

15. Januar 2021

- Stellungnahme Sachverständige –

Prof. Dr. Claudia Wiesemann

Ist ein Verbot der Eizellspende ausreichend begründbar?

Häufig vorgebrachte Argumente und ihre ethische Bewertung

Für das in Deutschland geltende Verbot der Eizellspende werden eine Reihe von Argumenten vorgebracht. Einige davon beziehen sich auf *die Zulässigkeit von Techniken assistierter Reproduktion (ART) schlechthin*.¹ Dazu zählen Argumente, die sich 1. auf Natürlichkeit als moralischen Wert stützen, 2. den Zugriff auf den weiblichen Körper als Teil eines patriarchalen Denk- und Machtsystems kritisieren, 3. auf die Möglichkeit der Adoption von Kindern als Alternative verweisen, 4. ein „Recht auf ein Kind“ in Frage stellen oder 5. seitens der Katholischen Kirche auf die moralische Bedeutung des Ehesakraments verweisen. Andere Argumente sind *spezifisch auf die Eizellspende bezogen*. Es wird kritisiert, 1. die sogenannte „gespaltene Mutterschaft“ sei dem Kindeswohl abträglich, 2. die Eizellspenderinnen würden einem unverantwortlichen Risiko ausgesetzt und ganz allgemein würde damit 3. eine ethisch problematische Kommerzialisierung der Fortpflanzung vorangetrieben.

Diese gegen die Zulässigkeit der Eizellspende gerichteten Argumente sollen im Folgenden einzeln dargestellt und aus ethischer Sicht einer kritischen Bewertung unterzogen werden.

¹ Es handelt sich hier um die überarbeitete Fassung meines Aufsatzes: Wiesemann C (2020) Ist ein Verbot der Eizellspende ausreichend begründbar? Eine ethische Analyse. In: *Assistierte Reproduktion mit Hilfe Dritter. Medizin - Ethik - Psychologie - Recht*, hrsg. v. K Beier, C Brügge, P Thorn und C Wiesemann, Heidelberg, New York: Springer, S. 129-140.

I Ethische Bewertung von Argumenten gegen Techniken der Assistierte Reproduktion (ART) schlechthin

1. Natürlichkeit

Argument: Eine gerade in den Anfangsjahren der Assistierte Reproduktion vorgebrachte Argumentation wertete diese Verfahren als ‚unnatürlich‘ und deshalb moralisch verwerflich. Tatsächlich ist die Fähigkeit, in einen so intimen und persönlichen Prozess wie die Fortpflanzung, der sich bis dahin im Verborgenen abspielte, einzugreifen, beunruhigend, weil bis dahin Unverfügbares verfügbar gemacht wurde und damit neue Fragen der rechtlichen, sozialen und ethischen Bewältigung aufgeworfen wurden. Kategorien wie Elternschaft, die vorwiegend biologisch verstanden wurden, mussten nun auch kulturell und sozial hergeleitet werden (Wiesemann 2006). Vorgänge des menschlichen Lebens, die bis dahin als naturgegeben und damit schicksalhaft hingenommen wurden, standen nun menschlichen Eingriffen offen und mussten kulturell, sozial und ethisch angemessen ausgestaltet werden.

Ethische Bewertung: Dieses Phänomen betrifft die neuzeitliche Medizin schlechthin und gilt für die Fortpflanzungsmedizin ebenso wie etwa für die Organtransplantation oder die Krebsbehandlung. Die Existenz des Arztberufs beruht geradezu auf der Annahme, dass die Natur des Menschen fehleranfällig und deshalb unterstützungsbedürftig ist. Vorgänge der Natur sind deshalb auch nicht per se moralisch wertvoll, und Natürlichkeit kann allenfalls als heuristisches Ideal angesehen werden. Mit anderen Worten: Wenn ein Ziel auch auf natürlichem Weg erreicht werden kann, ist dieser Weg unter Umständen vorzuziehen. Dies schließt die Alternative einer technischen Bewältigung des Problems jedoch nicht aus.

Argument: Eine Sonderform des Natürlichkeitsarguments ist das Argument, Unfruchtbarkeit sei nicht als Krankheit anzusehen, sondern als Spielart der Natur, und deshalb bestehe auch kein Anspruch auf medizinische Behandlung. Hier werden zwei unterschiedliche Aspekte miteinander verknüpft: der aus dem Krankheitsbegriff abgeleitete Anspruch auf Kostenerstattung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen und der Anspruch auf medizinische Behandlung schlechthin. Es wird also in Frage gestellt, dass Menschen mit Unfruchtbarkeit Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erhalten sollen, da Unfruchtbarkeit nach dieser Auffassung nicht als regelwidrige körperliche Beeinträchtigung, sondern als Lebensstilproblem aufgefasst wird und Ärzte deshalb nicht zuständig seien. Bis heute wird überdies sogar immer wieder die Auffassung vertreten, der Kinderwunsch von Frauen, die sich für assistierte Reproduktion entscheiden, sei überwertig und allenfalls ein psychologisches Problem, das psychotherapeutisch zu behandeln sei (Petersen 1985: 59f).

