



PLÄDOYER FÜR EINEN
VERANTWORTUNGSVOLLEN UMGANG MIT
REPRODUKTIONSMEDIZIN

Dieses Positionspapier wurde von Beiratsmitgliedern der eaf und der Geschäftsstelle erarbeitet:

Prof. Dr. Ute Gerhard

Wolfgang Hötzel

Prof. Dr. Ursula Rust

Prof. Dr. Kerstin Feldhoff

Dr. Julia Wuttke

Gerda Holz

Friedhelm Fürst

Rosemarie Daumüller

Prof. Dr. Dr. Evers

Esther-Marie Ullmann-Goertz

Dr. Insa Schöningh

Herausgeberin

evangelische arbeitsgemeinschaft familie (eaf) e.V.

Auguststraße 80

10117 Berlin

tel 030 283 95 400

fax 030 283 95 450

mail info@eaf-bund.de

web www.eaf-bund.de

Endredaktion Dr. Julia Wuttke, Dr. Insa Schöningh, PD Dr. Martin Bujard

Gestaltung Lachs von Achtern

Layoutumsetzung Katharina Pfuhl

Titelbild pixabay.de

August 2020

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG	5
<hr/>	
II. EVANGELISCHE VERANTWORTUNGSETHIK UND REPRODUKTIONSMEDIZIN	6
<hr/>	
III. UNGEWOLLTE KINDERLOSIGKEIT UND MACHBARKEITSPRECHEN	8
Warum werden reproduktionsmedizinische Verfahren zunehmend in Anspruch genommen?	10
Belastungen von Menschen durch unerfüllten Kinderwunsch und Einstellungen gegenüber einer Kinderwunschbehandlung	13
<hr/>	
IV. KINDESWOHL IN DER REPRODUKTIONSMEDIZIN	15
Grundlagen des Kindeswohls	15
Kindeswohl als Entscheidungsmaßstab	15
Kindeswohl und reproduktive Rechte der Eltern	19
<hr/>	
V. GRUNDLAGEN, CHANCEN UND RISIKEN REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER BEHANDLUNGEN IN DEUTSCHLAND	21
Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen für reproduktionsmedizinische Behandlungen in Deutschland	21
Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen	23
Probleme reproduktionsmedizinischer Behandlung	24
<hr/>	
VI. BEWERTUNG EINZELNER REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER VERFAHREN	27
Embryonenspende	27
Eizellspende	28
Eizellspenden im Ausland	30
Weitere Regulierung der Samenspende	32
Leihmutterschaft	33
<hr/>	
VII. PSYCHOSOZIALE BERATUNG ALS WICHTIGE HILFE FÜR UNGEWOLLT KINDERLOSE PAARE	36
<hr/>	
VIII. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	38
<hr/>	
LITERATUR	42

I. Einleitung



Die Reproduktionsmedizin ist eine Behandlungsoption für ungewollt kinderlose Menschen. Ihre neuen Möglichkeiten, Angebote und technischen Verfahren haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten enorm erweitert.

Dabei geht es nicht nur um einen von vielen Fortschritten der modernen Medizin. Vielmehr stellen sich in diesem Zusammenhang grundlegende ethische und rechtliche Fragen, beispielsweise durch die Inanspruchnahme dritter Personen und die Verwendung fremden „Zellmaterials“ sowie um selektive Verfahren. Die Chancen und Risiken der Reproduktionsmedizin erschöpfen sich nicht ausschließlich in der Beurteilung des medizinisch Machbaren, vielmehr kommt es darauf an, Freiheit und Verantwortung im Hinblick auf das entstehende Kind und ggf. weitere beteiligte Dritte zu bedenken.

Die Beachtung des Kindeswohls und alle die Würde und Lebensperspektiven des Kindes betreffenden Entscheidungen müssen auch in Fragen medizinisch assistierter Reproduktion oberste Priorität haben. Dem Kindeswohl ist dabei keineswegs nur im Geborenwerden, seiner bloßen Existenz, Genüge getan. Kriterien für das Kindeswohl sind zunächst die unmittelbaren Aspekte von Gesundheit und Abstammung. Doch für die Entwicklung des Kindes sind vor allem seine personalen Beziehungen maßgeblich. Diese wiederum sind abhängig von der Achtung der Würde und der den anderen Beteiligten zugewiesenen Rolle und zwar der „Wunscheltern“, von Frauen als Eizellspenderinnen oder Leihmüttern oder Män-

nern als Samenspendern. Das Kindeswohl wird also durch die Gesamtkonstellation von Zeugung, Entwicklung und personalen Beziehungen des Kindes bestimmt.

Normative Regelungen reproduktionsmedizinischer Verfahren sind weiterhin unverzichtbar. Sie müssen aber flankiert werden durch eine besondere Verantwortungs- und Verhaltenskultur, in der persönliche Freiheit und Autonomie nicht als „Recht auf ein Kind“ missverstanden werden. Vielmehr muss der Ausgleich der im Widerstreit stehenden Rechte und Interessen zugunsten der Rechte des Kindes gesucht werden. Wenn es um Kinder geht, stehen immer Verantwortung und Verantwortbarkeit vorne an. Das erfordert Reflexion, Nachdenklichkeit und Selbstwirksamkeit der verantwortlich handelnden Personen. Die Entscheidungsfähigkeit der Menschen muss durch frühzeitige und umfassende Aufklärung, interessenunabhängige Informationen sowie durch qualifizierte soziale, sozialpsychologische Beratung in allen Phasen der Familienplanung gestärkt werden. Hierfür geben die nachfolgenden Überlegungen notwendige Orientierung und stellen „Leitplanken“ auf. Sie knüpfen an das Positionspapier der eaf „In Verantwortung für Kinder – Für einen Perspektivwechsel in der Familienpolitik!“¹ an. Das Papier richtet sich an politische Entscheidungsträger sowie an alle Personen und Institutionen, die am ethischen Diskurs über die Neuregelung der Reproduktionsmedizin in Deutschland teilnehmen.

¹ evangelische arbeitsgemeinschaft familie (eaf), In Verantwortung für Kinder – Für einen Perspektivwechsel in der Familienpolitik!, Berlin 2017.

II. Evangelische Verantwortungsethik und Reproduktionsmedizin

Das vorliegende Positionspapier der eaf zur Reproduktionsmedizin hat das Ziel, Handlungsoptionen betroffener Frauen und Männer wie auch der beteiligten Organisationen und Institutionen aus den Feldern der Medizin, des Rechts und der staatlichen Verwaltung, der Kirchen und Diakonie, der Religionsgemeinschaften wie der Zivilgesellschaft multiperspektivisch zu analysieren sowie ethisch zu bewerten, um so zu einem verantwortlichen Handeln aller Beteiligten beizutragen. Diese Zielsetzung setzt voraus, dass die Argumentation sowohl zentrale Gehalte des christlichen Glaubens – in evangelischer Perspektive – aufnimmt und theologisch schlüssig darlegt, als auch für den politischen Raum in einer Sprache formuliert wird, die in säkularer Perspektive verstanden und als plausibel anerkannt werden kann. Die theologische Begründung dient der Klärung und Weiterentwicklung der innertheologischen und innerkirchlichen Debatte und macht für diejenigen, die die Glaubensprämissen nicht teilen und denen theologische Sprachmuster fremd sind, die Argumentation der eaf auch mit ihren theologisch-ethischen Begründungen transparent.

Theologische Argumentation: Grundlage der ethischen Argumentation in Fragen der Reproduktionsmedizin bildet eine evangelische Verantwortungsethik im Horizont christlicher Verständnisse von Gottes Handeln,

vom Menschen wie von menschlicher Sozialität. „Gott ist die Liebe“² beschreibt die Essenz der Gotteslehre. Als Liebe³ bleibt Gott nicht für sich, sondern verwirklicht diese Liebe als Schöpfer der Wirklichkeit.⁴ Seine Schöpfung „entlässt“ er aber nicht in die vollständige Selbständigkeit. Vielmehr bleibt er als Schöpfer kontinuierlich in Beziehung zu dieser Wirklichkeit.⁵ Er zeichnet den Menschen als sein Ebenbild aus und wirbt unter den Menschen dafür, die Beziehung zu ihm zu suchen und aufrecht zu erhalten.⁶ Zugleich „demonstriert“, offenbart er sein Wesen in Jesus von Nazareth – also in Kategorien menschlicher Erfahrung – von dem die Evangelien zeugen.⁷ Gott spricht dem Menschen die unbedingte Anerkennung (Rechtfertigung)⁸ zu und befreit ihn damit von anderen Zwängen der Anerkennungssuche. Der Mensch wird damit zu einem Handeln in Liebe, also uneigennütziger Zuwendung befähigt.⁹ Freiheit ist demnach eine durch die Liebe, verstanden als Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe, qualifizierte Freiheit, eine in Verantwortung ausgeübte Freiheit, keine Freiheit zur Beliebigkeit. Freiheit, die aus dieser Liebe erwächst, hat die Freiheit des Nächsten im Sinn und schließt darum die Instrumentalisierung eines Menschen kategorisch aus. Sie ist kommunikative, relationale Freiheit. Als ein mit einer derartig qualifizierten Freiheit ausgestatteter Mensch sucht er nach einem Zusammenleben in Gerechtigkeit und Partizipation. Zu dem skizzierten

² Vgl. Erster Brief des Johannes, Kapitel 4, Vers 16.

³ Gemeint ist die Liebe im Sinn des griechischen Begriffs der Agape: Agape meint die uneigennützige Zuwendung um des Gegenübers willen.

⁴ Vgl. Erstes Buch Mose, Kapitel 1 f.

⁵ Vgl. Erstes Buch Mose, Kapitel 8, Vers 22.

⁶ Vgl. Erstes Buch Mose, Kapitel 9, Verse 9 ff.

⁷ Vgl. Evangelium nach Johannes, Kapitel 14, Vers 9.

⁸ Vgl. Brief des Paulus an die Römer, Kapitel 3, Verse 21 ff.

⁹ Vgl. Brief des Paulus an die Galater, Kapitel 5.

Bild des Menschen in „Autonomie und Angewiesenheit“ und zu dieser partizipativen Gerechtigkeitsvorstellung gehört, dass Menschen, die sich nicht adäquat zu Gehör bringen und ihre Rechte nicht hinreichend zur Geltung bringen können, unterstützt werden, so dass sie am sozialen Leben selbstbestimmt teilhaben können.¹⁰

Theologische Argumentation im säkularen und multireligiösen Diskurs: Grundzüge des christlichen Wirklichkeitsverständnisses und christlicher Ethik waren und sind wichtige Einflussfaktoren in der Entwicklung ethischer Positionen im säkularen Raum und bilden damit einen Traditionsstrang normativer Grundlagen des Rechts. Diese wirkungsgeschichtlichen Verbindungen zwischen Ansätzen christlicher Ethik und säkularen ethischen Ansätzen ermöglichen es, Positionen christlicher Ethik im säkularen und multireligiösen Diskurs zu plausibilisieren und zugleich aber auch die Differenzen zu anderen ethischen Ansätzen im Diskurs zu markieren. Dass die Wirklichkeit und die Menschen als „kontinuierliche Schöpfung“ eines Gottes, der „auf ewig“ in Beziehung zu allem Geschaffenen steht, zu verstehen sind, kann als Auffassung gesehen werden, dass jegliches Handeln verantwortliches Handeln sein soll. Die theologische Qualifizierung des Menschen als „Ebenbild Gottes“ und als „zu Freiheit und Verantwortung berufen“, hat eine große Nähe zu der säkularen Auffassung, dass Menschen qua Menschsein frei-verantwortliche, selbstbestimmte Subjekte sind und darin ohne Ausnahme gleichberechtigt sind. Im säkularen Sprachkontext findet sich diese Qualifizierung darin wieder, dass jeder Mensch Menschenwürde und den Anspruch auf Anerkennung dieser Menschenwürde hat und dass dies die Selbstbestimmung bzw. Autonomie einschließt.

Das theologische Freiheitsverständnis unterscheidet sich von säkularen Autonomieverständnissen darin, dass das christliche Freiheitsverständnis an die Grundzüge des christlichen Gottes- und Menschenbildes gebunden ist, während säkulare Autonomieverständnisse inhaltlich auf sehr unterschiedliche Überzeugungen Bezug nehmen. So impliziert beispielsweise nach dem christlichen Freiheitsverständnis Autonomie immer die Anerkennung der Voraussetzungen von Freiheit (Angewiesenheit) wie auch die Sorge um Andere (Nächstenliebe). Säkulare Autonomiekonzepte können diese Auffassungen teilen, aber auch andere Positionen vertreten. Im öffentlichen Ethikdiskurs wird darum eine Diskussion über das jeweilige Autonomieverständnis einen wichtigen Platz einnehmen.

Es ist deutlich, dass im ethischen Diskurs um Kinderwunsch, Kindeswohl und reproduktionsmedizinische Optionen die genannten Kriterien einer Verpflichtung zur Verantwortung sowie einer an Nächsten- und Selbstliebe orientierten Freiheit und Autonomie zentrale Orientierungspunkte sind.

Allerdings bleibt die Aufgabe, diese abstrakten Begriffe von „Gottebenbildlichkeit und Menschenwürde“, „Verantwortung“, „Freiheit“ und „Nächsten- und Selbstliebe“, „partizipative Gerechtigkeit“ auf konkrete Lebenslagen, in denen entschieden werden muss, zu beziehen und insbesondere, wenn ethische Güter in Spannung zueinanderstehen, zu verantwortbaren Handlungsoptionen zu kommen.¹¹ Dies soll – so weit möglich – im vorliegenden Text und insbesondere im Abschnitt zur Bewertung einzelner reproduktionsmedizinischer Verfahren geleistet werden.

¹⁰ Vgl. Evangelium nach Markus, Kapitel 10, Verse 46 ff. Evangelium nach Lukas, Kapitel 19, Verse 1 ff. Evangelium nach Matthäus, Kapitel 19, Verse 13 ff.

¹¹ Vgl. auch: Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (Hrsg.): Bevor ich Dich im Mutterleib gebildet habe ... Eine Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin des Rates der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), 2017.

III. Ungewollte Kinderlosigkeit und Machbarkeitsversprechen

Die meisten Menschen wollen Familie. Auch in jüngeren Generationen ist der Wunsch nach Familie und Kindern ungebrochen: 90 Prozent wünschen sich Kinder, im Durchschnitt zwei.¹² Wenn Paaren eine Erfüllung ihres Kinderwunsches auf natürliche Weise nicht gelingt, greifen viele auf reproduktionsmedizinische Unterstützung zurück. In Deutschland ist fast jedes zehnte Paar im Alter zwischen 25 und 59 Jahren ungewollt kinderlos.¹³ Inzwischen werden rund 3 Prozent der in Deutschland geborenen Kinder unter Einsatz reproduktionsmedizinischer Verfahren gezeugt.¹⁴

Die eaf geht davon aus, dass überall da, wo Menschen auf Dauer füreinander soziale Verantwortung übernehmen, Familie ist.¹⁵ Hierbei sind die möglichen Modelle von Elternschaft und Familiengründung ausgesprochen vielfältig. Die Art und Weise, wie Familie entsteht und gelebt wird, muss aber immer von der Verantwortung für die Kinder geprägt sein. Dies gilt auch und gerade für die Nutzung reproduktionsmedizinischer Technologien.

Die Reproduktionsmedizin hat in den letzten 40 Jahren, seit das erste „Retortenbaby“ Louise Brown zur Welt kam, viele neue Möglichkeiten entwickelt, Unfruchtbarkeit zu behandeln und einen unerfüllten Kinderwunsch doch noch zu erfüllen. Neben den etablierten Formen der künstlichen Befruchtung umfasst das Spektrum der Reproduktionstechnologie heute eine Vielzahl - und teilweise auch die Mitwirkung Dritter erforderlicher - Maßnahmen, die von der

Hormonbehandlung über Samen- oder Eizellspende, Embryonenspende, weiterentwickelte diagnostische Verfahren wie die Präimplantationsdiagnostik bis zur Leih- oder Ersatzmutterschaft reichen. Manche dieser Verfahren werfen neue ethische Fragen und Problematiken auf. So gehören zu den problematischen sozialen und ethischen Aspekten:

- Zunehmende Etablierung einer Machbarkeits- und Herstellungslogik,
- Orientierung von Anbietern an kommerziellen Interessen,
- Tendenzen zur Abwertung von menschlichem Leben mit Beeinträchtigungen,
- u. U. Entstehen überzähliger Embryonen,
- Inkaufnahmen körperlicher, seelischer und sozialer Beeinträchtigungen im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung
- Verlust von Selbstbestimmung und Persönlichkeitsrechten der beteiligten Personen,
- Ausnutzen sozialer Notlagen der beteiligten Personen,
- Entstehen bzw. Fortbestehen systematischer Ungleichheit beim rechtlichen und finanziellen Zugang.

Auch juristisch bewegt sich die Reproduktionsmedizin bisweilen in einer Grauzone. Das teilweise veraltete Embryonenschutzgesetz muss auf Technologien angewendet werden, die zum Zeitpunkt sei-

¹² Vgl. BMFSFJ, <https://www.bmfsfj.de/blob/101816/b6b39b793e1e7fd57eb2fd29e052889d/kinder-kriegen-zwischen-kinderwunsch-und-wirklichkeit-data.pdf>, abgerufen am 5.3.2020.

¹³ <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/ungewollte-kinderlosigkeit>; abgerufen am 12.12.2019.

¹⁴ Deutsches IVF-Register (D-I-R) e. V., Jahrbuch 2018, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 16. Jahrgang 2019, Sonderheft 1/2019, S. 8.

¹⁵ Evangelische Kirche in Deutschland, Zwischen Autonomie und Angewiesenheit – Familie als verlässliche Gemeinschaft stärken, Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, 3. Auflage, Gütersloh 2013.

ner Verabschiedung noch gar nicht denkbar waren. Ebenso sind wesentliche gesellschaftliche Veränderungen infolge des sozialen Wandels in den letzten 30 Jahren noch ungenügend berücksichtigt. Dazu gehört die Entstigmatisierung des Aufwachsens in nichtehelichen Lebensgemeinschaften und Regenbogenfamilien ebenso wie ein angemessener Umgang mit per Samenspende gezeugten Kindern.



