

Fortpflanzungsmedizin in Deutschland

Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft

Jahrestagung

Donnerstag · 22. Mai 2014 · 10:00 bis 18:00 Uhr

Humboldt Carré
Behrenstraße 42
10117 Berlin

Programm

Begrüßung	3
Christiane Woopen · Vorsitzende des Deutschen Ethikrates	3
I. Sachstand	6
Moderation: Jochen Taupitz · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	6
Was kann die Medizin?	6
Georg Griesinger · Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck	6
Was erlaubt das Recht?	13
Dagmar Coester-Waltjen · Georg-August-Universität Göttingen	13
II. Ethische Kontroverse	21
Moderation: Wolfgang Huber · Mitglied des Deutschen Ethikrates	21
Die Zukunft der Familie: Anthropologische Grundlagen und ethische Herausforderungen	22
Eberhard Schockenhoff · Mitglied des Deutschen Ethikrates	22
Fortpflanzungsmedizin und reproduktive Autonomie	27
Claudia Wiesemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates	27
Diskussion mit dem Publikum	33
III. Foren	40
A – Eingriffe in die Keimbahn. Im Fokus: Vorkern- und Spindeltransfer bei mitochondrialen Erkrankungen	40
Moderation: Wolf-Michael Catenhusen · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	40
Klaus Reinhardt · Eberhard Karls Universität Tübingen: Zum naturwissenschaftlich- medizinischen Sachstand	40
Karin Brosius · Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke: Zur Perspektive von Betroffenen	41
Wolf-Michael Catenhusen	46
Alena Buyx · Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Zur gesellschaftlichen Debatte um „Drei-Eltern-Babys“ in Großbritannien	46
Fragen und Diskussion	50

B – Biologische und andere Eltern. Im Fokus: Eizellspende und Leihmutterschaft	58
Moderation: Michael Wunder · Mitglied des Deutschen Ethikrates	58
Ulrike Riedel · Mitglied des Deutschen Ethikrates: Zu rechtlichen Problemen des „Fortpflanzungstourismus“	58
Sigrid Graumann · Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe: Zur Autonomie und Ausbeutung von Frauen	59
Marina Rupp · Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg: Zu „ungewöhnlichen Familien“ als Herausforderung für die Gesellschaft	62
Fragen und Diskussion	64
C – Zeitverschobene Elternschaft. Im Fokus: „Social Freezing“	78
Moderation: Eckhard Nagel · Mitglied des Deutschen Ethikrates	78
Jörg Puchta · Kinderwunschzentrum an der Oper, München: Zum Verfahren in der Praxis.....	78
Fragen aus dem Publikum	82
Almut Dorn · Praxis für gynäkologische Psychosomatik, Hamburg: Zu den Folgen für die Betroffenen	84
Andreas Bernard · Leuphana-Universität Lüneburg: Zu den Auswirkungen auf die Gesellschaft.....	87
Fragen und Diskussion	89
IV. Konsequenzen	101
Moderation: Burkhard Plemper · Journalist	101
Berichte aus den Foren.....	101
Forum A: Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates.....	101
Forum B: Herbert Mertin · Mitglied des Deutschen Ethikrates	104
Forum C: Peter Dabrock · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	106
Ergebnisse der öffentlichen Befragung	108
Katrin Amunts · Mitglied des Deutschen Ethikrates	108
Die Verantwortung der Politik – Diskussion mit Parlamentariern, Ratsmitgliedern und Publikum ...	110
Hubert Hüppe · CDU.....	110
Harald Terpe · Bündnis 90/Die Grünen.....	111
Kathrin Vogler · Die Linke.....	111
Schlusswort.....	124
Prof. Christiane Woopen.....	124

Begrüßung

Christiane Woopen • Vorsitzende des Deutschen Ethikrates

Sehr geehrte Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie herzlich zur Jahrestagung des Deutschen Ethikrates, der diese Tagung einem seit Jahrzehnten in vieler Hinsicht notorisch umstrittenen Thema widmet: der Fortpflanzungsmedizin.

Seit Louise Brown 1978 als erster außerhalb des weiblichen Körpers gezeugter Mensch, also nach einer In-vitro-Befruchtung, das Licht der Welt erblickte, verdanken weltweit über 5 Millionen Menschen dieser technologischen Entwicklung ihr Leben. Der Lebenstraum vieler Frauen und Männer, ein Kind zu bekommen, obwohl das bei ihnen auf dem seit Menschengedenken praktizierten natürlichen Weg nicht funktioniert, konnte sich damit erfüllen.

Kinder zu zeugen, zu gebären und großzuziehen, eine Familie zu gründen und in dieser die körperliche und seelische Heimat zu finden ist für viele Menschen ein wesentliches Lebensziel und stiftet Sinn. Die Fortpflanzung kann also ein wesentliches Element eines gelingenden Lebens sein, und die Medizin kann sie unterstützen. Fortpflanzungsmedizin ist für die Paare, bei denen sie erfolgreich ist, ein Mittel zur Verwirklichung des *individuellen Lebensentwurfs* – das ist das erste Stichwort des Dreiklangs, den Sie im Untertitel der Tagung finden.

Individuelle Lebensentwürfe lassen sich mit den Mitteln der Fortpflanzungsmedizin auch dort verwirklichen, wo unter natürlichen Gegebenheiten keine Fortsetzung möglich ist, und zwar unabhängig von einer gesundheitlichen Funktionsstörung. Nicht nur wird die Zeugung vom Geschlechtsakt getrennt, in einem weiteren Schritt

wird die Loslösung der Keimzellherkunft von den sonstigen biologischen und sozialen Bezügen der Fortpflanzung ermöglicht. Das ist bei Samenzellen noch nie verwunderlich gewesen, führt aber inzwischen zu weltweit agierenden Samenbanken mit detailliertesten Spenderprofilen einschließlich genetischer Matchingprogramme und Voraussagen über die mögliche genetische Ausstattung des Kindes. Besonders beliebt sind Voraussagen über die Intelligenz und Sportlichkeit des zu erwartenden Nachwuchses.

Dadurch, dass nun auch Eizellen außerhalb des Körpers verfügbar sind, wird jeder Schritt der Reproduktion gestaltbar: Keimzellen sowie Embryonen können eingefroren und können gespendet werden, in die Keimbahn kann eingegriffen werden, Schwangerschaften können in Auftrag gegeben und die Kinder von anderen, fremden Frauen ausgetragen werden. Individuelle Lebensentwürfe von Menschen, die sich ein Kind wünschen, können damit auch in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften oder für allein-stehende Personen erfüllt werden. Damit leistet die Fortpflanzungsmedizin einen Beitrag dazu, den individuellen Lebensentwurf dieser Menschen zu verwirklichen. Sie leistet aber auch einen Beitrag dazu, traditionelle Vorstellungen von *Familie* infrage zu stellen, dem zweiten Stichwort des Dreiklangs. Was macht eine Familie eigentlich aus? Die Beziehungs- und Abstammungsverhältnisse oder die emotionale Verbundenheit, die Lebensweise und das gegenseitige verbindliche Füreinander-Einstehen?

Der Begriff der Familie weitet sich aus, er wird zunehmend ein soziales Konzept und ist im Verhältnis innerhalb einer Generation und zwischen den Generationen immer weniger biologisch rückgebunden. Das verändert – wertungsfreigemeint – eine *Gesellschaft*, denn Familie ist ei-

nes ihrer Grundelemente, ihr „Kitt“, ihr „Binde-mittel“, wie manche sagen. Inwiefern ist es ethisch bedeutsam, ob familiäre Beziehungen biologisch oder vertraglich begründet werden wie bei einer Leihmutterchaft? Was im Einzelfall ein nachvollziehbarer Wunsch zum Beispiel nach einer Eizellspende oder einer späten Mutterchaft sein kann, kann in der Summe zur Verschiebung gesellschaftlicher Normalitätsvorstellungen führen, zum Beispiel darüber, wie der Lebenslauf einer Frau auszusehen hat, oder über das, was eine Familie ausmacht. Rechtsregeln, die auf biologische Abstammungsverhältnisse Bezug nehmen, müssen unter diesen Umständen überdacht und möglicherweise weiterentwickelt und ergänzt werden und prägen ihrerseits wiederum gesellschaftliche Vorstellungen.

Dieser Dreiklang von individuellen Lebensentwürfen, Familie und Gesellschaft ist dem Ethikrat deswegen so wichtig, weil es bei der Fortpflanzung eben nicht nur um die Selbstbestimmung des Einzelnen über sein Leben geht, sondern immer auch um die Verantwortung für einen anderen Menschen, das Kind und die nächste Generation oder – wie im Fall von Keimbahneingriffen – gar die nächsten Generationen auf unabsehbare, fortentwickelte Zeit und um die Entwicklung einer Gesellschaft, die wiederum ihrerseits prägt, ob und wie ihre Mitglieder die eigenen Lebensziele verfolgen können. Das ist der Rahmen, den der Ethikrat für diese Tagung gewählt hat.

Kommen wir zur konkreten Situation der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Sie wird gesetzlich durch das Embryonenschutzgesetz bestimmt, das 1991 als Strafgesetz in Kraft trat. Wenige Jahre später gab es eine Verfassungsänderung, die die Gesetzgebungskompetenz zur Fortpflanzungsmedizin in die Hände des Bun-

destages legte. Das ist nun fast zwanzig Jahre her. Immer wieder gab es seither Anläufe, davon Gebrauch zu machen – alle blieben auf der Strecke. Gerichte müssen sich um die offenen oder zumindest umstrittenen Punkte kümmern, wie in den vergangenen Jahren um die Präimplantationsdiagnostik oder aktuell um die Frage, wie viele Eizellen eigentlich genau innerhalb eines Zyklus befruchtet werden dürfen: drei oder vielleicht doch ein paar mehr?

Einige der Techniken, die heute im Zentrum unserer Diskussion stehen werden, sind nach dem Embryonenschutzgesetz verboten: die Eizellspende, die Leihmutterchaft sowie Keimbahneingriffe. Das sogenannte Social Freezing ist nicht geregelt. Der Ethikrat wollte im Vorfeld wissen, welche Meinungen dazu diejenigen vertreten, die sich für unsere Tagung interessieren, und hat deswegen eine Online-Befragung durchgeführt. Die Ergebnisse werden Ihnen heute Nachmittag vorgestellt.

Das breite Spektrum an Themen zur Fortpflanzungsmedizin hat den Ethikrat dazu bewogen, ein neues Format für seine Jahrestagung zu wählen: Erstmals führen wir am Nachmittag drei parallel stattfindende Foren durch; mehr dazu erfahren Sie vor der Mittagspause.

Das *erste Forum* widmet sich den Eingriffen in die Keimbahn, falls durch die Eizelle eine bestimmte mitochondriale Erkrankung vererbt werden kann. Durch unterschiedliche Transferprozesse zwischen der betroffenen und einer gespendeten Eizelle kann – so die Hoffnung – die Vererbung dieser Krankheit vermieden werden. Viele biologische und medizinische Fakten sind hier noch unbekannt, die Einführung dieser Technik wird gleichwohl diskutiert, insbesondere und sehr aktuell in England. Gestern endete dort die öffentliche Konsultation des Gesund-

heitsministeriums zu einem Gesetzentwurf, der diese Art von Keimbahneingriff erlauben soll. Die genetische Ausstattung der Eizelle wird verändert; in diesem Fall wird von „Drei-Eltern-Babys“ gesprochen, weil das Kind neben dem Genom des Vaters auch das Kerngenom der einen Mutter und die mitochondriale Genetik, also die genetische Ausstattung der anderen Frau trägt. Pflanzte es sich fort, wird die neue Kombination über Generationen weitergegeben. Was für die einen die segensreiche Vermeidung schwerer Krankheit bedeutet, ist für die anderen der Weg zur Eugenik und ein unverantwortliches generationenübergreifendes Experiment.

Das *zweite Forum* fragt nach biologischen und anderen Eltern mit dem Fokus auf der Eizellspende und der Leihmutterchaft. Manch deutsches Paar fährt ins Ausland, um diese Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen; von Fortpflanzungstourismus ist die Rede. Versuchen sie sich damit unter gerechtfertigter Bezugnahme auf die Selbstbestimmung einen Lebenstraum zu erfüllen, der ihnen eigentlich auch in Deutschland möglich sein müsste? Welche Auswirkungen auf das Kindeswohl sind zu bedenken? Werden Eizellspenderinnen und Leihmütter in ihrer Gesundheit gefährdet und zu Opfern kommerzieller Ausbeutung? Welche Verantwortung tragen wir mit Blick auf Entwicklungen im Ausland, die mit Eizellspendeprogrammen und Wohneinheiten für Leihmütter zuweilen den Eindruck einer Fortpflanzungsindustrie hervorrufen?

Im *dritten Forum* wird die zeitverschobene Elternschaft diskutiert. Nicht die Verwendung von Keimzellen nach dem Tod steht im Vordergrund, sondern das Einfrieren unbefruchteter Eizellen einer jungen Frau, die diese dann zu einem deutlich späteren Zeitpunkt mit größerer Aussicht auf Erfolg für eine Befruchtung verwenden möchte,

als dies mit gealterten Eizellen zu erwarten wäre. Das Verfahren der Kryokonservierung wurde ursprünglich aus medizinischen Gründen für kranke Frauen entwickelt, denen beispielsweise Eierstockgewebe durch eine Krebserkrankung entfernt werden musste. Auch im Deutschen wird die Anwendung aus Gründen der individuellen Lebensplanung, also ohne dass eine Krankheit vorliegt, „Social Freezing“ genannt; „soziales Einfrieren“ schien wohl keine attraktive Bezeichnung zu sein. Ist Social Freezing ein Segen für die Frauen, die nicht früh genug einen Partner finden oder lieber erst noch ein paar Jahre lang ihren beruflichen Weg sichern oder gar Karriere machen wollen – oder ist es ein medizintechnischer Lösungsversuch für die sozialen Probleme einer unerbittlichen Leistungsgesellschaft, die immer noch keine ausreichenden Konzepte für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie anbietet, und das alles noch auf Kosten der Gesundheit möglicherweise von Mutter und Kind? Schlägt die hinzugewonnene Freiheit der Frauen um in einen neuen Zwang zu einer ganz bestimmten Lebensplanung mit später Mutterchaft?

Auch wenn es dem Ethikrat insbesondere um die differenzierte Information und Diskussion in der Öffentlichkeit geht, kann die politische Dimension dieser grundlegenden gesellschaftlichen Fragen nicht fehlen. Deswegen schließen wir den Tag mit einer Diskussion, bei der vier Abgeordnete der vier Bundestagfaktoren mit uns über die Verantwortung der Politik sprechen. Sie hat die Aufgabe, die Rahmenbedingungen für die Fortpflanzungsmedizin festzulegen, zu gestalten und dabei sowohl eine moralische Tyranis als auch ein Auseinanderbrechen der Gesellschaft mit allen damit verbundenen individuellen Identitätsverlusten zu vermeiden.

Letztlich geht es um die Fragen: Wie weit reicht die individuelle Fortpflanzungsfreiheit? Welche Verantwortung tragen wir für das Wohl der Kinder? Was macht für uns Familie aus und in welcher Gesellschaft wollen wir leben?

Wir alle gemeinsam müssen hierauf Antworten finden – dazu möchte der Ethikrat mit der Jahrestagung einen Beitrag leisten. In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen fruchtbaren Tag!

I. Sachstand

**Moderation: Jochen Taupitz · Stv.
Vorsitzender des Deutschen Ethikrates**

Meine sehr geehrten Damen und Herren, auch von mir ein herzliches Willkommen zu unserer diesjährigen Jahrestagung. Ich habe die Freude und Ehre, den ersten Teil unserer Jahrestagung zu moderieren. Dort soll es um den Sachstand gehen, denn man kann nicht vernünftig ethisch und politisch diskutieren, wenn man nicht weiß, worum es geht.

Es ist uns gelungen, zu diesem Teil unserer Veranstaltung – wie auch zu den anderen Teilen – hochkarätige Referenten einzuladen. Ich stelle Ihnen die Referenten nur kurz vor; denn in Ihren Tagungsunterlagen finden Sie die Lebensläufe und Abstracts der Referenten.

Zunächst wird Herr Prof. Dr. Georg Griesinger sprechen. Er ist der Direktor der Sektion für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, also Fortpflanzungsmediziner des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Lübeck. Er wird die Frage beantworten: Was kann eigentlich die Medizin?

Anschließend wird Frau Professorin Dagmar Coester-Waltjen zu uns sprechen. Sie war zwanzig Jahre lang Professorin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, ist ausge-

wiesene Familienrechtlerin, Rechtsvergleichlerin, war lange auf dem Gebiet des internationalen Privatrechts tätig und hat nach ihrer Emeritierung in München vier Jahre das Lichtenberg-Kolleg der Georg-August-Universität in Göttingen geleitet. Sie wird die Anschlussfrage stellen: Was darf eigentlich das Recht oder was erlaubt das Recht den Fortpflanzungsmedizinern?

Herr Griesinger, ich darf Sie zunächst bitten, zu uns aus medizinischer Sicht zu sprechen.

Was kann die Medizin?

**Georg Griesinger · Universitäres
Kinderwunschzentrum Lübeck**

(Folie 1)

Sehr geehrter Herr Taupitz, sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Einladung. An mich wurde herangetreten, über den Sachstand zu referieren; das ist ein weites Feld. Ich werde es schlaglichtartig machen, Sie über den Sachstand in der Reproduktionsmedizin unterrichten und Ihnen dann einige Neuerungen vorstellen, im Besonderen jene, die für die weiteren Tagesordnungspunkte dieser Jahrestagung relevant sind.

(Folie 2)

Kurz zum Sachstand. Wir haben weltweit rund 1,5 Millionen Behandlungszyklen assistierter Reproduktion [ART], davon rund eine halbe Million allein in Europa.

In Deutschland gibt es schätzungsweise 1 bis 1,5 Millionen Paare, die in ihrer reproduktiven Phase einmal eine Subfertilität erleben. Hier werden pro Jahr rund 80.000 Behandlungszyklen assistierter Reproduktion durchgeführt und pro Jahr rund 10.000 Kinder nach assistierter Reproduktion geboren.

(Folie 3)

Wenn man den Anteil der Kinder nach assistierter Reproduktion an den insgesamt geborenen Kindern betrachtet, so gibt es in Europa Spitzenreiter, zum Beispiel Dänemark oder Belgien: Vier von hundert Kindern sind dort IVF[In-vitro-Fertilisation]-Kinder. In Deutschland sind es rund zwei von hundert Kindern, ähnlich wie England, in den skandinavischen Ländern, Island, Slowenien; hier sind einige ausgewählte Länder, in denen rund drei von hundert Kindern nicht mehr natürlich, sondern assistiert gezeugt wurden.

(Folie 4)

Mein erstes Schlaglicht ist das Alter: Die Paare in Kinderwunschbehandlung werden immer älter.

(Folie 5)

Dazu zeige ich Ihnen Daten aus dem deutschen IVF-Register. Wir sehen über den Jahresverlauf von 1997 bis 2012 das durchschnittliche Alter der Frau unter IVF-Behandlung, und wir sehen im jüngsten Registerbericht, dass erstmalig die Marke von 35 Jahren in Deutschland geknackt wird. Andere Staaten sind inzwischen bei 36 Jahren mittleres Alter. Das mittlere Alter ist ähnlich wie der Median; das heißt: Eine von zwei Frauen, die eine IVF-Behandlung in Deutschland bekommt, ist jenseits der 35, in Spanien jenseits der 36, in den USA jenseits der 36,5.

(Folie 6)

Das überrascht nicht, denn wir sehen insgesamt den Trend zur späten Mutterschaft. Bedenken Sie, dass wir in Deutschland im Jahr 2008 auch erstmalig die Marke des 30. Lebensjahres bei der Geburt des ersten ehelichen Kindes geknackt haben.

(Folie 7)

Dazu ein kurzer Exkurs mit Bezug zum Social Freezing: Wer benötigt Social Freezing?

(Folie 8)

Es gab in jüngerer Zeit einige Initiativen, zum Beispiel jene der amerikanischen Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin, die die Bevölkerung wachrütteln soll dahingehend, dass es immer schwieriger wird, Kinder zu bekommen, je älter man wird. Wenn wir das wörtlich betrachten, steht hier: „Women in their twenties and early thirties are most likely to conceive.“

(Folie 9)

Das ist allerdings in der Fachwelt nicht unumstritten. Dazu gibt es einige auch jüngere Daten. Sie sehen hier auf der X-Achse unten die Monate ab dem Zeitpunkt Absetzung der Pille. Im Zeitpunkt 0 wird die Pille abgesetzt; dann vergehen 10, 15, 20 Monate, und das Paar hat in dieser Zeit im statistischen Mittel zweimal pro Woche Geschlechtsverkehr. Das ist ein statistisches Modell. Auf der Y-Achse sehen Sie, wie viele von 100 Frauen über die Zeit schwanger werden.

Mit einem roten Pfeil habe ich den Unterschied zwischen den 19- bis 26-jährigen und den 35- bis 39-jährigen Frauen für die Wahrscheinlichkeit, in Jahresfrist schwanger zu werden, markiert. Sie sehen, dass der Unterschied minimal ist. Nach 24 Monaten hat sich das fast nivelliert.

(Folie 10)

Ähnliche Daten wurden letztes Jahr von Andy Rothman publiziert und gingen durch die Medien, eine zeitgenössische Kohorte: Frauen versuchen, schwanger zu werden, und legen den Geschlechtsverkehr in das optimale Zeitfenster. Von den 20- bis 24-jährigen Frauen sind in einem Jahr 78 von 100 schwanger geworden, von den 35- bis 40-jährigen ebenfalls 78 von 100.

(Folie 11)

Die jüngsten Daten wurden diesen Monat publiziert. Das ist eine Integration aus Studien von Kohorten ohne Pille, ohne Verhütung, zum Beispiel Hutterer oder historische Kohorten; es gibt auch eine deutsche Kohorte. Aus diesen Kohorten wurde systematisch extrapoliert, wann das Ende der Fruchtbarkeit erreicht ist. Wenn Sie hier auf die 38-jährige Frauen schauen, so ist im statistischen Mittel eine von fünf Frauen mit 38 Jahren unfruchtbar geworden; die große Mehrzahl der Frauen zwischen 35 und 40 wird ganz normal spontan schwanger.

Für den Kontext des Social Freezing bedeutet dies, dass es tatsächlich nur für Frauen infrage kommt, die absehbar die Erfüllung des Kinderwunsches jenseits des 40. Lebensjahrs verlagern wollen. Diese Information möchte ich nicht vorhalten, weil das gerade in der Fachwelt intensiv diskutiert wird.

(Folie 12)

Mein nächstes Schlaglicht hebt auf die Eizellspende ab. Die Hormonstimulation ist unabdingbar im Rahmen der künstlichen Befruchtung und dort von Interesse, wo sie bei der Eizellspenderin mit Risiken und Belastung verbunden ist, weil die Eizellspenderin nicht unmittelbar von der Behandlung profitiert. Das wichtigste Risiko der Hormonstimulation ist das Überstimulationssyndrom.

(Folie 13)

Üblicherweise treten diese gefürchteten Überstimulationssyndrome bei einer bis vier von hundert Frauen auf, die eine IVF-Behandlung für sich selbst durchleben. Es wurde sogar geschätzt, dass drei Todesfälle pro 100.000 IVF-Behandlungszyklen im Gefolge dieser Überstimulationssyndrome auftreten können. Viele Kollegen sagen, das ist vielleicht eine Überschätzung.

Wir haben heute eine neue Behandlungsoption; sie nennt sich Agonist Trigger. Ich möchte Sie nicht mit endokrinologischen Details belasten, aber zeigen, dass diese neue Behandlungsoption das Risiko der hormonellen Stimulation gänzlich geändert hat.

(Folie 14)

Wir haben Daten aus der Eizellspende, da gibt es retrospektive Studien und randomisierte Studien. Beim konventionellen Vorgehen waren die Eizellspenderinnen durch die Hormonstimulation einem signifikanten Gesundheitsrisiko durch Überstimulation ausgesetzt. Das lässt sich beziffern auf rund fünf von hundert und rund zehn von hundert in diesen Studien, die eine Überstimulation erlitten.

Mit dieser neuen Behandlungsoption – und das sind erkleckliche Fallzahlen – sehen wir keine Überstimulationssyndrome mehr. In der gesamten Weltliteratur sind für diese neue Behandlungsoption nur noch drei Fallberichte zur Überstimulation nach hormoneller Stimulation im Kontext des Agonist Trigger zu finden. Das ist bedeutsam, weil bei der Eizellspende ja eine Interessensabwägung erfolgen muss, inwiefern die Gesundheitsrisiken der Spenderin vertretbar sind.

(Folie 15)

Mein nächstes Schlaglicht: Wir haben heute hocheffiziente Einfriermethoden, und diese erlauben uns erst seit wenigen Jahren auch die Gefrierlagerung von unbefruchteten Eizellen. Unbefruchtete Eizellen sind sehr empfindlich gegenüber Gefrierschäden, und erst seit wenigen Jahren gibt es die Option, Social Freezing überhaupt durchzuführen. Dies hat auch die Lagerung und den Handel mit Eizellen analog der Situation, wie wir es mit Spermazellen seit Langem kennen, möglich gemacht hat.

(Folie 16)

Kurz zur Methodik. Sie werden in dem Zusammenhang immer wieder über den Begriff der Vitrifikation stolpern; das bedeutet ultraschnelles Einfrieren, wörtlich übersetzt: Verglasung.

Was passiert? Normalerweise würde Wasser bei Einfrierprozessen Kristallform annehmen. Das kann Zellen schädigen. Beim ultraschnellen Einfrieren passiert das so rasch unter Zugabe von Zucker und Alkohol, sodass eine Flüssigkeit nicht kristallisiert (wie hier), sondern verglast.

(Folie 17)

Diese Vitrifikation können wir in allen Entwicklungsstadien anwenden. Sie ist also bei der unbefruchteten Eizelle, der befruchteten Eizelle, dem Embryo in allen Teilungsstadien und auch im Blastozystenstadium hochgradig wirksam, also effizient.

(Folie 18)

Das heißt: In der Eizellspendesituation gibt es einen starken Trend weg von der Frischspende hin zur Gefrorenenspende.

(Folie 19)

Warum? Die Frischspende ist mit großen organisatorischen Herausforderungen verbunden: Sie müssen dazu die Spenderin und die Empfängerin hormonell synchronisieren, gleichschalten. Jetzt haben wir die Situation, dass wir Eizellen entnehmen können, einfrieren, gegebenenfalls entsprechend typisieren (darauf komme ich gleich zu sprechen) und dann eine Zuordnung treffen können, gegebenenfalls länderübergreifend und Kontinente überschreitend.

Wegbereiter waren hier die Spanier, die sehr große Eizellspendeprogramme fahren. Sie haben im Eizellspendeprogramm gezeigt: Wenn man Eizellen vitrifiziert und das mit frisch verwendeten Eizellen in Eizellspendeprogrammen ver-

gleicht, ist die Fertilisierungsrate ähnlich: Überleben nach Auftauen 97 Prozent der Eizellen und sehr hohe Schwangerschaftsraten, pro einzelne Embryo-Übertragung, obwohl die Eizelle dem Stress des Einfrierens und Auftauens ausgesetzt war.

(Folie 20)

Zur Zukunft der Eizellspende. Im Moment haben wir vorrangig noch diese Situation: Es gibt eine Commercial Egg Bank zum Beispiel irgendwo in Spanien in einem großen IVF-Zentrum, die mit nur mit einem Zentrum zusammenarbeitet. Hier wird synchronisiert, Spenderin, Empfängerin, Matching usw.

Wir sehen jetzt schon den Trend, dass eine solche Bank mit mehreren IVF-Kliniken unter einem Verbund arbeitet, mit gleichem Qualitätsmanagement, Spender-ID, geweberechtlichen Rahmenbedingungen usw. Die Zukunft wird wahrscheinlich sein, dass es ähnlich wie in anderen Transplantationssituationen große zentralisierte Banken gibt, die wahrscheinlich auch gesteigerten Anforderungen unterliegen, was gewerbegesetzliche Vorgaben usw. betrifft, aber auch beispielsweise einer staatlichen Regelung gut zugänglich sind (das ist vielleicht eine Chance in dem Zusammenhang) und eine Vielzahl von IVF-Kliniken bedienen können.

(Folie 21, 22)

Das überspringe ich.

(Folie 23, 24)

Wenn wir die Situation in den USA betrachten: Von Frauen im Alter von 42 Jahren, die eine IVF-Behandlung machen wollen, macht es in den USA eine von fünf Frauen nicht mehr mit den eigenen Eizellen. Bei den 45-jährigen Frauen sind es 50 Prozent der Frauen, die nicht mehr auf die eigenen Eizellen zurückgreifen können, sondern auf die Eizellspende angewiesen sind.

(Folie 25)

Ein wichtiges Thema im Kontext der Eizellspende ist das Matching, die Übereinstimmung. Es gibt traditionell das phänotypische Matching, das heißt, eine Frau geht zur Eizellspende nach Spanien und wünscht sich eine Spenderin, die eine ähnliche Statur hat, Größe, Augenfarbe, Haarfarbe usw. Darüber hinaus gibt es jetzt die Möglichkeit, auch noch ein genetisches Matching zu machen; das darf ich kurz skizzieren.

(Folie 26)

Wir haben eine Eizellspenderin, die genetisch – wie, erkläre ich Ihnen gleich – untersucht wird oder untersucht werden kann, ob sie Trägerin von Erkrankungen ist. Hier sind besonders die autosomal-dominanten Erkrankungen interessant, also die, die Spenderin durch ihre Eizelle in die Paarsituation einbringen könnte. Darüber hinaus gibt es die Fragestellung der genetischen Verwandtschaft zwischen Spenderin und Eizell-Empfängerin.

Außerdem ist in dem Kontext interessant, ob es möglicherweise ein Risiko dadurch gibt, dass der Partner der Empfängerin ähnliche Anlagen für die Entwicklung einer Erkrankung beim Kind trägt wie diese Spenderin, sodass auch hier ein Abgleich erfolgen kann. Wenn dann in der Eizellspende eine gemeinsame Anlageträgerschaft zwischen Partner und Spenderin positiv getestet würde, könnte eine PID [Präimplantationsdiagnostik] erwogen oder das Paar hinsichtlich der Möglichkeiten der Pränataldiagnostik beraten werden.

Das ist wirklich schlagend, denn bei der Eizellspende haben wir die Situation, dass eine IVF gemacht wird und damit die Embryonen auch der Untersuchung zugänglich sind, wogegen der Abgleich hier zwischen Frau und Mann gegenwärtig seltener noch genutzt wird, aber auch im

Kontext der IVF zunehmend nachgefragt wird. Warum? Weil die Embryonen verfügbar sind.

(Folie 27)

Zur genetischen Übereinstimmung, das darf ich jetzt ganz grob vereinfachen, aber vielleicht kurz für Sie zur Erklärung: Im Paläolithikum, als sich das Eis zurückgezogen hat und die Baumgrenze in Europa von Süden nach Norden gewandert ist, wurde Europa repopularisiert. Nun gibt es im Wesentlichen drei genetische Stämme – Westeuropa ganz dominant, aus Spanien südlich der Pyrenäen kommend, dann Nordbalkan, Transsilvanien, und schließlich Kaukasus –, die sogenannte Haplotypen formen, die wir bis heute nachvollziehen können.

(Folie 28)

Dies soll grob vereinfacht darstellen, wie stark die Unterscheidung in diesen Haplogruppen in der Bevölkerung ist.

(Folie 29)

Wenn Sie ins Internet gehen, finden Sie eine Reihe von Angeboten. Es gibt Leute in den USA, die wollen zum Beispiel wissen, ob sie Native American Ancestry in ihren Genen haben. Das lässt sich mit relativ großer Sicherheit bestätigen oder ausschließen.

(Folie 30)

Das Gleiche können wir im europäischen Kontext machen und das wird bereits kommerziell angeboten. Es gibt mehrere Plattformen. Die nach meinem Kenntnisstand am häufigsten verwendete ist das Recombine Assay. Es kombiniert die Untersuchung auf Erkrankungen, nämlich 178 (das wird ständig erweitert), und den Abgleich nach genetischer Verwandtschaft. Dafür untersucht dieses Recombine Assay sogenannte SNPs [Single Nucleotide Polymorphisms] im Genom für inzwischen über 200 Erkrankungen und

520 SNPs für die Bestimmung der genetischen Ähnlichkeit zwischen der Empfängerin und der Spenderin.

(Folie 31)

Kurz in die Genetik: Wir sprechen von sogenannten Haplotypen. Das sind Screeningmethoden. Haplotyp bedeutet, dass wir eine Mutation nicht zwingend detektieren, sondern nur die Wahrscheinlichkeit bestimmen, mit der eine Mutation vorliegt oder ein Verwandtschaftsgrad existiert.

(Folie 32-34)

Ich kürze die technischen Details mit Blick auf die Uhr etwas ab.

(Folie 35)

Von besonderem Interesse in dem Kontext sind die Erkrankungen, die erstens häufig sind und zweitens sehr schwer in ihrer Ausprägung sind.

(Folie 36)

Ich möchte es durch eine Publikation veranschaulichen, die letztes Jahr auf dem europäischen Jahreskongress vorgestellt wurde. Ein Eizellspendeprogramm hat 400 Spenderinnen gebankt, auf Eis liegen, und 80 Empfängerpaare. Diese werden genetisch mit dem Recombine Assay getestet. Dabei wird festgestellt, dass zwei der 400 Spenderinnen Anlageträgerinnen einer autosomal dominanten Erkrankung sind. Das bedeutet: Wenn alle 80 Empfängerpaare schwanger werden und das Kind austragen, wäre im statistischen Mittel ein Kind von einer autosomal dominanten Erkrankung betroffen.

Durch Matching mit dem Partner der Eizellempfängerin wurde ein statistisches Risiko von 5,7 Prozent errechnet, dass das Kind eine autosomal dominante Erkrankung entwickeln könnte. Das heißt: Alle 80 Frauen empfangen und bekommen ein Kind, dann wäre eines dieser Kinder von ei-

ner autosomal dominanten Erkrankung betroffen. Das ist die Stoßrichtung dieses Matchings und Screenings.

(Folie 38)

Zum Single-Embryo-Transfer möchte ich nur kurz erwähnen, dass wir in Deutschland Schlusslicht in Europa sind. In den skandinavischen Ländern wird zu über 50 Prozent inzwischen nur ein Embryo in die Gebärmutter übertragen, um Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden.

(Folie 40)

Wenn ich den Single-Embryo-Transfer möchte, heißt das, dass ich eine Embryonenauswahl erlauben muss. Dafür gibt es drei wichtige Techniken: Erstens kann diese Embryonenauswahl nach rein morphologischen Kriterien funktionieren; das ist im erweiterten Sinne die Blastozystenkultur. Zweitens gibt es die Morphokinetik und drittens die Genetik (Präimplantationsgenetisches Screening, PGS).

(Folie 41-42)

Bei der Morphokinetik passiert Folgendes: Sie bekommen in einem IVF-Zentrum von einer Firma ein Gerät. Dort wird die Eizelle nach Befruchtung hineingegeben, und eine Kamera macht über Phasenkontrast in definierten Abständen immer wieder ein Bild des Embryos. So sieht man genau die Teilungsgeschwindigkeit und die Entwicklung des Embryos in der Petri-schale über die ersten fünf Tage der Entwicklung. Man kann so frühe Ereignisse der embryonalen Entwicklung wie erste und zweite Zellteilung genau definieren und hat durch Beobachtungsstudien versucht, eine Assoziation herzustellen zwischen diesen Ereignissen und der Wahrscheinlichkeit, dass der Embryo lebensfähig ist.

(Folie 43)

Daraus werden recht komplexe hierarchische Cluster entwickelt. Das muss man sich so vorstellen: Der Embryologe stellt fest, ob der Embryo lebensfähig ist; erfüllt dieser bestimmte Kriterien, kommt er in die nächste Stufe. Somit werden bei ihm hierarchisch bestimmte Ereignisse abgefragt, und darüber erfolgt eine Zuweisung in eine Prognoseklasse der Wahrscheinlichkeit einer Lebendgeburt. Diese sollte von A+ (hohe Wahrscheinlichkeit) bis D- (niedrige Wahrscheinlichkeit) reichen. Das sind aber Dinge, die der durchschnittliche Reproduktionswissenschaftler nicht mehr durchschaut.

(Folie 44-46)

Das Präimplantationsgenetische Screening möchte ich nur insofern erwähnen, als es in den USA eine Renaissance erfährt. Dort gibt es Zentren, die es im großen Umfang durchführen. Es bedeutet die Untersuchung des Embryos auf Fehlverteilung der Chromosomen.

Alles was ich Ihnen erzählt habe, ist schon Realität.

(Folie 47)

Die nächste Stufe wäre, dass wir Keimzellen im Labor herstellen können. Das nennt man In-vitro-Follikulogenese. Es gibt verschiedene Ansätze, Keimzellen in Kultur zu züchten. Es gibt Xenotransplantationsmodelle (das ist ein Bild aus meinem Labor), die aber alle wahrscheinlich völlig unzureichend sind.

(Folie 48)

Der nächste große Durchbruch wird von den oogonialen Stammzellen erwartet, von denen wir heute annehmen, dass sie tatsächlich existieren.

Auch hier ganz kurz: Was sind die Vorstellungen dazu? Biopsie des Ovars, Isolierung der oogonialen Stammzellen, die dann unterschiedlichsten

Verwendungen zugeführt werden können. Das heißt: Einerseits kann ich damit diese Zellen charakterisieren und studieren; ich habe damit auch völlig neue Möglichkeiten, zum Beispiel zu verstehen, was zum Eizellverlust bei der alternden Frau führt, und kann möglicherweise Medikamente entwickeln, die eine Frau einnimmt (ähnlich wie eine Pille), um das zu bremsen, und natürlich für die reproduktive Verwendung durch Transplantation im Rahmen der IVF.

(Folie 49)

Mit Blick auf die knappe Zeit hoffe ich, dass ich Ihnen schlaglichtartig einige Anregungen für die weitere Diskussion mit auf den Weg geben konnte, und bedanke mich.

Jochen Taupitz

Vielen Dank, Herr Griesinger. Wir hätten Ihnen noch eine ganze Stunde zuhören können, aber wollen nun dem Publikum die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen.

Eberhard Schockenhoff

Herr Griesinger, Sie haben die Möglichkeiten erwähnt, im Rahmen des Social Freezing einzufrieren. Böte das nicht noch ganz andere Perspektiven, dass man nämlich nicht mehr bereits befruchtete Embryonen, Zygoten einfriert und damit das Problem der überzähligen Embryonen elegant umschiffen hätte? Dann bräuchten wir auch nicht mehr die Dreierregelung diskutieren, sondern würden unbefruchtete Eizellen einfrieren und erst befruchten, wenn wir sie transferieren. Das wäre doch eine elegante Lösung eines großen moralischen Problems, unter dem die gesamte Reproduktionsmedizin bisher steht.

Georg Griesinger

Das ist technisch leider nicht machbar. Denn auch das Einfrieren unbefruchteter Eizellen entbindet uns nicht des Problems, dass wir festlegen

müssen, wie viele Eizellen wir auftauen, wie viele wir jetzt einem Befruchtungsversuch unterwerfen müssen, wie viele sich tatsächlich befruchten lassen, wie viele Embryonen eine regelrechte Präimplantationsentwicklung aufnehmen und wie viele tatsächlich geboren werden. Das Problem haben wir dadurch nicht gelöst. Insofern denke ich nicht, dass das ein valider Zugang ist oder das Problem der überzähligen Embryonen lösen kann.

Claudia Wiesemann

Vielen Dank für diesen spannenden Vortrag. Ich habe gelernt, dass die Briten mit den Spaniern verwandt sind; das war mir noch nicht so klar.

Meine Frage bezieht sich auf das genetische Screening für Eizellspenderinnen, das offensichtlich spannende Aussichten birgt, Gesundheitsschädigungen bei Kindern vorzubeugen. Wie ist die Informationspolitik gegenüber den Spenderinnen? Wenn Sie ein so ausführliches genetisches Screening machen, hat das Auswirkungen auf die Familienplanung der Spenderinnen?