Ethische Bewertung: Letztere These wurde mittlerweile durch empirische Forschung eindeutig widerlegt (Wischmann 2012). Ganz allgemein ist kritisch zu fragen, warum eine Unfruchtbarkeit, die etwa durch eine Krebserkrankung der Eierstöcke verursacht wird, nicht als Krankheit aufgefasst werden soll. Aber selbst, wenn eine Kostenerstattung im Rahmen der GKV nicht als rechtfertigbar angesehen werden würde, bedeutete dies nicht, dass diese Behandlung *ethisch* nicht zulässig ist. Denn auch das zweite Teilargument, Ärzte dürften nur im Fall einer eindeutigen Krankheit tätig werden, überzeugt nicht. Ein solcher Grundsatz wird schon außerhalb der Fortpflanzungsmedizin nicht eingehalten, wie man etwa an der Leistungssport-Medizin erkennen kann.

2. Technisierung der Fortpflanzung und Diktat der Mutterschaft

Argument: Ein zweiter grundsätzlicher Einwand gegen ART, der sich vor allem auch gegen die Eizellspende richtet, wird von einer Richtung innerhalb des Feminismus vorgebracht. Diese kritisiert ART als intrinsisch schädlich, da sie innerhalb eines patriarchalen Denk- und Machtsystems den Frauenkörper als technisch manipulierbares Objekt inszenierten und Frauen auf ihre Funktion als Gebärende reduzierten (vgl. Tong 1996). Diese Kritik richtet sich sowohl gegen die Ausbeutung des Körpers der Spenderinnen als auch gegen die Unterwerfung der Frau, die schwanger werden will, unter ein vermeintliches Diktat der Mutterschaft. Als problematisch wird die Kombination aus Weiblichkeitsidealen, perfektionistischen Ansprüchen an Elternschaft und einem technologischen Imperativ angesehen (für einen Überblick s. Bernstein 2016). Diese Tendenzen – so das Argument – potenzierten einander in ihrer Wirksamkeit und ließen letztlich die Idee der freien und selbstbestimmten Entscheidung der Frau zur Schimäre werden.

Ethische Bewertung: Tatsächlich empfinden manche Frauen, die eine IVF durchlaufen, die aufwändige Technik als machtvollen Zugriff auf ihren Körper, mit dem ihr ganzes Leben nur dem einen Ziel, schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen, unterworfen wird. Ihr Scheitern empfinden sie als persönliches existenzielles Versagen (Hölzle u. Wiesing 1991). Allerdings kann all diesen drei Tendenzen durch entsprechende begleitende Maßnahmen entgegengewirkt werden. Eine unabhängige Beratung kann etwa die beteiligte Frau besser auf die mit den Techniken verbundenen, teils psychisch belastenden, sich verselbständigenden Dynamiken vorbereiten. Ohnehin kann man in modernen emanzipierten Gesellschaften nicht mehr davon sprechen, dass es nur ein einziges Weiblichkeitsideal gebe, das Frauen zu verwirklichen hätten. Frauen steht heute eine Vielfalt von Lebensentwürfen und Rollenvorstellungen offen, und ein Leben ohne Kinder kommt im 21. Jahrhundert nicht mehr – wie vielleicht noch vor hundert Jahren – einem persönlichen Scheitern gleich. Wenngleich also die Techniken der assistierten Reproduktion durchaus Tendenzen aufweisen, die beteiligten Frauen zu entmündigen und technokratische Lösungen von Problemen, die sozial mitbedingt sind, zu favorisieren, reicht dies nicht aus, um den Einsatz aus ethischer Perspektive schlechthin zu verurteilen (Bernstein u. Wiesemann 2014).

Diesen Tendenzen kann und muss durch entsprechende individuelle und gesellschaftliche Aufklärung und durch ein Empowerment der beteiligten Personen gezielt entgegengewirkt werden.

3. Alternative Adoption

Argument: Nicht selten wird auch als grundsätzlicher Einwand gegen die Zulässigkeit von vielen Techniken der assistierten Reproduktion vorgebracht, Menschen mit Kinderwunsch stünde alternativ die Möglichkeit der Adoption von Kindern zur Verfügung.

Ethische Bewertung: Dies ist allerdings schon rein empirisch-praktisch nicht korrekt. 2016 konnten in Deutschland beispielsweise 1.388 Kinder von nicht verwandten Personen adoptiert werden (Statistisches Bundesamt). Im Vergleich dazu wurden allein aus IVF-Behandlungen in diesem Jahr jedoch 17.041 Kinder geboren, viele Paare nahmen die Technik zudem vergeblich in Anspruch (DIR [Jahrbuch 2017](#)). Allein für die Eizellspende reisen derzeit geschätzt etwa 1.000 bis 3.000 Paare ins Ausland; der Bedarf in Deutschland dürfte jedoch deutlich höher sein, weil sich zurzeit nur wohlhabende Personen eine solche Behandlung im Ausland leisten können. Ein Ausweichen aller dieser Personen auf Adoption würde schon rein praktisch darauf hinauslaufen, der überwiegenden Mehrzahl der Menschen mit Kinderwunsch die Befriedigung ihres Wunsches vorzuenthalten.

