

Unerfüllter Kinderwunsch und die Angebote der Reproduktionsmedizin

Ethische Reflexionen

Claudia Wiesemann

Zusammenfassung

Kinder zu haben und eine Familie zu gründen ist für viele Menschen ein wesentlicher Aspekt guten Lebens. Ungewollte Kinderlosigkeit kann deshalb bei den betroffenen Personen ein großes, teils existenzielles Leid auslösen. Dies unterstreicht die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung der Fortpflanzungsmedizin. In der Expertise wird erläutert, warum immer wieder vorgebrachte grundsätzliche Argumente gegen die Fortpflanzungsmedizin mittlerweile, nach 45 Jahren Erfahrung mit ihren Techniken und gründlicher empirischer Forschung zu deren Auswirkungen, nicht mehr überzeugend sind. Nach einer kurzen Übersicht über die rechtlichen Regelungen der Fortpflanzungsmedizin werden die ethischen Aspekte der künstlichen Befruchtung (IVF) einschließlich der (IVF voraussetzenden) Präimplantationsdiagnostik diskutiert. Ein weiteres Kapitel stellt die Techniken der Fortpflanzung mit Hilfe Dritter (Samenspende, Eizellspende, Embryospende und Leihmutterschaft) vor und analysiert die bei ihrer Durchführung auftretenden ethischen Fragen und Probleme. Das Schlusskapitel befasst sich mit den Folgen für die Eltern-Kind-Beziehung und die gesellschaftlichen und rechtlichen Auffassungen von Elternschaft.

Schlüsselbegriffe: Fortpflanzungsmedizin – Samenspende – Eizellspende – Leihmutterschaft

Abstract

Involuntary childlessness and the options offered by reproductive healthcare - Ethical reflections

For many people, having children and starting a family is an essential aspect of a good life. Involuntary childlessness can therefore cause great, sometimes existential suffering for the people affected. This underscores the individual and social importance of reproductive healthcare. In my report, I show why, after 45 years of practice with reproductive healthcare and thorough empirical research on its effects, fundamental arguments against reproductive healthcare are no longer convincing. After a brief overview of the legal regulations governing reproductive healthcare, I will discuss the ethical aspects of in-vitro fertilisation (IVF), including preimplantation genetic diagnosis (which presupposes IVF). The next chapter

Projekt „KompKi“

Prof. Dr. Mayer-Lewis

E-Mail: kompki@evhn.de, Telefon: 0911 / 272 53 795

Bärenschanzstraße 4, 90429 Nürnberg

Gefördert vom:





describes third-party reproduction (sperm donation, egg donation, embryo donation and surrogacy) and examines the ethical issues involved. The final chapter deals with the implications for the parent-child relationship and social and legal perceptions of parenthood.

Keywords: Reproductive healthcare – Sperm donation – Egg donation – Surrogacy

Inhalt

1	Unerfüllter Kinderwunsch und Familiengründung – eine Einführung.....	1
2	Warum grundsätzliche Argumente gegen ART nicht mehr überzeugen.....	2
	Alternative Adoption?.....	4
	Fortpflanzung als kollektives Unterfangen.....	5
	Rechtslage.....	7
3	In-Vitro-Fertilisation.....	7
	Aufklärung und Beratung.....	8
	Anzahl der auszuwählenden und übertragbaren befruchteten Eizellen bzw. frühen Embryonen.....	9
	Umgang mit kryokonservierten Keimzellen, sogenannten Vorkernzellen und Embryonen.....	11
	Präimplantationsdiagnostik.....	13
4	Fortpflanzung mit Hilfe Dritter.....	16
	Samenspende.....	16
	Eizellspende.....	17
	Embryospende.....	20
	Leihmutterschaft.....	21
5	Elternschaft bei Assistierter Reproduktion.....	24
6	Zusammenfassung.....	26
	Literaturverzeichnis.....	28

1 Unerfüllter Kinderwunsch und Familien- gründung – eine Einführung

Kinderlosigkeit ist ein in Deutschland verbreitetes Phänomen mit steigender Tendenz. Laut statistischem Bundesamt waren 2019 20% der Frauen über 50 Jahren kinderlos, von ihnen ist nur etwa ein Viertel gewollt kinderlos geblieben (Leopoldina 2019, S. 18). Ungewollte Kinderlosigkeit ergibt sich teils aus verminderten Fruchtbarkeitschancen in Folge des Aufschubs der Familiengründung in ein fortgeschritteneres Alter, teils durch medizinische Ursachen wie Störungen der Eileiterfunktion bei der Frau oder Mangel an funktionsfähigen Spermien beim Mann (Bujard, Diabaté 2016). Auch wenn kinderlose Personen, insbesondere Frauen, heute weniger gesellschaftlich stigmatisiert werden als früher, kann ungewollte Kinderlosigkeit eine große psychische Belastung darstellen. Das Leiden kann existenziell Dimensionen haben, weil es für viele Menschen mit der Frage nach dem Sinn ihres Lebens verbunden ist. Kinder haben zu können bedeutet die Freude, eine Familie zu gründen, für andere Menschen da sein, etwas Wichtiges aus dem eigenen Leben weitergeben oder eine Familientradition fortsetzen zu können. In der Lebensverlaufsforschung zählt die Familiengründung zu den großen, als sinnstiftend betrachteten und einschneidenden Lebensereignissen. Zudem hängt das Fortleben der Menschheit schlechthin davon ab, ob Menschen Kinder bekommen. Nachkommen sind nötig, um jene sozialen Systeme aufrecht zu erhalten, die auf intergenerationelle Solidarität aufbauen, z.B. die Versorgung im Alter. Nicht zuletzt können Kinder als ein Wert an sich gesehen werden, da sie durch ihr lebendiges, offenes und unverstelltes Wesen, ihre Neugier, Spontaneität und Lernfähigkeit das Leben anderer Menschen bereichern.

Die große Bedeutung von Kindern und Familie für die Realisierung eines guten Lebens ist der Hauptgrund für individuelle und gesellschaftliche Relevanz der Fortpflanzungsmedizin. Während diese in den Anfangszeiten noch misstrauisch betrachtet wurden, weil sie den intimen Zeugungsvorgang technisierte und dritten Personen zugänglich machte, sind die Techniken assistierter Fortpflanzung mittlerweile im Grundsatz gesellschaftlich akzeptiert und werden weltweit eingesetzt (Haug, Milewski 2018). Als ‚Assistierte Reproduktion‘ (ART – *Assisted Reproductive Technologies* genannt) bezeichnet der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer „die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches durch medizinische

Behandlungen und Methoden ... zum Zwecke der Herbeiführung einer Schwangerschaft“ (Bundesärztekammer 2022, A3). Zentrale Techniken sind die künstliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation, IVF) einschließlich Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), die Keimzellspende (von Eizellen oder Samenzellen), auch als heterologe oder donogene Insemination bezeichnet, die Spende von Embryonen sowie die Leihmutterschaft. Diese Techniken werden nicht selten in Kombination eingesetzt.

Im Folgenden wird zunächst dargestellt, warum immer wieder vorgebrachte grundsätzliche Argumente gegen ART mittlerweile, nach 45 Jahren Erfahrung mit Fortpflanzungstechniken und gründlicher empirischer Forschung zu deren Auswirkungen nicht mehr überzeugend sind. Nach einer kurzen Übersicht über die rechtlichen Regelungen der Fortpflanzungsmedizin werden in Kapitel 3 die ethischen Aspekte der künstlichen Befruchtung (IVF) einschließlich der (IVF voraussetzenden) Präimplantationsdiagnostik diskutiert. Kapitel 4 stellt die Techniken der Fortpflanzung mit Hilfe Dritter (Samenspende, Eizellspende, Embryospende und Leihmutterschaft) vor und analysiert die bei ihrer Durchführung auftretenden ethischen Fragen und Probleme. Ein Schlusskapitel befasst sich mit den Folgen für die Eltern-Kind-Beziehung und die gesellschaftlichen und rechtlichen Auffassungen von Elternschaft.

2 Warum grundsätzliche Argumente gegen ART nicht mehr überzeugen

Ethische Argumente, die sich *grundsätzlich* gegen jede Form der Assistierte Reproduktion richten, wurden früher häufiger vorgebracht, gelten aber heutzutage nicht mehr als konsensfähig. Immerhin geht es bei der Assistierte Reproduktion um das menschliche Grundrecht auf Freiheit der Fortpflanzung, im Fachdiskurs ‚Recht auf reproduktive Selbstbestimmung‘ oder ‚reproduktive Autonomie‘ bezeichnet. Unter reproduktiver Autonomie als einem Spezialfall personaler Autonomie versteht man das Recht, über die Belange des eigenen Lebens und des eigenen Körpers, insofern sie die Fortpflanzung betreffen, selbst zu entscheiden (Beier, Wiesemann 2013; Wiesemann 2016). Dieses Grundrecht dient etwa als Abwehr gegen staatliche Eingriffe wie Heiratsverbote, Zwangssterilisation, -abtreibung oder -adoption, die noch im 20. Jahrhundert häufig waren und auch in den westlichen, demokratisch verfassten Gesellschaften vereinzelt

vorkamen.¹ Art. 16 der Allgemeinen Erklärung für Menschenrechte der Vereinten Nationen hält fest: „Heiratsfähige Männer und Frauen haben ohne jede Beschränkung auf Grund der Rasse, der Staatsangehörigkeit oder der Religion das Recht, zu heiraten und eine Familie zu gründen“. Man muss insofern die oft polemisch-rhetorisch vorgebrachte Frage ‚Gibt es denn ein Recht auf ein Kind?‘ also in diesem Sinne durchaus bejahen. Es gibt jedenfalls ein Recht darauf, an der Gründung einer Familie nicht durch den Staat gehindert zu werden. Wie jedes Grundrecht muss auch dieses zwar ggf. gegen andere Grundrechte abgewogen werden. Doch erfordert dies eine sorgfältige Begründung, die sich auf konkrete, nachweisbare Gefahren für Dritte stützen muss (Heyder 2019). Pauschale Verbote auf der Basis stereotyper Befürchtungen oder gar von Vorurteilen gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen sind nicht zu rechtfertigen. Strittig ist allenfalls, ob daraus zusätzlich zum Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe auch ein Anspruch auf Unterstützung seitens des Staates herleiten lässt, etwa in Form einer flächendeckenden Bereitstellung bestimmter Techniken oder ihrer Finanzierung durch die Sozialversicherungssysteme. Solche Fragen sind im Zweifelsfall getrennt voneinander zu diskutieren.