Georg Griesinger

Ich spreche jetzt als Theoretiker, weil wir in Deutschland ja keine Eizellspende haben. Nach meinem Verständnis unterliegt das Regelungen. Wenn wir Spanien betrachten, so gibt es nationale Gesetzgebungen, die das regeln, sowie Leitlinien und teilweise Berufsrecht, die definieren und festlegen, in welcher Form die Spenderin aufgeklärt werden muss, nicht nur über ihre Gesundheitsrisiken, sondern auch über die gegebenenfalls Überschussinformation, die hier anfällt. Dass das geregelt sein muss und ein Anspruch auf Wissen oder Nichtwissen besteht, ist selbstredend.

Jochen Taupitz

Daran, dass keine weiteren Fragesteller dort stehen, können wir erkennen, dass Sie wunderbar klar gesprochen und nichts offengelassen haben. Jetzt wird Frau Coester-Waltjen uns sagen, was Sie aus dem Blickwinkel des deutschen Rechts alles dürfen.

Was erlaubt das Recht?

Dagmar Coester-Waltjen · Georg-August-Universität Göttingen

Meine Damen und Herren, herzlichen Dank für die Einladung, für die Gelegenheit, zu Ihnen sprechen zu dürfen. Angesichts der weit gespannten Thematik und des relativ kurzen Zeit werde ich die mir gestellte Frage: „Was erlaubt das Recht?“ nur holzschnittartig beantworten können. Ich bitte Sie, die Kürzungen und Auslassungen zu entschuldigen. Ich werde im Hinblick auf die zahlreichen umstrittenen Fragen nur einige mit Thesen versehen.

1. Der verfassungs- und menschenrechtliche Rahmen

Aus dem umfangreichen Gesetzesmaterial sind die verfassungs- und menschenrechtlichen Vorgaben von entscheidender Bedeutung. Vor diesem Hintergrund sind die Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes und die relevanten familienrechtlichen Regelungen zu analysieren. Die weiteren Regelungsbereiche, z. B. die berufsrechtlichen Bestimmungen, werde ich nicht in die Betrachtung einbeziehen.

Das Recht, eine Familie zu gründen, steht unter dem grundsätzlichen Schutz der Europäischen Menschenrechtskonvention und der EU-Grundrechte-Charta. Das Gleiche gilt für den Schutz des Privat- und Familienlebens. Das Recht, über die eigene Fortpflanzung zu bestimmen, ist Teil des verfassungsrechtlich verbürgten allgemeinen

Persönlichkeitsrechts. Die Verfassung schützt darüber hinaus Ehe und Familie. Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung ergibt sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht eines jeden Menschen und ist durch die UN-Kinderrechte-Konvention geschützt.

Die genannten Rechtspositionen sind aber nicht notwendig deckungsgleich. So ist das Recht, über die eigene Fortpflanzung zu bestimmen, nicht dasselbe wie das Recht, eine Familie zu gründen. Die Begriffe „Vater“ und „Mutter“ sind grundrechtlich und menschenrechtlich nicht vorgegeben. Zwar wird man von einem überwiegend abstammungsmäßig definierten Elternverständnis ausgehen können, aber eben nicht ausschließlich. Neben oder anstelle der genetischen Verbindung kann auch die soziale Elternschaft in die Schutzposition einrücken. Dies zeigen im deutschen Recht bspw. die Adoption und die Wirksamkeit einer nicht der genetischen Verbindung entsprechenden Vaterzuordnung über die Ehe der Mutter oder über eine Vaterschaftsanerkennung. Insofern befinden wir uns hier in einem Bereich, in dem bereits die Definition der Ausgangsposition schwierig ist und einem gesellschaftlichen Wandel unterliegen mag.

Hinzu kommt, dass die erwähnten Schutzpositionen nicht unbegrenzte Rechte verleihen. So verbietet etwa die Europäische Grundrechtecharta eugenische Selektion und reproduktives Klonen; die Europäische Menschenrechtskonvention gewährt in diesen besonders sensiblen moralischen und ethischen Fragen den nationalen Gesetzgebern einen Ermessensspielraum zur Berücksichtigung der moralischen und kulturellen Einstellung in ihren jeweiligen Gesellschaften – jedenfalls solange es keinen europäischen Konsens gibt. Nach der deutschen Verfassung schließlich finden die Rechte ihre Grenze an der

verfassungsmäßigen Ordnung und den Rechten anderer. Für Letztere sind in erster Linie die Menschenwürde, der Lebensschutz und die Wahrung der Persönlichkeitsrechte aller Beteiligten zu nennen.

Auch bei diesen Rechtspositionen wird sogleich klar, dass sich über ihren Inhalt im Einzelnen trefflich streiten lässt. Deutlich machen möchte ich damit, dass für die Frage, was das Recht erlauben und was es verbieten muss, durch den verfassungs- und menschenrechtlichen Rahmen zumindest in den Randbereichen keine eindeutigen Antworten vorgegeben sind.

2. Zum einfachen Recht

Wenden wir uns dem zu, was zurzeit eindeutig erlaubt und eindeutig verboten ist, wo Zweifel bestehen, wo notwendige Regelungspunkte offen gelassen sind. Dabei sollte trotz der beurteilten Beurteilungsspielräume stets die Vereinbarung der Regelungen mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben im Auge behalten werden.

Eindeutig erlaubt ist die Samenspender unter Einwilligung des Spenders und unabhängig von seinem familienrechtlichen Status.

Zulässig ist die Verwendung des zur Verfügung gestellten Spermias für eine In-vivo- oder In-vitro-Befruchtung mit der zusätzlichen Einwilligung der Frau, deren Eizellen befruchtet werden. Dies ist ebenfalls unabhängig von ihrem familienrechtlichen Status. Allerdings ist die Vornahme der Befruchtung einem Arzt grundsätzlich mit Approbation für Humanmedizin vorbehalten. Die Befruchtung darf (mit zahlenmäßige Begrenzung) nur zur Herbeiführung der Schwangerschaft der Frau, deren Eizellen befruchtet werden, erfolgen.

Zulässig ist die Weiterkultivierung imprägnierter Eizellen, soweit dies zur Herbeiführung einer

Schwangerschaft notwendig ist, sowie die Kryokonservierung dieser befruchteten Eizellen.

Erlaubt ist nach überwiegender, aber nicht völlig unbestrittener Meinung auch die Übertragung eines sogenannten verwaisten Embryos auf eine andere Frau (Embryonenspende), soweit alle Beteiligten dem zustimmen.

Erlaubt ist die Gewinnung und Kryokonservierung von Eizellen ohne zahlenmäßige Begrenzung, aber auch hier nur durch einen Arzt und mit Einwilligung der betroffenen Frau.

Zulässig ist die Forschung an Gameten (unbefruchteten Keimzellen), soweit sie nicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet werden.

Dem stehen eindeutige Verbote des Embryonenschutzgesetzes gegenüber: das absolute Verbot der Eizellenspende und der Ersatzmutterschaft, die Erzeugung überzähliger Embryonen und die Vorratshaltung von Embryonen, die Vornahme der Befruchtung zur anderen Verwendung als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, Eingriffe in Erbinformationen, Chimären- und Hybridbildung, eine präkonzeptionelle Geschlechtsselektion und eine genetische Untersuchung des Embryos vor dem Embryotransfer außerhalb besonderer Erlaubnistatbestände.

Verboten sind auch Entnahme und Verwendung von Keimzellen, insbesondere ihre Befruchtung und der Embryotransfer ohne Einwilligung der Betroffenen sowie die portmortale Verwendung von Samenspende.

c. Umstrittene und offene Fragen

Innerhalb der Vorgänge, die grundsätzlich erlaubt sind, gibt es umstrittene und offene Fragen. Dazu meine folgenden Thesen.

These 1: Von den imprägnierten Eizellen können über das 2-Pronuklein[PN]-Stadium so viele

weiter kultiviert werden, wie voraussichtlich notwendig sein werden, um höchstens drei entwicklungsfähige Embryonen zu erzeugen.

Es dürfte inzwischen weitgehend Konsens sein, dass sich die vom Embryonenschutzgesetz vorgegebenen Höchstzahlen für Befruchtung und für transferierende Embryonen nur auf die entwicklungsfähigen, transferierbaren Embryonen beziehen. Die Zahl der Eizellen, die entnommen und imprägniert werden, ist nicht durch das Embryonenschutzgesetz begrenzt, wohl aber von der Einwilligung der Betroffenen abhängig.

These 2: Als zulässig sollte auch der Single Embryo Transfer betrachtet werden, wenngleich dieser Punkt in der Literatur umstritten ist. Es geht um die Frage, ob bei Vorhandensein von zwei oder drei grundsätzlich transferfähigen Embryonen nur der optimal entwickelte Embryo übertragen werden darf.

Der Gesetzgeber wollte zwar die Erzeugung überzähliger überlebensfähiger Embryonen vermeiden, andererseits soll das Ziel der Reproduktionsmedizin, zu einer erfolgreichen Schwangerschaft und Geburt eines Kindes zu führen, durch die Bestimmung des Embryonenschutzgesetzes nicht konterkariert werden. Der sich alternativ anbietende Fetozid bei Mehrlings- und Zwillingschwangerschaften ist unter den Gesichtspunkten von Lebensschutz und Menschenwürde sicherlich die bedenklichere Lösung.

Der Wertungswiderspruch, der sich hier aus den verschiedenen rechtlichen Regelungen ergibt, muss im Hinblick auf die gebotene enge Auslegung der Straftatbestände zu Gunsten einer Zulässigkeit des Single-Embryo-Transfer aufgelöst werden. Allerdings ist es eine dringende Forderung an den Gesetzgeber, sich dieser Problematik im Rahmen eines den modernen Erkenntnissen entsprechenden Reproduktionsmedizingesetz-

zes anzunehmen und dabei auch die Frage des Umgangs mit den auch nach den heutigen Regeln möglicherweise übrigbleibenden Embryonen zu regeln.

These 3: Zur Übertragung verwaister Embryonen auf eine Wunschmutter ist grundsätzlich die Zustimmung der Keimzellegeber erforderlich.

Zwar lässt § 4 Embryonenschutzgesetz [ESchG] einen Embryotransfer ohne die Zustimmung dieser Person straffrei, im Hinblick auf das Persönlichkeitsrecht der Betroffenen ist jedoch die Herbeiführung einer Schwangerschaft mit ihren Keimzellen ohne ihre Zustimmung aus verfassungsrechtlicher und zivilrechtlicher Sicht nicht zulässig und kann ggf. schadensersatzpflichtig machen.

These 4: Die Strafbarkeit der wissentlichen Befruchtung einer Eizelle mit dem Spermium eines Verstorbenen bedarf einer Revision und die Frage der Dauer und Art der Aufbewahrung sollte geregelt werden.

Das vom Gesetzgeber des Embryonenschutzgesetzes betonte Anliegen, die Generationenfolge sicherzustellen und zeitverschobene Elternschaft zu vermeiden, mag grundsätzlich als legitimer Ansatz bezeichnet werden. Jedoch ist einerseits dieses Anliegen nicht konsequent durchgeführt: Beispielsweise besteht kein Verbot des Embryonentransfers eines verstorbenen Keimzellegebers. Das Herausgreifen des Spermiums ist eher zufällig und daher als Straftatbestand nicht tragbar. Der Gesetzgeber sollte sich im Rahmen eines Reproduktionsmedizingesetzes Gedanken über die zeitlichen Dimensionen machen. Dazu gehört das Social Freezing, die Frage der Dauer der Kryokonservierung von befruchteten Eizellen, die zeitlichen Grenzen sowohl für Embryonen wie auch für imprägnierte Eizellen und Gameten

insgesamt. Ausländische Regelungen geben dazu vernünftige Vorbilder.

These 5: Im Hinblick insbesondere auf die in den vorangegangenen drei Thesen berührten Probleme ist die Einrichtung eines Registers, die Festschreibung von Registrierungs-, Dokumentations- und Auskunftspflichten sowie die Festlegung einer Aufbewahrungspflicht zu fordern.

Diese Dokumentations-, Registrierungs- und Auskunftspflichten müssen sich angesichts des Rechtes des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung nicht nur auf die Verwendung von Samenspenden bei einer heterologen In-vivo- oder In-vitro-Fertilisation beziehen, sondern auch imprägnierte Eizellen und Embryonen umfassen. Es ist genau zu dokumentieren, von welcher Person die Eizelle und von welcher das Spermium stammt. Der Bundesgesetzgeber sollte sich zur Schaffung eines Zentralregisters durchringen. Dabei sollte die Art der Pseudonymisierung – im Adoptionsrecht spricht man von Inkognito-Adoption – und ihrer Entschlüsselung standardisiert werden, damit man nicht in Bayern etwas anderes heraus findet als in anderswo.

These 6: Die Straftatbestände, die Eingriffe in die Keimbahn und in das Erbgut verhindern sollen (§§ 5, 6, 7 ESchG i. V. m. § 8 ESchG), sind im Hinblick auf neue Techniken (insbesondere somatische Kerntransplantationen) eher zufällig und daher überarbeitungsbedürftig

Dies wirft die Frage auf, welches Vorgehen wir akzeptieren wollen, welches nicht. Der zur Vermeidung der Übertragung kranker Mitochondrien im Tierversuch durchgeführte Vorkerntransfer, wo eine Eizelle mit gesunden Mitochondrien und eine Eizelle mit kranken Mitochondrien bis zum 2PN-Stadium entwickelt, sodann beide entkernt und die noch nicht verschmolzenen Zellkerne aus der kranken Zelle in die Zelle mit den

gesunden Mitochondrien transferiert wird, würde – wenn man dies auf den Menschen überträgt – an § 1 Abs. 2 ESchG scheitern, weil in die Eizelle mit den gesunden Mitochondrien Sperma eingebracht worden ist, ohne eine Schwangerschaft der Frau, von der diese Eizelle stammt, herbeiführen zu wollen. Dieses Verbot dürfte wohl unter den Gesichtspunkten von Menschenwürde und Lebensschutz gerechtfertigt sein.

Würde man hingegen den Zellkernaustausch vor dem Einbringen der Samenzelle vornehmen (Spindeltransfer), so ist fraglich, ob hier das Verbot des § 5 ESchG, der eine Veränderung der keimbaren Zellen verbietet, eingreift, denn man könnte davon sprechen, dass der Austausch der im Zellkern enthaltenen Erbinformation keine Veränderung derselben ist.

Ist das Vorhandensein eines minimalen Anteils von Erbinformationen in den Mitochondrien ausreichend, um dennoch von einer Veränderung des Erbgutes zu sprechen? Das ist eine Frage, die auch an die Genetiker und die Mediziner zu stellen ist. Eine Strafbarkeit dürfte im Augenblick bei diesen Unsicherheiten und den Anforderungen, die an strafrechtliche Normen zu stellen sind, nicht zu bejahen sein. Dennoch sollte zu diesen Fragen – auch wenn sie sich zurzeit noch nicht konkret stellen – ein gesellschaftlicher Konsens über Zulässigkeit (auch außerhalb der Straflosigkeit) gefunden werden. Angesichts des großen Leids, das durch einen Spindeltransfer verhindert werden könnte, halte ich die Akzeptanz dieses Vorgangs grundsätzlich für wünschenswert.

These 7: Mit meiner letzten These möchte ich auf Eizellenspende, Embryonenspende und Ersatzmutterschaft zu sprechen kommen und eine Öffnung für die Zulässigkeit derselben fordern.

Als Argumente gegen die Zulässigkeit werden in der Regel vor allem die Unerträglichkeit einer gespaltenen Mutterschaft und die Gefahr der Ausbeutung von Frauen geltend gemacht. Nun lässt das Recht eine gespaltene Vaterschaft bei der heterologen Fertilisation zu. Zwar unterscheiden sich Sperma und Eizelle insbesondere durch die in Letzteren vorhandenen Mitochondrien, aber dieser Unterschied ist nicht so groß, dass er eine unterschiedliche Behandlung in dem äußerst sensiblen Bereich der Fortpflanzung rechtfertigen könnte (wir haben eben darüber schon einiges im medizinischen Vortrag gehört). Im Wesentlichen gleiche Sachverhalte müssen gleich behandelt werden. Außerdem akzeptiert das Gesetz die gespaltene Mutterschaft sowieso bei der Spende der verwaisten Embryonen. Insofern ist es inkonsequent, die Eizellenspende aus Furcht vor gespaltenen Mutterschaft zu verbieten. Den Schutz der Frauen vor Ausbeutung möge man ihnen selbst überlassen und ihnen nicht den Weg zur Fortpflanzung verbauen.

Auf die Frage, was erlaubt das Recht?, ist daher zu antworten: Das Embryonenschutzgesetz sieht zwar in der Eizellenspende einen Straftatbestand, unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten ist dieses Verbot aber nicht haltbar.

Erlaubt man die Eizellenspende, wird sich der Wunsch nach einer Embryonenspende weitgehend erübrigen. Viele, wenngleich nicht alle Kinderwünsche, die zurzeit durch die in Deutschland unzulässige Ersatzmutterschaft im Ausland erfüllt werden, würden keine Probleme mehr bereiten.

Dennoch bedarf die Embryonenspende – nach dem derzeitigen Embryonenschutzgesetz für verwaiste Embryonen zulässig – einiger Überlegungen. Mit den fortgeschrittenen Möglichkeiten des Embryo-Sorings und dem Transfer allein ei-

ner optimal entwicklungsfähigen Blastozyste könnte man die anderen entwicklungsfähigen, übrig bleibenden Embryonen als solche zweiter Klasse bezeichnen. Die Frage, was mit übrig gebliebenen Embryonen außer der derzeit erlaubten Vernichtung geschehen sollte, bedarf daher einer erneuten gesellschaftlichen Diskussion.

Kurz zur Ersatzmutterschaft. Man mag die nach deutschem Recht nicht zulässige Vereinbarung, eine Schwangerschaft für andere zu übernehmen und das geborene Kind an die Wunscheltern abzugeben, als problematisch betrachten. Das derzeitige Verbot hat aber fatale Folgen: Es fördert den Fortpflanzungstourismus, unterbindet durch die Strafbarkeit der Beihilfe eine vernünftige Beratung und liefert die geborenen Kinder einem ungewissen Schicksal aus. In einer globalen Gesellschaft ist dieser Problematik nur angemessen beizukommen, wenn man innerstaatlich legitimen Bedürfnissen Raum gibt und dazu beiträgt, dass auf internationaler Ebene eine Verständigung über gemeinsame Standards zu erreichen ist und Grundprinzipien als Voraussetzung für die Akzeptanz derartiger transnationaler Vorgehen entwickelt werden. Dazu gehört beispielsweise keine Kommerzialisierung, Sicherstellung der Einreisemöglichkeiten des Kindes, Ermöglichung der Kenntnis der eigenen Abstammung. Auf diese Weise könnte effektiver und menschenwürdiger der Ausbeutung von Frauen und Kinderhandel begegnet werden als durch das absolute Verbot. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Jochen Taupitz

Vielen Dank, Frau Coester-Waltjen, für Ihren Vortrag. Auch hierzu wird es sicherlich Fragen oder Widerspruch geben.

Wolfgang van den Daele

Sie haben bei dem mitochondrialen Transfer erwähnt, dass das Verbot der einen Variante unter dem Gesichtspunkt der Menschenwürde offenbar tragfähig ist. Ist das nicht ein Argument, das man beliebig verschieben kann, denn wie definieren wir an dieser Stelle Menschenwürde?

Dagmar Coester-Waltjen

Ich habe zu Anfang versucht klarzumachen, dass die Frage der Menschenwürde ein offener Begriff ist, den wir verfassungsrechtlich nicht nur nach den Grundsätzen, die wir in unserem Recht vorfinden, definieren können, sondern wo wir über das Recht in die Ethik, in die Religionen, aber auch über die einzelnen Grenzen hinausschauen müssen. Wenn man auf der einen Seite schweres Leid, schwere Leiden vermeiden kann und auf der anderen Seite der Eingriff und die Veränderungen, die man vornimmt, die Persönlichkeit des Einzelnen nicht berühren, ist das eine Abwägung, die man vornehmen könnte. Und wenn wir in diesen Bereichen das Menschenwürde-Argument anführen (ich habe es ja selbst getan), müssen wir diesen Abwägungsprozess machen. Menschenwürde ist nichts Absolutes.

Frau Schicketanz

Sie haben gesagt, dass es in Deutschland verboten ist, Embryonen nach ihrem Geschlecht zu selektieren. Für mich als Nicht-Juristin stellt sich die Frage, wie das mit der Tatsache zu vereinbaren ist, dass es mehrere Firmen gibt, die offenbar legal Bluttests verkaufen, mit denen es werden den Eltern möglich ist, vor der zwölften Schwangerschaftswoche das Geschlecht des Kindes herauszufinden (unter anderem wird dort nach Trisomie 13, 18, 21 und den Geschlechtschromosomen gesucht) und die geltende Fristenregelung zu benutzen, um eine unerkannte eugenische Selektion (in Anführungszeichen) oder ei-

ne Selektion nach Geschlecht vorzunehmen. Wie ist das juristisch möglich?

Dagmar Coester-Waltjen

Im deutschen Recht gibt es leider zwei Ebenen, auf denen sich die Grundsätze in einem gewissen Widerspruch finden. Wir haben den relativ weiten straffreien Schwangerschaftsabbruch; darüber können Sie den Fetozid bei Mehrlingschwangerschaften und diese indirekte Selektion straffrei machen; und dann haben wir das Embryonenschutzgesetz, und da ist es auf einmal enger. Ich will damit nicht sagen, dass ich für eine Selektion bei der Präimplantation bin, aber wir haben einfach dieses Problem, dass wir diese Wertungswidersprüche nicht zusammenbekommen.

Peter Dabrock

Ich habe eine Frage zu Ihrer siebten These. Wie sichern Sie Ihre Argumentationslogik gegen zu schnellen Missbrauch ab, dass man sagt, man könne nicht verhindern, dass es dann beispielsweise zu Fortpflanzungstourismus kommt. Könnte man nicht genau mit dieser folgenorientierten, manch einer würde sagen: utilitaristischen Logik nicht auch fordern: Gut, dann müssen wir irgendwelche innerstaatlichen Regelungen finden für andere globale Phänomene, bei denen wir sagen, die wollen wir nicht gern bei uns im Lande haben, wie Kinderarbeit oder Humanexperimente? Wo bringen Sie den zweiten Absicherungsschritt hinein, damit Ihr Argument, das ja eine Plausibilität hat, nicht missbraucht wird?

Dagmar Coester-Waltjen

Ich möchte dazu auf einen anderen Vorgang zurückgreifen. In vielen Gesellschaften wurde jahrhundertlang der außereheliche Geschlechtsverkehr für etwas ganz Schlimmes gehalten. Die

Kinder, die aus diesem Prozess entstanden, hießen im englischen Recht mit einem lateinischen Ausdruck Filius Nullius; im Islam sind diese Kinder vogelfrei und auch bei uns sind die sogenannten nichtehelichen Kinder sehr diskriminierend behandelt worden. Man darf es nicht auf dem Rücken von Kindern austragen, wenn wir das Verhalten der Eltern für nicht richtig halten.

Von daher müssen wir versuchen, mit diesen Problemen umzugehen. Wenn wir die großen Dinge, die uns am Herzen liegen (wie Nichtkommerzialisierung, Sicherung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung), einbringen, bekommen wir das Ganze in einer Kompromisslösung besser in den Griff, als wenn wir sagen: Bei uns geht es nicht; im Ausland mag es gehen, aber das interessiert uns nicht.

Der österreichische Gesetzgeber hat sogar einmal argumentiert: Bei uns geht es nicht; die, die es wollen, können ja ins Ausland gehen. Das ist eine Scheinlogik. Da muss man schon Farbe bekennen.

Frau Reinert

Ich habe zwei Fragen; eine schließt sich direkt an. Sie haben davon gesprochen, dass es, wenn man in Deutschland bestimmte Verfahren, konkret die Ersatzmutterschaft zulässt, besser möglich wäre, die Kommerzialisierung zu verhindern. Im vorigen Vortrag wurde gezeigt, dass sich eine Kommerzialisierung abzeichnet: Es wurde von den großen Samenbanken gesprochen und nach welchen Kriterien ausgesucht wird und wie man das noch ausweiten könnte. Halten Sie es tatsächlich für möglich, die Kommerzialisierung zu verhindern? Mir scheint es unmöglich zu sein.

Die zweite Frage: Sie sagten, dass die Samenspende im Grunde genommen vergleichbar ist mit der Eizellspende. Nun sagt ja Artikel 3, dass

man bei sachlichen Gründen für die Differenzierung auch differenzieren darf. Blendet die Argumentation nicht aus, dass die Schwangerschaft einer Frau etwas ganz Bedeutendes, Besonderes ist und über die reine Samenspende weit hinausreicht? Dass die Mutterschaft etwas anderes ist als nur die Spende des Samens?

Dagmar Coester-Waltjen

Zunächst zu Ihrer letzten Frage. Die Mutterschaft ist natürlich etwas anderes als die Spende von Samen, aber es geht ja hier um die Eizellenspende. Die Mutterschaft wird in der Regel durch die Frau ausgeübt, die das Kind zur Welt bringt, und sie wird auch im deutschen Recht als Mutter angesehen. Dabei soll es, meine ich, auch bleiben. Man sollte nur auch feststellen können, von wem das Kind genetisch stammt, wie man es auch beim sozialen Vater macht, dass man ihn den sozialen Vater sein lässt, aber feststellt, von wem eigentlich dieses Kind genetisch kommt. Das ist nicht auf einer Ebene zu sehen.

Zu Ihrer Frage der Kommerzialisierung. Das, was wir da gesehen haben, können wir nicht verhindern, und es ist im Grunde vernünftig, eine Dokumentation zu haben und es zentral zu sehen. Das bedeutet noch nicht Kommerzialisierung. Wir haben viele europäische Rechtsordnungen, zwar keine ganz exotischen, auch von ihrer Grundeinstellung nicht von uns stark abweichende Rechtsordnungen wie beispielsweise das belgische oder finnische Recht; da gibt es keine Kommerzialisierung. Natürlich bekommen die Eizellenspenderinnen eine gewisse Entschädigung für den Aufwand, den sie gemacht haben, aber es muss nicht dafür einen Kommerz geben. Wenn sich so etwas missbräuchlich einschleicht, können wir das nicht verhindern. Missbrauch können wir auch in Deutschland mit unseren Verboten nicht verhindern.

Wolf-Michael Catenhusen

Ich habe eine konkrete Frage. Sie haben formuliert, dass das Verbot der Eizellspende verfassungswidrig sei. Müssen wir da nicht unterscheiden zwischen nicht unbedingt verfassungsrechtlich geboten? Das muss aber nicht bedeuten, dass es nicht dennoch zulässig sei.

Was mir noch auffällt: Sie haben eine Position zum internationalen Rechtsvergleich; da können wir uns offenkundig beliebig bedienen. Sind nicht die verfassungsrechtlichen Vorgaben etwas bindender, als Sie sagen, vor allem weil Sie die Verfassungsrechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes in Ihrer Argumentation bewusst ausklammern?

Dagmar Coester-Waltjen

Zunächst zu den verfassungsrechtlichen Vorgaben. Das Bundesverfassungsgericht hat seine Meinung geändert; das Bundesverfassungsgericht verkündet keine päpstlichen Dogmen. Die Auslegung unserer Verfassung ist zu Recht beeinflusst durch das, was auf europäischer Ebene und weltweit geschieht. Insofern kann und muss man den Blick etwas über die eigenen Grenzen hinaus werfen.

Michael Wunder

Ich komme noch einmal auf die Eizellspende zu sprechen. Habe ich Sie richtig verstanden: Rechtlich würden Sie keinen Unterschied sehen zwischen der Verwendung bereits vorhandener Eizellen, überzähliger Eizellen im Gegensatz zu Eizellen, die extra für den Vorgang der Andersverwendung der Spende entnommen oder hergestellt worden sind. Ist das für Sie rechtlich gleichzusetzen?

Dagmar Coester-Waltjen

Im Augenblick ist alles untersagt. Das Verbot geht, meine ich, zu weit; damit wird auch das

Recht auf Fortpflanzung, auf Gründung einer Familie verletzt. Ob man außer überzähligen Eizellen noch andere Eizellspenden zulassen will, ist eine Frage, die man sorgfältig überlegen muss, aber bei der Samenspende macht man es ja auch.

Michael Wunder

Gut. Dann wünsche ich Sorgfalt bei den Überlegungen.

Heribert Kentenich

Heribert Kentenich, Berlin. Sie haben bewusst nicht auf das Berufsrecht abgehoben. Im Berufsrecht ist vieles noch enger geregelt, daher meine Frage. Im Berufsrecht haben wir große Schwierigkeiten bei der Behandlung von gleichgeschlechtlichen weiblichen Paaren und bei allein stehenden Frauen. Ich nehme an, dass Sie da verfassungsrechtlich keine Bedenken haben.

Dagmar Coester-Waltjen

Nein, habe ich nicht. Wenn man in Rechtsvergleichen nachschaut, so gibt es schon einige Rechtsordnungen, die früher gesagt haben: Es geht nur, wenn die Frau beispielsweise verheiratet ist. Das ist inzwischen aber fast überall verschwunden. Ich hätte keine Bedenken.

Jochen Taupitz

Herzlichen Dank noch einmal, Frau Coester-Waltjen, Herr Griesinger.

II. Ethische Kontroverse

Moderation: Wolfgang Huber · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Sie haben in der ersten Sektion bemerkt, wie schnell die Darstellung des Sachstandes in die Erörterung ethischer Beurteilungskriterien und in Vorschläge zu neuen rechtlichen Gestaltungen

übergehen kann. Insofern befinden wir uns schon in dem Teil, dem nun die zweite Hälfte des Vormittags gewidmet ist, nämlich den ethischen Überlegungen und der ethischen Kontroverse.

Nun ist die Ethik ein Gebiet menschlichen Nachdenkens, in dem Urteilkriterien und Prinzipien über lange Zeit hinweg erwogen und formuliert werden. Deshalb ist es für die Ethik eine hohe Herausforderung, auf den dramatischen Wandel der lebenswissenschaftlichen und medizinischen Gegebenheiten, in die wir einen Einblick bekommen haben, zu reagieren. Man darf nicht vergessen: Louise Brown ist 36 Jahre alt, Oliver, der erste deutsche durch Reproduktionsmedizin zustande gekommene Mensch, ist 32 – dies ist gerade einmal eine Generation. Deswegen können wir gespannt darauf sein, wie die ethische Kontroverse geführt wird – glücklicherweise von Menschen, die in dieser Kontroverse Erfahrungen haben und deswegen nicht in der Gefahr stehen, dass im emotionalen Überschwang Äußerungen gemacht werden, die anschließend bedauert werden. Wir wissen, dass gerade die Diskussion über Reproduktionsmedizin auch durch dieses Phänomen geprägt wurde.

Ich darf Ihnen zwei Mitglieder des Deutschen Ethikrats ankündigen. Erneut gilt, dass ich sie nicht vorstelle, denn Sie haben die Lebensläufe vorliegen.

Eberhard Schockenhoff ist seit zwei Jahrzehnten Professor für Moraltheologie an der Universität Freiburg im Breisgau. Er gehörte von 2001 bis 2008 dem Nationalen Ethikat an und ist seit 2008 Mitglied des Deutschen Ethikrates. In beiden Gremien hat er für eine Reihe von Jahren die Funktion eines stellvertretenden Vorsitzenden wahrgenommen. Unter seinen wichtigen Funktionen erwähne ich nur, dass er seit 2001 geschäftsführender Herausgeber der *Zeitschrift für*

medizinische Ethik ist. Unter seinen zahlreichen Veröffentlichungen nenne ich nur das für unsere Fragen unmittelbar einschlägige Buch *Ethik des Lebens: Grundlagen und neue Herausforderungen*, das nach meiner persönlichen Zählung im Jahre 2013 die fünfte Auflage erlebt hat.

Auf Eberhard Schockenhoff folgt, ohne dass ich sie noch einmal gesondert ankündigen werde, Claudia Wiesemann. Sie ist approbierte Medizinerin und hat zusätzlich Philosophie und Geschichte der Medizin studiert. Seit 16 Jahren ist sie Direktorin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Göttingen. Von 2002 bis 2011 war sie Mitglied der zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung am Robert-Koch-Institut. Zur selben Zeit war sie auch Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin. Seit 2010 gehört sie der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer an. Seit 2012 ist sie Mitglied des Deutschen Ethikrats. Auch in diesem Fall nenne ich nur eine einzige Publikation, nämlich das Buch *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft*, aus dem Jahr 2006.

Beide Beiträge werden im Anschluss gemeinsam diskutiert. Begrüßen Sie also zunächst Eberhard Schockenhoff und nachher Claudia Wiesemann.

Die Zukunft der Familie: Anthropologische Grundlagen und ethische Herausforderungen

Eberhard Schockenhoff · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Sehr geehrte Damen und Herren, in den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Bindungs- und Partnerschaftsformen sowie die familialen Lebensverhältnisse vieler Menschen sichtbar verändert. Um die Bedeutung dieses Wandels zu erfassen, genügt es, einige Entwicklungen stich-

wortartig hervorzuheben: Die Heiratsneigung geht zurück, nichteheliche Lebensgemeinschaften und Single-Haushalte nehmen zu, immer mehr Paare leben in getrennten Wohnungen zusammen, die Geburtenzahl sinkt unter das demografische Ersatzniveau, die Zahl von kinderlosen Ehen, Stieffamilien und Adoptivfamilien steigt weiter an, die Zwei-Karrieren-Ehe hat die Rolle des Hausmannes und den Mythos der neuen Väter hervorgebracht, Einelternfamilien oder sogenannte Patchwork-Familien sind keine Seltenheit mehr, gleichgeschlechtliche Partnerschaften werden gesellschaftlich anerkannt und haben auch eine rechtlich geregelte Form gefunden.

Hält man sich diese Entwicklung vor Augen, so wird deutlich, dass es sich keineswegs nur um Randerscheinungen handelt, sondern um weitgehende Umbruchtendenzen, die auch die tragenden Strukturen unserer Lebenswelt berühren, nämlich die soziale Realität von Ehe, Partnerschaft und Familie.

Dennoch wäre es verfehlt, aus der Summe dieser Einzelphänomene den Schluss zu ziehen, dass Ehe und Familie im gesellschaftlichen Bewusstsein als Auslaufmodell gelten, dem die Menschen keine Orientierungs- und Leitbildfunktion für ihr eigenes Leben mehr zuerkennen. Statistische Daten erweisen neben dem Anstieg alternativer Lebensformen eben auch, dass die Orientierung am Leitbild einer ehebezogenen Familie in der Bevölkerung erstaunlich stabil geblieben ist. Noch immer gehen zwei Drittel aller Menschen eine Ehe ein, was in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle auch eine Familiengründung zur Folge hat. Allerdings ist die früher selbstverständliche zeitliche und sachliche Sequenz von Ehe und Familie nicht mehr unangefochten. Immer häufiger wird die Ehe erst um einer geplanten Familiengründung willen gewählt, indem ein

Paar die Phase seines informellen Zusammenlebens wegen der bevorstehenden Geburt eines Kindes beendet und die eigene Partnerschaft in einen rechtlich geordneten Rahmen überführt.

Eine Geringschätzung von Ehe und Familie oder gar ihre prinzipielle Infragestellung ist daraus nicht abzuleiten. Die Entwicklung deutet im Gegenteil auf eine feste Verankerung dieser sozialen Institutionen in den Lebensplänen der Menschen hin. Auch lassen sich der Anstieg der Scheidungszahlen oder die hohe Zahl der Ein-Personen-Haushalte in Großstädten nicht ohne weiteres als Indiz einer dramatischen zurückgehenden Wertschätzung von Ehe und Familie interpretieren, wie die hohe Zahl der Wiederverheiratungen und auch der Umstand belegen, dass viele Singles ihre derzeitige Lebensform nicht als dauerhafte Situation betrachten oder ehemals Verheiratete durch den Tod ihres früheren Partners in diese geraten sind.

Im Blick auf die Generation der minderjährigen Kinder sprechen ebenfalls Fakten und Zahlen gegen die These vom Ende der Familie: Mehr als 80 Prozent von ihnen wachsen zusammen mit ihren eigenen Eltern auf, die untereinander verheiratet sind, das heißt, sie leben in einer Situation, die den klassischen Kriterien der ehebezogenen Familie entspricht. Auch die restlichen 20 Prozent der minderjährigen Kinder leben nicht in dauerhaft nichtehelichen Lebensgemeinschaften oder offenen Beziehungsform ihrer biologischen Eltern, wie das Bild von der Pluralisierung und Individualisierung familialer Lebenslagen suggeriert. Vielmehr sind solche Kindschaftsverhältnisse häufig durch das Phänomen multipler Elternschaft bestimmt, das durch die Wiederaufnahme einer neuen ehelichen Beziehung durch den Elternteil besteht, der mit dem Kind vorübergehend eine Hausgemeinschaft bildet.

Die skizzierten Wandlungsszenarien der modernen Gesellschaft zeigen, dass die Situation der Familie in ihr durch gegenläufige und teilweise auch widersprüchliche Entwicklungstendenzen geprägt ist. Diese finden in der sozialwissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskussion unterschiedliche Erklärungen:

Ein erster Interpretationsansatz, der besonders prominent durch den Soziologen Ulrich Beck vertreten wird, schließt aus der Segmentierung moderner oder postmoderner Gesellschaften und aus der fortschreitenden Individualisierung von Lebensläufen auf das Ende der herkömmlichen Familienauffassung. In dieser Perspektive bedeutet sie eine unrealistische Überforderung oder Überfrachtung mit romantischen Erwartungen, die in der heutigen Gesellschaft keine Erfüllung mehr finden. Deshalb erscheint die Familie als eine modernisierungsunfähige Institution, die über kurz oder lang von anderen Lebensformen abgelöst wird.

Eine andere Interpretationsrichtung, wiederum prominent vertreten durch den Namen Franz-Xaver Kaufmann, sieht hinter den aufgezeigten gesellschaftlichen Wandlungsprozessen eine stärkere Kontinuität des Familienleitbildes, als die suggestiven Szenarien einer radikalen Modernisierung der Gesellschaft auf den ersten Blick vermuten lassen.

Aus der Sicht dieser zweiten Interpretationsrichtung beruht der vorschnelle Abgang auf das ehebezogene Familienmodell auf spekulativen Fehlschlüssen und der Annahme eindimensionaler Wirkungsketten, die in empirischen Untersuchungen über die tatsächlichen Lebenseinstellungen der Menschen und ihre Zufriedenheit mit der eigenen familialen Lebenssituation keine Bestätigung finden. Auch dieser Erklärungsansatz nimmt seinen Ansatzpunkt bei der unverkennba-

ren Optionserweiterung hinsichtlich der persönlichen Lebensgestaltung von Frauen und Männern, wobei dem Umstand besondere Beachtung geschenkt wird, dass die biografische Selbstverständlichkeit von Ehe und Elternschaft in den letzten Jahren gesunken ist. Sie deuten dies aber nicht so, dass das ein prinzipielles Ende oder eine Modernisierungsunfähigkeit von Familien bedeute, sondern interpretieren diesen gesellschaftlichen Wandel so, dass sich in der Gesellschaft neben dem Familiensektor, der statistisch nach wie vor deutlich vorherrscht, ein zweiter Sektor etabliert, ein nicht familialer Sektor, und dass es zwischen diesen beiden Sektoren nur wenig Austauschprozesse oder ein hohes Maß an gegenseitigen Missverständnissen gibt. Zwischen dem familialen und dem nichtfamilialen Lebenssektor tut sich ein Graben auf, der sich nach diesen Analysen zunehmend vertieft.

Hinter diesen verschiedenen Erklärungsansätzen steht eine unterschiedliche methodische Vorgehensweise: Die erstgenannte Deutung versucht aus einer statistischen Häufung abweichender Daten auf das Entstehen einer neuen normativen Zielvorstellung im Blick auf alternative familiäre Lebensmuster zu schließen, denen dann eine überlegene oder gar ausschließliche Zukunftsfähigkeit attestiert wird. Der zweite Interpretationsansatz geht von der empirisch nachweisbaren Kontinuität in der Familienauffassung aus und führt die Aufgaben und Leistungen der Familie auf tiefverwurzelte anthropologische Bedürfnisse zurück, vor allem auf ein Bedürfnis nach Geborgenheit, die auch in gesellschaftlichen Umbruchzeiten nicht funktionslos werden können.

