtig keine Risiken für die „Spenderinnen“ gäbe, merkt aber an, dass keine Langzeit-Follow-Up-Daten für „Spenderinnen“ vorliegen (vgl. American Society for Reproductive Medicine 2020). Darauf verweist auch der Verein Spenderkinder e.V. Der Verein bezieht sich auf den Artikel: „Long-term breast cancer risk following ovarian stimulation in young egg donors: a call for follow-up, research and informed consent“²⁹. Die Autorinnen des Artikels weisen darauf hin, dass es keine Langzeitstudien gibt, was aber nicht ausschließen würde, dass es kein Langzeitrisiko gäbe. Sie fordern ein „Spenderinnen“-Register, das Langzeitstudien möglich macht. Bis Langzeitstudien vorliegen, müssten „Spenderinnen“ explizit darauf hingewiesen werden, dass es keine verbindlichen Informationen zum Langzeitrisiko gibt, dieses also auch nicht ausgeschlossen werden könne. Zudem fordern sie, dass die „Spenderinnen“ transparente Einverständniserklärungen unterschreiben sollten (vgl. Schneider et al 2017). Es ist also festzuhalten, dass die akuten Nebenwirkungen der Hormonstimulation in der Zwischenzeit durch Weiterentwicklung wesentlich zurück gegangen sind, das Risiko für die Frauen dennoch unterschiedlich beurteilt wird. Die Gefährdung durch Vollnarkose ist vergleichbar mit jeder anderen Operation. Was die Langzeitfolgen angeht, gibt es unterschiedliche Ansichten, ob die derzeitige Datenlage ausreichend ist. Meine Interviewpartnerin Anna erzählte von ihren Erfahrungen mit der Eizellentnahme für ihre IVF:

„[...] ich hab das ja jetzt auch durchgemacht. Ich hab ja im Prinzip so ne Hormonbehandlung und Punktion und alles, wie das ne Spenderin auch macht, mitgemacht. Und ich meine, es ist OK. Also, Du musst Dir halt dieses Zeug spritzen, das muss man halt können und mögen...[lacht]. Und dann hast Du halt dann irgendwann so das Gefühl, [...] Du hast irgendwie nen Fußball in Deinem Unterleib, weil da halt diese vielen Zellen schon n bisschen drücken [...] Ich hatte so nen geschwollenen Bauch [...]. Ja, und dann haste die Vollnarkose. Aber das wars auch. Also, [...]... ich mein, es gibt ja auch Frauen, die machen das zehn-, zwölfmal, um das Kind zu bekommen. Ich hätte das jederzeit wieder gemacht, das wäre es mir wert gewesen. [...] also ich würde jetzt mal sagen [...], dass es früher bestimmt schlimmer war, [...] aber jetzt, die Unannehmlichkeiten für die Spenderin sind überschaubar. Natürlich kann was schief gehen. ..., es ist alles immer medizinisches Risiko. Aber, an sich glaube ich, ist das jetzt..., das ist jetzt nicht so wild. Vollnarkose ist

²⁸ Die ASRM wurde bereits 1944 von „Fruchtbarkeitsexperten“ gegründet. Sie bezeichnet sich als „multidisziplinäre“ Organisation, die sich der Weiterentwicklung und der Wissenschaft und Praxis der Reproduktionsmedizin widmet.

²⁹ Deutsch: „Langfristiges Brustkrebsrisiko nach Stimulation der Eierstöcke bei jungen Eizellspenderinnen: Ein Aufruf zu Nachsorge-Untersuchungen, Forschung und informierter Zustimmung.“

natürlich ein Ding. Aber, an sich finde ich das als Argument [gegen die Eizellspende], das reicht nicht. [...].“

Was Anna nicht wusste: „Spenderinnen“ bekommen höher dosierte Hormone zur Stimulation, (s.o.). Jüngere Frauen, wie es die „Spenderinnen“ sind, reagieren meist viel sensibler auf die Hormonstimulation, als ältere Frauen, d.h. die Gefahr einer Überstimulierung ist größer.

Anna hat sich der Hormonstimulation für ihr eigenes Interesse unterzogen. Von einer „Spenderin“ wird erwartet, dass sie sich dieser Prozedur ohne eigenes Interesse und zum Nutzen einer anderen Person unterzieht.

8.4. Analogie zur Lebend-Organ spende

Medizinethisch wird ein Unterschied gemacht, ob ein (gesunder) Mensch einen gesundheitsgefährdenden Eingriff vornehmen lässt, um selbst davon zu profitieren oder ob ein anderer Mensch davon profitiert:

„Ethische Bedenken gegen die Eizellspende werden vor allen Dingen dahingehend vorgebracht, dass die Eizellspenderin sich einem Eingriff unterziehen muss, von dem sie selbst keinen eindeutigen Nutzen hat.“ (Kentenich et al. 2020: 26).

Eizellen sind Gewebe im Sinne des Transplantationsgesetzes (TPG)³⁰, daher könnte man ableiten, dass „Eizellspenden“ ebenso wie die Lebendorganspende von Niere und Teilen der Leber erlaubt werden müsste. Prof. Dr. Lob-Hüdepohl weist auf einen Unterschied hin: Bei einer Lebendspende geht es meist um „die Abwendung unmittelbarer Todesgefahr“, bzw. um die „Vermeidung einer schweren weiteren chronifizierten Belastung“ des*der Empfänger*in der Organspende (vgl. Deutscher Bundestag 2021c: 7).

Dem könnte man entgegenhalten, dass ein unerfüllter Kinderwunsch eine massive psychische Belastung ist. Anna sagte:

„Ich meine diese Kinderwunschzeit, dieses Leiden, das ist unglaublich was da Frauen angetan wird.“

Wie kann man das eine gegen das andere aufwiegen?

Mir erschien es nur logisch, dass es analog zur Nierenspende, erlaubt sein müsste, dass ich selber darüber entscheiden darf, ob ich z.B. meiner Schwester (oder einer anderen

30 Vgl. § 1a Nummer 4 TPG:

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG)

§ 1a Begriffsbestimmungen

[...]

4. sind Gewebe alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe nach Nummer 1 sind, einschließlich einzelner menschlicher Zellen;

[...]

mir nahestehenden Person) eine Eizelle „spende“. Aber auch hierzu gibt es unterschiedliche Auffassungen und Einwände.

Dr. Lettow z.B. diskutiert grundsätzlich inwieweit wir Eigentümer*innen unserer „Körperstoffe“ sind und spricht in dem Zusammenhang von der „Konstruktion des Körpers als Eigentum“ und damit einhergehender „Inwertsetzung von Körperstoffen“ (vgl. Lettow 2015: 34).

Dr. Susanne Schultz z.B. argumentiert, dass es auch in „sozialen Nahbeziehungen“ „Machtverhältnisse“ gäbe und eine „moralische Bringschuld“ entstehen könnte (vgl. Deutscher Bundestag 2021c: 7). Hingegen ergab eine qualitative Befragung in Kanada im Jahr 2011 an 15 „Eizellspenderinnen“ aus dem Familien- bzw. Freundeskreis, dass es nur wenige Hinweise auf Beziehungsschwierigkeiten zwischen „Spenderinnen“ und Empfängerinnen gegeben hätte. Zudem hätte es keinerlei Hinweise auf „Zwang“ während oder nach der „Spende“ gegeben (vgl. Yee et al. 2011). Hier könnte man wiederum einwenden, wie aussagekräftig eine Befragung an nur 15 „Eizellspenderinnen“ ist.

Ich war wirklich erstaunt, als ich Dr. Schultzes Bedenken bezüglich der Machtverhältnisse in nahen Beziehungen las. Mir wurde wieder mal deutlich, wie meine Meinungsbildung aus meiner subjektiven, persönlichen Erlebenswelt hervorgeht³¹: In „meiner kleinen Welt“ sind zwischen meiner Schwester und mir, meinen Freundinnen und mir offene Gespräche, „Gespräche auf Augenhöhe“, meine Realität. Für meinen Partner und mich war eine Samenspende von seinem Bruder das Nächstliegende. Mit dem Bruder führten wir offene Gespräche. Ich frage mich jetzt, ob er sich jemals von uns unter Druck gesetzt fühlte? Wir alle fanden die Vorstellung schön, dass das Kind dieselben genetischen Großeltern haben würde.

Dass sich das für andere Menschen aber unterschiedlich darstellt, erfuhr ich auch von Anna in unserem Interview. Als ich sie fragte, ob sie mal die Überlegung gehabt hätte, dass ihre Schwester für sie „spendet“, antwortete sie:

„Ne gar nicht, die würde so was auch nie machen. Das ist der viel zu abenteuerlich... und... ne, das fände ich viel zu kompliziert. Das fände ich zu nah, [...]“

Und als ich mit einer Freundin über das Thema sprach, wusste sie von einer Bekannten zu erzählen, die unter großem Druck stand, ihrem Bruder, zu dem sie eine sehr schwierige Beziehung hat, eine Niere zu spenden. Nach einer innerlich zerreißen Auseinandersetzung und mit Unterstützung von außen entschied sie sich schließlich dagegen.

³¹ Über den Prozess der Meinungsbildung und dem Hadern mit meiner Positionierung habe ich im Forschungstagebuch vom 10.04.2021 reflektiert, siehe im Anhang, Kap. 3.

8.5. Die Kommerzialisierung der „Eizellspende“ - Altruistische Spende oder Ausbeutung?

Befürworter*innen der „Eizellspende“ argumentieren, dass es sich um die selbstbestimmte Entscheidung einer Frau aus hauptsächlich altruistischen Motiven handelt, Kritiker*innen hingegen sehen die Gefahr einer Ausbeutung von Frauen in prekären Lebenssituationen.

Die Diplom-Psychologin und Mitglied im Verein Spenderkinder e.V. Anne Meier-Credner sagte bei der Anhörung des Gesundheitsausschuss:

„ [...] Der Aufwand und die Risiken der Eizellabgabe sind wesentlich höher als bei der Samenabgabe und deswegen wird üblicherweise eine wesentlich höhere Aufwandsentschädigung gezahlt. Das kann insbesondere für ärmere Frauen einen Anreiz darstellen, diese Risiken trotzdem einzugehen. Um das zu verhindern, müsste die Aufwandsentschädigung auf ein anreizloses Minimum reduziert werden. Erfahrungen aus Österreich und Großbritannien zeigen jedoch, dass dann Frauen kaum bereit sind, sich den Risiken auszusetzen. (Deutscher Bundestag 2021c: 14)

Als Argument, dass Frauen aus ökonomischen und nicht aus altruistischen Gründen spenden, wird angeführt, dass Erfahrungen im Ausland zeigen würden, dass es eine Korrelation zwischen der Höhe der Aufwandsentschädigung und „Spenderinnen“-Zahlen gibt. Dr. Schultz berichtete in der Anhörung des Bundestags, dass z.B. in Österreich, wo lediglich Auslagen wie Taxiquittungen an die „Spenderinnen“ zurückerstattet werden, nur sehr wenige Frauen zu „Spenden“ bereit sind. In Großbritannien wurden zunächst nur 250 £ Aufwandsentschädigung bezahlt, 2002 wurde dies dann auf 750 £ erhöht „um den Markt zu bedienen“ (vgl. Deutscher Bundestag 2021c: 7). Die Wartelisten in Großbritannien auf eine „Eizellspende“ sind lang, der Grund, weswegen sich selbst Frauen aus Großbritannien (wo „Eizellspende“ legal ist) ins Ausland begeben um eine „Eizellspende“ zu empfangen.

Nach Angaben der ESHRE³², ergab eine Befragung an 63 „Eizellspende“-Zentren in 11 europäischen Ländern, dass als Motive der „Spenderinnen“ von 47,8 Prozent der „Spenderinnen“ „reiner Altruismus“ angegeben wurde. 33,9% gaben Altruismus und finanzielle Gründe an, nur 10,8 % gaben reine finanzielle Beweggründe zur „Spende“ an. Schaut man auf die einzelnen Länder, gaben in Frankreich 100% der „Spenderinnen“ altruistische Motive an, in Finnland 88,7 % und in Belgien 86,2 %. Besonders häufig gaben „Spenderinnen“ in Russland mit 52,3%, in Griechenland mit 39,5 % und in der Ukraine 28,3 % rein finanzielle Gründe an (vgl. ESHRE 2017b).

³² Die „European Society of Human Reproduction and Embryology“ (ESHRE) wurde 1985 u.a. von Robert Edwards, einem der Entwickler der IVF, gegründet. Sie versteht sich als multidisziplinäre Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin und Embryologie.

Ich möchte hierbei betonen, dass ich weder die Fragestellungen noch das Design der Umfrage der ESHRE herausfinden konnte. Anzumerken ist, dass in Russland die „Spende“ aus finanziellen Gründen ausdrücklich erlaubt ist, während in den Ländern der EU ausschließlich „Spenden“ aus altruistischen Gründen zugelassen ist. Laut der EU-Richtlinie 2004/23/EC aus dem Jahr 2004 ist die kommerzielle Keimzellvermittlung in der EU verboten, es darf lediglich eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Wie das folgende Beispiel veranschaulicht, wusste diese Frau was sie sagen musste, um als „Spenderin“ zugelassen zu werden: In der ZDF-Dokumentation „Das Geschäft mit dem Kinderwunsch“ von Julia Kaulbars kommt die spanische „Eizellspenderin“ Élia Muñoz Rubiano zu Wort. Als 25-jährige Studentin hatte sie Schwierigkeiten ausreichend Geld für ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Sie „spendete“ insgesamt sechs Mal. Pro „Spende“ bekam sie 900 €. Sie erzählt, dass sie mit der ersten Zahlung direkt zu ihrem Vermieter ging und drei Monatsmieten beglich. Sie sagte, dass sie wusste, dass sie dem Psychologen der Kinderwunschlinik antworten müsse, dass sie aus altruistischen Motiven „spenden“ wolle, um Menschen zu helfen (vgl. Kaulbars 2021).

Die Philosophin Dr. Susanne Lettow lehrt an der Freien Universität Berlin. In ihrem Aufsatz „Biokapitalismus und Inwertsetzung der Körper“ beschreibt sie eine Situation in Indien, in der Frauen vermehrt Kliniken aufsuchten, um durch „operative Eingriffe“ Geld zu verdienen, als direkte Folge der internationalen Finanzkrise von 2008, die verursachte, dass viele Männer arbeitslos wurden und Familien verarmten. Dr. Lettow spricht von „monetarisierter Fortpflanzungsarbeit“ und stellt sie in den Kontext globaler kapitalistischer und patriarchaler Prozesse (vgl. Lettow 2015: 37):

“Die Rekrutierung von Frauen als Leihmütter oder Eizellspenderinnen ist zwar ein komplexer, global hochgradig stratifizierter Prozess. Doch für einige Frauen stellt die monetarisierte Fortpflanzungsarbeit eindeutig eine Fortsetzung anderer Formen geschlechtsspezifischer und sexualisierter Ausbeutung dar. So wird monetarisierte Fortpflanzungsarbeit einerseits häufig als moralisch weniger anstößige Alternative zur Prostitution betrachtet, da sie keinen sexualisierten Körperkontakt einschließt. Andererseits sind es gerade auch die etablierten Strukturen von monetarisierter Haus- und Sexarbeit, an die sich die relativ neuen Praktiken der Fortpflanzungsarbeit anlagern.“ (Lettow 2015: 37)

Die Biologin und Philosophin Prof. Dr. Sigrid Graumann, derzeit Mitglied im Deutschen Ethikrat, plädiert in ihrem Artikel „Eizellspende – Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen?“ für eine Aufrechterhaltung des Verbots der Eizellspende zum Schutz der „Spenderinnen“:

„Eine Legalisierung der Eizellspende würde [...] die Ausbeutung von unterprivilegierten jungen Frauen für das Erfüllen der Kinderwünsche anderer Frauen nicht verhindern, sondern allenfalls partiell verlagern. [...] Wer den „Fortpflanzungsmedizinismus“ wirkungsvoll verhindern will, sollte sich dagegen für eine effektive Durchsetzung grundlegender

medizinethischer Standards und geltender europäischer Regeln wie des Kommerzialisierungsverbots und des Verbots anonymer Eizellspenden in ganz Europa starkmachen.“ (Graumann 2016: 71)

Die Ärztin und Medizinethikerin Prof. Dr. Claudia Wiesemann hingegen sieht in einer Legalisierung der Eizellspende in Deutschland die Möglichkeit, Frauen in anderen Ländern vor Ausnutzung einer ökonomischen Not zu bewahren. In Deutschland könnte ein „spenderinnen“-freundliches Regelwerk formuliert und durchgesetzt werden, „[...] dass insbesondere die Selbstbestimmungsfähigkeit der Spenderin fördert und die Nebenwirkungen des Eingriffs gering hält“ (Wiesemann 2020: 136). Sie verweist auf positive Beispiele wie in Finnland und Großbritannien, wo die „Eizellspende“ gut geregelt sei. In Finnland belege eine Studie die hohe Zufriedenheit der „Spenderinnen“ (vgl. Wiesemann 2020: 135-137; Deutscher Bundestag 2021c: 12).

Auch der Jurist Prof. Dr. Taupitz sieht in einer Aufhebung des Verbotes der „Eizellspende“ in Deutschland die Möglichkeit einer potenziellen Ausbeutung von „Spenderinnen“ entgegen zu wirken. Er argumentiert:

„Ich habe gerade gesagt, dass menschliche Keimzellen Gewebe im Sinne von § 1a des Transplantationsgesetzes sind, sodass für sie selbstverständlich das Verbot des Handel-treibens nach § 17 Transplantationsgesetz gilt. Ein Verstoß wird mit bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe oder mit Geldstrafe bestraft. Das ist, wie generell bezogen auf den Organhandel, offensichtlich in Deutschland eine wirksame Sanktionsdrohung. Ich sehe nicht, warum diese Sanktionsdrohung bezogen auf die Eizellspende nicht wirken sollte und einer Ausnutzung finanzieller Notlagen somit nicht wirksam begegnet werden kann.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 9)

Die hier diskutierten Positionen haben eingeräumt, dass es derzeit zu einer potentiellen Ausbeutung der „Spenderinnen“ im Ausland kommen kann. Während die einen gerade deswegen die „Eizellspende“ in Deutschland legalisieren wollen, um dies besser zu kontrollieren, argumentieren die anderen, dass sich die Ausbeutung verlagern würde bzw. zur „Eizellspende“ weiter ins Ausland gereist werden würde, nun aber mit größerer Legitimation.

Der Verein Spenderkinder e.V. erklärt, dass es für die entstehenden Kinder verletzend sei, „wenn die Abgabe von Samen- oder Eizellen finanziell motiviert ist und die genetischen Elternteile kein Interesse am Kind als Person haben“ (vgl. Spenderkinder e.V. 2021: 5). Ich habe den Eindruck, die Perspektive der aus „Eizellspende“ entstehenden Kinder (die irgendwann auch mal Erwachsene sind) wird in der gesamten Debatte eher wenig berücksichtigt.

Wie im Kapitel „Medizinische Grundlagen“ bereits erläutert, gibt es auch die Möglichkeit Eizellen durch das sogenannte „Egg-Sharing“ zu gewinnen. Dass also Frauen, die sich für sich selber Eizellen entnehmen lassen um sie durch IVF befruchten zu lassen,

zugleich noch mehr Eizellen für eine „Spende“ entnehmen lassen. Dr. Susanne Schultz und Prof. Dr. Kathrin Braun warnen in diesem Zusammenhang von „verdeckten Strategien der Kommerzialisierung“, wenn die Eizellen gegen einen kostenlosen Behandlungszyklus getauscht werden (vgl. Schultz/Braun 2010).

Die Soziologin Sara Lafuente-Funes thematisiert, dass während die „Spenderinnen“ aus rein altruistischen Motiven und keinesfalls aus ökonomischen Gründen spenden dürften, so würden die kommerziellen Interessen der Reproduktionskliniken mit „Eizellspenden“ als Teil eines umfassenden Geschäftsmodells nicht hinterfragt (vgl. Lafuente-Funes 2019).