Grundsätzlich gegen die künstliche Befruchtung stellte sich das Katholische Lehramt, demzufolge die Trennung von sexueller Vereinigung der Ehepartner und Zeugung eine Herabwürdigung des Sakraments der Ehe und eine Verletzung der Würde des Kindes bedeute. Einwände betreffen auch die Tatsache, dass Samenzellen für ART durch Masturbation gewonnen werden müssen (Kongregation für die Glaubenslehre 1987, 34). Auch die Kritik dieser Verfahren als ‚unnatürlich‘ und deshalb als moralisch verwerflich (für einen Überblick s. Bayertz 2004) kann nicht überzeugen, denn die Natur des Menschen ist nun einmal grundsätzlich fehleranfällig und unterstützungsbedürftig und bedarf in vielerlei Hinsicht medizinischer Hilfe, nicht nur bei Unfruchtbarkeit. Dass die Medizin sich des natürlichen Defizits ‚Unfruchtbarkeit‘ annimmt, ist also nicht per se ethisch rechtfertigungsbedürftig. Schließlich hat auch die feministische Kritik an den Methoden der Assistierte Reproduktion, diese betrachteten den Frauenkörper als technisch manipulierbares Objekt und reduzierten Frauen auf ihre Funktion als Gebärende, an Überzeugungskraft verloren (für einen Überblick s. Tong 2005). Zwar können sich Frauen, die IVF

¹ Zwar sind Eingriffe in die reproduktive Autonomie der Person typischerweise ein Charakteristikum totalitärer Staaten, z. B. des NS-Regimes 1933-1945. Aber auch demokratische Staaten haben sich vereinzelt solche Verstöße zuschulden kommen lassen, etwa Zwangsadoptionen oder Zwangssterilisationen.

durchlaufen haben, dem Apparat der Reproduktionsmedizin durchaus ausgeliefert sehen – so jedenfalls die Studie von Hölzle und Wiesing aus den Anfangszeiten der IVF in Deutschland (Hölzle, Wiesing 1991). Doch als grundsätzlicher Einwand gegen jede Form von ART taugt das Argument nicht, denn durch Kontrolle der reproduktionsmedizinischen Einrichtungen und unabhängige, gute individuelle Information und Aufklärung sowie eine gesellschaftliche Haltung, die kinderlose Frauen nicht mehr diskriminiert, kann dieser Tendenz effektiv entgegengewirkt werden.

Alternative Adoption?

Gelegentlich wird auch argumentiert, Menschen mit Kinderwunsch stünde alternativ die Möglichkeit zur Adoption zur Verfügung (Spendier 2017). Dies sei die moralisch zu bevorzugende Alternative, da in diesem Fall ein schon geborenes Kind die Chance auf ein Aufwachsen mit Eltern erhalte. Hier wird allerdings davon abgesehen, dass eine genetische Verbindung oder die Verbindung, die durch Schwangerschaft (gestational) entsteht, für Paare mit Kinderwunsch eine große Bedeutung haben kann. Schwangerschaft ermöglicht es, eine Beziehung zum Kind schon vor der Geburt einzugehen. Die genetische Verbindung trägt dazu bei, eine gemeinsame familiäre Identität aufzubauen. Manche Techniken der assistierten Fortpflanzung ermöglichen überhaupt erst eine solche Verbindung zum Kind, die Personen sonst verwehrt bleiben würde. So kann etwa bei einem Paar, bei dem die Frau infertil ist, eine gespendete Eizelle immerhin noch mit dem Samen des Partners befruchtet werden, und so zumindest auf väterlicher Seite eine genetische Verbindung zum Kind erreicht werden. Bei lesbischen Paaren kann die Eizelle von der einen Frau stammen und der damit gezeugte Embryo von der anderen Frau ausgetragen werden. Auch die sogenannte intrafamiliäre Reproduktion kann ein solcher Beitrag zu einer gemeinsamen familiären Identität sein, wenn etwa die Schwester für ihren schwulen Bruder und seinen Lebenspartner ein Kind austrägt.

Aber selbst wenn man das Argument der genetischen oder körperlichen Verbundenheit als „biologistisch“ zurückweist und nicht zu Unrecht zu bedenken gibt, dass es ebenso viele glückliche Familien ohne spezifische genetische oder gestationale Beziehungen gibt, bleibt ein gravierendes praktisches Problem. In Deutschland wird Jahr für Jahr nur eine sehr kleine Zahl von Kindern zur

Adoption freigegeben. 2021 konnten etwa nur 1.176 Fremdadoptionen durchgeführt werden.² Jedem adoptierten Kind standen fünf adoptionswillige Familien gegenüber. Überdies nahmen in diesem Jahr aber weitere 69.355 Frauen die künstliche Befruchtung in Anspruch (DIR Jahrbuch für Paare 2021, 3). Eine weitere, nur ungenau bezifferbare Zahl von Personen (im vierstelligen Bereich) suchte reproduktionsmedizinische Hilfe im Ausland. Ein Ausweichen auf womöglich zahlenmäßig weniger stark begrenzte Auslandsadoptionen ist finanziell und bürokratisch aufwändig und wird heute sowohl aus der Perspektive der Kinder als auch der Herkunftsländer als in vielerlei Hinsicht ethisch problematisch angesehen. So könnte dadurch etwa der Handel von Kindern gefördert werden, vor allem dann, wenn gar keine Waisen vermittelt werden, sondern ein Geschäftsmodell aus der Vermittlung von Kindern armer Familien gemacht wird. Adoption ist insofern keine praktisch relevante und auch keine ethisch unproblematische Alternative für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch.

Fortpflanzung als kollektives Unterfangen

Fortpflanzungstechnologien greifen allerdings tief in unsere Vorstellungen von Elternschaft, Familie und Verwandtschaft ein. Sie sind nicht ohne Nebenwirkungen für die behandelten Personen und die so gezeugten Kinder. Deshalb ist es – wie bei jeder innovativen medizinischen Technik – gefordert, sich mit ihren konkreten Auswirkungen zu befassen und dort regulierend einzugreifen, wo andere Grundrechte oder gar fundamentale gesellschaftliche Überzeugungen betroffen sein können. Dies dient einerseits der Sicherheit der konkreten medizinischen Anwendungen, andererseits der Absicherung rechtlich bedeutsamer gesellschaftlicher Verhältnisse und Institutionen wie Familie, Elternschaft, Verwandtschaft und Abstammung. Fortpflanzung zählt zu den wichtigsten individuellen und sozialen Lebensereignissen; sie schafft herausgehobene Formen menschlicher Beziehungen mit besonderen moralischen Verpflichtungen. ART haben Auswirkungen auf das Leben reproduktionswilliger Frauen und Männer, die mit dieser Hilfe zu zeugenden Kinder, ihre Beziehungen untereinander, gesellschaftliche Vorstellungen von Elternschaft und Familie und mittels all dieser Effekte indirekt

² Statistisches Bundesamt (2022): Pressemitteilung Nr. 261 vom 23. Juni 2022. Immer mehr Stiefväter und Stiefmütter adoptieren Kinder unter 3 Jahren: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_261_22.html [Abrufdatum: 12.06.2023]. Die etwas häufigeren Stiefkindoptionen müssen hier ausgeschlossen werden.

auch auf unsere Auffassung von einem sozialen und politischen Gemeinwesen (Mayer-Lewis 2016).

Relevante ethische Prinzipien sind die reproduktive Autonomie der beteiligten Personen, Nutzen und Schadensvermeidung, auch mit Blick auf das Kindeswohl, sowie die (prospektive) Verantwortung aller Beteiligten für das gezeugte Kind und die so entstehenden Familienbeziehungen. Auch Fragen der Geschlechtergerechtigkeit, der Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit werden aufgeworfen. Alle diese Prinzipien speisen sich aus der Vorstellung, jeder Mensch verfüge über eine Würde, die es zu respektieren und zu schützen gelte. Das Grundrecht auf Menschenwürdeschutz richtet sich konkret vor allem gegen Formen der Instrumentalisierung, die den Menschen zu einem reinen Zweck für andere degradieren (Kettner 2004). Konkret bedeutet dies z.B. das Verbot, ein Kind nicht um seiner selbst willen zu zeugen, wie dies etwa bei einigen Formen des – derzeit noch fiktiven – reproduktiven Klonens der Fall sein kann.

Zu den Besonderheiten der Fortpflanzungsmedizin gehört es, dass Individualrechte immer wieder auf konkurrierende Rechte anderer Personen treffen. Denn in der Regel geht es um reproduktive Arrangements, die mehr als eine Person umfassen, sei es den/die Partner*in und das zu zeugende Kind, sei es – bei der Fortpflanzung mit Hilfe Dritter – die weiteren beteiligte Keimzellspender*in, die austragende Frau sowie ggf. auch die Kinder der dritten beteiligten Personen (Beier, Wiesemann 2013). Neben diesen Individualinteressen sind auch Kollektivinteressen von Belang, so etwa auf Schutz der Privatheit der Familienbeziehungen oder der Eltern-Kind-Beziehung. Individuen handeln und empfinden auch als Mitglieder moralisch relevanter Gruppen von einander nahestehenden Personen und können in dieser Hinsicht Respekt und Schutz erwarten. Insbesondere die schwangere Frau tritt in dieser Funktion auf als Interessensvertreterin für sich, das ungeborene Kind und die Familie, die auf diesem Weg entstehen wird (Wiesemann 2006).

Eltern wird ein beträchtlicher Entscheidungsspielraum eingeräumt, der zugunsten des Kindes verantwortlich genutzt werden kann und muss. Ethische Fragen betreffen das Ausmaß und Grenzen dieser prospektiven Verantwortung mit Blick auf die vielfältigen denkbaren Elternschaftskonstellationen, die Lebensbedingungen des Kindes sowie die den jeweiligen Techniken inhärenten Risiken für das Kind. Letztlich müssen sich auch die an ART beteiligten

Fortpflanzungsmediziner*innen in einem gewissen Ausmaß ihrer Verantwortung für so gezeugte Kinder stellen.

Rechtslage

Der Gesetzgeber hat keine überzeugenden grundsätzliche Argumente für ein pauschales Verbot von Fortpflanzungstechnologien gesehen und diese deshalb schon 1990 im Embryonenschutzgesetz zugelassen und im Detail geregelt. Es enthält Regelungen zur künstlichen Befruchtung, zur donogenen Insemination (Keimzellspende), zum reproduktiven Klonen, zur Präimplantationsdiagnostik, zu Keimbahneingriffen, zur Stammzellforschung und zur Leihmutterschaft. Aufgrund seines Alters wird das Embryonenschutzgesetz seit einiger Zeit kritisiert, da es aktuelle technische und gesellschaftliche Entwicklungen zu wenig berücksichtigt (Leopoldina 2019). Eine Überarbeitung ist seitens der seit 2021 regierenden Koalition aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP geplant (Mehr Fortschritt wagen, S. 116).

Regelungen zur Sicherung des Rechts des Kindes auf Kenntnis der Abstammung finden sich im Samenspenderregistergesetz von 2018. Dieses regelt die langfristige Dokumentation der Daten eines Samenspenders und den Zugang zu diesen Daten seitens der mittels Samenspende gezeugten Personen.

Weitere einschlägige Regelungen finden sich im Familienrecht, im Gleichstellungsrecht und im Sozialgesetzbuch (Taupitz 2020, Schumann 2020).

3 In-Vitro-Fertilisation

Voraussetzung für die allermeisten Techniken der Assistierte Reproduktion (mit Ausnahme der Samenspende und der partiellen Leihmutterschaft) ist die künstliche Befruchtung oder In-vitro-Fertilisation (IVF). Dabei werden Keimzellen in der Petrischale vereint und eine oder mehrere befruchtete Eizelle(n) erzeugt. Diese reifen wenige Tage außerhalb des Körpers der Frau heran und werden dann in die Gebärmutter der Frau übertragen. IVF findet Anwendung bei Eileiterstörungen, Endometriose oder bei Unfruchtbarkeit ohne erkennbare Ursache (idiopathische Infertilität). Ist eine schlechte Samenqualität Ursache der Unfruchtbarkeit des Paares, kann Samen mittels intrazytoplasmatischer Injektion (ICSI) direkt in die Eizelle verbracht werden (Leopoldina 2019).

Die IVF ist ein gesellschaftliches akzeptiertes und mittlerweile weltweit häufig praktiziertes Verfahren. Ethische Fragen betreffen nur noch Details der Ausführung, die allerdings gravierende Auswirkungen haben können. Hierzu zählen: der angemessene Umfang von Aufklärung und Beratung, die Anzahl der auszuwählenden und übertragbaren befruchteten Eizellen, der Umgang mit kryokonservierten sogenannten Vorkernzellen und Embryonen und schließlich die Bedingungen für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, für die IVF die Voraussetzung ist.

