

**Claudia Heinkel**

**Pua-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zur Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin im Diakonischen Werk Württemberg**

***Kinderwunsch und Wunschkind zwischen Machbarkeit und Schicksal.  
Geht wirklich alles, was geht?***

### **1. Märchenstunde: Damals ...**

Ich will meinen Beitrag beginnen mit drei Geschichten aus der Zeit, als das Wünschen noch geholfen hat, also aus der Zeit, in der Märchen spielen. Es sind drei Geschichten von Paaren, die sich nichts mehr wünschten als ein Kind<sup>1</sup>.

*Die erste Geschichte:*

Es war einmal ein armer Bauer, der saß abends beim Herd und schürte das Feuer, während seine Frau saß und spann. Da sprach der Bauersmann: Wie traurig ist es doch, dass wir keine Kinder haben. Es ist so still bei uns, und in den anderen Häusern um uns herum ist es so laut und lustig.“ „Ja“ antwortete seine Frau und seufzte, „wenn’s nur ein einziges wäre und wäre es auch ganz klein, nicht größer als der Daumen, so wollte ich schon zufrieden sein und hätte das Kind von Herzen lieb.“ Auf wundersame Weise ging der Wunsch in Erfüllung. Die Frau gebar nach sieben Monaten ein Kind, zwar an allen Gliedern vollkommen, aber nicht größer als ein Daumen. Die Eltern grämten sich nicht, sondern waren dankbar. „Das Kind ist, wie wir es gewünscht haben und wir wollen es liebhaben“, sprachen sie. Und weil es so klein war, nannten es die Eltern Daumesdick. Sie umsorgten ihr Kind und sparten nicht am Essen. Aber das Kind wurde nicht größer, sondern blieb so klein wie bei seiner Geburt. Es hatte aber einen klugen Verstand und entwickelte sich zu einem Menschen, dem alles glückte was er anfang.

*Geschichte Nr. 2:*

Es gab auch einmal einen reichen Bauern, dem bei allem Wohlstand doch eines zu seinem Glück fehlte. Er und seine Frau bekamen keine Kinder. Nachdem er deswegen schon oftmals von anderen Bauern verspottet werden war, kam er eines Tages nach Hause zurück und sprach im Zorn: „Ich will ein Kind haben und sollte es auch ein Igel sein!“ Kaum aber hatte er das gesagt, wurde seine Frau schwanger und brachte einen Knaben zur Welt, der oben ein Igel und unten ein Junge war. Die Frau war verzweifelt und jammerte, ihr Mann habe sie verwünscht. Doch das Kind wurde christlich getauft und erhielt den Namen Hans mein Igel.

---

<sup>1</sup> Den Hinweis auf diese drei Märchen habe ich einem Vortrag von Ulrich Körtner entnommen, den er am 14.2.2011 in Freiburg gehalten hat. Abgedruckt in Maio/Eichinger/ Bozzaro (Hg): Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung, 2013, Seite 114-136.

*Die letzte Geschichte:*

Schließlich gab es im Märchenland auch noch ein Königspaar, das reich und mächtig, aber kinderlos war. Tag und Nacht haderte die Königin mit ihrem Schicksal. „Ich bin wie ein Acker“, klagte sie, „auf dem nichts wächst“. Schließlich erfüllte Gott ihren Wunsch, doch als ihr Kind zur Welt kam, sah es nicht aus wie ein Menschenkind, sondern wie ein Eselchen. Nun jammerte und schrie die Mutter, sie hätte doch lieber gar kein Kind als einen Esel. Doch der König sprach: „Nein, Gott hat uns dieses Kind geschenkt, so soll es auch mein Sohn und Erbe sein und mir nach meinem Tod auf dem Thron folgen“.

Soweit diese drei Märchen oder besser Märchenanfänge. Was aus *Daumesdick*, *Hans mein Igel* und dem *Eselskind* geworden ist, will ich jetzt nicht weitererzählen. Falls Sie sich nicht mehr genau erinnern, können Sie es bei den Gebrüdern Grimm nachlesen.

**... und heute: Trauer, Zorn, Scham, und ein unbedingter Kinderwunsch**

Als ich jetzt wieder auf diese Geschichten gestoßen bin, war ich selbst verblüfft, wie aktuell diese drei Märchen sind. Bei allem Märchenhaften erkennen wir vieles wieder von dem, was die Paare, die heute ungewollt kinderlos sind, in der Beratung berichten: Da ist die große Trauer der armen Bauersleute darüber, dass sie nicht mit Kindern leben, sich nicht an ihrer Lebendigkeit freuen können, da ist der Zorn und die Wut des reichen Bauers darüber, dass alle um ihn herum Kinder kriegen, einfach so, ohne große Anstrengung, und er auch noch deren Spott ertragen muss. Da ist die Scham der Königin, als Frau versagt zu haben, ein nutzloser Acker zu sein, wie sie sagt.

Die ungewollt kinderlosen Frauen und Männer sprechen heute natürlich eine andere Sprache als in den Märchen, aber auch sie haben wie die Märchenpaare eine große Sehnsucht danach, das Aufwachsen mit Kindern zu erleben. Sie fühlen sich unvollständig als Paar ohne Kinder. Viele spüren Zorn und Wut auf Gott und die Welt und all die anderen Schwangeren und glücklichen Eltern um sie herum, manche berichten über ein verständnisloses Umfeld und dumme Bemerkungen oder über ihre Versagensgefühle, als Frau und Mann das Normalste in der Welt nicht hinzukriegen.

Und: Die Dringlichkeit, die Unbedingtheit des Kinderwunsches spricht auch aus ihren Geschichten und ihren Gesichtern und wie die Paare im Märchen sind auch sie am Ende zu fast allem bereit, um doch noch ihren Kinderwunsch erfüllt zu sehen.

**2. Kinderlosigkeit heute: Technik und Machbarkeit statt Schicksal?**

In dieser fernen Zeit der Märchen war Kinderlosigkeit ein Schicksal und die Paare waren allein auf Hoffen, Wünschen und Beten angewiesen. *Heute* gehört die Erfüllung des Kinderwunsches nicht mehr ins Reich der Märchen, sondern ist eine Frage der medizinischen Technik geworden:

Seit 1978 mit Louise Brown das erste Kind nach künstlicher Befruchtung zur Welt kam, hat die Reproduktionsmedizin eine Vielzahl von Verfahren entwickelt, mit denen sie Frauen und Männern zu einem eigenen Kind verhelfen möchte. Die künstliche Befruchtung außerhalb des Mutterleibes,

die vor vierzig Jahren noch eine Sensation war, hat sich inzwischen zu einem medizinischen Standardangebot entwickelt. Jedes Jahr kommen inzwischen in Deutschland mehr als 10.000 Kinder nach assistierter Reproduktion auf die Welt. Für die Eltern dieser Kinder hat sich mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin ein Lebensraum erfüllt.