4. Recht auf ein Kind

Argument: Manche Autoren argumentieren, man müsse ein negatives Recht auf Freiheit von Eingriffen in das Fortpflanzungsvermögen – etwa durch Fortpflanzungsverbote – von einem positiven Recht auf Fortpflanzung mit Hilfe von aufwändigen medizinischen Technologien unterscheiden. Freiheit der Fortpflanzung gelte nur für den ersten Fall, ein positives Recht auf ein Kind hingegen gebe es nicht.

Ethische Bewertung: In der Tat kann man kein Recht auf ein Kind haben, so wie man etwa ein Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall hat. Die Lohnfortzahlung kann der Staat garantieren, die Realisierung des Kinderwunsches kann niemand garantieren. Auch gegenüber den behandelnden Ärzten kann es also einen solchen technisch-praktischen Anspruch nicht geben. Dies unterscheidet die Ärztin vom Automechaniker, der die Reparatur eines Defekts normalerweise innerhalb einer bestimmten Zeit gewährleisten kann. Allerdings kann man das moralische Recht, ART in Anspruch nehmen zu dürfen, durchaus auch als ein negatives Recht formulieren, nämlich als das Recht, an einer solchen Inanspruchnahme nicht durch staatliche Verbote gehindert zu werden. D.h.: Das Recht auf ein Kind kann verstanden werden als ein Recht auf Zugang zu solchen Techniken, die einen

Kinderwunsch zu realisieren in Aussicht stellen. Aus dieser Perspektive darf der Staat Personen mit Kinderwunsch sowie die beteiligten Reproduktionsmediziner an der Erfüllung des Wunsches nicht hindern, ohne höherrangige Rechtsansprüche ins Feld zu führen.

5. Wert der Ehe

Argument: *Schließlich hat sich auch die Katholische Kirche im Lehramt vielfach kritisch zu Techniken der assistierten Reproduktion geäußert. Als problematisch wird vor allen Dingen die Trennung von sexueller Vereinigung der Ehepartner und Zeugung angesehen, da dies einerseits eine Herabwürdigung des Sakraments der Ehe, andererseits eine Verletzung der Würde des Kindes bedeute (Kongregation für die Glaubenslehre 1987: 34). Normative Grundlage dieser Haltung ist die Vorstellung, der Ehe zwischen Mann und Frau komme ein absoluter Wert zu, und die Würde des Kindes werde nur durch eine eheliche Geburt gewährleistet.*

Ethische Bewertung: Diese Sicht auf die moralische Bedeutung der Ehe wird nur noch von einer Minderheit der Bevölkerung geteilt. Als moralisch gewichtig werden andere, mit der Ehe verbundene Werte angesehen, welche die Ehepartner ebenfalls zu realisieren versuchen, etwa die positive Verbindung, die durch ein gemeinsam aufgezogenes Kind entsteht, auch wenn dieses Kind nicht durch eine sexuelle Vereinigung entstanden ist. Überdies ist mittlerweile die nicht-eheliche Partnerschaft der Ehe rechtlich gleichgestellt; eine Eheschließung homosexueller und lesbischer Paare ist möglich. Diese Reformen folgten nicht nur aus einem Gleichbehandlungsanspruch; sie dienten auch dem Ziel, die Interessen von Kindern aus nicht-ehelichen Gemeinschaften zu schützen, die über Jahrhunderte hinweg gravierende Nachteile gegenüber ehelichen Kindern hinnehmen mussten. Die Auffassung des Katholischen Lehramts ist also in ethischer Hinsicht nicht nur einseitig, sondern hat Weiterungen, die mit Blick auf die betroffenen nicht-ehelichen Kinder als geradezu schädlich anzusehen sind. Sie wird deshalb zu Recht auch von einer großen Zahl von sich als christlich verstehenden Menschen nicht mehr geteilt. Ohnehin ist unsere demokratische Gesellschaftsform auf religiöse Neutralität verpflichtet und muss unterschiedlichen Auffassungen des guten Lebens und damit auch pluralen Vorstellungen von Partnerschaft und Familie ausreichend Raum schaffen, sofern nicht maßgebliche Interessen Dritter betroffen sind.

II Ethische Bewertung von Argumenten spezifisch gegen die Eizellspende

1. Gespaltene Mutterschaft

Argument: Das deutsche Embryonenschutzgesetz verbot 1989 die Eizellspende, weil seelische Konflikte sowie Identitätsfindungsprobleme des Kindes befürchtet wurden. Man wisse nicht, wie junge Menschen die Tatsache, dass zwei Mütter ihre Existenz mitbedingt haben, verkraften würden. Diese Begründung stütze sich darauf, dass die Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind dem Wesen nach anders sei als zwischen Vater und Kind (Günther 2014: B. V. Rn. 90). Denn die Samenspende, die zu einer gespaltenen Vaterschaft führt, wurde nicht verboten (Fischer 2012).