Foto: © Adobe Stock

Zudem bestehen rechtliche Unsicherheiten, wie mit Kindern umgegangen werden soll, die im Ausland mittels in Deutschland verbotener Verfahren und Techniken wie beispielsweise Leihmutterchaft geboren wurden. Das Wissen, welche Bedeutung die Kenntnis der eigenen Abstammung für die Entwicklung der Persönlichkeit hat, führte bereits zu Gesetzesreformen, die dem Wohl der so gezeugten Kinder dienen sollen.

Reproduktionsmedizinische Verfahren sind vordergründig ein Weg zum Kind für ungewollt kinderlose Paare, aber mitbedacht werden müssen die gesellschaftlichen Herausforderungen, die diese neuen Formen der Zeugung und Menschwerdung für die prinzipielle Achtung und Wahrung von Menschenwürde, für das Lebens- und Persönlichkeitsrecht jedes Einzelnen bedeuten. Das ist vor allem dann der Fall, wenn Verfahren und Techniken Grenzen überschreiten, hinter denen die maßgebliche Ori-

entierung am Kind und dessen Lebensperspektiven verloren gehen. Bertolt Brecht erzählt in seinem Drama vom Kaukasischen Kreidekreis die Geschichte eines Streits zwischen einer biologisch-genetischen und einer sozialen Mutter, die beide behaupten, sie seien die rechtmäßige Mutter desselben Kindes. Der Ursprung der Geschichte ist ein alter chinesischer Mythos und das „Salomonische Urteil“ aus dem Alten Testament (1. Könige 3,16-28). Im Kaukasischen Kreidekreis muss der Dorfrichter den Streit der beiden Frauen schlichten. Bei Brecht bekommt die soziale Mutter das Kind zugesprochen, weil sie lieber auf das Kind verzichtet als ihm Leid anzutun. Sie handelt also im Sinne des Kindeswohls, sogar im Verzicht. Die dahinterstehende Frage lautet: Welche Beziehungen sind für das Kind ausschlaggebend? Welche Bedeutung hat die Kenntnis seiner Herkunft? Und welche Verantwortung haben Eltern, bei ihren Entscheidungen das Wohl des Kindes vor die eigenen Interessen zu stellen? Entscheidend ist nicht ein Recht von Eltern auf das Kind, sondern das Recht des Kindes auf fürsorgliche Eltern.

Auch bei der Anwendung von reproduktionsmedizinischen Verfahren müssen alle Beteiligten stets im Blick behalten, welche Implikationen mit der Nutzung einer Technik einhergehen, welche neuartigen, erweiterten Beziehungen entstehen können und inwieweit das Wohl des zukünftigen Kindes berücksichtigt ist. Die selbstbestimmte Entscheidung, ein Kind zu bekommen und großzuziehen, wird im Kontext rechtlicher, kultureller und ethischer Normen getroffen. Die Grundrechte aller Beteiligten – der Wunscheltern, des Samenspenders bzw. der Eizellspenderin, der Leihmutter etc. – sind stets gegeneinander abzuwägen. Darüber hinaus sind nach Ansicht der eaf auch die Interessen der so entstehenden Kinder in diese Abwägung einzubeziehen, denn mit der Entscheidung zur Nutzung einer reproduktionsmedizinischen Methode werden unter Umständen wesentliche Bedingungen für ihr gesundes Aufwachsen und

ihre soziale Entwicklung gesetzt. Das Kindeswohl im Sinne der UN-KRK muss aus Sicht der eaf vorrangiger und verbindlicher Abwägungsgesichtspunkt für jede staatliche Regulierung der Reproduktionsmedizin und des Familienrechts sein (Art. 3 Abs. 1 UN-KRK).

Die ethischen und gesellschaftlichen Fragen, die sich im Rahmen der Fortentwicklung der Reproduktionsmedizin stellen, können nicht ausschließlich durch das medizinisch Machbare beantwortet werden. Ethische Fragen verlangen immer nach gesellschaftlicher Verständigung darüber, welche Kriterien bei solchen Entscheidungen leitend sein sollen und wer bzw. welche Instanzen Verantwortung tragen sollten. Dazu möchte die eaf mit dieser Positionierung einen



Foto: © Adobe Stock

Beitrag leisten. Als evangelischer Familienverband, der sich um das Gelingen von Familie und die Bedingungen für ein gutes Aufwachsen und Wohlergehen von Kindern kümmert, ist es uns ein Anliegen,

diese neuen Entwicklungen, die damit verbundenen Hoffnungen und Erwartungen, aber auch die Fragen und Herausforderungen kritisch zu begleiten. Unsere grundsätzlichen Überlegungen werden exemplarisch an einigen reproduktionsmedizinischen Verfahren, wie der Eizellspende oder der Leihmutterschaft, erörtert.

WARUM WERDEN REPRODUKTIONSMEDIZINISCHE VERFAHREN ZUNEHMEND IN ANSPRUCH GENOMMEN?

Unfruchtbarkeit und damit unerfüllten Kinderwunsch gab es schon immer. Wie in anderen historischen Beschreibungen finden sich dazu in der jüdisch-christlichen biblischen Tradition bereits Geschichten im Alten Testament. Die Adoption war lange Zeit ein Weg aus ungewollter Kinderlosigkeit; sie fand oft zwischen Verwandten statt.

Mittlerweile werden rund drei Prozent der jährlich in Deutschland geborenen Kinder mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung gezeugt. Die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin ist seit 2004, als die finanzielle Unterstützung der gesetzlichen Krankenversicherung auf das heutige Niveau begrenzt wurde und die Zahl der Behandlungen kurzzeitig einbrach, stark gestiegen. Allein die Zahl der Behandlungszyklen stieg in den letzten 15 Jahren um 76 Prozent.¹⁶ In der Regel sind es heterosexuelle Paare, die mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Zentren ein Kind bekommen wollen; gleichgeschlechtliche Paare stellen bei Kinderwunschbehandlungen nur eine Minderheit dar.¹⁷

Die Ursachen für die vermehrte Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischer Unterstützung

¹⁶ D-I-R-Jahrbuch 2018, S. 22.

¹⁷ Nationale Akademie der Wissenschaften/Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften (Leopoldina), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, Halle (Saale) 2019, S. 100.

lassen sich erahnen, wenn man einen Blick auf die Rahmenbedingungen wirft, unter denen in Deutschland Familien gegründet werden: Lag das Alter von erstgebärenden Frauen im Jahr 1977 im Durchschnitt noch bei unter 25 Jahren, ist es im Jahr 2018 mittlerweile auf 30 Jahre angestiegen.¹⁸ Die Zahl der Frauen, die erst ab 35 Jahren versuchen, schwanger zu werden, ist in den letzten Jahren gestiegen¹⁹,



Foto: © Adobe Stock

ebenso wie sich die Zahl der Frauen, die mit über 40 Jahren noch Mutter werden, seit 1990 fast vervierfacht hat.²⁰

Der Anteil unfruchtbarer heterosexueller Paare liegt im Allgemeinen bei ca. 9 Prozent.²¹ Allerdings verschieben auch anfangs fruchtbare Paare ihren Kinderwunsch teilweise in Lebensphasen, in denen die Fruchtbarkeit bereits sinkt. Die Folge ist, dass ein Teil dieser Frauen bzw. Paare ihren Kinderwunsch auf natürliche Weise nicht umsetzen kann. Die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft ist maßgeblich vom Alter der Frau abhängig; so werden rund ein

Fünftel der Frauen im Alter von 35-39 Jahren trotz regelmäßiger Versuche nicht innerhalb eines Jahres auf natürliche Weise schwanger.²² Neben Paaren mit bestimmten Erkrankungen, die die Fruchtbarkeit beeinträchtigen, sind es insbesondere diese Paare, die die Hilfe der Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen.

Das Durchschnittsalter der reproduktionsmedizinisch behandelten Frauen steigt seit Jahren und liegt mittlerweile bei 35,7 Jahren, das der behandelten Männer bei 38,8 Jahren.²³ Gerade bei Frauen ab 40 Jahren steigt das Bedürfnis, die Reproduktionsmedizin als Ultima Ratio in Anspruch zu nehmen, um ihren Kinderwunsch doch noch zu verwirklichen.²⁴ Denn der Wunsch nach Kindern ist nach wie vor vorhanden: Von den kinderlos gebliebenen Frauen der Jahrgänge 1957–1971 gibt nur rund ein Fünftel an, dass sie diesen Zustand als ideale Lebensform betrachten.²⁵

Was hindert also Paare daran, ihren Kinderwunsch rechtzeitig umzusetzen? Neben einer medizinischen Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit oder dem Fehlen eines passenden Partners bzw. Partnerin sind es zunehmend die Lebensumstände, die Paare dazu veranlassen, ihren Kinderwunsch auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Außer ausbildungs- und berufsbezogenen Hemmnissen haben junge Menschen zwischen 20 und 30 Jahren oft auch andere Lebensentwürfe als frühere Generationen: Berufliche wie private Erfahrungen zu sammeln und sich selbst auszuprobieren, sind für viele junge Menschen wichtige Lebensziele vor der Familiengründung. Eine längere Ausbildungsdauer, aber vor allem auch unsichere Beschäftigungsverhältnisse, hohe Anforder-

¹⁸ Statistisches Bundesamt: Jede fünfte Frau zwischen 45 und 49 war 2018 kinderlos, PM 11.12.2019: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/12/PD19_475_122.html, letzter Aufruf 16.7.2020
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/pdf/F20-Alter-Muetter-bei-Erstgeburt-Deutschland-West-Ost-ab-1960.pdf;jsessionid=6ACA04A24CB9C4713566C265A9172291.2_cid389?__blob=publicationFile&t=6; letzter Aufruf 16.7.2020

¹⁹ Bujard, Martin/Diabaté, Sabine, Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu?, *Der Gynäkologe* 5/2016.

²⁰ Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/09/PD19_332_122.html, letzter Aufruf 16.7.2020

²¹ Leopoldina, S. 20.

²² Leopoldina, S. 20.

²³ D-I-R-Jahrbuch 2018, S. 37.

²⁴ Wippermann, Carsten, *Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten* (herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Berlin 2014, S. 114 ff.

²⁵ Leopoldina, S. 18.

²⁶ Leopoldina, S. 19.



Foto: © Adobe Stock

rungen an Flexibilität und Mobilität erschweren die Familiengründung²⁶, bzw. sind nur schwer mit der Sorge für Kinder zu vereinbaren. Dazu kommt, dass junge Menschen gerade in den Jahren, in denen sie besonders „fruchtbar“ sind, oft mit beruflichen Unsicherheiten zu kämpfen haben: unter den 25- bis 34-Jährigen haben 16,9 % einen befristeten Arbeitsvertrag.²⁷ Insbesondere Mütter machen nach der Geburt eines Kindes und Ende ihrer Elternzeit immer wieder die Erfahrung, dass ein befristeter Arbeitsvertrag nicht verlängert bzw. ein Beschäftigungsverhältnis gekündigt wird oder sie auf einen wesentlich unattraktiveren Arbeitsplatz versetzt werden. Da sie eher als Väter Kinderkrankentage übernehmen oder den Wunsch nach Teilzeitarbeit oder sonstigen familienfreundlichen Arbeitsbedingungen äußern, werden sie in den Augen einiger Arbeitgeber/innen zu unattraktiven Arbeitskräften; Aufstiegsmöglichkeiten und Führungspositionen werden ihnen öfter verwehrt. Dies lässt vermutlich viele Paare mit der Umsetzung des Kinderwunsches warten, bis beide Partner über eine einigermaßen sichere berufliche Position verfügen.

Damit Paare ihren Kinderwunsch rechtzeitig und möglichst frei von äußeren Zwängen umsetzen können, müssen sich aus Sicht der eaf auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dafür verbessern. Dazu gehören neben dem Ausbau einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Kinderbetreuung auch Reformen des Arbeitsrechts, die unsichere Beschäftigungsverhältnisse zu Beginn der beruflichen Laufbahn soweit wie möglich vermeiden und Eltern im Berufsalltag nicht benachteiligen. Zwar wird der Aufklärung zur Verhütung ungewollter



Foto: © Adobe Stock

Schwangerschaften großer Stellenwert eingeräumt, was zu einem deutlichen Rückgang von ungewollten Schwangerschaften bei sehr jungen Frauen geführt hat. Gleichzeitig ist aber das generelle Wissen um die Entwicklung der Fertilität im Lebensverlauf vergleichsweise gering. Genau dieses brauchen junge Menschen aber, wenn sie sich die Gründung einer Familie als Lebensperspektive erhalten wollen.

²⁷ Zahl für 2018 in: Qualität der Arbeit, Befristet Beschäftigte, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>, letzter Aufruf: 17.7.2020.

BELASTUNGEN VON MENSCHEN DURCH UNERFÜLLTEN KINDERWUNSCH UND EINSTELLUNGEN GEGENÜBER EINER KINDERWUNSCHBEHANDLUNG

Viele Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sehen davon ab, reproduktionsmedizinische Hilfen in Anspruch zu nehmen. Unerfüllter Kinderwunsch besteht oft über Jahre hinweg.²⁸ 55 Prozent der ungewollt kinderlosen Frauen und 66 Prozent der ungewollt kinderlosen Männer ziehen allerdings gedanklich nicht in Erwägung, dass sie bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches auf die Hilfe der Reproduktionsmedizin angewiesen sein könnten.²⁹ Ein Grund dafür kann sein, dass die Wahrnehmung von Infertilität oft nur temporär in einer spezifischen Lebensphase besteht; so zeigen Panel-Studien, dass zu einem Zeitpunkt subjektiv infertile Frauen und Männer sich in späteren Jahren doch als fruchtbar einschätzen.³⁰

Trotz mehrjähriger erfolgloser Versuche, auf natürlichem Wege schwanger zu werden, lassen sich nur 17 Prozent der betroffenen Frauen und 6 Prozent der Männer untersuchen.³¹ D. h. die meisten Betroffenen unterlassen eine als endgültig empfundene medizinische Diagnose und verzichten darauf, konkrete Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten abklären zu lassen.³² Bei Männern ist die Zeugungsfähigkeit darüber hinaus oft eng mit dem eigenen Selbstbild verknüpft; zudem möchten sie die mit einer Ursachenklärung verbundenen körperlichen Untersuchungen vermeiden.³³ In Beziehungen werden Probleme bei der Kinderwunscherfüllung oft tabuisiert oder sogar als Gefahr für die Partnerschaft empfunden. Die Möglichkeit der eigenen Unfruchtbarkeit

wird von Männern wie Frauen als Stigma empfunden und daher lieber verdrängt.³⁴ Auch die Fokussierung der Sexualaufklärung auf Verhütungsfragen, nicht aber auf grundsätzliche Aspekte der menschlichen Fertilität wird für die Unsicherheit vieler Betroffener verantwortlich gemacht.³⁵

Hauptinformationsquellen für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch sind neben dem Gespräch mit der behandelnden Gynäkologin oder dem behandelnden Gynäkologen vor allem Gespräche mit Verwandten und Freunden sowie das Internet.³⁶ Diese Art der Information ist allerdings nicht immer zielgerichtet und umfassend. Viele Behandlungsmöglichkeiten bei ungewollter Kinderlosigkeit sind auch unter Betroffenen unbekannt.

Wenn eine Unfruchtbarkeit oder eingeschränkte Fruchtbarkeit ärztlich festgestellt wurde, entscheiden sich 39 Prozent der betroffenen Frauen und 33 Prozent der betroffenen Männer, Angebote der Reproduktionsmedizin zu nutzen.³⁷ Andere Handlungsoptionen stehen bei ihnen offensichtlich im Vordergrund: So gibt die Mehrheit ungewollt kinderloser Frauen wie Männer an, eher über alternative Heilmethoden oder eine Inlandsadoption nachzudenken als über die Hormonstimulation, In-Vitro-Fertilisation oder eine Insemination.³⁸ Insgesamt steigt die Bereitschaft, reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, bei ungewollt kinderlosen Frauen erst ab dem 40. Lebensjahr rapide an; betroffene Männer hingegen bleiben oft passiv und delegieren die Suche nach Informationen oder die Entscheidung zu einer künstlichen Befruchtung gern an ihre Partnerin.³⁹

²⁸ Wippermann, Repräsentativbefragung von 3049 kinderlosen Frauen und Männern im Alter zwischen 20 und 50 Jahren, davon 1002 ungewollt kinderlose Personen. S. 96.

²⁹ Ebd. S. 104 ff.

³⁰ Passet-Wittig, Jasmin/Bujard, Martin/McQuillan, Julia/Greil, Arthur L., Is perception of inability to procreate a temporal phenomenon? A longitudinal exploration of changes and determinants among women and men of reproductive age in Germany, *Advances in Life Course Research* 2020 [Doi 10.1016/j.alcr.2020.100339].

³¹ Ebd. S. 87.

³² Ebd. S. 88.

³³ Ebd. S. 87.

³⁴ Ebd. S. 87.

³⁵ Ebd. S. 107.

³⁶ Ebd. S. 151.

³⁷ Ebd. S. 121.

³⁸ Ebd. S. 123 ff.

³⁹ Ebd. S. 114.

Warum verhalten sich viele Paare so zurückhaltend gegenüber den Möglichkeiten der reproduktionsmedizinischen Unterstützung? Neben finanziellen Hürden ist es die Angst, die mit einer solchen Behandlung verbundenen emotionalen Belastungen und die eventuelle Erfolglosigkeit der Behandlung nicht zu verkraften (80 % der Männer und Frauen).⁴⁰ Grundlegende moralische Bedenken haben viele ebenfalls (42 %, davon 16 % starke Bedenken), aber sie spielen eine weniger ausschlaggebende Rolle.⁴¹ Die Sorge bezüglich der psychischen Folgen einer nicht erfolgreichen Behandlung besteht zu Recht. Ein unerfüllter Kinderwunsch kann die Betroffenen für einen bestimmten Zeitraum seelisch stark belasten.⁴² Dazu kommen die psychischen Nebenwirkungen durch die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Angebote: Die Mehrheit der Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung begonnen haben, geben an, sich dadurch stark emotional belastet gefühlt zu haben und diese Belastung vorher unterschätzt zu haben.⁴³ Insbesondere das Warten auf die Nachricht, ob ein Behandlungszyklus erfolgreich war, das Verkraften wiederholter erfolgloser Versuche sowie die grundsätzliche Entscheidung über die Beendigung der Behandlung bei Erfolglosigkeit wird von den Betroffenen als belastend empfunden. Eine Rolle mag dabei auch die allgemeine Überschätzung der Erfolge reproduktionsmedizinischer Behandlungen spielen. 43 Prozent der betroffenen Frauen berichten darüber hinaus über eine starke körperliche Belastung. Insgesamt sehen die Paare ihre Lebensqualität durch die Behand-

lung mitunter stark beeinträchtigt.⁴⁴

Der Großteil der Paare unterstützt sich gegenseitig, diese Belastungen zu ertragen.⁴⁵ Bei rund einem Drittel der Paare leidet die Partnerschaft allerdings erheblich während oder nach dem erfolglosen Abschluss einer Kinderwunschbehandlung.⁴⁶ Unterstützung im sozialen Umfeld suchen viele Betroffene nicht, da sie die erfolglose Behandlung als Stigma empfinden und nicht breit kommunizieren möchten.⁴⁷ Zu einer Trennung führt die belastende Behandlung allerdings nicht zwangsläufig: So liegt die Trennungsrate bei Kinderwunscha Paaren, deren Be-



Foto: © Adobe Stock

handlung erfolglos blieb, unter der von Paaren, die auf natürlichem Wege Kinder bekommen haben. Anscheinend führt eine gemeinsame Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches mitunter sogar zu einer Stärkung der Beziehung.⁴⁸ Wichtig, neben der eigenen Trauerarbeit, ist dabei die Entwicklung alternativer Lebensziele.