Kinderlosigkeit erscheint heute nicht länger mehr als ein Schicksal, sondern als eine Frage des Willens der Eltern und des Könnens der Ärzte.

„*Man kann da was tun*“, ist die auffordernde Botschaft der medizinischen Praxen, der Medienberichte über bewegende Einzelschicksale, von Elternzeitschriften und Frauenzeitschriften an die Frauen und Paare. Viele ungewollt kinderlose Paare suchen dann auch den Ausweg bei den Ärzten und setzen ihre ganze Hoffnung auf die medizintechnischen Angebote - und nebenbei auch sehr viel Geld.

Medizinische Technik macht heute tatsächlich auch immer mehr möglich und zumindest technisch gesehen scheinen ihr keine Grenzen gesetzt zu sein: Das reicht von Hormonbehandlungen und Inseminationen über die verschiedenen Verfahren der künstlichen Befruchtung, die In-vitro-Fertilisation (IVF) und die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), die Kryokonservierung von Eizellen und Spermien, über die Embryonenspende, das social egg freezing, bis hin zur Eizellspende, zur Leihmutter- oder Tragemutterschaft – und das ist noch nicht das Ende: Vor kurzem wurde über eine erfolgreiche Gebärmuttertransplantation berichtet, nach der eine Frau ein Kind bekam .. und sicher ist auch das noch nicht das Ende der ärztlichen Kunst.

Und dass das Wunschkind nicht als Daumesdick, Eselskind oder Igel zur Welt kommt, dafür sorgt die genetische Diagnostik vor (PID) oder während (PND) der Schwangerschaft.

Der *reiche Bauer* und das *Königspaar* könnten also heute ihr Geld in die Hand nehmen und es mit einer künstlichen Befruchtung versuchen und auf diesem Weg auf ein Kind hoffen. Auch der *arme Bauer* könnte das tun: Die Krankenkasse würde die Kosten für drei Behandlungsversuche zu je 50 Prozent übernehmen. Die Kosten liegen zwischen 3000 € (IVF) und 4000 € (ICSI).

Hoffen und wünschen und beten müssten alle drei aber trotzdem....

### **Die Schattenseiten der Fortpflanzungsmedizin**

Denn trotz aller Routine und trotz aller spektakulären Erfolge hat die Fortpflanzungsmedizin auch erhebliche Schattenseiten. Die werden in den Hochglanzprospekten und auf den professionellen Werbeseiten vieler Kinderwunschpraxen höchstens angedeutet und selten präzise oder gar ausführlich benannt.

An erster Stelle steht hier die auch heute noch sehr niedrige *Erfolgsrate*:

Nach den neuesten Zahlen sind im Jahr 2014<sup>2</sup> in Deutschland 88.383 (plausible) Behandlungszyklen durchgeführt worden. Sie führten zu 21.934 klinischen Schwangerschaften und schließlich zu 15.702 Geburten.

<sup>2</sup> Deutsches IVF Register Jahrbuch 2015. Grundlage sind die Datenangaben von 130 Zentren in Deutschland.

Das bedeutet, die Geburtenrate liegt nach diesen Zahlen je Behandlungszyklus bei nicht einmal 18 Prozent (17,76%). Im Durchschnitt bekommt also je Behandlungszyklus nicht einmal jedes 5. Paar ein Kind. Und auch nach dem dritten Versuch bleibt immer noch fast jedes zweite Paar ohne Kinder.<sup>3</sup>

Auch diejenigen, die ein Kind bekommen, zahlen dafür einen teilweise hohen psychischen, gesundheitlichen und auch finanziellen Preis: Viele Paare brauchen mehrere Behandlungsversuche, bis sich die Hoffnung zunächst überhaupt auf eine Schwangerschaft und dann auf ein Kind erfüllt.

Die sozialen Beeinträchtigungen sind erheblich: Die Kliniktermine geben einen engen Zeitplan vor, der strenge Disziplin und oberste Priorität erfordert. Alle anderen Lebensbereiche müssen den Vorgaben der Behandlungstermine angepasst werden, andernfalls verschoben, auf später verlegt oder gestrichen werden. Alles Planen, Denken und Hoffen konzentriert sich auf das eine, das erhoffte Kind.

Für die Frauen ist die künstliche Befruchtung zudem ein körperlich belastender Eingriff: Die Hormonbehandlung zur Produktion von mehreren Eizellen hat unangenehme Nebenwirkungen (Bauchschmerzen, Übelkeit) und ist mit dem Risiko einer Überstimulation (Thrombose, Nierenversagen) verbunden. Es ist ein invasiver Eingriff unter Narkose erforderlich, um die Eizellen zu „ernsten“. Viele Frauen berichten von einem unangenehmen körperlichen Produktions- und Leistungsdruck während der Behandlung.

Wenn es dann zu einer Schwangerschaft kommt, liegt das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und für Fehlgeburten mit 20 Prozent deutlich höher als bei Spontankonzeption (10-15 Prozent). Besonders belastend ist vor allem die hohe Rate an Mehrlingsschwangerschaften und -geburten, für Mutter und Kind.

Denn auch für die Kinder ist es kein risikofreier Weg ins Leben: Die Wahrscheinlichkeit einer Frühgeburt mit all den damit verbundenen Folgeproblemen wie einem niedrigeren Geburtsgewicht oder dem erhöhten Risiko einer Zerebralparese (spastische Bewegungsstörung durch Beeinträchtigung des Gehirns) ist höher als bei Spontankonzeption. Das größte Risiko ist auch für die Kinder die Mehrlingsschwangerschaft und -geburt. Sie liegt nach den neusten Zahlen bei 21,5 Prozent für Zwillinge, bei Spontankonzeption sind es 10-15 Prozent.

Viele Fragen sind nicht abschließend geklärt, wie die nach einem möglicherweise erhöhten Krebsrisiko für die Frauen aufgrund der Hormonbehandlung oder die nach erhöhten Fehlbildungen bei den Kindern, die durch ICSI gezeugt wurden. Vor kurzem wurde eine ganz neue kanadische Studie veröffentlicht, die über ein höheres Risiko für Herzerkrankungen für Frauen *nach erfolglosen* IVF Behandlungen berichtete<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Bei Berechnung nur der Frischzyklen nach IVF, ICSI und IVF/ICSI, ohne die abgebrochenen Behandlungen und ohne die Zyklen mit aufgetauten Eizellen, lag die Rate bei 20,5 Prozent (59.280 Behandlungszyklen; 12.175 Geburten). Vgl. DIR Jahrbuch 2015.