Ethische Bewertung: Heute kann man im Zuge des fortschreitenden Prozesses der Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern nicht mehr so selbstverständlich von einer unterschiedlichen Beziehung von Mutter und Vater zum Kind ausgehen, jedenfalls nicht mit Blick auf die besonders interessierende genetische Elternschaft. Allerdings gab es in der Tat 1990, bei der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes wenig empirische Erkenntnisse darüber, wie Kinder die Tatsache verkraften, dass soziale und genetische Eltern nicht identisch sind. Solche Erkenntnisse liegen mittlerweile für die Samenspende und zum Teil auch für die Eizellspende vor (Söderström-Anttila 2001, Golombok et al. 2005, Ilioi et al. 2015, Golombok 2015, Zadeh 2018). Demnach kommt die ganz überwiegende Zahl der durch Gametenspende gezeugten Kinder gut damit zurecht, allerdings ergeben sich typischerweise ernstzunehmende Identitätsprobleme, wenn so gezeugte Personen von der Gametenspende ungeplant und zufällig erfahren, wenn also damit ein Familiengeheimnis aufgedeckt wird (Blyth 2012). Viele mittels Gametenspende gezeugte Kinder interessieren sich für den Spender oder die Spenderin, weil sie so etwas Wichtiges über ihre eigene Identität zu erfahren hoffen, aber sie stellen damit nicht die Elternschaft ihrer sozialen Eltern in Frage. Aus diesen empirischen Erfahrungen wird mittlerweile ganz überwiegend der Schluss gezogen, die Gametenspende solle nicht anonym erfolgen, um die Möglichkeit zu schaffen, den eigenen Gametenspender sowie auch ggf. vorhandene Halbgeschwister kennen zu lernen.² Auch manche Gametenspender scheinen es für wichtig zu halten, von der Existenz der durch ihren Beitrag gezeugten Kinder zu erfahren. Allerdings fällt es einigen Eltern offensichtlich nicht leicht, ihre Kinder über die Tatsache der Spende aufzuklären (Tallandini et al. 2016). Dieses Problem wird vorrangig durch eine soziale Dynamik bedingt, die hauptsächlich in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung liegt: In dem Maße, wie die Gametenspende als Teil der gesellschaftlichen Normalität behandelt werden würde, würde es auch den Eltern leichter fallen, darüber mit ihren Kindern zu sprechen. Das eigentlich dem

² Kritisch dazu Hallich 2017, Pennings 2017. Beide berücksichtigen meines Erachtens nicht ausreichend, dass gute Erkenntnisse vorliegen über Identitäts- und Beziehungskonflikte bei Jugendlichen und Erwachsenen, die ungeplant vom Faktum der donogenen Insemination erfahren.

Kindeswohl dienende Verbot der Eizellspende in Deutschland führt in diesem Zusammenhang zu zwei besonders problematischen Effekten: Zum einen ist bei einer Spende im Ausland nicht gesichert, dass Daten über die Gametenspenderin hinterlegt werden und das Kind sein Recht auf Kenntnis der Abstammung durchsetzen kann, zum anderen hält die Kriminalisierung in Deutschland Eltern wahrscheinlich davon ab, mit der Tatsache der Spende offen umzugehen.

2. Nachteile für die Eizellspenderin

Argument: Die Rechte der Eizellspenderin spielen in der Debatte über die Zulässigkeit der Technik zu Recht eine große Rolle. Dabei geht es um die Fragen, wie die ethischen Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens angemessen umgesetzt werden können und ob und wie das Selbstbestimmungsrecht der Spenderin gesichert werden könne (Graumann 2008, 2016). Schließlich wird gefragt, ob grundsätzliche Erwägungen von Gerechtigkeit einer Zulässigkeit der Eizellspende entgegenstehen.

Ethische Bewertung: Zur Gewinnung von Eizellen ist die Gabe von Hormonen sowie ein invasiver Eingriff bei der Spenderin nötig. Über mehrere Wochen sind Injektionen unterschiedlicher Hormone erforderlich, um die Reifung einer größeren Zahl von Eizellen zu fördern. Sobald die Eizellen herangereift sind, werden sie mit Hilfe einer transvaginalen Punktion aus den Eierstöcken abgesaugt. Beide Techniken bergen spezifische Risiken. Die hormonale Stimulation kann zu einem Überstimulationssyndrom führen. In leichten Fällen tritt ein Spannungsgefühl im Bauch und leichtes Unwohlsein, gelegentlich auch Übelkeit und Erbrechen auf. Bei mittelschweren Fällen wird zusätzlich frei im Bauch vorhandene Flüssigkeit (Aszites) nachgewiesen. In schweren Fällen kommt es zu Atemnot sowie zu erhöhter Blutungsneigung. In einer Studie von Bodri et al. traten mittelschwere bis schwere Fälle mit einer Häufigkeit von 0,5% der Fälle auf (Bodri et al. 2008). Söderström-Anttila et al. geben eine Häufigkeit von 5% an, differenzieren aber nicht nach der Schwere der Komplikationen (Söderström-Anttila et al. 2016). Ihre Daten basieren auf einer retrospektiven Selbsteinschätzung der Eizellspenderinnen. Komplikationen in Folge der transvaginalen Punktion traten bei 0,42% der Fälle auf, zumeist handelt es sich um Blutungen in den Bauchraum. Bei 0,15% der Spenderinnen war deshalb ein chirurgischer Eingriff nötig (Bodri et al. 2008). Gesundheitliche Spätfolgen – wie etwa Brust- und Gebärmutterkrebs oder Unfruchtbarkeit – treten dagegen nach derzeitigem Kenntnisstand nicht auf; dies lässt sich zumindest aus den Daten schließen, die man im Rahmen von IVF-Behandlungen mit den eigenen Eizellen der betreffenden Frauen erhoben hat; allerdings wären hier weitere spezifische Langzeit-Untersuchung von Eizellspenderinnen vonnöten (Sergentanis et al. 2014, Stoop et al. 2012, Woodriff et al. 2014).