In der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 21.12.2020 war zu lesen:

“Weil viele Frauen erst in höherem Alter Kinder bekommen wollen, setzt der Gesundheitskonzern Fresenius auf Reproduktionsmedizin: Die Helios-Kette kauft spezialisierte Krankenhäuser in neun Ländern. Der Deal soll schon bald Ergebnisse liefern.” (FAZ 2020)

Und weiter:

“Fresenius führt seit Jahren reproduktionsmedizinische Behandlungen durch, wenngleich in überschaubarer Zahl: Im vergangenen Jahr wurden 7000 Patienten in dem Feld betreut, die meisten in Spanien. Mit der Übernahme werde Fresenius Helios ein führender Anbieter im noch stark fragmentierten Markt für Reproduktionsmedizin und ergänze die Präsenz der Klinikette in Deutschland, Spanien und Lateinamerika.” (FAZ 2020)

Die Reproduktionsmedizin ist ein internationales Geschäft. 2005 plante die britische Behörde “Human Fertilisation and Embryology Authority” (HFEA) den Bedarf an Eizellen in Großbritannien, für den nicht genügend britische „Spenderinnen“ rekrutiert werden konnten, durch rumänische „Spenderinnen“ zu decken. Es sollten 1000 £ pro Spende gezahlt werden. Da das durchschnittliche Monatseinkommen in Rumänien seinerzeit 150 £ betrug, wurde dies nicht mehr als Aufwandsentschädigung bewertet (vgl. Kaufmann 2005). Das Europäische Parlament verfasste daraufhin eine Stellungnahme (B6-0200/2005), in der sie den angebahnten Handel verurteilte und die britische Regierung aufforderte, dem Handel ein Ende zu setzen.

8.6. Die Auswirkungen einer gesetzlichen Legalisierung der „Eizellspende“

Eine Legalisierung der „Eizellspende“ in Deutschland würde die „Reproduktions-Reisen“ ins Ausland reduzieren. Je nach Regelungen und Angebot in Deutschland, würden aber eventuell einige Menschen weiterhin die Eizellspende im Ausland in Anspruch nehmen – sei es aus ökonomischen Gründen oder weil sie eine anonyme Eizellspende vorziehen. Sollte eine Altersgrenze von z.B. 50 Jahren für die Empfängerin festgelegt werden, würde eine 52-jährige Frau weiterhin z.B. nach Spanien reisen, wo keine Altersgrenze festgelegt ist. Ebenso würden Paare und Frauen weiterhin die „Eizellspende“ im Ausland in Anspruch nehmen, wenn die Wartezeiten in Deutschland zu lang wären. Die

Reproduktionsreisen ins Ausland würden durch die Legalisierung in Deutschland eine höhere Legitimität erfahren.

Beratung zur Eizellspende würde in Deutschland nicht mehr kriminalisiert und ein niederschwelliges (psychosoziales) Beratungsangebot könnte installiert werden. In der Beratung könnten die Wunscheltern vorab z.B. auch über das Recht der Kinder auf Kenntnis der Abstammung informiert werden. Eine Legalisierung würde sicherlich zu einer Endstigmatisierung der „Eizellspende“ in der Öffentlichkeit beitragen. Dies könnte zur Folge haben, dass mehr Eltern bereit wären, ihre Kinder über ihre gewählte Zeugungsmethode aufzuklären.

Gleichzeitig könnte durch eine Legalisierung auch ein Bedarf geweckt werden („Angebot und Nachfrage“) und eventuell würden Betroffene weniger hinterfragen, was sie tun. Frauen könnten sich gesellschaftlich unter Druck gesetzt fühlen, eine Schwangerschaft aufzuschieben um erst Karriere zu machen. Zudem könnten Frauen sich unter Druck gesetzt fühlen, alle Möglichkeiten der assistierten Reproduktionstechnologie auszuschöpfen um doch noch schwanger zu werden, anstatt mit der Kinderlosigkeit einen Frieden zu finden.

9. Nicht-medizinische Gründe für den Bedarf einer „Eizellspende“

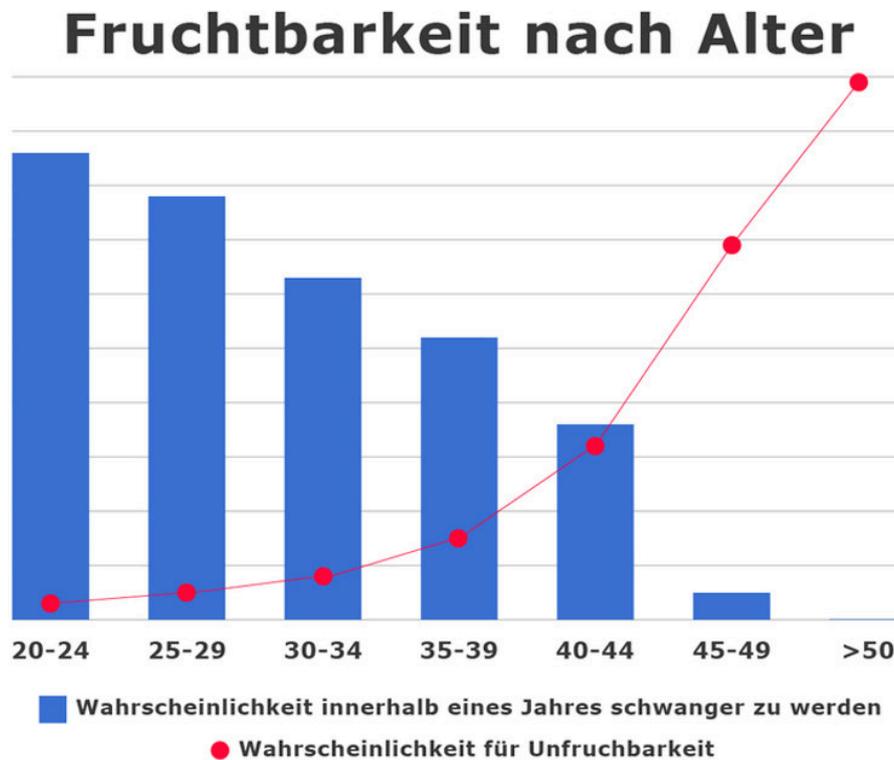
In diesem Kapitel habe ich nach der Ursache für den Bedarf an „Eizellspende“ geforscht.

9.1. Das reproduktive Zeitfenster und altersbedingte Infertilität

Die Studie „Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle“³³ an 782 Paaren aus dem Jahr 2002 zeigte, dass ein starker Zusammenhang zwischen dem Alter einer Frau und der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit besteht. Die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit bei Frauen im Alter von 19 bis 26 Jahren ist doppelt so hoch wie bei Frauen im Alter von 35 bis 39 Jahren (vgl. Dunson et al 2002). Dass die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden ab dem 35. Lebensjahr rapide abnimmt und die Anzahl von Fehlgeburten sich deutlich erhöht, zeigen auch Statistiken des Deutschen IVF-Registers von 2018 (vgl. D·I·R 2019: 32f).

³³ Übersetzt: „Veränderungen des Fruchtbarkeitsniveaus und der Fruchtbarkeitsdauer im Menstruationszyklus mit dem Alter“.

Die folgende Grafik veranschaulicht: Frauen sind zwischen dem 20. und dem 24. Lebensjahr statistisch gesehen am fruchtbarsten. Ab dem 35. Lebensjahr nimmt die Fruchtbarkeit rapide ab.



(Carcio / Rosenthal o.J., zitiert nach Schlaaff o.J.)

Neben den Frauen, die aufgrund einer medizinischen Indikation – wie im Kapitel Medizinische Grundlagen dargelegt – nur mit „Eizellspende“ schwanger werden können, sind die Mehrheit der Frauen, die „Eizellspende“ in Anspruch nehmen, altersbedingt infertil. Herr Prof. Dr. Klaus Zerres, Humangenetiker von der Uni-Klinik RWTH Aachen, der als Sachverständiger geladen war, sagte:

„Die Hauptindikation sind natürlich „ältere“ Frauen. Wir wissen, dass 40-jährige Frauen in einem sehr hohen Anteil Eizellen mit Chromosomen-Fehlverteilung haben. Das ist der Hauptgrund für die Indikation für die Eizellspende.“ (Deutscher Bundestag 2021c: 5)

Frauen im Alter von 41 Jahren verfügen durchschnittlich nur noch über 1% der bei der Geburt vorhandenen Eizellen. Diese wiederum sind häufig genetisch defekt, so kommt es erst gar nicht zu Schwangerschaften. Wenn doch eine Schwangerschaft entsteht, endet diese häufig mit einer Fehlgeburt (vgl. Kentenich et al. 2020: 24).

Ich habe versucht, genaue Zahlen zu recherchieren, wie viele der Frauen aus Altersgründen einen Eizelltransfer vornehmen lassen. Leider war es mir nicht möglich Datenmaterial ausfindig zu machen. Ich schrieb an Herrn Prof. Dr. Kentenich, der mir sehr freundlich antwortete, dass dazu keine zentralen Daten vorhanden seien und mir den

Tipp gab, Daten bei der amerikanischen Organisation „Society For Assisted Reproductive Technology“, kurz SART, anzufragen. Diese wiederum antworteten mir, dass ich diese Daten nur bei den jeweiligen Kliniken abfragen könne, ich schloss daraus, dass sie anscheinend nicht über ein zentrales Datenregister dazu verfügen und schrieb an zehn ihrer Kliniken. Leider erhielt ich auf meine Anfragen keine einzige Antwort. Auch schrieb ich an die ESHRE, aber bekam auch hier keine Antwort.

Ich konnte demnach kein Datenmaterial ausfindig machen, das den Anteil altersbedingter Infertilität bei Frauen, die Eizellspende in Anspruch nehmen, untersucht. Ich gehe wie dargelegt davon aus, dass sie den Großteil der Empfängerinnen ausmachen.

9.2. Die Unwissenheit über das reproduktive Zeitfenster

Anna erzählte im Interview über ihre Erfahrungen mit Frauenärztinnen, die nicht mit ihr die altersbedingten Grenzen der Fruchtbarkeit thematisierten:

„Selbst meine beiden Frauenärztinnen, die haben das nie so klar auf den Tisch gebracht. Die haben nie gesagt, wissen Sie, Sie sind eigentlich schon am äußersten Limit und es kann sehr gut sein, dass das nicht mehr klappt. [...] Ich erinnere mich, als ich die Frauenärztin wechselte sagte die Neue, naja in Ihrem Alter, es wird länger dauern noch mal schwanger zu werden, Sie brauchen Geduld, aber es spricht nichts dagegen. Und das war falsch. Erstens hatte ich überhaupt keine Zeit und zweitens sprach sehr viel dagegen [...] Mir war das nicht bewusst. Dadurch, dass ich auch noch mal schwanger geworden bin, habe ich das nicht aufeinander bezogen, dass Paul [das totgeborene Kind] ja einen genetischen Defekt hatte und dann diese Fehlgeburten, das war für mich immer nur so: Ich kann ja schwanger werden und nicht: da stimmt fundamental schon was nicht mehr. Weil die Fehlgeburten, die waren ja auch schon alle Ausdruck von genetisch nicht mehr gut funktionierenden Eizellen.“

Der Reproduktionsmediziner Prof. Dr. Kentenich bestätigt:

"Viele Patientinnen denken, ihre biologische Uhr hört irgendwann auf zu ticken, wenn sie in den Vierzigern sind [...] Dass der Prozess jedoch viel früher beginnt, ist ihnen nicht bewusst." (Spiewak 2003)

Dies bestärkt auch die vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend zitierte Delta-Kinderlosen Studie. Demnach wollen 11% der kinderlosen Frauen mit Kinderwunsch im Alter zwischen 40 und 44 Jahren „ihren Kinder- und Familienwunsch noch nicht jetzt, sondern erst in einigen Jahren realisieren.“ (BMFSFJ 2014: 58).

Bereits 1967 definierte die World Health Organization (WHO) ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit, wenn bei einem heterosexuellen Paar mit Kinderwunsch trotz regelmäßigem Geschlechtsverkehr nach 24 Monaten keine Schwangerschaft eintritt (vgl. RKI 2004, WHO 2004: 3). Es ist bemerkenswert, dass bei dieser Definition eine Alterseingrenzung fehlt. Ich begann zu recherchieren, ob ich eine Altersbestimmung finden würde und fand die Information, das reproduktive Alter sei zwischen 15 und 49 Jahren. Ich

wollte nicht wirklich glauben, dass die WHO diese Angabe macht. Habe ich etwas falsch gelesen? Meine Recherche blieb ergebnislos, diverse Anfragen bei der WHO unbeantwortet. Ich habe sie im Anhang, Kap. 2. dokumentiert.

Während des Schreibens meiner Bachelorarbeit begann ich sämtlichen Menschen in meinem Umfeld die Frage zu stellen, ab welchem Alter ihrer Meinung nach, die Fruchtbarkeit der Frau abnehmen würde. Die Antwort lautete, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, unisono „ab 40 Jahren“. Ich fand mich in meiner Annahme bestätigt, dass Frauen auch aus Unwissenheit über ihr reproduktives Zeitfenster ihren Kinderwunsch nach hinten verschieben. Schließlich fand ich meinen Gedankengang auch in der Argumentation anderer wieder. Donum Vitae z.B. schreibt in der Öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschuss:

„In der Beratung von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch machen wir häufig die Erfahrung, dass diese nur sehr ungenaue Vorstellungen von ihren fertilen Ressourcen haben und mit ihrer wesentlich längeren vollen Fruchtbarkeit rechnen, als dies tatsächlich der Fall ist. Die frühzeitige und umfassende Aufklärung über die Fertilität von Frauen und Männern im Hinblick auf die Familienplanung ist eine zwingend notwendige Voraussetzung zur Vermeidung von altersbedingter ungewollter Kinderlosigkeit.“ (Donum Vitae 2021)

Auch die Frauenärztin und Psychotherapeutin Silke Koppermann, die als Sachverständige für den Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. bei der Anhörung des Gesundheitsausschuss anwesend war, forderte eine Aufklärung in Sachen Altersgrenze. Aus ihrem gynäkologischen Praxisalltag wüsste sie, dass Frauen die Umsetzung ihres Kinderwunschs immer wieder aufschieben würden. „[...] manchmal auch in der Illusion, dass auch später noch alles machbar wäre. Hier tut Aufklärung not.“ (Koppermann 2021: 4). Wir sind darüber aufgeklärt, wie wir eine Schwangerschaft verhüten, aber nicht darüber, dass unsere biologische Familienplanung, die Kinderwunsch einschließt, bestenfalls mit 35 Jahren abgeschlossen ist (vgl. BMFSFJ o.J.). Wir alle kennen Frauen, die auch nach 40 noch spontan schwanger wurden. Dass es sich dabei eher um Ausnahmen handelt und es dafür keine Garantie gibt, ist uns nicht bewusst. Die Medien sind voll mit prominenten Frauen, die mit weit über 40 Jahren noch ein Babyglück genießen, von dem wir aber nicht wissen, ob es z.B. durch „Eizellspende“ zustande kam. Es entsteht der Eindruck, Kinder kriegen ist auch in höherem Alter kein Problem. Diese Meldungen verkaufen Hoffnungen, die frau vielleicht auch gar nicht hinterfragen will.

9.3. Weitere Ursachen für die aufgeschobene Familienplanung

Deutschland gehört zu den Ländern in Europa mit der höchsten Kinderlosigkeit, ob gewollte oder ungewollte. Zwischen 1937 und 1976 hat sie sich von 11% auf 22% verdoppelt, gemessen an Frauenjahrgängen ab dem 43. Lebensjahr. Seither scheint sie bei 22% zu stagnieren, wie die folgende Tabelle veranschaulicht (vgl. Destatis 2019: 16).

1.5 Endgültige Kinderlosenquote nach Einzeljahrgängen

Ergebnisse der Mikrozensus¹ - Bevölkerung in Privathaushalten am Hauptwohnsitz

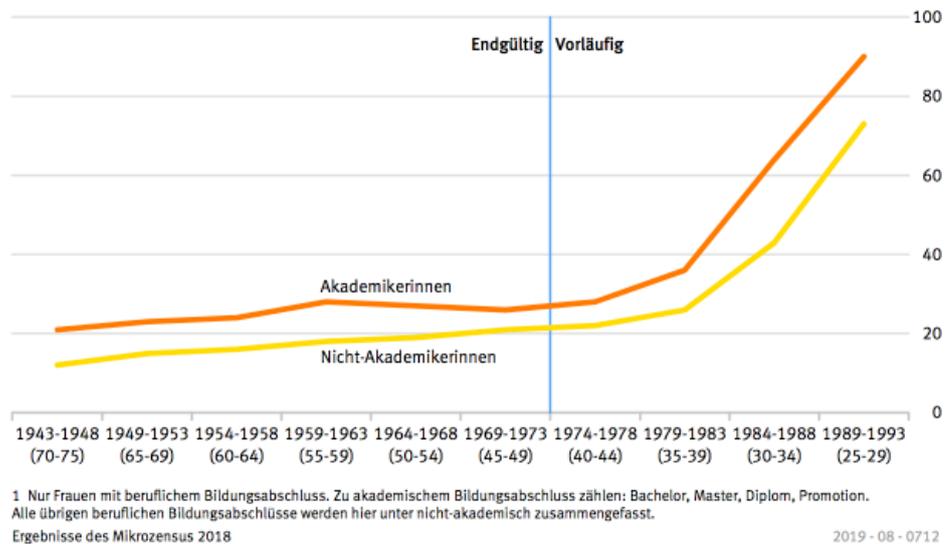
Geburtsjahrgang	Anteil der Frauen ohne Kind an allen Frauen des Jahrgangs		
	Deutschland	Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West	Ostdeutsche Flächenländer
	in %		
1933	12	12	8
1934	12	11	9
1935	11	10	8
1936	12	11	8
1937	11	10	9
1938	11	10	8
1939	11	11	8
1940	11	11	7
1941	11	12	7
1942	12	13	9
1943	12	13	9
1944	12	13	7
1945	12	13	7
1946	13	14	7
1947	13	14	7
1948	13	14	8
1949	15	16	8
1950	14	15	7
1951	15	17	8
1952	15	17	6
1953	16	17	7
1954	16	17	8
1955	16	18	7
1956	17	19	7
1957	17	19	7
1958	17	18	8
1959	18	20	9
1960	18	20	8
1961	19	21	10
1962	18	20	9
1963	20	21	10
1964	20	22	12
1965	20	21	12
1966	21	22	12
1967	21	22	11
1968	20	21	11
1969	21	22	12

¹ Grundlage der Berechnung sind ab dem Jahrgang 1943 die zusammengeführten Angaben der Frauen der jeweiligen Geburtsjahrgänge aus den Mikrozensusbefragungen 2016 und 2018 (Ergebnisse des neuen Imputationsverfahrens). Für die früheren Jahrgänge beruhen die Ergebnisse auf den Mikrozensusbefragungen 2008 und 2012.

(Destatis 2019: 38)

Akademikerinnen sind besonders häufig kinderlos. Die endgültige Kinderlosenquote bei Frauen der Jahrgänge 1959 bis 1963 betrug bei Akademikerinnen 28% und bei Nicht-Akademikerinnen 18%. Allerdings gleichen sich die Kinderlosenquoten an: Bei Frauen der Jahrgänge 1969 bis 1973 betrug sie bei Akademikerinnen nur noch 26% und bei Nicht-Akademikerinnen bereits 21% (vgl. Destatis 2019: 18).

Abbildung 4
 Kinderlosenquote nach höchstem beruflichen Bildungsabschluss¹ der Frau und Geburtsjahrgängen
 in %



(Destatis 2019: 18)

Eine großangelegte sozialwissenschaftliche Studie des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. BMFSFJ 2014: 8) machte deutlich, dass die berufliche Karriere ein zentraler Grund für Frauen (und auch Männer) zwischen 35 und 39 Jahren ist, den Kinderwunsch nach hinten zu verschieben. Frauen mit hoher Bildung bzw. Berufsqualifikation sehen Kinder und ihre berufliche Karriere eher unvereinbar (vgl. BMFSFJ 2014: 73f). Nur 45,8 % der Akademikerinnen sind an ihrem 35. Geburtstag bereits Mutter. (vgl. Bujard / Diabaté 2016: 400).