Aufklärung und Beratung

Wesentliche Voraussetzung für die Wahrnehmung des Rechts auf Fortpflanzungsfreiheit ist eine gute Aufklärung und Beratung über die Erfolgsquoten, Wirkungen und Nebenwirkungen, Folgefragen und Alternativen von ART. Eine selbstbestimmte Entscheidung setzt gute Kenntnisse über die praktischen Bedingungen der Technologie voraus (Mayer-Lewis 2015). Kritisiert wird, dass es nach Information suchenden Personen oft nicht leicht gemacht wird, unabhängige, qualitativ hochwertige Beratung zu erhalten, die auch auf die psychosozialen Konsequenzen der Familiengründung mit Hilfe von ART eingeht. Interessenskonflikte der kommerziell arbeitenden Reproduktionsmedizinischen Zentren können nicht ausgeschlossen werden. Auch die Informationen auf den Websites einiger dieser Zentren haben eher werbenden als informativen Charakter (Kadi, Wiesing 2015).

Gefordert wird deshalb, die Möglichkeit einer unabhängigen psychosozialen Beratung zu schaffen, die es betroffenen Personen erlaubt, die Vor- und Nachteile einer ART zu durchdenken (Wischmann, Thorn 2014; Thorn 2015; Leopoldina 2019). Dies gilt insbesondere für Fortpflanzung mit Hilfe Dritter, die zu komplexen Familienkonstellationen führen kann und deren psychosoziale Folgen langfristig zu bedenken und bewältigen sind. Denn geht es um die Bedingungen einer in Deutschland verbotenen, aber im Ausland angestrebten oder durchgeführten Maßnahme, sind die informierenden und aufklärenden Fachleute aufgrund der derzeitigen Regelung der künstlichen Befruchtung in einem Strafgesetz unter Umständen von strafrechtlichen Konsequenzen bedroht. Wesentlich für eine gute Beratung ist eine gute Kenntnis der kurz- und langfristigen Folgen, die wiederum nur durch systematische Begleit- und Versorgungsforschung erzielt werden kann. So steht die IVF etwa derzeit im Verdacht, gesundheitliche Probleme bei einem Teil der so gezeugten Kinder hervorzurufen. Studien sehen die Ursache für diesen Befund

– jedenfalls in Teilen – nicht allein in der Technik der IVF, sondern auch in den Gründen, die zur Infertilität der zeugenden Eltern geführt haben (Berntsen et al. 2019). Hier ist dringend mehr wissenschaftliche Klärung vonnöten, um darüber sachlich angemessen aufklären zu können. In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass einige deutsche Universitäten aufgrund des restriktiven Fortpflanzungsrechts ihre Reproduktionsmedizinischen Zentren aufgegeben haben und man deshalb an vielen Stellen auf Forschungsergebnisse aus dem Ausland zurückgreifen muss (Leopoldina 2019).

Anzahl der auszuwählenden und übertragbaren befruchteten Eizellen bzw. frühen Embryonen

Nach Embryonenschutzgesetz dürfen nicht mehr Eizellen in vitro befruchtet werden, als der Frau übertragen werden sollen, maximal aber drei. Diese sogenannte Dreieregel ist auslegungsbedürftig, weil sich im Zuge des Prozesses von der befruchteten Eizelle zum mehrzelligen Gebilde in vitro einige nur schlecht entwickeln und für die Übertragung deshalb nicht in Frage kommen. Ist es also unter dieser Voraussetzung erlaubt, von vornherein mehr als drei Eizellen zu befruchten, weil man mit einem Schwund in den ersten Tagen der Entwicklung rechnet und genügend sich gut entwickelnde frühe Embryonen für die Auswahl zur Verfügung haben will? Praktisch bedeutete dies, im Interesse einer möglichst optimalen Auswahl unter Umständen einigen Embryonen die Chance auf Übertragung zu verwehren, sie einzufrieren oder sogar zu verwerfen. Zwar könnten diese überzähligen Embryonen bei einem nächsten Zyklus – sofern dieser notwendig sein sollte – wieder in Betracht gezogen werden, die Chance aber, dass sie längerfristig überzählig bleiben werden und infolge dessen dann doch ggf. verworfen werden, steigt damit. Dies stünde im Widerspruch zu einem möglichst hohen Schutz des Lebens auch früher menschlicher Embryonen, eine Leitidee, die das Embryonenschutzgesetz durchzieht. Eine strikte Begrenzung der Zahl erzeugbarer Embryonen hat allerdings eine Reihe von negativen Folgen für die beteiligte Frau und das Kind in der Schwangerschaft. Es kann oft nicht ein sich optimal entwickelnder Embryo übertragen werden, dadurch sinken die Chancen auf eine Schwangerschaft. Deshalb werden in Deutschland oft zwei oder drei Embryonen übertragen. Das wiederum erhöht die Zahl der Mehrlingsschwangerschaften deutlich (Leopoldina 2019, S. 51f). Mehrlingsschwangerschaften sind aber riskanter für die Schwangere und die jeweiligen ausgetragenen Kinder, denn sowohl die Zahl der Schwanger-

schaftskomplikationen, als auch der Aborte und Frühgeburten ist in diesen Fällen deutlich erhöht. 2011 kam es in Deutschland nach IVF in 11.771 Fällen (18,79% aller klinischen Schwangerschaften) zu einem Abort (DIR Jahrbuch 2012, 24). Knapp 2,4% (n=222) aller Geburten nach IVF waren Drillinge (ebd., 29). Die Anforderung, die Zahl der erzeugten, noch aus wenigen Zellen bestehenden Embryonen möglichst gering zu halten, geht also einher mit einer deutlichen Erhöhung des Risikos für Krankheit und Tod für die ausgetragenen, deutlich weiter entwickelten Embryonen und Feten. In Großbritannien bevorzugt man deshalb den Transfer von nur einem ausgewählten Embryo (sog. elective single-embryo transfer, ESET). Man hat so innerhalb weniger Jahre die Zahl der risikoreicheren Mehrlingsschwangerschaften um etwa drei Viertel reduzieren können. Das Interesse des *frühen* Embryos auf Leben wird also hier abgewogen gegen das Interesse des *späteren* Embryos und der schwangeren Frau auf eine risikoärmere Schwangerschaft und Geburt. Zugleich erreicht man damit eine geringere Zahl an Stimulationszyklen zur Gewinnung von Eizellen und Befruchtungszyklen, was ebenfalls der Gesundheit der Frau dienlich ist.

Eine Abwägung dieser Interessen setzt allerdings voraus, dass es ethisch vertretbar ist, die Schutzwürdigkeit des Embryos in Abhängigkeit von seinem Entwicklungsgrad abzustufen. Ein aus wenigen Zellen bestehender Embryo wäre dann weniger schutzwürdig als ein Embryo oder Fetus in der Schwangerschaft oder ein geborenes Kind. Dies ist die Position des graduellen Lebensschutzes des Embryos in Abhängigkeit von Entwicklungsstufen wie der Nidation in die Gebärmutter, der Ausbildung einer menschlichen Gestalt, der Ausbildung von Empfindungsfähigkeit oder der Überlebensfähigkeit außerhalb der Gebärmutter. Dagegen steht die Position des strikten Lebensschutzes von Beginn der Entstehung des Menschen an – wobei allerdings nicht ganz klar ist, welcher Zeitpunkt oder welches Entwicklungsmoment damit bezeichnet werden soll, da die menschliche Entwicklung kaskadenförmig verläuft.³ Oft wird die Entstehung des individuellen Genoms genannt, wobei sich allerdings noch Tage danach Zwillinge herausbilden können. Das Embryonenschutzgesetz geht davon aus, dass ein schützenswerter menschlicher Embryo nach der sogenannten Verschmelzung der beiden Vorkerne nach der Befruchtung entstanden ist, dies ist etwa 12 Stunden nach Eindringen des Spermiums in die Eizelle (sog. Imprägnierung) der Fall. Bis dahin können imprägnierte Eizellen in theoretisch unbegrenzter

³ Die Literatur zum moralischen Status des Embryos ist umfangreich. Für eine erste Übersicht s. Rüter 2015.

Menge erzeugt und ggf. eingefroren werden. Bedenkt man, dass für Vertretende eines strikten Lebensschutzes das Potential des Embryos, sich zu einem geborenen Menschen zu entwickeln, große argumentative Bedeutung hat, ist es jedoch schwer nachzuvollziehen, warum diese beiden zeitlich so eng benachbarten Entwicklungsphasen mit vergleichbarem Entwicklungspotential einen so großen Unterschied in der Schutzwürdigkeit begründen sollten.

Ohnehin ist die Präimplantationsdiagnostik am wenige Tage alten Embryo und in ihrer Folge das Verwerfen von Embryonen mit erblichen Erkrankungen nicht rechtswidrig. Auch die Verhütung mittels Nidationshemmer, die unter Umständen dafür sorgen, dass sich eine befruchtete, mehrere Tage alte Eizelle nicht in die Gebärmutter einnistet, ist in Deutschland legal. Nimmt man noch die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs hinzu, der gerade in den fortgeschrittenen Stadien der Schwangerschaft als nicht rechtswidrig eingestuft wird, lässt sich der Eindruck nicht abweisen, dass in Deutschland in der Rechtspraxis ohnehin die Position des graduellen Lebensschutz realisiert wird.

Umgang mit kryokonservierten Keimzellen, sogenannten Vorkernzellen und Embryonen

Die Dauer der Kryokonservierung von Samenzellen, Vorkernzellen und Embryonen ist in Deutschland nicht befristet. Sofern das Paar, von dem die Keimzellen stammen, die entsprechende Gebühr bezahlt, können sie theoretisch unbefristet aufbewahrt werden. Die Entscheidung zum Aufgeben und Verwerfen kryokonservierter Vorkernzellen oder Embryonen fällt vielen Paaren nicht leicht, insbesondere dann, wenn die IVF nicht erfolgreich war (Armbrust 2013). Inkonsistenzen ergeben sich aus ethischer Perspektive mit Blick auf einen strikten Lebensschutz. Das Embryonenschutzgesetz verbietet nicht das Verwerfen von eingefrorenen frühen menschlichen Embryonen, das in Betracht gezogen wird, wenn das Paar auf weitere Kinderwunschbehandlung verzichtet und nicht länger für die Kosten der Kryokonservierung aufkommen will. Ein strikter Lebensschutz müsste aber eigentlich ein Gebot der Übertragung aller Embryonen oder zumindest der Spende an andere Paare zur Folge haben, um keinem der so entstandenen Embryonen eine Lebenschance zu verwehren. Dies wäre allerdings ein Eingriff in die reproduktive Selbstbestimmung. Auch wenn ein Partner die Erlaubnis zur Übertragung zurückzieht, muss der

Embryo verworfen werden. Die Freiheit des Partners, sich nicht fortzupflanzen, wird insofern höher bewertet als das Lebensrecht des Embryos (und die Freiheit der Fortpflanzung der Frau).