Wenngleich also die kurzfristigen körperlichen Risiken einer Eizellspende nicht zu vernachlässigen sind, erweist sich doch, so eine finnische Studie, dass fast alle Spenderinnen

(98.6%) im Nachhinein zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Eizellspende sind und 94,9% eine solche Spende auch anderen Frauen empfehlen würden (Söderström-Anttila et al. 2016). Vergleichbare Ergebnisse ergab ein systematisches Review aller Studien zu den Erfahrungen von Eizellspenderinnen (Bracewell-Milnes et al. 2016). Trotz dieser insgesamt sehr hohen Zufriedenheitswerte identifizierten Williams und Machin auch eine Reihe von Kommunikations-Problemen zwischen potentiellen Eizellspenderinnen sowie Samenspendern und den Entnahmekliniken und insbesondere Verhaltensweisen, die von den Spenderinnen und Spendern als Herabsetzung ihrer Person und Rolle interpretiert wurden (Williams u. Machin 2018). Auch Söderström-Anttila et al. (2016) stellen fest, dass die Spenderinnen im Nachhinein wünschten, mehr Informationen über die unangenehmen Seiten der Eizellspende erhalten zu haben. Diese kritischen Aspekte sprechen nach Ansicht der befragten Personen aber nicht grundsätzlich gegen die Eizellspende.

Argument: Eizellspende wird auch in strukturschwachen und weniger wohlhabenden Ländern angeboten, wo die allgemeine gesundheitliche Versorgung und die Betreuung der Spenderinnen unter Umständen schlecht sind (Graumann 2008, Bergmann 2014). Ethische Probleme bei der Gewährleistung von Selbstbestimmung und Gerechtigkeit ergeben sich überall dort, wo ein schlechter Informationsstand und die ökonomische Not der Spenderin zur Befriedigung der Bedürfnisse wohlhabender Paare aus besser gestellten Ländern ausgenutzt werden. Für eine selbstbestimmte Entscheidung ist sowohl ausreichende, in ihrer Bedeutung erfasste Information über die Spende als auch Freiheit von direktem oder indirektem Zwang erforderlich. Eine ausreichende Information kann etwa vorenthalten werden, weil die Spenderin keine rechtliche Möglichkeit hat, dies einzuklagen, oder eine von der Fortpflanzungspraxis unabhängige Beratung zu erhalten. Ein indirekter Zwang kann durch eine ökonomische Notlage entstehen, insbesondere dann, wenn der für die Spende gewährte finanzielle Anreiz im Verhältnis zum landestypischen Verdienst ungewöhnlich hoch ausfällt.

Ethische Bewertung: Beispiele guter Praxis in Ländern wie Großbritannien oder Finnland zeigen, dass eine solche Ausbeutung nicht die zwangsläufige Folge der Zulassung der Eizellspende ist. Im Gegenteil würde etwa eine Zulassung in Deutschland im Rahmen eines sorgfältig überwachten Regelwerks, das insbesondere die Selbstbestimmungsfähigkeit der Spenderin fördert und Nebenwirkungen des Eingriffs gering hält, die Gefahr der Ausbeutung nicht nur in Deutschland, sondern auch im Ausland deutlich reduzieren, da es vielen Paaren den Umweg über das Ausland ersparen würde.

3. Kommerzialisierung

Argument: Oft wird gerade mit Bezug auf die Eizellspende kritisiert, es werde einer Kommerzialisierung der menschlichen Fortpflanzung Vorschub geleistet. Tatsächlich ist

Eizellspende derzeit für jene Paare, die dafür ins Ausland, etwa nach Tschechien oder Spanien, reisen müssen, eine finanziell aufwändige Angelegenheit. Manchmal – allerdings seltener im europäischen Kontext – werden diese Reisen von Agenturen vermittelt, die mit Pauschalangeboten Interessenten locken. Solche Reisen werden dann quasi als touristische Angebote – etwa als Wellness-Aufenthalt – vermarktet, wohl um eine zahlungskräftige Kundschaft anzusprechen. Auch wurde – insbesondere aus den USA – bekannt, dass in Einzelfällen Eizellspenderinnen große Summen für ihre Eizellen geboten wurden, weil die Spenderinnen als besonders intelligent und gut aussehend eingeschätzt wurden. Diese Phänomene nähren den Eindruck, Eizellspende finde in einem rein kapitalistisch organisierten Umfeld statt und die Eizellen würden mithin als Ware behandelt (Schneider 2003).³