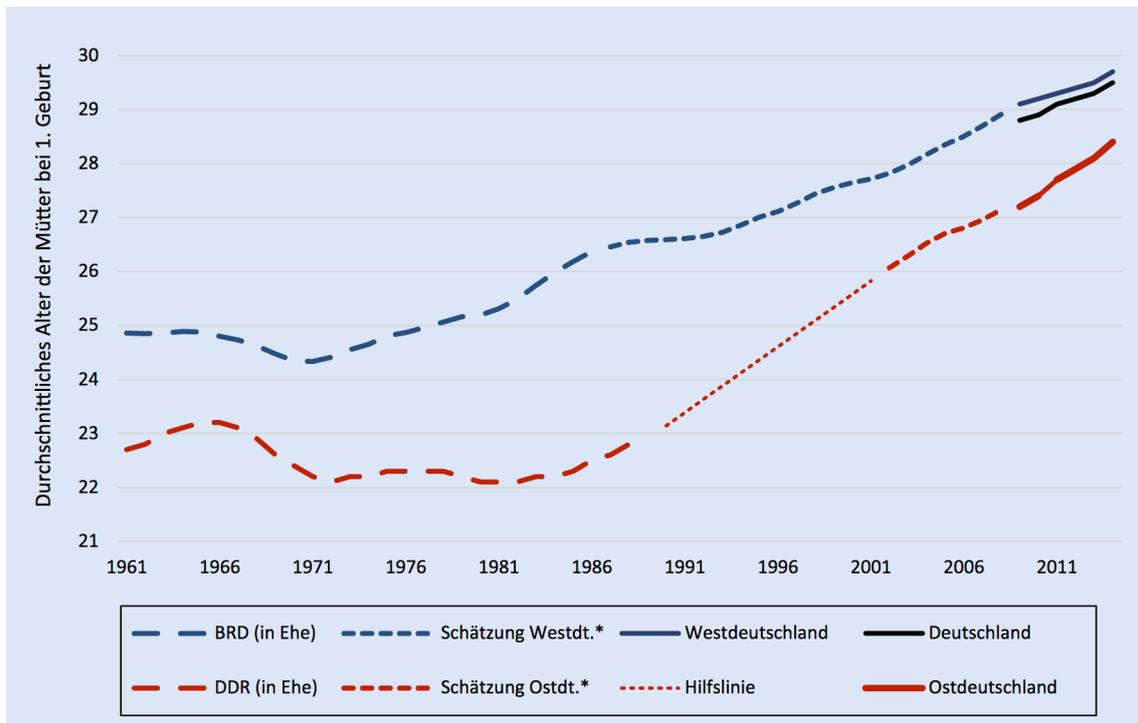
„Der Anteil von Erstgeburten nach dem 35. Geburtstag ist in den letzten 10 Jahren um über 40 % gestiegen. Bemerkenswert ist das Ausmaß von spätgebärenden Akademikerinnen. [...] Diese Entwicklung erhöht den Anteil von Risikoschwangerschaften und die Nachfrage von Frauen ab Mitte 30 nach Kinderwunschbehandlungen.“ (Bujard / Diabaté 2016: S.393)

In ihrem Artikel „Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu?“ nennen Bujard und Diabaté als Ursachen für den Aufschub „brüchige“ Erwerbs- und Partnerbiografien, die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz von Kinderlosigkeit, sowie die Zunahme der Optionen der Lebensgestaltung, z.B. in Bezug auf Freizeit und Partnerschaft aber auch auf Karriere (vgl. Bujard / Diabaté 2016: 399f).

Auch Anna hatte im Interview erzählt, dass sie immer die Vorstellung hatte, Kinder zu haben, aber bevor sie Anton kennen gelernt hatte, dafür nie den richtigen Partner gehabt hätte. Als sie Anton kennen lernte, war sie bereits 38 Jahre alt und hatte Karriere gemacht, sie war in leitender Position.

Studien ergaben, dass die meisten der kinderlos gebliebenen Frauen weder unfruchtbar, noch ohne Kinderwunsch waren. Ein „Zusammenspiel von kulturellen, strukturellen, ökonomischen und partnerschaftsbezogenen Faktoren“ führten zu „einem Aufschub des Kinderwunsches [...], der letztlich häufig in nichtintendierter Kinderlosigkeit resultiert.“ (Bujard / Diabaté 2016: S.397f)

Folgende Grafik stellt den Anstieg des Alters bei den Erstgeburten dar:



(Bujard / Diabaté 2016: 399)

Bestimmt Angebot die Nachfrage? Bujard und Diabaté suchten nach weiteren Erklärungen für den Anstieg später Geburten um 40% in 10 Jahren. Sie gehen davon aus, dass „eine zunehmende Nutzung von reproduktionsmedizinischer Behandlung eine zentrale Rolle spielen“ (vgl. Bujard / Diabaté 2016: 400f). Gleichzeitig weisen sie auf die gesundheitlichen Risiken später Schwangerschaften hin und auch der abnehmenden Erfolgsquote von ART-Behandlungen bei zunehmendem Alter. Die Aussicht mithilfe der assistierten Reproduktionstechnologie schwanger zu werden, bedeutet noch keinen Garant für den Erfolg. Das belegen die vielen Leidensgeschichten von Frauen, die über Jahre unzählige Behandlungen über sich ergehen ließen und trotzdem kinderlos blieben.

Bujard et al. betonen, dass die neuen Reproduktionsmethoden aus „individueller Perspektive“ eine Erweiterung der „reproduktiven Autonomie“ darstellen, indem sie neue Entscheidungsmöglichkeiten eröffnen würden. Durch die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin könnte aber ebenso eine Erwartung an Frauen entstehen, dass diese ihre Familienplanung auf „immer später“ verschieben (vielleicht am besten aufs

Rentenalter!). Dies wäre dann das Gegenteil von reproduktiver Autonomie, es wäre eine Form der Fremdbestimmung durch „technische Verfügbarmachung“ der Frauen (vgl. Bujard et al. 2020: 524f).

In dem Artikel „Die Bedeutung von neuesten Verfahren der Reproduktionsmedizin für die Lebenslaufplanung von Frauen“ stellen die Autor*innen u.a. die Frage, inwieweit

„das Ziel einer Vereinbarkeit von beruflicher Entwicklung und Familie besser durch politische Instrumente wie Kinderbetreuung, flexible Arbeitsorganisation [...], integrierende Mutterschutzregelungen [...] etc. als durch neue Technologien erreicht werden kann.“ (Bujard et al. 2020)

Es muss also diskutiert werden, welche politischen Maßnahmen ergriffen werden müssen, damit Frauen ihren Kinderwunsch aufgrund von beruflichen Gründen nicht nach hinten schieben (müssen).

Gerade für Akademikerinnen ist es ökonomisch betrachtet (aktuell noch) sinnvoll, den Verdienstanstieg zwischen dem 30. und 45. Lebensjahr nicht durch Elternzeit zu unterbrechen. Denn dies hat Auswirkungen auf die gesamte Erwerbsbiografie: Karrierechancen, das langfristige Einkommen und somit auch auf das Rentenniveau. Bereits 2004 wiesen die Autor*innen Strauß et al. in dem Themenheft „Ungewollte Kinderlosigkeit“, aus der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“, herausgegeben vom Robert Koch-Institut auf folgende strukturelle Schief lagen hin:

„Das Fehlen flächendeckender Ganztags-Betreuungsangebote für Kleinkinder und Vorschulkinder sowie die sehr geringe Anzahl von Ganztagschulen erfordern auch weiterhin, vor allem von Frauen, eine Entscheidung zwischen Beruf und Familie oder ermöglichen nur eine eingeschränkte Berufstätigkeit. Weit verbreitete Rollenvorstellungen über die traditionelle Rollenverteilung zwischen Frau und Mann erschweren zusätzlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für junge Eltern. Der Ausbau zuverlässiger Kinderbetreuungsangebote sowie eine Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen stellen notwendige Voraussetzungen dar, um Elternschaft und Beruf besser zu vereinbaren und in einem früheren Lebensalter zu ermöglichen.“

Es wäre zu prüfen, was sich seither getan hat. Wie oben beschrieben kann es hierbei nicht nur um Kinderbetreuung, sondern es muss auch um beruflichen Wiedereinstieg, Karrierechancen, Rentenausgleichszahlungen usw. gehen.

Ich fasse zusammen: In Deutschland ist die Kinderlosigkeit im Vergleich zu anderen Ländern besonders hoch. Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte ist, dass Frauen ihren Kinderwunsch immer weiter aufschieben. Hierfür werden strukturelle, ökonomische, kulturelle und partnerschaftsbezogene Ursachen genannt. Anstatt aber nun die Ursachen, also die gesellschaftlichen Bedingungen politisch anzugehen, wird eine Lösung des Problems in der Reproduktionsmedizin gesucht: Frauen, die aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters nicht mehr schwanger werden können, sollen Dank „Eizellspende“ dennoch

ihren Kinderwunsch erfüllen. Dabei ist, wie schon mehrfach gesagt, das Kinderglück auch damit nicht garantiert.

10. Kinder

Die Perspektive der Kinder³⁴ ist in dieser Arbeit bisher nur am Rand thematisiert worden. Daher möchte ich das letzte Kapitel den Kindern aus „Eizellspende“ widmen. Schließlich sind sie die von ihren Eltern so sehr ersehnten und gewünschten Menschen.

Obwohl das erste erwachsene Kind aus Eizellspende inzwischen knapp 40 Jahre alt ist, konnte ich weder recherchieren, wie viele Menschen es insgesamt mittlerweile in Deutschland gibt, die durch „Eizellspende“ gezeugt wurden, noch wie alt die ältesten inzwischen sind. Gerne hätte ich einem Kind aus „Eizellspende“ hier eine Stimme gegeben. Auf der Internetplattform YouTube, fand ich ein Video der achtzehnjährigen Helen Frey. Sie wurde mithilfe einer nicht anonymen „Eizellspende“ und dem Samen ihres Vaters gezeugt, zudem aber auch von einer Leihmutter in den USA ausgetragen. Das Thema „Leihmutterschaft“ wirft noch einmal neue Fragen auf, warum ich nun Abstand genommen habe, Helen hier zu Wort kommen zu lassen.

Auch wenn die Perspektive der Kinder im Rahmen dieser Arbeit nicht mehr ihrer großen Bedeutung entsprechend behandelt werden kann, so möchte ich diesem Thema noch einen Stellenwert in der Debatte einräumen und auf drei Aspekte hinweisen: das Recht auf Kenntnis der Abstammung, die Aufklärung der Kinder und das legitime Interesse der Kinder an ihren genetischen Erzeuger*innen.

Ich beziehe mich im Folgenden zumeist auf Kinder aus Samenspende. Die hier gewonnenen Erfahrungen lassen sich hinsichtlich dieser Themen auf Kinder aus „Eizellspende“ übertragen.

10.1. Das Recht auf Kenntnis der Abstammung

Seit den 1970er Jahren wird die Vermittlung von Samenspenden in Deutschland offiziell praktiziert (vgl. Meier-Credner 2020: 332). Den Samenspendern wurde (wie gegenwärtig den „Eizellspenderinnen“ in Spanien oder Tschechien) Anonymität zugesichert. Wollte ein mit Hilfe von Samenspende gezeugter Mensch herausfinden, wer sein genetischer Erzeuger ist, hatte er keine Chance.

³⁴ Wenn ich hier von Kindern schreibe, meine ich auch die inzwischen erwachsenen „Spender*innenkinder“. Kinder, die Mithilfe Dritter gezeugt wurden, werden erwachsen und bekommen eventuell selber Kinder...

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) stellte 1989 fest, dass sich aus dem im Grundgesetz (GG) verankerten Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) auch das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung ableitet (vgl. Meier-Credner 2020: 332). Diese Feststellung des BVerfG floss in kein Gesetz ein, daher blieben Samenspenden weiterhin anonym. Zum ersten Mal verklagte ein (bereits erwachsenes) Kind aus Samenspende 2013 einen Reproduktionsmediziner auf Preisgabe der Identität seines (anonymen) Samenspenders und bekam Recht zugesprochen (vgl. Meier-Credner 2020: 333). Dieses Urteil wurde 2015 vom Bundesgerichtshof in Karlsruhe bestätigt. 2018 trat schließlich das „Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen“, kurz „Samenspenderegistergesetz“ (SaRegG) in Kraft. Anonyme Samenspenden sind seither in Deutschland nicht mehr erlaubt. Personenbezogene Daten zu Samenspendern und Empfängerinnen werden nun 110 Jahre gespeichert. Personen ab 16 Jahren, die vermuten durch Samenspende gezeugt zu sein, können durch dieses Register Auskunft erhalten. Eine Auskunftspflicht der Eltern gegenüber ihren Kindern besteht aber weiterhin nicht. Das heißt, Kinder können nach wie vor aufwachsen ohne je etwas von ihren Eltern darüber zu erfahren, wie sie gezeugt wurden (vgl. Meier-Credner 2020: 333).

Anna bedauert heute, dass ihre Tochter wahrscheinlich niemals die Möglichkeit haben wird, ihre genetische Mutter kennen zu lernen. Anna fühlte sich unter großem Zeitdruck, als sie schwanger werden wollte. Mit jedem Monat, der verging, wurde sie älter und die Wahrscheinlichkeit schwanger zu werden nahm ab. Anna sagte im Interview:

„[...] wenn wir es in Österreich gemacht hätten, dann wäre es ja nicht anonym gewesen, und in Tschechien ist es anonym und ich habe da viel hin und her überlegt. Anton war eher für anonym, der fand das eher unwichtig oder meinte, das wäre eher einfacher. Ich habe eigentlich gedacht, ich fände nicht-anonym richtig. Ich denke, eigentlich müsste sie [die Tochter] das Recht haben, das wissen zu können. Aber irgendwie war das mit Österreich, also dass das so lange dauerte [...]. Das mit Tschechien, dass es so schnell gehen sollte, war die Entscheidung. [...] ich glaube, heute würde ich es anders entscheiden. Dann würde ich eben diesen harten Fakt noch mehr setzen über mein Gefühl, das muss jetzt schnell gehen [...].“

10.2. Die Aufklärung der Kinder

Anne Meier-Credner, Diplom-Psychologin, selber Kind aus Samenspende und im Vorstand des Vereins Spenderkinder e.V., kommt in dem Radiobeitrag von Michael Hollenbach „Kinder von Samenspendern. Das Gefühl in der falschen Familie zu leben“ zu Wort:

„Wenn dann dieser Kinderwunsch da ist, dann geht es um die Erfüllung des Wunsches, aber nicht um das Kind als Mensch. Das soll jetzt nicht verbittert klingen, aber so erleben wir das einfach. Und als Frau, wenn ich mir ein Kind wünsche, würde ich auch erst mal

sagen: Ja, das ist mein Wunsch, um den es geht. Dann ist es aber auch wichtig, den Schritt zu machen und zu sagen: Es geht auch um das Kind.“ (Hollenbach 2020)

Soweit ich recherchieren konnte, gibt es keine zuverlässigen Zahlen darüber, wie viele Eltern ihre Kinder über die Beteiligung von Dritten an der Zeugung aufklären. Es wird angenommen, dass nur ein Fünftel (!) der Kinder aus Samenspende über ihre besondere Zeugung wissen (vgl. Hollenbach 2020). Wie bereits gesagt, Eltern sind gesetzlich nicht dazu verpflichtet, ihre Kinder über die Hilfe eines Dritten bei ihrer Zeugung aufzuklären. Aber nur wenn die Kinder darüber Bescheid wissen, können sie von ihrem Recht auf Kenntnis der Abstammung Gebrauch machen und gegebenenfalls, sofern überhaupt ein Interesse besteht, sich auf die Suche nach den genetischen Eltern machen.

Das Thema der Aufklärung von Kindern aus Gametenspende ist vergleichbar mit der Aufklärung von adoptierten Kindern. Früher empfahlen Fachkräfte Eltern, die ihre Kinder adoptiert hatten, dies den Kindern zu verschweigen. Heute aber ist die „offene Adoption“ die gängige Praxis, Kinder werden frühzeitig über ihre Herkunftsfamilie aufgeklärt und haben, wenn die Umstände es erlauben, Kontakt zu ihr (vgl. BAG Landesjugendämter 2014: 38ff). Auch Eltern, die mithilfe von Samenspendern ein Kind bekamen (seit den 1970er Jahren wird diese Methode in Deutschland praktiziert), wurde früher von den Fachkräften empfohlen, dies den Kindern nicht zu erzählen (vgl. Thorn 2020: 275f).

In seinem Radiobeitrag zitiert Michael Hollenbach Martina, ein Kind aus Samenspende:

„Es wusste niemand Bescheid. Also der Arzt hat ganz klar gesagt: Sagen Sie es niemals Ihrem Kind, es wird darunter leiden. Und da hatten meine Eltern großen Respekt vor diesem Mann.“ (Hollenbach 2020)

Ein offener Umgang mit der Tatsache, dass die eigenen Kinder mit Hilfe Dritter zustande gekommen sind, setzt die Reflexion mit der eigenen Infertilität voraus, was ein schmerzhafter Prozess sein kann. Viele Eltern befürchten zudem, stigmatisiert oder zumindest mit Unverständnis konfrontiert zu werden (vgl. Thorn 2020: 276). Die Kinder aufzuklären bedeutet, dass das Private öffentlich wird, z. B. wenn die Kinder unbefangen im Kindergarten darüber sprechen. Die Gründe warum Eltern ihre Kinder nicht aufklären sind vielfältig, ich möchte es an dieser Stelle aber hierbei belassen und darauf schauen, warum eine Aufklärung wichtig wäre. Anna sprach im Interview einen wichtigen Aspekt an:

„Ich habe ja zwei Bekannte mit Eizellspende, die wollen es [den Kindern] nicht sagen und zwar auf Betreiben der Männer jeweils. Irgendwie wollen die nicht, dass die Kinder das erfahren. Und ich finde das total fahrlässig. Also ich habe jetzt auch [...] ein Buch gelesen von einer Frau in den USA, die in ihren 50ern erfahren hat, dass sie durch Samenspende entstanden ist und das war das total traumatische Ereignis und ihre Eltern waren beide schon tot, so dass sie da auch mit ihren Eltern nicht mehr reden konnte. [...]“

Erfahren Kinder zufällig und/oder erst im Erwachsenenalter, dass ein Elternteil nicht der ist, für den es ausgegeben wurde, kann dies zu einem schweren Vertrauensbruch führen (vgl. Meier-Credner 2020: 331). Der Verein Spenderkinder schreibt auf seiner Webseite:

„Menschen, die erst im Erwachsenenalter über ihre Abstammung aus einer Samenspende aufgeklärt werden, müssen eine Phase der Neubewertung ihrer Identität und ihres Selbstbildes bewältigen, die von Schock, Unglauben, Wut, Unsicherheit und Ungewissheit begleitet werden kann.“ (Spenderkinder o.J.a)

Viele betroffene Kinder aus Samenspende berichten, dass sie schon lange gespürt hätten, dass irgendetwas nicht stimmt. Deswegen empfinden sogenannte Spenderkinder selbst eine späte Aufklärung trotzdem meist als entlastend (vgl. Meier-Credner 2020: 331).

Auch aus medizinischen Gründen kann es wichtig sein, bereits die Kinder über ihre genetische Abstammung aufzuklären. Bei vielen Erkrankungen wie z.B. Krebs, Allergien und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird von den Ärzten bei der Diagnose u.a. nach der familiären Veranlagung gefragt. Anhand der Blutgruppe könnte zufällig herauskommen, dass Kinder mit ihren Eltern nicht genetisch verwandt sind. DNA-Tests zur Ahnenforschung wie „MyHeritage“ oder „Ancestry“ könnten das Familiengeheimnis ans Tageslicht bringen. Die Gefahr, dass Kinder zufällig herausfinden, dass sie mithilfe Dritter gezeugt wurden, wird durch die neuen technischen Entwicklungen immer größer. Psychosoziale Fachkräfte raten ausdrücklich zur frühzeitigen Aufklärung der Kinder (vgl. Thorn 2020: 277). Dafür gibt es nicht den einen richtigen Zeitpunkt. Die Aufklärung muss sich als fortwährender Prozess gestalten, altersentsprechend muss es immer wieder Thema werden (vgl. Meyer-Lewis 2017:136).