⁴⁰ Ebd. S. 136.

⁴¹ Ebd. S. 137.

⁴² Revermann, Christoph/Hüsing, Bärbel, Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen, Endbericht zum TA-Projekts des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, 2010, S. 147.; Mayer-Lewis, Birgit/Neumann, Regina, Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch (ifb-Materialien 1-2014), Universität Bamberg, S. 21.; Wischmann, Tewes/Thorn, Petra (Hrsg.), Kinderwunsch? Beratung! Perspektiven in der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland, Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, FamART 2018, S. 13.

⁴³ Wippermann, S. 125; Revermann/Hüsing, S. 151; Mayer-Lewis/Neumann, S. 20.

⁴⁴ Revermann/Hüsing, S. 148.

⁴⁵ Wippermann, S. 129.

⁴⁶ Ebd. S. 129.

⁴⁷ Ebd. S. 136 f.; Mayer-Lewis/Neumann, S. 20; Wischmann/Thorn, S. 20.

⁴⁸ Revermann/Hüsing, S. 148 f.

IV. Kindeswohl in der Reproduktionsmedizin



Die Verfahren der Reproduktionsmedizin eröffnen weitreichende Chancen bei der Erfüllung von Kinderwünschen. Zugleich können die in diesem Zusammenhang getroffenen Entscheidungen und angewandten Methoden einen erheblichen Einfluss auf die Rechte und Interessen der so gezeugten Kinder haben. Hierfür ist insbesondere zu klären, welche Bedeutung das Kindeswohl im Verhältnis zum Recht von Paaren auf Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren hat.

GRUNDLAGEN DES KINDESWOHLS

Unter Kindeswohl wird allgemein das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen einschließlich ihrer gesunden körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung verstanden. Dazu gehört auch die Befriedigung von Grundbedürfnissen des Kindes nach Liebe, Zuwendung, Geborgenheit sowie nach dauerhaft stabilen und zuverlässigen Bindungen und Beziehungen.

Als unbestimmter Rechtsbegriff findet sich das Kindeswohl im Grundgesetz (noch) nicht ausdrücklich wieder, wird aber indirekt aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Kindes nach Art. 2 Absatz 1 i. V. m. Art. 1 Absatz 1 GG hergeleitet. Das Kindeswohl gilt mittlerweile sowohl im nationalen Familienrecht wie auch im Kinder- und Jugendhilferecht als eindeutige Richtschnur elterlichen und staatlichen Handelns.

Auch durch internationale Abkommen wie die UN-Kinderrechtskonvention ist Deutschland an das Kindeswohl gebunden. Dabei dient hier der Begriff des Kindeswohls nicht nur dazu, die Schwelle zu definieren, ab der ein staatlicher Eingriff in das elterliche Erziehungsrecht geboten ist; vielmehr werden alle staatlichen Institutionen einschließlich des Gesetzgebers dazu verpflichtet, bei ihrem Handeln das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen und die für den Schutz des kindlichen Wohlergehens notwendigen Maßnahmen zu treffen.⁴⁹ Es handelt sich hier zwar um kein absolutes Recht, aber um ein mit Vorrang zu berücksichtigendes Interesse, hinter dem andere, gleichwertige Interessen – auch die der Eltern – im Zweifel zurückstehen müssen. Die Verpflichtung zur Beachtung des Kindeswohls ist damit nicht nur ein moralischer Appell, sondern eine Verpflichtung staatlicher Institutionen, das Wohlergehen jedes Kindes bei seinem Handeln zu gewährleisten und nicht zu gefährden.

KINDESWOHL ALS ENTSCHEIDUNGSMASSTAB

Traditioneller Kinderschutz i. S. staatlicher Wächterfunktion erreicht nur unzulänglich die relevante Handlungs- und Entscheidungsphase assistierter Zeugungen. Die aus dem „staatlichen Wächteramt“ (Artikel 6 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz) abgeleiteten Pflichten zum Schutz des Kindes beziehen sich grundsätzlich nur auf bereits existierende Kinder,

⁴⁹ Art. 3 Absatz 1 und 2 UN-Kinderrechtskonvention : (1) „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ (2) „Die Vertragsstaaten verpflichten sich, dem Kind unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten seiner Eltern, seines Vormunds oder anderer für das Kind gesetzlich verantwortlicher Personen den Schutz und die Fürsorge zu gewährleisten, die zu seinem Wohlergehen notwendig sind; zu diesem Zweck treffen sie alle geeigneten Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen.“
Art. 24 Absatz 2 EU-Grundrechte-Charta: (2) „Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher Stellen oder privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.“

deren Wohlergehen konkret bedroht ist. Im Zeitpunkt der Inanspruchnahme bestimmter reproduktionsmedizinischer Verfahren existiert das Kind hingegen (noch) nicht als Person. Dennoch werden je nach angewandter Methode mehr oder weniger kindeswohlrelevante Bedingungen für das Leben und Aufwachsen des späteren Kindes gesetzt. Konkret können dies sein:

- Verfahren, die seine genetische Abstammung betreffen und damit sein späteres Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung tangieren, mit allen damit zusammenhängenden psychosozialen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes;
- Verfahren, die medizinische Risiken im Hinblick auf Schwangerschaftskomplikationen und mögliche Beeinträchtigungen der Kindesentwicklungen mit sich bringen (erhöhtes Risiko von Frühgeburten, Mehrlingsschwangerschaften u. a.);
- Verfahren, die die rechtliche Zuordnung des Kindes zu den Eltern und damit seinen Anspruch auf elterliche Fürsorge nach Art. 6 Absatz 1 Satz 2 GG sowie weitere rechtliche Ansprüche (Unterhalt, Erbrecht) tangieren.

Die Berücksichtigung der späteren Interessen des Kindes ist im Kontext der Reproduktionsmedizin bisher ausschließlich vom Verhalten der beteiligten Akteure abhängig – von den Wunscheltern, den beteiligten Berufsgruppen, evtl. auch von Dritten als Keimzellspendern. Das Kind als eigenständiger Rechtsträger, das Ansprüche geltend machen kann, existiert (noch) nicht. Daher ist es zwingend, die rechtlich gebotenen Kindeswohlerwägungen entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention und der EU-Grundrechtecharta bereits vor Beginn der reproduktionsmedizinischen Behandlung ein-zubeziehen, weil eben in diesem Moment die für die Identitätsfindung und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes wesentlichen sozialen, sozialpsychologischen und

auch rechtlichen Bedingungen begründet werden. Der Gesetz- und Ordnungsgeber sowie die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind gehalten, diese Überlegungen in ihre Normgebung einzubinden. Eine systematische Auseinandersetzung mit Fragen des Kindeswohls, die im Rahmen einer künstlichen Befruchtung durch strukturelle und prozessuale Maßnahmen abgesichert ist, gibt es bislang nicht. Zudem ist die aktuelle Forschungslage in Bezug auf kindeswohlrelevante Aspekte unzureichend; Langzeituntersuchungen für Deutschland beispielsweise zum Einfluss bestimmter Verfahren wie Gametenspenden auf die Kindesentwicklung fehlen. Bisweilen werden kindesrechtliche Aspekte durch verklärte Darstellungen von Familie überlagert oder durch die Feststellung marginalisiert, dass es doch im Interesse des Kindes liege, dass es überhaupt existiere.



Foto: © Adobe Stock

Die Garantie der späteren Rechte und Interessen des zukünftigen Kindes erfordern ein verantwortliches Handeln aller Beteiligten, das prospektiv allen für das Kindeswohl relevanten sozialen, sozial-psychologischen und rechtlichen Aspekten Rechnung trägt. So wie bereits lebende Kinder aus ihren Grundrechten die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wie das Recht auf elterliche Sorge und (gewaltfreie) Erziehung, auf Identitätsentwicklung und altersgerechte Partizipation ableiten, muss auch das Kindes-

wohl im vorgeburtlichen Handeln Beachtung in der Rechtsordnung finden. Diese advokatorische Ethik⁵⁰ für Kinder und deren Lebensperspektiven im Sinne traditioneller evangelischer Verantwortungsethik prägt die in diesem Papier dargestellte Grundhaltung der eaf. Die eaf ist daher der Auffassung, dass das Kindeswohl positiv bestimmt werden muss und sich nicht lediglich in der Vermeidung elementarer Gefahr erschöpfen kann.⁵¹



Foto: © Adobe Stock

Das Bundesverfassungsgericht hat in einer Grundsatzentscheidung erklärt: „Das Kind ist ein Wesen mit eigener Menschenwürde und eigenem Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 GG.“⁵² Es ist damit nie nur Annex seiner Eltern oder Objekt von Wunschvorstellungen, sondern von Anfang an eigenständige Persönlichkeit und Träger von Rechten. Für bereits geborene Kinder bedeutet das, dass sie aufgrund ihrer individuellen Einzigartigkeit Anspruch auf Annahme, Achtung, Wertschätzung, Zuwendung, Schutz und Förderung haben. Im Sinne des vorwirkenden Grundrechtsschutzes nach Art. 1 Absatz 1 GG⁵³ muss dieser Grundgedanke auch für eine verantwortliche reproduktionsmedizinische Praxis Geltung haben, um so dem zu zeugenden Kind als späteren Grundrechtsträger einen ausreichenden Schutz seiner Persönlichkeitsrechte von Anfang an zu gewährleisten. An dieser Stelle ist es notwendig,

den Maßstab für diese besondere Verantwortung zu klären:

Zunächst ist unabdingbar, dass im Sinne des staatlichen Wächteramts Verfahren zu vermeiden sind, die nachgewiesen schwerwiegende Gefahren und Risiken für das Leben des Kindes und dessen gesunde Entwicklung implizieren. Insoweit ist allerdings anzuerkennen, dass entsprechende staatliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr mit Rücksicht auf das Elternrecht nur eine begrenzte Reichweite haben. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich erklärt, es gehöre „nicht zur Ausübung des Wächteramtes, gegen den Willen der Eltern für eine ‚bestmögliche‘ Förderung der Fähigkeiten des Kindes zu sorgen“⁵⁴. Das heißt insoweit für den Kontext der Reproduktionsmedizin, dass „Vorstellungen idealer Kindheit“ nicht zum Maßstab für gesetzliche Verbote zur Einschränkung von Fortpflanzungsfreiheit gemacht werden können.

Das Prinzip der „Verantwortung“ für die Gewährleistung adäquater Kindeswohlbedingungen ist jedoch durch einen Paradigmenwechsel sicherzustellen. Insoweit geht es nicht um konkret und individuell veranlassten Schutz von Kindeswohl, sondern um verantwortliches Handeln, das prospektiv den prospektiv für das Kindeswohl relevanten sozialen, sozialpsychologischen und rechtlichen Aspekten Rechnung trägt. Diese Verantwortung gilt in besonderer Weise in der „Herstellungsphase“ neuen menschlichen Lebens, das in vollem Umfang und in jeder Hinsicht auf advokatorisches, fremdnütziges Handeln und Rücksichtnehmen angewiesen ist. Dieser prospektiven Verantwortlichkeit im Sinne advokatorischer Ethik generell mit dem Argument zu begegnen, es sei paradox, das Werden eines Kindes mit Kindeswohlargumenten in Frage zu stellen, würde bedeuten, einem solchen Kind einen wesentlichen Teil an elementarem Persönlichkeitsschutz im Sinne

⁵⁰ vgl. Brumlik, Micha, Kindeswohl und advokatorische Ethik, EthikJournal 1. Jg., 2013, Ausgabe 2.

⁵¹ eaf: In Verantwortung für Kinder – Für einen Perspektivwechsel in der Familienpolitik!, Berlin 2017.

⁵² BVerfG, 29.7.1968 - 1 BvL 20/63; 1 BvL 31/66; 1 BvL 5/67.

⁵³ vgl. Jofer, Patricia, Regulierung der Reproduktionsmedizin: Fremdsamenspende, Ersatzmutterchaft und Umgang mit überzähligen Embryonen, Baden-Baden 2014, S. 174 f.

⁵⁴ BVerfG, Beschluss vom 19.11.2014 - 1 BvR 1178/14, Rn. 23.

eigener und gleicher Würde vorzuenthalten. Laut Bundesverfassungsgericht ist ein Kind von Anfang an „ein Wesen mit eigener Menschenwürde und eigenem Recht auf Entfaltung seiner eigenen Persönlichkeit.“⁵⁵ Wesentliche Merkmale hierfür werden im Kontext assistierter Fortpflanzung bestimmt. Schon in dieser Phase werden die für die Identitätsfindung und Persönlichkeitsentwicklung wesentlichen sozialen, sozialpsychologischen und rechtlichen Bedingungen fixiert. Damit entsteht die Pflicht der Beteiligten, Belastungsfaktoren für die körperliche, emotionale und kognitive Entwicklung möglichst von vornherein zu vermeiden.

Advokatorische Verantwortung orientiert sich primär nicht an dem, was zu beachten bzw. zu vermeiden ist, um eine schwerwiegende Gefährdung abzuwenden, so wie es für das staatliche Wächteramt gilt. Es geht hier nicht um staatliche Restriktionen und Intervention, sondern um die persönliche Übernahme von Verantwortung für die Gewährleistung

ausreichend guter Bedingungen. Öffentliche Verantwortung manifestiert sich auf dieser Ebene nicht zuallererst als „Verbot, sondern als Hilfestellungen bei der Suche nach Orientierungen und selbstbestimmten Entscheidungen für potentielle Eltern. Diese müssen durch die Gewährleistung qualifizierter, niedrigschwelliger Angebote sozialpsychologischer Beratung ermöglicht werden. Andere europäische Länder haben diesen Grundgedanken der Beachtung des Kindeswohls bereits in ihre Gesetze zur Reproduktionsmedizin aufgenommen.⁵⁶

Ungeachtet der Art der Zeugung und Austragung haben Kinder ein unbedingtes Recht auf Anerkennung und rechtliche Zuordnung. Daher darf die Nutzung bestimmter reproduktionsmedizinischer Verfahren keine Relevanz für das Recht auf bedingungslose und uneingeschränkte Anerkennung geborenen Lebens haben. Das Infragestellen bestimmter Verfahren aus Kindeswohlperspektive bezieht sich ausschließlich auf die Methodik selbst, nicht jedoch auf die Existenz eines mittels solcher Methoden gezeugten Kindes.



Foto: © Adobe Stock

⁵⁵ BVerfG, 29.7.1968 - 1 BvL 20/63; 1 BvL 31/66; 1 BvL 5/67.

⁵⁶ Großbritannien: Sect. 13 (5) des Human Fertilisation and Embryology Act 1990 "A woman shall not be provided with treatment services unless account has been taken of the welfare of any child who may be born as a result of the treatment (including the need of that child for supportive parenting), and of any other child who may be affected by the birth."; Schweiz: Art. 3 Satz 1 Fortpflanzungsmedizingesetz "Fortpflanzungsverfahren dürfen nur angewendet werden, wenn das Kindeswohl gewährleistet ist." schwächer Österreich: § 2 Absatz 3 Fortpflanzungsmedizingesetz "(3) Wenn nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung mehrere aussichtsreiche und zumutbare Methoden zur Auswahl stehen, darf zunächst nur diejenige angewendet werden, die mit geringeren gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gefahren für die beteiligten Personen verbunden ist und bei der weniger entwicklungsfähige Zellen entstehen. Das Kindeswohl ist dabei zu berücksichtigen."