Die gesellschaftlichen Veränderungen der modernen Lebenswelt haben die Grundstruktur der familialen Lebenswelt und des Zusammenlebens der Eltern mit ihren Kindern nicht entscheidend

verändert. Vor allem im Blick auf die existenziellen Grunderfahrungen, die sowohl die Kinder als auch die der Eltern in dieser Phase des Zusammenlebens machen, sind in unserer Gesellschaft keine alternativen Lebensformen in Sicht, die die Familie als Ort sozialen Lernens und existenzieller Sinnerfahrung auf Dauer ersetzen könnten.

Dahinter steht folgende Überlegung: Es muss im Leben Orte unbedingter Verlässlichkeit geben, die nicht von vornherein durch zeitliche Vorleistungen oder zeitliche Vorbehalte, durch das Erbringen eigener Vorleistungen oder andere Bedingungen relativiert sind. Das Zusammenleben von Kindern mit ihren Eltern bietet eine unersetzliche soziale Lernchance, durch die das für eine gedeihliche Persönlichkeitsentfaltung erforderliche Urvertrauen in das Leben und die Verlässlichkeit menschlicher Beziehungen absichtslos, doch dauerhaft und wirksam eingeübt werden. Nach dem Motto „Lernen durch Tun“ kann sich in den Familien eine ursprüngliche Solidarität des Helfens und Teilens entwickeln, wie sie in keinem anderen gesellschaftlichen Lebensfeld erfahrbar ist. In einer arbeitsteiligen, in viele Subsysteme ausdifferenzierten Gesellschaft ist es in der Regel so, dass man immer nur in einer bestimmten Rolle oder Fertigkeit einer sachbezogenen Eignung gefragt und geschätzt ist. Die Familie stellt das einzige soziale System dar, in dem die Familienmitglieder nicht aufgrund bestimmter Fertigkeiten, sondern als Personen, das heißt in ganzheitlicher Weise in allen Lebensbezügen Anerkennung finden. Niklas Luhmann nennt das die „Inklusion der Vollperson“, die sich in dem sozialen System der Familie vollzieht und sich im alltäglichen Teilen von Freude und Leid unter Einschluss existenzieller Grenzsituationen wie Unglück, Krankheit und Alter bewähren kann. Insofern stellt die Familie einen

bevorzugten Ort zum Erwerb vielfältiger Daseinskompetenzen dar, die die Lebensführung als Ganzes betreffen. Nicht nur die Aufgaben und Leistungen, die die Familie als soziale Institution für die Gesamtgesellschaft erbringt, sondern auch die grundlegenden Lebenserfahrungen, die sie durch das Interaktionsgeschehen zwischen Eltern und Kindern sowie zwischen den Kindern untereinander vermitteln, machen die Familie gegenüber anderen sozialen Netzwerken auch in Zukunft unersetzbar.

Das Kind soll in der Geborgenheit der Familie Fürsorge erfahren, Vertrauen in das Leben erwerben und so zu eigener Bindungsfähigkeit heranwachsen. Es soll in seiner Muttersprache die Welt begreifen und in der Begegnung mit den Eltern Zuwendung und Liebe erfahren, unter seinen Geschwistern Eigenständigkeit und Rivalität erproben, um so zur eigenständigen Persönlichkeit heranzuwachsen. Später soll der junge Mensch in einem sich ständig erweiternden Kreis von gleichaltrigen und erwachsenen Menschen Selbstbewusstsein, Urteilskraft und Disziplin erlernen, um sich so auf seine eigenen Lebensaufgaben in Schule, Ausbildung und Beruf vorzubereiten. Der Generationenkreislauf schließt sich, wenn junge Menschen eine eigene Familie gründen und ihrerseits Elternverantwortung übernehmen.

Der Staatsrechtler und frühere Bundesverfassungsrichter Paul Kirchhof hat die Bedeutung der Familie sowohl für die einzelnen in ihr lebenden Menschen wie auch für die Gesellschaft im Ganzen einmal zusammengefasst mit den Worten: „Der freiheitliche Staat legt seine eigene Zukunft in die Hand der Familie.“ Er fördert das Entstehen demokratischer Tugenden, Verantwortlichkeit, Solidarität, Bürgerstolz und Gemeinsam, indem er Ehe und Familie als Grund-

einheiten der Gesellschaft achtet und durch die Bereitstellung geeigneter Rahmenbedingungen instand setzt, ihren Erziehungsauftrag zu erfüllen. Nur wenn er diese Aufgabe ernst nimmt und der Familienpolitik den ihr zustehenden Rang einräumt, anerkennt der Staat die Familie als einen anthropologisch ursprünglichen, ihm vorgegebenen Erlebnis- und Erfahrungsort, dessen Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung aller Beteiligten, der Eltern wie der Kinder, jede andere menschliche Bindung übersteigt.

Auch wenn man die Zuträglichkeit bestimmter Familienformen für die psychosoziale Entwicklung der in ihr lebenden Kinder nicht aufgrund eines einzelnen Merkmals bestimmen kann, gibt es doch eine ausreichende Erfahrungsbasis für die Vermutung, dass bestimmte Kriterien hierfür von ausschlaggebender Bedeutung sind. Zu nennen ist etwa die Vollständigkeit der Paargemeinschaft, die Elternverantwortung übernimmt, die Stabilität der Elternbeziehung, ihre sichtbare Verbindlichkeit und die Anerkennung der Lebensgemeinschaft. Einzelne Kriterien wie etwa die Stabilität der Elternbeziehung können durchaus in nichtehelichen Lebensformen gegeben sein, während umgekehrt die formelle Eheschließung der Eltern die Verlässlichkeit der Beziehung nicht schon automatisch garantiert. Dennoch ist es eine im Ganzen tragfähige Präsumpion, dass die Kombination solcher Kriterien durch das Leitbild der ehebezogenen Familie in aller Regel am sichersten erreicht oder zumindest erleichtert wird.

Eine Gesellschaft, die nicht mehr gewillt wäre, Ehe und Familie als Grundeinheiten ihres sozialen Zusammenlebens in besonderer Weise zu fördern, würde ihre eigenen Kohäsionskräfte schwächen und zugleich ihren Mitgliedern notwendige Orientierungsvorgaben vorenthalten.

Deshalb muss die Rechtsordnung auch in Zukunft daran festhalten, dass die verbindliche Bereitschaft, in allen Risiken des Lebens füreinander einzustehen, die angemessene und wünschenswerte Grundlage für die Übernahme von Elternverantwortung ist. Die Eltern sollen auch in ihrer Beziehung untereinander die unbedingte Verlässlichkeit repräsentieren, die sie ihren Kindern vermitteln sollen. Das Zusammenleben mit Kindern ist mehr als nur eine Privatangelegenheit der Eltern; die Ordnung dieses Zusammenlebens muss um der schutzbedürftigen Kinder willen verlässlich, stabil und nach außen transparent sein. Der Auftrag an den Staat, die Familie als Lebens- und Erziehungsgemeinschaft in besonderer Weise zu fördern, verbietet es daher, der ehebezogenen Familie andere Rechtsformen des Zusammenlebens von Erwachsenen gleichberechtigt zur Seite zu stellen.

Die staatliche Rechtsordnung greift in die Eltern-Kind-Beziehung dadurch ein, dass sie die Ausübung des elterlichen Sorgerechtes für das Kind am Maßstab des Kindeswohls ausrichtet. Die Frage nach der Reichweite und grundsätzlichen Anerkennung des elterlichen Erziehungsrechtes berührt den freiheitlichen Charakter unserer Rechtsordnung unmittelbar, da diese im Verzicht auf staatliche Bevormundung die gesellschaftlichen Freiheitsräume anerkennt, in denen sich das private Leben der Bürgerinnen und Bürger entsprechend den jeweiligen unterschiedlichen Vorstellungen der Lebensführung frei entfalten kann.

Der Verzicht auf staatliche Bevormundung der Eltern in der Festlegung ihrer Erziehungsvorstellungen besagt keineswegs, dass diese in willkürlicher Weise ins Belieben der Eltern gestellt wären. Die Anerkennung eines vor unmittelbarer staatlicher Einflussnahme geschützten elterlichen

Erziehungsrechtes geht vielmehr von der Präsomption aus, dass dem Wohl des Kindes am besten gedient ist, wenn dieses bei seinen Eltern aufwächst und ihrer Sorge anvertraut ist. Ihm liegt die Vermutung zugrunde, dass die Ausübung der elterlichen Sorge und Erziehung am ehesten gewährleistet, dass das Kind zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit heranwächst und fähig ist, in einer Gemeinschaft zu leben. Damit geht diese Begründung davon aus, dass das Kindeswohl die oberste Richtschnur elterlicher Pflege und Erziehung zu sein hat.

Elterliches Sorgerecht und Kindeswohl stehen somit in einem differenzierten, reziproken Verweisungsverhältnis zueinander. Keineswegs ist den Eltern ein ungebundenes Herrschaftsrecht über ihr Kind eingeräumt, das sie nach Belieben ausüben können. Vielmehr ist das Kind ihrer Sorge unter der Prämisse anvertraut, dass sie ihrer Elternverantwortung durch die Bereitschaft gerecht werden, sich bei allen Maßnahmen und Entscheidungen vom Kindeswohl leiten zu lassen.

Der historische Blick auf die geschichtliche Entwicklung auf die Eltern-Kind-Beziehung zeigt, dass die Anerkennung der eigenständigen Subjektstellung des Kindes auch gegenüber seinen Eltern eine relativ späte kulturelle und moralische Errungenschaft ist. Über Jahrhunderte hinweg waren Kinder im Familienverband als Arbeitskräfte und Garanten der Altersversorgung ihrer Eltern fest eingeplant. Das individuelle Kindeswohl stand nicht im Mittelpunkt.

Auch im gegenwärtigen Bewusstsein gibt es Tendenzen, die die Balance zwischen dem Kindeswohl und dem Recht der Eltern zur autonomen Lebensgestaltung zulasten der Kinder verschieben: Dies ist etwa dann der Fall, wenn Erwachsene sich bewusst dagegen entscheiden,

gemeinsam als Vater und Mutter Elternverantwortung für das Kind zu übernehmen und mithilfe der Techniken der Samenspende und der Leihmutterschaft ein Kind für sich reklamieren. Die bewusste Option für eine sogenannte Ein-Eltern-Familie stellt nicht die Sorge um das Kindeswohl, sondern die Selbstsorge von Erwachsenen für ihr eigenes Leben an die erste Stelle. Das Kind wird nicht um seiner selbst willen, sondern um der Sinnerfüllung und Lebenssteigerung willen gewollt, die sich ein erwachsener Mensch von diesem Kind erhofft.

Zweifellos verdient es höchste Anerkennung, wenn ein Elternteil, der vom anderen verlassen wird, bereit ist, die Verantwortung für das gemeinsam gezeugte Kind alleine zu tragen. Die Situation allein erziehender Mütter oder Väter darf jedoch nicht in den Rang eines normativen Ideals erhoben werden, das Erwachsene ohne vergleichbare Zwangslage nach ihren subjektiven Präferenzen frei wählen.

Noch in einer anderen Hinsicht gerät das Verhältnis zwischen dem Kindeswohl und den autonomen Gestaltungsansprüchen ihrer Eltern gegenwärtig in eine Schieflage. Wenn die Fortschritte der Fortpflanzungsmedizin einseitig in den Dienst der reproduktiven Autonomie von Erwachsenen treten und diesen eine größere Dispositionsbefugnis über das Leben ihrer künftigen Kinder einräumen, dann steht die Errungenschaft, Kinder als eigenständige Subjekte anzuerkennen, erneut auf dem Spiel. Die Bereitschaft, Elternverantwortung zu übernehmen, darf nicht von selbstgesetzten Bedingungen abhängig gemacht werden, denen das Kind zu entsprechen hat, damit ihm Annahme, Fürsorge und Liebe zuteil wird. Die Vorrangstellung des Kindeswohls verlangt vielmehr, dass das Kind nicht nur als Bezugspunkt fremder Wünsche oder Ängste,

sondern als Subjekt anerkannt wird, dessen eigene Lebensperspektive gegenüber den elterlichen Wünschen Vorrang hat. Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

Fortpflanzungsmedizin und reproduktive Autonomie

Claudia Wiesemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates

(Folie 1)

Sehr verehrte Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren, das Thema meines Vortrags lautet: „Fortpflanzungsmedizin und reproduktive Autonomie.“ Das ist ein Fachwort aus der medizinethischen Debatte.

(Folie 2)

Damit es nicht so abstrakt beginnt, habe ich Ihnen ein Beispiel mitgebracht. Vor etwa einem Jahr, im März 2013, entschuldigte sich die australische Premierministerin Julia Gillard vor mehr als 100.000 australischen Bürgerinnen. In den Sechziger- und Siebzigerjahren waren diesen Frauen auf Initiative der australischen Regierung ihre Kinder weggenommen wurden, unter Anwendung von Gewalt und Zwang – aus dem einfachen Grund, weil es sich um ledige Mütter und um Angehörige der Aborigines handelte.

Diese Veranstaltung vor einem Jahr hat ein internationales Echo gefunden: Eine Regierung entschuldigt sich bei Bürgerinnen und ihren Kindern für das, was sie getan hat. Julia Gillard sagt: Wir erkennen den Schmerz an, den wir Familien zugefügt haben.

Zwangsadoptionen, Zwangssterilisationen und Zwangsabtreibungen gehören zur Geschichte des 20. Jahrhunderts, und das nicht nur, wenn wir von totalitären Staaten sprechen wie von Deutschland in der Zeit des Nationalsozialismus, sondern auch zu der Geschichte demokratischer

Staaten, nicht nur Australiens, sondern beispielsweise Schwedens, wo in die bis in die Siebzigerjahre hinein Zwangssterilisationen aus fadencheinigen wissenschaftlichen Gründen durchgeführt wurden, oder Kanada, wo mittlerweile erforscht wird, in welchem Ausmaß ledigen Müttern in staatlichen und kirchlichen Heimen ihre Kinder unter Androhung von Gewalt weggenommen und einer Adoption zugeführt wurden.

Diese Geschichte ist natürlich nicht unbemerkt geblieben. Sie hat Anlass gegeben, das Recht, eine Familie zu gründen, und den Schutz dieser Familien vor staatlichen Eingriffen in zahlreichen internationalen Menschenrechtstexten, aber auch in unserem Grundgesetz rechtlich zu kodifizieren.

Bedenkt man die Bedeutung, die dieses moralische und auch juristische Recht hat, ist es verwunderlich, dass in Debatten über Fortpflanzungsmedizin von reproduktiver Autonomie oder Fortpflanzungsfreiheit kaum die Rede ist. Das liegt daran, dass dieses Recht, diese Freiheit etwas schillernd ist und eine Art Doppelnatur hat, die es komplex und nicht ohne weiteres zu verstehen macht.

(Folie 3)

Ich möchte in meinem Vortrag zunächst aus ethischer Perspektive erläutern, was unter reproduktiver Autonomie zu verstehen ist, und dann darauf eingehen, was für Argumente gegen diese reproduktive Autonomie vorgebracht werden können. Ich schließe mit einem Fazit.

(Folie 4)

Was ist reproduktive Autonomie? Ich verstehe darunter Fortpflanzungsfreiheit, also die Freiheit, allein oder im Verbund mit einem Partner oder einer Partnerin darüber zu entscheiden, ob, wann und wie jemand sich fortpflanzen will.

(Folie 5)

Fortpflanzungsfreiheit gründet sich auf Grundzügen demokratischer Gesellschaften: zunächst auf der individuellen Selbstbestimmung, die zu Recht in unserer Gesellschaft einen sehr hohen Rang hat und sich auch auf Entscheidungen erstreckt, die so höchstpersönlicher Natur sind wie die eigene Fortpflanzung.

Darüber hinaus auf unsere Vorstellung von körperlicher Integrität, in die nicht ohne weiteres beispielsweise von staatlicher Seite eingegriffen werden kann, etwa indem jemandem zum Beispiel eine Sterilisation aufgezwungen wird.

Schließlich gründet sich Fortpflanzungsfreiheit auf der Privatheit familiärer Beziehungen, auf der Vorstellung, dass wir hier einen besonderen, herausgehobenen Bereich menschlichen Zusammenlebens schützen wollen, insbesondere vor ungerechtfertigten staatlichen Eingriffen in dieser Lebensgemeinschaft.

Sie können schon an dieser Charakterisierung erkennen, was die Doppelnatur der Fortpflanzungsfreiheit ausmacht: Einerseits handelt es sich um ein Individualrecht, das von Individuen wahrgenommen wird, andererseits richtet es sich aber auf enge zwischenmenschliche Beziehungen, auf ein Ideal dieser Beziehungen und will dieses Ideal realisieren. Wir haben also ein zugleich individuelles wie auch kollektives Recht vor uns, und daraus resultieren einige Probleme im Umgang mit der Fortpflanzungsmedizin.

(Folie 6)

Ich möchte kurz zwei Anwendungsbereiche unterscheiden. Bei der Fortpflanzungsfreiheit kann man unterscheiden die Freiheit, kein Kind zu bekommen (zum Beispiel durch Zugang zu Verhütungsmitteln), von der Freiheit, ein Kind zu bekommen (zum Beispiel durch Eizellspende, Social Freezing oder auch Leihmutterchaft).

Die zweite Freiheit kann man noch einmal bindendifferenzieren, indem man noch die Freiheit identifiziert, ein bestimmtes Kind zu bekommen (dass beispielsweise im Falle einer mitochondrialen Erkrankung der Spindeltransfer durchgeführt wird).

In meinem Vortrag möchte ich mich im Wesentlichen auf den zweiten Teil konzentrieren, weil das die Themen des heutigen Nachmittags sein werden.

(Folie 7)

Was für Argumente gegen Fortpflanzungsfreiheit gibt es?

(1) Zunächst einmal wird in Debatten oft vorgebracht, es gebe kein Recht auf ein Kind und schon gar nicht ein Recht auf ein gesundes Kind.

(2) Des Weiteren wird argumentiert, bei Fortpflanzungstechnologien handele es sich um künstliche Eingriffe in das Fortpflanzungsvermögen von Menschen; der Natur oder der Natürlichkeit der Prozesse sei aber moralischer Vorrang zu gewähren.

Argumentiert wird auch (3) mit gesellschaftlichem Zwang, (4) mit dem Risiko für die betroffene Frau, (5) mit dem Risiko für das Kind und (6) mit dem Risiko für die Familie.

Die ersten beiden Argumente sind grundsätzlicher Natur. Sie richten sich gegen die Existenz der Fortpflanzungsfreiheit schlechthin, stellen sie also schlechthin und grundsätzlich infrage. Die letzten vier Argumente dienen dazu, die Reichweite von Fortpflanzungsfreiheit zu beschränken.

(Folie 8)

Zunächst das erste Argument: Gibt es ein Recht auf ein Kind oder auf ein gesundes Kind? Viele stellen das schon deswegen in Abrede, weil es praktisch nicht zu realisieren sei. Wenn man ein

Kind bekommt, kann man nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit damit rechnen, ein gesundes Kind zu bekommen, und wenn man an Fortpflanzungstechnologien wie IVF teilnimmt, hat man nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Möglichkeit, überhaupt schwanger zu werden und ein Kind zu bekommen. Das Argument heißt also: Es ist schon rein praktisch nicht möglich, ein Recht auf ein Kind oder ein gesundes Kind zu haben.

Ich glaube, dass diese Argumentation falsch ist, weil sie das Recht, das hier zur Debatte steht, missversteht. Das möchte ich Ihnen an einem Beispiel verdeutlichen. Mit welchem Recht können wir dieses Recht vergleichen, um uns zu verdeutlichen, was damit gemeint ist? Ist es beispielsweise vergleichbar mit dem Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall? Wir berufstätigen Menschen haben zum Glück dieses Recht: Wenn wir krank werden, wird uns über einen bestimmten Zeitraum weiter Lohn gezahlt; damit können wir mit großer Sicherheit auch rechnen. Das Recht auf ein Kind ist nicht mit diesem Recht zu vergleichen, sondern mit einem anderen, nämlich zum Beispiel mit dem Recht auf Bildung. Wir alle haben ein Recht, Zugang zu Bildungseinrichtungen zu erhalten, aber ob das am Ende darin resultiert, dass wir auch gebildeter sind, können wir leider nicht garantieren, denn das hängt von einer Reihe zusätzlicher Faktoren ab.

Das Recht auf ein Kind ist vergleichbar mit dem Recht auf Zugang zu Bildung, ohne dass damit garantiert wird, dass dieses Kind tatsächlich auch geboren wird oder gesund sein wird.

Wir können uns diesem Recht intuitiv besser nähern und seine Gültigkeit besser verstehen, wenn wir es einmal aus dem Bereich der Fortpflanzungsmedizin herausnehmen und in einen ande-

ren Bereich transportieren, der intuitiv plausibler erscheint. Denken Sie nur an Paare, die im Augenblick in Japan planen ein Kind zu bekommen und vielleicht in der Nähe von Fukushima leben. Meinen wir nicht alle, dass diese Paare einen moralischen Anspruch darauf haben, dass der Staat und auch der Betreiber des Kernkraftwerkes Tepco alles dafür tut, dass dieses Kind nicht aufgrund des nuklearen Fallouts mit Schäden zu rechnen hat? In einem solchen Kontext das Recht auf ein gesundes Kind zu leugnen würde Eltern einer wichtigen Argumentationsmöglichkeit berauben.

(Folie 9)

Wie sieht es mit dem anderen grundsätzlichen Argument der Künstlichkeit der Fortpflanzungsmedizin oder genauer gesagt der Fortpflanzungstechnologien aus? Das Argument besagt, dass diese Technologien auf artifizielle Weise in Fortpflanzung eingreifen und einen Prozess, der eigentlich natürlich ablaufen sollte, dadurch verändern, dass der Natürlichkeit schlechthin der moralische Vorrang zu geben sei.

Das wird von Dieter Birnbacher als ethischer Naturalismus bezeichnet. Ethischer Naturalismus besagt, dass wir aus der Beschreibung der Natur moralische Kriterien herleiten, wie die Welt moralisch beschaffen sein sollte. Dieses Argument ist sehr populär, hat aber schon viele und sehr gute Einwände erfahren. Das für mich einfachste, aber auch schlagende Argument ist das von Albert Schweitzer, der einmal gesagt hat:

„Die Natur kennt keine Ehrfurcht vor dem Leben. Sie bringt tausendfältig Leben hervor in der sinnlosesten Weise ... Und ihre Grausamkeit ist so sinnlos.“

Ich glaube, dass Schweitzer das sagen wollte, was vermutlich auch der Hintergrund der Gründung eines Deutschen Ethikrates oder von Medizinethikprofessuren gewesen ist: dass Moral ein vollständig durch Kultur entstandenes und damit

künstliches Produkt ist, an dem wir alle beteiligt sein sollten und das wir nicht einfach aus natürlichen Prozessen ableiten können.

(Folie 10)

Die grundsätzlichen Argumente gegen Fortpflanzungsfreiheit muss man also beide verwerfen. Wie ist es aber mit den Argumenten, die die Reichweite von Fortpflanzungsfreiheit beschränken?

Da kann man jene Argumente unterscheiden, die sich gegen den Aspekt der individuellen Selbstbestimmung richten; das sind vor allen Dingen Argumente, die sich auf einen impliziten gesellschaftlichen Zwang beziehen.

Des Weiteren gibt es Argumente, die sich gegen das Recht auf körperliche Unversehrtheit beziehen und darauf hinweisen, dass diese Technologien selbst ja Risiken beinhalten und damit gegen die körperliche Unversehrtheit gerichtet sein können.

Schließlich gibt es solche, die sich gegen die Privatheit familiärer Beziehungen richten und sagen: Das kann uns aber nicht davor bewahren, auf die Risiken für das Kind und auf die Risiken für die Familien zu schauen.

(Folie 11)

Zunächst zum gesellschaftlichen Zwang. Dahinter steckt eine sehr gute Beobachtung: Eltern werden in unserer Gesellschaft mehr und mehr perfektionistischen Ansprüchen unterworfen. Es gibt in unserer Gesellschaft immer noch Weiblichkeitsideale, die vermutlich die eine oder andere Frau dazu bringen, sich Techniken zu unterwerfen, die mit Risiken und psychischen Belastungen verbunden ist. Sicher gibt es auch einen technologischen Imperativ, das heißt, wenn es eine Technik gibt, dann eröffnet sie eine Art Sog, dem man sich nur mit einer gewissen

Überlegenskraft entziehen kann. Das alles zusammen ergibt unter Umständen, dass Freiheit der Fortpflanzung nur noch eine Illusion ist, weil wir stattdessen impliziten Zwängen gehorchen, die wir selbst übernommen haben.

Diese Sorge ist ernst zu nehmen. Die Frage ist aber: Ist die Konsequenz daraus, die Idee der Fortpflanzungsfreiheit ganz aufzugeben? Schon die Frauenrechtlerin Hedwig Dohm hat vor über hundert Jahren davor gewarnt, Frauen zu versämtlichen, das heißt die Idee zu vertreten, dass Frauen eben alle einer bestimmten Norm, einem gewissen Stereotyp gehorchen.

Wir müssen genauer hinschauen und uns fragen: Wie gehen individuelle Paare, individuelle Frauen mit diesen Techniken um? Da ist das Bild sicher vielschichtiger: Es gibt manche, die diesem Zwang erliegen, und andere, die sich dagegen wehren können. Und wenn das so ist, sollten wir Alternativen überlegen. Auf jeden Fall ist ein paternalistisches Verbot, das den Eltern jede Form von Wahl erspart, ein ebenso großer gesellschaftlicher Zwang. Wir können also diesen Zwang nur kurieren, indem wir einen neuen Zwang auf die Paare, auf die Eltern ausüben.

Was gibt es für Möglichkeiten, die eine geringere Eingriffstiefe haben und trotzdem diesen gesellschaftlichen Zwang anerkennen? Das ist all das, was unsere Freiheit ermöglicht, indem solchen Tendenzen konsequent gegengesteuert wird. Ich möchte nur eine Möglichkeit nennen: Das ist eine unabhängige Beratung von Paaren, von Frauen, die Fortpflanzungstechnologien in Anspruch nehmen und die es ihnen ermöglichen würden, auf der Basis guter Erkenntnisse das Pro und Kontra solcher Technologien für ihr eigenes Leben zu erwägen.

(Folie 12)

Wie sieht es mit dem Risiko für die Frau aus? Auch das ist ein Argument, was gebracht wird, um die Freiheit der Fortpflanzung einzuschränken. Das ist auch gut begründet, vor allen Dingen wenn wir in die Geschichte der Fortpflanzungstechnologie schauen. IVF gibt es in Deutschland seit 1982; das ist das erste deutsche – wie es damals hieß – „Retortenbaby“.

Wenn wir in diese Geschichte zurückschauen, wissen wir mittlerweile, dass gerade in der Anfangsphase die Risiken dieser Technologien wenig bekannt waren und wenig kommuniziert wurden. Vor allen Dingen jene Frauen, die am Ende nicht mit einem Kind nach Hause gegangen sind, haben von psychischen und physischen Belastungen gesprochen, Belastungen, mit denen sie teilweise allein gelassen wurden. Solche Risiken müssen wir unbedingt in Betracht ziehen. Aber auch hier gilt: Was ist die am wenigsten eingreifende Methode?

Sehr wichtig erscheint mir, dass jede Innovation in diesem Bereich Begleitforschung erhält, dass wir zum Beispiel für einen angemessenen Informed Consent auch die entsprechenden Daten erhalten. Begleitforschung heißt auch nicht nur körperliche Risiken, sondern was bedeutet es für das Leben der Personen, die sich solchen Technologien unterwerfen?

(Folie 13)

Auch das Risiko für das Kind ist ein wichtiger Bereich, den wir bedenken müssen, wenn es um Fortpflanzungstechnologien geht. Hier geht es zum einen um den körperlichen oder seelischen Schaden, den Technologien assistierter Reproduktion [ART] anrichten können, zum anderen aber auch um Beeinträchtigungen der Menschenwürde, wie sie beispielsweise angeführt wurden, als das reproduktive Klonen diskutiert wurde.

Schließlich müssen wir auch die Beeinträchtigung von Rechtsansprüchen des Kindes berücksichtigen, wie zum Beispiel des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung.

Ich möchte aber davor warnen, diese Risiken immer so zu verstehen, als wenn sie automatisch zur Beschränkung von Fortpflanzungsfreiheit führen müssten. Das ist nicht immer der Fall. Gerade dieses letzte Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung müsste uns dazu motivieren, Technologien wie die Keimzellspende und vor allen Dingen die Eizellspende in Deutschland zuzulassen. Im Augenblick ist es so, dass deutsche Paare dafür ins Ausland reisen dafür und auf diese Weise sehr selten garantiert werden kann, dass das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung auch in die Tat umgesetzt werden kann. Wenn eine solche Technik in Deutschland angeboten wird, könnte sie entsprechenden Regelungen unterworfen werden und es wäre für das später erwachsene Kind viel einfacher, beispielsweise auf eine entsprechende Datenbank zurückzugreifen. Nicht immer sind solche Argumente also auch Argumente gegen Fortpflanzungsfreiheit.

(Folie 14)

Schließlich möchte ich ein letztes Risiko ansprechen: das für die Familie. Zur Erinnerung: Fortpflanzungsfreiheit hat eine Doppelnatur. Es ist ein individuelles Recht, richtet sich aber darauf, besondere zwischenmenschliche Beziehungen zu begründen. Die Qualität dieser Beziehungen macht die Bedeutung der Fortpflanzungsfreiheit aus.

Aber dazu müssen wir erst einmal wissen, was eigentlich Familie ist. Eine Definition des Bundesfamilienministeriums sagt:

„Als konstitutives Merkmal von Familie kann die Zusammengehörigkeit von zwei oder mehreren aufeinander bezogenen Generationen aufgefasst werden, die

zueinander in einer besonderen persönlichen Beziehung stehen.“

(Folie 15)

Nach einer anderen Definition ist Familie eine Gruppe, in der für Kinder gesorgt wird und bei der persönliche, auf Dauer angelegte und von Verantwortung geprägte Beziehungen zueinander unterhalten werden.

Was *nicht* zum Kennzeichen von Familie in diesem Sinne gehört, ist die Heirat oder Blutsverwandtschaft zwischen Eltern und Kindern. Wir müssen uns also fragen, wann Technologien in der Lage sind, diese Charakteristika von Familie so weit zu untergraben, dass das Ziel der Freiheit selbst infrage gestellt wird. Das ist allerdings eine schwierige Aufgabe, das ist wahrscheinlich die schwierigste Interpretation überhaupt. Wir brauchen auf jeden Fall gute sozioempirische Daten, um darüber eine Aussage zu wagen.

(Folie 16)

Ich komme zum Schluss. Fortpflanzungsfreiheit ist meines Erachtens ein fundamentales Recht, dessen Reichweite jedoch durch andere Grundrechte beschränkt werden kann.

Fortpflanzungsfreiheit zielt auf persönliche, auf Dauer angelegte, verantwortungsvolle Beziehungen, deren Qualität in die Bewertung dieser Freiheit eingebracht werden muss. Das alles ist keine einfache Aufgabe. Wir dürfen und müssen über Fortpflanzungsfreiheit streiten. Wichtig scheint mir dabei aber, eines nicht zu vergessen: Die Paare, die Kinder wünschen und mit Kindern leben wollen, sollten unsere Empathie haben. Vielen Dank.

Diskussion mit dem Publikum

Wolfgang Huber

Meine verehrten Damen und Herren, Sie haben durch Ihren Applaus Ihren Dank an Herrn Schockenhoff und Frau Wiesemann zum Ausdruck gebracht. Sie haben gleichzeitig nicht überhört, dass beide unterschiedliche Akzente gesetzt haben. Das lag an dem unterschiedlich gewählten Fokus der beiden Beiträge, aber auch an inhaltlichen Akzentuierungen. Ich möchte deshalb Herrn Schockenhoff und Frau Wiesemann bitten, kurz aufeinander zu reagieren.

Eberhard Schockenhoff

Aus meiner Perspektive ist das ein Ansatz, der zu individualistisch und zu einseitig von der erwachsenen Person und ihrem Autonomieanspruch auf individuelle Lebensgestaltung ausgeht. Das Kind kommt darin nur insofern zur Geltung, als es einen Beitrag zur Lebenssteigerung von Erwachsenen bietet. Das ist in ethischer Hinsicht nicht die angemessene Einstellung, Elternverantwortung zu übernehmen, und aus meiner Sicht im Denkansatz der Grundfehler. Aus meiner Sicht müssten die Belange des Kindeswohls und der Rechte Erwachsener in der Gestaltung ihres eigenen Lebens angemessener austariert werden.

Wolfgang Huber

Frau Wiesemann, fühlen Sie sich richtig verstanden? Wie reagieren Sie auf den Ansatz von Herrn Schockenhoff?

Claudia Wiesemann

Ich habe viel Sympathisches in seiner Darstellung gefunden. Ich glaube, dass wir uns noch intensiver damit beschäftigen müssen, was Familie für uns eigentlich bedeutet. Ich glaube nicht, dass ich einem Individualismus das Wort geredet habe. Es liegt mir daran, deutlich zu machen,

dass Fortpflanzungsfreiheit eine Doppelnatur hat und dass sich sowohl Eingriffe in individuelle Freiheit als auch Eingriffe in den familiären Kontext negativ auf Fortpflanzungsfreiheit auswirken. Diese Aspekte bedingen sich gegenseitig und geben der Fortpflanzungsfreiheit sogar ihr ganz besonderes Gewicht. Das Gewicht entsteht geradezu daraus, dass es nicht nur ein individuelles Recht ist. Ich hoffe, dass ich das in meinem Vortrag auch so ausgedrückt habe.

Frau N. N.

Ich komme von DI-Netz, einem Verein für Familien vor und nach Samenspende. Herr Schockenhoff sagte, Paare, die gerne ein Kind mittels Samenspende bekommen wollen, würden ein Kind für sich reklamieren wollen und wollten ihr Kind nicht um seiner selbst willen haben. Da hätte ich gerne gewusst, wie er sich das vorstellt. Was ist der Unterschied? Wir haben in beiden Fällen ein Paar, das sich ein Kind wünscht. Das eine Paar hat Glück und bekommt gleich ein Kind und muss nichts weiter dafür tun; das andere Paar hat dieses Glück nicht und sucht alternative Wege. Beide Paare haben meines Erachtens das gleiche Motiv, ein Kind zu haben.

Daraus erwächst auch – Sie sprachen von dem besonderen Schutz von Ehe und Familie. Ich bemühe mich seit vielen Jahren um die Gleichstellung von Familien, auch hinsichtlich der Kostenübernahme der Krankenkassen, und wir bekommen immer zur Antwort: Wegen des besonderen Schutzes von Ehe und Familie können wir hier keine Gleichstellung haben. Warum ist eine Ehe mit einem unfruchtbaren Mann nicht besonders schützenswert gegenüber anderen Familien?

Sigrid Graumann

Sigrid Graumann, Evangelische Fachhochschule Bochum. Ich möchte etwas zu einem Punkt im Vortrag von Claudia Wiesemann sagen, und

zwar zu dem Argument mit der Zulassung der Eizellspende, dass dann hierzulande der sogenannte Fortpflanzungsmedizintourismus verhindert werden könnte. Das wage ich zu bezweifeln. Die Länder, in die unsere Frauen gehen (vor allem Spanien und Tschechien), haben anonyme Eizellspende und erhebliche Aufwandsentschädigung. Es ist vollkommen klar (zumindest bei allen Studien, die ich kenne), dass das Hauptmotiv, Eizellen zu spenden, die finanziellen Anreize sind. Wenn man sich im Moment in Spanien die Jugendarbeitslosigkeit von 50, 60 Prozent anschaut und dort durch die Universitäten geht und Plakate sieht, wo für Eizellspenderinnen geworben sind, finde ich das ziemlich schwierig. Wenn wir in Deutschland jemals zu einer Zulassung kommen, gehe ich davon aus, dass es keine anonyme Eizellspende geben wird. Das ist in Deutschland nicht denkbar. Ich hoffe, dass es auch die Aufwandsentschädigung und das soziale Gefälle, das wir vor allem in Spanien, aber auch in Tschechien sehen, in Deutschland nicht geben wird.

In die Länder, in denen heute die Eizellspende massiv angeboten und beworben wird, gehen auch viele Frauen aus europäischen Ländern, in denen die Eizellspende zugelassen ist, zum Beispiel aus England oder aus den skandinavischen Ländern, weil aufgrund der Regularien dort nicht genug Eizellspenderinnen zur Verfügung stehen.

Uta Wagemann

Uta Wagemann, Gen-ethisches Netzwerk Berlin. Ich habe eine Anmerkung zu Frau Wiesemann. Sie haben die Fortpflanzungsfreiheit für mein Empfinden in unzulässiger Weise über zwei verschiedene Dinge gestülpt. Sie haben kurz über die Geschichte gesprochen, die uns zu dieser reproduktiven Autonomie gebracht hat, die heute ein Grundrecht ist. Das ist ein Abwehr-

recht gewesen gegen Eingriffe von außen, die über die Fortpflanzung von Menschen bestimmt haben.

Das andere, wovon Sie sprechen, die Fortpflanzungsfreiheit, unter die Sie auch die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und Angebote subsumieren, ist eindeutig die Möglichkeit, die Angebote wahrzunehmen. Da geht es nicht um eine Abwehr von Eingriffen. Auch bei dem Beispiel, das Sie von Japan gebracht haben, geht es um die Abwehr von gesundheitsschädigenden Dingen, die aus der gesellschaftlichen und ökonomischen Ordnung heraus entstanden sind, und nicht darum, biologische, im Körper einzelner Menschen vorhandene Variationen in irgendeiner Form technisch zu korrigieren oder technisch zu verändern, also verändern in dem Sinne, dass ich mir, wenn ich mich nicht selbst auf die alte Weise fortpflanzen kann oder es mir nicht gefällt, wie ich mich fortpflanze, eine Methode auswähle, in der ich das tun kann. Das ist meiner Ansicht nach eine unzulässige Angleichung und ein unzulässiges In-eins-Setzen von zwei sehr verschiedenen Dingen.

Claudia Wiesemann

Gleich zum letzten Beitrag. Ich finde diese Unterscheidung in Abwehrrechte und Anspruchsrechte nicht so glücklich, ehrlich gesagt; deswegen habe ich hier eine andere gebracht. Ich glaube, dass Ihre Einschätzung nicht stimmt, denn unsere Fortpflanzungsfreiheit, die beispielsweise im Grundgesetz garantiert ist, richtet sich zum Beispiel auch gegen Heiratsverbote und auf die Zugänglichkeit von Verhütungsmitteln, und das sind klassischerweise Zugangswege. Das ist nicht die Abwehr eines Eingriffs des Staates in meinen Körper, sondern das ist ein Anspruch, den ich habe, beispielsweise Verhütungsmittel

erwerben zu können oder jeden Menschen heiraten zu können, der im heiratsfähigen Alter ist.

Ich habe die Geschichte der Eingriffe in Fortpflanzungsfreiheit nur verkürzt dargestellt. Es wäre sicher ein Thema für einen ganzen Tag, was sich Gesellschaften alles überlegt haben, was sie in diesem Bereich an Hemmnissen und Hindernissen aufbauen können.

Zu Sigrid Graumann: Ich glaube, da bin ich missverstanden worden. Ich wollte nur einen einzigen Aspekt beleuchten (Frau Coester-Waltjen hat das auch schon getan): dass man ein Argument, das klassischerweise zur Einschränkung von Fortpflanzungsfreiheit verwendet wird, nämlich das Risiko für das Kind, auch umdrehen kann und sagen kann: Man kann dieses Argument auch nutzen, um mehr Fortpflanzungsfreiheit zu fordern. Wenn wir nämlich mehr Fortpflanzungsfreiheit in Deutschland mit Blick auf Eizellspende hätten, könnten wir hier ein System etablieren, das es Frauen erspart, ins Ausland zu fahren, und gleichzeitig Kindern die Möglichkeit verschafft, Zugriff auf ihre genetische Abstammung zu haben. Damit verhindert man ein Problem, was man klassischerweise gegen diese spezifische Form der Fortpflanzungsfreiheit anführt. Nur das habe ich gemeint.