Anna und Anton wollen offen mit ihrer Tochter über ihre besondere Entstehung reden:

„[...] ich habe das ihr [der dreijährigen Tochter] auch schon gesagt. Ich habe gelesen, dass das gut ist, wenn man das von Anfang an macht und da gar nicht so ein Drama draus macht. [...] wir haben da so'n Buch, wo es um Eier geht und da gibt's auch so 'ne Seite, wie das bei den Menschen ist und dann hab ich ihr das eben auch schon mal gesagt, dass wir von einer Frau Eier geschenkt bekommen haben. Und ich war total aufgeregt als ich das gesagt habe, mit Herzpochen. Aber sie hat das einfach erstmal so mitgenommen. Also, die kapiert das ja auch noch gar nicht so richtig, aber so möchte ich es eigentlich weiter machen, dass wenn es sich ergibt, dass ich das erwähne, dass es so ist, so dass sie das schon immer ein bisschen gewusst hat.“

Die Kinderwunschberaterin Dr. Thorn verlegt in ihrem Verlag FamART Kinderbücher und Ratgeber, die Eltern bei der Aufklärung der Kinder aus Gametenspende unterstützen können. Auch in der psychosozialen Kinderwunschberatung finden Eltern hierbei Unterstützung. In der Beratung kann besprochen werden, wie die Aufklärung der Kinder

konkret im Alltag aussehen kann. Außerdem können die eigenen Ängste exploriert werden. Dr. Thorn schreibt hierzu:

„Eine wichtige Basis für einen offenen und souveränen elterlichen Umgang mit der Zeugungsgeschichte des Kindes ist [...] die Bewältigung der Trauer, Ängste und Ambivalenzen der Eltern. Diese sollten daher in der Beratung jederzeit thematisiert werden können.“
(Thorn 2020: 277)

Die Beratung begleitet auch, wenn Kontakte zwischen Kindern aus „Eizellspende“ und ihrer „Spenderin“ bzw. Halbgeschwistern gewünscht wird und bereitet diese Kontakte vor (vgl. Thorn 2020: 273). Dies ist besonders wichtig, um die Kinder zu schützen. Meier-Credner schreibt dazu:

„In der Vergangenheit zeigte sich, dass ohne psychosoziale Beratung im Vorfeld die Kinder die Leidtragenden sind, weil sie nicht aufgeklärt werden, sich in unerklärliche familiäre Spannungen verwickelt finden und vor der Aufgabe stehen, Kontakt mit ihrem oft emotional unvorbereiteten genetischen Vater aufzunehmen.“ (Meier-Credner 2020:334)

Um die Aufklärungsrate der Kinder aus „Familiengründung zu dritt“ zu erhöhen, fordert der Verein Spenderkinder, „Spender*innen“ in das Geburtenregister einzutragen, wie es bereits in Irland und dem australischen Bundesstaat Victoria Praxis ist. Sie argumentieren, wenn die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass Kinder herausfinden könnten, wie sie entstanden sind, der Anreiz zur eigenständigen Aufklärung durch die Eltern höher ist. (vgl. Meier-Credner 2020: 328)

10.3. Das Interesse der Kinder an ihren genetischen Verwandten

Viele der durch Samenspenden gezeugten und darüber aufgeklärten Kinder bzw. Erwachsenen möchten herausfinden, wer ihre Samenspender sind, wie auf der Internetseite des Vereins Spenderkinder e.V. zu lesen ist. Auch haben sie ein großes Interesse an ihren Halbgeschwistern. Sie sind neugierig auf eventuelle Ähnlichkeiten im Äußeren und gemeinsamen Interessen. Sie wollen ihre Vorstellungen von dem Spender mit der Realität abgleichen. Weiterhin interessieren sie sich für die Gesundheitsgeschichte sowie ihre Abstammung, vor allem dann wenn sie bereits selber schon Kinder haben (vgl. Spenderkinder o.J.b). Manchen Spenderkindern reicht das abstrakte Wissen über ihre Herkunft, manche würden den Spender gerne persönlich kennen lernen. Nur zwei Fünftel der Spenderkinder, die einen Kontakt wünschen, wollen eine Beziehung zum Spender (vgl. Spenderkinder o.J.b).

Anne Meier-Credner sagte in der Radiosendung von Michael Hollenbach:

„Wenn wir davon ausgehen, dass das Kind aufgeklärt werden sollte, dann müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass 80 Prozent der aufgeklärten Kinder diesen Menschen dann auch

kennenlernen möchten, spätestens ab diesem Punkt geht es um eine Person.“ (Hollenbach 2020)

Und Sandra, ebenso erwachsenes Kind aus Samenspende, äußerte sich in derselben Radiosendung,

„dass es [...] zutiefst kränkend ist, wenn man weiß, dass man in eine Konstruktion hineingeboren wurde, die von vornherein vorgesehen hat, dass der eigene biologische Elternteil eigentlich den Kontakt ablehnt. Und das sind Rahmenbedingungen, die einfach kränkend sind für jedes Kind.“ (Hollenbach 2020)

Aus Sicht der Spenderkinder sollten Samenspender (und „Eizellspenderinnen“) daher dem potentiellen Wunsch des Kindes, sie kennen zu lernen, vor der Gametenabgabe zustimmen. Anne Meier-Credner schlägt in ihrem Artikel „Familiengründung zu dritt – psychologische und ethische Aspekte. Der Verein Spenderkinder“ vor, dass Männer, die über Samenspende nachdenken, einen Brief an ihr potentielles Kind schreiben sollten. So würde ihnen die „persönliche und emotionale Tragweite ihrer Entscheidung“ verdeutlicht (vgl. Meier-Credner 2020: 334).

Mithilfe von Gametenspende gezeugte Menschen machen sich auch ohne gesetzliche Regelungen hierzu auf die Suche nach ihren genetischen Eltern und Halbgeschwistern. Auf Internetforen wie „www.donorsiblingregistry.com“ finden (erwachsene) „Kinder“ aus Gametenspende und anonyme „Spender*innen“ sowie Halbgeschwister zueinander. (vgl. Thorn 2013: 25). Oftmals suchen manche jahrelang und investieren viel Zeit in die Suche und müssen manchmal auch einen inneren Loyalitäts-Konflikt ihrem sozialen Vater gegenüber überwinden.

Ich beende das Kapitel, in dem ich einige Aspekte zu dieser Thematik zusammengetragen habe, mit der Aussage eines jungen Mannes, der mithilfe von Samenspende gezeugt wurde. Der 30jährige Leonard wird von Anne Meier-Credner in ihrem Artikel zitiert:

„[...] Heute bin ich unheimlich dankbar und froh, dass ich nicht aufgegeben habe und schließlich meinen biologischen Vater gefunden habe. Es ist, als ob ein Teil in mir zur Ruhe gekommen ist, der vorher rastlos umhergeflattert ist.“ (Meier-Credner 2020: 337)

11. Fazit

Als ich mit dieser Arbeit begann, stellte ich mir die Frage, wie ich mich nach dieser Zeit der intensiven Auseinandersetzung in Bezug auf eine Legalisierung der „Eizellspende“ positionieren würde. Dass ich zu einer Positionierung, also einem klaren „ja“ oder „nein“ kommen würde, davon war ich – ohne mir darüber explizit bewusst zu sein – ausgegangen. Tatsächlich hat die Auseinandersetzung mit dem Thema zu einer sehr differenzierteren Sichtweise auf das untersuchte Thema und letztlich zu der Frage geführt, welche

Rahmenbedingungen es bräuchte, damit Eizellspende in Deutschland menschenwürdig legalisiert werden könnte?

In diesem Fazit ziehe ich ein Resümee mit Blick auf diese Fragestellung. In Kap.11.1. und 11.2. beziehe ich mich dabei auf Themen, die in dieser Bachelorarbeit bereits diskutiert wurden. Im Kap. 11.3. gehe ich auf die psychosoziale Kinderwunschberatung ein, die bisher nur randständig behandelt wurde, die ich aber als Rahmenbedingung für eine menschenwürdige „Eizellspende“ für wichtig erachte, da sie die bewusste und reflektierte Entscheidungsfindung maßgeblich unterstützen kann. Daher habe ich sie in dieses Fazit einfließen lassen. In Kap. 11.4. gehe ich auf meinen Forschungsprozess ein und Kap. 11.5. gibt abschließend einen Ausblick auf weitere Forschungsfragen.

11.1. Rahmenbedingungen für eine menschenwürdige „Eizellspende“

Im Folgenden nenne ich einige Aspekte und Fragen, die berücksichtigt werden müssten, um „Eizellspende“ menschenwürdig in Deutschland zu legalisieren. Diese sind nicht vollständig.

Für die Kinder müsste das Recht der Kenntnis auf Abstammung gewährleistet sein. Das heißt, dass es keine anonymen „Eizellspenden“ geben dürfte. Darüber hinaus sollten „Spenderinnen“ zu einem persönlichen Kennenlernen mit dem durch ihre Hilfe gezeugten Menschen bereit sein. Um das Recht auf Kenntnis der Abstammung zu gewährleisten, wäre es notwendig, die Kinder über ihre Zeugungsmethode aufzuklären. Dies sollte meines Erachtens nicht der Entscheidungsfreiheit der Eltern überlassen werden. Vielleicht könnte hierfür ein Eintrag der „Spenderinnen“ ins Geburtsregister eine Lösung sein, wie es der Verein Spenderkinder e.V. fordert (vgl. Kap. 10.2.). Forschungen über gesundheitliche Auswirkungen der reproduktionsmedizinischen Methode (nicht zuletzt der Kryokonservierungen) auf die Kinder sollten weiterverfolgt werden.

Es müsste sichergestellt werden, dass sich „Spenderinnen“ aus freien Stücken zu einer Eizellabgabe entschließen. Der Begriff „Spenderinnen“ dürfte nicht mehr in Anführungszeichen gesetzt werden müssen! Das heißt, es müsste garantiert werden können, dass sie weder aus verpflichtenden Strukturen in Nahbeziehungen heraus „spenden“ würden, noch aus ökonomischen Zwängen. Wie kann die Gefahr einer Ausbeutung der „Spenderin“ ausgeschlossen werden? Wie könnte und würde dies aussehen? Ich habe auf diese Frage bisher keine befriedigende Antwort finden können.

Müsste hier eine Ethik-Kommission eingesetzt werden, um die Freiwilligkeit zu prüfen? Wie hoch sollte die Aufwandsentschädigung für die „Spenderinnen“ sein? Woran würde diese bemessen? Dürften Frauen aus anderen Ländern zur „Spende“ nach Deutschland einreisen?

Von meinem derzeitigen Kenntnisstand aus betrachtet, sind noch nicht alle Risiken, die sich aus der Eizellabgabe für die „Spenderinnen“ ergeben, ausreichend abgeklärt.

Hierzu gehört z.B. die Untersuchung der gesundheitlichen Langzeitfolgen. Darüber müssten potentielle „Spenderinnen“ umfassend aufgeklärt werden. Zudem müssten umfangreiche medizinische Vor- und Nachuntersuchungen gewährleistet sein. Mit Langzeitstudien zu eventuellen Folgeschäden u.a. der Hormonstimulation müsste begonnen werden.

Weitere relevante Fragen wären: Für wen würde die „Eizellspende“ zugänglich sein? Wie alt dürften die Empfängerinnen sein? Welchen Familienstand müssten sie haben? Wie könnte „Eizellspende“ für Empfängerinnen mit geringem Einkommen zugänglich werden? Müsste es die „Eizellspende“ auf Krankenkassenkosten geben? Usw.

Es gibt in Deutschland weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Eizellabgabe aus altruistischer Motivation heraus erfolgen sollte. Meines Erachtens dürften demnach aber auch Reproduktions-Einrichtungen (Kliniken, Praxen) keinen finanziellen Gewinn aus der „Eizellspende“ erzielen.

Zu den Rahmenbedingungen einer menschenwürdigen „Eizellspende“ gehören auch präventive Maßnahmen und psychosoziale Kinderwunschberatung, auf die ich in den beiden folgenden Kapiteln eingehe.

11.2. Berücksichtigung von präventiven Maßnahmen

Ich war erstaunt, dass in dem differenzierten Diskurs um das Für und Wider einer Legalisierung der Eizellspende, das Thema der Prävention viel zu wenig berücksichtigt wird. „Schwangerschaften über 40“ sollen durch Hilfe aufwendiger medizinischer Technologien möglich gemacht werden, hierzu werden komplexe ethische Fragen diskutiert. Warum liegt der Fokus so wenig auf den Ursachen eines Bedarfs an „Eizellspenden“? Aus meiner Sicht müsste viel mehr über präventive Maßnahmen diskutiert werden, die den Bedarf an „Eizellspenden“ reduzieren könnten.

In der vorliegenden Arbeit bin ich auf die Unwissenheit über das reproduktive Zeitfenster der Frau eingegangen. Dies wäre ein erster Ansatz: Nach einer Datenerhebung durch eine repräsentative quantitative Studie, die der Frage nachgeht, ob es diese Unwissenheit in der Bevölkerung tatsächlich gibt. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, könnte eine breit angelegte Aufklärungskampagne initiiert werden (vgl. Kap. 9.2.).

Zudem gilt es, politische Maßnahmen zu ergreifen um den Strukturen entgegen zu wirken, die Frauen noch immer benachteiligen, gerade wenn es um die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf geht. Als Beispiele seien hier nur Kinderunterbringung, Teilzeitausbildungen, beruflicher Wiedereinstieg, familienfreundliche Unternehmensstrukturen, Karriereoptionen, sowie Rentenausgleichzahlungen genannt (vgl. Kap. 9.3.).

11.3. Installierung psychosozialer Kinderwunschberatung

In der vorliegenden Arbeit bin ich auf die psychosoziale Kinderwunschberatung nur am Rande eingegangen. Das ist der Begebenheit geschuldet, dass ich mich bereits in meiner Hausarbeit „Psychosoziale Kinderwunschberatung bei unerfülltem Kinderwunsch“ ausgiebig mit dem Thema befasst hatte. Nichtsdestotrotz führe ich sie in diesem Fazit auf, denn ich halte die Installierung eines niederschweligen (d.h. kostenfreien, nahen und unabhängigen) Angebots für besonders wichtig, und zwar unabhängig davon ob „Eizellspende“ in Deutschland legalisiert wird oder nicht.

Der unter Expert*innen geführte komplexe Diskurs macht deutlich, dass es sich bei der jeweils individuellen Entscheidung für oder gegen eine Kinderwunschbehandlung mit „Eizellspende“ um einen schwierigen Prozess handeln kann. Als ergebnisoffene Beratung unterstützt psychosoziale Kinderwunschberatung die Menschen in ihrem eigenen Entscheidungs-Prozess. Die Beratung unterstützt dabei, den Blick um die Perspektiven aller Betroffenen zu erweitern: des zu entstehenden Kindes, der „Spenderin“, der anderen Familienmitglieder. Wichtiges Thema in jeder Kinderwunschberatung muss das Kindeswohl des durch Reproduktionsmedizin gezeugten Kindes sein, seine Aufklärung hierüber und die des sozialen Umfeldes (vgl. BKiD 2007). Auf dieser Grundlage von Information und eigener Exploration können die Betroffenen zu ihren eigenen, bewussten und für sie stimmigen Entscheidungen finden.

Anna z.B. drückte im Interview ihr Bedauern aus, dass sie sich für eine anonyme „Eizellspende“ entschieden hatten. Hätten Anna und Anton Zeit, Raum und die notwendigen Informationen gehabt, diese weitreichende Entscheidung als solche zu erfassen und zu explorieren hätten sie sich wahrscheinlich anders entschieden.

Selbst wenn die „Eizellspende“ in Deutschland verboten bleiben sollte, dürfen Ärzt*innen und Kinderwunschberater*innen nicht weiterhin im Unklaren darüber sein, ob sie sich gegebenenfalls mit ihrer Beratung strafbar machen. Aufklärung, Information und Beratung zur „Eizellspende“ darf nicht länger nur über das Internet den Reproduktionseinrichtungen überlassen bleiben, die gemäß ihres Interesses, „Eizellspenden“ zu verkaufen, informieren bzw. werben.

Psychosoziale Kinderwunschberatung ist auch während und im Anschluss einer reproduktionsmedizinischen Behandlung eine wertvolle Begleitung, auf diese Bedeutungen werde ich in diesem Fazit nicht näher eingehen. Gesagt sei aber noch, dass ein Beratungsangebot ebenso für (potentielle) „Spenderinnen“, die eventuell gezeugten Kinder sowie alle anderen Familienangehörige verfügbar sein muss.

Das Beratungsangebot muss unabhängig und freiwillig sein. Reproduktionsmediziner*innen hingegen sollten verpflichtet werden, umfassend auf das psychosoziale Beratungsangebot hinzuweisen und dieses zu empfehlen. In Finnland z.B. gibt es die gesetzliche

Verpflichtung, dass Beratung für Eltern mit Kinderwunsch niederschwellig möglich gemacht werden muss. Das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)³⁵ hat Richtlinien zur Psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch erstellt. Auch diese Richtlinien sprechen sich für ein niedrigschwelliges Angebot aus (vgl. BKID 2007) Eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen würde dies unterstützen. Nach meinen Recherchen gibt es in Deutschland bisher kein niedrigschwelliges Angebot. Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten. Welche weiteren Möglichkeiten gäbe es, sicher zu stellen, dass Menschen mit Kinderwunsch über das Angebot und den Nutzen von psychosozialer Kinderwunschberatung informiert sind? Wie könnte man Menschen mit Kinderwunsch ermutigen, eine psychosoziale Kinderwunschberatung aufzusuchen?

11.4. Ausarbeitung und Umsetzung der Rahmenbedingungen

Bei der Konferenz der Konrad-Adenauer-Stiftung und der Leopoldina zum Thema „30 Jahre Embryonenschutzgesetz: Medizinischer Fortschritt, gesellschaftlicher Wandel und politischer Handlungsbedarf“ am 22.04.2021 ging man davon aus, dass es in der nächsten Legislaturperiode zu einer Verabschiedung eines Fortpflanzungsmedizingesetz (anstelle des ESchG) und damit einhergehend auch einer Regelung zur „Eizellspende“ kommen wird. Vertreterinnen der anwesenden Parteien sprachen sich für die Einrichtung einer Enquête-Kommission aus.

Zu hoffen ist, dass in der Kommission ein breit gefächertes, multiperspektivisches Gremium sitzen wird. Ich bin gespannt darauf, wer es sein wird. Dieses komplexe Thema muss von möglichst vielen Seiten aus betrachtet und die verschiedenen Ideen eingebracht werden³⁶. Ich hoffe auf Berücksichtigung von Präventivmaßnahmen und dass einem psychosozialen Kinderwunsch-Beratungsangebot ein angemessener Platz eingeräumt wird. Ich bin gespannt, welche Antworten die Enquête-Kommission auf die offenen Fragen finden und welche Empfehlungen sie ausarbeiten wird, die einen menschenwürdigen Umgang mit „Eizellspenden“ im Hinblick auf alle Beteiligten zu garantieren vermag.

11.5. Anmerkungen zum Forschungsprozess

In der sehr differenzierten Auseinandersetzung um die „Eizellspende“ stieß ich immer wieder auf zwei Argumentationen, die mich irritiert zurückließen:

³⁵ Das „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch (BKID) – Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung e.V.“ wurde 2000 gegründet.

„Arbeitsschwerpunkte von BKID sind die psychosoziale Beratung und Begleitung bei Kinderwunsch unabhängig von einer medizinischen Behandlung [...] und die Fortbildung und Weiterqualifizierung psychosozialer Fachkräfte.“ (BKID 2007: 1)

³⁶ Siehe hierzu auch das Forschungstagebuch vom 19.04.2021 im Anhang, Kap.4.

Zum einen wurde oftmals die „Eizellspende“ mit der Samenspende verglichen und über die Ungerechtigkeit geklagt, dass diese nicht gleichermaßen erlaubt sind. Wie kann man aber das eine mit dem anderen vergleichen, wenn die „Eizellspende“ einen invasiven gesundheitsgefährdenden Eingriff erfordert und die Samenabgabe durch Masturbation ohne Beeinträchtigung der Gesundheit wiederholt werden kann? Mit Gleichberechtigung hat das meines Erachtens nach wenig zu tun (vgl. Kap. 8.2.).

Zum anderen frage ich mich wirklich, wieso so hartnäckig in zahlreichen Publikationen „gespaltene Mutterschaft“ mit „gespaltener Vaterschaft“ verglichen wird. Zuletzt las ich davon wieder in dem Artikel „Der Streit um das Ei“ von Katja Gelinsky in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 16. Mai 2021. Bei der „gespaltene Mutterschaft“ geht es, wie ich bereits in Kap. 8.1. ausgeführt habe, nicht darum, dass es eine biologische und eine soziale Mutter gibt, sondern darum, so hat es der Gesetzgeber formuliert (vgl. Deutscher Bundestag 1989: 7), dass es eben ZWEI Mütter gibt, eine genetische (die die Eizelle spendet) und eine biologische (die das Kind neun Monate austrägt). Das Kind aus Eizellspende stammt demnach von DREI Elternteilen ab. Den Sachverhalt einer „gespaltene Vaterschaft“ gibt es in diesem Sinne (noch) nicht, da es (bisher) immer nur EINEN genetischen Vater gibt. Wenn ein Kind durch Samenspende gezeugt wird, gibt es einen genetischen Vater und einen sozialen Vater. Ein Kind aus Samenspende stammt von ZWEI Elternteilen ab, nicht von DREI.

Daher sind meines Erachtens auch Studien, die die psychosoziale Entwicklung von Kindern aus Samenspende untersuchen nur mit Einschränkung auf Kinder aus Eizellspende zu übertragen.

Hinter mir liegt ein intensiver Forschungsprozess, bei dem ich versucht habe, den Dingen auf den Grund zu gehen, wie z.B. Studien auf die sich bezogen wurde, im Original zu studieren.³⁷ Ich habe mich bemüht, immer wieder zu hinterfragen, was ich gelesen habe und bei Expert*innen nachzufragen, wenn ich auf etwas keine Antworten fand. Während ich auf einige schriftliche Anfragen sofort hilfreiche Antworten erhalten habe (z.B. von Dr. Thorn und Prof. Dr. Kentenich), habe ich von den Obmännern und Obfrauen im Ausschuss für Gesundheit, mit Ausnahme von Frau Katrin Helling-Plahr der FDP-Fraktion, keine Antworten erhalten. Auch auf meine Fragen an die WHO habe ich bis heute leider keine Antwort bekommen, obwohl ich sie mehrfach gestellt habe³⁸.

³⁷ Siehe hierzu auch Kap. 1. und 2. im Anhang.