KINDESWOHL UND REPRODUKTIVE RECHTE DER ELTERN

Der Kinderwunsch eines Menschen gilt als ein wesentlicher Teil des Persönlichkeitsrechts und der personalen Identität. Dieses Recht wird als Teil des Persönlichkeitsrechtes aus Artikel 2 Absatz 1 i. V. m. Artikel 1 Absatz 1 GG abgeleitet und beinhaltet die Freiheit insbesondere von Frauen, darüber zu entscheiden, ob überhaupt, wann, und mit wem sie ein Kind haben und großziehen möchten. Dazu gehören neben der freien Partnerwahl und der Selbstbestimmung über den eigenen Körper der Schutz vor staatlich verordneter Sterilisation sowie das grundsätzliche Recht zu einem Schwangerschaftsabbruch. Die Grundlage für diese Rechtsauslegung bilden die UN-Menschenrechtscharta, die in Artikel 16 Absatz 1 das „Recht zu heiraten und eine Familie zu gründen“ enthält, sowie entsprechende Bestimmungen in den später völkerrechtlich verbindlichen Menschenrechtspakten, insbesondere im sog. Frauenrechtsabkommen (CEDAW) von 1979. Da heißt „reproduktive Freiheit“ in Artikel 16 Absatz 1 nun ungeachtet ihres Familienstandes u. a. ausdrücklich: „gleiches Recht auf verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den für die Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und (Verhütungs)-Mitteln.“

Diese Freiheit wurde bisher als negatives Freiheitsrecht verstanden, d. h. als ein Abwehrrecht gegen staatliche Einmischung bei sehr persönlichen Entscheidungen der Reproduktion. In der neueren juristischen Literatur wird diese Freiheit zur Verwirklichung eines Kinderwunsches jedoch zunehmend als positives Recht auf Reproduktionsfreiheit interpretiert.⁵⁷ Andere wiederum stützen die Begründung für die Freiheit zur Reproduktion einschließlich der

Nutzung medizinisch assistierter Verfahren auf die Familiengründungsfreiheit nach Art. 6 Absatz 1 GG, die auch die Einbeziehung Dritter wie Eizellspenderinnen und Leihmütter umfasse und deren Einschränkung gegenüber anderen Rechtsgütern begründungsbedürftig sei.⁵⁸ Eine Auslegung der Reproduktionsfreiheit in diesem Sinne berührt jedoch einen anderen Sachverhalt, zumal dann, wenn Wunschertern zur Verwirklichung ihres Kinderwunsches auf die Mitwirkung Dritter durch Keimzellspenden oder das Austragen einer Schwangerschaft angewiesen sind und dies darüber hinaus mit dem Rechtsanspruch auf sozialstaatliche Leistungen verknüpft werden kann. Reproduktive Autonomie liefert so ein Argument für die Deregulierung (und Kommerzialisierung) der Reproduktionsmedizin und dient der Begründung eines Rechts auf die Inanspruchnahme ethisch umstrittener Verfahren.⁵⁹

Im Diskurs um reproduktive Rechte von Eltern ist damit in den letzten Jahren ein bemerkenswerter Paradigmenwechsel erkennbar: Von einem Abwehrrecht gegen staatliche Einmischung in private – zumeist Frauen betreffende – Entscheidungen hin zu einem scheinbaren „Anspruchsrecht“ auf ein Kind. Die Wahrnehmung reproduktiver Autonomie ist jedoch zuvorderst eine Frage elterlicher Verantwortung und dient nicht der Garantie persönlicher Freiheitsrechte. Dies kann in letzter Konsequenz auch einen Verzicht auf die Nutzung bestimmter Verfahren beinhalten, wenn diese das Wohl und die Würde des späteren Kindes gefährden.

Die sich verändernde Bewertung reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten und die zunehmend im Recht vorherrschende liberale Betrachtung der verschiedensten Fortpflanzungspraktiken als Ausdruck von Wahlfreiheit und des Rechts auf Selbstbestimmung sind auch Folge der Akzeptanz von vielfälti-

⁵⁷ Vgl. Jofer, S. 162 f. m. w. N.

⁵⁸ So Brosius-Gersdorf, Frauke in: Dreier, GG-Kommentar, 3. Auflage, 2013, Art. 6 Rn. 117.

⁵⁹ Ebd.

gen Formen privater Lebensentwürfe. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit das Konzept reproduktiver Freiheit an rechtsethische Grenzen stößt. Auch wenn die Freiheit zur Verwirklichung eines Kinderwunsches als wesentlicher Teil des Persönlichkeitsrechts und personaler Identität anzuerkennen und zu schützen ist, bleibt die Praxis medizinisch assistierter Reproduktion kein ausschließlich individuelles Unterfangen oder ein lediglich biologischer Vorgang.

auf ein Kind mit bestimmten Eigenschaften – ganz abgesehen davon, dass auch die modernste Medizintechnik die Verwirklichung eines Kinderwunsches bisher nicht garantieren kann. Diese Freiheit konkurriert nicht mit der Autonomie des Kindes, sondern wird durch Letztere erst inhaltlich bestimmt. Der Treuhandcharakter und die Pflichtbindung des Elternrechts aus Art. 6 Absatz 2 Satz 1 GG können nicht erst im Zeitpunkt der Existenz des Kindes be-



Foto: © Adobe Stock

Vielmehr ist sie in ein Netz sozialer und emotionaler Bezüge eingebettet – des Partners/der Partnerin, der Eizellspenderin bzw. des Samenspenders, der Leihmutter und nicht zuletzt des erwünschten Kindes. Deshalb kann sich Autonomie in demokratischen, rechtsstaatlichen Verhältnissen niemals grenzenlos behaupten, sondern immer nur relational und sozial in Anerkennung gleicher Freiheiten der anderen und der Verantwortung für andere verstanden werden.⁶⁰

Das Recht auf reproduktive Autonomie zur Verwirklichung des Kinderwunsches kann niemals absolut gesetzt sein, sondern muss in Abwägung mit den Rechten und Interessen aller Beteiligten einschließlich der so gezeugten Kinder wahrgenommen werden. Denn als subjektiver Anspruch auf bestimmte Leistungen ist die Reproduktionsfreiheit ebenso wenig zu begründen wie das Recht auf ein Kind, gar

ginnen; vielmehr muss sich dieser Grundgedanke auch schon auf die Phase auswirken, in der vor der Zeugung von den Eltern bewusst grundlegende Entscheidungen getroffen werden, die Einfluss auf die späteren Rechte oder Interessen des Kindes haben. Dies gilt auch und gerade für Verfahren wie beispielsweise die Embryonenadoptionen, die ein erst entstehendes Kind zum Gegenstand haben. Wenn kommerzielle Interessen der Leistungserbringer in den Vordergrund treten, beeinträchtigt dies nicht nur die autonome Entscheidung von Kinderwunsch-Paaren, sondern gefährdet auch die Menschenwürde der zukünftigen Kinder, indem sie zu einem handelbaren „Produkt“ werden. Das aktuelle Verbot des Embryonenhandels in § 2 Embryonenschutzgesetz (ESchG) gewährleistet diesen Würdeschutz; seine umfassende Durchsetzung liegt in der Verantwortung der staatlichen Akteure.

⁶⁰ Vgl. Wapler, Friederike/Röthel, Anne/Flügge, Sibylla in: Baer, Susanne/Sacksofsky, Ute, Autonomie im Recht – geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden 2018, S. 185-213; 215-227; 239-249.

V. Grundlagen, Chancen und Risiken reproduktionsmedizinischer Behandlungen in Deutschland



RECHTLICHE UND STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR REPRODUKTIONSMEDIZINISCHE BEHANDLUNGEN IN DEUTSCHLAND

Die rechtlichen Grundlagen für reproduktionsmedizinische Behandlungen in Deutschland sind stark zersplittert und für Laien kaum zu überblicken. Eine zentrale Grundlage ist das Embryonenschutzgesetz (ESchG), das als Strafgesetz konzipiert ist und das Ziel hatte, die missbräuchliche Anwendung neuer Fortpflanzungstechniken beim Menschen zu unterbinden. Es setzt damit nur rechtliche Grenzen für die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden, gilt allerdings seit Jahren als lückenhaft und technisch veraltet. Das Embryonenschutzgesetz enthält keinerlei Verfahrens- oder Qualitätsvorgaben und entspricht deshalb nur einer rudimentären reproduktionsmedizinischen Regulierung. Weitere öffentlich-rechtliche Regelungen der Reproduktionsmedizin finden sich in geweberechtlichen Vorschriften (Transplantationsgesetz, Arzneimittelgesetz einschließlich Rechtsverordnungen) sowie im besonderen Medizinrecht (Samenspenderegistergesetz, Gendiagnostikgesetz). Das Bürgerliche Gesetzbuch sieht nur vereinzelt abstammungsrechtliche Vorgaben für Kinder vor, die mittels Reproduktionsmedizin geboren werden. Gerade das Abstammungsrecht erweist sich allerdings seit Jahren als lückenhaft, weil es bestimmte Konstellationen (Elternschaft bei gleichgeschlechtlichen Paaren, Anerkennung von per Leihmutterchaft im Ausland geborenen Kindern) nicht erfasst. Regelungen zur Kostenübernahme für reproduktionsmedizinische Behandlungen finden sich zum einen in Verwaltungsvorschriften

des Bundesfamilienministeriums sowie landesrechtlichen Vorschriften. Die Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt, das durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf Qualitäts- und Sicherheitsaspekte weiter konkretisiert wird. Weitere Qualitätsvorgaben für reproduktionsmedizinische Behandlungen finden sich in Richtlinien der Bundesärztekammer sowie im ärztlichen Berufsrecht der Länder, das mitunter aber von Bundesland zu Bundesland verschieden ist.

Anregungen, die Vielzahl der Vorschriften in einem Fortpflanzungsmedizingesetz zusammen zu führen, um eine kongruente und umfassende rechtliche Regulierung für reproduktionsmedizinische Behandlungen zu schaffen,⁶¹ sind bislang vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen worden. Die Gesetzgebungskompetenz dafür liegt nach Art. 74 Absatz 1 Nr. 26 GG beim Bund. Aus Sicht der eaf ist die derzeitige Rechtslage sehr unbefriedigend. Eine umfassende Regelung aller die Reproduktionsmedizin betreffenden Aspekte in einem Fortpflanzungsmedizingesetz ist dringend angezeigt.

In Deutschland gibt es derzeit 134 reproduktionsmedizinische Einrichtungen, die Kinderwunschbehandlungen anbieten. Waren früher viele an Universitätskliniken verortet, handelt es sich heute bei den meisten um niedergelassene Privatpraxen und -einrichtungen. Für Techniken, die in Deutschland gesetzlich untersagt sind, greifen einige Paare auf Angebote im Ausland zurück. Oft handelt es sich dabei um ältere Paare, die in Deutschland für eine repro-

⁶¹ Zuletzt beispielsweise mit sehr weitgehenden Vorschlägen: Beier, Henning Martin/Bujard, Martin et al., Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland, Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina), 2017.

duktionsmedizinische Behandlung nicht mehr in Frage kämen oder mit den angebotenen Verfahren keinen Erfolg hatten.⁶² Aber auch geringere Behandlungskosten oder der Wunsch nach einer anonymen Samen- bzw. Eizellspende spielen dabei eine Rolle⁶³. Zielländer sind insbesondere Spanien und die Tschechische Republik. Ausländische Einrichtungen informieren mit Internetauftritten und auf Kinderwunschmessen hierzulande über die von ihnen angebotenen Behandlungen und werben gezielt um deutsche Kundinnen und Kunden.



Foto: © Adobe Stock

Auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen dürfen reproduktionsmedizinische Behandlungen nur von dafür nach § 121a SGB V zugelassenen Einrichtungen im Inland erbracht werden. Zuständig für die Zulassung sind die Landesbehörden, die auch die Möglichkeit haben, die Zahl dieser Einrichtungen zu begrenzen. Voraussetzung für eine Zulassung ist die Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben. Die Überwachung der Einhaltung der Qualitätsstandards ist

Aufgabe der zuständigen Landesbehörden; einige der Einrichtungen nehmen zusätzlich an privaten Qualitätsmanagement-Systemen teil.

Ein staatliches Register, das reproduktionsmedizinische Behandlungen in Deutschland erfasst und repräsentative Aussagen über die Qualität der Behandlungen geben kann, gibt es bislang nicht. Das Deutsche IVF-Register ist eine privatrechtliche Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. und weiterer Fachgesellschaften, das sich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden finanziert und in dem die meisten, aber nicht alle reproduktionsmedizinischen Zentren erfasst sind. Die Auswertung der Daten erfolgt also auf Initiative der Zentren selbst; eine öffentlich zugängliche, einrichtungsbezogene Auswertung gibt es ebenso wenig wie eine durchgängige prospektive Erfassung von Daten.⁶⁴ Zudem werden Daten zu bestimmten Methoden (reine Inseminationen, Kryokonservierungen, Embryonenspenden) nicht erfasst.

Auch beteiligen sich die meisten Einrichtungen kaum an Forschungsvorhaben im Bereich der Reproduktionsmedizin, was die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Reproduktionsmedizin in Deutschland ebenfalls beeinträchtigt.⁶⁵ Aus Sicht der eaf ist die Einführung eines staatlichen Registers, das die Tätigkeit aller reproduktionsmedizinischen Einrichtungen erfasst und die Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung aufarbeitet, unerlässlich. Mit der Errichtung eines solchen Registers sollte eine stärkere Förderung unabhängiger Forschung zu den medizinischen Chancen und Risiken einzelner Verfahren sowie ihren psychischen und sozialen Folgen für die Beteiligten verbunden sein.

⁶² Taz vom 23.3.2017: „Für die Eizellspende ins Ausland“, <https://taz.de/Transnationaler-Reproduktionstourismus/!5391807/>, abgerufen am 12.12.2019.

⁶³ Thorn, Petra, Expertise Reproduktives Reisen (hrsg. vom pro familia Bundesverband), Frankfurt/Main 2008, S. 9.

⁶⁴ Leopoldina 2019, S. 97.

⁶⁵ Leopoldina 2019, S. 96.

FINANZIERUNG REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER BEHANDLUNGEN

Grundsätzlich sind Kinderwunschbehandlungen in Deutschland zum großen Teil Selbstzahlerleistungen, d. h. die betroffenen Paare haben sie aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Feste Preise für bestimmte Behandlungen gibt es nicht; die Zentren sind in ihrer Preisgestaltung frei, was erhebliche finanzielle Interessen dieser Anbieter an der Nutzung bestimmter Verfahren zur Folge hat. Die Kosten für eine künstliche Befruchtung einschließlich Hormonstimulation liegen pro Zyklus bei mehreren Tausend Euro; reine Inseminationen sind deutlich preiswerter und liegen im niedrigen dreistelligen Bereich.⁶⁶

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nach § 27a SGB V unter bestimmten Bedingungen einen Anteil der Kosten. Wenn das Paar verheiratet sowie die Behandlung medizinisch indiziert ist, das Paar bestimmte Altersgrenzen nicht überschritten hat und die Befruchtung nicht mittels Samenspende erfolgt, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen 50 Prozent der Kosten des/der Versicherten für drei Behandlungszyklen.⁶⁷ Einige dieser Voraussetzungen wie beispielsweise die Ehelichkeit gelten mittlerweile allerdings als stark umstritten. Auch aus Sicht der eaf ist hier eine Gesetzesreform überfällig, die nichtverheiratete Lebensgemeinschaften mit einbezieht, die einer der Ehe vergleichbare Stabilität⁶⁸ aufweisen. Auch gibt es aus Sicht der eaf keinen Grund, Kinderwunschpaare, die auf eine Samenspende angewiesen sind, von einer Förderung auszuschließen. Dies betrifft auch lesbische Paare.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist des Weiteren, dass die Behandlung in einer nach § 121a

SGB V zugelassenen Einrichtung und nach einer unabhängigen ärztlichen Beratung erfolgt. Im Falle einer schweren Erkrankung, die die Fruchtbarkeit der/des Betroffenen beeinträchtigen kann, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen zudem die vollen Kosten für die Kryokonservierung von Keimzellen oder Keimzellgeweben. Die privaten Krankenkassen zahlen meist die Gesamtkosten der Behandlung für beide Partner, allerdings nur, wenn der Grund der künstlichen Befruchtung bei ihrem Versicherten liegt. Die Voraussetzungen des § 27a SGB V (Ehe, homologe Befruchtung u. a.) müssen nicht erfüllt sein; die Finanzierung liegt als Einzelfallentscheidung im



Foto: © Adobe Stock

Ermessen der jeweiligen Krankenkasse und kann auch tariflich eingeschränkt oder ausgeschlossen werden. Auch Auslandsbehandlungen werden von diesen Kassen u. U. übernommen, soweit dabei keine in Deutschland verbotenen Verfahren verwendet werden. Zudem können Kinderwunschpaare in bestimmten Bundesländern einen staatlichen Zuschuss von Bund und Land zu ihrer Behandlung in Anspruch nehmen:

⁶⁶ Die Kosten für eine herkömmliche In-vitro-Fertilisation (IVF) lagen im Jahr 2019 im Durchschnitt bei 3.000 Euro pro Zyklus, die einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) bei 3.600 Euro pro Zyklus. Dazu kommen die allgemeinen Behandlungskosten sowie die Kosten für die vorausgehende Hormonstimulation der Frau (rund 1.000 Euro pro Zyklus). Reine Inseminationen kosten rund 200 Euro.

⁶⁷ Einige gesetzliche Kassen zahlen auf freiwilliger Basis als sog. Satzungsleistung auch mehr Behandlungszyklen bzw. einen höheren Kostenanteil.

⁶⁸ Zum Begriff der Stabilität vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 26.3.2019, Az. 1 BvR 673/17.

Der Bund übernimmt 25 Prozent des verbleibenden Eigenanteils, wenn das Bundesland, in dem das Paar seinen Wohnsitz hat, ebenfalls einen Zuschuss zu den Behandlungskosten zahlt. Bislang wird dieser Zuschuss von neun der 16 Bundesländer angeboten.⁶⁹ Im Unterschied zur Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen steht diese Förderung auch nicht verheirateten Paaren offen und wird für vier Behandlungszyklen gezahlt. Die Paare haben allerdings keinen Rechtsanspruch auf die Förderung; sie wird vielmehr nur im Rahmen vorhandener Haushaltsmittel übernommen. Die eaf sieht die Ungleichbehandlung von Kinderwunschpaaren bei der Bundesförderung je nach Wohnort kritisch und spricht sich dafür aus, den Anspruch auf anteilige Kostenübernahme durch den Bund davon unabhängig zu machen, ob das jeweilige Land ebenfalls einen Zuschuss zahlt.

PROBLEME REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER BEHANDLUNG

Reproduktionsmedizinische Behandlungen in Deutschland umfassen eine Vielzahl medizinischer Verfahren und Methoden, mittels derer eine Schwangerschaft herbeigeführt werden soll. Reine Inseminationen, d. h. das künstliche Einbringen von Samen in die Gebärmutter bzw. den Genitaltrakt der Frau, müssen nicht zwingend in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum erfolgen. Andere Verfahren sind aufwendiger: Bei künstlichen Befruchtungen in reproduktionsmedizinischen Zentren wird die beteiligte Frau zunächst hormonell so stimuliert, dass mehrere Eizellen gleichzeitig heranreifen. Diese Eizellen werden dann mittels Punktion entnommen. Pro Stimulation sind dies im Durchschnitt rund 10 Eizellen.⁷⁰ Die Befruchtung der Eizellen erfolgt im Labor. Im Rahmen einer reinen In-vitro-

Fertilisation (IVF) werden Ei- und Samenzelle in einer Nährflüssigkeit zusammengeführt, das Eindringen der Samenzellen erfolgt allerdings auf natürlichem Weg. Bei einer sogenannten Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) wird das Spermium mittels einer feinen Nadel direkt in die Eizelle eingeführt und so die Verschmelzung unterstützt. Dies ist mittlerweile die bei künstlichen Be-



Foto: © Adobe Stock

fruchtungen übliche Methode; sie wird in fast drei Viertel aller Fälle angewandt.⁷¹ Der hohe Anteil kann allerdings in Teilen auch finanziell motiviert sein, da diese Methode zumindest dann keinen Ergebnisvorteil bringt, wenn der medizinische Grund für die Behandlung ausschließlich bei der Frau liegt.⁷² Dies ist aber in mehr als der Hälfte der Behandlungen der Fall.⁷³

⁶⁹ Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen.