Ethische Bewertung: Wenngleich diese Einschätzung für Länder wie die USA innerhalb gewisser Grenzen zutreffend ist, ist die daraus abgeleitete Folgerung, das so entstehende Kind sei damit auch nichts anderes als eine auf einem Markt gekaufte Ware, nicht überzeugend. Immerhin werden durch die Eizellspende nur die Voraussetzungen für eine Schwangerschaft der Wunschmutter geschaffen. Die Wunschmutter muss die befruchtete Eizelle noch austragen und das Kind gebären und hat damit einen signifikanten Anteil an der Entstehung des Kindes. Dennoch könnte man dann die Kommerzialisierung von menschlichen Gameten mit guten Gründen als problematisch ansehen, wenn sie die moralische Idee der Elternschaft als einer ideellen – und nicht materiellen – Beziehung zum Kind untergraben würde. Elternschaft ist kein materielles Gut, das auf einem Markt erworben werden kann, sondern eine persönliche, von Verantwortung getragene Beziehung (Wiesemann 2006, 2015). Die Europäische Gemeinschaft hat deshalb schon vor einigen Jahren verfügt, dass menschliche Keimzellen nicht als Ware gehandelt werden dürfen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass keine Aufwandsentschädigung gezahlt werden darf. Gezahlt wird also nicht für die Eizellen (oder gar das Kind), sondern für die Mühe der Spenderin. Auf gleiche Art und Weise wird auch die Organspende gehandhabt, denn menschliche Organe dürfen zwar nicht zu Handels-Objekten werden, aber ein Lebendorganspender erhält üblicherweise eine Entschädigung für die ausgefallene Arbeitszeit und die ggf. anfallenden Zusatzaufwendungen, wie z.B. Fahrten zum Krankenhaus. Vergleichbares kennt man überdies aus der medizinischen Forschung. Dort werden die gesunden Teilnehmer medizinischer Versuche für die in Kauf zu nehmenden Unannehmlichkeiten finanziell entschädigt. Dabei geht es etwa im Rahmen von Phase-I-Arzneimittelstudien um zwar seltene, aber teilweise durchaus nicht unerhebliche körperliche Risiken. Insofern muss es aus Gründen der Vergleichbarkeit auch zulässig sein, Eizellspenderinnen eine Entschädigung für den ihnen abverlangten zeitlichen Aufwand und die körperlichen Belastungen anzubieten, ohne sie zu verdinglichen oder auf diese Weise die gespendeten Eizellen – oder gar das so gezeugte Kind – zur Ware zu degradieren.

³ Dies scheint allerdings auf europäische Länder nicht zuzutreffen, wie eine internationale Studie von Pennings et al. (2014) zeigt.

III Zusammenfassung und abschließende Bewertung des Verbots der Eizellspende in Deutschland

Die Untersuchung hat ergeben, dass keiner der kritischen Einwände in der Lage ist, die Eizellspende aus ethischer Perspektive prinzipiell in Frage zu stellen. Von den grundsätzlich gegen ART gerichteten Argumenten weist nur das der Technisierung der Fortpflanzung und des Diktats der Mutterschaft eine gewisse Plausibilität auf. Allerdings sind die gesellschaftlichen Tendenzen hin zu einer „Mutterschaft um jeden Preis“ nicht so eindeutig, wie zumeist unterstellt wird. Zudem könnte der befürchteten einseitigen Propagierung technischer Lösungen sozialer Fragen durch gezielte Aufklärung und andere soziale Maßnahmen entgegengewirkt werden. Die spezifisch gegen Eizellspende vorgebrachten Argumente sind zwar durchweg stichhaltig, aber ebenfalls nicht so grundsätzlicher Natur, dass ihnen nicht durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen entgegengewirkt werden könnte. Die geteilte Mutterschaft kann wie auch die geteilte Vaterschaft Probleme der Identität bei den Kindern aufwerfen, die allerdings im Rahmen einer besseren Durchsetzung des Rechts des Kindes auf Kenntnis der Abstammung begrenzt werden können und ohnehin voraussichtlich in dem Maße abnehmen werden, wie diese Familien als Teil der Normalität der Gesellschaft begriffen und respektiert werden. Zur Sicherung des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung könnten Regelungen analog zu denen für die Samenspende im Samenspenderregistergesetz getroffen werden. Die Risiken und Belastungen für die Eizellspenderin sind zwar in der Tat nicht unerheblich, mindern aber nicht die allgemeine, retrospektive Zufriedenheit der Spenderinnen mit ihrer Entscheidung. Einem insbesondere durch ökonomische Not oder schlechte Information verursachten Defizit bei der Selbstbestimmung von Eizellspenderinnen könnte in Deutschland gezielt entgegengewirkt werden; dies zeigen etwa die Best-practice-Beispiele aus Großbritannien oder Finnland. Wird der Eizellspenderin eine Aufwandsentschädigung für die mit der Spende verbundenen Belastungen und Risiken und ggf. ihren Verdienstausfall gezahlt, entspricht dies guter medizinischer Praxis auch in anderen Bereichen der Medizin, etwa der Lebendorganspende oder der medizinischen Forschung mit Gesunden. Dies bedeutet nicht, dass das so gezeugte Kind als Ware betrachtet wird.