Die postmortale Verwendung von Samenzellen ist im Embryonenschutzgesetz untersagt. Rechtlich und ethisch strittig ist dagegen, was zu tun ist, wenn der Mann, von dem der Samen stammt, seine Einwilligung nach Imprägnierung zurückzieht oder gar in der Zeit vor dem Transfer verstirbt. Das Oberlandesgericht Rostock hat einer Witwe erlaubt, die kryokonservierten, mit dem Samen ihres in der Zwischenzeit verstorbenen Ehemannes imprägnierten Eizellen für IVF zu verwenden mit der Begründung, die Einwilligung des Ehemannes zur Verwendung des Samens habe der Befruchtung gegolten und diese sei bereits zu seinen Lebzeiten erfolgt (Oberlandesgericht Rostock 2010). Damit wird jedoch der im ESchG niedergelegte moralische Unterschied zwischen dem Zustand bei Eindringen der Samenzelle (Imprägnierung = noch kein schützenswerter Mensch) und der wenige Stunden später folgenden Kernverschmelzung (Befruchtung = schützenswerter Mensch) begrifflich verunklart. Die Konsequenzen dieses Urteils sind strittig, es zeigt sich aber, dass die unterschiedliche juristische und ethische Bewertung dieser so eng benachbarten Ereignisse im Prozess der Embryonalentwicklung, die von einigen als ohnehin kontraintuitiv eingestuft wird, nicht von allen Richtern geteilt wird.

Die Freigabe von Vorkernstadien oder Embryonen zur Forschung ist in Deutschland nicht zulässig. Dies verstöße gegen die Würde des Menschen, da der Embryo instrumentalisiert werde als ausschließliches Mittel zum Zweck der Forschung. In United Kingdom etwa ist diese Art der Forschung unter strikten Auflagen erlaubt und wird dazu eingesetzt, die Durchführungsbedingungen der IVF zu verbessern. Auch neue Techniken wie die genetische Modifizierung mittels Crispr/Cas9-Verfahren (sog. Gene Editing) werden an frühen menschlichen Embryonen erprobt. Das pauschale Verbot der Embryonenforschung in Deutschland wird insofern kritisiert, als es Paaren, die IVF in Anspruch nehmen oder von einer erblichen Erkrankung betroffen sind, die Option auf Verbesserung ihrer Behandlungschancen oder der ihres (potentiellen) Kindes vorenthält (Leopoldina 2021). Dies wird auch insofern als problematisch angesehen, als das Verwerfen des Embryos eine zulässige Alternative ist. Befragungen haben ergeben, dass Paare nach abgeschlossener Familienplanung mehrheitlich bereit wären, Embryonen für die Forschung zu spenden, sofern diese hochrangigen Zielen dient (Armbrust 2013, S. 17; Wånggren et al. 2013).

Präimplantationsdiagnostik

Die künstliche Befruchtung in der Petrischale ermöglicht eine genetische Diagnostik schon am frühen Embryo. In einigen Ländern werden Embryonen vor der Implantation mit Einwilligung der Wunscheitern auf Chromosomenaberrationen hin gescreent, in der Vorstellung, dadurch die Erfolgsrate der IVF erhöhen zu können. Dabei wird aus der Morula (einem Entwicklungsstadium, in dem der frühe Embryo aus nur sehr wenigen, totipotenten Zellen besteht) eine Zelle zur genetischen Diagnostik entnommen. Tatsächlich sind überzählige Chromosomen ein häufiger Grund für das Absterben des Embryos in den frühen Entwicklungsphasen. Allerdings ist es nicht gelungen, die Erfolgsquote durch ein solches Screening signifikant zu verbessern (Mastenbroek et al. 2007; Staessen et al. 2008). In Deutschland ist dieses Screening rechtlich nicht zulässig. Erlaubt ist es jedoch, den frühen Embryo gezielt auf familiäre Erbkrankheiten hin zu untersuchen. Dem Embryonenschutzgesetz zufolge ist die Präimplantationsdiagnostik (PID) nicht rechtswidrig, wenn sie bei einem hohen Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit durchgeführt wird oder um festzustellen, ob eine schwerwiegende Schädigung des Embryos vorliegt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird. Damit sollen unter anderem nicht erfolgversprechende Implantationen im Interesse der Frau vermieden werden (Günther et. al. 2014, C. II. § 3a). Technisch-praktisch möglich ist die PID etwa bei erblichen Erkrankungen wie der Mukoviszidose, der Muskeldystrophie Duchenne oder der Huntington'schen Erkrankung, weil die dafür verantwortlichen Gene identifiziert werden konnten. Paare, die PID in Anspruch nehmen wollen, haben zumeist schon ein von der erblichen Erkrankung betroffenes Kind, sind also gut informiert über die betreffende Erkrankung. Oft hat die beteiligte Frau auch häufige Fehlgeburten erlitten und sieht keinen anderen Weg, ein Kind zu bekommen (Krones 2004; Krones 2009).

Gegen die Durchführung der PID wird argumentiert, sie befördere die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit Behinderung. Wenn es als selbstverständliches therapeutisches Ziel dargestellt werde, die Geburt von Menschen mit bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen zu verhindern, befördere man ein exklusives Verständnis von menschlicher Normalität und körperlicher Gesundheit und trage so zur Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung bei (Schockenhoff 2003). Tatsächlich könnte die Einschätzung der Schwere einer erblichen Erkrankung von stereotypen Fehleinschätzungen, die insbesondere bei Behinderungen gesellschaftlich weit verbreitet sind, geprägt sein. Behinderung ist ein relativer Begriff; er wird

durch interne wie externe Faktoren geprägt. So kann beispielsweise ein Mensch mit Kleinwuchs zwar in der Regel nicht so schnell laufen wie jemand mit durchschnittlich langen Beinen, die Beschränkung des Handlungsradius eines kleinwüchsigen Menschen wird aber verstärkt durch die Tatsache, dass ohnehin die meisten Gegenstände des Alltags (Möbel, Autos, Türen etc.) für Körpergrößen über 1,50 Meter konfektioniert sind. Menschen mit Behinderung machen zu Recht einen Anspruch auf Inklusion geltend, d.h. auf Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse, um gleiche Teilhabe an der Gesellschaft zu erlangen (Graumann 2011). Eine pauschale Gleichsetzung von Behinderung mit Leid und eine daraus resultierende Rechtfertigung eines Schwangerschaftsabbruchs oder der PID werden als ein Angriff auf die Menschenwürde der Betroffenen kritisiert. Ob jedoch eine Abwägung im Einzelfall unter Berücksichtigung der auch unter optimalen Inklusionsbedingungen erreichbaren Lebensqualität als Diskriminierung zu werten ist, ist umstritten. Aus ethischer Perspektive wird argumentiert, dass verantwortungsvolle Elternschaft auch eine Berücksichtigung der zu erwartenden Lebensqualität des zu zeugenden Kindes umfasse (Wiesemann 2006). Vereinzelt wurde sogar die These aufgestellt, Eltern hätten die Pflicht zur „procreative beneficence“ (Savulescu 2001), d. h. dem Kind möglichst eine optimale genetisch-körperliche Ausstattung zu verschaffen. Letztere Position wird kritisiert, weil sie den Eltern eine zu große Verantwortungslast aufbürde und sie somit ständig wachsenden, mehr und mehr perfektionistischen Ansprüchen unterwerfe.

Als ethisch problematisch wird umgekehrt allerdings ebenfalls die gezielte Zeugung eines Kindes mit einer Behinderung bzw. erblichen Krankheit bewertet. Dies haben etwa fortpflanzungswillige Paare in den USA bei erblich bedingtem Kleinwuchs oder bei Gehörlosigkeit eingeklagt. Es wird argumentiert, dass dies im Interesse des Kindes auch unter optimalen Inklusionsbedingungen ethisch nicht vertretbar sei, weil das Kind für die spezifischen Bedürfnisse der Eltern instrumentalisiert werde. Als Verstoß gegen das Instrumentalisierungsverbot wird von vielen auch die Zeugung so genannter ‚Rettungsgeschwister‘ angesehen, die anhand ihrer genetischen Ausstattung mit Hilfe von PID so ausgewählt werden, dass sie nach der Geburt zum Spender von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut für ein lebensbedrohlich erkranktes Geschwisterpaar werden können (Schües 2013). Als Gegenargument wiederum wurde vorgebracht, dass der moralische Wert der Familie in der Realisierung eines gemeinschaftlichen guten Lebens bestehe und dass insofern von

jedem einzelnen Familienmitglied eine Bereitschaft zur Fürsorge für die anderen erwartet werden könne, sofern diese das Maß des Zuträglichen nicht überschreite (Wiesemann 2022).

In Deutschland hat es der Gesetzgeber vermieden, eine Liste von genetisch bedingten Erkrankungen oder Behinderungen aufzustellen, die zur Durchführung von PID berechtigen. Stattdessen muss eine eigens dazu eingesetzte Ethikkommission über jeden einzelnen Fall entscheiden. Eine fallbezogene Entscheidung ist tatsächlich sinnvoll, weil es sich bei Beurteilung, ob eine „schwerwiegende Erbkrankheit“ bzw. ein „hohes Risiko“ vorliegt, um Werturteile handelt. Ob etwas „schwerwiegend“ oder „hoch“ ist, lässt sich in diesen Fällen nicht allein anhand objektiver Maßstäbe beurteilen. Solche Werturteile sind kontextabhängig. Eine Erkrankung kann für eine Person oder eine Familie leichter zu bewältigen sein als für eine andere. Auch die Belastung durch rezidivierende Fehlgeburten wird vermutlich individuell als unterschiedlich schwerwiegend erlebt. Zudem lässt sich nicht allein anhand quantifizierender Kriterien bemessen, ob ein Risiko „hoch“ ist. Ein seltenes Risiko kann als hoch erlebt werden, wenn es besonders dramatische Auswirkungen für die betroffenen Personen haben kann. Kritisiert wird insofern, dass solche Werturteile nicht primär Dritten, also in diesem Fall einer Ethikkommission, sondern vorrangig den unmittelbar betroffenen Personen bzw. der betroffenen Familie zustehen. Nur sie persönlich können das subjektive Gewicht der anstehenden Fragen beurteilen, weil sie in der Regel eine persönliche oder familiäre Geschichte mit dem Thema verbindet und mit den Folgen der Entscheidung über einen langen Zeitraum leben müssen (Leopoldina 2019).

Die vorgeschriebene Einschaltung einer Ethikkommission wird auch aus Gründen der Gerechtigkeit kritisiert, denn die Kosten der Begutachtung und Behandlung muss das betroffene Paar selbst tragen. Diese können mehrere tausend Euro betragen. Der Zugang zur PID steht deshalb derzeit nur wohlhabenden Paaren offen. Dies ist besonders bedenklich, da Familien, die finanziell schlechter gestellt sind, ohnehin schon den zusätzlichen Aufwand, der mit der Betreuung eines chronisch kranken oder behinderten Kindes einhergeht, weniger leicht abfedern können. Aus Gerechtigkeitsgründen muss es als besonders fragwürdig bezeichnet werden, dass ärmere Personen noch nicht einmal die Prüfung ihres möglichen Anspruchs auf Durchführung einer PID erwirken können, weil sie schon die Kosten des Ethikkommissions-Votums nicht bezahlen können (Leopoldina 2019).

4 Fortpflanzung mit Hilfe Dritter

Einige Ursachen für ungewollte Kinderlosigkeit lassen sich nur mit Hilfe Dritter beheben. Dazu zählen alle Formen von Infertilität, die auf einer nicht ausreichenden Zahl bzw. mangelnden Funktionsfähigkeit von Spermien oder Eizellen beruhen. So können z. B. Frauen verfrüht, also noch vor Beginn der Familienplanung, in die Wechseljahre kommen und dadurch schon in ihren Dreißigern infertil werden. Auch Endometriose ist ein häufiger Grund für eine mangelhafte Eizellreifung. Frauen mit dem Turner Syndrom oder dem Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKHS) werden ohne Gebärmutter geboren und können deshalb keine Kinder austragen. Zudem kann bei homosexuellen und lesbischen Paaren die biologische Unfähigkeit, Kindern zu bekommen, in ihrer Lebensweise und der Art ihrer Partnerschaft begründet sein (sog. „soziale Infertilität“) (Kentenich 2020). Hilfe in diesen Situationen bieten die Samenspende, Eizellspende, Embryospende und Leihmutterschaft.