<sup>4</sup> <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/14/mehr-herzprobleme-nach-missgluecker-kinderwunsch-behandlung>

Diese Kehrseite des Glücks steht daher ziemlich im Widerspruch zur Botschaft und zur inneren Logik der Fortpflanzungsmedizin.

### **3. Die innere Logik der Fortpflanzungsmedizin: Alles ist möglich!**

Mit der Fortpflanzungsmedizin verbindet sich die Erwartung und das Versprechen: „*Alles ist möglich*“. Alles ist möglich, für jedes Paar zu jeder Zeit, durch die moderne Medizin, wenn man ihre die Angebote nutzt. Der Glaube an die technische Machbarkeit beim Kinderkriegen und überhaupt am Lebensanfang (Pränataldiagnostik!) hat sich tief in die Köpfe und Herzen der Frauen und Männer eingegraben, der Ärztinnen und Ärzte wie auch in unser aller Denken als Gesellschaft, die dieses Angebot bereitstellt.

Dieses Versprechen birgt zugleich auch neue Zwänge, die subtil, aber höchst wirksam Druck auf die Paare erzeugen, die unser Denken und Reden prägen, die neue Normen generieren, Rollenbilder verfestigen oder neue schaffen und letztlich eine Menge *Fallstricke* beinhalten:

1.

Wenn alles möglich ist, dann ist alles, was technisch möglich ist, auch zu machen.

Diesem *technischen Imperativ* (Hans Jonas) ist eigen, dass es in dieser Logik geradezu unvernünftig oder gar verantwortungslos wäre, *nicht* alles, was möglich ist, zu nutzen.

Das bedeutet im Umkehrschluss:

Wenn „Alles möglich ist“, dann liegt die *Last der Verantwortung* allein auf der einzelnen Person.

Sie muss ihre Wahlfreiheit nutzen, sie muss Entscheidungen treffen, die ja am Lebensanfang nicht nur sie selbst oder ihren Partner treffen, sondern mindestens eine dritte Person, das Kind – und je nach Angebot auch noch andere Frauen, Männer und Kinder.

Auf die Reproduktionsmedizin übertragen: Wenn die Frau/das Paar heute ohne Kinder bleibt, dann trägt es nach dieser Logik selbst die Verantwortung dafür, denn wenn man wirklich will, der Medizin vertraut, das Richtige tut, genügend investiert, dann klappt es auch. Die medizintechnischen Möglichkeiten erzeugen gerade auch am Lebensanfang einen unglaublichen Entscheidungs- und Handlungsdruck auf die einzelne Person und auch eine Art *Begründungspflicht*, wenn man sie *nicht* nutzt! Das gilt für die Pränataldiagnostik wie für die Reproduktionsmedizin.

2.

Kinderlosigkeit zu akzeptieren und damit zu leben, überhaupt Grenzen zu akzeptieren, erscheint unter diesem technischen Imperativ als hoffnungslos rückständig, ja beinahe verwerflich. Für die bloße Trauer um die Kinderlosigkeit gibt es im Zeitalter des grenzenlos Machbaren keine Ausrede mehr. *Schicksal*, so wie in den drei Eingangsgeschichten, steht im Zeitalter der Reproduktionsmedizin nicht mehr zur eigenen Entlastung zur Verfügung.

3.

Das Versprechen der Machbarkeit führt dazu, dass sich viele ungewollt kinderlose Paare dem *Sog der Technik* kaum entziehen können, vor allem, wenn sie einmal mit dieser Behandlung begonnen

haben. Es ist beinahe unmöglich zu beschließen, nach einem oder zwei oder drei erfolglosen Versuchen mit der Behandlung aufzuhören, aus diesem Kreislauf aus Hoffen, Warten und abgrundtiefer Enttäuschung auszusteigen, denn beim nächsten Mal könnte es ja dann doch klappen, wie bei all den anderen auch...

Für die vielen Paare aber, die trotz mehrerer Kinderwunschbehandlungen ohne Kinder bleiben, ist dieses „Alles ist möglich“ doppelt fatal. Wie sollen sie es verkraften, dass ausgerechnet bei ihnen dieses Versprechen doch nicht greift? Was haben sie falsch gemacht? Was ist an ihnen falsch? Sie fühlen sich schuldig und als völlige Versager.

Für sie bieten sich dann fast zwangsläufig weitere medizintechnischen Angebote wie Eizellspende oder Leihmutterschaft als nächste Schritte an. Die sind zwar in Deutschland verboten sind, aber über den globalen Markt der Reproduktionsmedizin für jeden frei zugänglich, sofern man die finanziellen Mittel hat oder sich beschafft.

Dem *reichen Bauern* und dem *Königspaar* aus den Märchen stünden diese Optionen als nächstes offen ...

4.

Wenn wir diese Logik des „Alles ist möglich“ konsequent weiterdenken, dann geraten wir fast unweigerlich zur *Qualitätsprüfung* des Kindes am Lebensanfang, vor der Schwangerschaft durch die Präimplantationsdiagnostik und während der Schwangerschaft durch vorgeburtliche Tests wie etwa den genetischen Bluttest, der keinerlei therapeutische Funktion hat. Er kann nur feststellen, *ob* ein Kind eine Chromosomenbesonderheit hat oder nicht, und damit steht fast zwangsläufig die Entscheidung der Eltern für ihr Kind in Frage.

Es ist kein Zufall, dass die Qualitätsfrage schon bei der ersten erfolgreichen künstlichen Befruchtung eine Rolle gespielt hat: Der Vertrag, den die Eltern von Louise Brown mit der Klinik abgeschlossen haben, hat sie verpflichtet, die Schwangerschaft abzubrechen, wenn die Fruchtwasseruntersuchung im vierten Monat einen auffälligen Befund ergeben hätte<sup>5</sup>.

Die Sprache der Reproduktionsmedizin ist auch sehr verräterisch: Da ist die Rede von Güteklassen A bis D der Embryonen, die künstlich erzeugt wurden, von Embryonen bester (A) bis schlechter (D) Qualität - als ob es sich um Produkte eines Herstellungsprozesses handle<sup>6</sup>.

Wie verändert sich unser Blick auf das Kind, wenn es nicht mehr als unverfügbares Geschenk, als eine überraschende Gabe an die Eltern angesehen wird, sondern als Ergebnis eines Herstellungsprozesses, wenn es nicht mehr in die Welt treten darf, so wie es ist, sondern wie es sein soll?

---

<sup>5</sup> Vgl. Andreas Bernard, *Kinder machen. Samenspenden, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die neue Ordnung der Familie*, 2014. S. 378.

<sup>6</sup> Vgl. beispielsweise <https://www.institutobernabeu.com/foro/de/2014/06/02/kriterien-fuer-die-klassifikation-von-embryonen/>; Giovanni Maio, *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, 2012, Kapitel 16, insbesondere S. 246f.