Paradoxerweise ließen sich einige der Einwände gegen die Zulässigkeit der Eizellspende gerade dann entkräften, wenn die Eizellspende in Deutschland zugelassen werden würde, weil durch entsprechende Regularien und staatliche Aufsicht den befürchteten und im Ausland auch teils eingetretenen Fehlentwicklungen vorgebeugt werden könnte. Nicht zuletzt hat das Verbot in Deutschland die problematische Folge, dass vielen im Ausland gezeugten Kindern weiterhin ihr Recht auf Kenntnis der Abstammung vorenthalten wird, weil die Eizellspende anonym durchgeführt wird. Auch das Bedürfnis mancher

Eizellspenderinnen, etwas über ihre Nachkommen zu erfahren, kann so nicht befriedigt werden.

Selbst wenn man alle kritischen Aspekte der Eizellspende zusammen in die Waagschale wirft, kann ein Verbot nicht ausreichend begründet werden. Dies liegt insbesondere daran, dass wesentliche Grundrechte auch *für ihre Zulässigkeit* angeführt werden müssen: zum einen das Recht auf Selbstbestimmung, insbesondere auf Freiheit der Fortpflanzung, zum anderen das Recht auf Gleichbehandlung und Schutz vor Diskriminierung. Das Grundrecht auf Freiheit der Fortpflanzung umfasst auch das Recht, am Zugang zu Fortpflanzungstechnologien nicht ohne Not gehindert zu werden, sofern nicht Grundrechte Dritter betroffen sind (Beier u. Wiesemann 2013). Zwar sind Nachteile für die Wunschmutter und das Kind zu berücksichtigen, insbesondere das ungefähr doppelt so hohe Risiko für Bluthochdruck bei der Schwangeren und ein erhöhtes Risiko für Frühgeburtlichkeit. Diese überschreiten aber nicht signifikant jene Risiken, die ganz allgemein Frauen mit Vorerkrankungen (z.B. Diabetes) in der Schwangerschaft eingehen und die nach allgemeiner Übereinkunft nicht dazu führen (dürfen), das Recht der Frau auf Freiheit der Fortpflanzung zu beschneiden. Das Recht auf Gleichbehandlung wiederum sichert den Zugang zu Fortpflanzungstechnologien für alle fortpflanzungswilligen Personen unabhängig von Geschlecht oder sexueller Ausrichtung, auch dies jeweils unter der Voraussetzung, dass keine wesentlichen Interessen Dritter berührt werden. Die Befürchtung, die durch Eizellspende „gespaltene“ Mutterschaft erzeuge deutlich mehr Probleme für das Kind als die durch Samenspende „gespaltene“ Vaterschaft hat sich allerdings im Laufe der Jahre nicht bewahrheitet. Deutlich wird mittlerweile vielmehr, dass diese Sorge motiviert war von einem Verständnis der unterschiedlichen familiären Rollen von Männern und Frauen, das zumindest heute als überholt gelten muss.

Fazit

Viele der gegen die Zulässigkeit der Eizellspende vorgebrachten Argumente entspringen entweder einem veralteten Kenntnisstand oder beruhen auf schlecht begründeten Intuitionen. Das Verbot wird überdies paradoxerweise mit problematischen Praktiken in einigen Ländern (zumeist außerhalb Europas) begründet, die unter anderem deshalb Zulauf haben, weil Paare aus Deutschland ins Ausland ausweichen müssen. Gewichtige ethische Gründe *für die Zulässigkeit* werden nicht ausreichend zur Kenntnis genommen; die Erfahrungen in Ländern wie Großbritannien, in denen die Eizellspende sorgfältig geregelt wurde, werden ignoriert.

Aus der Zusammenschau aller hier diskutierten Argumente folgt, dass es ethisch vertretbar und sogar gefordert ist, das Verbot der Eizellspende in Deutschland – unter geeigneten Auflagen zur Sicherung der Rechte von Eizellspenderin, Wunscheltern und Kind – aufzuheben.