⁷⁰ D-I-R-Jahrbuch 2018, S. 26.

⁷¹ D-I-R-Jahrbuch 2018, S. 28.

⁷² Leopoldina, 2019, S. 51.

⁷³ Bei den Paaren, die eine künstliche Befruchtung vornehmen lassen, liegt in 55 Prozent der Fälle die Ursache bei der Frau, in 30 Prozent der Fälle beim Mann. In 15 Prozent der Fälle bleibt die Ursache gänzlich unklar; vgl. Leopoldina, 2019, S. 21.

Im Jahr 2017 wurden in den deutschen reproduktionsmedizinischen Zentren, die Daten an das Deutsche IVF-Register (DIR) liefern, 109.779 Behandlungszyklen durchgeführt. Die Schwangerschaftsrate lag bei der Verwendung frisch gewonnener Eizellen bei rund 31 Prozent, bei der Verwendung kryokonserverter Eizellen bei 26 Prozent. Allerdings ist diese Erfolgsrate stark vom Alter der Frau abhängig: Sind bei unter 30-jährigen Frauen rund 40 Prozent bereits nach einer Übertragung schwanger, sinkt die Erfolgsrate bei Frauen spätestens ab 40 Jahren stark unter den Durchschnitt. Bei Frauen ab 43 liegt sie nur noch bei ca. 15 Prozent, gleichzeitig verdoppelt sich das Risiko, im Nachhinein eine Fehlgeburt zu erleiden, auf 30 bis 40 Prozent. Dies führt dazu, dass nur rund 8 bis 9 Prozent der Frauen ab 42 Jahren, die eine künstliche Befruchtung vornehmen lassen, noch ein Kind bekommen. Auch wenn die Erfolgsraten künstlicher Befruchtungen bei älteren Frauen in den letzten Jahren leicht gestiegen sind, sinken sie bereits ab einem Alter von 35 Jahren stark ab. Dabei spielen auch die Zentrumsgröße, d. h. die Fallzahlen des Zentrums und die Erfahrung der beteiligten Fachkräfte eine Rolle; in größeren Zentren liegt die Geburtenrate pro Transfer um fast 10 Prozent höher als in kleineren Zentren.⁷⁴

Künstliche Befruchtungen gehen mit gewissen medizinischen Risiken und in vielen Fällen auch mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen insbesondere für die beteiligten Frauen einher. Zum einen kommt es bei der hormonellen Stimulation in 0,2 Prozent der Fälle zu einer schweren Überstimulation, die stationär behandelt werden muss; leichte Überstimulationen, die das Wohlbefinden der Frau beeinträchtigen, sind wesentlich häufiger. Zum anderen kommt es in 1,1 Prozent der Fälle bei der

Punktion der Eizellen zu Komplikationen (in der Regel Blutungen im Bauchraum). Auch bei einer eintretenden Schwangerschaft zeigt sich bei künstlichen Befruchtungen eine leicht erhöhte Rate an ernsthaften Schwangerschaftskomplikationen, für die neben Vorerkrankungen der Paare auch die vorausgehende hormonelle Stimulation verantwortlich gemacht wird.⁷⁵ Künstliche Befruchtungen gehen zudem mit einem höheren Risiko für Frühgeburten einher: So wurden im Jahr 2016 8,6 Prozent aller Kinder vor der 33. Schwangerschaftswoche geboren, bei künstlichen Befruchtungen lag der Anteil bei 12 Prozent. Bei Zwillingsschwangerschaften ist der Unterschied mit 30 Prozent zu 58 Prozent sogar noch deutlicher.⁷⁶ Rund jede fünfte künstliche Befruchtung hat eine Mehrlingsschwangerschaft zur Folge; die Rate ist in Deutschland doppelt so hoch wie in anderen europäischen Ländern.⁷⁷ Dies hat erhebliche Folgen, denn grundsätzlich ist die neonatale Sterblichkeit von Zwillingen um das Siebenfache, die von Drillingen um das 20-fache höher gegenüber bei Einlingschwangerschaften.⁷⁸

Inwieweit einzelne Verfahren der künstlichen Befruchtung und dabei eingesetzte Materialien oder Substanzen die Entwicklung der entstehenden Embryonen beeinflussen oder gar beeinträchtigen können, muss weiter erforscht werden. Es gibt Hinweise auf eine leicht erhöhte Fehlbildungsrate bei Kindern, die mittels ICSI gezeugt wurden, ebenso wie eine erhöhte Rate bestimmter Erkrankungen im späteren Leben.⁷⁹ Dies macht deutlich, wie wichtig weitere systematische Langzeitstudien zu der Frage sind, inwieweit solche Fehlbildungen und Erkrankungen auf bestimmte Techniken zurückzuführen sind.⁸⁰

⁷⁴ Deutsches IVF-Register (D-I-R) e. V., Jahrbuch 2017, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 15. Jahrgang 2018, Sonderheft 1/2018, S. 21.

⁷⁵ Leopoldina, 2019, S. 50.

⁷⁶ D-I-R-Jahrbuch 2017; ÄrzteZeitung vom 17.11.2017: „Bei der Anzahl der Frühchen sieht Deutschland alt aus“, <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Bei-der-Anzahl-der-Fruehchen-sieht-Deutschland-alt-aus-298384.html>, abgerufen am 12.12.2019.

⁷⁷ D-I-R-Jahrbuch 2017, S. 9.

⁷⁸ Leopoldina, 2019, S. 52.

⁷⁹ Leopoldina, 2019, S. 50.

⁸⁰ Leopoldina, 2019, S. 96.

Angesichts des erheblichen Mangels an Forschung zur Folgenabschätzung reproduktionsmedizinischer Verfahren auf die beteiligten Personen, insbesondere auf die so entstehenden Kinder, muss grundsätzlich geklärt werden, welches Prinzip im Falle von Ungewissheit zu gelten hat, wenn nicht ausgeschlossen ist, dass ein bestimmtes Verfahren typischerweise mit nachhaltigen Risiken schwerwiegender Beeinträchtigungen für das Kindeswohl verbunden ist.

Die reproduktionsmedizinische Praxis sieht ihr Handeln gerechtfertigt, solange eventuelle Risiken nicht eindeutig empirisch belegt sind, trägt aber selbst kaum zur Beseitigung von Forschungsdefiziten bei. Aus diesem Grund bringt eine solche Verkehrung von Begründungspflicht die zu schützenden Rechte der beteiligten Personen, insbesondere die der Kinder, systematisch ins Hintertreffen. Die entsprechende juristische Argumentation, nur „evidenzbasierte

Belege“ typischer Risiken als regelungsrelevant anzusehen, übersieht die prinzipiell notwendige Unterscheidung zwischen Legitimation einerseits und Verantwortung andererseits mit jeweils unterschiedlichen Anforderungen an Evidenz. Die Rechtfertigung von Restriktionen und Sanktionen verlangt nach Ansicht der eaf damit einen zu hohen Grad an Gewissheit in Bezug auf das Bestehen von Risiken, der für verantwortliches Handeln im Interesse von Wohlergehen betroffener Personen so nicht gelten kann. Es gehört geradezu zum Wesen dieser Verantwortung, adäquat auf Fragen, Zweifel und Unsicherheiten einzugehen. Dies erfordert eine Art von „Beweislastumkehr“, um ethischer Verantwortung gerecht zu werden: Es müssen wissenschaftlich gesicherte Folgeabschätzungen vorliegen, die belegen, dass es *keine* schwerwiegenden Belastungen für Mutter und/oder Kind bzw. beteiligte Dritte gibt.



Foto: © Adobe Stock

VI. Bewertung einzelner reproduktionsmedizinischer Verfahren



Neben den medizinischen Risiken künstlicher Befruchtungen gibt es immer wieder Debatten über die ethischen Implikationen, die einzelne Techniken mit sich bringen. Oft geht es dabei um Techniken, die bislang in Deutschland ausdrücklich verboten sind oder sich in einem rechtlichen Graubereich bewegen. Aber auch bei etablierten Techniken wird bisweilen eine ergänzende Regulierung notwendig.

EMBRYONENSPENDE

Bei künstlichen Befruchtungen werden oft mehr Eizellen entnommen und befruchtet, als der Frau in einem einzigen Zyklus wieder eingesetzt werden können. Rechtlich ist dies eigentlich nicht vorgesehen: Der Gesetzgeber hat im Embryonenschutzgesetz festgelegt, dass bei einer künstlichen Befruchtung pro Zyklus nicht mehr Eizellen künstlich befruchtet als übertragen werden dürfen; die Zahl der pro Zyklus zu übertragenden Embryonen ist auf drei begrenzt (§ 1 Abs.1 Nr. 3 und 5 ESchG). In der Praxis wird diese sog. „Dreierregel“ jedoch umgangen. So wird es von der Reproduktionsmedizin als rechtlich zulässig angesehen, zunächst einmal so viele Eizellen in vitro zu befruchten, wie nach Einschätzung der beteiligten Mediziner nötig sein werden, um drei einsetzungsfähige Embryonen zu erzeugen. Da die „Verlustquote“ allerdings nicht immer sicher abgeschätzt werden kann, entstehen so häufig überzählige Embryonen, die kryokonserviert und bei weiteren Befruchtungsversuchen aufgetaut und eingesetzt werden können.⁸¹ Zudem werden auch bereits mit Sa-

menzellen imprägnierte Eizellen kryokonserviert, da sie rechtlich aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Befruchtungsvorgangs ebenfalls nicht unter die „Dreierregel“ fallen. Dieses Vorgehen dient auch den beteiligten Frauen, die so nicht bei jedem Befruchtungszyklus erneut hormonell stimuliert werden müssen. Erfüllt sich der Kinderwunsch des Paares bereits bei einem frühen Versuch, werden die weiteren eingelagerten Eizellen bzw. Embryonen nicht mehr benötigt. Der Umgang mit diesen „überzähligen“ Embryonen ist im deutschen Recht nicht ausdrücklich geregelt. Wie viele dieser „überzähligen“ Embryonen in deutschen IVF-Zentren lagern, ist ebenfalls nicht bekannt.

In Deutschland vermitteln nach derzeitigem Stand 19 in einem Netzwerk organisierte reproduktionsmedizinische Zentren genetisch fremde Embryonen an Kinderwunschaare. Nach eigenen Angaben sind auf diesem Weg bislang 160 Embryonen vermittelt und daraus 37 Kinder geboren worden.⁸² Die Kriterien für die Vermittlung (z. B. keine Paare, die bereits Kinder haben oder bestimmte Altersgrenzen überschritten haben) werden von dem Netzwerk selbst gesetzt;⁸³ eine Prüfung des Kindeswohls findet nicht statt. Ein rechtlich geregeltes und transparentes Vermittlungsverfahren existiert bislang ebenso wenig wie eine zentrale Dokumentation und ein Mechanismus, mit dem die so geborenen Kinder ihr Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung geltend machen können. Die Spende ist anonym, so dass unklar

⁸¹ Deutscher Ethikrat, Embryospende, Embryoadooption und elterliche Verantwortung, Stellungnahme vom 22.3.2016, Berlin, S. 11.

⁸² BT-Drs. 19/13269.

⁸³ <https://www.netzwerk-embryonenspende.de/verfahren/verfahren.html>; abgerufen am 14.10.2019.

bleibt, ob die geborenen Kinder später ihre genetischen Eltern kennen lernen können.⁸⁴

Bislang erfolgen Embryonenspenden von Seiten der genetischen Eltern unentgeltlich. Reproduktionsmedizinische Zentren haben ein finanzielles Interesse an der Durchführung, da sie eine weitere Behandlungsmöglichkeit für Paare schafft, bei denen alternative Verfahren der künstlichen Befruchtung bislang erfolglos blieben. In einer Befragung ungewollt kinderloser Paare im Auftrag des BMFSFJ gaben allerdings nur 3 Prozent der befragten Frauen und 7 Prozent der Männer an, sich vorstellen zu können, diese Technik zu nutzen.⁸⁵

Embryonenspenden gehen aufgrund der genetischen Fremdheit des Embryos mit gewissen Risiken für die Schwangere einher (s. u. zur Eizellspende). Es besteht erheblicher weiterer Forschungsbedarf, insbesondere zu Schwangerschaftsverläufen, zur Kindesentwicklung und zu einem besonderen Begleitungsbedarf der Familien nach Embryonenspende.⁸⁶

Aus Sicht der eaf ist der derzeitige Zustand sehr unbefriedigend. Die eaf spricht sich für eine ausdrückliche gesetzliche Regelung von Embryonenspenden aus. Dazu gehört eine zentrale staatliche Vermittlung nach festgelegten Kriterien ebenso wie die Einrichtung eines Embryonenspenderegisters⁸⁷, das das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung der so gezeugten Kinder sicherstellt. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Spende unentgeltlich erfolgt und auch sonst keine finanziellen Anreize für Paare oder reproduktionsmedizinische Zentren gesetzt werden. Die Prüfung im Vorfeld und die weitere Begleitung der die Embryonenspende Empfangenden durch eine entsprechend qualifizierte Stelle sollte vergleichbar wie bei einer Adoption ebenfalls

gesetzlich geregelt werden. Abstammungsrechtlich sollten Embryonenspenden analog zu Samenspenden geregelt sein.

EIZELLSPENDE

Bei einer Eizellspende wird eine künstliche Befruchtung mit Eizellen vorgenommen, die nicht von der befruchteten Frau selbst stammen, sondern von einer Dritten. In der Regel handelt es sich dabei um vergleichsweise junge Spenderinnen, deren Eizellen altersbedingt eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft versprechen. Die Spenderin wird zunächst hormonell stimuliert, so dass mehrere Eizellen gleichzeitig heranreifen. Diese Eizellen werden der Spenderin dann mittels operativen Eingriffs entnommen, künstlich befruchtet und auf die Empfängerin übertragen. Die Mehrheit der in Europa so behandelten Frauen ist 40 Jahre oder älter, so dass man davon ausgeht, dass mittels Eizellspende vorrangig altersbedingte Unfruchtbarkeit kompensiert werden soll.⁸⁸

In Deutschland sind Eizellspenden gesetzlich verboten; strafbar machen sich allerdings nur die an der Eizellspende beteiligten medizinischen Fachkräfte, nicht aber die Spenderin oder das Empfängerpaar. Das Verbot wurde ursprünglich mit der Vermeidung einer „gespaltenen Mutterschaft“ begründet⁸⁹, mittlerweile wird der Grund allerdings eher im Schutz der Spenderinnen vor fremdnützigen, gesundheitsgefährdenden Eingriffen gesehen.⁹⁰

Obwohl männliche und weibliche Gameten gleichermaßen gebraucht werden, ist doch der weibliche Beitrag zur Reproduktion, nicht zuletzt in der medizinisch gestützten Reproduktion ungleich weitreichender,

⁸⁴ Ebd.

⁸⁵ Wippermann, S. 123.

⁸⁶ Leopoldina, 2019, S. 74.

⁸⁷ Dieses Register kann mit dem Samenspenderegister organisatorisch zusammengefasst werden.

⁸⁸ Mayer-Lewis in: Deutscher Ethikrat, Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), S. 17; Graumann, Sigrid, Eizellspende – Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen? in: Woopen (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland 2016, S. 63.

⁸⁹ Kritisch dazu: Kentenich, Heribert/Griesinger, Georg, Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland. J. Reproduktionsmed. Endokrinolog 2013, 10: S. 273–278.

⁹⁰ Leopoldina 2019, S. 69.; Graumann in: Woopen 2016, S. 63 ff.

langfristiger, körperlich invasiver und riskanter. Allein deshalb ist die Eizellspende nicht einfach der Samenspende gleichzustellen. Sie ist auch nicht zu behandeln wie eine Organspende, denn es geht nicht ausschließlich um Heilung eines Organempfängers von einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Bislang ist im deutschen Recht die Lebendspende von Körpermaterial, soweit dies mit einem medizinischen Eingriff verbunden ist, nur dann zulässig, wenn auf Seiten des Empfängers eine lebensbedrohliche Erkrankung besteht. Die Zulassung der Eizellspende würde insoweit einen Paradigmenwechsel darstellen. Zudem sind Eizellen im Gegensatz zu Samenzellen nicht reproduzierbar. Frauen verfügen von Geburt an über eine begrenzte Zahl an Eizellen; eine Neubildung im Laufe des Lebens ist – im Gegensatz zu Samenzellen – nicht möglich.



Foto: © Adobe Stock

Ungeachtet der grundsätzlichen Vorbehalte sind vielfältige medizinische Risiken für die Beteiligten zu bedenken. So können Spenderinnen eine unter Umständen sogar lebensbedrohliche Überstimulation erleiden.⁹¹ Diese Gefahr ist bei jungen Spenderinnen

höher, da diese mitunter stärker auf Hormongaben reagieren.⁹² Gleichzeitig haben die reproduktionsmedizinischen Einrichtungen besonders bei diesen Frauen ein starkes Interesse daran, eine hohe Anzahl von Eizellen zu gewinnen und daher eher stärker zu stimulieren.⁹³ Darüber hinaus bestehen für die Spenderinnen alle weiteren mit einer Eizellstimulation und –punktion einhergehenden Risiken (s. o.). Ob sich durch die Stimulation das Krebsrisiko erhöht oder durch die Eizellpunktion eine Einschränkung der eigenen Fruchtbarkeit eintritt, konnte bislang aufgrund der fehlenden Langzeitstudien zu den Folgen von Eizellspenden nicht geklärt werden.⁹⁴ Generell haben reproduktionsmedizinische Einrichtungen wenig Interesse daran, Risiken dieser – aus ihrer unternehmerischen Sicht lukrativen – Technologie nachzuverfolgen.⁹⁵

Aus den genannten Risiken ergeben sich aber auch ethische Fragen: Anders als bei anderen Lebendspenden von Körperteilen und –substanzen (Nierenlebendspende, Blutspende, Stammzellspende) liegt bei Eizellspenden auf der Empfängerseite keine potentielle Lebensgefahr vor, sondern „nur“ ein unerfüllter Kinderwunsch. Rechtfertigt dies einen fremdnützigen Eingriff, mit dem eine gesunde junge Frau einem medizinischen Risiko ausgesetzt wird?