#### **4. Ein frauenpolitischer Zwischenruf: Selbstbestimmt in die Fremdbestimmung?**

In den 70ern war eine zentrale Forderung der Frauenbewegung die nach der *Selbstbestimmung* der Frau, Selbstbestimmung über ihre Lebensweise, über ihren Körper, ihre Gesundheit und auch übers Kinderkriegen: „Kinder oder keine entscheiden wir alleine“, so oder ähnlich hießen die Slogans. Selbstbestimmung war damals ein Abwehrrecht der Frauen gegen Fremdbestimmung und zwar ein Abwehrrecht aller Frauen.

Selbstbestimmung, Entscheidungsfreiheit, Wahlmöglichkeiten – das sind *die* Stichworte, die einem auch im Kontext der Reproduktionsmedizin wie auch der Pränatalmedizin besonders häufig begegnen.

Die Forderung der Frauenbewegung hat allerdings wenig gemein mit dem, was Repromedizin wie auch die Pränatalmedizin darunter verstehen: Diese Selbstbestimmung meint vor allem die Wahlmöglichkeit unter verschiedenen medizinischen Angeboten, sie hat also die Frau als *Kundin* im Medizinbetrieb vor Augen.

Tatsächlich verdankt die Repromedizin den Frauen ihren enormen Aufwind, und zwar gerade den gut ausgebildeten, berufsorientierten Frauen, die selbstbestimmt ihr Leben gestalten wollen, am Arbeitsmarkt teilhaben, dabei *auch* mit Kindern leben wollen, die aber ihren Kinderwunsch zugunsten dieser Teilhabe am Arbeitsmarkt zurückstellen. Und das ist eine ziemliche Ironie in dieser Geschichte: Im Zeichen der Selbstbestimmung geraten diese Frauen in Verfahren, die in hohem Maße fremdbestimmt und risikobehaftet sind.

Die Reproduktionsmedizin als expandierender, experimentierfreudiger Medizinbereich hat die Frauen als kaufwillige und kaufkräftige Kundinnen im Blick. Sie bietet ihnen scheinbar passgenaue Angebote für ihre persönliche, wirklich selbstbestimmte Lebensgestaltung: *social egg freezing* für die jungen Frauen - sozusagen als präventive Maßnahme -, und für die „reifere“ Frau neben IVF und ICSI bzw. Embryonenspende dann die Eizell“spende“ und die Leihmutterschaft als neueste medizinische Verfahren.

#### **5. Reproduktionsmedizin: Grenzenlose Möglichkeiten?**

##### **5.1. Social egg freezing: die neue Freiheit für die moderne Frau?!**

*Social egg freezing* ist ein neues Angebot der Repromedizin, mit der sie sich eine neue Zielgruppe erschließt. Es ist kein „heilendes“ Angebot, mit der die Medizin auf eine Krankheit reagiert. Vielmehr bietet die Medizin hier eine *Dienstleistung* an und reagiert mit diesem Angebot auf soziale Lebensumstände und auf Kundenwünsche (wunscherfüllende Medizin).

Ursprünglich war das Einfrieren von Eizellen oder Eierstockgewebe ein medizinisch induziertes Angebot an junge Frauen, die sich einer Krebsbehandlung unterziehen mussten, die den Eierstock schädigt und die einen Kinderwunsch hatten<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Technisch möglich wurde es durch Entwicklung einer speziellen Technik des schnellen Einfrierens von Eizellen (Vitrifikation) und der Lagerung in Behältern mit flüssigem Stickstoff bei – 196 Grad Celsius.

Als *social (egg) freezing* richtet es sich an alle Frauen, die nicht aus medizinischen, sondern eben aus sozialen, persönlichen (fehlender Partner) oder beruflichen Gründen ihren Kinderwunsch auf einen späteren Zeitpunkt verschieben. Genauer: Es ist ein Angebot an junge, gut ausgebildete, beruflich erfolgreiche und finanzkräftige Frauen.

Mit Slogans wie „Alles zu *meiner Zeit!*“<sup>8</sup>, „Die neue Revolution für Frauen“<sup>9</sup> oder die „Anti-aging-methode der Reproduktionsmedizin“<sup>10</sup> werden Frauen aufgefordert, schon in jungen Jahren Eizellen einfrieren zu lassen, dadurch die biologische Uhr für 10 bis 15 Jahre „auszutricksen“, um später zum „optimalen, selbstbestimmten Zeitpunkt“ mit den eigenen aufgetauten Eizellen und dem passenden Partner in Ruhe Mutter zu werden, wie es in den Informationsschriften oder auf den Internetseiten der Praxen dazu heisst. Dieses Angebot ist verbunden mit dem Versprechen einer „Schwangerschaft in jedem Alter“<sup>11</sup>.

Die Werbung für diese Eizellvorsorge oder Fruchtbarkeitsvorsorge zeigt Wirkung, auch in Deutschland: Die Nachfrage ist seit 2012 sprunghaft gestiegen von 22 Frauen auf 750 Frauen im Jahr 2014<sup>12</sup>. Interessanterweise sind es aber gerade nicht die ganz jungen Frauen, sondern Frauen jenseits der 30, die dieses Angebot in Anspruch nehmen.

Die *Risiken* dieses Verfahrens werden bei dieser Werbung für eine „Kindervorsorge“ genauso verschwiegen wie die geringe Erfolgsrate oder die hohen Kosten:

Die Frauen müssen sich mehreren Hormonbehandlungen unterziehen, damit die erforderlichen mindestens 10-15 Eizellen heranreifen und einem operativen Eingriff, um sie zu entnehmen. Die frischen Eizellen müssen dann tiefgefroren und unter speziell gesicherten Laborbedingungen aufbewahrt werden. Bei Bedarf werden sie dann zu einem späteren Zeitpunkt aufgetaut, ausserhalb des Mutterleibs befruchtet und der Frau wieder übertragen. Social Freezing ist also Teil einer kompletten In- vitro- Behandlung, denn vom Tieffrieren von Eizellen allein ist noch keine Frau schwanger geworden.