Literatur

- Bayertz K (Hrsg.) (2004): Die menschliche Natur. Welchen und wie viel Wert hat sie? mentis, Paderborn.
- Beier K/Wiesemann C (2013): Reproduktive Autonomie in der liberalen Demokratie - eine ethische Analyse. In: Wiesemann C/Simon A (Hrsg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen. mentis, Münster, S. 205-221.
- Bergmann S (2014): Ausweichrouten der Reproduktion. Biomedizinische Mobilität und die Praxis der Eizellspende. Springer VS, Wiesbaden.
- Bernstein, S (2016): Zwischen Technikglaube und Selbstbestimmung – Einfrieren von Eizellen gesunder Frauen in der ethischen Debatte. Diss. med. <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0028-8822-F>
- Blyth E/Crawshaw M/Frith L/Jones C (2012): Donor-conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. *Journal of Law and Medicine*, 19(4), 769–789.
- Bodri D/Guillén J J/Polo A/Trullenque M/Estève C/Coll O (2008): Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. *Reproductive Biomedicine Online*, 17(2), 237–243.
- Bracewell-Milnes T/Saso S/Bora S/Ismael A M/Al-Memar M/Hasan Hamed A/Abdalla H/Thum MY (2016): Investigating psychosocial attitudes, motivations and experiences of oocyte donors, recipients and egg sharers: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(4), 450–465. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw006>
- Fischer T (2012): Ethische Aspekte der donogenen Insemination. Kassel: kassel university press.
- Goisis A/Remes H/Martikainen P/Klemetti R/Myrskylä M (2019): Medically assisted reproduction and birth outcomes: a within-family analysis using Finnish population registers. *The Lancet*, online first. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31863-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31863-4)
- Golombok S (2005): Unusual families. *Reproductive BioMedicine Online*, 10(1), 9-12.
- Golombok S (2015): *Modern Families. Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Graumann S (2008): Eizellspende und Eizellhandel - Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius G. et al. (Hrsg.): Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Universitätsverlag, Göttingen, S. 175-184.
- Graumann S (2016): Eizellspende – Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen? In: Woopen C (Hrsg.): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Entwicklungen, Fragen, Kontroversen. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 62–73.
- Günther H L (2014): In (Günther H L/Taupitz J/Kaiser P(Hrsg.): *Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen* (2., neubearb. Auflage), Kohlhammer, Stuttgart.
- Hallich O (2017): Sperm Donation and the Right to Privacy. *New Bioeth* 23(2), 107-120.
- Hölzle C/Wiesing U (1991): *In-vitro-Fertilisation - ein umstrittenes Experiment*. Springer, Berlin/Heidelberg.
- Ilioi E C/Jadva V/Golombok S (2015): A longitudinal study of families created by reproductive donation: follow-up at adolescence. *Fertility and Sterility*, 104(3), e26. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.07.079>.
- Kongregation für die Glaubenslehre (1987): Instruktion der Kongregation für die Glaubenslehre über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung, Antworten auf einige aktuelle Fragen, „Donum Vitae“, 10. März 1987, Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Nr. 74.
- Pennings G (2017): Disclosure of donor conception, age of disclosure and the well-being of donor offspring. *Human Reproduction*, 32(5), 969–973. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex056>
- Pennings G/de Mouzon J/Shenfield F/Ferraretti A P/Mardesic T/Ruiz A/Goossens V (2014): Socio-demographic and fertility-related characteristics and motivations of oocyte donors in eleven European countries. *Human Reproduction*, 29(5), 1076–1089. <https://academic.oup.com/humrep/article/29/5/1076/675905>
- Petersen P (1985): Sondervotum. In: Bericht der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundesministers für Forschung und Technologie und des Bundesministers der Justiz: In-vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie. Schweitzer Verlag, München, S. 55-65.
- Schneider I (2003): Gesellschaftliche Umgangsweisen mit Keimzellen: Regulation zwischen Gabe, Verkauf und Unveräußerlichkeit. In: Sigrid Graumann, Ingrid Schneider (Hg.): *Verkörperter Technik - Entkörperter Frau. Biopolitik und Geschlecht*, Frankfurt/Main / New York, 41-65.
- Sergentanis T N/Diamantaras AA/Perlepe C/Kanavidis P/Skalkidou A/Petridou E Th (2014): IVF and breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 20(1), 106–123. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmt034>

- Söderström-Anttila V/Foudila T/Ripatti U R/Siegberg R (2001): Embryo donation: outcome and attitudes among embryo donors and recipients. *Human Reproduction*, 16(6), 1120–1128. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.6.1120>
- Söderström-Anttila V/ Miettinen A/Rotkirch A/Nuojua-Huttunen S/Poranen AK/Sälevaara M/Suikkari AM (2016): Short- and long-term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity-release and known oocyte donors. *Human Reproduction*, 31(3), 597–606. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev324>
- Stoop D/ Vercammen L/Polyzos N P/de Vos M/Nekkebroeck J/Devroey P (2012): Effect of ovarian stimulation and oocyte retrieval on reproductive outcome in oocyte donors, *Fertility and Sterility*, 97(6), 1328-1330. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.03.012>
- Tallandini M A/Zanchettin L/Gronchi G/Morsan V (2016), Parental disclosure of assisted reproductive technology (ART) conception to their children: a systematic and meta-analytic review. *Human Reproduction*, 31(6), 1275-1287. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew068>
- Tober D (2019): Compensating Egg Donors: United States vs Spain. [Online] *impact ethics*. Available from: <https://impactethics.ca/2019/02/04/compensating-egg-donors-united-states-vs-spain/> [Accessed 12th February 2019].
- Tong R (1996): *Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections And Practical Applications*. Westview Press, Boulder/Colorado.
- Wiesemann C (2006): *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft*. München: C. H. Beck.
- Wiesemann C (2015): Natalität und die Ethik von Elternschaft und Familie. *Zeitschrift für Praktische Philosophie* 2, 213-236.
- Williams R A/Machin L L (2018): Rethinking gamete donor care: A satisfaction survey of egg and sperm donors in the UK. *PLoS One*, 13(7), e0199971.
- Wischmann T (2012): Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen: Ihre Relevanz für die Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen. In: Rauprich O/Vollmann J (Hrsg.): *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Lit-Verlag, Münster, S. 21-35
- Woodriff M/ Sauer M V/Klitzman R (2014): Advocating for longitudinal follow-up of the health and welfare of egg donors. *Fertility and sterility*, 102(3), 662-666. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.05.037>
- Zadeh S/Ilioi E C/Jadva V/Golombok S (2018): The perspective of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>
- Zeiler K/Malmquist A (2014): Lesbian shared biological motherhood: the ethics of IVF with reception of oocytes from partner. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(3), 347-355. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9538-5>