³⁸ Heute, am 21.05.21, kurz vor Abgabe meiner Arbeit habe ich von der WHO eine Rückmeldung erhalten, siehe Anhang Kap. 2.

11.6. Ausblick

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit kamen mir viele Überlegungen, die ich nicht in dieser Arbeit unterbringen konnte. Im Folgenden eine Auflistung weiterer interessanter Fragestellungen:

- „Der Blick der Gesellschaft auf kinderlose Frauen“: Wie werden Frauen wahrgenommen, die keine Kinder haben, egal ob gewollt oder ungewollt? Wie hat sich das historisch entwickelt? Wie ist das in anderen Kulturen?
- Warum scheint es in diesen Zeiten der vielfältig möglichen Familienformen immer noch ausgesprochen wichtig, die eigenen Gene weiter zu geben? Ist Blut immer noch dicker als Wasser? Um was geht es außerdem? Was macht Familie bzw. Verwandtschaft eigentlich aus?
- Was bedeutet „Muttermilchglück“? Auch im Hinblick auf den Diskurs von „regretted Motherhood“?
- Welche kreativen Alternativen lassen sich zur „leiblichen Mutterschaft“ entwickeln, im Sinne eines sozialen „Co-mothering“ z.B. der Kinder der Freundin, des Bruders? Welche weiteren Formen können wir denken, Verantwortung für Kinder zu übernehmen, eine enge Bindung zu einem Kind aufzubauen?
- Wie viele Frauen bzw. Paare entscheiden sich (aus sich heraus oder nach eingehender Beratung) dafür, keine assistierte Reproduktion in Anspruch zu nehmen? Was sind ihre Motive und wie gehen sie mit ihrer Kinderlosigkeit um?
- Wie wirkt Chemie in Farben, Baustoffen, Nahrungsmitteln etc. auf die Hormone und die Fruchtbarkeit? Welchen Einfluss haben Stress und unsere „moderne Lebensweise“ (Schichtdienste etc.)? Wie tragen Umweltgifte (Pestizide etc.) zur Unfruchtbarkeit bei? Warum nimmt Unfruchtbarkeit immer weiter zu? Ist das nur im globalen Norden oder auch im globalen Süden so?
- Während von Seiten der Weltbank, der WHO und den Vereinten Nationen (UNO) eine Bevölkerungspolitik betrieben wird, die zum Zweck der „nachhaltigen Entwicklung“ das Ziel hat, die Geburtenrate im globalen Süden zu senken (Zugang zu Verhütungsmitteln, Aufklärung), ist der globale Norden von einer demografischen Überalterung betroffen. Hier wird viel Geld in die Forschung des neuen Wirtschaftszweig Reproduktionsmedizin investiert. Kann es in diesem System „reproduktive Gerechtigkeit“ geben?
- Wann beginnen wir Menschen uns als Kollektiv zu begreifen, anstatt mit individuellen Lösungen einem individuellen Glück nach zu jagen?
- Wie könnten Studien transparenter aufgearbeitet und allgemein zugänglich gemacht werden, damit sie besser nachvollzogen werden können?

Abschließend möchte ich noch einen Blick in die Zukunft werfen: Während in Deutschland noch über ein Fortpflanzungsmedizingesetz und über die Legalisierung der „Eizellspende“ gerungen wird, sind weltweit neue Reproduktionsmethoden in stetiger Entwicklung. So wurde die In-vitro-Gametogenese (IVG) (s.u.) bereits 2016 erfolgreich an Mäusen getestet. Es gibt Prognosen, dass es keine 10 Jahre mehr dauern wird, bis dieses Verfahren auch zur Anwendung bei Menschen möglich wäre. Bei der IVG werden aus Körperzellen (z.B. Hautzellen) Keimzellen gebildet. Das bedeutet für Frauen ohne Eizellen (oder mit genetisch defekten Eizellen), dass aus ihrer eigenen Haut, Eizellen hergestellt werden könnten. Eine „Eizellspende“ von einer anderen Frau würde hiermit also überflüssig (vgl. Bujard et al. 2020: 514). Auch Männer, die unfruchtbar sind, könnten bei Kinderwunsch auf diese Art und Weise zu ihren eigenen Spermazellen gelangen und mit ihrer Partnerin genetisch eigene Kinder zeugen. Die IVG würde auch für homosexuelle Paare die Möglichkeit eröffnen, genetisch eigene Kinder zu haben. Bei schwulen Männern könnte aus der Hautzelle von einem Mann eine Eizelle hergestellt werden und mit der Spermazelle des Partners befruchtet werden. Dieses Embryo könnte durch eine Leihmutter ausgetragen werden. Einfacher wäre dementsprechend der Weg für lesbische Paare, wenn aus der Hautzelle der einen Frau eine Spermazelle hergestellt werden könnte (vgl. Bujard et al. 2020: 514). Aber auch Solomütter könnten das mit dem eigenen Sperma gezeugte Kind austragen. Ein Kind aus Spermazelle und Eizelle nur eines Menschen... eine neue Form der Parthenogenese!

Neue Methoden der Reproduktionsmedizin werden stetig weiterentwickelt: Der Stoff für zukünftige komplexe, ethische und gesellschaftspolitische Diskurse und Diskussionen wird nicht ausgehen.

12. Literaturverzeichnis

- American Society for Reproductive Medicine (SART) (2020): Repetitive oocyte donation: a committee opinion, in: *Fertility and Sterility*, Vol. 113, Issue 6, [online] https://www.sart.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/practice-guidelines/for-non-members/repetitive_oocyte_donation.pdf [29.04.2021].
- BAG Landesjugendämter (2014): Empfehlungen zur Adoptionsvermittlung, [online] http://www.bagljae.de/downloads/120_empfehlungen-zur-adoptionsvermittlung_2014.pdf [14.05.2021].
- Bahr, Jonas / Frackmann, Malte (2011): Richtig zitieren nach der Harvard-Methode. Eine Arbeitshilfe für das Verfassen wissenschaftlicher Arbeiten, [online] https://www.die-bachelorarbeit.de/media/Harvard-Zitierweise_richtig.pdf [08.03.2021].
- BKiD (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland) (2007): Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“, [online] <https://www.bkid.de/wp-content/uploads/2018/07/richtlinien.pdf> [17.4.2020].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) (o.J.): Medizinische Ursachen, Weitere medizinische Faktoren, Das „reproduktive Fenster“: Was hat das mit der Erfüllung des Kinderwunsches zu tun? [online] <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/kiwu/ursachen/medizinische-ursachen> [05.05.2021].
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) (2014): Kinderlose Frauen und Männer. Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten, [online] <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlose-frauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf> [25.03.2021].
- Braun, Kathrin (2016): Befreite “Banker“ – Social Freezing, Bioavailability und der Strukturwandel der Eizell“spende“, in: *Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 25, 1, S. 136-140, [online] <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50948-2> [04.04.2021].
- Bundesgesetzblatt (1990): Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG), [online] https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%277bgbl190s2746.pdf%27%5D__1614279193882 [25.02.2021].
- Bujard, Martin / Diabaté, Sabine (2016): Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? in: *Der Gynäkologe*, Bd. 49, Heft 5, S. 393-403, [online] https://www.bib.bund.de/Publikation/2016/pdf/Wie-stark-nehmen-Kinderlosigkeit-und-spaete-Geburten-zu.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [18.03.2021].

- Bujard, Martin / Fangerau, Heiner / Korn, Evelyn (2020): Die Bedeutung von neuesten Verfahren der Reproduktionsmedizin für die Lebenslaufplanung von Frauen, in: *Sozialer Fortschritt*, Bd. 69, Heft 8-9, S. 511-528, [online] <https://elibrary.duncker-humblot.com/zeitschriften/id/21/vol/69/iss/5874/art/59158/> [17.03.2021].
- Czarniak, Benjamin (2018): Von einem Mann, der auszog, ein Kind zu bekommen, in: Alsia Tretau (Hrsg.), *Nicht nur Mütter waren schwanger*, Münster: edition assemblage, S. 13-21.
- De Geyter, Christian (2018): ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE, in: *Human Reproduction*, Vol.33, Issue 9, S.1586-1601, [online] <https://academic.oup.com/humrep/article/33/9/1586/5055580> [06.04.2021].
- Depenbusch, Marion / Schultze-Mosgau, Askan (2020): Eizell- und Embryonenspende, in: Diedrich, Klaus / Ludwig, Michael / Griesinger, Georg (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin: Springer, S. 287-295.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2019): Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2018, Ausgabe 2019, [online] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/geburtentrends-tabellenband-5122203189014.pdf?__blob=publicationFile [18.03.2021].
- Deutscher Bundestag (o.J.): Europäische Dimensionen der Gesundheitspolitik, [online] <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/03europaeische-dimensionen-der-gesundheitspolitik-inhalt-545896> [07.04.2020].
- Deutscher Bundestag (1989): Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG), Drucksache 11/5460, [online] <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/11/054/1105460.pdf> [14.05.2021].
- Deutscher Bundestag (2018): Dokumentation. Regelungen zur Eizell- und Embryonenspende in ausgewählten europäischen Ländern und den USA, [online] <https://www.bundestag.de/resource/blob/592444/73def56351900dabd10dbb3a8a25a945/WD-9-035-18-pdf-data.pdf> [10.03.2021].
- Deutscher Bundestag (2020): Drucksache 19/17633: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/176/1917633.pdf> (letzter Zugriff 2.2.2021).
- Deutscher Bundestag (2021a): Öffentliche Anhörungen, <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen?url=L2F1c3NjaH-Vlc3NIL2ExNC9hbmhvZXJ1bmdlbi84MTUzMjAtODE1Mzlw&mod=mod795762> (letzter Zugriff 28.1.2021).
- Deutscher Bundestag (2021b): Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung „Embryonenschutzgesetz“, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/819018/54d410875c4ab702d4b3c43369282f9f/SV-Liste_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [26.03.2021].
- Deutscher Bundestag (2021c): Wortprotokoll der 134. Sitzung, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/831810/640aeb495740ebbf4a0bf6476d3cfa18/134_27-01-2021_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [02.04.2021].

- D-I-R (Deutsches IVF-Register e.V.) (2019): Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Sonderheft 2019, [online] <https://www.deutsches-ivf-regis-ter.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2018-deutsch-4.pdf> [16.04.2021].
- Donum Vitae (2021): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes und zur Legalisierung von Eizellspenden (BT-Drucksache 19/17633), [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/819168/b5cc1e814f31ee559cb70305299f5aea/19_14_0268-14-_Donum-Vitae_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [11.04.2021].
- Dunson, David / Colombo, Bernardo / Baird, Donna (2002): Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle, in: *Human Reproduction* Vol.17, Issue 5, S. 1399-1403 [online] https://www.researchgate.net/publication/11388268_Changes_with_age_in_the_level_and_duration_of_fertil-ity_in_the_menstrual_cycle [25.03.2021].
- ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) (2017a): ESHRE fact sheets, 1. Cross border reproductive care, [online] <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources> [15.03.2021].
- ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) (2017b): ESHRE fact sheets, 3. Egg donation, [online] <https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources> [03.03.2021].
- FAZ (Frankfurter Allgemeine Zeitung) (2020): Helios-Kliniken kaufen Anbieter von Reproduktionsmedizin. 21.12.2020, [online] <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/fresenius-kauft-31-kliniken-fur-reproduktionsmedizin-17112931.html> [30.04.2021].
- Friebertshäuser, Barbara (o.J.): Anregungen zum Studieren mit einem Forschungstagebuch, [online] <https://www.uni-frankfurt.de/60356661/BF-Anregung-Forschungstagebuch.pdf> [20.04.2021].
- Golombok, Susan (2005): Unusual families. *Reproductive BioMedicine Online*, [online] [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(10\)62196-7/pdf](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(10)62196-7/pdf) [19.04.2021].
- Golombok, Susan (2015): *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Graumann, Sigrid (2016): Eizellspende – Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen? in: Woopen, Christiane (Hrsg.): *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Entwicklungen, Fragen, Kontroversen*, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), ohne Verlag, S.62-73.
- Herrmann-Green, Lena (2020): Die Perspektive eines Kindes aus einer Regenbogenfamilie, in: Beier, Katharina / Brügge, Claudia / Thorn, Petra / Wiesemann, Claudia (Hrsg.), *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter*, Berlin: Springer, S. 302-308.
- Hollenbach, Michael (2020): Kinder von Samenspendern. Das Gefühl in der falschen Familie zu leben, [online] https://www.deutschlandfunk.de/kinder-von-samenspendern-das-gefuehl-in-der-falschen.2540.de.html?dram:article_id=485603 [14.05.2021].
- Ilioi Elena / Jadva, Vasanti / Golombok, Susan (2015): A longitudinal study of families created by reproductive donation: follow-up at adolescence. *Fertility and Sterility*,

- [online] [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)00581-6/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)00581-6/fulltext) [15.04.2021].
- Kaufmann, Sylvia-Yvonne (2005): Handel mit menschlichen Eizellen ist illegal und entwürdigend, [online] <https://www.dielinke-europa.eu/de/article/2952.handel-mit-menschlichen-eizellen-ist-illegal-und-entwuerdigend.html> [28.04.2021].
- Kaulbars, Julia (2021): *Das Geschäft mit dem Kinderwunsch*, [online] <https://www.zdf.de/dokumentation/zdfzoom/zdfzoom-das-geschaeft-mit-dem-kinderwunsch-100.html> [19.03.2021].
- Kentenich, Heribert (2015): Ein modernes Fortpflanzungsmedizingesetz in Deutschland. Tagung des Arbeitskreises der AWMF „Ärzte und Juristen“ in Düsseldorf, 14. November 2015, [online] https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Arbeitskreis_Juristen/2015-11/AeJ_2015-11-14_Kentenich.pdf [17.04.2021].
- Kentenich, Heribert (2020): Fortpflanzungsmedizin und Familienbildung mit Hilfe Dritter, in: Beier, Katharina / Brügge, Claudia / Thorn, Petra / Wiesemann, Claudia (Hrsg.), *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter*, Berlin: Springer, S. 19-29.
- Kentenich, Heribert / Sibold, Claus / Stief, Gabriele et al. (2020): Warum das Verbot der Eizellspende nicht mehr zeitgemäß ist, in: *gynäkologie + geburtshilfe* 25, Heidelberg: Springer, S. 24–27.
- Koppermann, Silke (2021): Gesundheitsausschuss –Antrag der FDP zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes und Abschaffung des Verbots der Eizellspende, Stellungnahme des Arbeitskreises Frauengesundheit e.V., [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/818402/bb221a3dee5233442b654bded44f7096/19_14_0268-6-_Arbeitskreis-Frauengesundheit_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [07.04.2021].
- Kraimer, Klaus (2002): Einzelfallstudien, in: König, Eckard / Zedler, Peter (Hrsg.): *Qualitative Forschung*, 2. Aufl., Weinheim: Beltz Verlag, S. 213-232.
- Kreß, Hartmut (2020): Ethik: Reproduktionsmedizin unter dem Aspekt ethischer Normen und des Kindeswohls, in: Diedrich, Klaus / Ludwig, Michael / Griesinger Georg (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin: Springer, S. 657-676.
- Krüssel, Jan (2021): Stellungnahme des Deutschen IVF-Registers (D·I·R), [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/818456/39147947d4f1b52ae3d37dfce6004ce/19_14_0268-8-_Deutsches-IVF-Register_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [06.04.2021].
- Lafuente-Funes, Sara (2019): Shall we stop talking about egg donation? Transference of reproductive capacity in the Spanish Bioeconomy, [online] https://www.researchgate.net/publication/332362400_Shall_we_stop_talking_about_egg_donation_Transference_of_reproductive_capacity_in_the_Spanish_Bioeconomy [23.03.2021].
- Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) (o.J.): Künstliche Befruchtung: Risiko durch Rechtslage, [online] <https://www.leopoldina.org/themen/fortpflanzungsmedizin/fortpflanzungsmedizin-kuenstlb/> [17.02.2021].
- Leopoldina (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften) (Hrsg.) (2017): Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für

- Deutschland, [online] https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2017_Diskussion_Fortpflanzungsmedizin.PDF [01.03.2021].
- Leopoldina (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften) / Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e.V. (Hrsg.) (2019): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, [online] https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web_01.pdf [09.03.2021].
- Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) (2021): Expertenliste zum Thema Fortpflanzungsmedizin, [online] https://www.leopoldina.org/fileadmin/redaktion/Publikationen/Infomaterial/2019_Expertenliste_Fortpflanzungsmedizin.pdf [17.04.2021].
- Lettow, Susanne (2015): Biokapitalismus und Inwertsetzung der Körper, Perspektiven der Kritik, in: PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, Jg. 45, Nr. 1, Heft 178 S. 33-49 [online] <https://www.prokla.de/index.php/PROKLA/article/view/227> [13.04.2021].
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2021): Legalisierung der Eizellspende aus theologisch-ethischer Sicht, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/818622/34cebda676f0ad48fc374fcabde4bd98/19_14_0268-10_ESV-Prof-Dr-Andreas-Lob-Huedepohl_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [06.04.2021].
- Meier-Creder 2020: Familiengründung zu dritt – psychologische und ethische Aspekte. Der Verein Spenderkinder, in: Beier, Katharina / Brügge, Claudia / Thorn, Petra / Wiesemann, Claudia (Hrsg.) (2020): *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter*. Heidelberg: Springer, S. 329-345.
- Meister, Théo / Rimoldi, Stefano / Soria, Rodrigo / von Arx, Robert / Messerli, Franz / Sartori, Claudio / Scherrer, Urs / Rexhaj, Emrush (2018): Association of Assisted Reproductive Technologies with Arterial Hypertension during Adolescence, in: *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*, Vol. 72, No 11, S.1267-1274, [online] <https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2018.06.060> [28.04.2021].
- Meyer-Lewis, Birgit (2017): Die Familiengründung mit Gametenspende, in: Bergold, Pia / Buschner, Andrea / Mayer-Lewis, Birgit / Mühling, Tanja (Hrsg.): *Familien mit multipler Elternschaft*, Opladen: Barbara Budrich, S.113-141.
- Nazarewska, Barbara (2017): Verzweifelt auf dem Weg zum Wunschkind, in: *Münchener Merkur*, Nr. 218 vom 21.09.2017, S. 3.
- Österreichisches Institut für Menschenrechte (ÖIM) (2011): NLMR 6/2011-EGMR, [online] <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%22001-153209%22%7D> [12.03.2021], zuerst veröffentlicht durch Jan Sramek Verlag, Wien.
- Revermann, Christoph / Hüsing, Bärbel (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen, [online] http://www.itas.kit.edu/pub/m/2010/rehu10a_zusammenfassung.html [04.04.2021].
- Riemann, Gerhard (2003): Narratives Interview, in: Bohnsack, Ralf / Marotzki, Winfried / Michael, Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*, Opladen: Leske + Budrich, S.120-122.
- Rosenstreich, Gabi (2019): Hinweise und Empfehlungen für geschlechtergerechte Sprache an der ASH Berlin, [online] <https://www.ash->

berlin.eu/fileadmin/Daten/Einrichtungen/Frauenbeauftragte/Geschlechtergerechte_Sprache_Hinweise_und_Empfehlungen_an_der_ASH_Berlin_April_2019.pdf [08.03.2021].

RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Ungewollte Kinderlosigkeit, Heft 20, [online] https://www.gbe-bund.de/gbe/ergebnisse.prc_tab?fid=8923&suchstring=WHO_Kinderlosigkeit&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=4075529&hlp_nr=3&p_janein=J [16.03.2021].

Schlaaff, Kay (o.J.): Fruchtbarkeit nach Alter, [online] <https://www.kinderzeit.org/de/fruchtbarkeit-alter/> [13.04.2021].

Schneider, Jennifer / Lahl, Jennifer / Kramer, Wendy (2017): Long-term breast cancer risk following ovarian stimulation in young egg donors: a call for follow-up, research and informed consent, in: *Reproductive Biomedicine Online (RBMO)*, Vol. 34, Issue 5, S.480-485 [online] [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(17\)30048-2/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(17)30048-2/fulltext) [08.04.2021].

Schultz, Susanne (2021): Stellungnahme von Dr. habil. Susanne Schultz, Institut für Soziologie der Goethe Universität Frankfurt am Main, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/818092/bf37ac003d07439d7a9bd2004d830d0f/19_14_0268-2_Dr-Schultz_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [19.04.2021].

Söderström-Anttila, Viveca / Foudila, Tuija / Ripatti, Ulla-Riitta / Sieberg, Rita (2001): Embryo donation: outcome and attitudes among embryo donors and recipients, in: *Human Reproduction*, Vol.16, Issue 6, S. 1120-1128, [online] <https://academic.oup.com/humrep/article/16/6/1120/> [31.03.2021].

Spenderkinder e.V. (o.J.a): Psychologische Studien, 4. Gefühle spät aufgeklärter Spenderkinder, [online] https://www.spenderkinder.de/infos/psychologische_studien/#frage4 [14.05.21].