Samenspende

Die Samenspende ist in Deutschland legal und seit Jahrzehnten etabliert. In der Abwägung zwischen dem Schutz der Ehe sowie dem Interesse des sozialen Vaters, dass seine Vaterschaft nicht hinterfragt wird, auf der einen und den Interessen des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft auf der anderen Seite, wurde in früheren Jahren oft zugunsten der Erwachseneninteressen entschieden. Mittlerweile ist in einem Entscheid des Bundesverfassungsgerichts dem so gezeugten Kind ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung zugestanden worden, weshalb anonyme Samenspenden in Deutschland nicht mehr zulässig sind (Fischer 2020). Seit 2018 regelt das Samenspenderregistergesetz die Dokumentation der persönlichen Daten des Spenders, auf die das so gezeugte Kind ab dem Alter von 16 Jahren zugreifen kann. Dieses Recht wird allerdings in der Praxis nach wie vor unterlaufen, da tiefgekühlter Samen aus Ländern (z.B. Dänemark) importiert werden kann, in denen anonyme Samenspende weiterhin möglich ist. Diesen Weg wählen oft alleinstehende Frauen. Samenspender erhalten in Deutschland eine Aufwandsentschädigung.⁴ Die Samenspende selbst bringt keine körperlichen Belastungen für den Spender mit sich.

⁴ Die Erlanger Samenbank etwa vergütet einen Spendezyklus mit sechs Abgaben mit 780 Euro. <https://www.erlanger-samenbank.de/samenspende/> [Abrufdatum: 12.06.2023].

Allerdings sollte die Beratung auf die möglichen psychosozialen Folgen hinweisen. Zwar kann der Spender nicht mehr als Vater festgestellt werden, aber er könnte mit einer Kontaktaufnahme des heranwachsenden Kindes konfrontiert werden und sollte darauf vorbereitet sein. Studien haben gezeigt, dass ein Kontakt zum Samenspender für nicht wenige mit Hilfe von Samenspende gezeugte Personen aus Gründen der Identitätsfindung wichtig ist (Blyth et al. 2012; vgl. auch Beitrag Meier-Credner 2020). Informationen über den Samenspender sind allerdings in vielen älteren Fällen aufgrund der früher praktizierten anonymen Spende nicht mehr zu erlangen. Auch sollte sich der Samenspender der Tatsache bewusst sein, dass seine eigenen leiblichen Kinder Halbgeschwister haben können, auf die sie etwa mit Hilfe von Herkunftsdatenbanken stoßen können (Thorn, Wischmann 2008).

Eizellspende

Die Eizellspende und gezielte Spende imprägnierter Eizellen sind in Deutschland nach ESchG verboten (§1, Abs.1). Die rechtliche Ungleichbehandlung von Eizellspende und Samenspende wurde bei Verabschiedung des Gesetzes 1990 begründet mit der Absicht, die so genannte ‚gespaltene Mutterschaft‘ zu verhindern, d.h. die Inkongruenz von genetischer Mutterschaft und Tragemutterschaft. Dies wird heute als Benachteiligung infertiler Frauen im Vergleich zu infertilen Männern angesehen. Die ungleiche Bewertung von gespaltener Mutterschaft und gespaltener Vaterschaft hat mehrere Gründe. Es ist mittlerweile gut bekannt, dass Schwangerschaften nach Eizellspende komplikationsbelasteter sind. Insbesondere Früh- und Fehlgeburten sowie die sogenannte Schwangerschaftsvergiftung treten häufiger auf. Ein Teil dieser Nebenwirkungen lässt sich auf Faktoren zurückführen, die schon zur Infertilität bei der betroffenen Frau geführt haben (Berntsen et al. 2019). Dies haben u. a. Vergleiche mit Eizellspende bei lesbischen Paaren ergeben, die keine biologisch bedingte Infertilität aufweisen (Goisis et al. 2023). Über die erhöhte Nebenwirkungsrate muss die betroffene Frau aufgeklärt werden. Ein Verbot der Eizellspende allein aufgrund einer erhöhten Häufigkeit von Nebenwirkungen müsste allerdings aus Konsistenzgründen auch auf andere Fälle – etwa bei Frauen mit Diabetes – angewendet werden und wäre ein zu gravierender Eingriff in das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung (Heyder 2023, S. 103f). Auch der bei der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes vorrangige Grund der Vermeidung einer gespaltenen Mutterschaft gilt mittlerweile wegen der veralteten Interpretation der

Geschlechterrollen als nicht mehr überzeugend. Der Einheit von genetischer Mutterschaft und gestationaler Mutterschaft ein so großes moralisches Gewicht zu verleihen ist auch deshalb inkonsistent, weil die ausschließlich soziale Elternschaft der Frau bei der Adoption eines Kindes zulässig ist.

Heute wird als Argument gegen die Eizellspende häufiger angeführt, sie sei für die Spenderin mit körperlichen Risiken in Folge der dazu notwendigen Hormonstimulation verbunden. Auch bestehe das Risiko der Ausbeutung von Frauen (Schneider 2003). Tatsächlich gibt es Berichte aus dem Ausland, die diese Sorgen zu bestätigen scheinen (Schindele 2005; Nahman 2008, 70-73; Perler 2022). So fühlten sich einige Spenderinnen etwa schlecht aufgeklärt über die Nebenwirkungen der Prozedur und erhielten kaum Nachsorge, wenn Komplikationen auftraten. Wenn man bedenkt, dass eine selbstbestimmte Entscheidung sowohl ausreichende Information als auch Freiheit von Zwang voraussetzt, ist dies höchst bedenklich. Die Gefahr einer Ausbeutung von Frauen ist umso größer, je schwieriger es ist, gute Information zu erhalten, und je weniger Optionen der Frau offenstehen, ihren Lebensunterhalt auf andere Art und Weise zu sichern. Allerdings haben die Nebenwirkungen dieser Technik in den letzten Jahren durch verbesserte Stimulationstechniken abgenommen und treten verhältnismäßig selten auf. So war die Eizellentnahme 2021 in Deutschland bei IVF in 0,8 % der Fälle mit Komplikationen behaftet; in 0,5 % der Fälle kam es zu einem schweren Überstimulationssyndrom, das einen stationären Aufenthalt erforderlich macht (DIR Jahrbuch 2022, 45). Diese vergleichsweise niedrige Zahl ist auf eine verbesserte Stimulationstechnik mit reduzierter Hormondosis zurückzuführen (Christianson, Bellver 2018). In nahezu allen Ländern der Europäischen Union ist die Eizellspende deshalb mittlerweile zulässig, verboten ist sie nur noch in Deutschland und Luxemburg (Calhaz-Jorge et al. 2020). In Finnland wurden Eizellspenderinnen retrospektiv nach ihrer Bewertung der Spende befragt. Dabei zeigte sich, dass 99 % der Frauen zufrieden mit ihrer Spende waren und 95 % diese anderen Frauen weiterempfehlen würden (Söderström-Anttilla et al. 2016). Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass durch eine gute staatliche Regelung der Bedingungen der Eizellspende einschließlich Aufklärung und Einwilligung im Verbund mit einer guten Nachsorge für die Spenderinnen die potentiellen negativen Folgen minimiert werden können. Wie bei der Samenspende könnte eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden, die allerdings in Anbetracht des notwendigen körperlichen Eingriffs und des größeren zeitlichen Aufwands höher ausfallen

müsste. Über die Höhe der Aufwandsentschädigung kann gestritten werden. Zu bedenken ist allerdings, dass nicht nur die Gefahr einer unangemessen hohen, sondern auch einer unangemessen niedrigen Entschädigung droht (Heyder 2023, S. 281; Lafuente-Funes et al. 2023). Eine rein kommerzielle, marktwirtschaftliche Regelung der Spende könnte einen zu starken Anreiz setzen. Eine sehr niedrige, ausschließlich altruistisch konzipierte Regelung könnte dagegen überhaupt keinen Anreizcharakter mehr entfalten und damit zu wenige Frauen motivieren, für eine Spende zur Verfügung zu stehen. Letzteres Problem tritt etwa in Österreich auf, das die Eizellspende 2015 zugelassen hat. Dort ist es nur erlaubt, der Spenderin die konkret entstehenden Kosten zu erstatten, etwa ihre Fahrtkosten, nicht aber für Zeitaufwand, Lohnausfall oder subjektive Beschwerden Entschädigungen vorzusehen. Verglichen mit anderen europäischen Ländern wie UK oder Finnland bleibt die Zahl der Eizellspenderinnen vermutlich deshalb auf einem sehr niedrigen Niveau. Es konnten etwa 2020 nur 136 Kinderwunsch-Patientinnen mit Eizellspende behandelt werden (Kern 2021).

Befürwortende der Eizellspende führen im Übrigen gerade die teils schlechte Behandlung der Eizellspenderinnen in einigen Ländern der Welt als Grund an, die Fortpflanzungstechnik in Deutschland zuzulassen, weil man hier durch entsprechende Regelungen die Situation der Eizellspenderin substanziell verbessern könnte. Zu bedenken ist auch, dass durch reproduktives Reisen ins Ausland, etwa nach Spanien oder Tschechien, das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung unterlaufen wird, weil keine ausreichende Dokumentation der persönlichen Daten der Spenderin erfolgt und überdies Frauen, die für eine solche Behandlung ins Ausland reisen, dazu tendieren, dieses Faktum aus Angst vor sozialer Stigmatisierung zu verschweigen. Auch wünscht nur eine Minderheit eine anonyme Spende (Shenfield et al. 2010). Eine Entstigmatisierung durch Legalisierung in Deutschland würde also dazu beitragen, die Rechte der Kinder zu schützen.

Einen Mittelweg zwischen kommerzieller und altruistischer Eizellspende ist das so genannte ‚egg sharing‘. Frauen erhalten eine IVF-Behandlung zu vergünstigten Bedingungen, wenn sie bereit sind, einige ihrer Eizellen zu spenden. Allerdings tritt dieser Fall nur selten ein, da Frauen, die IVF in Anspruch nehmen, meist nur wenige reife Eizellen produzieren. Es erzeugt im Übrigen eigene Gerechtigkeitsprobleme, wenn Frauen sich genötigt sehen, schlechtere Befruchtungschancen bei der IVF in Kauf zu nehmen, weil sie sich sonst die IVF-Behandlung nicht leisten könnten.