Eberhard Schockenhoff

Meine Überlegung, die diese kritische Gegenfrage hervorgerufen hat, bezog sich nicht auf ein Paar, das ohne eine Samenspende kein Kind bekommen kann, sondern auf eine erwachsene Einzelperson, die sich bewusst dagegen entscheidet, eine verlässliche Partnerschaft einzugehen, und dennoch für sich persönlich ein Kind reklamiert, weil sie sagt, ich möchte als alleinstehende Erwachsene mit einem Kind zusammenleben. Das verstößt aus meiner Sicht in ethischer Hinsicht gegen das Recht des Kindes,

bei einer vollständigen Familie aufzuwachsen, Eltern zu haben, im Plural, und das sind für mich auch Vater und Mutter.

Ich habe allen moralischen Respekt vor einer lesbischen Lebenspartnerschaft. Das sind ja moralische Werte des Füreinander-Einstehens, der Verlässlichkeit, die darin gewählt werden, unabhängig von der sexuellen Orientierung, unter der das geschieht. Aber dazu gehört auch der Verzicht darauf, Kinder zu haben. Denn aus meiner Sicht hat auch ein Kind das Recht auf die Verschiedengeschlechtlichkeit von Vater und Mutter, von Mann und Frau, die etwas Bereicherndes für das Leben ist und nicht nur einer blinden Laune der Natur entspricht, sondern anthropologisch eine sinnvolle Auszeichnung des Menschseins ist, und darauf, es im unmittelbaren familiären Nahbereich, in dem es aufwächst, zu erfahren und zu erleben.

Deshalb richtet sich das nicht gegen die Annahme, dass ein Paar, das zusammenlebt, wo der Mann zeugungsunfähig ist, mithilfe einer Samenspende – da würde ich die Frage stellen, ob man diese Belastung von außen, dass da noch eine dritte Person mit im Spiel ist – aber das ist eine Frage, die dieses Paar für sich entscheiden muss.

Claudia Günther

Ich habe Anmerkungen zu dem Vortrag von Frau Wiesemann. Ethische Entscheidungen und ethische Überlegungen sind immer Grenzfindungen; man wandert da entlang. Jetzt sagen Sie: Das Ausland bietet Sachen an, die in Deutschland nicht möglich sind. Die werden aber nicht gut geregelt, und deswegen müssen wir es anbieten, weil wir es besser machen.

Diesen Gedanken kann ich nicht nachvollziehen. Die Problematik ist doch: Im Ausland werden viele Sachen gemacht; es wird an Embryonen

geforscht, es werden andere Sachen gemacht. Müssen wir denn immer bei allem mitziehen, weil wir es angeblich – das wissen wir ja noch gar nicht – besser machen würden? Es wäre eine Reduzierung der Ethik zu einer passiven Ethik, immer nur zu sagen, man möchte Schlimmeres verhindern und deswegen mitziehen, um es vielleicht ein bisschen besser zu machen als die anderen. Das ist in meinen Augen nicht die Aufgabe von ethischen Überlegungen und ethischen Entscheidungen, weil das eine absolute Reduzierung ist.

Wolf-Michael Catenhusen

Frau Wiesemann, könnte man nicht den Begriff Fortpflanzungsfreiheit besser ersetzen durch Recht auf Elternschaft? Denn da wird nicht nur deutlich, dass man nicht nur das Recht hat, ein Kind zu bekommen, sondern auch der Aspekt beleuchtet, Verantwortung für ein Kind zu übernehmen. Sie haben häufig die Familien genannt, aber auch von dem individuellen Recht gesprochen, wo es ja ein gewisses Spannungsfeld gilt.

Ansonsten, international gesehen: Wollen Sie wirklich die Eizellspende aus Indien auch als Argument für Deutschland verwenden?

Heribert Kentenich

Der Familienbegriff ist offensichtlich unterschiedlich. Frau Wiesemann, Sie haben in dem Zitat deutlich gemacht, was Sie unter Familie verstehen; Sie, Herr Schockenhoff, meinen offensichtlich als Familie den Begriff der heterosexuell orientierten Familie.

Eberhard Schockenhoff

Es gibt unterschiedliche Familienbegriffe. Man kann sagen: Dort ist Familie, wo Eltern mit ihren Kindern oder zwei Generationen. Es gibt auch einen Begriff, der sagt: Eine Familie ist da, wo ein Kochtopf steht, wo gekocht wird.

Man kann eine Familie als wünschenswert bestimmen, die um der Kinder und der Aufgaben der Familie willen wünschenswert ist. Dazu gehört für mich nicht nur, dass die Generationen zusammenleben (im Zweifelsfall eine erwachsene Person und ein Kind), sondern zu einem normativ-geltvollen wünschenswerten Familienbegriff gehört für mich, dass die Eltern untereinander Vater und Mutter sind, also die Verschiedengeschlechtlichkeit als eine Bereicherungsmöglichkeit des Menschseins repräsentieren, und ein oder am besten mehrere Kinder, weil auch diese horizontale Unterschiedlichkeit und das Miteinander-Heranzwachsen und die Rivalität und dabei Selbstbewusstsein zu lernen für die Kinder wichtig ist. Das ist aus meiner Sicht ein wünschenswerter, geltevoller normativer Familienbegriff.

Claudia Wiesemann

Ich hatte auf meiner Folie geschrieben, dass ich unter Familie eine Gruppe von Personen verstehe, die mit Kindern zusammenleben, und das in einer auf Dauer angelegten verantwortungsvollen und persönlichen Beziehung. Wenn ich mich richtig erinnere, stand da nicht heterosexuell. [lacht] Ich bin der festen Überzeugung, dass auch homosexuelle Paare dazu in der Lage sind.

Zum Recht auf Elternschaft: Herr Catenhusen, ich glaube auf den ersten Blick, für Teil 2 der Fortpflanzungsfreiheit wäre das ein adäquater Ersatzbegriff. Mir lag aber daran, auch Teil 1 hier vorzustellen und anzureißen, nämlich das Recht, kein Kind zu bekommen. Ich glaube, dass das aus guten Gründen auch zur Fortpflanzungsfreiheit gerechnet wird. Das ist in diesem Fall ein wesentlich stärkeres individuelles Recht, hat aber auch etwas damit zu tun, was wir für Vorstellungen davon haben, wie wir persönliche Beziehungen begründen wollen. Insofern möchte

ich bei dem Begriff Fortpflanzungsfreiheit bleiben. Es ist für mich als Ethikerin eine Herausforderung, über eine Freiheit zu sprechen, die so starke zwischenmenschliche Aspekte beinhaltet. Das ist ein interessantes Konzept.

Kurz zu der Frage: Müssen wir alles anbieten, was das Ausland macht? Nein, das müssen wir nicht und sollten es auch nicht. Das habe ich auch nicht argumentieren wollen. Ich habe nur aufgezeigt, dass, wenn man mit dem Risiko für das Kind argumentiert, dieses spezifische Argument nicht automatisch eingesetzt werden kann, um Fortpflanzungsfreiheit zu begrenzen. Das war alles. Das ist vielleicht auch der Tick eines Ethikers, gerne einmal darauf hinzuweisen, wie Argumente funktionieren können. In diesem spezifischen Fall – und es gibt noch andere Beispiele – müssen wir uns aus Gründen des Kinderschutzes ernsthaft überlegen, ob wir nicht die Eizellspende in Deutschland zulassen.

Wolfgang Huber

Vielen Dank. Jetzt sehe ich noch vier Personen hinter dem Mikrofon.

Christiane Woopen

Ich habe eine Frage an Frau Wiesemann zum Verhältnis der Begriffe Autonomie und Freiheit. Der Titel lautete: „Reproduktive Autonomie“. „Autonomie“ übersetze ich einmal mit Selbstbestimmung. Im Folgenden war aber nur von Fortpflanzungsfreiheit die Rede. Das sind für mich unterschiedliche Dinge. Ich habe ein argumentatives Problem mit einem individuellen Recht darauf, ein Kind zu bekommen, weil das für mich kein Einzelvorgang ist. Es ist von Natur aus ein Vorgang, wozu zwei gehören. Die Frage ist, ob sich das Recht dann nur darauf beziehen kann, nicht vom Staat davon abgehalten zu werden, einen möglichen Zugang, der von anderen freiwillig gewährt wird (zum Beispiel auf Keimzell-

spende oder auch Leihmutterschaft), zu erhalten. Aber diesen starken Begriff von Recht finde ich schwierig.

Ein großes Problem habe ich bei der Selbstbestimmung zur Fortpflanzung, wenn es um ein Kind geht. Denn darin ist für mich ein Denkfehler enthalten, weil es nie nur die Bestimmung des Selbst ist. Abgesehen davon, wenn man verhindern will, dass einem Kinder weggenommen werden oder man zur Fortpflanzung gezwungen wird; darum geht es nicht. Es ist immer in der Fortpflanzung die Bestimmung auch eines anderen Wesens, des Kindes. Verbietet es nicht diese Konstellation, den Begriff der Selbstbestimmung in diesem Kontext starkzumachen?

Frau N. N.

Frau Wiesemann, ich fand es etwas schade, dass der Aspekt Natürlichkeit, Künstlichkeit, der in der Fortpflanzungsmedizin wesentlich ist, von Ihnen unter dem Stichwort ethischer Naturalismus schnell abgehandelt wurde. In der Philosophie und Ethik gibt es gute Ansätze des ethischen Naturalismus, die nicht immer dem Sein-Sollen-Fehlschluss unterliegen und die das Natürliche als etwas gut Erkanntes zu einem Sollenden machen; nicht das natürliche Soll-Sein, einfach nur weil es natürlich ist, sondern das als gut erkannte Natürliche.

Andreas Bernhard

Andreas Bernhard, Universität Lüneburg. Eine Anmerkung zu Ihnen, Herr Schockenhoff. Ihr Vortrag war im Gestus einer Dichotomie aufgebaut: auf der einen Seite die normative Konstellation einer durch Ehe und sexuelle Zeugung hervorgehenden Familie, auf der anderen Seite die anderen Modelle, die randständig bedrohlich-riskant seien.

Ich wäre aus einem historischen Grund vorsichtig mit solch einer Dichotomie. In den Siebzigerjahren, bevor die Reproduktionstechnologien aufkam, lag die Familie symbolisch am Boden. Man kennt die soziologischen Klassiker, *Tod der Familie* usw. Es ist keine historische Koinzidenz, dass genau in dem Jahrzehnt, in dem die Familie symbolisch ausgezehrt war, die Reproduktionstechnologien aufkamen: 1970 erste Samenbank, 1975 erste Leihmutterchaft, 1978 Louise Brown. Durch die Hinzunahme von Personenkreisen, die vorher von der Familienbildung ausgeschlossen waren, ist also eine neue Emphase der Fortpflanzung und Familienbildung entstanden, die dazu geführt hat, dass Familie heute symbolisch wieder wesentlich stärker ist als in den Siebzigerjahren. Deswegen ist eine solche Dichotomie meines Erachtens unterkomplex.

Frau Ernst

Ich habe eine Frage an beide Referenten, und zwar, ob Sie das, was Sie gesagt haben, auch inklusiv meinen. Frau Wiesemann, Sie haben von der Zwangssterilisation gesprochen. In meinem täglichen Arbeitsfeld erlebe ich Zwangsverhütung und möchte deshalb fragen, ob Sie Ihre Statements inklusiv meinen.

Wolfgang Huber

Vielleicht könnte Herr Schockenhoff beginnen, zu erklären, ob er tatsächlich dichotomisch argumentieren wollte, und dann Frau Wiesemann sich anschließen.

Eberhard Schockenhoff

Ich sehe nicht, wo ich eine Dichotomie aufgebaut hätte. Mein historisches Argument war folgendes: Der Anspruch, dass Eltern das Kind auch in der Phase, wo es auf Fürsorge, Zuneigung und Pflege angewiesen ist, in seiner Sub-

jektstellung repräsentieren und achten, ist etwas, was durch die modernen Fortpflanzungstechnologien insofern unter Druck gerät, als diese einseitig bei den Wünschen und bei der Selbstbestimmung von Erwachsenen ansetzen. Dadurch gerät der Aspekt an den Rand, dass dabei noch ein anderes ist, nämlich das Kind, über dessen Leben auch durch die Fortpflanzungsmedizin bestimmt wird, zum Teil bis in die Identität hinein zumindest Vorentscheidungen getroffen werden. Das ist ein starkes historisches Argument, und es baut nicht auf einer Dichotomie auf.

Es ist richtig, dass wir heute faktisch einen erweiterten Familienbegriff haben, wie Familie in der öffentlichen Diskussion benutzt wird. Das hindert aber nicht, dass aus den Gründen, die ich aufgezeigt habe, dennoch ein ehebezogener Familienbegriff normativ wünschenswert ist, und zwar deshalb, weil es für die Kinder gut und wichtig ist, dass die Eltern die Verlässlichkeit, die sie dem Kind gegenüber gewähren sollen, auch untereinander repräsentieren, und zwar auch in einer rechtsverbindlichen Form. Das ist in der öffentlichen Debatte ein merkwürdiger Widerspruch: Mit Blick auf die Rechtsstellung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften macht man dieses Argument ganz stark. Da sagt man: Genau, die haben einen Anspruch, und es ist auch wichtig, dass sie in rechtsverbindlichen Form ihr Dasein und füreinander-Eintreten leben. Und im Blick auf die gegengeschlechtlichen Eltern und die unverheirateten Paare, die Elternverantwortung übernehmen, sagt man: Diese Rechtsform spielt doch gar keine Rolle. Nein, das ist wichtig, weil sich darin ein Wille zur Verlässlichkeit kundtut, der auch für die Kinder bedeutsam ist.

Claudia Wiesemann

Zunächst die Frage, ob mein Vortrag auch inklusiv gemeint ist. Die Frage ist für mich zu knapp und kurz gestellt. Das ist ein großes Wort, und bevor ich hier falsche Antworten gebe: Das würde ich gerne mit Ihnen in der Pause klären.

Zur Kritik am Natürlichkeitsargument, die ich gebracht habe: Ich gebe zu, dass man das ausführlicher hätte machen können, aber es ist vielleicht meine berufliche Sozialisation als Ärztin, meine professionelle Erfahrung, die mich am Wert der Natürlichkeit zweifeln lässt. Der Arztberuf ist eigentlich nur denkbar, wenn der Natur nicht moralische Normen entnommen werden. Und da wir hier über medizinische Themen reden, hatte ich mir erlaubt, es in diesem Kontext zu kritisieren. Es ging zum Beispiel nicht darum, wie man sich zu Hause ernähren soll.

Zum Einwand von Frau Woopen: Sie haben recht, Autonomie ist nicht deckungsgleich mit Freiheit; das war ein kleiner Taschenspielertrick von mir, dass ich das gleichgesetzt habe. Es gibt allerdings interessante Ansätze, Autonomie nicht nur als individuelles Phänomen zu sehen (obwohl es natürlich Selbstbestimmung heißt), sondern mittlerweile auch Konzepte von kollektiver Autonomie. Diese sind sehr interessant auf Familie zu übertragen, weil man als Gruppe von Personen autonom über sich und die eigene Fortpflanzung zu entscheiden versucht. Man müsste darüber sicher ausführlicher diskutieren, aber in diesem Sinne habe ich gemeint, es gleichsetzen zu können.

Zum Schluss noch eine Anmerkung dazu, was Sie gesagt haben, Herr Schockenhoff, weil Sie unterstellen, dass die Paare, die Fortpflanzungstechnologien anwenden, nur an ihrer Selbstbestimmung im Sinne einer egoistischen Entscheidung interessiert sind. Ich weiß nicht, woran man

das messen kann. Auch diese Paare möchten Kinder haben, mit Kindern zusammenleben und diese Kinder fördern, und das sind Wunschkin-der, während es oft genug Ehen gibt, die entstehen, nachdem ein Kind eben kein Wunschkind war, sondern sich einfach angekündigt hat. Ich sehe mich nicht in der Lage, da ein solches Urteil zu fällen, und würde im Zweifel darauf setzen, dass derjenige, der bereit ist, sich die nächsten zwanzig Jahre seines Lebens nachts und auch sonst ununterbrochen um einen anderen Menschen zu kümmern, durchaus so etwas wie Altruismus im Sinn hat.

Wolfgang Huber

Meine sehr verehrten Damen und Herren, bitte bleiben Sie noch ein paar Momente sitzen, weil nämlich am Schluss wichtige Ankündigungen kommen, wie es weitergeht. Aber jetzt hat Herr Schockenhoff noch die Möglichkeit zu einer kurzen Reaktion.

Eberhard Schockenhoff

Ich unterstelle natürlich nicht grundsätzlich Paaren, die die künstliche Fortpflanzung nutzen, dass sie nicht auch altruistisch sein könnten. Das Problem liegt in Folgendem: Zur Bereitschaft, Elternverantwortung zu übernehmen, gehört aus meiner Sicht die Bereitschaft, das Kind so anzunehmen, wie es von sich aus ist, und das Kind nicht irgendwelchen bewertenden Einschränkungen zu unterwerfen, dass es so und so sein muss oder so und so nicht sein darf, und nur dann nehme ich es an. Diese konditionierte Bereitschaft zur Elternschaft ist aus meiner Sicht moralisch problematisch, und darauf wollte ich hinweisen.

Wolfgang Huber

Vielen Dank. Meine Damen und Herren, eine ethische Kontroverse war angekündigt und Sie

haben sie auch bekommen. Sie enthält Aufgaben zum weiteren Nachdenken. Ich hebe zwei hervor:

Die Frage nach dem Verhältnis von Natur und Kultur in Moral und Ethik verdient weiteres Nachdenken. Naturalistische Fehlschlüsse sind zu vermeiden, aber wenn die Aufgabe ethischer Lebensführung schlechthin darin gesehen werden kann, dass es darum geht, dass wir Menschen lernen, mit unserem endlichen Leben verantwortlich umzugehen, hat das offensichtlich auch mit den naturalen Gegebenheiten unseres Lebens konstitutiv zu tun.

Die zweite Bemerkung: Wenn wir über Reproduktionsmedizin reden, liegt es nahe, Familie so zu definieren, wie es umgangssprachlich in der Politik gelegentlich geschieht, dass gesagt wird: Familie ist da, wo Kinder sind. Frau Wiesemann hatte uns zwei Definitionen in Zitaten sichtbar gemacht. Die zweite folgte diesem Gedanken: Ja, Familie ist dort, wo Kinder aufwachsen. Die andere aber, interessanterweise aus dem Familienministerium, sagte: Familie ist dort, wo Angehörige von zwei oder mehreren Generationen zusammenleben.

Wenn man das schon sagt, muss man hinzufügen: Zusammenleben bedeutet nicht, dauernd in derselben Wohnung zusammenzuleben. Als unsere Kinder aus dem Haus gingen und ich las: Familie ist dort, wo Kinder aufwachsen, habe ich mich tierisch geärgert und gesagt: In einer Gesellschaft, die als eine Hauptaufgabe den Umgang mit der älter werdenden Generation hat und dort Familienpflichten auf uns alle zukommen, die es mindestens so sehr in sich haben wie die nächtlichen Ruhestörungen durch Babys, ist es höchste Zeit, diesen erweiterten Familienbegriff genauso ernsthaft zu diskutieren wie die Frage, wie sich hetero- und homosexuelle Lebensge-

meinschaften im Blick auf den Familienbegriff zueinander verhalten.

Sie merken, dass ich nach der Kontroverse den Wunsch hatte, Ihnen zu einer friedlichen Mittagspause zu verhelfen. Deshalb schließe ich mit dem letzten Satz aus Claudia Wiesemanns Buch *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft* in der zuversichtlichen Hoffnung, dass Herr Schockenhoff und Frau Wiesemann sich in diesen Schlusssätzen von Frau Wiesemann treffen können:

„Wir sind Menschen, die von Menschen stammen. Wir haben unsere Identität in der Beziehung zu anderen erworben. Wir sind in den Kontext einer Verantwortung gestellt, die uns unser Leben lang begleiten wird.“

Sobald Herr Vetter erläutert hat, was nach dem Mittagessen kommt, wünsche ich Ihnen eine gute Mittagspause. Zuerst aber danke ich noch einmal Claudia Wiesemann und Eberhard Schockenhoff für einen spannenden Vormittag.

III. Foren

A – Eingriffe in die Keimbahn. Im Fokus: Vorkern- und Spindeltransfer bei mitochondrialen Erkrankungen

Moderation: Wolf-Michael Catenhusen · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

Klaus Reinhardt · Eberhard Karls Universität Tübingen: Zum naturwissenschaftlich-medizinischen Sachstand

[...]

(Folie 16)

... sie sich zusammen entwickelt haben. Ursprünglich sind die Haplotypen und die Kerntypen völlig gesund. Erst wenn man sie zusammenbringt, entstehen diese Effekte. Die Genexpression der Männchen war verändert. 10 Prozent der Fliegenkerne im Kern änderten sich je

nachdem, welcher mitochondriale Haplotyp dabei sitzt; diese sind nach der Definition gesund. Vorzeitiges Altern, völlige Sterilität im Männchen – so etwas kann auftreten, und unter diesem Gesichtspunkt fanden wir es bedenklich, dass für diese drei Wirbeltiere keinerlei Daten zur chirurgischen Art und Weise vorliegen (schwarz ist hier die chirurgische Art und Weise, es zusammenzubringen, und dunkelblau die genetische Methode).

Vom ethischen Gesichtspunkt müsste berücksichtigt werden, dass wir hier relativ schlecht Bescheid wissen, vor allen Dingen in Anbetracht der negativen Effekte, die sich in diesen anderen Tieren zeigen.

(Folie 17)

Zum Abschluss möchte ich noch drei falsche Einwände [zu den Risiken] zeigen, möchte sie aber nicht weiter erläutern. Die Diskussion geht aktuell vorwärts. Das sind die drei Einwände. Darauf kann ich gern noch eingehen; ansonsten möchte ich damit schließen.

Noch eine Anmerkung: Bei den Fruchtfliegen wurden bis 25 mitochondriale Haplotypen verwendet, nicht nur zwei, wie bei den Affen. Damit möchte ich dies zur Diskussion stellen.

Wolf-Michael Catenhusen

Danke, Klaus Reinhardt. Es ist sinnvoll, wenn wir die drei Beiträge, die ein Stück aufeinander aufbauen, insgesamt hören. Ich darf dann Karin Brosius um ihr Wort bitten. Sie sind in der Diagnosegruppe Mitochondriopathien tätig, haben aber auch familiäre Erfahrungen mit dem Thema.

Karin Brosius · Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke: Zur Perspektive von Betroffenen

(Folie 1, 2)

Meine familiäre Erfahrung – das heißt, der Grund, warum ich heute hier bin – habe ich durch meine Tochter Lena, die jetzt mittlerweile 19 Jahre alt ist. Sie hat eine mitochondriale Enzephalomyopathie. Ursache dafür ist eine Punktmutation der mtDNA [mitochondriale DNA]. Das ist der Bereich, über den wir heute sprechen, denn nur wenn die mitochondriale DNA betroffen ist, macht ein Spindeltransfer oder Vorkerntransfer Sinn.

Die Auswirkungen sind bei ihr noch relativ harmlos. Sie hat eine zentrale Bewegungsstörung, die darauf beruht, dass durch Energiemangel im Gehirn eine Störung im Gehirn im Säuglingsalter auftrat. Das heißt, sie kann nicht selbst laufen, ist feinmotorisch nicht sehr geschickt, braucht also Hilfe bei allen alltäglichen Verrichtungen. Sie hat eine Schluck- und eine Sprechstörung, das heißt, sie kann nicht verständlich sprechen. Dazu hat sie eine Belastungsintoleranz, weil auch die Muskeln betroffen sind. Sie ermüdet stark und ist insgesamt nicht sehr leistungsfähig.

Dies resultiert in einem Behinderungsgrad von 100 Prozent und Pflegestufe 2. Im Gegensatz zu den meisten anderen Kindern hat sie jedoch keine geistige Behinderung, das heißt, sie ist jetzt mitten in ihrem Fachabitur und hoffentlich nächste Woche fertig. Sie ist ein lebenslustiges und fröhliches Mädchen, und wenn man sie fragt, sagt sie, dass sie eigentlich ganz zufrieden ist. Also sie stört nichts.

Wenn man ihr allerdings sagen würde, dass sie durch den Spindeltransfer Kinder bekommen könnte, würde sich das wahrscheinlich schnell

ändern, denn das war der Punkt, wo sie etwas depressiv geworden ist, als ihr bewusst wurde, dass sie nie wird Kinder bekommen können. Das wäre für sie *die* Hoffnung, wobei sie, fürchte ich, so schwer betroffen ist, dass sie gar kein Kind austragen könnte. Aber es wäre für sie eine Perspektive.

(Folie 3)

Herr Reinhardt hat schon das Wichtigste erzählt, daher brauche ich nicht mehr sagen, was die Funktion der Mitochondrien ist. Trotzdem noch einmal: Es geht darum, dass Nahrung in Energie umgewandelt wird, und mitochondriale Erkrankungen beruhen darauf, dass dem Körper Energie fehlt.

Wie schon gesagt wurde, ist es ein sehr komplizierter Prozess. Ich zeige dies nur, damit Sie sehen, wie kompliziert das ist; ich möchte es nicht erklären. 10 Prozent unseres gesamten Genoms sind in irgendeiner Form daran beteiligt. 1.500 Proteine werden dafür gebraucht, und davon werden 1.500 durch den Zellkern kodiert und 13 durch die 37 Gene der Mitochondrien. Eigentlich ist es daher nur ein kleiner Teil, über den wir heute sprechen.

Bisher sind bei Menschen 250 Genmutationen bekannt, die Mitochondrien hervorrufen können. Der größere Teil ist bisher noch unbekannt. Nur wenn der Defekt bekannt ist und wenn er auf der mtDNA liegt, macht ein Spindeltransfer Sinn. Das heißt, ich bin hier als Vertreterin für eine Methode, die für uns Patienten oder betroffene Eltern relativ irrelevant ist. Dazu komme ich später noch einmal.

(Folie 4)

Mitochondriale Erkrankungen sind immer Multisystemerkrankungen, denn die Mitochondrien sind in jeder Zelle. Alle Organe brauchen Energie, also können auch alle Organe betroffen sein.

Es muss nicht jedes Organ betroffen sein, es kann auch nur sein, dass jemand Diabetes hat. Bei Kindern sind aber meist alle Organe mehr oder minder stark betroffen.

Die Regel ist so: Entweder sorgt die Mutation dafür, dass überhaupt keine Energie entsteht, dann werden die Kinder gar nicht ausgetragen, oder sie sind so leicht betroffen, dass sie das Erwachsenenalter erreichen und dann erst die Mutation kommt. Bei Kindern gibt es auch ganz wenige Fälle, wo sämtliche Organe betroffen sind; das sind allerdings auch die tragischsten.

(Folie 5)

Die Mitochondriopathien werden auch das Chamäleon unter den Krankheiten genannt; das ist klar bei so vielen beteiligten Genen und so vielen möglichen Organen. Jedes Organ kann in jeder nur erdenklichen Kombination betroffen sein. Jedes Symptom kann auf eine Mitochondriopathie zurückgehen, und wenn es nur ein Schnupfen ist. Es kann in jedem Alter auftreten und jeder Erbgang ist möglich.

Das gleiche Gen kann auch zu völlig unterschiedlichen Symptomen führen: Eine Genmutation führt bei dem einen Kind zu Schwerhörigkeit, beim anderen zu Diabetes und beim anderen zu einer Multisystemerkrankung.

Außerdem können gleiche Symptome unterschiedliche genetische Ursachen haben. Das Leigh-Syndrom, das meine Tochter hat, kann 50 verschiedene genetische Ursachen haben, wobei bisher 50 bekannt sind; es ist nach oben offen, ob es noch mehr gibt.

(Folie 6)

Das Einzige, was die mitochondrialen Erkrankungen gemeinsam haben, ist, dass sie derzeit nicht heilbar sind.

(Folie 7)

Trotzdem ist die medizinische Technik heute so weit, dass man dem Energiemangel entgegentreten kann. Wenn ein Kind betroffen ist, sind es meist Frühgeburten, die nicht bis zum Schluss ausgetragen werden konnten. Sie werden direkt nach der Geburt beatmet, künstlich ernährt, in ein künstliches Koma versetzt und irgendwie am Leben erhalten. Häufig gibt es die Möglichkeit, den Energiemangel von außen zu behandeln; bei meiner Tochter sind es Sachen wie Rollstuhl, Lifter, Rampen und Bus. Viele Kinder werden künstlich beatmet. Fast alle Kinder, die jetzt geboren werden, bekommen eine Ernährungssonde. Die meisten brauchen auch einen Katheter, entweder einen festen, bekommen ihn einoperiert, oder werden von außen katheterisiert. Es können auch die Hormone zugeführt werden, und durch Anti-Epileptika können die epileptischen Anfälle bekämpft werden.

Wir haben somit ein unglaubliches Arsenal an Hilfsmitteln in den Kinderzimmern. Dazu kommt, dass alle Kinder im Prinzip eine 24-Stunden-Betreuung brauchen. Wenn man also ein betroffenes Kind in der Familie hat, kann ein Elternteil seine Karrierepläne knicken. Bei uns war ich das, aber es können natürlich auch die Männer sein; auch eine Berufstätigkeit ist kaum möglich.

Wenn die Kinder noch schwerer betroffen sind als Lena (bei ihr ist es fast schon wieder leicht), hat man durch die 24-Stunden-Betreuung einen Anspruch auf Assistenten, die mit im Haus wohnen. Die Kraft, die den Kindern fehlt, wird durch einen enormen Aufwand von außen hineingetragen, und da ist natürlich die Vorstellung, dass man die Mitochondrien – diese hier ist kleiner als im Original; da war sie noch riesengroß, sie versorgt das alles, ich habe sie extra kleiner ge-

macht. Dafür kommen die ganzen Außensachen dazu. Wir würden uns natürlich freuen, wenn die gesamten Energiemangelzustände behoben sind und man die Mitochondrien wieder arbeitsfähig bekommen würde.

Das geht nur leider nicht so einfach. Denn wie wir gehört haben, hat eine Eizelle bis zu 100.000 Mitochondrien, und die kann man nicht einzeln austauschen. Die einzige Chance, das zu machen, ist in der Eizelle selbst. Das ist das, was wir möchten.

(Folie 8)

Damit Sie einmal einen Einblick bekommen, was das bedeutet: Hier habe ich ein Bild von unserem ersten Familientreffen. Sie sehen hier viele Kinder. Alle diese Kinder haben eine mitochondriale Erkrankung, aber jedes der Kinder, das Sie auf dem Bild sehen, hat eine andere Genmutation. Nur ungefähr 20 Prozent der mitochondrialen Erkrankungen beruhen auf Gendefekten der mtDNA. Hier auf dem Bild ist meine Tochter Lena; da ist es eine Spontanmutation, ich habe sie nicht. Das heißt, da kommt auch der Transfer nicht mehr infrage. Der Einzige, dem bzw. dessen Mutter damit wirklich zu helfen gewesen wäre, ist der kleine David, den Sie im Vordergrund sehen. Er hat eine mitochondriale Mutation. Ich möchte ihn gern ein bisschen genauer vorstellen.

(Folie 9)

David ist schon mit vier Jahren gestorben, er lebte von 2007 bis 2011. Er ist nie über den Entwicklungsstand eines zweimonatigen Säuglings hinausgekommen. Er konnte nicht laufen, nicht sprechen, nicht krabbeln, nicht lachen, nicht greifen, hatte keine Kopfkontrolle, war blind, wurde über PEG [perkutane endoskopische Gastrostomie] ernährt und hatte bis zu 25 epileptische

Anfälle am Tag, die auch medikamentös nicht eingestellt wurden.

Das Leben der Mutter bestand vier Jahre lang aus einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Sie konnte nicht mehr arbeiten gehen, war in der Zeit Hartz-IV-Empfängerin. Dann wurde bei ihr festgestellt, dass sie Überträgerin ist, und damit war auch ihr Familienwunsch vorbei. Das ist ein Fall, wo man hätte helfen können, dass sie bei einem neuen Versuch ein gesundes Kind bekommen könnte.

Ein anderes Beispiel ist Lea, die heute andert-halb Jahre alt ist. Sie hat eines der häufigsten Syndrome: MELAS [Mitochondriale Enzephalomyopathie), Laktatazidose, Schlaganfallartige Episoden]. Das ist schon kurz nach der Geburt aufgefallen, mit Krampfanfällen. Vor einem Jahr ist sie mit einem Herz- und Atemstillstand ins Krankenhaus gekommen, wurde reanimiert und irgendwie wieder zum Leben gebracht. Heute hat sie eine Herzmuskelstörung, Herzrhythmusstörung, epileptische Anfälle, ständig Laktatazidosen, mit denen sie im Krankenhaus ist, und eine allgemeine Entwicklungsverzögerung. Auch hier sind die Mutter und die Großmutter Trägerin; auch für sie käme es in Frage.

(Folie 10)

Letztes Beispiel ist Fiete. Hier ist eine Auswahl seiner Diagnosen. Das ist nur das Wichtigste; die Nebensachen lasse ich weg, sonst wäre es noch zwei Seiten lang.

(Folie 11)

Fiete fiel schon direkt nach der Geburt auf, allerdings nur durch Sprachprobleme. Die Zungenmotorik – das ist ja auch ein Muskel – war gestört. Er kam erst in den Sprachheilkindergarten, dann in eine Sprachheilschule. Weil er Verhaltensauffälligkeiten hatte, wurde auch sein IQ getestet, der lag bei 140. Er kam zur Untersuchung

in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo aber nichts Richtiges festgestellt wurde.

2007 wurde er endlich mit einer mitochondrialen Erkrankung diagnostiziert. 2008 hatte er seinen ersten Schlaganfall, 2009 Herzinfarkt, 2010 Nierenversagen, 2012 der zweite Schlaganfall; seitdem ist er blind. 2013 war er die ganze Zeit mit permanenten Lungenentzündungen im Krankenhaus. Gerade war er draußen und die Eltern ganz erleichtert, da kam die Meldung, dass er jetzt mit Knochenbruch im Krankenhaus liegt, weil er Osteoporose hat.

Das sind die Sachen, die wir gern vermeiden würden, denn das ist ein Tod auf Raten. Immer hat man sich gerade daran gewöhnt, dass das Kind aus etwas heraus ist, und dann kommt das Nächste. Man sieht zu, wie bei dem Kind im Laufe der Zeit ein Teil nach dem anderen wegstirbt.

Fiete hat drei gesunde Geschwister und die Mutter hat auch keinen Nachweis der Mutation. Auch ihr wäre in dem Fall nicht zu helfen und dem Jungen käme es auch nicht zugute, denn wenn er sich tatsächlich fortpflanzen wollte, würde er seine Mitochondrien nicht übertragen.

(Folie 12)

Unten auf diesem Bild ist der kleine Gabriel. Er ist betroffen, die drei Geschwister nicht.

Bei den meisten, die Kinder haben, ist der Wunsch nach Familie sehr stark. Wenn man ein Kind hat, das betroffen ist – ich habe den Pflegeaufwand erwähnt: Das kann man nur einmal. Man könnte sonst immer weiter probieren, und es gibt ja Familien, wo es klappt. Nur wenn es das erste ist, besteht die Gefahr, dass das zweite und dritte auch betroffen sind, und das übersteigt die Kraft einer Familie.

Bei uns – Lena hat noch eine gesunde ältere Schwester – war das kein Problem, aber noch ein Kind wäre nicht gegangen. Das geht nicht. Und wenn man, wie Davids Mutter, vier Jahre lang ein Kind pflegt und weiß, es stirbt – diese Eltern sind teilweise so verzweifelt; als sie gehört haben, dass das in Newcastle gemacht wird, haben sie sofort dort angerufen und gesagt: Setzt uns auf die Liste, wir wollen Versuchspersonen sein. Denen sind alle Ihre Einwände, dass das gefährlich wäre, völlig egal. Denn bei uns ist es ja so: Die Mitochondrien sind krank, und die meisten Eltern denken, es kann nur besser werden.

(Folie 13)

Weil es Zellkernmutationen sind, ist eine Möglichkeit für die meisten die PID [Präimplantationsdiagnostik]. 2011 gab es die Gesetzesänderung, dass es auch in Deutschland möglich ist, Embryonen zu testen. Für viele Eltern ist es eine Möglichkeit, eine PID zu machen und dann die Gesunden auszuwählen und auszutragen. Für diejenigen, die eine Mutation auf der mtDNA haben, ist das keine Möglichkeit.

(Folie 14)

Die Vorteile, die wir beim Spindeltransfer sehen, ist zunächst die berechtigte Hoffnung auf ein gesundes Kind. Die Affen sind für uns Beweis genug, dass es gehen könnte. Vielen Eltern reicht das, um zu sagen: Das würde ich gerne probieren.

Was für uns auch wichtig ist: Die Embryonen werden nicht selektiert wie bei der PID; es wird kein Kind aussortiert, weil es die Krankheit hat, sondern es werden die kranken Mitochondrien transplantiert. So gesehen ist das für uns, wie wenn man einem Kranken eine Niere verpflanzt, um ihm die Dialyse zu ersparen.

Weder die DNA noch die mtDNA werden dabei verändert, sie werden nur anders zusammen-

geführt. Wie ich schon sagte, ist für uns betroffene Eltern alles besser als der Status quo.

(Folie 15)

Auch die Nachteile möchte ich nennen: Es ist nur für sehr wenige Paare geeignet. Der Schweregrad der Erkrankung, der die Kinder trifft, lässt sich nicht vorhersagen. Die meisten Krankheiten, die auf der mtDNA beruhen, brechen erst im Erwachsenenalter aus, das heißt, wir Mütter würden dafür verantwortlich gemacht werden, einen Nachwuchs zu erzeugen, der, wenn er 50 Jahre alt ist, vielleicht keinen Diabetes bekommt. Das ist etwas, wo die meisten Mütter nicht in die Pflicht genommen werden wollen. Sind wir wirklich dafür zuständig, das zu verhindern und das dann auch machen zu müssen? Das ist etwas, wo Mütter Bedenken haben müssen.

Auch schon angesprochen wurde der Druck auf die Mütter, für perfekten Nachwuchs sorgen zu müssen, wenn diese Mutation auftaucht.

(Folie 16)

Im Fall von MELAS ist diese Mutation die häufigste [Ursache] bei dem Syndrom: In 80 Prozent der Fälle ist es diese 3243A. Sie kommt bei einer von 200 Personen vor, aber die Krankheit bricht nur bei einer von 5.000 Personen aus. Die Symptome reichen von isolierter Schwerhörigkeit bis zu schwerster Mehrfachbehinderung.

(Folie 17)

Das heißt: Wenn ich ein Kind habe wie Lea, die ich vorhin vorgestellt habe, dann kommt es infrage und ist sinnvoll, und dann ist auch die Schwere der Erkrankung ein Argument, das zu machen. Aber wenn die Großmutter in dem Fall einen Heteroplasmiegrad von 16 Prozent hat (das heißt, 16 Prozent ihrer Mitochondrien sind mutiert, der andere Teil ist normal) – hätte sie es machen müssen? Sie hat immerhin noch ein Kind bekommen: die Mutter der Lea, die einen

Heteroplasmiegrad von 33 Prozent hat, etwas untergewichtig und schwächlich ist, aber auch noch ein Kind bekommen hat: Lea, bei der der Heteroplasmiegrad bei 75 Prozent liegt und die schwerstmehrfachbehindert ist.

Wenn man weiß, dass man diese Mutation hat, heißt es nicht, dass man ein krankes Kind bekommt. Ist man einfach weil man weiß, dass man es hat, verpflichtet, das zu ändern? Das ist eine Sache, die noch Schwierigkeiten in der Diskussion bereiten wird: zu beurteilen, ob man dazu das Recht hat.

(Folie 19)

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit, auch wieder mit einem Bild meiner Tochter, die sehr gerne segelt, und mit unserem Slogan der DGM: Mut zur Zukunft – als Wegweisung vielleicht für die Diskussion.

Eins noch: Wir haben eine Broschüre zu den Mitochondrien herausgegeben. Dort liegen 20 Exemplare, die mitgenommen werden können.