Auch für die Empfängerinnen und die gezeugten Kinder ergeben sich durch die Eizellspende erhebliche medizinische Risiken. Diese Schwangerschaften haben ein höheres Risiko für schwere Komplikationen (Präeklampsie, HELLP-Syndrom, Plazenta-Ablosung), was vermutlich auf eine Immunreaktion auf einen genetisch komplett fremden Embryo zurückzuführen ist.⁹⁶

⁹¹ <https://www.nature.com/articles/442607a>, abgerufen am 15.10.2019.

⁹² Graumann in: Woopen, S. 66.

⁹³ Leopoldina, 2019, S. 66.

⁹⁴ Graumann in: Woopen, S. 67; <https://www.nature.com/articles/442607a>, abgerufen am 15.10.2019;

Pearson, Helen, Health effects of egg donation may take decades to emerge, *Nature* 442 (2006), S. 607–608, <https://doi.org/10.1038/442607a>, abgerufen am 17.7.2020; Kramer, Wendy, Schneider, Jennifer, Schultz, Natalie, US oocyte donors: a retrospective study of medical and psychosocial issues, *Human Reproduction*, Volume 24, Issue 12, Dezember 2009, S. 3144–3149, <https://doi.org/10.1093/humrep/dep309>.

⁹⁵ <https://academic.oup.com/humrep/article/24/12/3144/646640>, abgerufen am 15.10.2019.

⁹⁶ Graumann in: Woopen S. 68; https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ungeahnte-risiken-von-eizellspenden-14966881.html?printPagedArticle=true#pageIndex_0, abgerufen am 15.10.2019; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/80328/Eizellspende-ein-Risikofaktor-fuer-Schwangerschaftshochdruck>, abgerufen am 15.10.2019; <https://www.imabe.org/index.php?id=2503>, abgerufen am 15.10.2019.

Zudem ist das Risiko von starken Blutungen nach der Geburt erhöht.⁹⁷ Auch besteht ein höheres Risiko für die Kinder, mit einem niedrigen Geburtsgewicht⁹⁸ oder zu früh zur Welt zu kommen, mit den typischen medizinischen Folgen wie Atemproblemen und Entwicklungsstörungen.⁹⁹ Eine risikogerechte Betreuung der Schwangeren findet mitunter nicht statt, wenn diese den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die Eizellspende verschweigt.¹⁰⁰

EIZELLSPENDEN IM AUSLAND

In anderen europäischen Staaten ist die Eizellspende unter mehr oder weniger strengen Rahmenbedingungen zugelassen, weshalb einige Kinderwunschpaare für eine Behandlung diese Länder aufsuchen. Die Schwerpunkte liegen dabei auf Spanien und osteuropäischen Ländern (Tschechien, Polen, Ukraine, Russland).¹⁰¹ Belastbare Zahlen, wie viele deutsche Kinderwunschpaare eine Eizellspende im Ausland in Anspruch genommen haben, gibt es nicht; Schätzungen gehen von 300–400 Kindern im Jahr aus, die in Deutschland nach einer Eizellspende im Ausland geboren werden.¹⁰² Es wird allgemein beobachtet, dass diese Praxis in den letzten 10–15 Jahren zugenommen hat.¹⁰³ In einer Befragung ungewollt kinderloser Paare in Deutschland gaben allerdings nur 8 Prozent der befragten Frauen und 12 Prozent der befragten Männer an, sich vorstellen zu können, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen.¹⁰⁴

In vielen Ländern, in denen ausländische Kinderwunschpaare eine Eizellspende vornehmen lassen, erfolgt diese anonym, d. h. die entstehenden Kinder haben später keine Möglichkeit zu erfahren, wer ihre genetische Mutter ist.¹⁰⁵ Auch die Eltern des Kindes scheuen bisweilen vor einer solchen Aufklärung zurück; die Aufklärungsquote der Kinder, die mittels Gametenspende entstanden sind, liegt ohnehin nur zwischen 10–35 Prozent.¹⁰⁶ Die Spenderinnen selbst erhalten ebenfalls kein Auskunftsrecht, wie viele Kinder mittels ihrer Spende entstanden sind.¹⁰⁷ Dies kann zu erheblichen Identitätsproblemen bei diesen Kindern führen.¹⁰⁸ Forschungsergebnisse zur Entwicklung und Belastungen von Kindern, die mittels



Foto: © Adobe Stock

⁹⁷ https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ungeahnte-risiken-von-eizellspenden-14966881.html?printPagedArticle=true#pageIndex_0, abgerufen am 15.10.2019.

⁹⁸ https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ungeahnte-risiken-von-eizellspenden-14966881.html?printPagedArticle=true#pageIndex_0, abgerufen am 15.10.2019; <https://www.imabe.org/index.php?id=2503> m.w.N., abgerufen am 15.10.2019; <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14257>, abgerufen am 15.10.2019.

⁹⁹ <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14257>, abgerufen am 15.10.2019.

¹⁰⁰ Thorn, Petra, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), Berlin 2017, S. 5.

¹⁰¹ Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), Berlin 2017, S. 8.

¹⁰² Graumann in: Woopen, S. 63.

¹⁰³ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), Berlin 2017, S. 5, 12.

¹⁰⁴ BMFSFJ, S. 123.

¹⁰⁵ Mayer-Lewis in: Deutscher Ethikrat, S.12.

¹⁰⁶ Mayer-Lewis in: Deutscher Ethikrat, S. 15.

https://www.spenderkinder.de/fuer-eltern/aufklaerung/#footnote_0_1007 mit weiteren Nachweisen; abgerufen am 31.10.2019.

¹⁰⁷ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 14.

¹⁰⁸ Leopoldina 2019, S. 70.

Eizellspende gezeugt wurden, liegen bislang allerdings nicht vor.¹⁰⁹

Bei den Spenderinnen handelt es sich häufig um junge Frauen unter 30 Jahren, die noch keine eigenen Kinder haben. Zu ihren Motiven, Lebensumständen, zur Qualität der Aufklärung vor dem Eingriff sowie zu den Folgen der Spende ist bislang wenig bekannt; auch hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.¹¹⁰ In Ländern mit anonymer Eizellspende erhalten sie pro Spende eine nicht unerhebliche Aufwandsentschädigung von 600–1000 Euro¹¹¹, in den USA teilweise von 10.000–30.000 Dollar, was andere Einkommensmöglichkeiten oft deutlich übertrifft¹¹². In einigen europäischen Ländern, die als „Hotspots“ für Eizellspenden gelten, gibt es erhebliche soziale Probleme wie beispielsweise eine hohe Jugendarbeitslosigkeit oder unzureichende soziale Absicherung.¹¹³ Die Spende erfolgt daher oft aus finanziellen Motiven oder gar aus wirtschaftlicher Not.¹¹⁴ Nicht selten finanzieren sich die Frauen so ihren Lebensunterhalt oder ihre Ausbildung.

Grundsätzlich ist ein erhebliches Einkommensgefälle zwischen den Kinderwunschaaren und den beteiligten Spenderinnen zu beobachten.¹¹⁵ In Ländern, in denen die Eizellspende dagegen offen und ohne finanzielle Entschädigung erfolgt, gibt es in der Regel einen Mangel an Spenderinnen, so dass Kinderwunschaare auch aus diesen Ländern auf kommerzielle Angebote im Ausland zurückgreifen.¹¹⁶ Eine

besondere Form der kommerziellen Eizellspende ist das sog. egg-sharing, bei dem Frauen, die sich im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung Eizellen entnehmen lassen, einen Teil ihrer Eizellen spenden und so den Preis für ihre eigene Behandlung reduzieren können.¹¹⁷

Kinderwunschzentren haben ein erhebliches finanzielles Interesse an Eizellspenden. Die Summen, die Kinderwunschaare für eine solche Behandlung zahlen, übersteigen häufig das, was den Spenderinnen gezahlt wird, um ein Vielfaches. Zudem gibt es durch das vergleichsweise neue Verfahren der Vitrifikation eine Möglichkeit, unbefruchtete Eizellen ohne größere Zellschädigungen auch über längere Zeit zu konservieren und damit – vergleichbar wie bei Samenbanken – Eizellbanken aufzubauen, bei denen die Paare zwischen verschiedenen Spenderinnen wählen können und die Spende zeitlich und räumlich von der Befruchtung entkoppelt wird.¹¹⁸

Aufgrund der dargestellten Risiken und Unklarheiten sieht die eaf Eizellspenden sehr kritisch. Eizellspenden, die auf der Basis kommerzieller Bedingungen erfolgen, lehnt sie ab. Sollte sich die Politik zu einer regulierten Freigabe der altruistischen Eizellspende entschließen, ist aus Sicht der eaf vorab eine umfassende Folgenabklärung notwendig, die sowohl die medizinischen wie auch die sozialen und psychischen Risiken dieser Methode untersucht und abwägt.

¹⁰⁹ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 6, 13.

¹¹⁰ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017 und Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 6, 11, 14, 17.

¹¹¹ Eizellspende: Beweggründe und Erfahrungen in: ARD PlusMinus, <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/kinderwunsch-baby-geschaefit-ausland-interview-100.html>, abgerufen am 15.10.2019.

¹¹² Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 11

¹¹³ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 17; Graumann in: Woopen 2016, S. 64

¹¹⁴ Lettow, Susanne, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), Berlin 2017, S. 24. Graumann in: Woopen, 2016, S. 64, 69.

¹¹⁵ Thorn, Petra, Deutscher Ethikrat 2017; Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 5, 11.

¹¹⁶ Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat, 2017; Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 28,34.; Graumann in: Woopen, 2016, S. 70.

¹¹⁷ Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat, 2017, S. 26.

¹¹⁸ Griesinger, Georg, Was kann die Reproduktionsmedizin? in: Woopen, Christiane (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016. in: Woopen, S. 26; Graumann, 2016, S. 65.

Eine Spende könnte allenfalls dann in Betracht kommen, wenn sie freiwillig und unentgeltlich erfolgt und wenn auch von Seiten der beteiligten reproduktionsmedizinischen Einrichtungen kein finanzielles Interesse an der Verwendung dieser Methode besteht.



Foto: © Adobe Stock

Zudem muss – wie bei der Samenspende – das Recht des so gezeugten Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung gesichert sein. Um dies auch für im Ausland per Eizellspende gezeugte Kinder zukünftig sicherzustellen, sollte der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes angeregt werden, eine Empfehlung abzugeben, dass die Vertragsstaaten die Kenntnis der eigenen Abstammung auch im Rahmen der Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren sicherstellen müssen.

WEITERE REGULIERUNG DER SAMENSPENDE

Bei einer Samenspende wird eine Insemination oder eine künstliche Befruchtung mit Spermazellen vorgenommen, die nicht vom Partner der behandelten Frau stammen, sondern von einem Dritten. In der Regel wird auf eine Samenspende zurückgegriffen, wenn der Partner selbst keine befruchtungsfähigen

Spermazellen zur Verfügung hat. Auch lesbische Paare können sich ihren Kinderwunsch nur mittels Samenspende erfüllen. Da für eine Samenspende und Insemination nicht zwingend medizinische Unterstützung nötig ist, können Samenspenden auch privat erfolgen. Daneben gibt es die Möglichkeit, Samen über medizinischen Einrichtungen wie Samenbanken zu beziehen. Valide Zahlen, wie häufig in Deutschland Samenspenden abgegeben oder genutzt werden und wie viele Kinder jährlich mittels Samenspende zur Welt kommen, gibt es bislang nicht.

Samenspenden sind im Gegensatz zu Eizellspenden in Deutschland nicht nur zulässig, sondern auch seit Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes im Sommer 2018 eingehend reguliert. Danach werden die persönlichen Daten von Samenspendern in medizinischen Einrichtungen sowie von Empfängerinnen der Spende in einem öffentlichen Register erfasst, so dass auf diesem Weg gezeugte Kinder später erfahren können, wer ihr genetischer Vater ist. Das Register bildet daher einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Rechte des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Zudem wurde mit dem Gesetz familienrechtlich ausgeschlossen, dass Samenspender im Nachhinein als rechtlicher Vater anerkannt und damit für Unterhaltszahlungen in Anspruch genommen werden können.

Allerdings erweist sich die Regulierung von Samenspenden in Deutschland als lückenhaft. So gibt es weiterhin keine gesetzliche Regelung, mit der der Wunschvater in einer heterosexuellen bzw. die Wunschmutter in einer lesbischen Beziehung schon vor der Zeugung ihre Elternschaft für das Kind anerkennen können. Gerade für lesbische Paare, die bislang nur den umständlichen Weg über eine Stiefkindadoption nach der Geburt gehen können, fehlte zudem eine Möglichkeit, die gemeinsame Elternschaft schon ab dem Zeitpunkt der Geburt rechtlich wirksam werden zu lassen. Dies muss aus Sicht der

eaf durch eine entsprechende Reform des Abstammungsrechts dringend geändert werden, so dass der jeweilige Partner bzw. die jeweilige Partnerin eine unbürokratische Möglichkeit erhält, bereits vor der Geburt die rechtliche Stellung des anderen Elternteils zu übernehmen.



Foto: © Adobe Stock

Das Samenspenderregister gibt dem Kind zudem nur die Möglichkeit, seinen genetischen Vater in Erfahrung zu bringen, nicht aber auch, genetische Halbgeschwister ausfindig zu machen, obwohl dieser Wunsch bei mittels Samenspende gezeugten Kindern ebenfalls oft besteht.¹¹⁹ Zudem ist im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern die Zahl der Kinder, die durch den Samen eines Spenders gezeugt werden dürfen, nicht begrenzt. Lediglich auf Seiten der ärztlichen Verbände existiert eine solche – allerdings rechtlich nicht verbindliche – Selbstverpflichtung. Eine hohe Zahl von Kindern, die durch einen einzelnen Spender gezeugt wurden, erschwert möglicherweise eine spätere Kontaktaufnahme und damit die Möglichkeit der Kinder, ihren genetischen Vater persönlich kennenzulernen.¹²⁰ Daher ist aus Sicht der eaf die Zahl der Kinder bzw. Familien, die mittels eines Samenspenders gegründet werden, gesetzlich zu begrenzen. Zudem muss im Samenspenderregister eine Möglichkeit ergänzt werden, mit der sich auch genetische Halbgeschwister bei beidseitigem Einverständnis finden können.

LEIHMUTTERSCHAFT

Bei einer Leihmutter trägt eine Frau ein Kind für eine andere Frau aus; die Eizelle stammt in der Regel entweder von der Wunschmutter selbst oder von einer dritten Frau, der Samen von dem beteiligten Wunschvater.¹²¹ In Deutschland ist Leihmutter – wie in der Mehrheit der Länder weltweit – verboten. Strafbar machen sich nach dem Embryonenschutzgesetz auch hier nur die beteiligten medizinischen Fachkräfte, nicht die Leihmutter oder die Wunscheltern selbst. Vereinbarungen mit einer Leihmutter sind nach § 134 StGB nichtig; auch die Vermittlung einer Leihmutter ist nach §§ 13c, 14 AdVermiG untersagt.

Einige Länder lassen Leihmutter in altruistischer Form oder nur für einen begrenzten Personenkreis zu; in anderen Ländern wiederum ist sogar die kommerzielle Leihmutter erlaubt. Immer wieder nehmen deutsche Paare solche Angebote im Ausland in Anspruch. Offizielle Zahlen gibt es dazu zwar nicht, aber deutsche Auslandsvertretungen berichten über eine Zunahme von Fällen, insbesondere in den USA, Kanada, Brasilien, Russland oder der Ukraine.¹²² In einer Befragung ungewollt kinderloser Paare in Deutschland gaben allerdings nur 6 Prozent der befragten Frauen und 10 Prozent der befragten Männer an, sich die Inanspruchnahme einer Leihmutter vorstellen zu können, um den eigenen Kinderwunsch zu erfüllen.¹²³

Rechtlich stellt die Inanspruchnahme einer Leihmutter im Ausland für deutsche Paare immer eine erhebliche Unsicherheit dar. Nach deutschem Recht gilt die Frau als Mutter eines Kindes, die es geboren hat. Als Vater gilt der Mann, der mit dieser Frau verheiratet ist oder bei nicht verheirateten Frauen der Mann, der die Vaterschaft anerkannt hat. Diese Vorgaben gelten grundsätzlich auch für deutsche Paare, die im Ausland ein Kind mittels Leihmutter bekommen haben, was in einigen Fällen dazu führt, dass

¹¹⁹ Vgl. <http://www.spenderkinder.de/ueberuns/politischeforderungen/>, abgerufen am 15.10.2019.

¹²⁰ Ebd.

¹²¹ Griesinger, Georg, in Woopen, 2016, S. 29. in: Woopen, S. 29.

¹²² Leopoldina, 2019, S. 79.

¹²³ Wippermann, S. 123.

das Kind von deutschen Behörden nicht als Kind der Wunscheltern anerkannt wird und keine Ausweisdokumente erhält oder nicht einreisen darf.