Embryospende

Denkbar ist allerdings, dass Paare, die mittels IVF ein Kind bekommen haben und deren Familienplanung abgeschlossen ist, ihre ggf. überzähligen befruchteten Eizellen bzw. Embryonen an andere Paare spenden. In Deutschland ist diese Spende überzähliger Embryonen an Dritte nicht verboten. Allerdings ist die Zahl der so zur Verfügung stehenden Embryonen nur sehr klein. Der Bedarf an Eizellspenden für infertile Frauen kann damit nicht gedeckt werden. Dies wäre schon eher der Fall, wenn es auch erlaubt wäre, überzählige sogenannte Vorkernstadien (imprägnierte Eizellen) für Befruchtungsbehandlungen zu spenden. Dabei handelt es sich um Eizellen, in die das Spermium eingedrungen ist, bei denen aber die erste Reifeteilung noch nicht begonnen hat (Taupitz, Hermes 2015). Solche Vorkernstadien werden als Reserve für die behandelte Frau kryokonserviert im Wissen darum, dass oft erst der zweite, dritte oder vierte Behandlungszyklus erfolgreich ist. Zwar gibt es keine genauen Angaben, aber die Zahl der kryokonservierten Vorkernstadien scheint ein Vielfaches der solcherart gelagerten Embryonen zu betragen. Überzählige Vorkernstadien dürfen laut Embryonenschutzgesetz verworfen werden, weil sie noch nicht als schützenswerter Embryo gelten. Sie dürfen aber nicht für Dritte weiterkultiviert werden, weil sie nur auf die Frau transferiert werden dürfen, von der die Eizelle stammt. Viele sehen darin eine ethische Inkonsistenz, weil beide einzellige Entitäten – die befruchtete Eizelle im Vorkernstadiums und der Embryo nach Verschmelzung der Chromosomen – nur wenige Stunden trennen, die einen solchen gravierenden Unterschied im moralischen Status nicht zu rechtfertigen scheinen (Leopoldina 2019). Innerhalb eines moralischen Ansatzes, der dem Embryo vollen Lebensschutz zugesteht, entsteht eine moralische Inkonsistenz auch dadurch, dass sowohl Vorkernstadien als auch Embryonen jederzeit auf Wunsch der genetischen Eltern verworfen werden können und auf Wunsch nur eines der beiden Partner sogar verworfen werden müssen.

Die Spende von Embryonen ist in Deutschland legal, aber nicht weiter reguliert – was der Deutsche Ethikrat schon 2016 in einer Stellungnahme gerügt hat (Deutscher Ethikrat 2016). Der Gesetzgeber wollte verhindern, dass ungeplant überzählige Embryonen in vitro verworfen werden müssen und hat deshalb die Option einer Weitergabe an ein anderes Paar nicht rechtlich ausgeschlossen. Embryospende wird wegen der geringen Zahl der kryokonservierten Embryonen in Deutschland allerdings nur selten praktiziert. Auch erzeugt die mangelnde rechtliche Absicherung Unsicherheit auf Seiten der beteiligten Paare und der Reproduktionsmedizin. Notwendig ist eine langfristige

Dokumentation der Spende, um dem Kind das Recht auf Kenntnis der Abstammung zu sichern. Da die intendierte Mutter den Embryo austrägt und zur Welt bringt, gilt sie als Mutter des Kindes. Gesichert sein muss darüber hinaus aber, dass die Vaterschaft des intendierten, sozialen Vaters nicht angefochten werden kann. Kritisch diskutiert wird, inwiefern sich spendendes und empfangendes Paar kennenlernen sollten. Einerseits entspricht dies wohl dem Bedürfnis einiger Paare nach einer vertrauensbasierten Beziehung, andererseits könnte es aber soziale Spannungen provozieren, wenn der Übergang der Elternschaft vom einen auf das andere Paar nicht unmissverständlich geregelt ist. Die Entwicklung der Kinder nach Embryospende scheint – vergleichbar zu anderen Formen der Fortpflanzung mit Hilfe Dritter – einen normalen Verlauf zu nehmen (MacCallum, Keeley 2008; Keenan et al. 2012).

Leihmutterschaft

Bei der Leihmutterschaft (oft auch Ersatzmutterschaft, selten Mietmutterschaft genannt) trägt eine Frau für ein anderes Paar ein Kind aus (*volle Leihmutterschaft* mit Keimzellen von den intendierten Eltern bzw. von dritten Spendern mittels IVF). Alternativ kann die Leihmutter auch zugleich Eizellspenderin für das zu zeugende Kind sein (*partielle Leihmutterschaft* mit Samenspende, aber ohne IVF) (Nuffield Council 2023). Leihmutterschaft eröffnet einem schwulen Paar die Möglichkeit, ein Kind zu bekommen, das zumindest mit einem der Partner genetisch verwandt ist. Auch Frauen, die ohne Gebärmutter geboren wurden, sind auf Leihmutterschaft angewiesen, da die Möglichkeit der Uterustransplantation bisher noch als experimentell eingestuft werden muss und sehr selten durchgeführt wird. Leihmutterschaft wird üblicherweise finanziell abgegolten, kann aber auch aus altruistischen Gründen erfolgen, z.B. wenn eine Frau für ihre Schwester oder ihren Bruder ein Kind austrägt. Das deutsche ESchG verbietet die Durchführung von IVF „bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen“ (ESchG § 1, Abs. 1), unabhängig von den zugrunde liegenden Motiven der beteiligten Personen. Die Zahl der Personen oder Paare, die Leihmutterschaft im Ausland in Anspruch nehmen, ist nicht bekannt. In Deutschland gilt als Mutter die Frau, die das Kind geboren hat. Es gab deshalb über Jahre hinweg große Schwierigkeiten für Wunscheltern, ein Kind, das von einer Leihmutter ausgetragen wurde, bei Wiedereinreise nach Deutschland als das ihre anerkennen zu lassen. Dies ist im Interesse des Kindes mittlerweile zuträglicher geregelt worden, setzt allerdings eine entsprechende rechtliche Regelung im Ausland

voraus, derzufolge die intendierten Eltern, insbesondere die Wunschmutter, dort als rechtliche Eltern anerkannt werden. Ist das nicht der Fall und wird trotzdem eine Einreise nach Deutschland angestrebt, kann es sein, dass das Kind keine rechtlich zuständigen Eltern hat, ein Zustand, der gegen die Kinderrechtskonvention und das Recht des Kindes auf Staatsangehörigkeit (Art. 7) und gesetzlich anerkannte Familienbeziehungen (Art. 8) verstößt (UN Kinderrechtskonvention).

Die ethische Vertretbarkeit der Leihmutterschaft bemisst sich zum einen daran, ob das Kind als Ware behandelt und Elternschaft somit zu einer Art Konsumentenentscheidung degradiert wird. Als ethisch problematisch gesehen werden zum anderen auch die Instrumentalisierung der Leihmutter und die Möglichkeit der Ausbeutung von armen bzw. anderweitig vulnerablen Frauen (Beier 2017; Bujard, Thorn 2018; Beier 2020). Dies alles fördere die Instrumentalisierung von Kind und Ersatzmutter und negiere die soziale Beziehung, die zwischen Frau und Kind schon in der Schwangerschaft entstehe. Betrachtet man die Spannweite der Bedingungen, unter denen Leihmutterschaft weltweit praktiziert wird, ergibt sich allerdings ein sehr heterogenes Bild (ESHRE Taskforce 2005). Auf der einen Seite sind Fälle bekannt, in denen die Mutter für ihre Tochter, die nach einer Krebserkrankung keine Kinder mehr bekommen konnte, ein Kind ausgetragen hat, ohne finanzielle Kompensation dafür zu erhalten. Wenngleich solche altruistische Form der Leihmutterschaft Fragen der Beziehung zwischen Großmutter, Mutter und Kind aufwirft, kann man ihr doch nicht unterstellen, sie lasse das Kind als Ware und die Leihmutter als Subjekt der Ausbeutung erscheinen. Vielmehr kann man ein solches Verhalten als moralisch anerkennenswerten Liebesdienst der Mutter für ihre Tochter verstehen. Auf der anderen Seite ist bekannt, dass Frauen in ökonomisch prekären Verhältnissen in Leihmutterschaft einwilligen, obwohl sie schlecht über die Bedingungen aufgeklärt wurden und ungünstige Vertragsbedingungen etwa hinsichtlich der Eingriffsrechte der intendierten Eltern in der Schwangerschaft akzeptieren mussten. Zudem wurden Fälle in der Presse diskutiert, in denen die intendierten Eltern ein behindert geborenes Kind nicht annehmen wollten. Indien und Thailand, zwei früher sehr frequentierte Länder, haben deshalb die Leihmutterschaft für ausländische Paare verboten.

Mit Blick auf die Probleme der Leihmutterschaft sind Länder interessant, die versuchen, einen Mittelweg zu gehen und in denen die Leihmutterschaft offensichtlich für alle beteiligten Parteien weitgehend befriedigend geregelt werden konnte. In Großbritannien etwa wird Leihmutterschaft

seit Jahrzehnten praktiziert. Etwa 500 Paare lassen sich pro Jahr im Rahmen des zugehörigen rechtlichen Prozesses nach Leihmutterschaft als Eltern eines Kindes eintragen. Eine Analyse des britischen Ethikrats Nuffield Council zeigt, dass sich zwischen den Leihmüttern, intendierten Eltern und den so geborenen Kindern familienähnliche Beziehungen entwickeln und alle Beteiligten auch zehn Jahre nach Geburt noch zufrieden damit sind (Nuffield Council 2023, S. 3). Diese vergleichsweise positive subjektive Sicht der Betroffenen unterstützt nicht die These, bei der Leihmutterschaft handele es sich um einen fundamentalen Verstoß gegen das Instrumentalisierungsverbot. Zwar wurden die so geborenen Kinder bisher nur bis zum Alter von 14 Jahren entwicklungspsychologisch untersucht, sie scheinen sich aber normal zu entwickeln – ein Ergebnis, das in ähnlicher Weise auch bei Kindern nach Keimzellspende erhoben wurde und deshalb nicht unglaubwürdig ist – wenngleich die Zahl der untersuchten Kinder immer noch gering ist (Golombok et al. 2023). Es bleibt abzuwarten, wie die später Erwachsenen die Art ihrer Entstehung bewerten, aber auch für diese Konstellation kann man vermutlich die positiven Einschätzungen der Nachkommen nach Keimzellspende zum Vergleich heranziehen. Generell wird positiv bewertet, ein Wunschkind gewesen zu sein, für das die Eltern große Anstrengungen auf sich genommen haben. Unklar (aber keinesfalls unwahrscheinlich) ist es, ob und in welchem Ausmaß es für Erwachsene nach Leihmutterschaft von Bedeutung sein wird, etwas über die Frau zu erfahren, von der sie ausgetragen wurden. In Großbritannien ist die austragende Frau als Mutter auf der Geburtsurkunde eingetragen, weshalb in diesen Fällen den Nachkommen eine entsprechende Information zur Verfügung steht.

5 Elternschaft bei Assistierter Reproduktion

Die Fortpflanzung mit Hilfe Dritter wirft die Frage auf, was Elternschaft und damit rechtliche und moralische Verantwortung für das Kind begründet. Über lange Zeit war etwa nicht klar, ob die Vaterschaft des sozialen Vaters nach Samenspende angefochten werden kann, der Samenspender also als rechtlicher Vater eingesetzt werden konnte. Die Vaterschaftsanfechtung ist mittlerweile rechtlich ausgeschlossen. Generell muss im Interesse des Kindes geklärt sein, welchem Elternteil im Konfliktfall das Sorgerecht für das Kind zugesprochen werden soll (Schumann 2014). Allerdings sind die damit verbundenen ethischen Probleme nicht neu, sondern stellten sich auch schon vor der Einführung von ART, entweder weil ein Kind durch einen Seitensprung gezeugt wurde, ein oder beide Elternteile vorzeitig verstarben oder ein Kind adoptiert wurde. Mit Hilfe von ART kann ein Kind bis zu fünf Eltern haben: die genetischen Eltern, die Tragemutter und die sozialen Eltern. Eine sechste Form der Elternschaft ist mittlerweile in der Diskussion, bei der dem Kind ausschließlich die DNA der Mitochondrien (der Energiequelle der Zelle) einer Eizellspenderin weitergegeben werden. Ziel ist es, genetische Erkrankungen zu verhindern, die über die mütterlichen Zellmitochondrien weitergegeben werden. Dazu wird eine Spendereizelle entkernt und der Kern einer Eizelle der Wunschmutter in die entkernte Eizelle transferiert. Das zu zeugende Kind verfügt über das genetische Erbmateriale der Wunschmutter und das (verhältnismäßig sehr kleine) zusätzliche genetische Erbmateriale der Mitochondrien der Spendermutter (Nuffield Council 2012).