Wolf-Michael Catenhusen

Schönen Dank, Frau Brosius. Gerade weil Sie die Dramatik der Situation aus betroffener Familiensicht darstellen konnten, war das sehr anregend, aber auch notwendig.

Jetzt darf ich Alena Buyx ums Wort bitten. Wir haben uns 2012 im London getroffen. Damals gab es ein Dreiertreffen des französischen Ethikrates, des Nuffield Council on Bioethics und des Deutschen Ethikrates. Sie waren beim Nuffield Council als Advisor und Moderator in dem Prozess der Erarbeitung einer Stellungnahme zu diesem Thema tätig, und deshalb haben wir Sie heute zur gesellschaftlichen Debatte um Drei-Eltern-Babys in Großbritannien eingeladen.

Alena Buyx · Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Zur gesellschaftlichen Debatte um „Drei-Eltern-Babys“ in Großbritannien

(Folie 1)

Vielen Dank. Ich freue mich, dass ich Ihnen heute diese Stellungnahme darbieten kann. Ich habe das Council verlassen, kurz bevor es zur Publikation kam, und konnte auch den Prozess der Nachbereitung, des gesellschaftlichen Wiederhalls dieses Reports, den ich gleich skizzieren werde, nicht mehr begleiten. Ich bitte daher um Nachsehen, wenn ich detaillierte Nachfragen nicht beantworten kann.

(Folie 2)

Der Hintergrund des Berichts des englischen Ethikrates war die Entwicklung neuer IVF-basierter Technologien, von denen wir schon gehört haben. Es hat in England einige Forschungsdurchbrüche gegeben, insbesondere an dem schon erwähnten Zentrum in Newcastle, das sicherlich zu den weltweit führenden Forschungszentren in diesem Bereich gehört. Es hat auch eine intensive Forschungsförderung gegeben.

Spätestens ab 2005, also ab den ersten großen Publikationen und den Proof-of-Concept-Experimenten standen Fragen nach der rechtlichen Zulässigkeit im Raum, nach der damals geltenden Version des Human Embryology and Fertility Act, dem Äquivalent zur deutschen Gesetzgebung. Im reproduktionsmedizinischen Kontext war es klar, dass die Technologien verboten sind, und so kam gleich zu Beginn die Frage nach den ethischen Aspekten auf.

Interessant am Beispiel der Mitochondropathien ist, dass es sich hier um eine Debatte gehandelt hat, die ab 2005 intensiv und öffentlich verhandelt wurde und die von Forschern und Patientengruppen angestoßen wurde; wir haben ja eben

eine eindrucksvolle Perspektive gehört. Das heißt, anders als bei vielen anderen Technologien, die wir als Medizinethiker – zu denen ich mich zählen darf – verhandeln, bei denen die ethische und öffentliche Debatte oft ein wenig hinterherhinkt, ist es hier sehr früh zu einer Besprechung gekommen. Inzwischen wird in England (das werde ich Ihnen gleich darlegen) bereits die Regulation vorbereitet, noch bevor es eine Aussicht darauf gibt, dass diese Technologien praktisch anwendbar sind.

(Folie 3)

2009 (also im Vorlauf 2008) ist die Gesetzgebung dahingehend novelliert worden, dass es jetzt die grundsätzliche Möglichkeit der Regulierung durch die Regierung gibt. Das ist eine Grundsatzentscheidung. Das heißt: Mit dieser Novelle ist entschieden worden, dass das Gesetz es grundsätzlich zulässt, dass der Gesetzgeber nach den entsprechenden Stationen der Legislative Ausführungsbestimmungen formuliert.

2010 hat es eine Anfrage von Patientengruppen und beteiligten Forschern und Forschungsinstitutionen nach einer solchen Regulierung gegeben. Die Regierung hat dann die Regulierungsbehörde, die den reproduktionsmedizinischen Kontext reguliert – die Human Fertility and Embryology Authority –, beauftragt, einen öffentlichen und Expertendialog durchzuführen.

(Folie 4)

2012 ist im Rahmen dieses Dialogs – nicht beauftragt (sehr wichtig), sondern unabhängig von Nuffield Council beschlossen – eine Arbeitsgruppe zusammengetreten, die diesen Report erarbeitet hat.

Im Februar 2014 wurde die eben von Herrn Catenhusen erwähnte schriftliche, öffentliche Anhörung online gestellt, die Public Consultation, die ein häufiges Element der Gesetz-

gebung in England darstellt. Es gibt nach wie vor eine sehr hitzige öffentliche Debatte; ich kann nur Teile davon darstellen.

(Folie 5)

Eine sechsköpfige Arbeitsgruppe hat sich insgesamt sechs Monate für diese Publikation Zeit genommen; das war ein schnelles Projekt. Es hat einen einmonatigen Call for Evidence gegeben mit fast 100 Eingaben, also Stellungnahmen von verschiedensten in diesem Bereich tätigen Institutionen, aber auch Einzelindividuen. Es gab verschiedene Treffen zum Fact Finding, ethische Vorträge usw. Die Publikation war 2012.

(Folie 6)

Die folgenden Folien kann ich zum Teil überspringen.

(Folie 7)

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes gab es in Großbritannien die Möglichkeit, die Übertragung fehlerhafter mitochondrialer DNA – von der sprechen wir ja heute – insofern zu vermeiden, als man kinderlos bleibt, adoptiert (ohne genetische Verwandtschaft zwischen Kind und Eltern) oder die Eizellspende in Anspruch nimmt (ohne genetische Verwandtschaft zwischen Kind und Mutter).

(Folie 8)

Andere Optionen waren die Pränataldiagnostik (betroffene Paare konnten bei signifikantem Grad mutierter mitochondrialer DNA einen Schwangerschaftsabbruch in Betracht ziehen), oder die Präimplantationsdiagnostik (mit selektivem Transfer von Embryonen mit niedrigem Grad mutierter mtDNA).

Beide Verfahren können aufgrund der großen Variabilität in der Übertragung, in der Ausprägung, im Phänotyp der Erkrankung keine Si-

cherheit bieten, dass ein Erkrankungszustand vermieden wird.

(Folie 9, 10)

Diese Technologien wurden bereits vorgestellt.

(Folie 11)

Ich springe zu den potenziellen Vorteilen, die in der Arbeitsgruppe besprochen wurden. Gesehen wurde die Gelegenheit für Eltern, Kinder zu haben, mit denen sie genetisch verwandt sind.

Ein Aspekt ist, dass die Kinder potenziell frei von mitochondrialen Erkrankungen geboren werden können. Dies gilt für alle Nachfahren aller Frauen, die mithilfe dieser Technologien geboren werden. Es gibt also die Hoffnung, dass diese Erkrankungen ganz vermieden werden können.

(Folie 12)

Dass dies eine Reihe ethischer Fragen aufwirft, ist ohne Zweifel. Die Arbeitsgruppe hat einen breiten Blick auf die einschlägigen ethischen Fragestellungen geworfen, die Frage der Keimbahntherapie allerdings nur gestreift. Ich bin sicher, dass das gleich in der Debatte eine Rolle spielen wird, aber tatsächlich ist das nur ein Teilbereich gewesen.

Die erste Frage, die gestellt wurde, war, ob es Implikationen für die Identität der so gezeugten Kinder geben könnte. Egal welches Konzept von Identität man annimmt – die intersubjektive personale Identität (das Selbstverständnis, das wir haben), die qualitative Identität (die Charakteristika, die uns als Person ausmachen), die numerische Identität (bin ich nach einer bestimmten Veränderung noch ein und dieselbe Person?) oder die immer noch sehr umstrittene genetische Identität – in der Arbeitsgruppe war es Konsens, davon auszugehen, dass alle Identitäten potenziell verändert werden könnten.

Konsens war auch, dass es ethisch nicht relevant ist, solange dem Kind das Recht auf eine offene Zukunft zugestanden wird. Das heißt, eine Veränderung der Identität, die sich in vielen anderen medizinischen Arbeitsbereichen ebenfalls abzeichnen kann, ist nur dann ethisch relevant, wenn sie die offene Zukunft des Kindes beeinträchtigt.

Es wurde lange diskutiert, ob dies eine Keimbahntherapie ist. In der Fachwelt ist das umstritten. Die Arbeitsgruppe hat es klar bejaht: Ja, das ist ein Eingriff in die Keimbahn. Die Fragen, die sich daraus ergeben, sind: Haben die Nachkommen, die auf diese Weise in die Welt kommen, ein Recht auf Nicht-Manipulation? Das wurde als fraglich dargestellt.

Könnte es durch diese Art von Eingriff zu einer Manipulation der sozialen Ordnung kommen, also zu einem Aufbrechen der fundamentalen solidarischen Gerechtigkeitsstrukturen, die unsere Gesellschaft leiten? Das wurde angesichts der Erfahrungen aus dem reproduktionsmedizinischen Kontext in United Kingdom als unwahrscheinlich angesehen.

Das Unnatürlichkeitsargument haben wir bereits kurz besprochen: Sind solche Eingriffe in besonderer Weise gegen die Natur? Hier wurde dem Argument, das eben auch von Frau Wiesemann starkgemacht wurde, stattgegeben, dass es sich bei den meisten Eingriffen – auch denen, die wir gerade gesehen haben, für die Behandlung von Patienten mit Mitochondriopathie – längst um Eingriffe handelt, die auch den natürlichen Verlauf aufhalten, sodass solche Eingriffe nicht besonders herausgehoben werden sollten.

Schließlich die letzte Frage: Könnten solche Eingriffe eine schiefe Ebene produzieren, also eine Öffnung zugunsten von Designerbabys, dass verbessernden und optimierenden Eingrif-

fen in der Keimbahn Tür und Tor geöffnet würde? Dagegen wurde folgendes Argument vorgebracht: Gerade weil es sich um Eingriffe an den Mitochondrien handelt, gibt es eine klare Möglichkeit, hier regulatorisch zu unterscheiden, indem nämlich ein regulativer Vorschlag – wie es tatsächlich auch passiert – ausschließlich für Eingriffe an der mitochondrialen DNA bzw. für den Austausch der mitochondrialen DNA (es ist ja kein Eingriff in die DNA) formuliert wird und sämtliche Eingriffe an der nukleären DNA dabei vollständig herausfallen; es gibt also eine Möglichkeit, das auch gesetzlich zu unterscheiden.

Die Frage der Risikoabschätzung spielt eine außerordentlich große Rolle. Das wurde als Empfehlung auch am stärksten formuliert, dass es noch unklar ist, ob diese Technologien nicht zu risikobehaftet sind, dass das aber mit den möglichen Vorteilen, die sie bieten, abgewogen werden muss und dass es durchaus möglich ist, dass Patienten und Familien – das haben wir eben eindrucksvoll gehört – bereit sind, signifikante Risiken auf sich zu nehmen. Dann muss das Erfordernis der besonders guten informierten Einwilligung gegeben sein.

(Folie 13)

Umstritten war die Frage der sogenannten Drei-Eltern-Babys; hier handelt es sich um Kinder, die drei Eltern haben, so wurde das in der Presse immer wieder bezeichnet. Der Argumentationsgang in der Gruppe war wie folgt: Inzwischen gibt es viele verschiedene klar in der Gesellschaft verankerte Unterschiede zwischen sozialer und genetischer Elternschaft, über Stieffamilien und die verschiedenen Patchworkmodelle, die wir heute haben. Hier handelt es sich um eine Besonderheit, weil zum ersten Mal eine genetische Verwandtschaft mit drei Personen möglich ist. Die mitochondriale DNA soll aber keines-

falls als eine Grundlage für Elternschaft gesehen werden, da sie, was die Funktion dieser Gene angeht, in keiner Weise kausal beteiligt ist an dem, was uns als Person, als Menschen und als soziale Wesen, die im Beziehungskontext stehen, ausmacht. Das ist eine klare Empfehlung, den Begriff Drei-Eltern-Babys nicht zu verwenden, da er weder biologisch noch auch in England rechtlich korrekt wäre.

Schließlich die offene Frage, ob es psychologische oder kulturelle Effekte geben könnte, die sich aus dieser neuen Konstellation ergeben – wenn nicht im Kontext der Elternschaft, so doch zumindest darin, dass es sich hierbei um Kinder handelt, die eine irgendwie geartete Beziehung zu einer Spenderin haben.

Das führte zu der Frage nach dem Status der Spenderin. Es wurde lange diskutiert, ob diese den gleichen Status haben sollte wie Eizellspenderinnen, was in England bedeutet, dass es keine anonyme Spende geben kann. Von der Gruppe wurde verneint, dass die Spende nur der Mitochondrien den gleichen Status haben sollte. Das heißt, dass eine anonyme Spende möglich wäre.

Hinsichtlich der gesellschaftlichen Fragestellungen und des Schutzes künftiger Generationen wurde gefragt, ob man diese Technologien vielleicht nur bei männlichen Nachkommen anwenden sollte, damit die potenziellen Effekte, die in der Keimbahn entstehen könnten, nicht weitergegeben werden können, weil eben Mitochondrien matrilinear weitergegeben werden. Das wurde abgelehnt mit dem Verweis darauf, dass dann die männliche erste Population eine Art experimentelle Population wäre, um auszuprobieren, ob man das später auch mit Frauen machen kann. Das wurde als unzulässige Instrumentalisierung abgelehnt.

Auch das Expressionsargument wurde diskutiert, ob also durch die Einbringung dieser Technologien diejenigen, die an diesen Erkrankungen leiden, in irgendeiner Weise beleidigt werden. Das wurde verneint.

Der Status des Embryos spielt in England im Vergleich zur deutschen Debatte eine untergeordnete Rolle, da es dort eine klare 14-Tage-Regelung gibt.

(Folie 14)

Ich komme zu den Schlussfolgerungen und zitiere: „Wenn wirksam und sicher“ – wichtiges Nadelöhr – „und mit angemessener Information sowie Unterstützung, wäre es“ aus der Sicht des Councils „ethisch, wenn Familien diese Technologien als therapeutische Behandlung nutzen“.

Das bedeutet, dass es vorher ebenfalls mit angemessener Überwachung ethisch wäre, „weiter Informationen über diese Technologien zu sammeln“, um sie zu beforschen, „um sie als Therapie in Betracht ziehen zu können.“

Vielen Dank.

Fragen und Diskussion

Wolf-Michael Catenhusen

Ich habe eine Nachfrage. Herr Reinhardt, Sie haben die internationale Debatte verfolgt. Was unterscheidet eigentlich die Diskussion in den USA, etwa das Hearing der FDA [Food and Drug Administration] im Februar, von der britischen Debatte, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass schon 2009 die Grundsatzfrage, ob dies gegen das Verbot des gezielten Eingriffs in die Keimbahn verstößt, zugunsten einer Regulierungsöffnung aufgegeben wurde? Haben Sie da eine Einschätzung?

Klaus Reinhardt

Ich war an beiden nicht beteiligt, außer dass in beiden Gremien unser Artikel als Evidenz beilag. Die FDA-Debatte war im Livestream zu verfolgen, sie verlief relativ offen. Man hatte eher das Gefühl, dass beide Seiten (Pro und Kontra) intensiv diskutiert wurden. In Großbritannien lief die Debatte schon mehrere Jahre vorher, mit Aufrufen zu öffentlichen Einwänden. Hier kann ich keine eigene Meinung wiedergeben, nur die eines Kollegen, mit dem wir diese Artikel zusammen geschrieben haben. Er hatte den Eindruck, dass in den Gremien die 100-Prozent-Befürworter der Technologie saßen. Das ist nicht überraschend, wie schon diskutiert wurde – vielleicht ist es auch überraschend, aber das kann ich nur aus zweiter Hand wiedergeben, weil wir uns dazu ausgetauscht und dem Parliamentary Office zugearbeitet haben.

Wolf-Michael Catenhusen

Von einem Regierungsberater der britischen Regierung war zu lesen, dass möglicherweise nur 10 Paaren pro Jahr geholfen werden könne. Das ist eine sehr geringe Zahl. Wie weit hat Sie das auch beschäftigt? Vielleicht können Sie noch etwas zu der Zahl 10 sagen.

Alena Buyx

Wir haben für unseren Bericht den Sachverstand sorgfältig erhoben und sind für England von einer Zahl von 200 Paaren ausgegangen. Diese Zahl kann ich Ihnen nur wiedergeben, aber nicht einschätzen, woher diese sehr geringe Einschätzung kam.

Die Größe der Population, für die das relevant ist, hat eine erstaunlich geringe Rolle gespielt. Die Frage, ob es sich lohnen würde, für nur 200 Paare diese Technologie zu überlegen, kam sehr selten vor. Das ist sicherlich auch Ausdruck dessen gewesen, dass es in England ein sehr libera-

les Klima gegenüber der Reproduktionsmedizin gibt, durch die Tradition und dadurch, dass es bestimmte Technologien und eine bestimmte Gesetzgebung, die einiges erlaubt, dort schon sehr lange gibt.

Wolf-Michael Catenhusen

Jetzt haben wir zwei Zahlen: 200 und 10. Wie gehen Sie in Ihrer verbands- oder arbeitsgruppeninternen Diskussion mit solchen Zahlen um?

Karin Brosius

Dass es nur wenig Fälle sind, habe ich nicht erwähnt, um damit zu sagen, dass es sich deswegen nicht lohnt, um Gottes willen. Worauf ich hinauswollte, ist, dass es eine sehr individuelle, persönliche Entscheidung ist. Die Familien, die davon betroffen sind, hantieren jeden Tag mit Leben und Tod: Lasse ich die künstliche Beatmung zu? Wann kommt die PEG? Kann ich mein Kind alleine lassen, um fünf Minuten einkaufen zu gehen? Es ist jedes Mal die Frage: Was passiert dann mit dem Kind? Wenn es für eine Familie in Frage kommt und hilft, dann soll diese Familie das entscheiden, zusammen mit den Ärzten, und abwägen, wie groß das Risiko für das zweite Kind ist, betroffen zu sein. Es sollte immer eine individuelle Entscheidung sein, die diesen Familien aber auch ermöglicht werden soll.

Mir fällt auf, dass diese Diskussion um den Transfer, der für die meisten Familien relativ unbedeutend ist, so in der Öffentlichkeit steht. Es heißt: Das kann man nicht machen, das geht nicht, das ist ethisch unmoralisch. Wir aber stehen seit Jahren völlig alleine und hilflos da und müssen um alles kämpfen: um Ersatzrolli, um Sprachgerät, dass unsere Kinder inkludiert, also integrativ beschult werden, und all diese Sachen. Da interessiert es keinen Menschen, wie es uns geht. Aber wenn es um etwas geht, wo man

wirklich eine Hilfe hätte, ist die ganze Medienwelt aufmerksam. Ansonsten aber sterben die Kinder so vor sich hin. Deswegen hatte ich erwähnt, dass es eigentlich relativ wenige sind. Es heißt nicht, dass ich möchte, dass ihnen nicht geholfen wird.

Alena Buyx

Noch eine ergänzende Bemerkung. In England wurde diskutiert (ich weiß nicht, wie das in den USA ist), ob es eine mögliche Indikationsausweitung geben könnte, ob diese Technologien also auch eingesetzt werden könnten, nicht um diese schweren Erkrankungen zu vermeiden, sondern um jüngere Mitochondrien in die Eizellen von älteren Frauen zu injizieren, um den Erfolg der IVF-Technologie zu erhöhen. Das wäre dann eine größere Gruppe. Diese Indikation ist im Bericht des Councils abgelehnt worden und wäre auch in den gegenwärtigen Vorschlägen zur Regulation nicht möglich, ist aber eine Frage nach Enhancement, die in der ethischen Debatte Raum findet.

Wolf-Michael Catenhusen

Meine Damen und Herren, jetzt ist das Plenum dran.

Stefan Rösler

Ich habe eine technische Frage. Herr Professor Reinhardt, Sie erwähnten die Risiken beim Spindeltransfer, wenn das Komplementär-Gen zu der Mutation im Kerngenom fehlt. Wie hoch schätzen Sie dieses Risiko ein? Denn bei den betroffenen Familien und Frauen ist zu 100 Prozent klar, dass die mitochondriale DNA einen Defekt hat. Wenn man das in die Abwägung einbezieht, wäre es interessant zu wissen, ob es ein komplementäres Risiko gibt, wenn man es über den Spindeltransfer probiert, und wie hoch es ist oder einzuschätzen wäre.

Matthias Brumhard

Brumhard, Ethikkommission Gießen. Ich habe auch eine Frage an Herrn Reinhardt. Habe ich das richtig verstanden, dass das Experiment mit den Affen bei 33 Prozent, also einem Drittel funktioniert hat, bei zwei Dritteln nicht? Welche Gründe gibt es dafür?

Sie hatten auch dargelegt, dass bei Insekten und im murinen Bereich belegt ist, dass es Langzeitfolgen gibt. Sie haben auch gesagt, dass es bei Primaten und Menschen keine Daten gibt. Würden Sie sagen, die Technologie ist noch ein bisschen früh? Oder dass wir aus Sicherheitsgründen noch ein paar Monate oder Jahre brauchen, um das abzuschätzen zu können?

Karl-Friedrich Gethmann

Karl-Friedrich Gethmann, Deutscher Ethikrat. Die Lohnensdebatte klingt immer so, als ob die Sache in die Gesundheitsökonomie verlagert wird. An sich würde sich eine Therapie schon lohnen, wenn es nur einen gibt, der betroffen ist, wenn sie ansonsten unproblematisch ist. Die Frage muss aus ethischer Sicht sein, ob man die Tür zur Keimbahnintervention aufmachen will oder nicht und wie man gegebenenfalls missbräuchliche Anwendung schützt. Ob es wirklich Intervention in die Keimbahn ist, scheint mir nicht klar zu sein, aber das müssen die Biologen und Mediziner klären; vielleicht ist es nur eine begriffliche Frage.

Die Frage ist, was man ethisch überhaupt zu diskutieren hat. Wenn man sich die Tafel mit den grünen und roten Feldern genauer ansieht (auch unter dem Eindruck des Berichtes der Betroffenen), steht auf der einen Seite der Anspruch des Individuums auf ein möglichst unbeschwertes und selbstbestimmtes Leben, und die Negativposten auf der anderen Seite sind im diffusen Kollektiven gebaut; hier heißt es zum Beispiel,

die menschliche Hybris werde gestärkt. Ja gut, das wird es durch andere medizinische Dinge vielleicht auch bei dem einen oder anderen, dass er in Übermut gerät. Das sind eigentlich nicht genau begrenzbar Kosten. So ähnlich ist das andere, Menschenbild, Betroffenheit usw. Auf der einen Seite stehen also reale Individuen mit einem legitimen Lebensanspruch und auf der anderen Seite eher so Weltbildkosten. Wenn ich diese Lohnensdebatte betrachte, spricht eigentlich alles dafür, die Angelegenheit so zu sehen, wie sie in England diskutiert worden ist.

Klaus Reinhardt

Zur Frage, wie hoch das Inkompatibilitätsrisiko ist, haben wir relativ schlechte Daten. Natürlich sind nicht alle Kombinationen von Mitochondrien und Kern schlechter als die, die normal koevolviert haben. Sicherlich sind 50 Prozent der Kombinationen genauso wie die Ausgangsbasis. Das Problem ist, dass wir nur mit solchen agieren, die gesund werden oder überhaupt so groß werden, dass wir sie am Ende zählen können. Man kann das zwar nicht mit einer Geburt vergleichen, aber was relativ früh dazu führen würde, dass Eier gar nicht entwickelt und Embryonen nicht eingepflanzt werden, können wir nicht abschätzen. Wenn aus medizinischer Sicht (ich darf zwar dafür nicht sprechen, denn ich bin kein Mediziner) schwere Symptome zu erwarten sind, ist natürlich alles besser als die Krankheiten, die wir von Frau Brosius gehört haben. Das ist klar. Oder vermutlich jedenfalls, denn solche Daten haben wir nicht. Die schwersten sind verringertes Lernverhalten, Sterilität im männlichen Geschlecht und Ähnliches. Das sind gegenüber dem, was wir gesehen haben, eher leichte Symptome.

Die Frage ist, gegen was man das aufwiegt. Man kann bei einem Kind nicht vorhersagen, ob das

nächste wieder genauso wird. Das ist eine ethische Debatte; davon verstehe ich nichts, deswegen kann ich das schlecht sagen.

Die zweite Frage: Ja, bei den Affen ist es so. Von den 12 Müttern haben drei Mütter Nachkommen geboren, und zwar vier Stück. Das sind nicht 33, sondern 25 Prozent, es muss ja auf die Mutter bezogen werden. Warum das so ist, wissen wir nicht. Die Autoren aus Oregon sagen, sie haben zwei verschiedene Unterarten benutzt, und verweisen auf ihr Paper; dazu steht dort aber nichts. Wir wissen also nicht, ob es – normalerweise müsste man Kontrollen machen, also zwei Unterarten jeweils mit ihren eigenen und mit dem schrägen. Da bräuchte man, um wenigstens überall einen erfolgreichen zu haben, schon einmal vier erfolgreiche Mütter. Aber vielleicht haben sie keine Kontrollen gemacht, sondern nur die Unterarten schräg gegeneinander. Da wäre es natürlich enorm interessant zu wissen, welche erfolglos waren, um zu wissen, ob vielleicht gar nicht alle Kombinationen gleich erfolgreich sind. Da hätte man einen interessanten Ansatzpunkt, weiterzuschauen.

Aber wie gesagt, ich bin Evolutionsbiologe, wir interessieren uns für Variabilität in der Natur. Da sind zwei mitochondriale Haplotypen; das ist relativ unrepräsentativ. Der Mensch hat 30 oder 29; davon gibt es zahlreiche Subtypen. Man kann diese vier Affen schlecht benutzen, um zu sagen, das ist repräsentativ, wenn man es so zufällig macht.

Es gibt verschiedene Methoden, die erfolgversprechend sein könnten, dass man zum Beispiel denselben Haplotyp von Spender und Empfänger benutzt, aber es gibt auch Untergruppen von Haplotypen und auch woanders noch Variabilität.

Dazu, ob die Technologie noch zu früh ist, kann ich mich nicht äußern, denn ich bin wie gesagt kein Ethiker. Die Gene auf den Mitochondrien sind aber exakt die gleichen, von Hefe über *Drosophila*, Würmer und Mäuse bis zu Menschen. Das sind exakt die gleichen Gene. Die Atmungskette ist universell im Tierreich. Es sind auch dieselben, die auf dem Kern oder auf den Mitochondrien liegen.

Wolf-Michael Catenhusen

Herr Reinhardt, von Ihren Kollegen wird die Auffassung vertreten, dass man zumindest abwarten müsste, bis diese Affen erwachsen werden, denn Sie sagen ja richtig: Wenn sie als Kinder gesund sind, heißt das nicht, dass sie – es gibt aus Ihrer Ecke die Forderung, zumindest die Versuchsaffen erwachsen werden zu lassen, bevor man eine Risikoabwägung vornehmen kann. Wie sehen Sie das?

Klaus Reinhardt

Aus unserer Ecke gab es, wie gesagt, gar keine Forderungen. Wir hatten nur angemerkt, dass, wenn man die gesamte Evidenz betrachtet, es in unserem Sinne unglücklich war, dass die 15, 20 Studien, die wir aufgeführt haben, nicht berücksichtigt wurden. Das wäre noch zu bedenken.

Karin Brosius

Bei den verschiedenen Haplogruppen kommt es bei den Menschen immer wieder zu Vermischungen: Wenn jemand eine Asiatin, einen Südamerikaner oder sonst jemand heiratet, mischen sich Haplogruppen und es kommt nicht zu mehr Fehlgeburten oder Behinderungen, als wenn zwei Europäer oder Personen mit gleicher Haplogruppe Kinder zeugen. Das zeigt, dass die Mitochondrien relativ austauschbar sind. Man kann zwar sagen, dass jede Mitochondrie mit dem Ei eng verbunden ist, aber das ist zweifel-

haft, denn es kommen immer wieder gesunde Kinder in unterschiedlichen Formen zustande. Außerdem kann man dem entgegensteuern, indem man Spenden aus dem Familienkreis oder mit den gleichen Haplogruppen nimmt. Es ist klar: Wenn ich ein Experiment mit 25 oder 30 Haplogruppen mache, stelle ich vielleicht fest, es passiert nicht, aber wenn es ähnlich funktioniert, reicht es den Eltern.

Zum Schutz vor Missbrauch: Das hat man immer schon gesagt. Auch bei dem ersten Retortenbaby hieß es: Ja, aber wo führt das hin? Dieses Argument wird bleiben, und es ist Aufgabe der Gesellschaft, wie ein England, zu sagen: Hier machen wir es und bis dahin geht's, und im Moment nicht. Vielleicht kann die Generation in 30 Jahren das wieder anders entscheiden. Aber ich glaube nicht, dass man, nur um einen Dammbruch zu verhindern, gar nichts mehr machen muss.

Alena Buyx

Ich danke Herrn Gethmann für die Anmerkungen und möchte noch etwas beisteuern. Ich lasse die begrifflichen Fragen aus, also Keimbahntherapie, ja oder nein? Das Council hat das klar mit Ja beantwortet. Dann ist die Frage: Sollen wir das tun, dürfen wir das tun?

Es gibt viele ethische Fragen, aber die zwei wesentlichen sind: Was sind die Risiken, die potenziellen Schäden, die entstehen für diejenigen können, an denen das gemacht würde bzw. deren Nachkommen? Also auch zukünftige Generationen. Die andere Frage ist die nach den gesellschaftlichen, kulturellen und sonstigen Folgen. England hat wie erwähnt eine recht liberale Gesetzgebung und recht liberale Geschichte, ist aber auch ein System, das die Dinge stark reguliert und diese Entscheidungen erstens recht transparent und zweitens recht evidenzbasiert

trifft. Es ist klar entschieden worden – und das ist auch im Regulierungsvorschlag enthalten –, dass diese Fragen zur Sicherheit und zum Risiko zunächst noch besser geklärt werden müssen. Das ist das eine.

Das andere ist, dass diese kulturellen, psychologischen und sonstigen Effekte durchaus im weiteren reproduktionsmedizinischen Kontext schon untersucht sind. Es ist untersucht, ob unser Menschenbild sich dadurch verändert, dass wir Herren über das Leben geworden sind, seit wir diese reproduktionsmedizinischen Maßnahmen zumindest in diesem Bereich haben. Zumindest die englischen Daten deuten darauf hin, dass das nicht der Fall ist. Deswegen hatte ich erwähnt, dass das für unwahrscheinlich eingeschätzt wird. Das beruht auf einer zumindest für England guten empirischen Basis.

Frank Emmrich

Frank Emmrich, Deutscher Ethikrat. Ich habe einen Kommentar und eine Frage an unseren Moderator.

Der Kommentar: Als Mediziner und Naturwissenschaftler bin ich ziemlich sicher, dass es kein Eingriff in die Keimbahn ist. Der Kern wird nicht berührt. Nur als Hinweis: Entwicklungsgeschichtlich meinen die meisten, dass die Mitochondrien irgendwann einmal eingefangene Protozoen sind, also etwas ganz anderes, was da als Kraftfeld in die Zelle hineingekommen ist, unheimlich konserviert, wie Herr Reinhardt schon sagte. Ich denke, das muss man klar trennen.

Die Frage: Ich habe in mehreren Zusammenhängen das englische Instrument der Public Consultation bewundern gelernt über das Internet. Warum, Herr Catenhusen mit Ihrer Erfahrung in parlamentarischen und ministeriellen Apparaten, gibt es das bei uns nicht?

Herr Korsch

Korsch ist mein Name, ich bin Kinderarzt und möchte einen Aspekt zu den Risiken sagen. Wenn mich Eltern [von Kindern] mit angeborenen Erkrankungen fragen: Woher kommt das?, dann steckt dahinter fast immer eine Schuldfrage: Was habe ich falsch gemacht? In diesem Fall, auch wenn es nur als Folge dieses nachgeborenen Kindes eine Infertilität gäbe, wäre die Schuldfrage geklärt: Ich bin infertil, ich kann keine Kinder bekommen, weil ich einen Bruder hatte, der betroffen war, und weil meine Eltern diesen Weg gegangen sind. Das halte ich für eine starke Belastung dieser Familien und der Beziehung dieser Familien. Die Schuldfrage ist dann geklärt.

Wolf-Michael Catenhusen

Herr Reinhardt, Sie haben ausgeführt, dass es in den meisten Fällen von mitochondrialen Erkrankungen um multifaktorielle Erkrankungen geht. Das heißt, die Mitochondrien-DNA beeinflusst die Ausprägung von Eigenschaften im Zellkern. Deshalb gibt es viele Volkskrankheiten, an denen Mitochondrien beteiligt sind. Wie weit kann man in diesem Kontext überhaupt sinnvoll einen Spindel- oder Vorkerntransfer einnehmen? Denn wir halten im Moment, auch was Gentherapie oder Gendiagnostik überhaupt angeht, diese Strukturen für zu komplex, um gezielt eingreifen zu können. Deshalb scheidet diese Gruppe nicht von vornherein aus.

Wir haben das Thema Keimbahntransfer: Historisch, evolutionsbiologisch ist es wohl so, wie Sie es beschreiben. Aber kommt es nicht (ich habe das Beispiel ja genannt) zu einer derart intensiven Interaktion zwischen den Genen des Mitochondrions und den Genen im Zellkern, dass man sie gar nicht mehr künstlich trennen oder abtrennen kann? Muss man sie nicht wegen

der intensiven Wechselwirkung als Einheit betrachten? Damit stellt sich die Frage: Keimbahn – muss sie nicht auch die Mitochondrien-DNA mit einbeziehen? Das heißt: Hat man sich es vielleicht in Großbritannien etwas zu einfach gemacht? Wir wissen seit den letzten zwei, drei Jahren etwa durch epigenetische Forschung viel mehr über die Intensität der Wechselwirkung zwischen Genen in den Mitochondrien und im Zellkern selbst.

Alena Buyx

Das sind zwei verschiedene Themen, zu denen ich kurz etwas sagen möchte. Das Erste wäre das Gegenargument, weshalb sich das Council entschieden hat, es doch als Keimbahntherapie zu bezeichnen. Sie haben vollkommen recht: Es ist ein wichtiges Argument, dass der Kern nicht angefasst wird. Das Mitochondrium wird auch nicht angefasst, aber es wird ausgetauscht, und dieser Austausch wird weitervererbt. Die Frau, deren Eizellen so behandelt wurden, wird diesen Austausch weiter an ihre weiblichen Nachkommen weitergeben. Vor diesem Hintergrund, also mit einem etwas weiteren Verständnis von Eingriff in die Keimbahn, hat das Council entschieden, es als Keimbahneingriff zu verstehen, weil es über die Geschlechtszellen weitergegeben wird.

Was Sie ansprechen, Herr Catenhusen, ist ein relevanter Punkt: die Interaktion zwischen beiden Elementen, die hier eine Rolle spielen. Das ist einer der Gründe, weshalb die Abschätzung der Sicherheit und des Risikos keine leere Anforderung ist. Intern wird davon ausgegangen, dass es – wenn überhaupt – noch sehr lange dauern wird, bis die Lizenzierung, die jetzt durch den Regulierungsvorschlag vorbereitet werden könnte, tatsächlich in Anwendung kommt. Man hört da eher etwas von Zeiträumen von 10 oder 20 Jah-

ren, nicht vom nächsten oder übernächstes Jahr. Man muss das schon mit der entsprechenden Vorsicht angehen.

Klaus Reinhardt

Gefragt wurde nach der Interaktion zwischen Mitochondrien und Kern, ob man das als Einheit betrachten kann. Die Daten, die wir zusammengetragen haben, legen nahe, dass es eine Einheit ist. Das wäre das Argument, was ich gebracht hatte: Es könnte sein, dass es keine gesunden oder keine kranken Mitochondrien an sich gibt, sondern dass immer der Gegenspieler da ist. Das wird durch die Daten gestützt. Ob man das als Keimbahnveränderung betrachten kann, hängt unter anderem davon ab, ob man als Ebene das Genom selbst benutzt, also die Gene, die da sind. Diese werden nicht verändert oder kaum; die paar Proteine, die von Mitochondrien gemacht werden – das ist wahrscheinlich nicht so wichtig, aber ob die Genexpression beeinflusst wird, wie und ob die Gene angeschaltet werden oder nicht.

Die Drosophila-Versuche zeigen: 10 Prozent davon, wie die Drosophila ihre Gene exprimiert, hängt davon ab, welcher mitochondriale Haplotyp dabeisaß. Wenn man das aber nimmt – es gibt auch Nahrungsmittel, die die Genexpression beeinflussen. Da kommen wir in ein schwammiges Thema. Das ist wirklich schwierig; allein der Begriff Genetik gerät durch diese epigenetischen Entwicklungen der letzten Jahre schon etwas ins Schwanken.

Karin Brosius

Im Moment ist noch nicht die Frage, dass morgen die Leute hingehen und die veränderten Keimbahnen eingesetzt werden, sondern es geht erst einmal darum, dass eine rechtliche Voraussetzung geschaffen wird, dass es überhaupt untersucht werden kann, denn im Moment sind Keimbahnmanipulationen oder Versuche daran,

wenn es den Menschen betrifft, grundsätzlich verboten. Das Einzige, was wir wollen, ist, dass eine Grundlage geschaffen wird, dass untersucht wird, ob es in Frage kommt, und wenn sich dann herausstellt, dass es hilft, dass man es auch machen darf und nicht gesagt wird: Nein, das ist ein Eingriff in die Keimbahn; lasst eure Kinder doch sterben, das ist uns egal, bei uns zählt nur die Ethik. Es geht nur darum, zu erforschen und es, wenn es funktioniert, auch machen zu dürfen. Aber zu sagen: Nein, das ist nicht erforscht, damit kommen wir nicht weiter.

Was mir vorschwebt, ist, dass man es einfach probiert, von mir aus auch erst an Affen, von mir aus können sie auch erst geschlechtsreif werden. Darauf kommt es jetzt auch nicht mehr an, aber dass man die rechtlichen Voraussetzungen schafft, dass Forscher es dürfen. Darum geht es.

Alena Buyx

Darf ich kurz etwas nachtragen? Das ist etwas Wichtiges, wozu ich nicht mehr gekommen bin.

Wenn so etwas in England tatsächlich umgesetzt werden würde, dann ausschließlich im Rahmen von Forschungsprojekten, denn die Anwendung bei der ersten Generation wäre klarerweise als Experiment zu verstehen, als experimentelle Anwendung einer neuen Technologie, die nicht im Vorfeld im Tierversuch erschöpfend hinsichtlich der Risiken untersucht werden kann. Das heißt, wenn es erste vorsichtige Studienversuche gäbe, müssten sie sehr gut überwacht werden, und es wären ganz klar Forschungsprojekte. So wird es, wenn überhaupt, dann ablaufen. Die Risikoabwägung wird dann schwierig werden.

Wolf-Michael Catenhusen

Um es als Moderator zusammenzufassen: Wir sind in einer internationalen Diskussion, wo es in den USA, in Großbritannien konkret um die Fra-

ge geht: Wissen wir genug und können wir es ethisch verantworten, erste klinische Studien an Menschen zu ermöglichen? Denn am Tier und am Affen – dazu brauchen wir keine Diskussion, denn das ist erlaubt. Oder ob die Frage generelle Vorbehalte aus ethischen Gründen erzeugt? Wie gesagt, es gibt die Diskussion, aber Sie haben selbst gesagt, dass die Frage, wie schnell man real zu klinischen Studien am Menschen kommt, völlig offen ist. Das kann noch Jahre dauern.

Das unterstützt Ihre Argumente, Herr Reinhardt, wenn Sie sagen, dass gerade bei den Affen, die die entscheidende vorbereitende Phase für Versuche am Menschen sind, bestimmte Fragen noch nicht transparent bewertbar sind. Meine Damen und Herren, damit haben wir einen Einblick in diese Studie bekommen. Die Frage der Keimbahntherapie und die internationale Debatte haben wir eher am Rande gestreift. Das hat in Deutschland ein nicht nur auf diesem Thema beruhendes eigenständiges Gewicht. Darauf werden wir in der Zukunft noch stärker zurückkommen müssen.