Die schlechte *Erfolgsrate* wird fast wie ein Tabu behandelt: Nach Auskunft der Uniklinik Bonn überleben 10-20 Prozent der Eizellen das Auftauen nicht, davon sind 30-40 Prozent nicht befruchtungsfähig und die Geburtenrate je Eizelle liegt bei 8 Prozent!<sup>13</sup>

Die *Kosten* belaufen sich je Behandlungszyklus auf etwa 2500€ - 3000€. Dazu kommen die Lagerungskosten (250-390€/Jahr) und die Kosten für die spätere IVF- Behandlung.<sup>14</sup>

---

<sup>8</sup> <https://www.alles-zu-meiner-zeit.de/>;

<sup>9</sup> <https://de.timefreeze.es/die-neue-revolution-fur-frauen-nach-der-erfindung-der-pille/>

<sup>10</sup> <http://www.hormonzentrum-an-der-oper.de/service/news/aktuelles-detailansicht/dr-puchta-im-gespraech-mit-der-zeit-zum-thema-social-freezing-die-biologische-uhr-anhalten.html>

<sup>11</sup> <https://www.fertility-on-ice.de/>: „Wir und unsere Partner bieten Ihnen die Möglichkeit, sich jederzeit den heiß ersehnten Kinderwunsch zu erfüllen“.

<sup>12</sup> <http://www.pharma-zeitung.de/die-entwicklung-des-social-freezing.7625.php>

<sup>13</sup> Vgl. dazu: <http://www.kinderwunsch-uni-bonn.de/social-freezing.35182.0.html>

Kritikerinnen und Kritiker - und dazu gehöre ich auch - sehen darin den untauglichen Versuch, die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie in unserer Leistungsgesellschaft auf Kosten der Frauen und ihrer körperlichen Integrität zu lösen - und mit ihren Hoffnungen auch noch gut Geld zu verdienen, *ohne* dass sich irgendetwas an den familienfeindlichen Rahmenbedingungen ändern müsste.

## **5.2. Eizell“spende“ und Leihmutterschaft und der globale Markt der Reproduktionsmedizin**

Die Reproduktionsmedizin hat sich in kurzer Zeit zu einem weltweiten, rasant wachsenden und finanzstarken Markt entwickelt. Das Geschäftsvolumen wird 2014 auf 9,3 Mrd. US-Dollar geschätzt weltweit, Prognose bis 2020: 21,6 Mrd. US-Dollar<sup>15</sup>.

Frauen sind auf diesem globalen Markt einerseits als *Kundinnen* attraktiv und werden mit ihren Partnern sehr umworben, genauso wie schwule und lesbische Paare als neue Zielgruppen, und sie sind attraktiv als *Lieferantinnen* der begehrten Rohstoffe dieses Marktes.

Die Handelsware auf diesem globalen Markt sind Körpersubstanzen und Körper von Frauen auf der einen Seite, die Hoffnungen auf ein Kind, auf Familienglück, „*dass es laut und lustig zugeht wie in den anderen Häusern*“...auf der anderen Seite.

Zu diesem Austausch von Körpersubstanzen und Körpern gegen Geld hat sich ein regelrechter Tourismus entwickelt, von kaufkräftigen Kundinnen und Kunden aus dem reichen Westen zu den Rohstofflieferantinnen im armen Süden oder Osten.

Die *globalen Player* dieses Marktes sind die Fruchtbarkeitskliniken mit ihren Zweigstellen und Kooperationspartnern in verschiedenen Ländern, mit denen sie die „Produktions“-Kosten möglichst niedrig halten, und weltweit tätige Vermittlungsagenturen: Sie koordinieren und organisieren den Warenaustausch zwischen Wunscheltern, Rohstofflieferantinnen und den Kliniken.

*Ein* Kennzeichen dieses Marktes ist es, dass alles möglich scheint, es kaum technische und auch keine ethischen Grenzen zu geben scheint, die den Markt steuern und Einhalt gebieten könnten, weder bei den Anbietern noch bei den Käuferinnen und Käufern.

Dieser globale Markt schafft vielfältige Formen der Ausbeutung, vor allem der Ausbeutung von Frauen in anderen Ländern, die über wenig Macht verfügen. Neben der Prostitution und dem Heiratsmarkt bilden sich die Eizellmärkte und Leihmutterschaftsmärkte heraus, als ein weiteres Ausbeutungsverhältnis, in dem Frauen ihren Körper zu Markte tragen.

---

<sup>14</sup> <http://www.eizellbank-erlangen.de/kosten/>

<sup>15</sup> [http://www.imittelstand.de/themen/topthema\\_110665.html](http://www.imittelstand.de/themen/topthema_110665.html)

## Eizell“spende“

Ich will zuerst etwas zu dem Begriff sagen. In meinem Manuskript steht Eizell“spende“ in Anführungszeichen. Der Begriff „Spende“ verharmlost den Vorgang und verschleiert, worum es faktisch geht: Um Produktion und Weitergabe von Eizellen gegen Geld an andere Frauen. Er hat sich eingebürgert, darum verwende ich ihn, aber sachgemässer wäre z.B. die Rede von *Eizelllieferantin*.

Bei der *Eizell“spende“* unterziehen sich junge Frauen einer oder mehrerer Hormonbehandlungen, bei denen möglichst viele Eizellen (bis zu 30 Stück) produziert werden, die dann in einem operativen Eingriff „geerntet“ werden und entweder als frische Eizellen an anderen Frauen weitergegeben oder kryokonserviert werden für ihre spätere Verwendung.

Die Eizelle wird anschließend in vitro befruchtet, mit dem Samen des Ehemannes oder eines Samenspenders, und anschließend der Wunschmutter übertragen. Sie trägt dann dieses so entstandene Kind selbst aus und bringt es zur Welt.

Die Risiken dieser Hormonstimulation der Eizell“spenderinnen“ sind dieselben wie für die Frauen bei einer künstlichen Befruchtung, auch für die möglichen Spätfolgen, vielleicht sogar noch höher, weil sie mehr Eizellen produzieren sollen, damit sich der Vorgang lohnt<sup>16</sup>.

Der entscheidende Unterschied ist: Hier ist es ein fremdnütziger medizinischer Eingriff in den Körper einer anderen Frau, um den eigenen Kinderwunsch zu erfüllen.

In der Realität ist die Eizell“spende“ ein Austausch von Keimzellen zwischen Frauen in wirtschaftlich prekären Lebenslagen in ärmeren Ländern und vergleichsweise finanzkräftigen Paaren aus westlichen Industrieländern. In Europa reisen die Paare für eine Eizell“spende“ vor allem nach Spanien oder in osteuropäische Länder wie Tschechien, Ukraine, Russland, Polen, die speziell auch unter deutschen Paaren sehr werben<sup>17</sup>. Die Kosten sind unterschiedlich: Sie belaufen sich in Spanien im Durchschnitt auf knapp 7000€<sup>18</sup>, in Tschechien oder Polen sind Sie schon ab 4.500 € dabei<sup>19</sup>.