Bei der ethischen Diskussion der Vervielfältigung von Elternrollen lassen sich zwei Umgangsweisen im Grundsatz unterscheiden: die der Eindeutigkeit und die der Pluralität von Elternschaft (Bayne, Kolers 2003). Die Strategie der Eindeutigkeit zielt darauf, Elternschaft ausschließlich zwei Personen zuzusprechen und den Beitrag der jeweils anderen Parteien zur Zeugung des Kindes für unbeachtlich zu erklären. Dieses System basierte zumeist auf Privilegierung der traditionellen heterosexuellen Ehe, d.h. Vater ist der männliche Ehepartner für alle innerhalb der Ehe geborenen Kinder; Mutter ist immer die gebärende Frau (Version 1). Version 1 wird wegen ihrer Inkonsistenz kritisiert, da Elternschaft bei der Frau aus einem vorwiegend biologischen (Schwangerschaft), bei dem Mann aus einem sozialen Faktum (Ehe) hergeleitet wird, also gewissermaßen schon in sich einen Kern der Pluralität der Begründungen beinhaltet.

Alternativ wurde deshalb vorgeschlagen, Eindeutigkeit zu ermöglichen, indem die intendierten, sozialen Eltern vor allen anderen denkbaren Eltern privilegiert werden (Version 2). Aus der Perspektive des Kindes hat Eindeutigkeit den Vorteil einer klaren Zuordnung zu zwei, für das Kind ohne Wenn und Aber verantwortlichen Personen. Eindeutigkeit ist jedoch nur dann voll und ganz möglich, wenn der Anteil der anderen an der Zeugung beteiligten Personen verschwiegen wird. Diese Option hat das Bundesverfassungsgericht im Interesse des Kindes ausgeschlossen. Es hat beschieden, dass das Kind ein Recht auf Kenntnis der Abstammung hat, was ihm zumindest Zugang zu den persönlichen Daten des Spenders sichert.

Alternativ wird vorgeschlagen, von einer Pluralität von Elternschaftskonzeptionen auszugehen. Dies entspricht ohnehin der in der Gesellschaft praktizierten Vielfalt an Familienbeziehungen (Version 3) (Wiesemann 2006, S.145f). In Folge von Scheidung der Eltern und deren neuer Partnerschaften können mehr als zwei Personen im elterlichen Sinne verantwortlich für das Kind sein. Aus der Perspektive des Kindes können alle diese Beziehungen von Bedeutung sein und sollten ihm oder ihr demnach nicht vorenthalten werden. Dem Bedürfnis des Kindes nach vertrauensvollen, persönlichen und verbindlichen Beziehungen kommt der Gesetzgeber mittlerweile mit entsprechenden Sorgerechtsregelungen nach. Solcherart moderierte und moderate Pluralität von Elternschaft geht im Interesse des Kindes und der Familien einen Mittelweg zwischen starrer Begrenzung und unbeschränkter Flexibilität der elterlichen Rollen. Dies setzt allerdings voraus, dass die beteiligten Parteien in der Lage sind, ihr familiäres Beziehungsgeflecht verträglich und vertrauensvoll miteinander auszuhandeln.

Da sich die moderate Pluralität von Elternschaftskonzeptionen zum vorrangigen gesellschaftlichen Modell entwickelt hat und mittlerweile auch gleichgeschlechtliche Paare die Ehe eingehen können, kann diesen Elternschaft allenfalls noch mit Verweis auf das Kindeswohl verweigert werden. Hier zeigen allerdings die Langzeitstudien aus der Arbeitsgruppe von Susan Golombok und von Marina Rupp, dass Kindern lesbischer Eltern keine Nachteile drohen und sie selbst diese Form der Elternschaft als positiv einschätzen; ähnliche Ergebnisse haben erste Studien mit schwulen Eltern und nach Leihmutterchaft ergeben (Golombok 2013, Zadeh 2018, Golombok et al. 2023; Rupp 2009). Da die Diskriminierung homosexueller Paare in den westlichen Gesellschaften mehr und mehr abnimmt, sind auch für das Kindeswohl weniger negative Folgen zu befürchten. Aus Gründen der Gerechtigkeit ist hier ohnehin zu fragen, ob die Folgen der

gesellschaftlichen Diskriminierung auf Grund sexueller Orientierung als Rechtfertigung für eine Beschränkung der Fortpflanzungsfreiheit taugen, da so dem einem Unrecht ein weiteres Unrecht aufgesattelt werden würde.

6 Zusammenfassung

Viele der hier diskutierten ethischen Probleme lassen sich nur auflösen, wenn einerseits die *individuellen Interessen* aller Beteiligten möglichst optimal gewährleistet werden und andererseits die beteiligten Personen eine *verträgliche gemeinsame Vorgehensweise* für die sich stellenden Beziehungsfragen finden können. Fortpflanzungstechniken sind Beziehungstechniken, sie erzeugen neue, ungewohnte Formen menschlicher Verwandtschaft. Notwendig ist deshalb nicht nur eine genaue Wahrnehmung der individuellen Rechte und Interessen, sondern auch der Wünsche und Bedürfnisse der Menschen, die in Beziehung zueinander treten. Insbesondere jene Fragen, die sich erst in der weit vorausliegenden Zukunft stellen und vor allem das zu zeugende Kind betreffen, müssen bedacht werden. Dabei darf nicht übersehen werden, dass das zu zeugende Kind einmal eine erwachsene Person sein wird, die zu den Entscheidungen ihrer Eltern und den sich daraus ergebenden Fragen persönlicher Identität und verwandtschaftlicher Beziehungen eine eigene Stellung beziehen wollen wird. Auch die komplexen Fragen, die sich aus einem angemessenen Timing der unterschiedlichen Optionen im Lebenslauf und dem damit verbundenen Optimierungsdruck ergeben, können sich als herausfordernd herausstellen (King et al. 2023).

Eine entscheidende Rolle für einen menschlich und gesellschaftlich verträglichen Umgang mit Fortpflanzungsmedizin spielt daher sowohl eine gute Information und Beratung der beteiligten Parteien, als auch Hilfestellung bei deren Verständigung über die gemeinsame Vorgehensweise und Begleitung auf dem langen und komplexen Weg der Familienbildung. Auch die Bedürfnisse der zukünftigen jungen Erwachsenen, die – ohne dass man sie selbst hätte fragen können – mit Hilfe Dritter gezeugt wurden, dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Gute, von unabhängigen Einrichtungen bereitgestellte Information und Beratung ist Voraussetzung für die Realisierung von Selbstbestimmung und *informed consent*. Beratung dient auch dazu, auf zukünftige Fragen und Probleme besser vorbereitet zu sein. Und schließlich können die professionell Beratenden ihr Wissen um die Chancen und Herausforderungen dieser Formen der



Familienbildung in die gesellschaftliche Debatte über neu zu entwickelnde Techniken einbringen und damit auch die weitere Entscheidungsfindung über neue Fortpflanzungstechnologien unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Armbrust, R. (2013): Einstellungen von deutschen Kinderwunschaaren gegenüber dem Umgang und dem moralischen Status von kryokonservierten Eizellen im Vorkernstadium und kryokonservierten Embryonen. Diss. med., Universität Leipzig.
- Bundesärztekammer (2022): Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen oder Keimzellgewebe im Rahmen der assistierten Reproduktion, umschriebene Fortschreibung 2022. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/RiLi-ass-Reproduktion.pdf.
- Bayertz, K. (Hrsg.) (2004): Die menschliche Natur. Welchen und wie viel Wert hat sie? mentis, Paderborn.
- Beier, K. (2020): Familiengründung durch Leihmutterschaft – eine ethische Analyse. In: Beier, K., Brügge, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht, Springer: Heidelberg, New York, S. 155-169. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60298-0>.
- Beier, K. (2017): Ethical Objections About Surrogacy in German Debates: Critical Objections. In: Schickanz, S., Mitra, S., Patel, T. (Hrsg.): Cross-cultural Comparisons on Surrogacy and Egg Donation: Interdisciplinary Perspectives from India, Germany, and Israel, Springer International, Cham, S. 255-276.
- Beier, K., Wiesemann, C. (2013): Reproduktive Autonomie in der liberalen Demokratie - eine ethische Analyse. In: Wiesemann, C., Simon, A. (Hrsg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen. mentis, Münster, S. 205-221.
- Berntsen, S., Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U-B., Laivuori, H., Loft, A., Oldereid, Nan B., Romundstad, L. B., Bergh, C., Pinborg, A. (2019): The health of children conceived by ART: 'the chicken or the egg?' Human Reproduction Update, Vol.25, No.2 pp. 137–158. <https://doi:10.1093/humupd/dmz001>.
- Blyth, E., Crawshaw, M., Frith, L., Jones, C. (2012): Donor-conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. Journal of Law and Medicine, 19, 769–789.
- Bujard, M., Thorn, P. (2018): Leihmutterschaft und Eizellspende. Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr. Der Gynäkologe, 51(8), 639–646.
- Bujard, M., Diabaté, S. (2016): Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? Gynäkologe, 49, 393-404. <https://DOI10.1007/s00129-016-3875-4>.
- Calhaz-Jorge, C., Geyter, C. H. De, Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T., et al. (2020): Survey on ART and IUI: legislation, regulation, funding and registries in European countries: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Human Reproduction open 2020 (1), hoz044. <https://DOI:10.1093/hropen/hoz044>.
- Deutscher Ethikrat (2016): Embryospende/Embryooption und elterliche Verantwortung. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-embryospende-embryooption-und-elterliche-verantwortung.pdf>.
- Deutsches IVF-Register (2022): Jahrbuch 2021. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Sonderheft 4.

<https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dir-jahrbuch-2021-deutsch-1.pdf>.

Deutsches IVF-Register (2021): Sonderausgabe: Für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, Patientinnen, Patienten, die Öffentlichkeit. Ausgabe 3.

<https://www.ivf-tal.de/fileadmin/downloads/publikationen/dir-jahrbuch-2021-sonderausgabe-fuer-paare.pdf>.

Erlanger Samenbank (2023): Spender der Erlanger Samenbank. Online: <https://www.erlanger-samenbank.de/samenspende/> [Abrufdatum: 12.06.2023].

ESHRE Task Force (2005): On Ethics and Law including Shenfield F., Pennings G., Cohen J., Devroey P., Wert de G., Tarlatzis B.: Surrogacy. *Human Reproduction*, 20, 2705–2707. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei147>.

Fischer, T. (2020): Über den ethischen Diskurs zur donogenen Insemination: Keine bedeutsamen Nachteile mehr? In: Beier, K., Brüggel, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht*, Springer: Heidelberg, New York, S. 117-128. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60298-0>.

Goisis, A., Cederström, A., Martikainen, P. (2023): Birth Outcomes Following Assisted Reproductive Technology Conception Among Same-Sex Lesbian Couples vs Natural Conception and Assisted Reproductive Technology Conception Among Heterosexual Couples. *JAMA*, 329, 1117-1119.

Golombok, S., Jones, C., Hall, P., Foley, S., Imrie, S., & Jadva, V. (2023): A Longitudinal Study of Families Formed Through Third-Party Assisted Reproduction: Mother-Child Relationships and Child Adjustment From Infancy to Adulthood. *Developmental Psychology*. <https://dx.doi.org/10.1037/dev0001526>.