Karin Brosius

Auf eine Sache wurde noch nicht eingegangen: auf den Unterschied zwischen Vorkern- und Spindeltransfer, der zum Beispiel in der Diskussion unserer Elterngruppe eine große Rolle gespielt hat. Bei uns war es so, dass wir gesagt haben: Mit dem Spindeltransfer haben wir kein Problem, das sind ja nur die Mitochondrien. Nur in dem Moment, wo man seine genetische Information weitergibt und dafür ein anderer Embryo zerstört wird, haben viele Eltern gesagt: Nein, das nicht. Denn dann kommt es zu einer Abwägung, während der Spindeltransfer eigentlich als problemlose Methode gesehen wurde. Dieser Unterschied ist hier nicht diskutiert worden.

Wolf-Michael Catenhusen

Aber es kommt nicht zur Verschmelzung des Eikerns mit dem Kern der Samenzelle bei dieser anderen Methode; sie heißt nämlich bewusst: Vorkerntransfer. Das heißt, es ist noch kein Embryo entstanden. Von daher hat das international, wenn ich das richtig sehe, nicht dieses Gewicht.

Alena Buyx

Interessanterweise gilt das Vorkernstadium bereits als Embryonalstadium in England; das ist anders geregelt. Aber da in England ohnehin bis zum 14. Tag anders mit dem Embryo umgegangen wird, fiel es deswegen nicht so sehr ins Gewicht. In dem Report wurden deswegen beide gleich behandelt, aufgrund dieser Tatsache, aber auch, weil gegenwärtig nicht absehbar ist, welche tatsächlich erfolgversprechend sein könnte. Eine ganz auszuschließen könnte bedeuten, dass man die eine gute Option hinsichtlich des Erfolgs dann ausschliesse.

Wolf-Michael Catenhusen

Meine Damen und Herren, damit haben wir einen ersten Einblick in dieses neue Forschungsfeld gewonnen, das mit spannenden Fragen verbunden ist. Ich bedanke mich für Ihr Interesse.

Frau N. N.

Herr Catenhusen, eine Frage ging auch an Sie.

Wolf-Michael Catenhusen

Ja. Wir haben in Deutschland im politischen System bisher nicht von den klassischen Verbände-Anhörungen Abschied genommen. Mit einer breiteren Einbeziehung der Öffentlichkeit, wie es über IT möglich ist, hinken wir in Deutschland erkennbar hinterher. Da kann man nicht nur von England lernen, sondern zum Beispiel auch von den USA. Wir sind an der Stelle noch nicht sehr weit, aber das Einbringen von

Positionen ist gut. Wenn das nur eine Ja- oder Nein-Sache ist, macht es wenig Sinn, aber es geht wirklich um das Einbringen von Informationen, Positionen und Fragen. Dieser Prozess ist in Großbritannien nicht nur auf diesem Feld schon sehr intensiv. Davon kann sich die deutsche Politik ein Stück abschneiden.

B – Biologische und andere Eltern. Im Fokus: Eizellspende und Leihmutterschaft

Moderation: Michael Wunder · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Ulrike Riedel · Mitglied des Deutschen Ethikrates: Zu rechtlichen Problemen des „Fortpflanzungstourismus“

[...]

(Folie 6)

Nach deutschem Recht ist die Mutter eines Kindes immer die Frau, die das Kind geboren hat, das heißt die Leihmutter.

(Folie 7)

Die Leihmutter ist in der Regel im Ausland und hat eine ausländische Staatsangehörigkeit.

(Folie 8-10)

Wenn die Bestelleltern das Kind, das im Ausland geboren wurde, nach Deutschland mitnehmen wollen, stellt sich die Frage, wie das gehen kann. Das Kind braucht einen Kinderpass, und den bekommt es nur, wenn zumindest ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit hat. Das heißt, wenn das Kind seine deutsche Staatsangehörigkeit für die Einreise braucht (es sei denn, es gelten bestimmte Visumsvorschriften), muss es zumindest von einem Elternteil die Abstammung herleiten können. Das ist in diesem Fall nur der Vater. Denn beim Vater gibt es nicht die Regelung wie bei der Mutter, wo es bedingungslos ist. Der Vater ist der Mann (das hängt von den recht-

lichen Bedingungen ab), der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter verheiratet ist, der die Vaterschaft wirksam anerkannt hat oder dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt wurde.

Hier gibt es schon etliche Entscheidungen von Gerichten. Auch die Gerichte sehen oft die Notwendigkeit, dass die Kinder einreisen können, weil im Ausland ihr rechtlicher Status noch unsicherer ist. Einige Gerichte sind über die Anerkennung von Entscheidungen ausländischer Gerichte gegangen. Das ist möglich über eine Regelung im Gesetz, dass ausländische Entscheidungen anerkannt werden können. Das hieße zum Beispiel bei der Ukraine und bei Kalifornien (wo die meisten Leihmutterkinder herkommen), dass nach dem Recht des Staates, das dort gilt, das Kind sofort Kind der Bestelleltern ist; die Bestelleltern können gleich Kinder der Bestelleltern werden, wenn dieses ausländische Recht die Entscheidungen und auch die Geburtsurkunde anerkennt.

Das gilt aber nicht nach dem *Ordre public*; das ist bei uns im Einführungsgesetz zum BGB geregelt:

„Die Rechtsnorm eines anderen Staates ist nicht anwendbar und die Anerkennung einer ausländischen Entscheidung ist ausgeschlossen, wenn dadurch ein rechtliches Ergebnis eintreten würde, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts (insbesondere der Grundrechte) offensichtlich unvereinbar wäre (*„Ordre-public-Klausel“*).“

(Folie 12)

Auf diese Art und Weise haben einige Oberlandesgerichte gesagt: Wir erkennen die Urkunden, in denen die Bestelleltern schon als Eltern vermerkt sind, nicht an; wir erkennen auch Entscheidungen nicht an. Diese Rechtsprechung ist anscheinend in der Entwicklung begriffen. Zumindest auf der unteren Ebene, bei den Amtsgerichten, wurden diese ausländischen Entscheidungen aber schon anerkannt mit der Folge, dass

der Vater, der die Anerkennung des Kindes betreibt, als rechtlich legitimer Vater gilt und das Kind auf diese Weise einreisen kann, und er kann das elterliche Sorgerecht erwerben.

Das Interessante dabei ist: Derzeit müssen nach Personenstandsrecht die Eltern eingetragen werden. Wenn die Mutter den Vater verschweigt oder nicht kennt, ist es aber auch möglich, dass nur die Mutter eingetragen wird, denn sie steht immer fest. Inzwischen gibt es zwei Entscheidungen, wo zugelassen wurde, dass nur der Vater eingetragen wird. Das ist eine völlige Neuerung im Personenstandsrecht, dass ein Kind in der Geburtsurkunde eingetragen werden kann nur aufgrund des Vaters und nicht aufgrund der Mutter.

(Folie 14)

Das sind schwierige juristische Entscheidungen. Noch ist die Leihmutterchaft auch auf der Ebene des einfachen Rechts mit großen Schwierigkeiten verbunden. Es bedürfte einer generellen Umkrepelung des Abstammungsrechts, des Staatsangehörigkeitsrechts und anderer Rechte, wenn man die Leihmutterchaft zulassen würde. Ich meine, wir sollten sie aus den Gründen, die ich genannt habe, nicht zulassen. Vielen Dank.

Michael Wunder

Vielen Dank. Wir werden auf dieses interessante Thema zurückkommen. Ich darf jetzt Sigrid Graumann ankündigen. Sie ist Biologin und Philosophin, hat einen Lehrstuhl an der Evangelischen Fachhochschule in Bochum und spricht zu den Problemen der Eizellspende unter dem Aspekt der Autonomie der Frau.

Sigrid Graumann · Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe: Zur Autonomie und Ausbeutung von Frauen

(Folie 1)

Herzlichen Dank für die Einführung und für die Einladung. Ich werde jetzt ausschließlich zur Eizellspende Stellung nehmen. Zur Leihmutterchaft kann ich vielleicht in der Diskussion etwas sagen, denn ich habe im Rahmen eines Projekts mit der Heinrich-Böll-Stiftung über Patientenorganisationen einige Frauen kennengelernt, die Leihmütter in Osteuropa waren. Jetzt aber nur zur Eizellspende.

(Folie 2)

Eizellspende ist in Deutschland verboten; das haben wir schon gehört. Im Mittelpunkt der Debatte stand die Verhinderung der „gespaltenen Elternschaft“. Trotzdem kommen in Deutschland 300 bis 400 Kinder pro Jahr nach Eizellspende zur Welt (mit dieser Zahl beziehe ich mich unter anderem auf eine Publikation von Herrn Griesinger).

Deutsche Frauen, die im Ausland eine Eizellspende in Anspruch nehmen, gehen vor allem nach Spanien und Tschechien, also in zwei EU-Länder. In beiden Ländern gibt es die anonyme Spende und erhebliche Anreize durch finanzielle Aufwandsentschädigung. Für Spanien sind es 1.000 Euro und mehr; für Tschechien habe ich keine aktuellen Zahlen in Erfahrung bringen können.

(Folie 3)

Als Argumente für die Zulassung der Eizellspende wird gesagt: Für viele Kinderwunschpaare ist das der einzige Weg zum eigenen Kind, der einzige Weg zu reproduktiver Selbstbestimmung.

Immer wieder wird auch gesagt, dass durch die Zulassung der Eizellspende in Deutschland der

sogenannte Fortpflanzungsmedizintourismus eingeschränkt werden könnte. Ich meine, dass politisch eine andere Verantwortung besteht, nämlich die, Tschechien und Spanien dazu zu bringen, die europarechtlichen Vorgaben einzuhalten, das Kommerzialisierungsverbot effektiv umzusetzen und auf die Anonymität der Spenderinnen zu verzichten. Dann hätten wir eine andere Situation; dann würden wahrscheinlich keine Eizellen mehr zur Verfügung stehen, um sie ausländischen Paaren offensiv anzubieten. Schauen Sie sich einmal die Kinderwunschseiten im Internet an; da wird massiv für Eizellspenden in den Ländern geworben.

Soweit dazu. Ich werde in meinem Beitrag eher ein Plädoyer dafür halten, am Verbot der Eizellspende festzuhalten. Dabei beziehe ich mich primär auf den Schutz der potenziellen Spenderinnen, denn das in diesem Zusammenhang am relevantesten.

(Folie 4)

Zu den ethisch relevanten Aspekten. Im Unterschied zu Frau Wiesemann heute Morgen gehe ich davon aus, dass das Recht auf Selbstbestimmung des Kinderwunschaars keinen Anspruch auf reproduktive Ressourcen Dritter umfasst. Ich beziehe mich auf ein Verständnis von Autonomie, das sich im Fall von reproduktiver Autonomie auf verantwortungsvolle Familienplanung stützt, und wende mich gegen einen verkürzten Begriff von Selbstbestimmung. Wenn wir hier von Selbstbestimmung reden, müssen wir genau schauen, um wessen Selbstbestimmung es geht, und wir müssen auch die Voraussetzung von Selbstbestimmung sehen: die Möglichkeit und Fähigkeit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.

Jedenfalls ist das Recht auf Selbstbestimmung des Kinderwunschaars meiner Ansicht nach

ein Abwehrrecht gegen Eingriffe von außen, aber kein Anspruch auf reproduktive Ressourcen Dritter. Daher gibt es sehr wohl die Berechtigung, hier einschränkende Gesetze zu erlassen. Auch wenn ich das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung starkmache, umfasst es nicht den Anspruch, die Ressourcen Dritter zu nutzen.

Die Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Kinderwunschpaar zur Eizellspenderin ist strukturell ein instrumentelles Verhältnis. Arzt und Ärztin sind erst einmal den Kinderwunschpatienten, dem Paar gegenüber verpflichtet – das ist selbstverständlich und richtig, dass es in der Kinderwunschbehandlung so ist. Es geht darum, den Kinderwunsch der Kinderwunschpatienten, des Paares zu erfüllen. Die Eizellspenderin ist die Dritte, auf die zurückgegriffen wird, um diesen Wunsch zu erfüllen. Darin steckt ein strukturelles Machtverhältnis, das eine besonders vulnerable Situation der potenziellen Spenderin ausmacht.

Außerdem ist die Eizellspende ein belastender und risikoreicher Eingriff im Interesse Dritter. Wir können uns darüber streiten, wie weit man die Risiken minimieren kann, aber dass es ein risikoreicher und belastender Eingriff im Interesse Dritter, ist klar.

(Folie 5)

Die Risiken sind in erster Linie das Hyperstimulationssyndrom. Für die extrem starke Form gibt es laut Deutschem IVF-Register [DIR] in Deutschland ein Risiko von 0,25 Prozent. Herr Griesinger hat heute Morgen 1 bis 4 Prozent genannt; es sind unterschiedliche Zahlen im Umlauf. Wir können einfach davon ausgehen, dass es das Risiko gibt.

Dazu kommt das Risiko von Blutungen und Entzündungen. Hier gibt das IVF-Register von 2012 eine Häufigkeit von 0,8 Prozent an.

Wir wissen auch, dass die Risiken für junge und gesunde Frauen höher sind, vor allem was die Hormonbehandlung angeht, also das Überstimulationssyndrom.

Die Zahlen, die wir haben, stammen vor allem von Kinderwunschpatientinnen, die in ihrer Fruchtbarkeit eingeschränkt sind.

Wichtig ist: Die Langzeitfolgen für die reproduktive Gesundheit der Spenderin sind bislang unzureichend untersucht. Es ist klar: Das wäre eine komplexe Sache, es zu machen; man bräuchte eine lange Zeit dafür.

Mit den Langzeitfolgen für die reproduktive Gesundheit meine ich vor allem die Einschränkung der Fruchtbarkeit der Frauen, die eine Eizellspende in Anspruch nehmen. Bei der Eizellspende werden ja nicht nur Hormone eingesetzt, sondern auch eine Punktion der Eierstöcke vorgenommen. Das führt zwangsläufig zur Narbenbildung, und welche Einflüsse das auf die komplizierten reproduktiven, körperlichen Prozesse hat, wissen wir nicht in vollem Umfang.

(Folie 6)

Jetzt komme ich zu den Argumenten gegen die Zulassung der Eizellspende. Die Gesundheitsgefahren für die Spenderin können nicht gegen den Beitrag zum eigenen Wohlergehen aufgewogen werden. Normalerweise sagen wir: Ein Eingriff ist dann gerechtfertigt, wenn der Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen der Patientin oder des Patienten voraussichtlich mögliche Gefahren und Risiken überwiegt und wenn die freiwillige und informierte Einwilligung vorliegt. In diesem Fall liegt die alleinige Last auf der freiwilligen und informierten Einwilligung. Der Beitrag zum eigenen gesundheitlichen Wohlergehen entfällt; der Beitrag zum finanziellen Wohlergehen mag da sein, aber nicht zum gesundheitlichen.

Wie gesagt, die Kinderwunschaare haben keinen Anspruch auf reproduktives Potenzial Dritter.

Wir haben es mit einer vulnerablen Situation der potenziellen Eizellspenderin zu tun. In aller Regel sind es sehr junge oder junge, finanziell schwache Frauen. Das weiß ich von Spanien und Tschechien sicher; ich weiß auch von Russland, welche Frauen es sind, die Eizellen spenden: Das sind Frauen, die auf das Geld angewiesen sind.

In letzter Sicht rechtfertigt der Schutz der Gesundheit potenzieller Eizellspenderinnen einen sanften Paternalismus.

(Folie 7)

Ich bin fertig und möchte nur daran erinnern, dass es viele Bereiche gibt, wo wir Menschen vor potenziellen Gesundheitsschäden schützen. Wir können die arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen sehen oder das Arzneimittelrecht: Wir können nicht alle Medikamente selbstbestimmt in der Apotheke kaufen, sondern haben hier komplexe Regelungen. Wir haben eine Drogenschutzgesetzgebung, eine Straßenverkehrsordnung, also viele Bereiche, in denen wir zum Schutz der Gesundheit von Menschen in die Selbstbestimmung eingreifen.

Das, was man hier leisten müsste, ist, zu sagen: Das Recht auf Selbstbestimmung der potenziellen Kinderwunschaare ist hier nicht entscheidend. Wenn man die Eizellspende legalisieren will, müsste man zeigen können, dass es zum Schutz des Rechts auf Selbstbestimmung der potenziellen Spenderin notwendig ist. Ich habe aber bisher keine Spenderinnen, keine jungen Frauen gesehen, die auf die Straße gegangen sind und gesagt haben: Wir wollen bitte Eizellspenderin werden. Sondern das, was wir kennen, sind Kinderwunschpatientinnen, die sagen: Wir brauchen eine Zulassung der Eizellspende in Deutschland.

Das halte ich aus den genannten Argumenten für problematisch. Danke.

Michael Wunder

Vielen Dank für die kompakte und engagierte Argumentation.

Ich darf Ihnen nun Marina Rupp ankündigen, die dritte Impulsreferentin. Wir machen jetzt einen Perspektivenwechsel und betrachten die andere Seite: die des Kindeswohls. Marina Rupp wird zum Thema der ungewöhnlichen Familien und wie es den Kindern darin geht sprechen. Frau Rupp, Sie sind Soziologin (wir haben hier ein großes Berufsspektrum durch unsere Referentinnen: von der Juristerei über die Biologie jetzt zur Soziologie) und in der Leitung des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg.

Marina Rupp · Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg: Zu „ungewöhnlichen Familien“ als Herausforderung für die Gesellschaft

(Folie 1)

Ich freue mich, dass ich hier zu Ihnen sprechen kann. Es ist eine andere Perspektive: Es geht um die Kinder in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

(Folie 2)

Ganz kurz, weil ich Soziologin bin: Mit welcher Klientel haben wir zu tun? Es gibt nicht viele dieser gleichgeschlechtliche Partnerschaften: Wir reden über ca. 7.200 Kinder überhaupt bzw. 5.800 minderjährige Kinder, die in diesen Partnerschaften aufwachsen. Das ist eine sehr kleine Zahl.

Wir wissen relativ wenig über die Grundgesamtheit, deswegen gibt es unterschiedliche Daten, wie Sie hier sehen können.

(Folie 3)

Wir haben vor einigen Jahren eine Befragung von 1.059 Eltern gemacht, davon die meisten in Lebenspartnerschaften. Dazu liegen jetzt Informationen von 693 Kindern vor. Es sind noch andere flankierende Befragungen gemacht worden. Wir haben eine Studie gemacht, bei der auch die Kinder selbst befragt wurden.

(Folie 4)

Gleichgeschlechtliche Paare, die mit Kindern zusammenleben, sind in der Regel Mutterfamilien, weil Frauen die Möglichkeit haben, ihren Kinderwunsch über eine Samenspende zu erfüllen. Aus diesem Grund sind es auch überwiegend kleine Familien. Die Frauen und Männer zeichnen sich durch überdurchschnittliche Bildung aus, sind relativ gut situiert und haben ein hohes, aber nicht sehr hohes Einkommen.

(Folie 5)

Wie kommen die Kinder in diese Regenbogenfamilien? Grundsätzlich gibt es zwei Wege: eine heterosexuelle Partnerschaft, in der ein Kind geboren wird. Die Partner trennen sich, und in der Regel behält die Mutter das Kind und gründet eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft. Das ist jetzt nicht unsere Zielgruppe. Unsere Zielgruppe ist die zweite, ungefähr gleich bedeutend: Es wird eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft begründet, vielleicht auch eingetragen, und in dieser Partnerschaft wird ein Kind geboren. In den meisten Fällen ist es ein eigenes Kind, selten ein Adoptiv- oder Pflegekind.

Alle anderen Wege zur Elternschaft sind zu vernachlässigen.

Die Väter (die sehr wenige sind) haben häufig leibliche Kinder (darunter fünf durch Insemination gezeugte Kinder) und Adoptivkinder.

(Folie 6)

Das sind die unterschiedlichen Wege zum Kind. Ich möchte nicht genauer darauf eingehen. Wenn man untersucht, aus welchen Zusammenhängen die Kinder kommen, bekommt man so eine übersichtliche Grafik.

(Folie 7)

Kinder, die in der Lebenspartnerschaft geboren werden, sind knapp die Hälfte aller Kinder, die wir untersucht haben. Sie wurden zu 82 Prozent durch Insemination gezeugt. Was ist mit dem Rest? Wir wissen es nicht. In einer Untersuchung, die man am Telefon macht, ist es sehr schwierig, so ein Thema klarzukriegen. Unter diesen Inseminationen gibt es verschiedenste Fälle. Es kann sein, dass bewusst kurzfristig eine heterosexuelle Partnerschaft eingegangen wird, Urlaubsbekanntschaften. Es kann sein, dass sich Paare bilden, um gemeinsam Kinder zu bekommen. Es gibt hier alle Fälle, sowohl die assistierte Insemination als auch die selbst durchgeführte Insemination. Der Erfindungsreichtum dieser Paare ist sehr groß.

Wie gesagt, die Kinder leben fast alle bei der Mutter. Die Insemination hat überwiegend hier in Deutschland stattgefunden. Etwa die Hälfte der Spender sind bekannt; 18 Prozent der Vater sind ins Geburtenbuch eingetragen, das heißt, namentlich festgehalten.

Die Beweggründe hinter der Insemination sind ganz unterschiedlich. Es gibt Frauenpaare, die sagen: Wir möchten mit dem Mann, der dieses Kind zeugt, nichts zu tun haben; wir möchten dieses Kind ganz für uns. Sie betrachten sich also als leibliche und soziale Mutter. Es gibt genauso Frauen, die sagen: Wir wollen gemeinsam ein Kind und es auch gemeinsam großziehen, aber für jedes Kind gibt es einen Vater und die-

ser Vater soll dem Kind auch als solcher zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund gibt es auch verschiedene rechtliche Konstellationen zum Beispiel bezüglich des Sorgerechts. Wir können sagen: Sofern die Väter bekannt sind, stehen sie auch in einem sozialen Verhältnis zum Kind und übernehmen ähnliche Rollen wie Väter nach einer Trennung oder Scheidung.

Die Insemination wird sehr lange überlegt und in den Paaren kritisch diskutiert. Es wird zum Beispiel überlegt: Wie soll der Spender sein? (Er soll gesund sein.) Wie soll er aussehen? Soll er bekannt sein oder nicht?

Es wird auch überlegt: Wer soll Mutter werden? Das ist eine wichtige Frage, denn da geht es zum Beispiel um die gesündere Frau, die jüngere Frau, die belastbarere Frau oder die Frau, die möglicherweise zuhause bleiben möchte. Diese Themen werden vorab sehr intensiv zwischen den Partnern diskutiert; das wissen wir aus unseren qualitativen Gesprächen.

(Folie 8)

Was passiert, wenn ein Kind in diese Lebenspartnerschaft geboren wird? Die sozialen Mütter wollen für das Kind eine relevante Bezugsperson darstellen; das geht über die Stiefkindadoption, eben nur bei den eingetragenen Lebenspartnerschaften. Bei „unseren“ Kindern sind 52 Prozent bereits adoptiert und bei 38 Prozent ist es geplant.

Bei diesen Paaren ist die Intention vorhanden, das Kind rechtlich zu beiden Seiten abzusichern.

Die sozialen Eltern haben ein großes Interesse an der Elternschaft. Das kann man daran feststellen, dass sie auch ihre Arbeitszeit reduzieren, um sich um das Kind zu kümmern. Man kann in diesen Familien von einer egalitären Arbeitsteilung

bezüglich Haushalt und Familientätigkeit, sprich Kinderbetreuung sprechen.

Die Kinder sind noch relativ jung, das heißt, von diesen Kindern sind noch nicht alle über ihre Herkunft informiert. Die Paare haben aber vor, es zu tun, und wollen damit offen umgehen.

Die Kinder, die informiert sind, akzeptieren die Situation. Kritische Reaktionen haben wir in ungefähr einem Fünftel der Fälle.

(Folie 9)

Dies lasse ich weg.

(Folie 10)

Wichtig ist der Kinderwunsch. Von den Elternpaaren, wie ich sie betrachtet haben, möchten fast vier von zehn Frauen weitere Kinder haben, und sie stellen sich das wieder auf dem gleichen Weg vor, nur selten mit einem homosexuellen Paar.

Bei den Männern ist jeder zweite interessiert daran, mit einer Frau zusammen ein Kind zu zeugen; 21 Prozent wollen das mit einem homosexuellen Paar gemeinsam tun.

(Folie 11)

Die Kinder entwickeln sich – was immer anders vermutet wird – hinsichtlich ihrer Geschlechterrollen adäquat. Sie sind in ihrer Entwicklung mit anderen Kindern vergleichbar. Sie entwickeln sich deutlich besser als Trennungs- und Scheidungskinder, wir haben das verglichen. Was die Kinder phasenweise beeinträchtigt, sind Transitionen, also wenn die Eltern sich trennen und dann erst die Lebenspartnerschaft eingegangen wird. Das ist wichtiger als die Tatsache, in einer gleichgeschlechtlichen Familie zu leben oder das Coming-out der Eltern mitzuerleben.

(Folie 12)

Die Kinder haben ein überdurchschnittliches Selbstbewusstsein und eine hohe Bindungsqualität an beide Eltern, soziale und leibliche. Sie können sich besser von den Eltern ablösen. Die Eltern haben ein höheres Monitoring, befassen sich also stärker mit den Kindern. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei Ängsten, Ambivalenzen, Depressivität, somatischen Beschwerden oder Aggressivität; da sind Kinder aus allen Familienformen gleich.

(Folie 13)

Interessant ist, dass ein Teil der Kinder von Diskriminierungserfahrungen berichtet. Im Prinzip handelt es sich dabei aber um Hänseleien usw. von Gleichaltrigen. Es ist keine massive Diskriminierung zu berichten, sondern eher kleine; Sie sehen das hier an der Tafel. Damit möchte ich enden.

(Folie 15)

Vielleicht noch das eine: Die Kinder finden es überwiegend in Ordnung, so zu leben, wie sie leben. Dann bedanke ich mich.

Fragen und Diskussion

Michael Wunder

Vielen Dank. Der letzte Satz war sehr schön: Sie akzeptieren es genau so, wie sie leben. Wir werden in der Diskussion zu prüfen haben, ob das ein Referenzbeispiel für die Dinge ist, die wir hier diskutieren, also Kinder aus Leihmutterchaftsverhältnissen oder nach Eizellspende. Dazu werde ich Sie gleich fragen, wenn die Frage nicht sowieso kommt.

Während ich die Referentinnen aufs Podium bitte, beginnt jetzt das kleine Hintergrundexperiment, bei dem Sie die Kartengrafik in der Projektion sehen. Sie können sich in Ihrer Argumentation gern darauf beziehen, müssen es aber nicht

und sollten auch keine Einzelverbesserungen dazu anbringen, sondern es ist nur eine Argumentationsstütze.

Wir wollen jetzt in den Diskussionsprozess einsteigen. Beteiligen Sie sich bitte. Ich nutze die Gelegenheit zu einer Übergangsfrage an unsere letzte Referentin. Frau Rupp, inwieweit sind die positiven Ergebnisse, was das Wohl der Kinder angeht – mit den Parametern Verlässlichkeit, liebevolle Beziehung, Willkommensein in der Familie –, ein Referenzbeispiel für Kinder zum Beispiel nach Leihmutterchaft? Können wir uns sicher sein, dass wir das extrapolieren können? Oder gibt es da ein Fragezeichen?

Marina Rupp

Ich denke, dass man es sehr wohl übertragen kann. Wenn man den Hintergrund sieht, vor dem ich mir diese Situation erkläre, dann besteht da ein sehr starker Kinderwunsch. Das trifft auch auf heterosexuelle Paare zu, die nicht oder nicht ohne weiteres ein eigenes Kind bekommen können. Dieser starke Kinderwunsch und die Anstrengungen, die die Paare auf sich nehmen, um ein Kind zu bekommen, sprechen dafür, dass das Kind gewünscht ist und dann auch entsprechend aufgenommen und betreut wird.

Michael Wunder

Möchten Sie dazu etwas kommentieren? – Gut. Dann gehe ich ins Publikum und bitte um Ihr Wort.

Heribert Kentenich

Ich möchte mich gern auf das beziehen, was Frau Riedel und Frau Graumann gesagt haben. Frau Graumann, Sie haben gesagt, das sei ein risikoreicher Eingriff. Wenn man mit dem Begriff „reich“ umgeht, muss man das auch untermauern können. Sie haben die Zahlen benannt; zumindest von den absoluten Zahlen her kann von

„reich“ nicht die Rede sein. Es besteht ein Risiko; das Risiko betrifft alle Kinderwunschpatienten, und darüber muss aufgeklärt werden. Wenn Sie eine bessere Kultur in Bezug auf Aufklärung und Beratung fordern würden, bin ich ganz bei Ihnen. Herr Griesinger hat aber heute früh gezeigt, dass die modernen Stimulationsverfahren dieses Risiko weiter mindern können.

Dann haben Sie gesagt, es lägen keine Langzeituntersuchungen vor. Nun sind aber in dem Artikel, den Sie von Herrn Griesinger und mir zitiert haben, die Langzeituntersuchungen angegeben worden, soweit man sie sagen kann. Danach ist das Risiko für eine Unfruchtbarkeit bei diesen Frauen nicht höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Nun wird man sagen können: Das ist alles noch sehr kurz. Ja, das stimmt, aber das erste IVF-Kind ist 1978 geboren; trotzdem untersuchen wir intensiv die Langzeitfolgen dieser Kinder und können – wie bei jeder Antwort in der Medizin – immer nur vorläufige Antworten geben.

Wenn die bisherigen Antworten zur Eizellspende und zur Leihmutterchaft so sind, dass das Kindeswohl nicht gefährdet zu sein scheint (das sind auch die Untersuchungen zur Leihmutterchaft von Frau Jadvá) und dass die Risiken kalkulierbar sind, bedarf es einer guten Beratung und Unterrichtung der Frau, und dann entscheidet die Frau selbst, wie sie ihren Weg geht.

Ich möchte ganz praktisch enden: Wenn dies bei einer Frau in Betracht kommt, sage ich ihr verschiedene Szenarien: Entweder Sie machen gar nichts; dann bleibt eine Restchance, auch von allein schwanger zu werden. Oder Sie machen eine weitere Behandlung mit Ihren Eizellen; diese Wahrscheinlichkeit kann man auch nennen. Oder Sie ziehen die Eizellspende in Betracht, und dann muss ich sie biologisch, psychisch und so-

zial beraten. Warum dies in Deutschland entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Untersuchungen, die wir zum Kindes- und Elternwohl haben, nicht möglich sein soll, vermag ich nicht nachzuvollziehen.

Sigrid Graumann

Wir haben darüber auch schon in Arbeitsgruppen diskutiert. Ich gestehe es vollkommen zu, dass die Risiken geringer geworden sind. Aber ich sage immer noch, dass eine Eizellspende mit Hormonstimulation und Entnahme der Eizellen ein invasiver körperlicher Eingriff ist. Was jetzt „reich“ ist und was nicht, ob das Risiko für das Auftreten erheblicher Gesundheitsprobleme jetzt bei null Komma oder (nach dem IVF-Register) etwas mehr als einem Prozent liegt – bei einer Kinderwunschpatientin, die selbst schwanger werden will, finde ich es vollkommen berechtigt, dass sie nach guter Beratung dieses Risiko – dass sie den Eingriff vornehmen und die Frau diesem Risiko aussetzen, weil es dem eigenen Wohlergehen dient.

Bei der Spenderin handelt es sich um einen invasiven Eingriff, der drittnützig ist. Das haben wir sonst nur in wenigen Fällen. Wir haben es bei der Knochenmarktransplantation; damit wäre es vergleichbar. Nur geht es bei der Knochenmarktransplantation darum, dass wir jemandem, der an einer schweren Krebserkrankung, beispielsweise einer Leukämie erkrankt ist, das Leben retten können. Diese Spenden werden altruistisch durchgeführt.

Bei der Eizellspende aber ist es so – ich bin der Überzeugung, dass wir keine Eizellspenden in ausreichendem Maße hätten (auch in den Ländern, in denen sie durchgeführt werden), wenn diese Spenderinnen ordentlich aufgeklärt worden wären. Das weiß ich von Spenderinnen aus den Patientenorganisationen; das ist keine Studie,

sondern das sind Einzelbeispiele. Das ist vielfach nicht garantiert. Auch Kinderwunschpatientinnen berichten immer wieder darüber. In manchen Kliniken – es ist immer nicht so greifbar, wie man es gerne hätte. Wir wissen, dass die Aufklärungskultur generell verbessert werden müsste.

Das grundsätzliche Argument ist: Eizellspende ist meiner Ansicht nach eine Körperverletzung an der Spenderin. Das ist, was Sie als Arzt der Spenderin gegenüber verantworten müssen. Dahinter steckt eine höhere Legitimationslast, als wenn Sie eine Kinderwunschpatientin behandeln. Das ist mein Argument, und ich befürchte, dass aufgrund des instrumentellen Verhältnisses zu der Eizellspenderin (Sie wollen deren Eizellen für Ihr Kinderwunschpaar haben) ein strukturelles Problem besteht, diese Frauen ordentlich gesundheitlich zu schützen. Das ist meine Grundlage, warum ich Nein sage.

Ich habe Ihren Artikel ausführlich gelesen und mich gefreut, dass Sie ihn publiziert haben. Was die empirische Beurteilungsgrundlage angeht, besteht kein Dissens zwischen uns. Der Dissens besteht darin, ob man die Geschichte einght oder nicht.

Wolfgang Cremer

Cremer, Hamburg, Berufsverband der Frauenärzte. Wir haben zwei Vorträge gehört, die sich gegen die Eizellspende ausgesprochen haben. Das ist primär in Ordnung. Mir hat aber nicht gefallen (was wir immer bei dieser Diskussion sehen), dass verschiedene Argumentationsebenen vermischt werden.

Es geht um drei Dinge: einmal um den Sachverhalt. Sind wir grundsätzlich bereit zu akzeptieren, dass die Eizelle einer Frau in einer anderen Frau letztendlich als Kind geboren wird? Dazu haben wir eigentlich kein Argument gehört außer

diesem mysteriösen Argument der gespaltenen Mutterschaft. Da ist die Sprache wie so oft verräterisch. Wer „gespaltene Mutterschaft“ sagt, der sagt, dass er das nicht will. Warum reden wir nicht von doppelter Mutterschaft oder von doppelter Vaterschaft?

Der zweite Punkt sind die Risiken. Risiken können wir minimieren, wie wir gehört haben. Es gibt auch Fälle, wo es keine Risiken gibt, wo die Eizellen einfach da sind: aus vorangegangenen Behandlungen, die nicht mehr benötigt werden. Sind wir bereit, das zu akzeptieren?

Das Dritte ist das Missbrauchspotenzial. Da man offensichtlich nicht genug Argumente gegen die Eizellspende an sich hat, nimmt man nur die Argumente aus den Risiken und dem Missbrauchspotenzial und sagt: Da ist eine schiefe Ebene, *slippery slope*, was auch immer; wenn wir damit anfangen, endet das irgendwo, und deswegen müssen wir alles verbieten. Ich frage, ob das richtig ist.

Der zweite Punkt ist: Man kann ja eine bestimmte Meinung haben. Das kann ich für mich selbst akzeptieren, aber die Frage ist: Kann ich es ertragen, dass andere eine andere Meinung haben? Oder ist meine eigene Meinung so ausschließlich oder, um mit Frau Merkel zu sprechen, alternativlos, dass alle anderen das auch so machen müssen? Müsste das Grundlage einer Gesetzgebung sein? Muss man das verbieten?

Im erweiterten Sinne ist ein Verbot der Eizellspende auch eine Aussage gegen das Leben, dass Kinder nicht entstehen sollen, weil der Entstehungsweg dem ein oder anderen moralisch nicht in Ordnung erscheint. Ich frage: Ist das richtig?

Michael Wunder

Unser Versuch mit der Präsentation hinter uns soll für uns alle bedeuten, dass wir den Respekt

vor der Argumentation des anderen haben. Die Veranstaltung hat genau die Intention, dass wir verschiedene Argumente haben und sie gegeneinander abwägen. Wir haben keine Ungerechtigkeit oder Unfairness in den Beiträgen. Es geht genau um diesen Austausch von Argumenten.

Möchtest du dazu etwas sagen? Denn hier war auch das Argument drin: Was ist eigentlich mit den überzähligen Eizellen?

Sigrid Graumann

Ja. Auf das andere will ich nicht eingehen. Sie haben die Pro-Argumente heute Morgen gehört. Ich habe 10 Minuten Zeit gehabt und die Pro-Argumente genannt; mehr geht nicht in 10 Minuten.

Das Egg-Sharing habe ich aus Zeitgründen weggelassen. Ich halte es für weniger problematisch, aber das Problem dabei ist, dass dann eine andere Motivation in die Arzt-Patienten-Beziehung zu der Kinderwunschpatientin hineinkommt. Ich habe in dem Artikel von Griesinger und Kente nich sehr wohl wahrgenommen, dass Sie sagen, das ist keine Option. Das sind aber andere Gründe. Das liegt daran, dass ein fremdnütziges Interesse in die Arzt-Patienten-Beziehung gegenüber der Kinderwunschpatientin kommt, und auch die Kinderwunschpatientin ist vulnerabel. Wir wollen, dass die Kinderwunschpatientin optimal behandelt wird.

Das zweite Argument sind die überzähligen Eizellen, das sind (da zitiere ich noch einmal den Artikel) die Eizellen mit der weniger guten Qualität. Wollen wir das wirklich haben? Außerdem wissen wir aus England, wo das schon lange gemacht wird, dass dort auch mit finanziellen Anreizen gearbeitet wird. Da werden die Behandlungskosten zum Teil erstattet, das heißt, es sind eher die ärmeren Frauen, die einen Teil ihrer Eizellen abgeben. Es gibt Probleme hinterher, weil

die Frauen, wenn sie selbst nicht schwanger werden, sich überlegen: Ist vielleicht die Frau, die meine übrigen Eizellen bekommen hat, schwanger geworden? Das ist eine komplexe Problematik, die ein bisschen anders ist als das, was ich dargestellt habe, die aber die keine unproblematische Alternative darstellt.

Georg Griesinger

Ich versuche einmal zur Versachlichung der Diskussion beizutragen. Es wurde von den Risiken gesprochen. Kurz zu den Zahlen; das sind belastbare Zahlen. Wir haben ein Risiko beim Eingriff für die Spenderin in einer Größenordnung von weniger als 1 zu 1.000. Das können wir aus verlässlichen Daten ableiten, GCP-Studien [Good Clinical Practice], prospektive Studien usw. Das Überstimulationsrisiko geht inzwischen gegen null im Agonist-Trigging, das habe ich heute schon gesagt. Wir haben heute Stimulationsmodalitäten, wo eine Injektion sieben Tage wirkt und tägliche Injektionen ersetzt. Was natürlich bleibt: Es ist ein invasiver Eingriff, aber die Risiken und Belastungen sind deutlich reduziert worden.

Die europäische Fachgesellschaft für Reproduktionsmedizin hat jüngst die erste systematische Umfrage unter Eizellspenderinnen publiziert. Das sind keine anekdotischen Berichte, sondern es wurde in elf Ländern, in großen Eizellspendezentren erhoben: Wer sind diese Frauen (sozioökonomisch usw.) und was motiviert sie dazu? Daraus möchte ich kurz ein paar Kennzahlen zitieren, weil das in dem Zusammenhang essenziell ist.

In Belgien machen es 86 Prozent der Frauen rein altruistisch, ohne jeden finanziellen Anreiz. Im Mittel durch alle Länder inklusive Russland machen es 50 Prozent der Frauen rein altruistisch. 95 Prozent der Frauen geben an, sie wurden um-

fassend psychosozial und medizinisch aufgeklärt, 90 Prozent in ihrer Muttersprache. 80 Prozent der Spenden sind anonym, 50 Prozent der Frauen haben bereits ein eigenes Kind. 70 Prozent sind berufstätig, nur 15 Prozent sind Studentinnen (in Spanien 25 Prozent), und 32 Prozent der Frauen mit Eizellspende durch alle elf Länder haben einen Universitätsabschluss. Es ist also mitnichten so, dass es Frauen, Studentinnen in einer prekären Situation sind, alleinstehend. Überdurchschnittlich oft übrigens sind sie in Paarbeziehungen. Das ist wohl revidiert dadurch.