Die Eizell“spende“ ist in diesen Ländern erlaubt, allerdings unter strikter Wahrung der Anonymität der Eizelllieferantin. Angeblich erfolgt diese „Spende“ nicht gegen Bezahlung, sondern nur gegen eine - unterschiedlich hohe - Aufwandsentschädigung für die Frauen. Wie hoch die jeweils ist, wird im Dunkeln gehalten. Ich habe eine Zahl gefunden von einer großen Kinderwunschlinik in Kiew

<sup>16</sup> Seit kurzem weiss man aus einer skandinavischen Studie, dass auch die Schwangerschaft für die Wunschmutter, die durch eine Eizell“spende“ schwanger wurde, medizinisch riskant ist: Sie hat ein deutlich erhöhtes Risiko für Bluthochdruck oder Schwangerschaftsdiabetes. Vgl. Martina Lenzen-Schulte, Wenn das Baby zum Fremdkörper wird, in: FAZ online 16.4.2017 <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ungeahnte-risiken-von-eizellspenden-14966881.html>

<sup>17</sup> In Europa haben 2013 nach seriöser Schätzung 30.000 Eizell“spenden“ stattgefunden. 2016 waren es allein in Spanien bereits 16.000. Vgl. Forum Bioethik des Deutschen Ethikrats am 22. März 2017: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/eizellspende-im-ausland> .

<sup>18</sup> <https://www.medigo.com/de/reproduktionsmedizin/eizellspende-ivf/all/spanien;>

<sup>19</sup> <http://www.eizellspende-ivf.de/eizellspende/?gclid=C17k0pLQ9tMCFc5sGwody9kNTg>. Vgl. auch <http://www.eizellspende.com.de/laender/Kosten.htm> (Stand 2013).

(BioTexCom). Da erhalten die „Spenderinnen“ etwa 700 € Grundhonorar und zusätzliche Entlohnung ab einer bestimmten Menge an entnommenen Eizellen<sup>20</sup>.

Der Warenaustausch läuft über die Kliniken oder Agenturen als Vertragspartner sowohl der „Spenderinnen“ wie der Wunscheltern. *Diese* wählen auch letztlich aus, von welcher Eizellspenderin die Paare dann eine Eizelle bekommen, wer also die genetische Mutter ihres Kindes wird. Das bedeutet, weder die Eltern noch die Kinder wissen später, wer die genetische Mutter ist, wo sie lebt, unter welchen Lebensumständen, ob und wie viele Halbgeschwister es gibt.

In *Amerika* ist das alles ganz anders geregelt:

Dort sind die Eizellspende wie die Leihmutterschaft kommerziell erlaubt und es hat sich eine boomende Reproduktionsindustrie entwickelt rund um das Produkt „Schwangerschaft und Kind“<sup>21</sup>.

Die Eizellspenderinnen sind nicht anonym, sie erhalten einen Lohn, zwischen 5.000 und 8.000 Dollar für die erste und 10.000 Dollar für jede weitere „Spende“. Die Kosten für Bestelleltern sind dementsprechend: Sie bezahlen zwischen 30.000 und 55.000€ für die „Erfüllung ihrer Wünsche in Kalifornien“ (Zitat) durch eine Eizellspende<sup>22</sup>.

Die *Auswahlkriterien* für eine „Spenderin“ sind in Osteuropa in erster Linie Gesundheit und morphologische Ähnlichkeit mit dem Wunschelternpaar. In den USA wird in einem aufwendigen Auswahlverfahren nach der brillanten Eizellspenderin gesucht: Natürlich ist sie gesund, hoch intelligent, sozial kompetent, kreativ, sportlich und selbstverständlich auch schön.

### **Leihmutterschaft**

Die Leihmutterschaft geht noch einen deutlichen Schritt weiter: Bei der *Leihmutterschaft* wird der Leih- oder Tragemutter eine befruchtete Eizelle eines anderen Paares übertragen. Sie stellt 9 Monate lang ihren Körper für das Kind einer anderen Frau und deren Partner zur Verfügung, geht mit einem fremden Kind schwangere und bringt es zur Welt. Der fremdnützige Eingriff geht also weit über den der Hormonbehandlung wie bei der Eizellspende hinaus.

Das ganze Verfahren wird vertraglich geregelt:

Die Leihmutter verpflichtet sich darin, das Kind nach der Geburt den Wunscheltern wegzugeben. Die Verträge regeln auch, wie sie sich in der Schwangerschaft zu verhalten hat, was sie tun oder lassen muss, wie oft sie zum Arzt muss, wie der Kontakt zu den Wunscheltern ist etc. Sie verpflichten sie auch zur vorgeburtlichen Diagnostik und bestimmen, dass sie auf Wunsch der Bestelleltern ein behindertes oder krankes Kind nicht austragen muss/darf? und welche Kosten bei einem Abbruch entstehen.

<sup>20</sup> Auskunft des Geschäftsführers von BioTexCom im Gespräch mit Andreas Bernard. Vgl. Andreas Bernard, Kinder machen. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie, 2014. Seite 360.

<sup>21</sup> Der Film „Frozen Angels“ gibt einen eindrücklichen Einblick in die Reproduktionsindustrie in Kalifornien: [https://www.youtube.com/watch?v=OBVEcB\\_inI4](https://www.youtube.com/watch?v=OBVEcB_inI4)

<sup>22</sup> So z.B. die Agentur Pacific surrogacy and Egg Donation auf ihrer deutschen Homepage: <http://www.pacificsurrogacyeggdonation.com/deutsch>

Über die Situation der Leihmütter, darüber, wie ihre Familie damit lebt, wie ihre Kinder dies verkraften, wie ihr Umfeld darauf reagiert, erfährt man auf den Webseiten der Fruchtbarkeitskliniken und der Agenturen nichts. Auch in den Medienberichten über Einzelschicksale ist das kaum im Blick - außer bei Vorzeigeleihmüttern aus Kalifornien oder wenn der Bericht eine Legalisierung in Deutschland medial unterstützen will<sup>23</sup>.

Die Art und Weise, wie diese verschiedenen Akteure zusammen kommen - die Wunscheltern, die Agenturen und Kliniken, die die Leihmutter vermitteln -, ist geprägt von einer unglaublich ökonomisierten Sprache auf Seiten der Anbieter, den privaten Fruchtbarkeitskliniken: Da ist die Rede vom „käuflichen Elternglück“ und einer „Geld-zurück-Garantie bei Misserfolg“ oder von „All-inklusiv-Leistungspaketen der Economy bis VIP-Klasse“, vom „Sonderangebot“ für nur 9.000€, und Flat-rateprogrammen. Da werden die Leihmütter angepriesen, als ob sie selbst Produkte wären. Die Anbieter machen sich gar nicht mal die Mühe, den Charakter des Bestellens, des Herstellens und des Verkaufens von „Elternglück“, von Kindern zu verbrämen<sup>24</sup>.