Über die Motive von Leihmüttern sowie ihre Lebensbedingungen und die Folgen, die die Leihmutterschaft körperlich und seelisch für sie hat, ist relativ wenig bekannt; hier besteht erheblicher Forschungsbedarf.¹²⁴ In der Regel liegt ein starkes soziales Gefälle zwischen den Wunscheltern und der Leihmutter vor.¹²⁵ Leihmütter sind in den meisten Fällen nicht altruistisch motiviert, sondern stellen sich einem fremden Paar aus wirtschaftlicher Not zur Verfügung.¹²⁶ Die in der Literatur gelegentlich genannte Forderung nach einer Freigabe nur der „altruistischen Leihmutterschaft“ ist aus sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive fragwürdig, da außer im engen familiären Kontext eine reine altruistische Motivation unplausibel ist.¹²⁷ Eine Kommerzialisierung durch die Hintertür zeigt sich auch in Ländern wie Großbritannien, wo eine altruistische Leihmutterschaft erlaubt ist.¹²⁸

In Entwicklungsländern sind Leihmütter oft von Armut betroffene Frauen, die auf diesem Wege versuchen, den Lebensunterhalt der Familie zu sichern oder den eigenen Kindern eine Schulbildung zu ermöglichen.¹²⁹ Der Großteil der von den Wunscheltern bezahlten Summe geht allerdings an das jeweilige reproduktionsmedizinische Zentrum, weshalb diese ein erhebliches kommerzielles Interesse an der Nutzung dieser Verfahren haben.¹³⁰ Neben den medizi-

nischen Risiken bei Verwendung einer Eizellspende gehen mit Leihmutterschaften ethisch höchst fragwürdige Praktiken einher: So wird nicht selten bei der Befruchtung zunächst bewusst eine Mehrlingschwangerschaft herbeigeführt, um dann die Zahl der Kinder durch partielle Abtreibung wieder zu reduzieren.¹³¹ Auch wurde von Fällen berichtet, in denen Kinder von den Wunscheltern nicht angenommen wurden, weil die das „falsche“ Geschlecht oder eine Behinderung hatten.¹³²

Für die betroffenen Kinder selbst ist die Möglichkeit, ihre Leihmutter kennenzulernen, oft nicht gesichert. Die Datenlage zur Entwicklung der Kinder ist bislang nicht ausreichend, um valide Aussagen zur Kindesentwicklung nach Leihmutterschaft treffen zu können. Das gilt insbesondere für die im Rahmen einer Leihmutterschaft entstehende bzw. fehlende Bindung zwischen Schwangerer und Kind und die Folgen der späteren Abgabe des Kindes.¹³³

Die Menschenwürde von Leihmüttern und den mittels Leihmutterschaft geborenen Kindern markiert eine eindeutige Grenze für reproduktionsmedizinisches Handeln. Die aktuelle reproduktionsmedizinische Diskussion arbeitet häufig mit einem sehr oberflächlichen Verständnis von Freiwilligkeit und verkennet, dass die Entscheidung für eine solche Leihmutterschaft von den Leihmüttern weder frei von wirtschaftlichen Zwängen noch unter einer angemessenen Aufklärung über die Risiken getroffen wird. Die von Befürwortern der Leihmutterschaft

¹²⁴ Söderström-Anttila, Viveca/Wennerholm, Ulla-Britt/Loft, Anne et al., Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016, 22: 260–276.

¹²⁵ Bujard, Martin/Thorn, Petra, Leihmutterschaft und Eizellspende - Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr, *Der Gynäkologe*, 2018, 51 (8), S. 641.

¹²⁶ ebd.

¹²⁷ Bujard/Thorn 2018, S. 642.

¹²⁸ Brazier, Margaret/Campbell, Alastair et al., Review for Health Ministers of Current Arrangements for Payments and Regulation, Department of Health, London 1998.

¹²⁹ ZEIT vom 19.08.2014: <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2014-08/leihmutterschaft-indien>; abgerufen am 14.10.2019.

¹³⁰ Ebd.; vgl. auch Riedel, Ulrike: Eizellspende und Leihmutterschaft. Zu rechtlichen Problemen des Fortpflanzungstourismus, in: Wopen, 2016, S. 110.

¹³¹ Hüppe, Hubert, in: Deutscher Ethikrat, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft. Simultanmitschrift der Jahrestagung vom 22.5.2014, S. 114.

¹³² Süddeutsche vom 28.2.2016 „Ein Baby bestellt, drei bekommen“; SPIEGEL Online vom 9.10.2014 <https://www.spiegel.de/panorama/wie-baby-gammy-australische-eltern-lassen-leihmutter-im-stich-a-996164.html>, abgerufen am 15.10.2019.

¹³³ Leopoldina, 2019, S. 83.

postulierte Forderung nach einer Zulassung altruistischer und freiwilliger Formen ignoriert vollkommen, dass solche Leihmutterschaften in der Praxis nur selten vorkommen und eine rechtliche Öffnung aufgrund der schwierigen Kontrollierbarkeit in der Praxis einer kommerziellen Variante der Leihmutterschaft faktisch Tür und Tor öffnen würde.

Kindes wird verletzt, wenn es Gegenstand eines Geschäfts zwischen Leihmutter und Bestellertern wird. Die Bedingungen einer Leihmutterschaft unter den beschriebenen Umständen, wie die Ausnutzung einer existenziellen Notlage seiner leiblichen Mutter sowie die spätere Kenntnis hiervon können die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes erheblich belasten.



Foto: © Adobe Stock

Zudem darf auch die Reproduktionsmedizin nicht die Augen davor verschließen, dass sie auf diese Weise dazu beiträgt, die Reproduktionsfähigkeit der Frau zu einer käuflichen Ware bzw. zu einer entgeltlichen Dienstleistung zu machen. Die Risiken und Belastungen einer Schwangerschaft werden in diesem Diskurs regelmäßig heruntergespielt. Die Ausnutzung sozialer Notlagen durch die meist wohlhabenderen Auftraggeber trägt auch zur Verfestigung sozialer Ungleichheiten und menschenunwürdiger Abhängigkeiten bei. Auch die Würde des so entstandenen

Aus den genannten Gründen ist aus Sicht der eaf an dem Verbot der Leihmutterschaft in Deutschland festzuhalten. Die rechtliche Zuordnung von Kindern, die im Ausland von einer Leihmutter geboren werden, muss weiterhin als gerichtliche Einzelfallentscheidung erfolgen, die sich ausschließlich an dem Kriterium des Kindeswohls orientiert. Zudem muss das Kind analog zum Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung einen rechtlichen Anspruch auf Kenntnis der Leihmutter erhalten, um seiner eigenen Herkunftsgeschichte nachgehen zu können.

VII. Psychosoziale Beratung als wichtige Hilfe für ungewollt kinderlose Paare

Die Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sie die von ihnen geforderte Verantwortung für eine am Kindeswohl orientierte Entscheidung übernehmen können. Beratung im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit kann dabei zu verschiedenen Zeitpunkten ansetzen:

- grundsätzliche Aufklärung aller Menschen über Fragen der Fertilität und Familienplanung (Bildungsangebote/-materialien),
- orientierende Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch,
- psychosoziale Begleitung von Menschen während und nach einer Kinderwunschbehandlung.

Die Beratung muss zum Ziel haben, nicht nur die persönliche Perspektive zu durchdenken und die eigenen Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen, sondern auch Informationen und Denkanstöße zu vermitteln, mithilfe derer die Interessen eines möglichen Kindes einbezogen und abgewogen werden. Schließlich ist auch die Perspektive dauerhafter Kinderlosigkeit durch erfolglose Behandlung in den Blick zu nehmen.

Behandlungsunabhängige Angebote, insbesondere vom behandelnden Kinderwunschzentrum unabhängige Angebote, sind vielen Kinderwunschpaaren bislang nicht bekannt: Nur knapp die Hälfte der Paare wissen um diese Möglichkeit – unabhängig vom Bildungsgrad oder der Dauer des Kinderwunsches.¹³⁴ Auch die Fachkräfte der Reproduktionsmedizin selbst

tun bislang zu wenig, um dieses Angebot bekannter zu machen. So geben nur 38 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer, deren Kinderwunschbehandlung erfolglos geblieben ist, an, von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin auf die Möglichkeit einer solchen Beratung hingewiesen worden zu sein.¹³⁵ Gesetzlich vorgeschrieben ist eine derartige Beratung bislang nur für gesetzlich Versicherte, allerdings durch die behandelnden Ärztinnen selbst. Die Mehrheit der Fachkräfte in reproduktionsmedizinischen Zentren geben an, eine solche Beratung im Alltag entweder nicht leisten zu können oder sie sehen sich dafür nicht ausreichend qualifiziert.¹³⁶ Angesichts der Tatsache, dass die beteiligten Zentren immer auch finanzielle Eigeninteressen haben, ist es aus Sicht der eaf zudem fraglich, ob diese für Beratungen, die auch Risiken und Belastungen sowie die Möglichkeit eines Abbruchs der Behandlung zum Gegenstand haben sollten, geeignet sind. Dies zeigt umso mehr, wie wichtig die Unabhängigkeit der Beratung ist, um eine am Kindeswohl orientierte Entscheidung treffen zu können.

Obwohl rund 60 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer mit unerfülltem Kinderwunsch angeben, an einer spezifischen Beratung grundsätzlich Interesse zu haben,¹³⁷ wird sie nur von einer Minderheit der Betroffenen in Anspruch genommen. Nach Auffassung der eaf sollten Paare mit Kinderwunsch – die Perspektive des Paares und nicht nur einer Person ist zentral¹³⁸ – zur Wahrnehmung psychosozialer Beratung zu einem sehr frühen Zeitpunkt, d. h. vor Beginn der Behandlung, ermutigt werden.

¹³⁴ Wippermann, S. 109, 141.

¹³⁵ Wippermann, S. 125.

¹³⁶ Mayer-Lewis, Birgit, Evaluation der Kinderwunschberatung – Erste Studienergebnisse, in: Wischmann/Thorn, 2018, S. 55

¹³⁷ Wippermann, S. 123.

¹³⁸ Passet-Wittig, Jasmin, Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin, Opladen 2017.

Die derzeitige Beratungslandschaft für Kinderwunschpaare ist sehr heterogen,¹³⁹ sowohl hinsichtlich

- des Vorhandenseins einer wohnortnahen entsprechenden Beratungsstelle,
- der Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder die öffentliche Hand und
- der Qualifikation der Beraterinnen und Berater.



Foto: © Adobe Stock

Es gibt auch keinen öffentlichen Auftrag an die Länder, ein flächendeckendes Beratungsnetz für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch sicherzustellen. Erforderlich sind weiterhin einheitliche Aus- und Weiterbildungsstandards für die Beratungsfachkräfte, damit das notwendige medizinische, psychologische, ethische und rechtliche Fachwissen für eine umfassende Unterstützung vorhanden ist. (Beides, ein flächendeckendes Beratungsnetz mit umfassend ausgebildeten Beratungsfachkräften, sind aus Sicht der eaf dringende Anliegen.)

Potentielle Eltern brauchen einen Reflexionsort und kompetente, unabhängige Gesprächspartner/innen zu den Vor- und Nachteilen von reproduktionsmedizinischen Verfahren, zur Klärung ihrer Verantwortung und v. a. zu den Folgen ihrer Entscheidungen, für sich selbst und für das mögliche Kind. Die eaf empfiehlt daher, die Möglichkeit einer psycho-

sozialen Beratung zu Beginn und im Verlauf einer Behandlung immer wieder anzusprechen. Da der Prozess einer Behandlung über Jahre dauern kann, wird es zu vielen Situationen kommen, die der Bearbeitung bedürfen. Der Hinweis auf die jederzeitige Möglichkeit, eine solche unabhängige Unterstützung in Anspruch zu nehmen, sollte bei Beginn einer Kinderwunschbehandlung gesetzlich verpflichtend sein. Zudem sollten reproduktionsmedizinische Zentren schon bei ihrer Zulassung nach § 121a SGB V verpflichtet werden, die Kooperation mit mind. einer unabhängigen Beratungsstelle vorzuweisen.

Um das niedrigschwellige und möglichst wohnortnahe notwendige Beratungsangebot vorzuhalten, ist eine bundeseinheitliche Sicherstellungsverpflichtung für eine solche psychosoziale Beratung erforderlich. Denkbar wäre dabei auch der Ausbau einer bestehenden Beratungsinfrastruktur, wie es ihn bereits bei der Schwangerenkonfliktberatung oder der Erziehungs- und Familienberatung gibt. Dies erfordert in jedem Fall interdisziplinäre Weiterbildung der Fachkräfte vor Ort und das Vorhalten einer ausreichenden Anzahl von Fachkräften. Zudem braucht es eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere im Hinblick auf Online-Angebote und Informationsmaterialien, die in gynäkologischen Praxen und reproduktionsmedizinischen Zentren bereitgestellt werden können. Die gemeinsame Beratung von Kinderwunschpaaren sollte dabei der Regelfall sein; ergänzende spezielle Beratungsangebote für Männer, die bislang kaum erreicht werden, und für gleichgeschlechtliche Paare sind zu entwickeln. Darüber hinaus sind bundesweit verbindliche Qualitätsstandards für solche Beratungen zu entwickeln.

¹³⁹ Thorn, Petra/Wischmann, Tewes, Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2008, 5, S. 147–152

VIII. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wenn Menschen reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen, um ein Kind zu bekommen, müssen sich die Rahmenbedingungen auch und in erster Linie an dem Wohl dieser Kinder orientieren. Art 3 der UN-Kinderrechtskonvention stellt klar: „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“

Wie bei bereits geborenen Kindern muss die Verantwortung für das Kindeswohl auf verschiedenen Ebenen und von allen Beteiligten gemeinsam wahrgenommen werden. Die besondere Herausforderung dabei ist, dass es sich um eine vorausschauende Verantwortung handelt, die prospektiv für ein noch nicht existierendes Kind wahrgenommen werden muss. Dies verlangt von allen Beteiligten eine besondere Sensibilität für die Bedürfnisse und Rechte dieser zukünftigen Kinder.

Im Einzelnen bedeutet dies:

- › In der Reproduktionsmedizin Tätige tragen die Verantwortung dafür, dass das Kindeswohl zentrale Richtschnur im Rahmen des ärztlichen Handelns ist und nicht von kommerziellen oder anderen Interessen überlagert wird. Daher müssen die Anbieter reproduktionsmedizinischer Leistungen einen verantwortungsvollen Umgang mit bestimmten Techniken in der Praxis gewährleisten. Dazu gehört auch, dass von der Gesellschaft gesetzte ethische und juristische Grenzen akzeptiert werden. Zudem müssen die Anbieter Sorge dafür tragen, dass Kinderwunsch-Paare medizinisch umfassend informiert werden, um eine verantwortungsvolle Entscheidung für sich treffen zu können. Dazu gehört, dass Risiken und Folgen bestimmter Verfahren nicht verschwiegen oder beschönigt werden und aktiv Wissens- und Transparenzlücken geschlossen werden.
- › Paare mit Kinderwunsch tragen die Verantwortung dafür, schon bei der Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischer Unterstützung eine besondere Achtsamkeit im Hinblick auf die Rechte, Bedürfnisse und Interessen ihres zukünftigen Kindes zu zeigen. Dafür müssen sie in die Lage versetzt werden, sich nicht nur mit den Chancen, sondern auch mit den Risiken und Folgen bestimmter Verfahren auseinanderzusetzen, bevor sie sie in Anspruch nehmen. Zudem tragen sie Verantwortung dafür, dass das so geborene Kind in seiner Identität nicht beeinträchtigt wird, seine Entstehungsgeschichte kennt und sein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung wahrnehmen kann.
- › Gesellschaft und Staat haben die Aufgabe, der Reproduktionsmedizin einen gesetzlichen und strukturellen Rahmen zu setzen, der eine Inanspruchnahme in Verantwortung ermöglicht. Dies bedeutet einerseits, dass Paare, die eine solche Unterstützung benötigen, nicht unnötige Hürden zu überwinden haben und bestehende Diskriminierungen abgebaut werden. Dies bedeutet aber auch, dass der Gesetzgeber klare Grenzen für den Einsatz von Verfahren benennt, die das Kindeswohl oder das Wohl beteiligter Dritter gefährden können, und Bedingungen setzt, die dem Kindeswohl Rechnung tragen. Hier haben Staat und Gesellschaft eine besondere, vorausschauende Verantwortung: Sind Folgen einer Methode nicht abzuschätzen oder bislang unzureichend erforscht, sollte sie im Sinne dieses Schutzauftrags bis zur Klärung der offenen Fragen nicht zugelassen werden. Diese drei Verantwortungsebenen greifen ineinander.

der. Zentrales Leitmotiv muss dabei sein, dass Kinder von der Gesellschaft ungeachtet ihrer Entstehungsgeschichte angenommen, in ihrer Entwicklung begleitet und vor jeglicher Form von Diskriminierung geschützt werden. Kinder sind nicht für das Handeln ihrer Eltern verantwortlich. Sie brauchen eine klare rechtliche Zuordnung zu den Menschen, die Sorge für sie tragen, und den Schutz ihrer Rechte – und dies von Anfang an.

Basierend auf diesen Grundüberlegungen empfiehlt die eaf:

1 Behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung muss Bestandteil von Behandlungen assistierter Reproduktion werden. Psychosoziale Beratung ist vor Beginn der Behandlung sowie während verschiedener kritischer Phasen entscheidend. Vor allem im Interesse des Kindeswohls hält die eaf eine bundesweite Sicherstellungsverpflichtung für erforderlich, so dass in allen Regionen qualifizierte, niedrighschwellige und kostenlose Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Außerdem ist dafür Sorge zu tragen, dass durch bundeseinheitliche Qualitätsstandards die Fachkräfte interdisziplinär ausgebildet und so in die Lage versetzt werden, umfassend bedarfsgerecht zu beraten.

Die psychosoziale Beratung muss behandlungsunabhängig geschehen und Kinderwunsch-Paare befähigen, die für sie passenden Entscheidungen treffen zu können. Kinderwunschzentren sollten verpflichtet sein, mit solchen unabhängigen Beratungsstellen zu kooperieren; dabei muss allerdings sichergestellt sein, dass die Unabhängigkeit der Beratung erhalten bleibt. Die an der Kinderwunschbehandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte sollten gesetzlich verpflichtet werden, vor Beginn einer Behandlung auf die Möglichkeiten der behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung hinzuweisen. Auch mit Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit beispielsweise durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist dieser Beratungsanspruch verstärkt bekannt zu machen. Für bestimmte, bislang nicht ausreichend erreichte Zielgruppen (Männer, gleichgeschlechtliche Paare) sind spezifische Beratungsangebote zu entwickeln.

2 Die rechtlichen Grundlagen der Reproduktionsmedizin müssen in einem einheitlichen Regelungswerk (Fortpflanzungsmedizingesetz) zusammengefasst werden. Paare mit Kinderwunsch brauchen Rechtssicherheit und eine qualitativ hochwertige Versorgung – auch zum Wohl ihrer zukünftigen Kinder. Das teilweise veraltete und lückenhafte Embryonenschutzgesetz kann diese Sicherheit nicht mehr gewährleisten. Ein Fortpflanzungsmedizingesetz muss die gesamte Bandbreite der reproduktionsmedizinischen Tätigkeit abdecken. Es muss neben der Frage der Zulässigkeit bestimmter Verfahren auch die Rahmenbedingungen für ihre Anwendung sowie Aspekte der Qualitätssicherung regeln. Dazu gehört auch, dass die Tätigkeit der reproduktionsmedizinischen Anbieter in Deutschland stärker als bisher transparent gemacht wird. Zu diesem Zweck ist ein verpflichtendes staatliches IVF-Register zu schaffen, das die Tätigkeit aller zugelassenen Anbieter in Deutschland, insbesondere die Häufigkeit und Ergebnisse der Anwendung bestimmter Verfahren, umfassend abbildet. Nur so können Paare Chancen und Risiken der Behandlung – auch für ihre zukünftigen Kinder – verlässlich abschätzen.