Spenderkinder e.V. (o.J.b): Psychologische Studien,10. Gründe für Wunsch nach Kontakt zum Spender [online] https://www.spenderkinder.de/infos/psychologische_studien/#frage10 [14.05.21].

Spenderkinder e.V. (2021): Stellungnahme des Vereins Spenderkinder zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes – Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren, [online] http://www.spenderkinder.de/wp-content/uploads/2021/01/Stn_19_14_0268-12_Spenderkinder_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [17.03.2021].

Spiewak, Martin (2003): Mutterglück im Rentenalter, Frauen entscheiden sich immer später für ein Kind – häufig zu spät. Dieser Trend treibt die Reproduktionsmedizin zu absurden Rekorden, [online] https://www.zeit.de/2003/05/M-Alte_M_9ftter/komplettansicht [25.03.2021].

Starostzik, Christine (2020): Erhöhtes Krebsrisiko für Kinder, die aus der Kälte kommen, in: *gynäkologie + geburtshilfe*, Vol. 25, Issue 1, S.10, [online] <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15013-020-2982-4.pdf> [29.04.2021].

- Thorn, Petra (2013): Die Eizellspende aus der Perspektive des so gezeugten Menschen, in: *Gynäkologische Endokrinologie*, Vol. 12, Issue 1, 2014, S.21-26 [online] DOI 10.1007/s10304-013-0580-4 [28.04.2021].
- Thorn, Petra (2017): *Unsere Familie, Ein Buch für Familien mit Wunschkindern nach Eizellspende*, Mörfelden: FamART Verlag.
- Thorn, Petra (2020): Zur Praxis der psychosozialen Beratung im Rahmen der Familienbildung mit Hilfe Dritter, in: Beier, Katharina / Brügge, Claudia / Thorn, Petra / Wiesemann, Claudia (Hrsg.) (2020): *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter*. Heidelberg: Springer. S. 271-284.
- Völter, Bettina (2016): Das Konzept der Rekonstruktiven Sozialen Arbeit in der beruflichen Praxis, in: Völter, Bettina / Reichmann, Ute (Hrsg.): *Rekonstruktiv denken und handeln, Rekonstruktive Soziale Arbeit als professionelle Praxis*, Opladen: Barbara Budrich, S. 16-53.
- WHO (World Health Organisation) (2004): DHS Comparative Reports No.9, Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries [online] <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf> [20.03.2021]
- Wischmann, Tewes (2012): *Einführung in die Reproduktionsmedizin*, München: Ernst Reinhardt.
- Wiesemann, Claudia (2020): Ist ein Verbot der Eizellspende ausreichend begründbar? Eine ethische Analyse, in: Beier, Katharina / Brügge, Claudia / Thorn, Petra / Wiesemann, Claudia (Hrsg.), *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter*, Berlin: Springer, S. 129-140.
- Wiesemann, Claudia (2021): Ist ein Verbot der Eizellspende ausreichend begründbar? Häufig vorgebrachte Argumente und ihre ethische Bewertung, [online] https://www.bundestag.de/resource/blob/818044/7be5ee5dbd7983f00a95f0dbbe5c8e30/19_14_0268-1-_Prof-Dr-Wiesemann_Embryonenschutzgesetz-data.pdf [13.03.2021].
- Wojtowicz, Karina (2018): Die Eizellspende de lege ferenda: Die Legalisierung der heterologen Eizellspende aus rechtsvergleichender Sicht, Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Yee, Samantha / Blyth, Eric / Tsang, A Ka Tat (2011): Oocyte donors' experiences of altruistic known donation: a qualitative study, in: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 29, Issue 4, S. 404-415, [online] <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2011.611938> [20.04.2021]
- Zadeh, Sophie / Ilioi, Elena / Jadva, Vasanti / Golombok, Susan (2018): The perspective of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation, in: *Human Reproduction*, Jg. 33, Nr.6, S. 1099-1106, [online] <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088> [13.04.2021].

Anhang

In diesem Anhang habe ich weiterführende Informationen und forschungsrelevante Reflexionen zusammengestellt, auf die ich in der Bachelorarbeit unter Angabe des Kapitels verwiesen habe.

1. Quellenkritischer Exkurs

Wie im Kapitel 7.1. Geteilte Mutterschaft beschrieben, habe ich mich mit der Studie von Ilioi et.al., auf die sich Prof. Dr. Kentenich und Prof. Dr. Wiesemann bezogen hatten, ausführlicher beschäftigt. Dabei stellte ich mir auch die Frage, wie aussagekräftig diese Studie ist und inwieweit sie tatsächlich eine Antwort geben kann, im Hinblick darauf, ob die Sorge bezüglich des Kindeswohl bei „gespaltener Mutterschaft“ entkräftet werden kann. Auch wenn im Rahmen dieser Arbeit meine Forschungs- und Recherchemöglichkeiten in Bezug auf genannte Untersuchungen und Studien sehr begrenzt sind, möchte ich ihnen kritisch gegenüberstehen und fragen: Liefern diese Studien Antworten auf die formulierte Frage?

Nachdem ich bei meinen Recherchen für die Bachelorarbeit immer wieder den Satz gelesen hatte „internationale Studien belegen mittlerweile, dass...“ hatte ich mir vorgestellt, dass diese Studien wesentlich größer angelegt gewesen wären. Da mich die Studie von Ilioi et al. nicht wirklich überzeugt hatte, begann ich mir auch die anderen Quellen anzuschauen, die Prof. Dr. Wiesemann angegeben hatte.

„Allerdings gab es in der Tat 1990, bei der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes, wenig empirische Erkenntnisse darüber, wie Kinder die Tatsache verkraften, dass soziale und genetische Eltern nicht identisch sind. Solche Erkenntnisse liegen mittlerweile für die Samenspende und zum Teil auch für die Eizellspende vor (Söderström-Anttila 2001; Golombok et al. 2005; Ilioi et al. 2015; Golombok 2015; Zadeh 2018).“ (Wiesemann 2020: 133f)

Unter den fünf Quellen, die Frau Prof. Dr. Wiesemann angab, um zu belegen, welche „empirische Erkenntnisse darüber, wie Kinder die Tatsache verkraften, dass soziale und genetische Eltern nicht identisch sind“ vorliegen (Wiesemann 2020: 134), befanden sich zwei Studien, die (soweit ich recherchieren konnte) zwar verwandte aber dennoch andere Fragestellungen untersuchten und somit keine Antwort auf die formulierte Frage liefern. Im Folgenden beschreibe ich kurz die Quellen.

Die erste Quelle „Söderström-Anttila 2001“ führt zu einer Studie, in der es um Schwangerschaften durch Embryonentransfer geht, einschließlich der Aufklärung der Kinder

durch ihre Eltern über ihre Zeugungsmethode (vgl. Söderström-Anttila et al. 2001). D.h. es geht nicht um eine Untersuchung der sozialen Entwicklung der Kinder aus Embryonentransfer, bzw. deren „Kindeswohl“.

Die zweite Angabe „Golombok et al. 2005“, war im Literaturverzeichnis unter „Golombok 2005“ zu finden und führte zu einem Artikel, in dessen Abstract steht:

„The introduction of assisted reproduction has led to unusual forms of procreation. This article describes the social consequences of lesbian motherhood and of families headed by single heterosexual mothers.“ (Golombok 2005)

(Übersetzung: „Die Einführung der assistierten Reproduktion hat zu ungewöhnlichen Fortpflanzungsformen geführt. Dieser Artikel beschreibt die sozialen Folgen der lesbischen Mutterschaft und von Familien, die von alleinstehenden heterosexuellen Müttern geführt werden.“)

Den Artikel konnte ich mir leider nicht zugänglich machen. Im Abstract ist kein Hinweis auf eine explizite Untersuchung der Entwicklung von Kindern aus Gametenspende zu finden.

Die dritte angeführte Quelle führt zu der Studie von Ilioi et al 2015, die ich bereits in Kapitel 7.1. geteilte Mutterschaft vorgestellt habe.

Hinter der vierten Quelle „Golombok 2015“, verbarg sich ein Buch von Susan Golombok: „Modern Families. Parents and Children in New Family Forms“. (Hier ein Dank an die ASH-Bibliothek, die es extra anschaffte!) Das Buch untersucht „neue Familienformen“ (darunter z.B. homo- und heterosexuelle Eltern, Solomütter, etc., die durch Hilfe der Reproduktionsmedizin Kinder bekamen) und die Entwicklung der Kinder in diesen Familien. Golombok stützt sich auf zahlreiche Untersuchungen und Forschungen, die über Jahrzehnte geführt wurden.

Als ich die fünfte Quelle, „Zadeh 2018“, näher anschaute, gelangte ich zu einer Studie an der vier Personen mitwirkten, darunter auch Elena Ilioi und Susan Golombok. 44 Jugendliche im Alter von 14 Jahren waren befragt worden. Davon waren neun Jugendliche mithilfe von Samenspenden gezeugt, 13 von ihnen waren mit Hilfe von Eizellspende gezeugt worden. 22 der Befragten wurden durch Leihmutterschaft ausgetragen. Davon wiederum waren 15 Kinder mit den Eizellen der Leihmütter, sieben mit den Eizellen der Auftrag gebenden Mütter gezeugt (vgl. Zadeh et al 2018).

Dieser Untersuchungsprozess hat mir deutlich gemacht, wie wichtig ein kritisches Quellenstudium ist und wie sorgfältig man mit Quellen umgehen muss, auf die man verweist.

2. Das reproduktive Alter der Frau, Email an die WHO

Ich hatte gelesen, dass die World Health Organization (WHO) bereits 1967 ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit definierte, wenn bei einem heterosexuellen Paar mit Kinderwunsch trotz regelmäßigem Geschlechtsverkehr nach 24 Monaten keine

Schwangerschaft eintritt (vgl. RKI 2004). Ich war verwundert darüber, dass es solch eine Definition ohne Alterseingrenzung gibt und suchte, ob ich eine finden würde.

Auf einer Webseite der WHO mit der Überschrift „Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Programme (HRP)“ war das „Reproduktive Alter“ mit 15-49 Jahren angegeben. (vgl. WHO 2004). Die Seite enthielt ebenso einen Hinweis auf folgenden Bericht über eine Studie: „Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. Demographic and Health Surveys (DHS) Comparative reports No. 9“. Auf Seite 3 las ich wiederum in einer Fußnote, dass das reproduktive Alter zwischen 15 und 49 Jahren liegen würde. In der Studie geht es um diverse Fragestellungen im Kontext von Unfruchtbarkeit und Kinderlosigkeit in sogenannten „Entwicklungsländern“. Frauen zwischen 15 und 49 Jahren waren befragt worden (vgl. WHO 2004: 5). Ich fragte mich nun, ob es wirklich eine Definition der WHO gibt, dass Frauen zwischen 15 und 49 Jahren fruchtbar seien, oder dass aufgrund der Erhebung von Daten in dieser Studie bei Frauen im Alter von 15-49 Jahren, abgeleitet wurde, das reproduktive Alter sei 15-49 Jahre.

Ich wollte Klarheit und formulierte drei Fragen:

1. Wo finde ich den Originaltext der Unfruchtbarkeitsdefinition von 1967?
2. Enthält diese Definition einen Hinweis auf das Alter?
3. Gibt es eine offizielle WHO-Definition des Fruchtbarkeitsfensters / des reproduktiven Alters für Frauen?

Ich verfasste eine Anfrage und sendete diese per E-Mail an die WHO. Nachdem ich keine Antwort erhielt, versuchte ich es über andere Emailadressen und sandte sie schließlich auch per Fax. Alle meine Anfragen blieben unbeantwortet. Schließlich rief ich im WHO Büro in Kopenhagen an und bekam eine weitere Emailadresse, leider habe ich auch auf diese E-Mail hin bis zum heutigen Tag keine Antwort erhalten³⁹.

Hier mein Schreiben, unten drunter die Übersetzung:

Dear Sirs and Madams,

For my study of social work at the Alice Salomon University (University of Applied Sciences) in Berlin, Germany, I am currently writing my bachelor thesis entitled: "Ethical and socio-political issues in the discourse on egg donation". I would like to ask you politely if you could answer the following questions that arose from my research.

As early as 1967 the World Health Organization (WHO) defined involuntary childlessness as a disease if a heterosexual couple wishing to have children does not become pregnant after 24 months despite regular sexual intercourse (cf. WHO 2004: 3). In the footnote,

³⁹ Heute, am 21.05.21, kurz vor Abgabe meiner Arbeit habe ich von der WHO eine Rückmeldung erhalten!

the reproductive age of women is given as 15 to 49. I also found the same information here:

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>

with reference to the following study:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/DHS_9/en/

However, as far as I understood, this study does NOT claim that the reproductive age of women is 15-49 years, but that women between 15 and 49 years of age were interviewed. That seems like a big difference to me.

My questions are:

- 1. Where can I find the original text of the 1967 Infertility Definition?*
- 2. Does this definition contain an indication of the age?*
- 3. Is there an official WHO definition of the fertility window/reproductive age for women?*

I would be very happy to receive an answer.

Sincerely Verena Speichert

WHO (World Health Organization) (2004): DHS Comparative Reports No.9, Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries, [online] <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf> [04/16/2021].

RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2004): : Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Ungewollte Kinderlosigkeit, Heft 20, [online] https://www.gbe-bund.de/gbe/ergebnisse.prc_tab?fid=8923&suchstring=WHO_Kinderlosigkeit&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=4075529&hlp_nr=3&p_janein=J [16.04.2021].

WHO (o.J.): Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), including the Human Reproduction Programme (HRP), Infertility definitions and terminology, [online] <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology> [16.04.2021].

WHO (World Health Organization) (2004): DHS Comparative Reports No.9, Infecundity, Infertility, and Childlessness in Developing Countries, [online] <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf> [16.04.2021].

Übersetzung:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für mein Studium der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, schreibe ich derzeit meine Bachelorarbeit mit dem Titel "Ethische und gesellschaftspolitische Fragen im Diskurs zur Eizellenspende". Ich möchte Sie höflich bitten, ob Sie die folgenden Fragen beantworten können, die sich aus meiner Forschung ergeben haben. Bereits 1967 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unfreiwillige Kinderlosigkeit als Krankheit, wenn ein heterosexuelles Paar, das Kinder haben möchte, trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs nach 24 Monaten nicht schwanger wird (vgl. WHO 2004: 3). In der Fußnote wird das reproduktive Alter von Frauen mit 15 bis 49 Jahren angegeben. Die gleichen Informationen habe ich auch hier gefunden:

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>

mit Bezug auf die folgende Studie: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/DHS_9/en/

Soweit ich verstanden habe, behauptet diese Studie jedoch NICHT, dass das reproduktive Alter von Frauen 15-49 Jahre beträgt, sondern dass Frauen zwischen 15 und 49 Jahren befragt wurden. Das scheint mir ein großer Unterschied zu sein.

Meine Fragen sind:

1. Wo finde ich den Originaltext der Unfruchtbarkeitsdefinition von 1967?
2. Enthält diese Definition einen Hinweis auf das Alter?
3. Gibt es eine offizielle WHO-Definition des Fruchtbarkeitsfensters / des reproduktiven Alters für Frauen?

Ich würde mich sehr über eine Antwort freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Verena Speichert

(Quellen siehe oben)

Hier die Antwort vom 21.05.21, die ich leider in meinen Forschungen und Ausführungen nicht mehr berücksichtigen konnte:

"Dear Ms Speichert

Sorry for the late reply – we are as you can imagine more than busy with COVID-19 issues.

I have consulted with the team leading on reproductive health, and they have the following feedback. I trust this is helpful and wish all the best with your thesis, although we can only provide the answer to one of the 3 questions. Please see below the answers directly under each question (marked in blue).

nur bezaubernd fand. Ich freue mich mit dem Paar für dieses tolle Kind. Ich kann nachvollziehen und verstehen, warum sie diesen Weg gegangen sind und verurteile ihn in keiner Weise, im Gegenteil. Ich bewundere, dass sie so viel in Kauf genommen haben, um sich ihren Wunsch zu erfüllen. Mich jetzt gegen eine Legalisierung der Eizellspende auszusprechen, käme mir fast vor, wie ein Verrat an diesem Paar und ihrer Offenheit mir gegenüber.

Herrje, ja, und ich wäre allein schon gerne deswegen für eine Legalisierung der „Eizellspende“ weil die AfD dagegen ist.

[...]

Überhaupt hat das „für die „Eizellspende“ sein“ so ein viel fortschrittlicheres Image und natürlich ist mein Selbstbild ein progressives und kein verstaubtes, konservatives... Und irgendwie fühlt es sich so an, als sei gegen die Legalisierung der Eizellspende sein, eben nicht fortschrittlich. Dabei finde ich die Reproduktionsmedizin spannend im Sinne von faszinierend. Ich bin ein Forscherinnengeist und ich kann mich sehr dafür begeistern, was wir Menschen alles entwickeln, erfinden, erforschen... Ich finde es spannend und medizinisch bewundernswert was mittlerweile alles machbar ist. Aber muss es deswegen trotzdem gemacht werden? [...]"

4. Aus meinem Forschungstagebuch vom 19.04.2021

„War gestern mit meinem Kommilitonen B. distanziert spazieren. Wir hatten uns coronabedingt schon sehr lange nicht mehr gesehen, außer in irgendwelchen Zoommeetings. Seit einem Jahr wissen seine Freundin und er über seine Unfruchtbarkeit. Beide sind 34 Jahre alt und hatten schon seit einiger Zeit versucht schwanger zu werden, bevor sie sich schließlich beide untersuchen ließen. Das war ein ziemlicher Schock damals für B., wieso und weshalb fragte er sich aber nur ganz kurz. Viel wichtiger war, heraus zu finden, ob noch irgendwas mit seinen Spermien anzufangen sei... Er erzählte mir damals ausführlich davon. Solche Gespräche sind in Zoommeetings natürlich gar nicht angesagt. Den gemeinsamen Kaffee nach einem Seminar, der lange gemeinsame Heimweg mit der S-Bahn oder das Treffen am Nachmittag im Café gibt es schon lange nicht mehr... Gestern also endlich mal wieder ein physisches Sehen, ein gemeinsamer Spaziergang. B. erzählte mir, dass es klappt, dass seine Samen aufbereitet werden können und die Eizellen seiner Freundin über ICSI damit befruchtet werden können. Aber sie hatten zwei Tage zuvor das niederschmetternde Untersuchungsergebnis erfahren, dass die lang ersehnte und bereits seit 8 Wochen andauernde Schwangerschaft ein Windei sei... Was für eine tiefe Enttäuschung! So ein großer Schmerz, dieses Leid, wenn das mit dem eigenen schwanger werden nicht klappt... das, was als so naturgegeben und selbstverständlich erscheint, nicht gelingen will... Ich bin wieder mal konfrontiert mit

diesem unermesslichen Leid. Und wenn mein Gegenüber so leidet, dann muss man doch alles möglich machen, um dieses Leid abzuwenden.

Ich denke an Petra Thorn, die Kinderwunschberaterin. Wenn man Tag ein Tag aus mit dem Schmerz der Menschen zu tun hat, denen es verwehrt ist, Kinder zu bekommen, natürlich will man dann alles möglich machen, damit das gelingt. Oder auch Kentenich in seiner Reproduktionsklinik. Wenn man das von der rein technischen Seite sieht und so vieles mehr möglich wäre... natürlich will man den Leuten helfen.

B. erzählt mir von einem gleichaltrigen Freund, der auch unfruchtbar ist. Wir redeten darüber, dass die Unfruchtbarkeit in Deutschland ja insgesamt zu nimmt und welche Ursachen das haben kann... Zu enge Jeans oder Unterhosen, Handystrahlung in der Hosentasche.... Umweltfaktoren, Ernährung, die Lebensweise der Mütter während der Schwangerschaft... Angeblich ist die Spermienanzahl von Männern in der „westlichen Welt“ in den letzten 10 Jahren um die Hälfte gesunken...

Warum wird so wenig nach den Ursachen geforscht und nur nach Abhilfe gesucht?

Hat das am Ende doch wieder damit zu tun, dass sich daran verdienen lässt?“

5. Aus meinem Forschungstagebuch vom 24.04.2021

„[...] Es gibt diese Studie, die besagt, dass „Spenderinnen“ sehr zufrieden seien. Ich kenne das Studiendesign nicht und konnte auch bisher nichts darüber heraus finden... Sollte ich mich noch mal drum bemühen!