Auch bei der Leihmutterschaft sind die *Kosten* je nach Land sehr unterschiedlich: In der *Ukraine* (Klinik Feslov) kostet eine Leihmutterschaft in einem einfachen Programm 23.000€<sup>25</sup>; ein Sonderangebot gibt es auch schon mal für knapp 10.000€<sup>26</sup>. Für 50.000€ garantiert die Klinik in Kiew (BioTexCom) die Geburt eines gesunden Kindes, inklusive Eizellspende und der Geburt in der Ukraine.

Was die Leihmütter selbst an Honorar bekommen, bleibt ziemlich im Dunkeln. Sie tun das ja angeblich auch vor allem aus Mitleid mit den kinderlosen Paaren und nur gegen eine Aufwandsentschädigung. Bei der vorhin erwähnten Kinderwunschklinik BioTexCom in Kiew ist die Rede von 8000 (Einling) bis 10.000€ (Zwilling)<sup>27</sup>.

Die Frauen finanzieren mit diesen Honoraren nicht etwa Luxusgüter, sondern sie tragen zum Lebensunterhalt der Familie bei, finanzieren den Kauf einer Wohnung oder die Ausbildung ihrer Kinder o.ä.<sup>28</sup>

<sup>23</sup> Siehe z. B. <http://www.br.de/mediathek/video/sendungen/euroblick/europa-ukraine-leihmutter-100.html>

<sup>24</sup> Vgl bspw. <http://www.leihmutter-schaft.de/dienstleistungen/>

<sup>25</sup> Vgl. bspw. Leihmutterschaftszentrum von Prof. Feskov: <http://leihmutterschaft-zentrum.de/kosten.php>

<sup>26</sup> Die Klinik BioTexCom wirbt mit einem Sonderangebot für 9.900€: <http://www.leihmutter-schaft.de/dienstleistungen/>

<sup>27</sup> Vgl. Andreas Bernard, a.a.O., Seite 360.

<sup>28</sup> Indien war lange Jahre eine Metropole der Leihmutterschaft. Weit über 1000 Fruchtbarkeitskliniken boten ausländischen Paaren unter dem Slogan: „Rent a womb“ indische Leihmütter an. Es waren in erster Linie arme junge Frauen, häufig Analphabetinnen, die für ein vergleichsweise geringes Honorar 9 Monate lang kaserniert und kontrolliert, weit weg von ihren Familien lebten. Inzwischen ist dieser Handel offiziell nur noch für indische Paare erlaubt. Vgl. auch Elisabeth Beck-Gernsheim, Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge-Risiken-Nebenwirkungen, 2016

In *Amerika* mit seiner Regelung der legalen und kommerziellen Leihmutterschaft sind die Kosten für die Wunscheltern weitaus höher als in Osteuropa. Sie liegen zwischen 70.000 und 150.000€. Die Leihmütter erhalten zwischen 25.000 und 40.000€ Honorar.

Bei diesen Preisen würde selbst der *reiche Bauer* aus dem Märchen kapitulieren. Das wäre dann eher noch was für das *Königspaar*.... (heute: Nikole Kidmann, Christiano Ronaldo, Elton John...).

Interessant sind die *Auswahlkriterien*: Die Leihmütter müssen nicht klug und schön sein wie die Eizell"spenderinnen", sondern vor allem von robuster Gesundheit, sie sind ja gewissermassen nur das Gefäß, in dem das Kind wächst, sozusagen die hardware.

Kalifornische Vorzeigeleihmütter: Auch in Amerika sind die Leihmütter in der Regel nicht die gut verdienenden Frauen der Mittelschicht, auch hier gibt es ein deutliches soziales und wirtschaftliches Gefälle zwischen den Bestelleltern und den Leihmüttern.

### **5.3. Ethische Grenzen sind weit überschritten...**

Bei allem Respekt vor dem Kinderwunsch: Für mich ist mit der *Eizell"spende"* und erst recht mit der *Leihmutterschaft* eine ethische Grenze weit überschritten.

1.

Beide Verfahren stellen einen *fremdnützigen medizinischen Eingriff* in den Körper einer anderen Person dar, sie instrumentalisieren eine andere Frau für den eigenen Wunsch nach einem Kind, ein Eingriff, der nicht ohne Auswirkungen bleibt für sie selbst, für ihre psychische und physische Gesundheit wie für ihre Familie, ihre eigenen Kinder

2.

Grundlage dieses Warenaustauschs sind zum anderen grundsätzlich ungleiche wirtschaftlich Verhältnisse zwischen „Spenderin“/Leihmutter und Empfängerin.

Es ist eine Art *Biokolonialismus* und ich kann mir keine Fallkonstellation vorstellen, in dem ich ein solches Ausbeutungsverhältnis akzeptabel fände, auch nicht gegen noch so viel Geld.

3.

Dazu kommen noch viele ungelöste Folgeprobleme und Fragen, vor allem zum *Kindeswohl*:

- Was bedeutet es für das Kind, dass an seinem Lebensanfang eine *finanzielle Transaktion* stattfand, dass es bestellt und hergestellt wurde, dass es gekauft wurde als ein Qualitätsprodukt und keine Chance gehabt hätte, mit einem Handycap auf die Welt zu kommen?
- Was bedeutet es für das Kind, dass es *zwei Mütter* hat, eine genetische - die Eizell"spenderin" - und eine biologische, die es zur Welt bringt?  
 Dass es transnationale Verwandtschaftsbezüge hat, Halbgeschwister, Onkel, Tanten, Großeltern in einem anderen Land, von denen es aber nichts weiß, weil die Eizell"spenderin" anonym bleibt<sup>29</sup>?

<sup>29</sup> Ein Kind kann bis zu fünf Elternteile haben: Die Eizell"spenderin" als genetische Mutter, die Leihmutter als biologische Mutter, die das Kind austrägt, den genetischen Vater, mit dessen Samen die gespendete Eizelle befruchtet

- Was bedeutet es für das Kind, wenn *Beziehungslosigkeit* an seinem Lebensanfang steht, genauer: notwendige Voraussetzung für seine Entstehung ist? Beziehungslosigkeit der Eizell“spenderin“ und noch eklatanter: Beziehungslosigkeit der Leihmutter, die sich gewissermaßen vertraglich zur Bindungslosigkeit zu diesem fremden Kind in ihr verpflichtet? Niemand kann derzeit sicher sagen, wie sich das auf seine Psyche und Identität auswirkt, weil es dazu keine umfassenden Langzeit-Studien gibt.

Und: was bedeutet es für unser Denken und unseren Blick auf den Lebensanfang, wenn das nicht nur im Einzelfall tolerierte Angebote sind, sondern künftig als ein selbstverständlicher Weg ins Leben technisch angeboten, rechtlich geregelt und als verantwortlich und modern oder gar wünschenswert deklariert würde?