Einen Kommentar noch zu Frau Rupp. In der Fachwelt wird diskutiert: Was ist eigentlich Kindswohl und was konstituiert Kindswohl? Wir kommen da – wie häufig in der Wissenschaft – um einen gewissen Relativismus nicht herum, denn wir brauchen einen Bezugspunkt: Was ist gut und was ist schlecht für ein Kind? Wir stellen fest, dass es eine Reihe von Dingen gibt, die das Kindswohl massiv beeinflussen können. Das sind prekäre Lebensverhältnisse, sozial schwierige Situationen, Scheidungen usw. Diese Dinge sind weitaus häufiger als die Probleme und in ihrer Auswirkung weitaus gravierender als die Dinge, denen wir hier in unseren Follow-up-Studien nachjagen. Daher dürfte man vom wissenschaftlichen Ansatz her fast ein bisschen ketzerisch sagen: Wir werden da keine gravierenden kindeswohlbeeinträchtigenden Faktoren finden. Da werden wir lange suchen können, aber es ist nicht plausibel, dass sie existieren, angesichts des Hintergrundrauschens an Dingen, die in ihrer Inzidenz häufig sind und das Kindswohl massiv beeinträchtigen.

Marina Rupp

Da stimme ich Ihnen zu, denn der Hintergrund ist so gestaltet, dass diese Kinder in aller Regel Wunschkinder sind und wohlüberlegt.

Jochen Taupitz

Ich möchte das, was meine beiden Vorredner gesagt haben, nachdrücklich unterstützen, aber aus Zeitgründen nicht wiederholen.

Ich habe einen anderen Punkt. Frau Graumann, Sie haben völlig recht, wenn Sie sagen, dass aus dem Selbstbestimmungsrecht kein Anspruch gegen andere folgt. Gegen niemanden folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht ein Anspruch, denn das Selbstbestimmungsrecht ist ein Recht, über den eigenen Körper zu bestimmen. Aber hier wird in das Selbstbestimmungsrecht der Spenderin eingegriffen durch den Staat, indem er ihr etwas verbietet, und es wird in das Selbstbestimmungsrecht der potenziellen Empfängerin eingegriffen, die für ihren eigenen Körper eine Entscheidung treffen möchte und dafür etwas in Anspruch nehmen möchte, was eine andere Frau ihr freiwillig anbietet. Das sind zwei Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht, die gerechtfertigt werden müssen.

Sigrid Graumann

Die aber meiner Ansicht nach gerechtfertigt sind, so habe ich argumentiert. Aber Sie haben recht, das ist die Grundlage, davon reden wir.

Jochen Taupitz

Insofern sind wir uns da einig. Dann die Frage: Hat ein Organempfänger einen Anspruch auf ein Organ? Nein, selbstverständlich nicht, aber einem Organempfänger wird trotzdem nicht verboten, ein Organ in Anspruch zu nehmen, wenn es unter vertraglichen Bedingungen generiert worden ist, entweder von einem Toten oder von einem Lebenden. Beim Lebenden brauchen wir gute Gründe, um ihm zu verbieten, eine Lebendorganspende durchzuführen. Hier haben wir auch zwei Eingriffe in Selbstbestimmungsrechte der beteiligten Personen. Bei der Lebendorganspende ist das Risiko anerkanntermaßen höher

als bei dem, worüber wir heute hier reden, angesichts der Entwicklungen der Fortpflanzungsmedizin. Also: Das Risiko ist verhältnismäßig gering.

Zweiter Punkt: die Kommerzialisierung. Auch eine Blutspende ist nicht ganz risikolos; der BGH hat die Anforderungen an die Aufklärung erheblich erhöht, weil auch bei einer normalen Blutspende eine Infektion oder eine Nervenschädigung irreversibler Art eintreten kann. Auch dort lassen wir eine Aufwandsentschädigung zu. Warum nicht in diesen Fällen? Warum kommt immer das Argument, dass die armen Frauen (nicht nur die Frauen generell, sondern die finanziell armen Frauen) ausgebeutet werden? Auch in anderen Bereichen der Gesellschaft müssen die Armen arbeiten und der reiche Sohn, der geerbt hat, nicht. Für uns ist es etwas Selbstverständliches, dass man für seinen Lebensunterhalt sorgen muss. Ich habe als Student auch Blut gespendet, weil ich die 25 Euro oder damals D-Mark schön fand. Also warum wird hier immer so pauschal argumentiert: Wenn Geld im Spiel ist, ist es verwerflich? Wenn eine Handlung per se gut ist, warum ist sie dann deshalb verwerflich, nur weil Geld gezahlt wird?

Es ist etwas anderes, wenn der Geldanreiz so hoch ist, dass man die eigene Gesundheit vernachlässigt und eigene Risiken hintanstellt. Aber wenn die finanzielle Entschädigung in geordneten Bahnen erfolgt, so wie es bei der Blutspende und bei der Samenspende der Fall ist, sehe ich darin kein grundsätzliches Argument gegen einen solchen Vorgang.

Sigrid Graumann

Nein, ich sehe hier auch kein grundsätzliches Problem. Herr Taupitz, Sie haben die Konstellation richtig beschrieben, es wird in das Selbstbestimmungsrecht eingegriffen. Aber so, wie ich

argumentiert habe, halte ich es für berechtigt, dass in das Selbstbestimmungsrecht eingegriffen wird, wie wir es in anderen Bereichen auch tun.

Ulrike Riedel

Nach diesen flammenden Plädoyers für die Eizellspende auf hohem medizinischen Niveau und hohem Niveau der Beratung überlege ich mir immer, wie das rechtlich umgesetzt werden soll. Denn wir können ja nicht verbieten, dass Frauen ins Ausland gehen, auch wenn in Deutschland unter engen Voraussetzungen mit Beratungsregelung und bestimmten Einschränkungen die Eizellspende zugelassen wird. Das werden sie sowieso müssen, denn ich glaube kaum, dass hier genügend Eizellspenden vorhanden sein werden, wenn das hier zugelassen wird.

Wir können diese hohen Anforderungen für das Ausland nicht regeln. Es gibt gerade außerhalb der EU Staaten, wo Frauen abgespeist werden: Sie werden hinterher nicht medizinisch betreut und vorher nicht gescheit aufgeklärt. Das können wir mit innerstaatlichem Recht nicht verhindern. Man müsste quasi regeln, dass die Eizellspende hier nur zugelassen ist, wenn sie nach innerstaatlichen Kriterien erfolgt. Das wäre eine Verschärfung der Strafbarkeit, denn bisher ist es so, dass die Frauen nicht strafbar sind, weder die Spenderin noch die Empfängerin. Das müsste man dann strafbar machen. Man müsste festlegen: Eizellspende ja, aber nur innerstaatlich. Aber wir können das, was im Ausland damit einhergeht, hier nicht regeln. Das wird aber erforderlich sein, weil es innerstaatlich nicht genügend Eizellspenden geben wird.

Dagmar Coester-Waltjen

Ich möchte etwas zur Kommerzialisierung sagen. Es gibt verschiedene europäische Länder, die die Eizellspende erlauben, aber festschreiben, dass nicht mehr als vier oder fünf (das

Höchste sind zehn, glaube ich) Kinder von einer bestimmten Eizellen- oder Embryonengeberin geboren werden können. Damit haben Sie von vornherein eine gewisse Beschränkung, dass keine Kommerzialisierung – wie bei den Samenspendern, wo man jede Woche hingehen und Samen spenden kann. Das ist etwas, was man regeln kann, wenn man es denn vernünftig regeln will. Das ist das Entscheidende.

Frau Riedel, Sie haben richtig beschrieben, in welcher schrecklichen Situation sich die Kinder befinden, die im Ausland über Eizellen-, Samen- oder Embryonenspende geboren werden. Ich halte es für unwürdig, wenn eine Rechtsordnung sagt: Diese Kinder sind da, wir geben ihnen keinen deutschen Pass, wir lassen sie nicht einreisen, mögen sie in der Ukraine oder in Indien irgendwo umkommen. Das kann eine Rechtsprechung nicht wollen. Ich habe nicht gesagt, dass wir alles akzeptieren müssen, was im Ausland ist. Aber wenn wir innerstaatlich eine vernünftige Regelung haben – und es sind Bestrebungen in Den Haag im Gange, bei der Haager Konferenz für Internationales Recht, eine Konvention vorzuschlagen, in der gerade dieser Reproduktionstourismus in ähnlicher Weise geregelt wird wie die internationalen Adoptionen, um den Kinderhandel einzuschränken.

Man kann so etwas machen, aber man braucht dazu eine gewisse Offenheit. Da muss man sagen: Gut, wir akzeptieren, wenn eine Eizellspende stattgefunden hat. Voraussetzung ist, dass das Kind erfahren kann, wer die genetische Mutter ist; Voraussetzung ist für uns, dass keine Frau ausgebeutet wurde; Voraussetzung ist Aufklärung usw. Aber wenn wir international mitreden wollen und sagen wollen: Das sind unsere Standards, dann müssen wir Standards entwickeln, was wir wollen, und nicht sagen, es ist alles ganz

schrecklich und kann nur zu Missbrauch führen. Hierüber sollten wir uns Gedanken machen.

Ulrike Riedel

Ich sehe einen großen Unterschied zwischen Eizellspende und Leihmutterschaft. Die rechtlichen Probleme sind bei der Leihmutterschaft viel gravierender, und es sind bisher noch nicht so viele Fälle; es sind Einzelfälle. In den anderen Staaten der EU ist die Leihmutterschaft überwiegend noch untersagt. Da gibt es – anders als bei der Eizellenspende – einen relativ großen Konsens, der zwar durch die Ukraine, Kalifornien oder Indien durchbrochen wird. Aber in der EU gibt es eine einheitliche Linie.

Wenn die Kinder einmal da sind – ich konnte es aufgrund der Zeit nicht vortragen, aber es gibt viele Entscheidungen dazu, wie man diesen Kindern quasi im Gnadenwege die Elternschaft der Bestelleltern verschafft, obwohl das nach deutschem Abstammungsrecht nicht möglich ist. Hier sind aber gravierende Eingriffe und Änderungen des Abstammungsrechtes erforderlich.

Bei der Eizellspende ist es noch relativ klar: Mutter ist die Frau, die das Kind geboren hat; Recht auf Kenntnis der Herkunft. Bei der Leihmutter kommt das Recht auf Kenntnis der Tragemutter dazu, die ja auch biologische Mutter ist. Die Probleme sind da viel gravierender, sie sind meistens nicht dokumentiert. Ich meine, dass man die Not derjenigen, die ein Kind von einer Leihmutterschaft haben möchten – es sind nicht die Frauen, weil meistens die Leihmutter eine anonyme Eizellspende bekommt. Die meisten Agenturen bestehen darauf, dass die Leihmutter mit einer anonymen Eizellspende und meist mit einer Samenspende des Bestellvaters gezeugt wird. Ich meine, dass es andere Wege gibt, wie man diesen Paaren – seien es gleichgeschlechtliche oder verschiedengeschlechtliche –

zu einem Kind verhelfen kann, nämlich durch Adoption.

Michael Wunder

Die Fälle, die du vorhin kurz erwähnt hast: nicht abgeholte Kinder aufgrund der Rechtslage in der Bundesrepublik oder nicht abgeholte Kinder aufgrund der Tatsache, dass sie behindert sind oder den Eltern nicht mehr in ihr Lebenskonzept passen – was sind die Gründe für dieses Elend der nicht abgeholten Kinder aus Leihmutterschaften?

Ulrike Riedel

Wenn die Kinder von den Bestelleltern nicht angenommen werden, wenn es sich um Bestelleltern aus Deutschland handelt, kann man sie nicht zwingen, die Kinder anzunehmen, weil der Vertrag mit der Leihmutter hier nichtig und sittenwidrig ist. Wenn es in einem anderen Staat ist – wie will man die Bestelleltern zwingen, das Kind anzunehmen?

Michael Wunder

Ist das auch die Gruppe der Kinder, von denen Sie gesprochen haben?

Dagmar Coester-Waltjen

Ich meine die Fälle, in denen die Wunscheltern mit den Kindern aus dem Ausland hierherkommen wollen und nicht hierherkommen können bzw. die Kinder wieder ausgewiesen werden. Das sind die Fälle, die im Augenblick die deutschen Gerichte in größerem Umfang ...

Ulrike Riedel

Ausgewiesen werden sie nicht, solche Fälle kenne ich nicht. Aber das Verwaltungsgericht Berlin und die Oberlandesgerichte lassen diese Kinder in der Regel nicht einreisen. Oft ist es so, wenn ein Ehepaar die Bestelleltern sind und sie haben eine Geburtsurkunde mit Kind, das in Kaliforni-

en geboren ist (da werden gleich die Besteller-tern eingetragen), merkt man bei der Einreise nicht, dass es ein Leihmutterkind ist, und die kommen in der Regel, sie flutschen hier so durch. Aber wenn es ein gleichgeschlechtliches Paar ist, also eine homosexuelle Partnerschaft – das sind die überwiegenden Fälle in der Rechtsprechung –, fällt es natürlich auf, wenn sie mit einer Geburtsurkunde einreisen, wo zwei Männer die Mütter sind, das merkt man (Lachen).

Die Rechtsprechung ist da durchaus findig. Dann versucht man meist – die Agenturen verlangen, dass die Leihmütter verheiratet sind, zumindest war es bisher so, und dass sie schon eigene Kinder haben, damit sie nicht selbst irgendwie Probleme bekommen und Anspruch auf das Kind erheben.

Das ist gerade ein Problem für den Bestellvater hier. Er kann die Vaterschaft nicht anerkennen, wenn die indische Leihmutter (dort ist das Recht ähnlich geregelt) verheiratet ist. Das heißt, der indische Vater muss die Vaterschaft anfechten, und dann kann der deutsche Bestellvater die Vaterschaft anerkennen. Da gibt es einige Fälle, und die Kinder werden – jedenfalls war das in zwei Fällen so – dann nachbeurkundet mit dem Vater, in einem Fall sogar mit der Leihmutter, und sind dann Kind des Bestellvaters. Der Partner muss das Kind im Wege der Sukzessiv-adoption adoptieren. Es war sogar schon so, dass die Gerichte das nicht für erforderlich gehalten und einfach die ausländische Urkunde oder Entscheidung anerkannt haben.

Michael Wunder

Können wir das stehen lassen? Sonst vertiefen wir diesen Punkt so, dass wir das andere vielleicht aus dem Auge verlieren.

Ilhan Ilkilic

Ich habe zwei kurze Fragen. Die erste Frage geht an Frau Rupp und ist eine Verständnis- bzw. Informationsfrage. Sie haben gesagt, dass die psychologische Gesundheit der Kinder von gleichgeschlechtlichen Paaren (Selbstbewusstsein usw.) in Ordnung ist. Haben Sie diese Informationen von den Eltern bekommen oder von den Kindern selbst?

Die zweite Frage geht an Sigrid Graumann. Es wurde diese Ausbeutungsargumentation vertreten und abgesehen davon, was Herr Taupitz vertreten hat (warum soll es schlecht sein, dafür Geld zu bekommen?), ist ein anderer Punkt: Wenn der finanzielle Zwang bei diesen Frauen nicht existiert, ist das für dich ein Argument mehr oder weniger gegen die Eizellspende in Deutschland?

Sigrid Graumann

Ich habe kein kategorisches Problem mit der Eizellspende. Ich habe ein Problem damit, dass die Eizellspende in allen Ländern, die ich kenne, in Konstellationen stattfindet, in denen aus meiner Sicht der Schutz der Spenderin nicht adäquat gewährleistet ist. Ich möchte einen Fall aus Kanada nennen, der vor ein paar Monaten durch die Presse gegangen ist. Kanada ist ein Land, das einen sehr hohen Standard in der Reproduktionsmedizin hat. Da hat eine Frau nach der Eizellspende aufgrund von Komplikationen einen Hirnschlag gehabt und streitet sich im Moment gerade. Sie sagt laut Presse, sie sei nicht ordentlich aufgeklärt worden und ihr sei das Risiko, das sie eingehe, nicht bekannt gewesen. Im Moment geht es darum, wer für die Langzeitschädigung, die sie hat, aufkommen soll. Das ist in dem Fall ungeregelt. Die Frau steht mit einer Behinderung ohne irgendetwas da; dieser Fall ist durch die Presse gegangen.

Marina Rupp

Wir haben die Information von beiden Parteien: Wir haben sowohl Eltern mit standardisierten psychologischen Messinstrumenten zur Einschätzung ihrer Kinder befragt; wir haben aber auch (das hab ich am Anfang gezeigt) über 100 Kinder mit halbstandardisierten psychologischen Messinstrumenten zu bestimmten Bereichen der Persönlichkeitsentwicklung wie Bindung usw. selbst befragt.

Noch ein Satz zur Adoption: Nach meinem Wissen ist Adoption nicht der Königsweg, weil wir auf ein Adoptivkind zehn adoptionswillige Elternpaare haben; das ist gerade bei gleichgeschlechtlichen Paaren eine zusätzliche Problematik. So viele Kinder gibt es nicht zu adoptieren.

Michael Wunder

Gut, da ich manchmal die Argumentkarten im Hinterkopf habe; dagegen spricht natürlich das schon mehrfach genannte Argument, dass das auch nicht durch die wenigen Eizellen, die es dann geben wird, zu lösen ist. Aber das nur als Randbemerkung.

Ulrike Baureithel

Ulrike Baureithel, freie Journalistin. Ich habe eine Frage zur Leihmutterschaft oder einem Aspekt der Leihmutterschaft, der bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist, und zwar in Bezug auf das Kindeswohl. Haben Sie Erkenntnisse darüber, ob in dem Bestellvertrag bei der „Qualitätskontrolle des Produktes“ auch geregelt ist, ob die Leihmütter Pränataldiagnostik oder entsprechende andere Untersuchungen machen müssen? Denn das könnte unter Umständen dazu führen, dass solche Kinder gar nicht erst auf die Welt kommen, sondern abgetrieben werden. Die Frage geht an Frau Graumann oder Frau Riedel.

Christina Motil

Mein Name ist Christina Motil, ich bin Mitglied des Vereins Spenderkinder, eines Vereins von durch Samenspende erzeugten Erwachsenen, also Menschen, bei denen die Vaterschaft auseinanderfällt. Wir haben bei der Eizellspende viel über gespaltene Mutterschaft gesprochen, und ich finde es erfreulich, dass zumindest ab und zu das Kindeswohl vorkam. Da stellt sich natürlich die Frage: Was ist das? Ich habe das Gefühl, dass bei einigen hier die Meinung vorherrscht, dass es reicht, wenn die Eltern einen nur wollen, also dass man ein Wunschkind ist, dafür, dass das Kindeswohl berücksichtigt wird.

Das ist unserer Meinung nach nicht der Fall. Es ist eher die Frage: Wie fühlt man sich, wenn ein Teil von einem durch einen Spender, also einen Dritten erzeugt wurde? Nach unserer Erfahrung ist auch die gespaltene Vaterschaft nicht unproblematisch, nicht zuletzt wegen des Verhaltens vieler Eltern, die uns darüber nicht oder erst zu einem sehr späten Zeitpunkt aufklären.

Zur Eizellspende haben wir unter unseren 50 Mitgliedern eine Umfrage gemacht, ob sie da irgendwelche Parallelen zur Samenspende sehen und ob das zugelassen werden sollte. Es ist nicht so; wir sehen da deutliche Unterschiede zur Samenspende, und zwar erst einmal deswegen, weil die Position zur Mutter eine andere ist als zum Vater. Dann aber auch sehen es viele von uns für die Selbstfindung als sehr schwierig, neben dem Vater von zwei Müttern genetisch abzustammen, weil es etwas absolut Unnatürliches ist, dass man zu zwei Müttern genetische Verbindungen hat. Das ist für uns der große Unterschied zur Samenspende, wo der Prozess der Samenspende relativ natürlich ist.

Falls die Eizellspende wirklich in Deutschland zugelassen werden sollte, sehen wir ein sehr

großes Problem bei der Kommerzialisierung; da muss ich den Vortragenden zustimmen. Es steht außer Frage, dass es irgendeine Aufwandsentschädigung für die Eizellspende geben wird. Da der Aufwand für eine Eizellspende ziemlich hoch ist (man muss die Medikamente spritzen, es gibt gesundheitliche Risiken), wird diese wohl auch relativ hoch ausfallen, wahrscheinlich zwischen 700 und 1.000 Euro. Wenn man von 400 Euro Hartz IV pro Monat lebt, ist das ein sehr hoher Betrag.

Aus der Position von Kindern, die durch Spenden entstanden sind, kann ich nur sagen, dass es sehr schmerzlich ist, zu erfahren oder zu vermuten, dass der Spender eine hauptsächlich finanzielle Motivation hatte.

Wir halten auch nicht viel davon, dass es in Deutschland zugelassen werden müsste, weil wir es dann richtig machen würden. Ein Verbot hat immer eine gewisse Steuerwirkung.

Dann muss ich darauf hinweisen, dass auch Samenspenden in Deutschland noch nicht richtig geregelt sind, und dafür hätte man über 30 Jahre Zeit gehabt.

Michael Wunder

Vielen Dank. Ich gebe jetzt wieder an das Podium und bitte Sie, sich zu überlegen, ob wir die Untersuchung, die Sie eben erwähnt haben, auch im Ethikrat bekommen können. Gut.

Ulrike Riedel

Zur Frage der Pränataldiagnostik bei Leihmutterchaft. Indien, die Ukraine und Kalifornien – meines Wissens die Staaten, wo die meisten Leihmütterkinder herkommen – haben eine ausdifferenzierte In-vitro-Fertilisation und Medizin. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das bei der Leihmutterchaft nicht gemacht wird. Ich gehe also davon aus, dass die Pränataldiagnostik, wie

sie auch in den Zentren üblich ist, auch bei der Leihmutter stattfindet.

Frau N. N.

Ich möchte auf den Vortrag von Frau Graumann zu sprechen kommen. Sie sagten, es gibt keinen Anspruch auf eine Eizellspende. Das ist klar, das ist allgemein philosophisch: Unsere Ansprüche hören da auf, wo die Ansprüche und Rechte anderer anfangen. Ich bin aber schon der Meinung und es wurde vorhin gesagt, dass es altruistische Eizellspenderinnen gibt, und wenn man das ohne finanzielle Entschädigung macht, wäre es eine Überlegung wert, es einzuführen. Wir können die Eizellspenderin nicht vor sich selbst schützen, und es ist besser, eine aufgeklärte und gut medizinisch behandelte Spenderin aus Deutschland zu haben oder die hier in Deutschland lebt, als eine Spenderin in einem anderen Land auszubeuten, wie es auch gesagt wurde.

Bis jetzt hat noch niemand darüber nachgedacht, dass wir in ein paar Jahren diese Art von Eizellspenderinnen vielleicht nicht mehr brauchen, falls das Social Freezing ermöglicht wird. Ich bin nicht so sehr für das Social Freezing, aber falls es dazu kommt, brauchen wir die Eizellspenderinnen vielleicht nicht mehr so viel oder vielleicht auch gar nicht mehr, weil dann viele dieser Frauen ihr Kind auf normalem Wege bekommen haben und ihre Eizellen dann übrig sind.

Die nächste Überlegung ist: Bis jetzt wurde immer nur der Fortpflanzungstourismus als Folgeerscheinung angesprochen, aber man muss auch daran denken, dass die Paare ins Ausland gehen und mit ihrem Kind zurückkommen. Dadurch, dass die Eizellspende in Deutschland verboten ist, sind sie kriminalisiert und stigmatisiert, denn sie haben etwas Verbotenes gemacht, und das trägt dazu bei, dass die Anonymität größer ist.

Man wird, wenn man etwas Verbotenes getan hat, sein Kind nicht so oft über seine Entstehungsart aufklären und man wird nicht offen damit umgehen, man wird keine offene Diskussion führen. Ich bin im Internetforum und habe viel Korrespondenz mit Frauen, die Eizellspenden empfangen: Sie wollen gerne nur lesen, aber nicht schreiben und nach Möglichkeit nicht viel dazu sagen. Ich hab noch keine gefunden, die sich richtig engagiert. Es ist etwas Verbotenes, und da ist man lieber zurückhaltend. Es ist besser, das nicht zu kriminalisieren. Ich wäre für die Zulassung der Eizellspende in Verbindung damit, dass man in Deutschland auch familienpolitische Maßnahmen macht, die die Nachfrage nach Eizellen zurückgehen lassen könnten.

Annika König

Mein Name ist Annika König, ich leite ein Projekt zur Leihmutterchaft an der FU [Freie Universität] und habe in der letzten Zeit relativ viel mit Leihmüttern zu tun gehabt. Was mir aufgefallen ist in den ganzen Diskussionen heute auf dieser ethischen Ebene, dass die Art des Schutzes von Frauen ziemlich sexualisiert ist. Zum Beispiel wird bei Schönheitsoperationen – ein Eingriff in den Körper einer Frau, der nicht notwendig ist – vielleicht ein bisschen diskutiert, aber niemals so feurig wie bei den Reproduktionstechnologien.

Ähnlich ist es zum Beispiel in Bezug auf Indien. In den Medien wird viel darüber gesprochen, wie diese Frauen ausgenutzt werden; man sieht die Schlafsäle usw. Aber was ist mit den Frauen, die in den Textilfabriken arbeiten, die vielleicht viel stärkeren gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt werden? Das wird kurz diskutiert und ist schnell wieder weg.

Was ich interessant finde und was man sich überlegen sollte, ist: Wie ist es mit dieser Sexua-

lisierung und wie ist es mit der Art und Weise, wie über die Selbstbestimmung dieser Frauen entschieden wird, wenn man die anderen Bereiche, die nichts mit Fortpflanzung und Reproduktion zu tun haben, einfach wegfallen lässt?

Frau N. N.

Es wurde hier oft das Wohl des Kindes erwähnt, was grundsätzlich richtig und wunderbar ist. Aber mir ist aufgefallen, dass oft von noch nicht existierenden Kindern gesprochen wird. Ich würde dafür plädieren, erst einmal über entstandenes Leben, Embryonen und Kinder zu sprechen, die alle ein Recht auf Schutz und Wohlergehen haben, ganz gleich, wie sie gezeugt wurden, die aber da sind. Ich finde es schwierig zu sagen: Naja, wenn wir weitere Möglichkeiten haben, wie wir noch mehr und anders Leben produzieren können, würden wir auch wieder Leben schützen, und deswegen ist das eigentlich noch besser. Es geht nicht nur darum, Leben zu produzieren und zu produzieren und zu produzieren, sondern das Leben, was da ist, zu schützen; natürlich hat jeder seinen Anknüpfungspunkt daran oder auch nicht. Aber das ist mir hier aufgefallen, zu sagen, naja, wenn das verboten ist, kann man nicht das Wohl des Kindes schützen. Nein, wer nicht da ist, den kann man nicht schützen. Aber die, die da sind, muss man schützen und das darf man nicht aus dem Auge verlieren.

Gerhard Steier

Gerhard Steier vom Bundesverband Lebensrecht. Mir liegt ein Aspekt am Herzen. Wir haben heute viel über die technischen Möglichkeiten gehört und über zwischenstaatliche Einreiseprobleme und dergleichen. Ich glaube, unser Verstand ist ein bisschen benebelt durch die Tatsache, dass wir auf verschiedene Weise neue Menschen machen können. Aber wir haben wenig

über tatsächlich ethische Fragen gesprochen, und der Aspekt, der heute Morgen anklang: Was ist eigentlich eine Familie? Was sind Mutter, Vater, Kind und diese Dinge?, das heißt, der Aspekt, dass ich als Kind ein leiblicher Abkömmling von meinen Eltern bin, geht mir bei den Punkten Leihmutterschaft, Eizellspende und auch Samenspende völlig verloren.

Ich habe ein großes Problem mit allen drei Möglichkeiten, denn ich finde, in einer modernen Gesellschaft bewegen wir uns zurück zu einem archaischen Zustand. Wenn ich ein Kind nicht zwischen zwei Menschen zeugen kann, bediene ich mich eines Dritten. Das ist immer fremdnützig und das hat schon bei Vater Abraham Probleme gemacht, wie wir wissen. Früher hat man es auf direktem Wege gemacht, und jetzt erscheint es uns auf einmal ethisch annehmbarer, weil es labortechnisch begleitet wird und nicht in irgendeinem Schlafzimmer oder Heuschaber stattfindet. Diese ethische Dimension kommt mir völlig zu kurz, und wenn ich nicht das falsche Geschlecht hätte, würde ich spätestens an dieser Stelle zum flammenden Feministen werden und sagen: Leihmutterschaft – allein die Begriffe Kindsbesteller und was wir heute alles gehört haben, lassen mich erschauern. Eine größere Ausbeutung von Frauen kann ich mir eigentlich nicht vorstellen.

Michael Wunder

Vielen Dank. Jetzt gebe ich die Schlussworte an unsere Referentinnen und fange – in umgekehrter Reihenfolge – mit Frau Rupp an.

Marina Rupp

Es ist ein Bruch, weil ich mich nicht auf Leihmutterschaft als solche beziehe. Ich möchte gern etwas zum Problem der Identität sagen. „Unsere“ Kinder sind so groß geworden, dass sich die Eltern sehr wohl damit auseinandergesetzt und

über diese spezielle Form von Elternschaft aufgeklärt haben, sobald das Kind entsprechend reif ist. Das ist relativ früh: Wenn die Kinder in den Kindergarten kommen, kommen solche Fragen. Das können sich heterosexuelle Paare schenken, weil sie nie vor die Frage gestellt werden, woher das Kind kommt. Von daher kann ich dazu nichts sagen.

Aber die Kinder verkraften es relativ gut und wir haben auch Äußerungen von Kindern in der Form: Ich bin etwas ganz Besonderes, man hat sich um mich besonders viel Mühe gegeben. Wenn man den Aspekt mitnimmt und berücksichtigt, dass es viele soziale Eltern in unterschiedlichen Familienformen gibt, die viel Verantwortung übernehmen, eine gute Beziehung aufbauen und eine hohe Bindung zu den Kindern entwickeln – wir wollen ja nicht auch alle Scheidungskinder madig machen –, kann man mit einem Stück Optimismus in spezielle Familienverhältnisse schauen.

Michael Wunder

Vielen Dank. Die Betonung liegt auf den speziellen Familienverhältnissen, denn wir wollten den Blick mit Ihnen, Frau Rupp, weiten, gerade auf die Parameter, die für das Kindeswohl entscheidend sind. Es war ein Einstieg in eine etwas andere Sichtweise, aber es hat an vielen Stellen sehr gut gepasst.

Sigrid Graumann

Ich möchte zu zwei Punkten etwas sagen. Zu Ihnen von der FU von dem Projekt. Ich glaube, dass beide Beispiele, die Sie genannt haben, am Punkt vorbeigehen. Sie nennen das Beispiel mit der Schönheitsoperation. Ich habe auch Zweifel, ob jede Schönheitsoperation einer jungen Frau wirklich selbstbestimmt ist. Trotzdem verbieten wir es nicht, sondern wollen eine vernünftige Aufklärung haben. Auch da funktioniert sie viel-

leicht nicht, aber das ist ein Eingriff, der in ihrem eigenen Interesse ist, während es bei einer Eizellspende primär um das Interesse des Kinderwunschaars geht. Das Eigeninteresse der Frau ist möglicherweise, die 600 oder 1.000 oder 1.500 Euro Aufwandsentschädigung zu bekommen.

Ihr zweites Beispiel mit den Textilarbeiterinnen, Sie haben, glaube ich, Bangladesch gemeint, aber egal, ob Indien oder Bangladesch – es ist ein Skandal, dass Menschen in armen Ländern für unsere Konsumbedürfnisse unter Arbeitsbedingungen arbeiten, die wir nie akzeptieren würden. Selbst wenn die Frau keine Sklavenarbeit macht, sondern einen Arbeitsvertrag – wenn sie einen hat – selbstbestimmt unterschrieben hat, ist das ein Ausbeutungsverhältnis, wo ich nicht sagen kann, das möchte ich auf die Leihmutterchaft übertragen. Das halte ich nicht für eine zulässige Argumentation.

Ein letzter Punkt zu dem, was Herr Griesinger und Herr Kentenich gesagt haben. Es stimmt, ich sehe das, soweit ich die Literatur überblicke (und ich überblicke sie lange nicht so gut wie Sie). Es gibt schonende Verfahren, Frauen in der IVF zu behandeln. Es gibt auch gute Beispiele, und wahrscheinlich – ich gestehe Ihnen das zu und ich bin überzeugt davon – beraten Sie Ihre Kinderwunschaare gut und bringen, wie Herr Kentenich gesagt hat, alles ins Spiel. Aber es geht nicht um eine Legalisierung für Ihre beiden Zentren und Sie versprechen, dass Sie das gut machen, sondern es geht darum, flächendeckend unter Umständen etwas für die ganze Bundesrepublik zu regulieren, und mir ist nicht bekannt, dass in der Bundesrepublik alle Kinderwunschpatientinnen nach optimalem Stand behandelt werden würden, auch heute nicht. Mir fehlt ehrlich gesagt die Fantasie, eine Regulierung zu er-

lassen, die tatsächlich so aussieht, wie Sie es skizziert haben und wie Sie es mit Sicherheit wünschen würden.

Michael Wunder

Jetzt habe ich viel Zustimmung auch von Ihnen aus dem Publikum für den letzten Satz gesehen; diese Schwierigkeiten liegen offensichtlich vor uns. Vielen Dank, Sigrid Graumann.

Ulrike Riedel

Ich kann mich dem nur anschließen. Wenn die Eizellspende zugelassen wird, wird die Nachfrage steigen. Es werden mehr Eizellen benötigt, und ich bin überzeugt, dass diese nach wie vor überwiegend aus dem Ausland kommen müssen, weil der Bedarf hier nicht gedeckt werden könnte. Im Moment sehe ich noch keine Lösung, wie man die Eizellspenderinnen aus dem Ausland, die aus materieller Not handeln und auf solche Einkommensquellen angewiesen sind, von hier aus rechtlich so schützen kann, dass sie gut behandelt werden. Das sehe ich nicht und damit habe ich Probleme.

Michael Wunder

Vielen herzlichen Dank an das Publikum für Ihre Beiträge. Der Dank gilt natürlich auch unseren drei Referentinnen, und ich bedanke mich bei der guten Begleitung mit den Argumentkarten, die Sie auch im Netz finden werden in der Komplettierung durch unsere Diskussion. Danke an die Firma Explorat, die dies organisiert und gemacht hat, und danke an alle Hintergrundkräfte.

Wenn Sie unsere Rückmeldebögen nach dieser Veranstaltung ausfüllen, wäre es schön, wenn Sie in diesem Forum etwas zu dieser Methodik sagen würden. Dann hätten wir eine Rückmeldung, ob wir das weiterverfolgen sollen oder nicht. Ich danke Ihnen herzlich. Sie haben jetzt

eine halbe Stunde Pause, dann werden die Foren insgesamt vorgestellt und die Politiker sollen unsere Probleme nicht lösen, aber diskutieren.

C – Zeitverschobene Elternschaft. Im Fokus: „Social Freezing“

Moderation: Eckhard Nagel · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Sie haben in der Einführung schon gehört, dass wir heute ein Experiment mit Ihnen machen, nämlich eine Vertiefung eines anderthalbstündigen Seminars mit einem speziellen Thema aus dem übergeordneten Thema, von dem wir heute Morgen berichtet haben, mit einer Detaildebatte zu den daraus sich ableitenden ethischen Fragestellungen. Wir wollen nachher aus den drei Gruppen im Hinblick auf die nachmittägliche Diskussion und die Frage nach Konsequenzen das zusammentragen, was wir aus drei Vorträgen, die wir hören, und der anschließenden Diskussion herausgearbeitet haben. Das soll eine intensivere Debatte und eine Einbeziehung nicht nur des Fachwissens, sondern auch Ihrer persönlichen Fragen und Meinungen ermöglichen.

Wir hören jetzt drei im Programm angekündigte Vorträge zum Thema „Zeitverschobene Elternschaft“. Wenn man den englischen Begriff *social freezing* dazu liest, schaudert es einen trotz der hohen Temperaturen ein wenig, weil man sich soziale Kälte im Kontext mit Elternschaft nicht primär vorstellt. Aber so ist dieser Begriff auch nicht in die Welt gekommen und nicht zu interpretieren, und deshalb darf ich als Ersten jemanden um seinen Vortrag bitten, der sich mit dem Thema Eizellspende und verschobene Elternschaft gut auskennt und in unserem Land auch ein entsprechendes Angebot an Frauen hat, nämlich Herrn Jörg Puchta. Sie haben über den Werdegang von Herrn Puchta einen kleinen Lebens-

lauf in Ihren Unterlagen, und insofern darf ich mich darauf beschränken, Sie zu bitten, einen Blick darauf zu werfen. Bei unserer Referentin Frau Dorn und unseren Referenten Herrn Puchta und Herrn Bernard ist es interessant, sich den Lebenslauf anzuschauen und zu sehen, was einen dazu führt, bestimmte Dinge im Leben zu unterstützen. In diesem Sinne freue ich mich, Herr Puchta, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind, und darf Sie um Ihren Vortrag bitten.

Jörg Puchta · Kinderwunschzentrum an der Oper, München: Zum Verfahren in der Praxis

(Folie 1)

Vielen Dank für die Einladung, guten Tag, meine Damen und Herren. Wir haben es heute länderübergreifend: Der Sprecher ist aus Bayern und wir haben hier Schweizer Kollegen, die ein Filmprojekt über Eizellspende, Social Freezing usw. machen. Das ist interessant, weil in der Schweiz im Moment eine große Diskussion zur Eizellspende läuft. Die Schweiz ist dabei, es zu legalisieren, und uns in dem Punkt wahrscheinlich etwas voraus.

Ich knüpfe an die Kälte an, weil es heute so schön warm ist: *Time to chill – put you fertility on ice!* Das ist ein Titel, wie Sie ihn wahrscheinlich nicht erwarten; medizinische Vorträge klingen anders, ihr Titel ist meist ernster. Das ist bewusst gewählt. Es klingt lifestylich, es soll auch so klingen, denn es geht um nicht weniger als um den Lifestyle einer neuen Generation von Frauen, die sich mit dieser fantastischen Technik, die sehr effizient funktioniert und einfach anzuwenden ist (wie Sie später sehen werden), ihre Leichtigkeit zurückerobert und das Ticken der biologischen Uhr einfach abschalten. Ich beschreibe das jetzt einmal so pointiert.

Ich möchte starten mit einem kurzen Filmsegment aus *Mona Lisa* vom letzten Jahr. Das ist hier das Schlüsselbild, der Schlüsselreiz für Sie.

[männliche Stimme 1] „Das ist eine Versicherung, dass sie eine Frau ist, eine typische Frau, die Sie hier gesehen haben, Frauen, die sehr, in den wirklich komplizierten Berufen tätig sind, die wirklich wichtige Stellen, junge Frauen, die eine wichtige Stelle haben, nicht bereit sind, sofort an ihre biologische Uhr zu denken.“

[männliche Stimme 2] „Die Antibabypille war die erste große Revolution in der Selbstbestimmung der Frau, Frau konnte entscheiden, wann wird sie schwanger, wann nicht? Social Freezing ist für mich ein bisschen die Antwort darauf, weil die erste Revolution hat dazu geführt, dass Frauen immer länger warten, bis sie schwanger werden, und Social Freezing versetzt sie in die Möglichkeit, ihre Fruchtbarkeit einfach zu erhalten.“

[männliche Stimme 1] „Das ist eine Versicherung, dass sie eine Frau ist, eine typische ...“

Das haben wir verstanden, das war Professor Carl Djerassi. Ich habe diesen Ausschnitt bewusst gewählt; ich finde es schön, dass er dieses Interview gegeben hat. Professor Carl Djerassi ist der Erfinder der Antibabypille, eine der großen Revolutionen in der Selbstbestimmung der Frau, und der andere war ein Münchener Reproduktionsmediziner; er hat versucht Ihnen zu erklären, was die Antibabypille mit Social Freezing zu tun haben könnte.

(Folie 3)

Fruchtbarkeit bewahren, das ist das Thema. Fruchtbarkeit ist extrem kostbar und kurzlebig, auch wenn wir heute Morgen von Professor Griesinger gehört haben, dass Frauen zwischen 30 und 40 noch ganz gut schwanger werden können. Aber um sie geht es gar nicht, das zeige ich Ihnen gleich. Fruchtbarkeit ist extrem kostbar, und an unseren Fortpflanzungsorganen oder Zellen nagt der Zahn der Zeit in besonderer Weise.