Graumann, S. (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Campus, Frankfurt/Main.

Günther, H.-L., Taupitz, J., Kaiser, P. (2014): *Kommentar zum Embryonenschutzgesetz*, Kohlhammer, Stuttgart, 2. Aufl.

Haug, S., Milewski, N. (2018): Women's attitudes towards assisted reproductive technologies – A pilot study among migrant minorities and non-migrants in Germany. *Comparative Population Studies*, 43, 343–370.

Heyder, C. (2023): *Familiengründung mittels Eizellspende. Zur Ethik einer reproduktionsmedizinischen Praxis in der liberalen Gesellschaft*. De Gruyter, Berlin.

Heyder, C. (2019): Gibt es ein Recht auf ein Kind? In: Schweiger, G., Drerup, J. (Hrsg.): *Handbuch Philosophie der Kindheit*. Metzler, Stuttgart, S. 398-404.

Hölzle, C., Wiesing, U. (1991): *In-vitro-Fertilisation - ein umstrittenes Experiment*. Springer, Berlin/Heidelberg.

Kadi, S., Wiesing, U. (2015): Uninformed Decisions? The Online Presentation of Success and Failure of IVF and Related Methods on German IVF Centre Websites. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75, 1258–1263. <https://DOI:10.1055/s-0035-1558297>.

Keenan, J. A., Gissler, M., Finger, R. (2012): Assisted reproduction using donated embryos: outcomes from surveillance systems in six countries. *Human Reproduction*, 27, 747-752.

- Kentenich, H. (2020): Fortpflanzungsmedizin und Familienbildung mit Hilfe Dritter. In: Beier, K., Brügge, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht, Springer: Heidelberg, New York, S. 19-30. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60298-0>.
- Kern, R. (2021): Statistik über die Anwendung medizinisch unterstützter Fortpflanzung gemäß § 21 Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG). Jahresbericht 2020. Gesundheit Österreich, Wien. <https://jasmin.goeg.at/1871/1/Bericht%20%C2%A721%20FMedG%202020.bf.pdf>.
- Kettner, M. (2004) (Hrsg.): Biomedizin und Menschenwürde. Frankfurt/Main.
- King, V., Lodtka, P., Marcinski-Michel, I., Schreiber, J. & Wiesemann, C. (2023): Reproduktives Timing. Neue Formen und Ambivalenzen zeitlicher Optimierung von Fortpflanzung und ihre ethischen Herausforderungen. Ethik in der Medizin, 35, 43-56.
- Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.
- Kongregation für die Glaubenslehre (1987): Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, Antworten auf einige aktuelle Fragen, „Donum Vitae“, 10. März 1987, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 74.
- Krones, T., Koch, M. C., Lindner, M., Hoffmann, G. F., Hüls, G., Mayatepek, E., Richter, G. (2004): Einstellungen und Erfahrungen von genetischen Hochrisikopaaren hinsichtlich der Präimplantationsdiagnostik (PID) - Nationale und internationale Ergebnisse. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 2, 112-119.
- Krones, T. (2009): Aspekte der Präimplantationsdiagnostik. In: Bühl, Achim (Hrsg.): Auf dem Weg zur biomächtigen Gesellschaft? Chancen und Risiken der Gentechnik. Wiesbaden, S. 137-240.
- Leopoldina (2019) Nationale Akademie der Wissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften: Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. Halle (Saale).
- Leopoldina (2021) Nationale Akademie der Wissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften: Neubewertung des Schutzes von In-vitro-Embryonen in Deutschland. Halle (Saale).
- Lafuente-Funes, S., Weis C., Hudson, N., Provoost, V. (2023): Egg donation in the age of vitrification: A study of egg providers' perceptions and experiences in the UK, Belgium and Spain. Sociol Health Illn. 45, 259–278. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13590>.
- MacCallum, F., Keeley, S. (2008): Embryo donation families: a follow-up in middle childhood. Journal of Family Psychology, 22, 799-808.
- Mastenbroek, S., Twisk, M., van Echten-Arends, J., Sikkema-Raddatz, B., Korevaar, J. C., Verhoeve, H. R., van der Veen, F. (2007): In Vitro Fertilization with Preimplantation Genetic Screening. New England Journal of Medicine, 357, 9–17. <https://doi:10.1056/NEJMoa067744>.

- Mayer-Lewis, B. (2015): Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des SARA-Projektes. In: Mayer-Lewis, B., Rupp, M. (Hrsg.): Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven. Opladen: Barbara Budrich, S. 187–217.
- Mayer-Lewis, B. (2016): Familiengründung im Kontext reproduktionsmedizinischer Angebote. In: Sieben, A., Mey G. (Hrsg.): Schwerpunktthema: Elternschaft als relationale Praxis. Journal für Psychologie, 24, 91–124.
- Meier-Credner, A. (2020): Familiengründung zu dritt – psychologische und ethische Aspekte. Der Verein Spenderkinder. In: Beier, K., Brügge, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht, Springer: Heidelberg, New York, S. 329-345.
- Christianson, M., Bellver, J. (2018): Innovations in assisted reproductive technologies: impact on contemporary donor egg practice and future advances. Fertility and Sterility 110, 994–1002. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.020>.
- Nahman, M. (2008): Nodes of Desire: Romanian Egg Sellers, 'Dignity' and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges. European Journal of Women's Studies 15, 65-82. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1350506807088068>.
- Nuffield Council on Bioethics (2023): Surrogacy law in the UK: ethical considerations. <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Surrogacy-law-in-the-UK-ethical-considerations-1.pdf>.
- Nuffield Council on Bioethics (2012): Report: Novel techniques for the prevention of mitochondrial DNA disorders: an ethical review. Online: <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/mitochondrial-dna> [Abrufdatum: 12.06.2023].
- Oberlandesgericht Rostock (2010): Urteil. v. 07.05.2010, 7 U 67/09.
- Perler, L. (2022): ‚Eizellspenderinnen‘ jenseits biologischer Verwertbarkeit. Gen-ethischer Informationsdienst, 260, 32-35. <https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/reprotechnologien/260/eizellspenderinnen-jenseits-biologischer-verwertbarkeit>.
- Rupp, M. (Hrsg.) (2009): Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Bundesanzeiger Verlag, Köln.
- Rüther, M. (2015): Embryonen und Föten. In: Sturma, D., Heinrichs, B. (Hrsg.): Handbuch Bioethik, Stuttgart, J. B. Metzler, S. 245-249.
- Savulescu, J. (2001): Procreative Beneficence. Why We Should Select the Best Children. Bioethics, 15, 413-426.
- Schindele, E. (2005): Die verkaufte Hoffnung. Brigitte 15. September 2005. <https://www.brigitte.de/aktuell/gesellschaft/die-verkaufte-hoffnung-10056434.html> [Abrufdatum: 12.06.2023].
- Schockenhoff, E. (2003): Fortpflanzungsfreiheit und verantwortliche Elternschaft. Zur ethischen Problematik der Präimplantationsdiagnostik. Zeitschrift für Medizinische Ethik, 49, 379-396.
- Schumann, E. (2014): Elternschaft nach Keimzellspende und Embryooption. Medizinrecht, 32 (10), 736-749.

- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A. P., Nyboe Andersen, A., de Wert, Guido/Goossens, Veerle (2010): Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction* 25, 1361–1368. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq057>.
- Söderström-Anttila, V., Miettinen A., Rotkirch, A., Nuojua-Huttunen, S., Poranen, A-K., Sälevaara, M., Suikkari, A-M. (2016): Short- and long-term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity-release and known oocyte donors. *Human Reproduction* 31, 597–606. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev324>.
- Schumann, E. (2020): Elternschaft nach Kinderwunschbehandlung. In: Beier, K., Brügge, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht*, Springer: Heidelberg, New York, S. 69-96. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60298-0>.
- Schües, C., Rehmann-Sutter, C. (2013): Hat ein Kind eine Pflicht, Blutstammzellen für ein krankes Geschwisterkind zu spenden? *Ethik in der Medizin*, 25, 89-102.
- Spendier, M. (2017): Interview „Der Embryo ist Beginn des Lebens und keine Sache“ Moraltheologe Franz-Josef Bormann zum Umgang mit Embryonen. *katholisch.de*. <https://www.katholisch.de/artikel/13418-der-embryo-ist-beginn-des-lebens-und-keine-sache> [Abrufdatum: 12.06.2023].
- Staessen, C., Verpoest, W., Donoso, P., Haentjens, P., Van der Elst, J., Liebaers, I., Devroey, P. (2008): Preimplantation genetic screening does not improve delivery rate in women under the age of 36 following single-embryo transfer. *Human Reproduction*, 23(12), 2818–2825. <https://doi:10.1093/humrep/den367>.
- Statistisches Bundesamt (2022): Pressemitteilung Nr. 261 vom 23. Juni 2022: Immer mehr Stiefväter und Stiefmütter adoptieren Kinder unter 3 Jahren. (Online): https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_261_22.html [Abrufdatum: 12.06.2023].
- Statistisches Bundesamt (2019): Kinderlosenquote der Frauen nach Alter zum Zeitpunkt der Befragung in %, Stand 11. Dezember 2019. <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/kinderlosigkeit.html> [Abrufdatum: 12.06.2023].
- Taupitz, J., Hermes, B. (2015): Eizellspende verboten – Embryonenspende erlaubt? *Neue Juristische Wochenschrift*, (68) 25, 1802-1807.
- Taupitz, J. (2020): Rechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin. In: Beier, K., Brügge, C., Thorn P., Wiesemann, C. (Hrsg.): *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht*, Springer: Heidelberg, New York, S. 51-68. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-60298-0>.
- Thorn, P. (2015): Die Zukunft der psychosozialen Kinderwunschberatung – neue Themenbereiche, neue Zielgruppen, neue Formen. In: Mayer-Lewis, B., Rupp, M. (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektive*. Opladen: Barbara Budrich, S. 219–236.
- Tong, R. (1996): *Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections And Practical Applications*. Westview Press, Boulder/Colorado.
- Wänggren, K., Alden, J., Bergh, T., Skoog Svanberg, A. (2013): Attitudes towards embryo donation among infertile couples with frozen embryos. *Human Reproduction*, 28, 2432–2439. <https://doi.org/10.1093/humrep/det252>.

- Wiesemann, C. (2022): Mediating the Risks of Mutual Care: Families and the Ethical Challenges of Sibling Bone Marrow Donation. In: Schües, C., Rehmann-Sutter, C., Jürgensen, M., Herzog, M. (Hrsg.): Stem Cell Transplantations Between Siblings as Social Phenomena. The Child's Body and Family Decision-making, Cham, Springer, S. 73-82.
- Wiesemann, C. (2016): Fortpflanzung und Fortpflanzungsfreiheit. In: Woopen, C. (Hrsg.): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 32-47.
- Wiesemann, C. (2006): Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. C. H. Beck, München.
- Wischmann, T., Thorn, P. (2014): Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/resource/blob/147224/9f7e3d2bac12797e370e0af4c13b515b/abschlussbericht-erhebung-psychosoziale-kinderwunschberatung-2012-data.pdf>.
- Wischmann, T. & Thorn, P. (2008): Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 5(3), 147–152.
- Zadeh, S., Ilioi, E. C., Jadvá, V., Golombok, S. (2018): The perspective of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. Human Reproduction, 33, 1099-1106. <https://doi.org/10.1093/hum-rep/dey088>.

Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 36
D-37073 Göttingen

cwiesem@gwdg.de

www.egm.med.uni-goettingen.de/