Bislang gab es den gesellschaftlichen Konsens, dass die am Zeugungsprozess beteiligten Erwachsenen zumindest moralisch auch eine Verantwortung für das entstehende Kind haben? Dieser Konsens wird schon mit der Samenspende, aber noch viel mehr mit der Eizell“spende“ und der Leihmutterschaft aufgekündigt, genauer: seine Aufkündigung ist die Voraussetzung für die Entstehung des Kindes auf diesem Weg. Wie passt das zu unserer bisherigen Vorstellung von elterlichen Verantwortung?

## **6. Debatte statt Legalisierung!**

Beide medizinischen Angebote sind in Deutschland nach dem ESchG verboten, aus gutem Grund, wie ich meine. Ich beobachte mit Sorge, wie zur Zeit immer lauter die Forderung erhoben wird, die Eizell“spende“ oder gar auch die Leihmutterschaft in Deutschland zu legalisieren<sup>30</sup>.

Ein Verbot sei rückständig, es würde die Paare ins Ausland treiben, sei ungerecht gegenüber weniger finanzkräftigen Paaren, es unterstütze die Ausbeutung armer Frauen in anderen Ländern durch die Kommerzialisierung und schade dem Kindeswohl, weil die Eizell“spenderin“ anonym bleiben und die Kinder keine Möglichkeit haben, ihr Recht auf Kenntnis ihrer Herkunft wahrzunehmen. Bei einer Legalisierung in Deutschland könnte man die Anonymität gesetzlich verbieten und beide Angebote als ausschließlich altruistisches Angebot – ggfs. im familiären Nahbereich - regeln und dadurch auch kontrollieren<sup>31</sup>.

Mich überzeugen diese Argumente für eine Aufhebung des Verbots der Eizell“spende“ bzw. gar der Leihmutterschaft gar nicht.

---

tet wird und die beiden Wunscheltern, bei denen es aufwächst. Die Eizell“spenderin“ bzw. Leihmutter und der Samenspender können aus verschiedenen Ländern kommen, sodass das Kind Verwandte in bis zu vier unterschiedlichen Ländern oder gar Kontinenten haben kann.

<sup>30</sup> Siehe z.B. die Debatten auf dem 71. Deutschen Juristentag 2017, auf einem Symposium des Marsilius-Kollegs der Uni Heidelberg am 7. 4. 2017 oder exemplarisch für die Reproduktionsmediziner: <http://www.sueddeutsche.de/leben/reproduktionsmedizin-die-gesellschaft-sagt-wenn-du-das-willst-dann-zahl-es-gefaelligst-selbst-1.3439679>.

<sup>31</sup> Siehe bspw. Forum Bioethik des Deutschen Ethikrates: „Eizell“spende“ im Ausland – Konsequenzen im Inland?“ am 22.3.2017 (<http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/Eizell“spende“-im-ausland> )

Denn selbst wenn die Anonymität der Eizell“spenderin“ aufgehoben und die Eizellen nicht mehr verkauft werden dürften, wäre es ein fremdnütziger Eingriff, hätte das Kind zwei Mütter und multiple Verwandtschaftsbezüge und die Fragen nach dem Kindeswohl und seiner Identitätsentwicklung wären damit nicht beantwortet. Im Übrigen funktioniert das altruistische Angebot in anderen Ländern wie z. B. Großbritannien gar nicht: Es gibt zu wenig altruistische Engländerinnen und die Paare gehen nach wie vor ins Ausland, um sich die Eizellen oder die Leihmutter zu kaufen.<sup>32</sup>

Was wir brauchen, ist eine umfassende ethische und kontroverse Debatte, in der auch die kritischen Stimmen zu Wort kommen. Wir müssen - bevor rechtliche Schritte eingeleitet sind – sprechen über Fragen wie: Sollen wir alles, was möglich ist, auch möglich machen? Dürfen wir das? Wie verhält es sich zu unserer Vorstellung von Menschenwürde, gegen Geld gehandelt zu werden? Wer zahlt dafür welchen Preis?

Eine junge Frau, Vorstandsmitglied des Vereins Spenderkinder e V, die selbst durch eine anonyme Samenspende gezeugt wurde, sagt dies in ihren Worten so: *„Es geht darum, zu überlegen, (...) welches Menschenbild unseren Entscheidungen und unserem Handeln zu Grunde liegen soll. Grenzen werden häufig als einengend beschrieben (...) das bloße Einreißen von Grenzen ... (hat) etwas Maßloses. Als erwachsene Menschen können wir überlegen, welche Grenzen wir uns rechtlich setzen wollen, damit wir das, was wir tun, auch noch verantworten können“*<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Auch amerikanische Paare, die die hohen Kosten nicht bezahlen wollen oder können, weichen trotz aller legalen Angebote in Nachbarländer wie Mexiko aus, in denen die Kosten einer Eizellspende oder für Leihmutterschaft wesentlich niedriger sind.

<sup>33</sup> [www.Frieda-online.de/Spenderkinder-ohne-lobby/](http://www.Frieda-online.de/Spenderkinder-ohne-lobby/)

## Literaturhinweise

*Andreas Bernard (2014):* Kinder machen. Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. Neue Reproduktionstechnologien und die neue Ordnung der Familie, Frankfurt 2014.

*Eva Maria Bachinger (2015):* Kind auf Bestellung. Ein Plädoyer für klare Grenzen, Wien 2015.

*Elisabeth Beck-Gernsheim (2016):* Die Reproduktionsmedizin und ihre Kinder. Erfolge-Risiken-Nebenwirkungen, 2016

*Deutscher Ethikrat (2016):* Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme, Berlin 2016.

*Deutsches IVF Register (DIR) Jahrbuch 2015.*

*Giovanni Maio (2012):* Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch, 2012.

*Giovanni Maio (2014):* Medizin ohne Maß?. Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit, Stuttgart 2014.

*Ulrich Körtner (2013):* Wunsch: Kind. Über die Fortpflanzung in Zeiten der Reproduktionsmedizin, in: *Maio/Eichinger/Bozzaro* (Hg): Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung, 2013, Seiten 114-136.

*Christiane Kohler-Weiß, Das perfekte Kind. Eine Streitschrift gegen den Anforderungswahn. Freiburg 2008.*

*Stephan Schleissing* (Hg) (2014): Ethik und Recht in der Fortpflanzungsmedizin. Herausforderungen, Diskussionen, Perspektiven, Baden-Baden 2014.

*Tewes Wischmann (2012):* Einführung in die Reproduktionsmedizin. München 2012.

## Claudia Heinkel

### **Pua-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin**

Diakonisches Werk Württemberg  
Interimsadresse: Neckarstraße 207 70190 Stuttgart  
Fon: 0711-1656-341  
Mail: heinkel.c@diakonie-wuerttemberg.de