In diesem Fortpflanzungsmedizingesetz sollten Zulässigkeit und Rahmenbedingungen gerade auch für besonders umstrittene Verfahren festgelegt werden. Den besonderen Risiken und Folgen dieser Techniken für die daraus entstehenden Kinder muss dabei Rechnung getragen werden.

3 *Embryonenspenden* können nur *innerhalb eines engen gesetzlichen Rahmens* in Betracht kommen. Um das Recht der so geborenen Kinder auf Kenntnis der eigenen Abstammung sicherzustellen und einer Kommerzialisierung von Embryonen entgegenzuwirken, sollten Embryonenspenden nur durch eine zentrale staatliche Vermittlungsstelle altruistisch an Kinderwunschpaare vermittelt werden dürfen. Für vermittelte Embryonen ist beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ein Register analog zum Samenspenderegister zu schaffen, mittels dessen die Kinder später

Auskunft über ihre Abstammung erlangen können. Gleichzeitig muss das Handelsverbot für Embryonen beibehalten werden. Finanzielle Anreize zum Spenden von Embryonen wie beispielsweise Egg-Sharing-Programme müssen ebenfalls ausgeschlossen werden. Zudem ist die Reproduktionsmedizin bei der Entwicklung von Maßnahmen zu unterstützen, die die Herstellung überzähliger Embryonen möglichst vermeiden.

Die familienrechtliche Zuordnung der Kinder sollte nach den allgemeinen Grundsätzen wie bei einer Zeugung per Samenspende erfolgen: Ist das Paar verheiratet, werden beide mit der Geburt automatisch rechtliche Eltern des Kindes. Ist das Paar nicht verheiratet, erkennt der Partner bzw. die Partnerin der Schwangeren mit Einwilligung in die Herbeiführung der Schwangerschaft unwiderruflich seine/ihre Elternschaft an.

Eizellspenden sollten allenfalls *in altruistischer Form* und *unter engen Rahmenbedingungen* zugelassen werden. Vor einer gesetzlichen Zulassung müssen aber die medizinischen und gesellschaftlichen Folgen auf fundierter wissenschaftlicher Basis erforscht werden. Dazu ist unter anderem der internationale Forschungsstand zu medizinischen und sonstigen Risiken von Eizellspenden für Spenderinnen, austragende Mütter sowie für die Kinder umfassend aufzuarbeiten. Eine solche Folgenabschätzung ist zwingend vor der Zulassung durchzuführen und muss auch die Auswirkungen der Zulassung auf das Nachfrageverhalten in Deutschland sowie die Frage untersuchen, wie eine Ausnutzung persönlicher Notlagen bei den Spenderinnen verhindert werden kann. Die Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Spende muss bei einer Zulassung auch durch verfahrensrechtliche Vorgaben sichergestellt und kontrolliert werden. Sollte sich der Gesetzgeber für die Zulassung der Eizellspende in Deutschland entscheiden, sind diese Spenden ebenfalls in einem Register des DIMDI (s. o.) zu erfassen, welches das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung der so gezeugten Kinder sicherstellt.

Die *Zahl der mittels Spendersamen* eines Mannes *gezeugten Kinder* sollte gesetzlich begrenzt werden, um deren Anspruch auf Individualität und Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung gerecht zu werden. Die Chancen eines persönlichen Kennenlernens von Spender und Kind erscheinen besser, wenn sich der Spender nicht durch die Vielzahl an Nachkommen überfordert fühlt. Die Begrenzung muss sich nicht zwingend auf die Zahl der Kinder selbst beziehen; auch die Zahl der Familien, in denen Kinder eines Samenspenders aufwachsen, kann stattdessen begrenzt werden. Zudem sollte das Samenspenderegister ermöglichen, auch Kontakt zu genetischen Halbgeschwistern aufzunehmen, wenn beide Seiten dies möchten.

Am *Verbot der Leihmutterschaft* sollte festgehalten werden, um eine Ausnutzung wirtschaftlicher Notlagen von Frauen und eine Steigerung der Nachfrage nach einer Form von Schwangerschaft zu verhindern, die ethisch umstritten ist und deren langfristige Folgen für das Kind und die Leihmutter bisher nicht abzusehen sind. Das Verbot ist geeignet, diesen aus der Kindeswohlperspektive schwerwiegenden Vorbehalten Rechnung zu tragen. Kinder dürfen allerdings nicht Leidtragende sein, wenn ihre Eltern im Ausland reproduktionsmedizinische Verfahren in Anspruch genommen haben, die hierzulande nicht zulässig sind. Kinder, die im Ausland durch Leihmutterschaft für deutsche Wunscheltern geboren werden, sollten diesen Wunscheltern rechtlich zugeordnet werden können, wenn dies im – jeweils zu prüfenden – Einzelfall dem Kindeswohl entspricht, die Leihmutter dieser Zuordnung nach der Geburt und einer angemessenen Frist freiwillig zugestimmt hat und die Rechtsordnung des Geburtslandes dies auch zulässt. Die Zuordnung sollte allein am Kindeswohl orientiert und unabhängig davon sein, ob ein Wunschelternteil mit dem Kind genetisch verwandt ist. Eine automatische Zuordnung der Kinder zu den Wunscheltern ist abzulehnen, weil dies Anreize für eine vermehrte Inanspruchnahme von Leihmüttern im Ausland setzen kann. Das Kind sollte zudem ana-

log zum Anspruch auf Kenntnis der eigenen Abstammung einen gesetzlichen Anspruch auf Kenntnis seiner Leihmutter erhalten. Darüber hinaus sollte der UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes angeregt werden, eine Empfehlung abzugeben, dass die Vertragsstaaten die Kenntnis der eigenen Abstammung auch im Rahmen der Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren sicherstellen müssen.

4 Die unabhängige Forschung im Bereich der Reproduktionsmedizin muss ausgebaut werden. Denn fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse über Risiken und Folgen bestimmter Verfahren bilden die zentrale Grundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers, wie er diese Methoden – auch im Sinne des Kindeswohls – regulieren sollte, und sie bilden die Grundlage für eine verantwortungsvolle ärztliche und psychosoziale Beratung und Entscheidung des Kinderwunsch-Paares im Einzelfall. Eine von einzelnen Anbietern unabhängige Forschung muss von staatlicher Seite gefördert werden. Das betrifft die Forschung zu medizinischen Folgen und Risiken bestimmter Verfahren für Schwangere und Kinder ebenso wie die sozialwissenschaftliche und psychologische Forschung, insbesondere zu Folgen der Embryonen- und Gametenspende auf die Kindesentwicklung und das Zusammenleben in der Familie.

5 Das Abstammungsrecht muss reformiert werden. Dabei ist die Prämisse zugrunde zu legen, dass alle Kinder – unabhängig von der Art und Weise ihrer Zeugung – unter dem Schutz der UN-Kinderrechtskonvention (und der entsprechenden bundesgesetzlichen Umsetzung) stehen. Daher darf die Art der Zeugung grundsätzlich nicht zu einer unterschiedlichen Behandlung der Kinder bei der rechtlichen Eltern-Kind-Zuordnung führen.

Kinder brauchen eine verlässliche elterliche Zuordnung nach der Geburt, unabhängig davon, ob sie in einer gleich- oder verschiedengeschlechtlichen Part-

nerschaft aufwachsen. Der Grundsatz, dass die Frau, die das Kind gebiert, automatisch rechtliche Mutter des Kindes ist (§ 1591 BGB), muss beibehalten werden, um eine für das Kind eindeutige Zuordnung auch bei Verwendung von Eizell- und Embryonenspenden zu ermöglichen. Die Zuordnung von Kindern, die mittels künstlicher Befruchtung in eine lesbische Partnerschaft hineingeboren werden, sollte analog zur der bei heterosexuellen Paaren erfolgen. Ist das Paar verheiratet, sollte die Co-Mutter mit der Geburt und qua Gesetz rechtlicher Elternteil und die gemeinsame Sorge automatisch begründet werden; lebt das Paar in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, soll eine Co-Mutterschaftsanerkennung und gemeinsame Sorgeerklärung beim Jugendamt möglich sein.

6 Die finanzielle Förderung von Kinderwunschbehandlungen durch den Bund und die gesetzlichen Krankenkassen ist zu modernisieren. Mit Blick auf die soziale Gerechtigkeit sieht die eaf die grundsätzliche Notwendigkeit, das derzeit in gesetzliche und private Krankenversicherung gespaltene System zu überdenken. Kurzfristig sollte der Gesetzgeber den Krankenkassen Instrumente an die Hand geben, mit denen sie auf die Preisgestaltung und Qualitätssicherung reproduktionsmedizinischer Leistungserbringer Einfluss nehmen können.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung zur Stiefkindadoption klargestellt, dass das alleinige Abstellen auf die Ehe als Indikator für die Stabilität einer Partnerschaft nichteheliche Lebensgemeinschaften benachteiligt, wenn diese im Einzelfall eine vergleichbare Stabilität aufweisen und damit dem Kindeswohl genauso Rechnung tragen. Deshalb erscheint es schon aus verfassungsrechtlichen Gründen notwendig, die geltende Kostenregelung gemäß § 27 a SGB V in ihrer Engführung auf eheliche Paare zu korrigieren. Sie ist daher auch auf nichteheliche Lebensgemeinschaften und gleichgeschlechtliche Partnerschaften auszuweiten, wenn diese eine der Ehe vergleichbare Stabilität aufweisen. Zudem sollte die Förderung auch solchen Paaren zu-

gutekommen, die aus medizinischen Gründen auf eine Samenspende angewiesen sind. Die bisherige Eingrenzung auf homologe Inseminationen erscheint willkürlich. Entsprechend ist der Förderzuschuss des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) anzupassen. Um eine Gleichbehandlung aller Kinderwunschpaare in Deutschland zu erreichen, sollte dieser Zuschuss zukünftig unabhängig davon gezahlt werden, ob das jeweilige Bundesland eine entsprechende Förderung vorsieht.

7 Paare sollten ermutigt werden, ihren Kinderwunsch nicht aufzuschieben. Die Rahmenbedingungen dafür müssen verbessert werden, die EU-Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Eltern und pflegende Angehörige ist dabei ein erster Schritt. Die zunehmende Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin hängt auch mit der Tatsache zusammen, dass Paare sich immer später entschließen, eine Familie zu gründen, die natürliche Fruchtbarkeit allerdings mit der Zeit abnimmt. Wenn man Menschen Mut machen will, früher Kinder zu kriegen, muss man ihnen die Existenzängste nehmen, die oft mit dieser Frage verbunden sind. Das bedeutet, dass junge Paare bei der Umsetzung ihres Kinderwunsches während Ausbildung, Studium oder in der Berufsanfangsphase besser unterstützt werden müssen. Dazu gehört der Ausbau von verlässlichen Betreuungsangeboten für Kinder ebenso wie Verbesserungen im Arbeitsrecht, beispielsweise restriktivere Regelungen für befristete Verträge bei Berufsanfängern oder ein besserer Kündigungsschutz für Eltern nach Ende des Mutterschutzes oder der Elternzeit. Schließlich spielt auch ausreichender und bezahlbarer Wohnraum eine Rolle für Familienplanungsentscheidungen. Die derzeitigen Einschränkungen des Anspruchs auf Brückenteilzeit nach Betriebsgröße und Quote der bereits Teilzeitbeschäftigten müssen abgeschafft werden. Auch die öffentliche Aufklärung zu Fragen der Fruchtbarkeit, Familienplanung und Umsetzung von Kinderwünschen muss intensiviert werden.

LITERATUR

- Baer, Susanne/Sacksofsky, Ute, *Autonomie im Recht – geschlechtertheoretisch vermessen*, Baden-Baden 2018.
- Beier, Henning Martin/Bujard, Martin et al., *Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland*, Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina), 2017.
- Brazier, Margaret/Campbell, Alastair et al., *Review for Health Ministers of Current Arrangements for Payments and Regulation*, Department of Health, London 1998.
- Brosius-Gersdorf, Frauke in: Dreier, GG-Kommentar, 3. Auflage, 2013, Art. 6 Rn. 117.
- Brumlik, Micha, *Kindeswohl und advokatorische Ethik*, EthikJournal 1. Jg., 2013, Ausgabe 2.
- Bujard, Martin/Diabaté, Sabine, *Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu?*, *Der Gynäkologe* 5/2016, S. 393–404.
- Bujard, Martin/Thorn, Petra, *Leihmutterchaft und Eizellspende – Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr*, *Der Gynäkologe*, 2018, 51 (8), S. 639–646.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/pdf/F20-Alter-Muetterbei-Erstgeburt-Deutschland-West-Ost-ab-1960.pdf;jsessionid=6ACA04A24CB9C4713566C265A9172291.2_cid389?__blob=publicationFile&t=6; letzter Aufruf 16.7.2020
- Deutscher Ethikrat, *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft*, Simultanmitschrift der Jahrestagung vom 14. Mai 2014.
- Deutscher Ethikrat, *Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung*, Stellungnahme vom 22. März 2016, Berlin.
- Deutsches IVF-Register (D·I·R) e. V., *Jahrbuch 2018*, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 16. Jahrgang 2019, Sonderheft 1/2019.
- Deutsches IVF-Register (D·I·R) e. V., *Jahrbuch 2017*, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 15. Jahrgang 2018, Sonderheft 1/2018.
- evangelische arbeitgemeinschaft familie (eaf), *In Verantwortung für Kinder – Für einen Perspektivwechsel in der Familienpolitik!*, Berlin 2017.
- Evangelische Kirche in Deutschland, *Zwischen Autonomie und Angewiesenheit – Familie als verlässliche Gemeinschaft stärken, Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, 3. Auflage, Gütersloh 2013.
- Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (Hrsg.), *Bevor ich Dich im Mutterleib gebildet habe ... Eine Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin des Rates der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE)*, 2017.

- Graumann, Sigrid, Eizellspende - Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen? in: Woopen, Christiane (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016.
- Griesinger, Georg, Was kann die Reproduktionsmedizin? in: Woopen, Christiane (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016.
- Hüppe, Hubert, in: Deutscher Ethikrat, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft. Simultanmitschrift der Jahrestagung vom 22. Mai 2014.
- Jofer, Patricia, Regulierung der Reproduktionsmedizin: Fremdsamenspende, Ersatzmutterchaft und Umgang mit überzähligen Embryonen, Baden-Baden 2014.
- Kentenich, Heribert/Griesinger, Georg, Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland. J. Reproduktionsmed. Endokrinolog, 2013, 10, S. 273–278.
- Knecht, Michi, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland, Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017, Berlin 2017.
- Kramer, Wendy/Schneider, J./Schultz, Natalie, US oocyte donors: a retrospective study of medical and psychosocial issues, Human Reproduction, Volume 24, Issue 12, Dezember 2009, S. 3144–3149, <https://doi.org/10.1093/humrep/dep309>.
- Leopoldina - Nationale Akademie der Wissenschaften, Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung, Halle (Saale) 2019.
- Lettow, Susanne, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland (Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017), Berlin 2017.
- Mayer-Lewis, Birgit, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland, Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017, Berlin 2017.
- Mayer-Lewis, Birgit/Neumann, Regina, Beratung bei Kinderwunsch: Best-Practice-Leitfaden für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch (ifb-Materialien 1-2014), Universität Bamberg.
- Mayer-Lewis, Birgit, Evaluation der Kinderwunschberatung - Erste Studienergebnisse, in: Wischmann/Thorn.
- Passet-Wittig, Jasmin, Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin, Opladen 2017.
- Passet-Wittig, Jasmin/Bujard, Martin/McQuillan, Julia/Greil, Arthur L., Is perception of inability to procreate a temporal phenomenon? A longitudinal exploration of changes and determinants among women and men of reproductive age in Germany, Advances in Life Course Research 2020 [Doi 10.1016/j.alcr.2020.100339]
- Pearson, Helen, Health effects of egg donation may take decades to emerge, Nature 442 (2006), S. 607–608, <https://doi.org/10.1038/442607a>.
- Revermann, Christoph/Hüsing, Bärbel, Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen, Endbericht zum TA-Projekts des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, 2010.
- Riedel, Ulrike: Eizellspende und Leihmutterchaft. Zu rechtlichen Problemen des Fortpflanzungstourismus, in: Woopen, Christiane (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016.
- Söderström-Anttila, Viveca/Wennerholm, Ulla-Britt/Loft, Anne et al., Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. Hum Reprod Update 2016, 22: S. 260–276.
- Statistisches Bundesamt: PM 11.12.2019: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/12/PD19_475_122.html
- Statistisches Bundesamt: Gestiegene Geburtenhäufigkeit bei älteren Müttern, PM vom 3. Sept. 2019
- Statistisches Bundesamt: Qualität der Arbeit, Befristet Beschäftigte: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-4/befristet-beschaeftigte.html>, letzter Aufruf: 17.7.2020
- Storgaard, M./Loft, A./Bergh, C., Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis, Obstetrics and Gynaecology, March 2017, S. 561-572, DOI: 10.1111/1471-0528.14257.
- Thorn, Petra, Deutscher Ethikrat: Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland, Simultanmitschrift der Veranstaltung vom 22.3.2017, Berlin 2017.
- Thorn, Petra, Expertise Reproduktives Reisen (hrsg. vom pro familia Bundesverband), Frankfurt/Main 2008.
- Thorn, Petra/Wischmann, Tewes, Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2008, 5: S. 147–152.
- Wapler, Friederike/Röthel, Anne und Flügge, Sibylla, in: Baer, Susanne/Sacksofsky, Ute, Autonomie im Recht – geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden 2018.
- Wipperrmann, Carsten, Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten (herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), 2014.
- Wischmann, Tewes/Thorn, Petra (Hrsg.), Kinderwunsch? Beratung! Perspektiven in der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland, Tagungsband der öffentlichen Fachtagung, FamART 2018.
- Woopen, Christiane (Hrsg.), Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Entwicklungen, Fragen, Kontroversen, Bonn 2016.

eaf e.V.

Auguststraße 80
10117 Berlin

tel 030 283 95 400

fax 030 283 95 450

mail info@eaf-bund.de

web www.eaf-bund.de