Abgesehen davon ist es irgendwie gruselig, das eine Leid gegen anderes Leid abzuwiegen. Ich meine, das Leid derer, die nicht schwanger werden können, mit dem der Frauen, die „spenden“. Und wie steht es dabei um die Selbstbestimmung der „Spenderinnen“? Wo liegt die Verantwortung für Handeln, wenn die „Spenderinnen“ nicht hinreichend aufgeklärt werden? Wie könnte ein Gesetz aussehen, das verhindert, dass „Spenderinnen“, dass Frauen, die ihre Eizellen abgeben, ausgebeutet werden? Geht das überhaupt in einer Gesellschaft, in der Ausbeutung in gewissem Sinn systemimmanent ist?

Immanuel Kant und sein Text zum Zahn fallen mir ein..., hier ist die Passage:

- 07 Sich eines integrierenden Theils als Organs berauben (verstümmeln),
- 08 z. B. einen Zahn zu verschenken oder zu verkaufen, um ihn in die Kinnlade
- 09 eines andern zu pflanzen, oder die Castration mit sich vornehmen zu
- 10 lassen, um als Sängler bequemer leben zu können, u. dgl. gehört zum partialen

- 11 Selbstmorde; aber nicht ein abgestorbenes
oder die Absterbung drohendes
- 12 und hiemit dem Leben nachtheiliges Organ
durch Amputation,
- 13 oder, was zwar ein Theil, aber kein Organ
des Körpers ist, z. E. die
- 14 Haare, sich abnehmen zu lassen, kann zum
Verbrechen an seiner eigenen
- 15 Person gerechnet werden; wiewohl der letz-
tere Fall nicht ganz schuldfrei
- 16 ist, wenn er zum äußeren Erwerb beabsich-
tigt wird.

(<https://korpora.zim.uni-duisburg-essen.de/kant/aa06/423.html>)

Irgendwie bleiben die „Spenderinnen“ so entsetzlich anonym. Sie sind die „Lösung des Problems“ vieler Wunscheltern und eigentlich will man sich doch nur bestätigen, dass es ihnen „schon gut geht“ – das eigene Gewissen beruhigen, oder? [...]

6. Aus meinem Forschungstagebuch vom 27.04.2021

„Alleine zu dem Thema „Altersgrenze für Empfängerinnen von „Eizellspenden““ könnte man eine eigene Arbeit verfassen. Auf den ersten Blick mag es logisch klingen, dass nur Frauen, im „potentiell gebärfähigen Alter“ Empfängerinnen von „Eizellspenden“ sein dürfen. Aber wer legt nach welchen Kriterien dieses „potentiell gebärfähigen Alter“ konkret fest? In Dänemark dürfen Frauen bis 45 Jahre „Eizellspenden“ erhalten, in Belgien bis 47 Jahren. Sollte in Deutschland die „Eizellspende“ legalisiert werden stand das Alter von 50 Jahren zur Diskussion als Limit für ein Empfängerin. In Australien wird von einer Frau berichtet, die mit 50 Jahren auf natürlichem Weg schwanger geworden (<https://www.brisbanetimes.com.au/lifestyle/australias-oldest-natural-firsttime-mum-20110727-1hzk0.html>).

Natürlich kann man als Kriterium anlegen, wie fit die Frau ist, die die „Eizellspende“ empfangen will und wie risikoreich jeweils die Schwangerschaft werden würde... Aber es wird immer eine Grenze geben... Während einige Männer theoretisch noch auf dem Sterbebett ein Kind zeugen können, so wird es für Frauen nicht möglich sein... der Körper setzt Grenzen, selbst wenn das reproduktive Fenster durch „Eizellspende“ um ein Jahrzehnt ausgedehnt wird. Wird dadurch also wirklich was gewonnen?

In Deutschland machte Annegret Raunigk Schlagzeilen, die im Alter von 65 Jahren Vierlinge auf die Welt brachte, nach IVF mit Eizell- und Samenspende in der Ukraine. Wenn

das maximale Alter für „Eizellspende“ erhaltende Frauen also auf 50 Jahre festgelegt würde, würde eine Frau Raunigk weiterhin einfach in die Ukraine fahren.

Verbote ändern nicht das Bewusstsein der Menschen. Also muss es viel mehr um Bewusstwerdung gehen...

In Indien ist der Fall einer „Eizellspende“ mit der ältesten Empfängerin belegt. Sie ist bereits über 70 Jahre alt. 2019 hat die damals angeblich 74-jährige Erramatti Mangayamma Zwillinge geboren, die sie mithilfe von Eizellspende bekommen hat. Ihr Ehemann war zu dem Zeitpunkt 80 Jahre alt. (<https://www.kinderinfo.de/ratgeber/aelteste-muetter-vaeter-welt/>).

Die Kinder werden ihre Eltern nicht lange erleben können und bald schon Vollwaisen werden... [...]

In der Bibel sind Frauen beschrieben, die jenseits der vorstellbaren Gebärfähigkeit Kinder bekamen: Sara bringt mit 90 Jahren ihren Sohn Issak zur Welt, Abraham ist der Vater. Elisabeth gebiert den Sohn Johannes (den Täufer), obwohl über sie geschrieben steht: „Und sie hatten kein Kind; denn Elisabeth war unfruchtbar, und beide waren wohl betagt“ (Lukas1,7).

https://www.bibel-online.net/buch/luther_1912/lukas/1/“

7. Aus meinem Forschungstagebuch vom 08.05.2021

„Kentenich gibt bei seinem Vortrag an, die Infratest-Umfrage sei dem Spiegel 46/2005 entnommen. Ein Literaturverzeichnis am Ende der PPP fehlt. Den Spiegel fand ich online, konnte auch einen interessanten Artikel zur „Eizellspende“ entdecken aber nirgendwo diese Infratest-Umfrage.

Wie schnell passieren Flüchtigkeitsfehler, verrutscht mir eine Zeile, eine Zahl... Wer weiß, wie viele Fehler sich in meine Arbeit eingeschlichen haben...

Bei der WHO forschte ich wegen der Angaben zum reproduktiven Alter der Frau nach... Kann es wirklich sein, dass die aus einem Studiendesign das reproduktive Zeitfenster der Frau abgeleitet haben? Aber das kann doch nicht sein...! Schade, dass ich bisher keine Antwort von denen bekommen habe!

Immer wieder: Das Problem mit Umfragen und Studien. Solange ich nicht weiß, wie und was genau gefragt wurde, solange ich also das Forschungsdesign nicht kenne, kann ich die Ergebnisse nicht wirklich interpretieren bzw. nachvollziehen. Und eigentlich müsste man immer fragen, wer die Studie eigentlich finanziert... Beim Schreiben meiner Hausarbeiten habe ich die Erfahrung gemacht, dass ich eigentlich alles belegen kann, was ich belegen will. Wenn also bei einer Forschung das Gegenteil der eigenen Hypothese heraus kommen sollte, wenn da jahrelange Forschung und Millionen Euro Forschungsgelder drin stecken, wie groß ist die Versuchung umzudeuten, der eigenen Hypothese gemäß zu interpretieren...? Und gleichzeitig tragen wissenschaftliche Studien so sehr

zur gesellschaftlichen bzw. politischen Meinungsbildung bei..., was für eine Verantwortung! Es müsste viel transparenter gemacht werden, wer jeweils die Studien finanziert! [...]"

8. Email an den Gesundheitsausschuss

Hier meine wiederholte schriftliche Anfrage an den Gesundheitsausschuss des Bundestages:

Betreff: Stellungnahmen zur Eizellspende

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich hatte Ihnen bereits vor 10 Tagen geschrieben, habe aber leider bisher noch keine Antwort erhalten. Vielleicht ist meine E-Mail bei Ihnen untergegangen? Daher frage ich noch einmal nach.

Über Ihre Antwort würde ich mich sehr freuen!

Im Rahmen meines Studiums der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule in Berlin schreibe ich derzeit an meiner Bachelorarbeit zum Thema „Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur Eizellspende“.

Zu der öffentlichen Anhörung zum „Embryonenschutzgesetz“ am 27. Januar 2021 hatten Sie, der Ausschuss für Gesundheit, Stellungnahmen von Sachverständigen zum Thema "Eizellspende" eingeholt. Auf der Liste der Sachverständigen (Institutionen, Verbände, sowie Einzelsachverständige) sind 24 Namen aufgeführt, aber nur 14 Stellungnahmen sind auf Ihrer Webseite veröffentlicht (vgl. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw04-pa-gesundheit-817788>).

Daraus haben sich für mich folgende Fragen ergeben:

Haben von den 24 Angefragten nur 14 Stellungnahmen abgegeben? Außerdem würde mich interessieren, ob Sie noch mehr Sachverständige zu Stellungnahmen eingeladen hatten, bzw. nach welchen Kriterien Sie die Sachverständigen ausgewählt haben.

Ich würde mich sehr über Ihre Antwort freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Verena Speichert

9. E-Mail an die Obmänner und Obfrauen des Gesundheitsausschuss

Betrifft: Eizellspende

Sehr geehrte*r Herr/Frau X,

im Rahmen meines Studiums der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule in Berlin, schreibe ich derzeit an meiner Bachelorarbeit zum Thema „Ethische und gesellschaftspolitische Themen im Diskurs zur Eizellspende“.

Zu der öffentlichen Anhörung zum „Embryonenschutzgesetz“ am 27. Januar 2021 hatte der Ausschuss für Gesundheit Stellungnahmen von Sachverständigen zum Thema "Eizellspende" eingeholt.

Mich würde interessieren, welche der Sachverständigen durch die Partei XYZ angefragt wurden, sowie welche Position die Partei XYZ gegenüber einer Legalisierung der Eizellspende einnehmen.

Über Ihre Antwort würde ich mich sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Verena Speichert

10. E-Mailkorrespondenz mit der ESHRE

Bei meinen Recherchen fand ich auf einer Webseite der ESHRE die unzutreffende Aussage, man könne seine eigene „Eizellspenderin“ in Deutschland zum „Spenden“ mitbringen. Darauf wies ich die Verfasser*innen hin, die mir umgehend antworteten, dass sie den Fehler beheben würden. Hier die Korrespondenz:

Subject: Egg donation is still not allowed in Germany

An *christine@eshre.eu*

Dear Christine,

I am currently working on my bachelor thesis entitled: "Ethical and social issues in the discourse on egg donation." During my research I read the text

"Europe moves towards complete statutory regulation of assisted reproduction

But large variations still exist in how the legislation is applied"

on the following website:

<https://cc.bingj.com/cache.aspx?q=ESHRE+how+long+to+wait+for+egg+donation%3f&d=4918300393216275&mkt=de-DE&setlang=de-DE&w=hBur3leY1um8ldOeDr3mGC5Zz9cb7I5->

Here it says:

"In Germany and Switzerland, where anonymous donation is not allowed, recipients may bring their own donor to provide eggs just for that couple, a practice also allowed in all countries. "

Egg donation is (still) prohibited in Germany. Even friends or sisters are not allowed to donate eggs, you can't bring your own donator.

To me it is a bit confusing that such a mistake is on the official Website of the ESHRE.

Best regards

Verena Speichert

RE: Egg donation is still not allowed in Germany

Von Bruno Van den Eede

Dear Mrs Speichert,

Thank you for pointing out the (unfortunate) mistake in the press release on our website to which you are referring, and I am sorry that it confused you. We'll have that corrected.

Perhaps you can best refer to the original paper (see attachment), which is a better - academic - source for reference.

Kind regards,

Bruno Van Den Eede

Managing Director

11. Regelungen zur Eizellspende nach Ländern

Hier folgt die ausführlichere Auflistung der Regelungen bzw. Gesetzgebungen zur „Eizellspende“ nach Ländern geordnet, auf die im 4. Kapitel: Die juristische Situation in anderen europäischen Staaten, hingewiesen wurde.

Belgien:

- Seit 2007 in der Form gesetzlich geregelt.
- Anonyme und nichtanonyme „Spenden“ sind erlaubt.
- Die Empfängerinnen dürfen nicht älter als 47 Jahre sein.
- Statistik 2014: 836 „Eizellspenden“, 1120 transferierte Embryonen. Durchschnittsalter der „Spenderinnen“ lag bei 29,5 Jahren, der Empfängerinnen bei 39 Jahren.

Dänemark:

- „Eizellspende“ seit 1997 erlaubt, aktuelle Rechtsfassung von 2015.
- Empfängerinnen dürfen nicht älter als 45 Jahre sein.
- Der Handel mit Eizellen ist verboten.
- Eizellen (und Embryonen) können 5 Jahre gelagert werden.

Großbritannien:

- „Eizellspende“ ist erlaubt.
- Seit 1990 gesetzliche Regelung hierzu, grundlegendste Überarbeitung erfolgte 2008.
- Überwachung durch seit 1990 bestehende Lizenzierungs- und Kontrollbehörde: Human Fertility and Embryology Authority (HFEA). Führt auch nationales Register.
- ART ist nur in von HFEA lizenzierten Kliniken gestattet.
- Nur freiwillige, altruistische „Spenden“ sind erlaubt. Unmittelbar entstehende Unkosten sind erstattungsfähig.
- ART ist zugänglich für Singles, Homo- und Heteropaare, egal ob verheiratet oder nicht.
- Aufklärungs- und Beratungsgespräche finden für alle Teilnehmenden statt.
- Altersbeschränkungen „Eizellspenderin“: 18-36 Jahre.
- Gespendete Keimzellen dürfen zur Zeugung von maximal 10 Kindern genutzt werden.
- Lediglich Auswahl phänotypischer Ähnlichkeit der Eltern ist bei der Auswahl der Spenden zulässig.
- Seit 2004 ist die anonyme „Eizellspende“ untersagt.
- Alle nach 1991 geborenen Kinder erhalten Informationen über „Spender*innen“. Aber nicht die Identität preisgebende Informationen.

Italien:

- Seit 2014 ist die „Eizellspende“ unter strengen Voraussetzungen erlaubt.
- Empfangende müssen in heterosexueller Ehe oder Beziehung leben. Sie müssen volljährig und im potentiell gebärfähigen Alter sein. Alle anderen sind ausgeschlossen.
- Die Infertilität der Eizellempfängerin muss durch ärztliches Attest nachgewiesen werden. Eine Erbkrankheit kann somit nicht als Grund geltend gemacht werden.
- Öffentliche oder autorisierte private Kliniken führen die Behandlung durch.
- Die „Spende“ muss unentgeltlich erfolgen.
- Explizites Verbot des Handels mit Gameten und Embryonen.
- Parallel zum italienischen Adoptionsrecht haben die so gezeugten Kinder ein Recht, mit Vollendung des 25. Lebensjahres, die Identität ihrer genetischen Eltern zu erfahren.

Niederlande:

- Die nichtkommerzielle „Eizellspende“ ist erlaubt.
- Verfügbar für Singles, heterosexuelle und homosexuelle Paare, verheiratet oder in registrierter Lebenspartnerschaft.
- Bis 2003 waren anonyme „Eizellspenden“ zulässig, seither ist nur die nicht-anonyme „Eizellspende“ erlaubt. Seither sind bei jeder „Eizellspende“ neben den medizinischen, physischen und sozialen Daten der „Spenderin“ auch die zur Identifizierung ihrer Person nötigen Daten (Name, Geburtsdatum, Wohnort) zu registrieren und in einer eigens dafür geschaffenen Datenbank zu speichern, wo sie mindestens 80 Jahre aufgehoben werden. Ab dem Alter von 16 Jahren, kann das Kind die Daten einsehen.
- Die gesetzliche Situation ist nur ungenügend geregelt. Solange sich zu einer bestimmten Reproduktionsmethode keine Regelung findet, kann von ihrer Zulässigkeit ausgegangen werden. Allerdings sind „kollidierende Grundrechte“, wie die Menschenwürdegarantie zu beachten, nicht alles was medizinisch-technisch machbar ist, muss auch zulässig sein.
- Postmortale Nutzung der Gametenspenden sind erlaubt, sofern dies ausdrücklich und schriftlich von den „Spender*innen“ erlaubt wurde
- Kommerzielle „Spenden“ sind „strafbewehrt“. Unklar geregelt ist aber die Grenze zwischen altruistischer „Spende“ und kommerzieller „Spende“, wenn die „Spenderin“ eine Aufwandsentschädigung erhält. Im Schnitt erhalten „Spenderinnen“ Aufwandsentschädigungen von 900 Euro (die als nicht-kommerziell angesehen

werden), eine Studie ergab, dass die realen Kosten für die „Spenderinnen“ im Schnitt bei 443 Euro liegen.

- Seit 2012 gibt es sogenannte „Eizellbanken“ für die Lagerung kryokonservierter Eizellen.
- Eine Studie ergab, dass die „Spenderin“ in Utrecht im Durchschnitt 32 Jahre alt sind, einen männlichen Partner sowie Kinder hat und einen Beruf im Gesundheitssektor ausüht.
- Ebenso ergab die Studie, dass die geringe Anzahl von 18 „Spenderinnen“ einer viel höheren Zahl von 450 potenziellen Empfängerinnen gegenüber steht.

Spanien:

- Anonyme „Eizellspende“ ist erlaubt. „In keinem Falle darf die empfangende Frau den Spender persönlich aussuchen [...].“ (Deutscher Bundestag 2018: 17)
- Die Kinder erfahren lediglich allgemeine Angaben über die „Spenderin“ wie „genetische Daten, physische und gesundheitliche Eigenheiten sowie Angaben sozialer Art [...].“ (Deutscher Bundestag 2018: 18)
- „Eizellspende“ ist allen zugänglich, Single-Frauen (Solo-Mütter), Hetero- und homosexuellen Paaren. Explizit auch für lesbische Paare, wo die eine die Eizelle abgibt, die andere austrägt.
- Mindestalter für Empfangende 18 Jahre.
- Nur nicht-kommerzielle, altruistische „Eizellspenden“ sind erlaubt. „Spenderinnen“ bekommen lediglich einen „Aufwendungsersatz für die physische Belastung, die Reisekosten und einen eventuellen Verdienstausschlag.“ (Deutscher Bundestag 2018: 17)
- Spanien war eines der ersten Länder mit Regelungen in der Reproduktionsmedizin. 1988 erließ es bereits ein Gesetz und erlaubte anonyme „Eizellspenden“.
- Aktuelle Gesetzeslage von 2006 baute das Gesetz von 1988 weiter aus. Es lässt alle Arten der Fortpflanzungsmedizin zu. Es schließt keine Gründe aus, eine künstliche Befruchtung anzustreben (z.B. Erbkrankheiten). Lediglich müssen „angemessene Erfolgsaussichten“ bestehen und es darf keine schwerwiegende gesundheitliche Gefährdung entstehen.
- Es werden maximal drei Präembryonen transferiert, jedoch gibt es keine Obergrenzen, wie viele Eizellen befruchtet werden dürfen.
- Spanien ist das wichtigste Reiseziel für „Reproduktionstourismus“.
- Neben staatlichen sind auch private Kliniken zugelassen.

Russland:

- Zugang haben lediglich heterosexuelle Paare (verheiratet und unverheiratet), sowie alleinstehende Frauen. Homosexuellen Paaren ist der Zugang verwehrt.
- „Eizellspenden“ sind sowohl aus altruistischen sowie kommerziellen Gründen gestattet.
- Die „Spenderinnen“ sollen zwischen 20 und 35 Jahren alt sein. Sie sollen physisch und psychisch gesund sein und werden ärztlich untersucht.
- Empfängerinnen sollen mindestens 18 Jahre alt sein und im gebärfähigen Alter

12. Akteure im Diskurs zur Eizellspende

Hier folgen die ausführlichen Beschreibungen bzw. Selbstdarstellungen der Institutionen, Verbände und Einzelpersonen, die als Sachverständige zur Anhörung⁴⁰ im Ausschuss für Gesundheit am 27. Januar 2021 geladen waren. Sie bilden die Bandbreite der Beteiligten im gesellschaftlichen Diskurs zur „Eizellspende“ ab.

Die Quellen sind direkt hinter den Zitaten vermerkt, auf alle Quellen wurde zuletzt am 13.04.2021 zugegriffen.

Verbände / Institutionen:

- **Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AFK)**

„Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) ist der größte Zusammenschluss von unabhängigen Frauengesundheitsorganisationen im deutschsprachigen Raum. Der AKF organisiert Hebammen, Ärztinnen, Psychologinnen und Pädagoginnen, Heilpraktikerinnen, in den Pflegeberufen Tätige, Selbsthilfe und Gesundheitswissenschaftlerinnen, vereint Berufsverbände und Organisationen, Frauenberatungsstellen, Frauengesundheitszentren und Selbsthilfeverbände und vertritt die Interessen von Frauen als Patientinnen, als Expertinnen und als Bürgerinnen. Der AKF ist anerkannt gemeinnützig und besteht seit 1993.“

(<https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/verein/>)

⁴⁰ Anhörung zum Gesetzentwurf der FDP-Fraktion: „*Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Embryonenschutzgesetzes - Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren*“

- **Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID e.V.)**

BKiD ist ein Netzwerk qualifizierter Beratungskräfte, die sich auf die Kinderwunschberatung spezialisiert haben. Seit seiner Gründung 2000 hat BKiD als Fachverband Leitlinien veröffentlicht, sich regelmäßig an öffentlichen und politischen Diskussionen um das Thema „Kinderwunsch“ und „Reproduktionsmedizin“ beteiligt und in Kooperation mit weiteren Fachverbänden Richtlinien erstellt. BKiD initiiert, fördert und unterstützt wissenschaftliche Forschungsprojekte auf dem gesamten Gebiet der psychosozialen Aspekte von Fertilitätsstörungen und Kinderwunsch.

(Vgl. <https://www.bkid.de/bkid/informationen-zum-verein/>)
- **Bioskop**

„BioSkop – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften e.V. ist eine zivilgesellschaftliche Organisation, die sich vor allem mit den ethischen und gesellschaftlichen Folgen moderner Medizin beschäftigt. Unsere Mitglieder sind beruflich im Journalismus, in der Medizin und den Geisteswissenschaften engagiert oder interessierte Bürger und Bürgerinnen mit und ohne Behinderung.“

(https://www.bundestag.de/resource/blob/818196/73a1aafe4678bc2f45ade25a72148a05/19_14_0268-4-_Bioskop_Embryonenschutzgesetz-data.pdf)
- **Bundesärztekammer (BÄK)**

„Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 506.014 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2017) in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik.“

(<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aufgaben/>)
- **Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ)**

„Der Verband hat den Zweck, die weitere Entwicklung der Reproduktionsmedizin im allgemeinen Interesse zu fördern, die beruflichen Belange der in diesem Gebiet Tätigen zu unterstützen sowie die gemeinsamen Interessen der reproduktionsmedizinischen Zentren gegenüber Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung, Kostenträgern, Exekutive und Legislative darzustellen und durchzusetzen.“

(<https://repromed.de/brz/der-brz/>)

- **Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina)**

„Die 1652 gegründete Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina ist mit ihren rund 1.600 Mitgliedern aus nahezu allen Wissenschaftsbereichen eine klassische Gelehrten-gesellschaft. Sie wurde 2008 zur Nationalen Akademie der Wissenschaften Deutschlands ernannt. In dieser Funktion hat sie zwei besondere Aufgaben: die Vertretung der deutschen Wissenschaft im Ausland sowie die Beratung von Politik und Öffentlichkeit.“ <https://www.leopoldina.org/ueberuns/ueber-die-leopoldina/leitbild-der-leopoldina/>

„Finanziert wird die Einrichtung heute zu 80 Prozent durch den Bund und zu 20 Prozent durch das Land Sachsen-Anhalt.“ „Die Wahl zum Mitglied in der Leopoldina gilt als eine der höchsten wissenschaftlichen Auszeichnungen, die eine deutsche Institution vergibt. Die Zahl der Mitglieder unter 75 Jahren ist auf 1000 begrenzt. Zu Mitgliedern werden hervorragende Gelehrte aus aller Welt gewählt. Neben Naturwissenschaftlern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz stammt ein Drittel ihrer Mitglieder aus 27 weiteren Ländern weltweit. Mit den gegenwärtig rund 1600 Mitgliedern (Stand Februar 2021) in mehr als 30 Ländern ist die Leopoldina die mitgliederstärkste Akademie in Deutschland. Die Mitglieder sind in Fachsektionen organisiert, die wiederum vier Klassen zugeordnet sind. Die im Jahr 2009 neu eingeführten Klassen sollen die Mitglieder stärker als zuvor in die Erarbeitung von Stellungnahmen und Empfehlungen einbinden und den interdisziplinären Austausch verstärken. Die Klassen haben ihre Schwerpunkte in den Naturwissenschaften, den Lebenswissenschaften, der Medizin und den Verhaltens-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Sie bilden außerdem die Plattform für den internationalen Austausch und für die Wahl neuer Mitglieder.“

(Quelle: https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Akademie_der_Naturforscher_Leopoldina)

- **Deutscher Ethikrat**

Aus dem Gesetz zur Einrichtung des Deutschen Ethikrats (Ethikratgesetz - EthRG):

§ 1 Bildung des Deutschen Ethikrats

Es wird ein unabhängiger Sachverständigenrat gebildet, der die Bezeichnung "Deutscher Ethikrat" trägt.

§ 2 Aufgaben

Der Deutsche Ethikrat verfolgt die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen

Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:

Information der Öffentlichkeit und Förderung der Diskussion in der Gesellschaft unter Einbeziehung der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen;

Erarbeitung von Stellungnahmen sowie von Empfehlungen für politisches und gesetzgeberisches Handeln;

Zusammenarbeit mit nationalen Ethikräten und vergleichbaren Einrichtungen anderer Staaten und internationaler Organisationen.

[...]

Der Deutsche Ethikrat erarbeitet seine Stellungnahmen auf Grund eigenen Entschlusses, im Auftrag des Deutschen Bundestags oder im Auftrag der Bundesregierung. Er leitet seine Stellungnahmen dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung vor der Veröffentlichung zur Kenntnis zu.

[...]

§ 4 Mitglieder

Der Deutsche Ethikrat besteht aus 26 Mitgliedern, die naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, ethische, soziale, ökonomische und rechtliche Belange in besonderer Weise repräsentieren. Zu seinen Mitgliedern gehören Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den genannten Wissenschaftsgebieten; darüber hinaus gehören ihm anerkannte Personen an, die in besonderer Weise mit ethischen Fragen der Lebenswissenschaften vertraut sind. Im Deutschen Ethikrat sollen unterschiedliche ethische Ansätze und ein plurales Meinungsspektrum vertreten sein.

[...]

§ 5 Berufung und Amtszeit der Mitglieder

Der Präsident des Deutschen Bundestags beruft die Mitglieder des Deutschen Ethikrats je zur Hälfte auf Vorschlag des Deutschen Bundestags und der Bundesregierung.

Die Mitglieder werden für die Dauer von vier Jahren berufen. Eine Wiederberufung ist einmal möglich.

[...]

(Quelle: <https://www.ethikrat.org/der-ethikrat/#m-tab-0-ethikratgesetz>)

- **Deutsches IVF-Register (D.I.R.)**

„Das Deutsche IVF-Register (D·I·R) ist eine Maßnahme der Qualitätssicherung, die seit 1982 Daten aus dem Bereich der humanen Reproduktionsmedizin in Deutschland erhebt.“

(Quelle: <https://www.deutsches-ivf-register.de/geschichte.php>)

„Das Register stellt einen Zusammenschluss medizinischer Einrichtungen dar, die in Deutschland die Techniken der Assistierten Reproduktion ausüben. Es wird getragen vom Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) und von der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM). Die Tätigkeit des Vereins erfolgt unter der Schirmherrschaft der Bundesärztekammer (BÄK). [...] Zur Durchführung seiner Aufgaben erhebt der Verein von seinen Mitgliedern Beiträge nach einer von der Jahresversammlung zu beschließenden Beitragsordnung.“

(Quelle: <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dir-satzung-2017-12-web.pdf>)

- **Donum Vitae**

„Als Träger von mehr als 200 Schwangerschaftsberatungsstellen bieten wir seit über zwanzig Jahren auch psychosoziale Beratung für Frauen und Paare an, die wegen ihres unerfüllten Kinderwunschs zu uns kommen“ (Donum Vitae 2021)

„[...] Wir stehen in schwierigen Konfliktsituationen an der Seite der Schwangeren ebenso wie bei allen Fragen rund um Familienplanung und Sexualität – vor, während und nach pränataler Diagnostik sowie bei unerfülltem Kinderwunsch. Donum Vitae ist ein gemeinnütziger Verein, der 1999 von katholischen Christinnen und Christen gegründet wurde. Heute wird unser Verein getragen von Christinnen und Christen aller Konfessionen sowie Menschen, die unseren Grundsätzen und Zielen zustimmen. Wir beraten – schützen – und helfen weiter. Unsere Beratung ist kostenlos, auf Wunsch anonym und wertorientiert. Auf Wunsch stellen wir den Beratungsnachweis nach § 219 StGB aus, der die Voraussetzung für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch bildet. Donum Vitae berät bundesweit an über 210 Orten. Mit unserer Online-Beratungsstelle sind wir auch im Internet für die Ratsuchenden da.“

(Quelle: <https://www.donumvitae.org/ueber-uns>)

- **Feministisches Frauen Gesundheitszentrum (FFGZ)**

„Die Grundlage unserer kompetenten und fachkundigen Beratung ist unsere Erfahrung mit frauenspezifischen Erkrankungen und Gesundheitsthemen. Seit 1974 informieren, beraten und unterstützen wir Frauen ganzheitlich und unabhängig in ihren Anliegen. [...] Wir setzen uns für eine qualitätsgesicherte und frauengerechte Gesundheitsförderung, gesundheitliche Prävention und für eine strukturelle Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen ein. Wir setzen uns kritisch mit dem bestehenden Gesundheitssystem auseinander und nehmen Einfluss auf die öffentliche Diskussion von Gesundheitsthemen. Wir engagieren uns auf gesundheitspolitischer Ebene und sind vielfältig vernetzt mit anderen Gesundheitseinrichtungen, ÄrztInnen, Heilpraktikerinnen usw. [...] Das FFGZ e.V. ist ein gemeinnütziges Projekt und wird aus Zuwendungen des Landes Berlin, aus Eigenmitteln und Spenden finanziert. Wir sind Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband LV Berlin e.V., Netzwerk Frauengesundheit Berlin, Arbeitskreis Frauengesundheit und Gesundheit Berlin e.V., Bundesverband der Frauengesundheitszentren e.V.“

(Quelle: <https://www.ffgz.de/ueber-uns/leitbild/>)

- **Gen-ethisches Netzwerk**

„Das Gen-ethische Netzwerk e.V. (GeN) verfolgt die komplexen Entwicklungen in den Bio-, Gen- und Reproduktionstechnologien und arbeitet sie kritisch für die Öffentlichkeit auf. Diese werden so für emanzipatorische, gesellschafts- und technologiekritische Debatten in Deutschland zugänglich. Als Gegengewicht zu den Selbstdarstellungen aus Wissenschaft, Industrie und Politik erarbeiten wir eine kritische Wissenschaftskommunikation, die gesellschaftliche Implikationen von bio- und reproduktionstechnologischer Forschung und deren Interessenskonflikte im Blick hat. Unsere Expertise erarbeiten wir in Zusammenarbeit mit kritischen Wissenschaftler*innen, Gruppen und Initiativen. Zudem setzt sich der Verein mit Kampagnen und Protesten aktiv für Transparenz und Verantwortung in der Wissenschaft, und ultimativ für eine gerechte und diskriminierungsfreie Gesellschaft ein. Unser Ziel ist eine nachhaltige, ökologische Landwirtschaft und ein gerechter Zugang zu Nahrungsmitteln, sowie ein patient*innenorientiertes und nicht normierendes Gesundheitssystem. [...] Das GeN wurde 1986 von kritischen Wissenschaftler*innen, Journalist*innen, Tierärzt*innen, Mediziner*innen, Politiker*innen und anderen an der Gentechnik interessierten Menschen gegründet. [...] Als gemeinnütziger Verein finanziert sich das GeN fast ausschließlich über Mitgliedsbeiträge, GID-Abonnements und Spenden von

Einzelpersonen. Nur unsere Förderer*innen geben dem GeN die nötige Grundlage für seine politische Unabhängigkeit.“

(Quelle: <https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/ueber-uns>)

- **Genetische Beratungsstelle der Universität des Saarlandes**

Hier handelt es sich um eine psychosoziale Beratungsstelle an der Universität Saarbrücken mit dem Schwerpunkt Humangenetik. Ich konnte keine weiteren Informationen ausfindig machen.

- **Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)**

„Das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) sieht seine Aufgabe darin, die Perspektive von Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft nachhaltig zu verankern. Unsere Vision Es wurde im Jahr 2001 von neun Behinderten- und Sozialverbänden als gemeinnützige GmbH gegründet, um eine wissenschaftliche Unterstützung für ihre Arbeit zu schaffen. Die Gründung stand im Zusammenhang mit der damaligen Debatte um die Bioethik-Konvention. Es ging insbesondere darum, fremdnützige Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Menschen abzuwehren. [...] Das Institut finanziert sich aus den Beiträgen seiner Gesellschafter sowie aus eingeworbenen Drittmitteln und Spenden. Das IMEW ist Mitglied in der European Association of Centres of Medical Ethics (EACME), des Aktionsbündnisses Teilhabeforschung und institutionelles Mitglied des Netzwerks TA.“ (Quelle: <https://www.imew.de/de/ueber-uns>)

- **Katholischer Deutscher Frauenbund (KDFB)**

1903 von katholischen Frauen in Köln gegründet, engagieren sich seither Frauen aller Altersgruppen im KDFB für eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen in Politik, Gesellschaft und Kirche. (Vgl. <https://www.frauenbund.de/der-kdfb/bundesverband/>)

„Der KDFB bringt sich in aktuelle kirchen- und gesellschaftspolitische Diskussionen ein. Die Vertretungen des Frauenbunds in verschiedenen Verbänden und Organisationen erfolgt durch Ehren- und Hauptamtliche. Zusätzlich arbeiten wir mit vielen weiteren Verbänden und Zusammenschlüssen zusammen.“ (Quelle: <https://www.frauenbund.de/der-kdfb/unser-netzwerk/>)

- **Lesben- und Schwulenverband (LSVD)**

„Der Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e. V. (LSVD) mit Sitz und Pressestelle in Berlin und Geschäftsstelle in Köln ist mit über 4400 Einzelmitgliedern und 100 Mitgliedsorganisationen die größte Bürgerrechts- und Selbsthilfeorganisation von Lesben und Schwulen in Deutschland.“

(https://de.wikipedia.org/wiki/Lesben_und_Schwulenverband_in_Deutschland)

„Der LSVD ist in allen Bundesländern mit Landesverbänden vertreten. Ihm gehören neben zahlreichen Einzelpersonen zudem bundesweit über 130 Fachverbände, regionale Vereine, Projekte und Unternehmen als Mitglieder an.“ (Quelle: <https://www.lsvd.de/de/ct/819-Kurzvorstellung-Was-macht-der-Lesben-und-Schwulenverband-LSVD>)

- **Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein (SkF)**

„Der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) ist seit seiner Gründung durch Agnes Neuhaus im Jahre 1899 ein Sozialverband von Frauen in der Kirche. Von Beginn an ist er eine freie Initiative von Frauen, die Kirche und Welt aktiv mitgestalten.“ (Quelle: <https://www.skf-zentrale.de/der-skf/skf-leitbild/skf-leitbild>)

„Der SkF ist ein anerkannter zentraler katholischer Fachverband im Deutschen Caritasverband, der seine satzungsgemäße Tätigkeit selbständig ausübt.[...] Der Verein beruht auf den Prinzipien der Ehrenamtlichkeit und des Zusammenwirkens der ehrenamtlich und hauptberuflich für den Verein Tätigen, die sich gegenseitig ergänzen. Ehrenamtliche Vorstände führen und leiten die örtlichen Vereine.“

(Quelle: <https://www.skf-zentrale.de/beitraege/struktur/1576780/>)

- **Spenderkinder e.V.**

„Wir sind ein ehrenamtlich arbeitender Verein von mehr als 200 überwiegend durch „Samenspende“ gezeugten Erwachsenen. Schätzungsweise gibt es mehr als 100.000 solcher „Kinder“ in Deutschland, aber die meisten wissen nicht von ihrer Zeugungsweise.“ [...] Gegründet haben wir uns offiziell im Jahr 2009, diese Internetseite gibt es jedoch schon seit 2006.“

(Quelle: <http://www.spenderkinder.de/>)

- **Union der deutschen Akademien der Wissenschaften**

„Die Akademienunion ist die Dachorganisation von acht deutschen Wissenschaftsakademien. Insgesamt sind in den Mitgliedsakademien mehr als 2.000 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen vereint, die zu den national und international herausragenden Vertreterinnen und

Vertretern ihrer Disziplinen gehören. [...] Geburtsstunde der Zusammenarbeit der deutschen Akademien war 1893 die Gründung des so genannten „Kartells“ – mit dem Ziel, gemeinsame Forschungsvorhaben zu verwirklichen. [...] Die Akademienunion wird durch die Sitzländer der Mitgliedsakademien (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen) institutionell sowie anteilig aus dem Akademienprogramm gefördert. Das Akademienprogramm wird zu gleichen Teilen durch den Bund und durch die 15 am Akademienprogramm beteiligten Bundesländer gefördert. [...]"

(Quelle: <https://www.akademienunion.de/akademienunion/ueber-uns>)

- **Wunschkind e.V.**

„Unser Verein vertritt als Ansprechpartner für Medien, Politik und Verbände die Interessen von ungewollt Kinderlosen. Wunschkind wurde 1995 als bundesweiter gemeinnütziger Verein der Selbsthilfegruppen für ungewollt Kinderlose gegründet. [...] Wunschkind versteht sich als Informationszentrale für Betroffene und für Selbsthilfegruppen zu Fragen ungewollter Kinderlosigkeit. Wir organisieren und koordinieren den Erfahrungs- und Meinungsaustausch der Selbsthilfegruppen und unterstützen Neugründungen.“

(Quelle: <https://www.wunschkind.de/>)

Einzelsachverständige

- **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin)**

Professor für Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) seit 1996. Geschäftsführer des Berliner Instituts für christliche Ethik und Politik (Quelle: <https://www.lob-huedepohl.de/vita/>). Mitglied des Deutschen Ethikrates.

- **Frau Dr. van Elk (Kommissariat der deutschen Bischöfe)**

„Ich habe einen internationalen und interdisziplinären akademischen Hintergrund; studierte Katholische Theologie, Kultur- und Religionswissenschaften an der Katholischen Universität Löwen, am Trinity College Dublin, an der Humboldt Universität zu Berlin sowie an der Roehampton University London. In meiner Forschung beschäftige ich mich schwerpunktmäßig mit Moralphilosophie, politische Philosophie und Fragen an der Schnittstelle zwischen Religion und Politik. Seit

September 2017 bin ich als Referentin im Kommissariat der deutschen Bischöfe tätig und unter anderem für rechtsethische Fragen und Bioethik, aber auch für die Jugendpolitik und den Kinder- und Jugendschutz, zuständig.“ (Quelle: <https://de.linkedin.com/in/noreen-van-elk-phd-944ba41b1>).

- **Prof. Dr. Klaus Zerres (Arzt am Uniklinik RWTH Aachen)**

Facharzt für Humangenetik, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik, Inhaber des Lehrstuhls für Humangenetik der Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule RWTH Aachen (vgl. <https://www.rwth-aachen.de/cms/root/Die-RWTH/Aktuell/Pressemitteilungen/Juli/~covo/Univ-Prof-Dr-med-Klaus-Zerres-zum-Vo/>).

- **Dr. Susanne Schultz (Bereich Biotechnologie, Natur und Gesellschaft an der Universität Frankfurt)**

„Susanne Schultz ist aktiv beim Gen-ethischen Netzwerk e.V. Berlin und bei Kitchen Politics (eine queerfeministische Buchreihe bei edition assemblage), forscht derzeit an der Goethe-Universität Frankfurt zu Demografiepolitik und ist seit vielen Jahren in feministischen, internationalistischen und antirassistischen Bewegungen aktiv. Sie promovierte in Politikwissenschaft mit einer staatstheoretischen Arbeit zu internationaler Bevölkerungspolitik und Frauengesundheitsbewegungen.“

(Quelle: <https://www.gwi-boell.de/de/person/dr-susanne-schultz>)

- **Prof. Dr. Claudia Wiesemann (Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen)**

„Claudia Wiesemann ist Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen. Sie ist Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission 'Lebenswissenschaften' sowie weiterer Arbeitsgruppen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. 2020 wurde sie in die Initiative Niedersächsischer Ethikrat berufen. Von 2012 bis 2020 war sie Mitglied des Deutschen Ethikrats, seit 2016 in der Funktion der Stellvertretenden Vorsitzenden. Claudia Wiesemann war von 2010 bis 2016 Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und von 2002-2012 Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 1998-2007 amtierte sie als Secretary des Wissenschaftlichen Beirats der European Association for the History of Medicine and Health. Claudia Wiesemann hat Medizin, Philosophie und Geschichte studiert und in Medizingeschichte an der Universität Münster promoviert. In der Zeit von 1985-1988 arbeitete sie als Assistenzärztin in der

Kardiologie, Pulmologie und Intensivmedizin. 1990-1998 war sie Assistentin bzw. Oberassistentin am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, wo sie sich 1995 für Geschichte und Ethik der Medizin habilitierte.“
(Quelle: <https://egmed.uni-goettingen.de/de/prof-dr-claudia-wiesemann/>)

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel, einschließlich eigener Quellen benutzt habe. Ferner, dass die elektronische Form der Bachelorarbeit mit der schriftlichen Form vollständig übereinstimmt.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

Berlin, 31.05.2021

Verena Speichert