Ich habe Ihnen etwas mitgebracht, um das einmal zu demonstrieren. Das sind zwei Eizellen, die eine ist 25 Jahre jung, die andere 40 Jahre.

Ich bin sicher, wenn ich Sie abstimmen ließe, würden Sie alle die richtige Eizelle finden. Wie Sie vermuten, ist die obere Eizelle die einer 20-jährigen Frau; Sie sehen, dass das Bild sehr asymmetrisch, aufgeräumt und homogen ist. Ich möchte nicht in die Details gehen, was das Bild alles zeigt.

Das untere Bild ist eine 40-jährige Eizelle; sie ist wesentlich weniger aufgeräumt und inhomogener. Sie sieht ein bisschen wie ein Trümmerfeld aus, das heißt, man erkennt *the ravages of time*, den Zahn der Zeit. Bedenken Sie: Zwischen beiden Eizellen liegen 15 Jahre. Das ist nicht viel, das ist eine verdammt kurze Zeit. Und in den 15 Jahren rinnt diese symbolische Fruchtbarkeitsuhr unerbittlich.

(Folie 4)

Unerbittlich ist auch der Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeit und Abortrisiko, also Fehlbildungsrisiko. Das ist ein reziprok-inverser Zusammenhang. Das klingt kompliziert, aber Sie werden es sofort verstehen: Das ist das Gesetz der Schere. Rot ist die Wahrscheinlichkeit, einen Abort oder eine Fehlbildung zu erleiden; das steigt mit dem Alter dramatisch an. Grau ist die Fruchtbarkeit einer Frau. Sie sehen, dass sich beide Kurven bei etwa 40 treffen, und dann passiert etwas Dramatisches: Dann haben Sie die Schere, und die geht auseinander. Das ist das, worüber wir aufklären müssen, wenn wir mit Frauen über Social Freezing sprechen.

(Folie 5)

Eine andere Schere, die extrem auseinandergeht, ist die Schere der Demografie; darüber hat Herr Griesinger heute Morgen schon berichtet.

Ich zeige Ihnen kurz die Zahlen und möchte betonen, dass ich es genauso sehe: Das hier, dieser von den Medien uns als so dramatisch verkaufte Dammbreach – das heißt, die Frauen haben beim

Erstgebärendenalter die Dreißig überschritten – interessiert uns Reproduktionsmediziner nicht, weil diese Zahlen nicht dramatisch sind. Dramatisch sind andere Zahlen, und da müssen Sie in die Details gucken. Ich habe Ihnen hier aufgelistet, was wirklich hinter den Zahlen steckt.

Wenn Sie unten schauen, die orangen Balken, das sind die jungen Frauen zwischen 15 und 25. Wir müssen nur durch die Straßen gehen: Wir wissen, dass sie weniger geworden sind, sie schieben nicht mehr so oft die Kinderwägen.

Bei den Frauen zwischen 26 und 35 sehen Sie deutlich: Das ist gleich geblieben, da ist nichts passiert. Da hat es kleine interne Verschiebungen gegeben, aber ansonsten spielt das keine Rolle.

Der blaue Bereich oben, die blauen Balken, das ist das Interessante. Da hat es eine dramatische Zunahme gegeben, und das würde ich als den eigentlichen Trend bezeichnen und als die eigentliche Herausforderung für die Reproduktionsmedizin der Zukunft. Das ist der Megatrend: schwanger mit 40 plus. Ich zeige Ihnen das anhand der Zahlen. Die Zahlen haben sich vervierfacht, das heißt, wir sind jetzt in einer Situation, wo fast 5 Prozent aller Frauen, die ein Kind bekommen, über 40 sind.

(Folie 6)

Der *Spiegel* hat es auch vor Kurzem erkannt und dazu eine Titelgeschichte gemacht. Das ist ein Lifestyle-Trend, wenn Sie mich fragen, und er wird transportiert von Prominenten. Das ist nur eine Auswahl. Ich will keiner dieser Damen zu nahe treten. Diese Prominenten, die alle mit 40 plus – Gianna Nannina ist mit ihren 54 Jahren natürlich die Ikone – schwanger werden, verändern etwas in unserer Gesellschaft. Sie machen die Schwangerschaft oder die Mutterschaft jenseits schick. Gehen Sie einmal in sich. Wir alle haben noch vor 10 Jahren das verstaubte Bild der

alten Mutter in uns gehabt: Wenn eine Frau über 40 war, hat sich das irgendwie komisch angefühlt. Das hat sich komplett geändert und es wird sich weiter ändern.

(Folie 7)

Ich möchte wie gesagt den Damen nicht zu nahe treten. Ich kann Ihnen als Reproduktionsmediziner versichern: Die wenigsten sind auf natürlichem Weg schwanger geworden und die wenigsten mit einer normalen künstlichen Befruchtung. Viele dieser Damen haben sich eines anderen Trends bedient, nämlich der Eizellspende.

Die Eizellspende ist leider verboten in Deutschland. Sie ist eine extrem gute und effiziente Technik, um Frauen in dieser Altersgruppe zu helfen, und ich als praktizierender Reproduktionsmediziner sage Ihnen: Wir brauchen sie dringend. Für mich und wahrscheinlich auch für Sie gehört es zu den Skurrilitäten der Emanzipation, dass wir die Samenspende durchführen dürfen und die Eizellspende ins Gefängnis führt. Das ist absurd. Es gibt nichts, was mehr gegen den Gleichheitsgrundsatz von Mann und Frau verstößt, als diese gespaltene Betrachtungsweise.

In den USA ist sie weit verbreitet. Die Amerikaner sind sehr aggressiv in der Anwendung der Eizellspende, weil sie effizient ist, weil sie super Schwangerschaftsraten liefert und weil die Amerikaner unter großem wirtschaftlichem Druck stehen, das heißt, sie müssen Frauen, wenn sie sie behandeln, extrem schnell schwanger bekommen. Viele Frauen in den USA bekommen bereits Ende, Mitte 30 eine Eizellspende. 2010 lag das Durchschnittsalter der Eizellspenderin in den USA bei 28 Jahren, und die Frauen, die die Eizellspende bekamen, also die Empfängerinnen, waren durchschnittlich 41 Jahre alt. Das ist verdammt jung.

(Folie 8)

Noch einmal zusammenfassend die Fruchtbarkeitsampel: Der blaue Bereich ist der Bereich der jungen Mädchen. Zwischen 18 und 30 Jahren sprechen wir von optimaler Fruchtbarkeit (das sind natürlich nur Näherungswerte). Von 30 bis Ende 30 sprechen wir von abnehmender Fruchtbarkeit, mit großen individuellen Unterschieden. Aber wir müssen daran erinnern und konstatieren, dass sich ab 37 der Abfall, wie Sie sehen, deutlich beschleunigt. Das muss man beachten. Wir Reproduktionsmediziner wissen, dass es ein Unterschied ist, ob eine Frau mit 35 zu uns kommt und eine IVF möchte oder mit 38.

Ab 40 sprechen wir vom beginnenden Ende der Fruchtbarkeit. Auch das ist ein weites Feld, da gibt es große Unterschiede. Aber wenn eine Frau dieses Alters zu uns kommt – und das sind immer mehr –, bleibt uns häufig nur noch die Fremdeizellspende.

(Folie 9)

Es sei denn, sie war heute hier, hat sich mit Social Freezing beschäftigt und vielleicht sogar ihre Eizellen einfrieren lassen. Dann könnten wir das tun, was Ihnen wahrscheinlich im Moment wie Science Fiction anmutet: Wir können diese Eizellen auf eine Zeitreise schicken und sie in die Zukunft holen, und dann würde die Frau eine Eigeneizellspende in Anspruch nehmen. Das heißt wir würden ihre eingefrorenen jungen frischen Eizellen von damals befruchten und sie ihr zurückgeben, und sie hätte dieselbe gute Schwangerschaftsrate wie in ihrer Jugend und dieselbe niedrige Fehlbildungsrate. Das ist eine Win-win-Situation. Wenn das relativ viele Frauen machen würden, könnten wir damit irgendwann die Fremdeizellspende überflüssig machen.

Ich weiß, vieles klingt wie Science Fiction. So funktioniert das natürlich nicht, wir können

Menschen nicht einfrieren, wir können Alter nicht einfrieren, das wird nie funktionieren. Aber es ist extrem faszinierend, und das ist das Neue und Aufwühlende an dieser neuen Technik: Wir können das Duplikat eines Menschen, seine Keimzellen, unglaublich gut und effizient einfrieren und wahrscheinlich für Jahrzehnte, möglicherweise sogar Jahrhunderte unbeschadet lagern, um sie dann wieder aufzuwärmen.

(Folie 10)

Das Ganze funktioniert tatsächlich so einfach wie das Einfrieren von Erdbeeren. Ich habe die Erdbeere deshalb benutzt, weil sie plastisch zeigt, was mit der alten Technik passiert ist. Die Erdbeere ist wie die Eizelle: Sie ist genauso schön, sie ist knackig, sie ist frisch, sie hat einen extrem hohen Wassergehalt, und das einzige Problem ist: Wenn wir die Erdbeere einfrieren, ist sie nicht mehr ganz so schön; dann hat sie so Auflagerungen, das sind Eiskristalle. Das ist ein Eiskristall unter dem Mikroskop. Es ist ein unglaublich schönes Gebilde, aber tödlich, weil der Eiskristall die Zellen zerstört. Mit der alten Technologie – sie hieß übrigens Slow Freezing; das klingt sehr sanft, ist aber das Gegenteil – sind die Eizellen zum großen Teil zerstört worden.

Die neue Technik verhindert das: Wir wärmen diese Zellen auf und sie sind genauso gut und frisch wie die Erdbeeren oben im Bild.

(Folie 11)

Eine allgemeine Frage kurz angerissen, aber sehr interessant: Schadet Einfrieren überhaupt? Man kann sich bei der ganzen Diskussion überlegen: Was passiert mit diesen Kindern, gibt es Langzeitschäden usw.? Wir haben viele Daten dazu und erstaunliche neue Daten aus Skandinavien, Registerdaten. Die Skandinavier haben einen sehr guten Follow-up, besser als wir. Diese Daten zeigen uns, dass es Kindern, die eingefroren

waren, besser geht. Sie haben ein höheres Geburtsgewicht und sind fitter bei der Geburt. Den Frauen, die jetzt quasi in der IVF-Behandlung sind, geht es ebenfalls besser. Das sind Daten, die in verschiedenen Fachjournalen veröffentlicht worden sind. Sie führen zu einem neuen Trend der Reproduktionsmedizin. Viele Zentren sagen mittlerweile: Wir frieren erst einmal alles ein und geben die Zellen erst später zurück. Der Trend heißt: *Freeze all, transfer later!*

(Folie 12)

Ich zeige Ihnen kurz, was passiert, wenn Sie jetzt zu uns nach München zum Beispiel kämen und würden sich beraten lassen. Dann würden wir Ihnen Blut abnehmen. Warum? Weil wir mit Ihnen reden wollen und weil wir Ihnen erklären wollen, wie Ihre persönliche Erfolgswahrscheinlichkeit sind.

Nach 30 Minuten etwa liegen die Ergebnisse vor. Wir besprechen mit Ihnen das Ergebnis und sagen Ihnen, wie die Erfolgswahrscheinlichkeit für eine solche Behandlung ist. Wenn Sie zu alt sind oder wenn Ihre Eizellen, die Reserve erschöpft ist, würden wir Ihnen abraten, die Behandlung durchführen zu lassen. Wenn Sie sich dann dazu entschließen, passiert Folgendes: Es gibt eine Mikroinjektion am ersten Zyklustag; die setzen Sie sich und damit ist die ganze Behandlung schon am Laufen. Mehr müssen Sie nicht tun.

Eine Woche später würden wir Sie bitten, zu uns zum Ultraschall zu kommen. Wir würden uns das Ergebnis ansehen, und wenige Tage später entnehmen wir die Eizellen in einer kurzen Schlafnarkose mit einer dünnen Nadel. Das ist minimalinvasiv; da passiert so gut wie gar nichts. Es gibt sehr wenig Nebenwirkungen. Die Frauen merken davon nichts. Wenn sie wieder aufwachen, merken sie auch nicht, dass ihnen

Eizellen entnommen wurden. Das ist eine häufige Frage, die mir gestellt wird: Merke ich, dass mir Eizellen entnommen wurden? Nein, das merken Sie nicht.

(Folie 13, 14)

Zum Schluss habe ich eine Bitte, und zwar an Nena. Sie ist wahrscheinlich heute nicht hier, aber Nena, solltest du mal wieder Lust auf einen neuen Song haben, hätte ich den Titel: „Neue Kinder braucht das Land“. Neue Männer haben wir bereits, und ich denke, wir sollten alles tun, damit die für seinen unerbittlichen Optimismus bekannten Prophezeiungen eines deutschen Nachrichtenmagazins nicht wahr werden, nämlich diese [Folie: „Der letzte Deutsche. Auf dem Weg zur Greisen-Republik“] Vielen Dank.

Fragen aus dem Publikum

Eckhard Nagel

Wir haben jetzt eine kurze Möglichkeit, konkrete Nachfragen zu dem, was gerade gesagt worden ist, zu stellen.

Frau N. N. [ohne Mikro]

Ich habe eine Frage. Wie wahrscheinlich ist es, dass Frauen [...] bei normalen [...]

Jörg Puchta

Wir haben große Daten. Wir klären kritisch auf; Sie können gern einmal zu uns kommen. Wir haben große Daten aus Spanien, die viel Erfahrung damit haben. Wir wissen mittlerweile, dass die mit dieser Methode eingefrorenen Eizellen nach dem Aufwärmen wie frisch sind. Das heißt, die Erfolgswahrscheinlichkeit der Methode hängt einzig und allein vom Einfrieralter ab: Wann war die Frau da und in welchem Alter hat sie die Zellen eingefroren? Wenn sie das mit ungefähr 30 tut, ist es eine optimale Situation. Dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit

diesen Zellen später schwanger werden kann, extrem hoch. – Habe ich die Frage nicht beantwortet? Dann bitte ich um Entschuldigung, dann habe ich Sie vielleicht auch falsch verstanden.

Frau N. N. [ohne Mikro]

Wie hoch ist [...] Geburtenrate [...]

Jörg Puchta

Die Geburtenrate ist exakt wie bei der IVF.

Frau N. N. [ohne Mikro]

[...]

Jörg Puchta

Nein, nein, wenn Sie es besser wissen [lacht], dann sprechen Sie doch weiter.

Frau N. N. [ohne Mikro]

Es geht darum, dass [...]

Jörg Puchta

Aber das ist nicht der Punkt – Entschuldigung, ich glaube, Sie haben mich falsch verstanden. Das ist nicht der Punkt, um den es geht. Es geht um eine neue Technologie, die es ermöglicht, seine Fruchtbarkeit abzusichern, wenn man es wünscht oder zu brauchen meint. Abzusichern wohlgemerkt – die meisten Frauen, die diese Eizellen einfrieren, werden es sicherlich nie brauchen. Dass eine Frau zwischen 20 und 25 eine optimale Fruchtbarkeit hat, ist klar, und dass wir Reproduktionsmediziner uns wünschen, dass die meisten Frauen zwischen 20 und 25 Jahren schwanger werden, ist auch klar. Aber wir haben keine gesellschaftliche Situation, und es gibt viele Gründe, warum das nicht so ist. Das heißt, Sie können Frauen heute gar nicht mehr dazu bringen, dass sie zwischen 20 und 25 schwanger werden.

Eckhard Nagel

Jetzt kommen wir hier in die Diskussion, das wollten wir nicht, wir wollten nur eine konkrete Sachfrage. Die Frage war: Gibt es unterschiedliche prozentuale Zahlen bei der Geburtenrate zwischen der klassischen IVF und dem Social Freezing, oder gibt es die nicht?

Jörg Puchta

Nein, also ...

Eckhard Nagel

Dann haben wir das erst einmal.

Frau N. N. [ohne Mikro]

[...]

Jörg Puchta

Ja, es ist schade, dass es nicht übernommen wird; vielleicht ändert sich das irgendwann. Ungefähr 2.000 Euro pro Zyklus.

Eckhard Nagel

Vielen Dank, alles andere nehmen wir später auf und werden es noch intensiv diskutieren. Bitte? – 2.000 Euro, das ist die Antwort. – [durcheinander]

Jörg Puchta

Die Entnahme und die Kühlkonservierung. Ja.

Eckhard Nagel

Dann danken wir Herrn Puchta. Alles Weitere werden wir gleich im gemeinsamen Gespräch diskutieren.

Es klang im Vortrag von Herrn Puchta an, dass eine solche Behandlung bzw. auch eine innere Vorbereitung auf eine solche Behandlung nicht trivial ist, und auch nicht später die In-vitro-Fertilisation und das Austragen des Kindes. Insofern freuen wir uns jetzt auf den Vortrag von Frau Dorn, die uns insbesondere diesen Aspekt –

nämlich was macht das eigentlich mit Frauen und Eltern? – intensiver darstellen wird.

Almut Dorn · Praxis für gynäkologische Psychosomatik, Hamburg: Zu den Folgen für die Betroffenen

(Folie 1)

Vielen Dank. Ich soll etwas zu den Folgen für die Betroffenen sagen, und ich sage Ihnen ganz ehrlich: Wir kennen sie noch nicht. Aber wir können ein bisschen spekulieren, denn es ist ein junges Angebot, was gemacht wird. Es gibt im Ausland und im anderen Zusammenhang schon Erfahrungen damit, aber wir haben für dieses Einsatzgebiet noch keine Erfahrungen.

(Folie 2)

Social Freezing gehört zur wunscherfüllenden Medizin, zum Lifestyle, und soll idealerweise zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr stattfinden, vielleicht bis zum 35. Lebensjahr, wenn wir es ausweiten. Im Moment ist es die Realität, dass es in dieser Zeit prophylaktisch angewendet werden soll, wenn es hinterher zum Erfolg führen soll, aber das ist eine Zeit, in der die Frauen noch nicht betroffen sind. Es wäre rein prophylaktisch. Sie haben vielleicht die Sorge, dass sie später von etwas betroffen sind, aber zu dem Zeitpunkt sind sie nicht betroffen.

Im Moment sind die Frauen, die nach Social Freezing fragen und die sich überhaupt mit dem Thema beschäftigen, in Deutschland im Durchschnitt 38 Jahre alt. Meiner Meinung nach sind sie zu diesem Zeitpunkt bereits Betroffene; deswegen hab ich dieses Wort „Betroffene“ so stehen gelassen.

Man kann diskutieren: Ist das für Betroffene oder nicht? Die Frauen, die heute kommen, die zum Beispiel bei mir in der psychotherapeutischen Praxis sitzen und nachfragen, ob ich von dem Verfahren schon gehört habe und ob sie

das anwenden sollen, sind ungefähr zwischen 36 und 40.

Es gibt noch nicht viele Umfragen, ob Frauen das wirklich nutzen. Mich würden Zahlen interessieren, wie viele das bei Ihnen schon angewandt haben. Interessant in den Umfragen ist: Wenn man die jungen Frauen über das Verfahren aufklärt, sagen viele: Ja, theoretisch kann ich mir das später vorstellen. Manche sagen: Aber erst ab 30 kümmere ich mich darum; vielleicht hat sich das bis dahin auch schon erledigt.

(Folie 3)

In Belgien gibt es Zahlen aus einem großen Zentrum, die das einmal erfasst haben. Seit 2009 haben sie 140 Frauen, die mindestens einen Zyklus zur Eizellgewinnung im Rahmen des Social Freezings vorgenommen haben. Sie waren im Durchschnitt 37 Jahre alt und nur eine Frau seit 2009 hat diese Eizellen verwendet (die sie mit 39, also nicht im idealen Zeitraum, hat kryokonservieren lassen), ohne erfolgreiche Schwangerschaft.

(Folie 4)

Professor Nawroth aus Hamburg hat mir Zahlen überlassen. Sie haben erhoben, wie es 2013 bei ihnen im Zentrum war. Sie haben 35 Frauen zum Social Freezing beraten. Ganz spannend: Die meisten Gespräche wurden von der Patientin initiiert. Hier sagten die meisten, dass der Grund, warum sie danach fragen, der fehlende Partner ist, nicht die Karriere (wie es häufig genannt wird). Dazu muss man bedenken, dass sie schon in einem Alter sind, wo sie eventuell die Karriere schon gemacht haben. Ich fand es spannend, dass sie im Durchschnitt schon 35 Jahre alt waren.

(Folie 5)

Ich habe gesagt, dass es ein Zeitpunkt ist, wo die Frauen schon betroffen sind. Wir wissen heute sehr viel (und das ist auch gut) über die Folgen

von unerfülltem Kinderwunsch und von den Belastungen von Reproduktionsmedizin. Ich habe das hier schlagwortartig aufgeführt. Wir wissen viel über die emotionalen Reaktionen, die damit verbunden sind, Depressionen, Verunsicherung, Erschütterung des Selbstbewusstseins, Veränderung der sozialen Interaktion, dass sie sich von anderen Schwangeren, Familien mit kleinen Babys und Kindern zurückziehen. Wir wissen von Veränderungen der Paarbeziehung, was in jede Richtung gehen kann, positiv wie negativ, und Einfluss auf das Sexualleben.

(Folie 6)

Weil das bekannt ist, gibt es den Trend, das verhindern zu wollen und die Mutterschaft auf Eis zu legen. Dieses Bild ist anscheinend zu faszinierend, als dass man es nicht verwenden kann. Wir haben uns nicht abgesprochen, aber ich habe eben darüber nachgedacht, warum wir es verwenden. Es hat natürlich was, weil es zeigt, dass es nicht nur um Eizellen geht, sondern dass hier auch Wünsche auf Eis gelegt werden. Die Mutterschaft wird hinausgezögert, auf Eis gelegt, und wir wissen aus vielen Beratungen, dass häufig die Frauen sagen: „Ich habe schon lange einen Kinderwunsch, aber mein Partner will noch nicht, ich muss noch warten.“ Das ist nicht in jedem Fall so, aber es ist ein Aspekt, den man mit berücksichtigen muss.

(Folie 7)

Vielleicht haben Sie gelesen (es ist erst vier Wochen her), dass der *Spiegel* dieses Thema gebracht hat. Das ist eine Angst, die im Zusammenhang mit Social Freezing geäußert wird, dass die Frauen immer älter werden, dass wir zu viele alte Eltern haben, und da noch einmal hinzuschauen, wenn wir über Folgen nachdenken: Was wissen wir über alte oder ältere Mütter?

(Folie 8)

Vorteile von Müttern über 40 Jahre. Eine gute Übersichtsarbeit hat gezeigt, dass die Kinder weniger Krankenhauseinweisungen haben, weniger Unfallverletzungen, eine bessere Sprachentwicklung und weniger soziale und emotionale Probleme. Das muss man mal darstellen dürfen.

Die Eltern haben eine größere Beziehungsstabilität, es wurden bessere Eltern-Kind-Interaktionen beobachtet und sie haben in der Regel eine bessere finanzielle Situation.

(Folie 9)

[Jacky] Boivin, eine Wissenschaftlerin, die in dem Bereich eine große Forschungsstudie durchgeführt hat, hat herausgefunden, dass sich die Vorteile, die für Kinder im Alter von 1 bis 2 Jahren genannt werden, hinterher wieder angleichen. Bei Kindern von 4 bis 11 Jahren gibt es keinen Unterschied, ob die Eltern älter oder jünger sind (verglichen mit Eltern unter 31 und über 38 Jahren).

Späte Elternschaft – sie haben eine bessere Ausbildung, ein höheres Einkommen, die Frauen stillen häufiger (das fand ich interessant, das Ergebnis kannte ich noch nicht). Sie haben aber auch weniger Herzlichkeit in der Beziehung festgestellt, wobei sie sagen, das ist nicht unbedingt auf die spätere Elternschaft zurückzuführen, sondern vielleicht auch auf die länger bestehende Partnerschaft. Mehr depressive Symptome bei beiden [Lachen] – das war eine Erklärung, nicht meine Idee, aber auch mehr Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen. Da müssen wir schon auch hinschauen und auch darüber aufklären.

(Folie 10)

Hier war eine Auflistung auch aus dieser Übersichtsarbeit mit Zahlen von Müttern über 40 versus jüngeren Frauen, und Sie sehen, es gibt also

hohe Risiken zu Bluthochdruck, Pläeklampsie, Gestationsdiabetes deutlich höher, die Sectiorate ist über 90 Prozent, versus 25. Dann gibt es noch ein paar Zahlen, die keine Vergleichszahlen hatten, das finde ich immer ein bisschen schwierig zu interpretieren, und die wurden auch noch weiter als Komplikation, die häufiger auftreten, bei Frauen über 40 und noch mal gesteigert ab 45 auftreten.

(Folie 11)

Es ist wichtig, das im Blick zu behalten und dafür zu sorgen, dass, wenn Frauen so etwas in Anspruch nehmen, die Enttäuschung nicht vorprogrammiert ist. Denn die kann kommen, wenn es ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, dass ich später jederzeit ganz einfach schwanger werden kann. Die Frage ist: Wird das Handeln danach ausgerichtet? Schauen ich dann vielleicht nicht so intensiv nach Familiengründung, Partnerschaft usw., weil ich es aufschieben kann? Wir wissen noch nicht, was das mit uns macht. Vielleicht hat Herr Bernard nachher ein paar Ideen, was das mit uns gesellschaftlich macht.

Eine 100-prozentige Baby-take-home-Rate gibt es nicht. Das muss klar sein. Welche Konsequenzen das eventuell auch für die Partnerschaft hat, wenn man sich vorstellt, eine Frau lernt einen Mann kennen und sagt, sie hat noch eingefrorene Eizellen aus dem 21. Lebensjahr, wie der Partner dazu steht oder wie er zur Reproduktionsmedizin steht, womit er vielleicht an der Stelle nicht gerechnet hat – das sind alles spannende Fragen, die wir uns anschauen sollten.

(Folie 12)

Im Zusammenhang mit der Erneuerung des Fortpflanzungsmedizingesetzes wurde unsere Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung [BKID] gefragt, Statements zu verschie-

densten Punkten abzugeben, die dazugehören, unter anderem zu Social Freezing.

(Folie 13)

In der Gesellschaft gibt es keinen konsensfähigen Beschluss, ob das zulässig sein soll oder nicht. Ich glaube, dass es nicht unbedingt um die Zulässigkeit geht, denn das Verfahren gibt es und das dürfen Frauen auch nutzen; das ist zumindest meine Einstellung. Aber es wird eine Altersbeschränkung gefordert, um die gesundheitlichen Risiken nicht weiter nach oben zu treiben. Man kann man sich darüber unterhalten, ob das die Frauen nach entsprechender Aufklärung nicht auch selbst entscheiden können.

Es soll keine Kassenleistung sein, weil es zur Lifestyle-Medizin gehört, und natürlich wird eine umfassende Aufklärung gefordert, möglichst unabhängig von der Behandlung, um die Autonomie zu gewährleisten, dass die Frauen wirklich wissen, was sie dort machen, welche Chancen es bietet und vor allem welche Risiken.

(Folie 14)

Auch das Netzwerk FertiPROTEKT hat eine Stellungnahme zu dem Thema herausgegeben.

(Folie 15)

Dabei hat es sich mehr auf die medizinischen Rahmenbedingungen fokussiert, aber auch die individuelle Beratung über die realistischen Erfolgchancen herausgestellt, die Vermeidung von Überstimulationsrisiken (Sie haben es eben dargestellt, dass das inzwischen sehr minimiert ist) und den Transfer bis zum 50. Lebensjahr.

(Folie 16)

Schließen möchte ich mit einem Satz von Michael von Wolff:

„Letztlich sind nur zwei Dinge sicher: Der sicherste Weg zu einem eigenen Kind ist eine Schwangerschaft mit unter 35 Jahren und einer der unsichersten ist ein ‚Social freezing‘ mit über 35 Jahren.“

Vielen Dank.

Eckhard Nagel

Liebe Frau Dorn, Ihre Ausführungen waren klar und nachvollziehbar. Da Sie auf den folgenden Referenten schon hingewiesen haben, sollten wir ihn jetzt bitten, seinen Vortrag anzuschließen. Nachdem wir nun die Perspektive für die Frauen und die Kinder – soweit wir das überhaupt schon beurteilen können – gesehen haben oder Gedanken dazu gehört haben, ist angeklungen: Was macht das mit unserer Gesellschaft? Insofern darf ich Herrn Bernard, der sich schon viele Jahre mit dem Thema auseinandergesetzt hat, bitten, zu berichten, was wir darüber wissen.

Andreas Bernard · Leuphana-Universität Lüneburg: Zu den Auswirkungen auf die Gesellschaft

Meine Damen und Herren, ich werde zu den Auswirkungen auf die Gesellschaft in Bezug auf zeitverschobene Elternschaft sprechen. Ich muss den Bogen des Vortrags wieder leicht öffnen auf alle Formen der zeitverschobenen Elternschaft: IVF im Allgemeinen, Eizellspende, im Besonderen aber Social Freezing.

In der öffentlichen Wahrnehmung der Fortpflanzungsmedizin gibt es eine historische Zäsur. Nachdem Louise Brown, das erste durch künstliche Befruchtung gezeugte Kind, 1978 zur Welt kam, wurden erbitterte Debatten über die Legitimität des Verfahrens geführt. Die beherrschende Frage lautete, welche Gefahren dieser Akt für das Kind, die Beziehung der Eltern zueinander und das Menschenbild einer Gesellschaft heraufbeschwöre. Doch diese Sorge um den bedrohten Kern des Humanen hat sich spätestens im Laufe der 1990er-Jahre weitgehend aufgelöst. Seither spielt der Aspekt der Künstlichkeit im Umgang mit den Reproduktionstechnologien kaum noch eine Rolle. An seine Stelle ist ein neues Leitmo-

tiv der öffentlichen Debatte getreten, das lange Zeit völlig untergeordnet war: die individuelle Last der Unfruchtbarkeit. Aus dem gefürchteten Retortenbaby ist das herbeigesehnte Wunschkind der infertilen Paare geworden.

Doch was bedeutet es für die assistierte Empfängnis, dass sie im kollektiven Bewusstsein nicht mehr als übermächtige, bedrohliche Prozedur erscheint, sondern als reine Hilfsmaßnahme zur Behebung von Kinderlosigkeit? Mit dieser Umstellung ist in den Neunzigerjahren ein neues Diktat der Fruchtbarkeit verbunden. In dem Maße, in dem Krankheiten wie Azoospermie oder Eileiterblockaden als weitgehend bezwingbare, vom Willen und der Disziplin der Patienten abhängige Erkrankungen angesehen werden, löst sich die jahrtausendealte medizinische Tatsache der Sterilität auf. Die vollständige Akzeptanz der In-vitro-Fertilisation hat zu der allgemeinen Anschauung geführt, dass beinahe jedes heterosexuelle Paar ein leibliches Kind bekommen kann, solange es nur alles dafür tut und den Angeboten der Reproduktionstechnologien gewissenhaft folgt. Fruchtbarkeit gilt, wenn sie nicht ohnehin problemlos gegeben ist, als Effekt persönlicher Einsatzbereitschaft und Wahl.

Die Schreckensvisionen Aldous Huxleys, nach 1978 viele Jahre lang das prägende Vorbild der Kritik assistierter Empfängnis, spielen heute keine Rolle mehr. Im Zukunftsstaat der „schönen neuen Welt“, die Huxley beschrieben hat, wurde die fabrikmäßige Entstehungsweise der Menschen noch zwangsläufig mit einer totalitären politischen Instanz zusammengedacht. Wo Kinder in Gläsern und unabhängig vom Liebesakt gezeugt werden, kann sich – so Huxleys Grundannahme – keine freie, auf Selbstbestimmung gründende Gesellschaft entwickeln. Die Reaktionen auf die ersten IVF-Geburten folgten dieser

wie selbstverständlichen Kopplung von künstlicher Empfängnis und sozialer Nivellierung.

Doch die weitere Geschichte der assistierten Reproduktionstechnologien bis zum Social Freezing von heute hat gezeigt, dass Huxley und seine Gefährten falschlagen. Seit etwa zwanzig Jahren ist genau die entgegengesetzte Entwicklung eingetreten. Die Zeugungsweise der Embryonen hat sich zwar auf eine Weise standardisiert, wie sie Huxley vorausgesehen hat, aber diese Standardisierung geschieht nicht auf Anweisung einer despotischen Regierung, sondern in aller Freiwilligkeit und im Namen des biografischen Schicksals unfruchtbarer Frauen und Paare.

Man muss sich nur in einem Online-Diskussionsforum wie zum Beispiel wunschkind.net umsehen, um einen Eindruck zu bekommen, welchen Stellenwert die Beiträgerinnen und vereinzelt männlichen Beiträger dem Erfolg der IVF- und ICSI [intrazytoplasmatische Spermieninjektion]-Behandlungen für ihr Lebensglück beimessen. Das Leiden an der Kinderlosigkeit ist so alt wie die Menschheit, zweifellos. Aber seitdem die Reproduktionsmedizin den sterilen Paaren Hilfe zugesagt hat, ist es unmöglich geworden, dieses Verhängnis hinzunehmen. Die mehr als 100.000 registrierten Mitglieder tauschen sich über ihre Hormontherapien, Eizellpunktionen und Embryotransfers aus, auch über Social Freezing inzwischen, und die in ihren Profilnamen anklingenden Sehnsüchte nach einem eigenen Kind scheinen oft genug den Fluchtpunkt der gesamten Existenz zu bilden. Es hat sich in diesen Foren eine eigene, für Außenstehende kaum zu verstehende Sprache gebildet, zum Teil aus Fachkürzeln für Medikamente und Behandlungen zusammengesetzt, zum Teil aus szeneüblichen Verniedlichungsformeln. Der Kinder-

wunsch wird „Kiwu“, der punktierte Follikel „Folli“, die hormonelle Stimulation „Stimu“ genannt, und manchmal hat man beim Lesen der von Abkürzungen und Emoticons durchzogenen Beiträge das Gefühl, dass das bange Warten aufs eigene Baby mit dem Gebrauch einer betont kindlichen Sprache ausgeglichen werden soll.

Die Kurierung des „Kinderwunsches“, dieses kaum zwanzig Jahre alten, vom Siegeszug der Reproduktionsmedizin hervorgebrachten Symptoms, ist für manche zu einer Obsession geworden, und vielleicht hat die gegenwärtige Lage doch mehr mit Huxleys Dystopie zu tun, als im ersten Moment gedacht. Die schöne neue Welt der Fortpflanzung besteht achtzig Jahre nach Erscheinen des Romans allerdings nicht darin, dass eine staatliche Autorität mit ihren biopolitischen Programmen die Menschen unterdrücken würde. Unfreiheit und Zwang sind vielmehr Folgen jenes selbstgewählten Diktats, dass Fruchtbarkeit willkürlich herstellbar ist.

Die Macht des Willens und die Gegebenheiten des Körpers – zwischen diesen beiden Polen bewegen sich die Hoffnungen und Enttäuschungen der Menschen, die heute durch assistierte Empfängnis schwanger werden wollen. Das Vertrauen in die transformierende Kraft der eigenen Einsatzbereitschaft hat sich in jüngster Vergangenheit bekanntlich erhöht. In den Castingshows künftiger Popstars und Topmodels erfahren die Fernsehzuschauer seit fünfzehn Jahren unentwegt, dass man nur an sich glauben und hart an sich arbeiten müsse, um seine Ziele zu erreichen. Diese Rhetorik setzt sich im Berufsleben fort, in den Seminaren der Coachs und Motivationsberater. Denn wenn eine Frau Mitte/Ende dreißig feststellt, dass sie trotz monate- und jahrelanger Versuche nicht schwanger wird, findet sie eine Reproduktionsindustrie vor, die das Versprechen

der Selbstoptimierung auch auf den fortpflanzungsfähigen Körper anwendet. Familienplanung wird im Modus der Karriereplanung vorgenommen; das Kind ist ein weiteres biografisches Projekt, und es ist für die Betroffenen nicht einsehbar, warum eine simple physiologische Beeinträchtigung dieses Projekt behindern sollte.

Wenn sich Mutterschaft also dank den gesellschaftlichen und medizinischen Errungenschaften der letzten vierzig Jahre verändert hat – von der leiblichen Tatsache eines auf Familienbildung ausgerichteten Lebens hin zur technologisch unterstützten Option selbstbestimmter Frauen und Männer –, dann verdeutlicht eine Erscheinung diesen Wandel auf besondere Weise: die neue Technologie der Vitrifikation und des Social Freezing.

Es sind noch zu wenige Befruchtungen und Schwangerschaften nach Gebrauch von vitrifizierten Eizellen entstanden, um vorauszusagen, ob dieses Verfahren einmal umfassend angewendet werden kann. Über die Rate der nach dem Auftauprozess brauchbaren Eizellen kursieren unterschiedliche Berechnungen. Viele erfahrene Reproduktionsmediziner, die ich in meinen jahrelangen Recherchen gesprochen habe, sind der Überzeugung, dass das Versprechen des Social Freezing noch nicht auf einer seriösen reproduktionsmedizinischen Grundlage steht, weil sämtliche Zahlen, die man hat, nur für die kurze Dauer der Eizellspende gelten, nicht aber für die jahrzehntelange Dauer einer eingefrorenen Eizelle einer Frau, die selbst damit ein Kind bekommen will.

Sollte sich das Verfahren aber etablieren, würde es sowohl die Praxis der Fortpflanzungstechnologien als auch das Verhältnis der Geschlechter zueinander grundlegend verändern. Die natürliche Ordnung der Fruchtbarkeit beim Menschen

ist höchst ungerecht verteilt, wie wir wissen: Während der Mann bis ins höchste Alter Nachkommen zeugen kann, endet die weibliche Fortpflanzungsfähigkeit gewöhnlich im fünften Lebensjahrzehnt. Diese Grenze stellt den Lebensplan vieler Frauen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf die Probe und hat die Reproduktionsmediziner von jeher mit Klientinnen versorgt. Die vielzitierte biologische Uhr, die auch heute schon zur Sprache kam, würde aber ihr Ticken einstellen, sobald eine Frau ihre Eizellen einfrieren und zu beliebiger Zeit für eine Schwangerschaft verwenden könnte. Ihre Fruchtbarkeit ließe sich wie die des Mannes praktisch endlos aufschieben, denn weibliche Fertilität wird allein durch die endliche Verfügbarkeit von Eizellen limitiert (übrigens eine Erkenntnis, die erst 1990 von Gynäkologen in Los Angeles gemacht worden ist).

Von den apokalyptischen Ängsten, die mit der künstlichen Befruchtung lange Jahre verbunden waren, bleibt in dieser Konstellation nichts mehr übrig. Die assistierten Reproduktionstechnologien, könnte man sagen, haben sich im 21. Jahrhundert in eine Dienstleistung zur Herstellung privaten Lebensglücks verwandelt. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Fragen und Diskussion

Eckhard Nagel

Vielen Dank, Herr Bernard, für Ihren Vortrag. Die Bandbreite dessen, worüber wir jetzt diskutieren wollen, ist prägnant abgesteckt; insofern darf ich Sie um Ihre Fragen bitten. Wir haben eine Strukturierung von Themenfeldern versucht, um die Zielrichtung in die große Gruppe geben zu können. Insofern sollten wir vielleicht am Anfang Fragen zu dem Thema stellen, was angeklungen ist: die Wünsche, Rechte und Möglichkeiten der Eltern wie auch das Wohl der Frauen.

Es wurde in den verschiedenen Vorträgen unterschiedlich angesprochen. Wenn Sie also Ihre Fragen zuerst auf diese Punkte konzentrieren, hilft es uns, die Diskussion nachher besser weiterzugeben.

Frau N. N.

Ich frage, ob ich das auf das Thema ausweiten kann, wie man das später seinem Kind erklären soll, denn die Eltern, die sich auf diese komplizierte Methode ein Kind machen lassen, wollen ja glückliche Kinder haben, und ich gehe davon aus – nach dem, was wir heute gehört haben –, dass diese Eizellen genetisch gescannt worden sind, also gematcht oder wie immer man das nennt. Mit anderen Worten: Mami und Papi machen alles, um ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen. Es kann aber immer etwas passieren; ein Kind kann eine Depression oder eine psychische Erkrankung bekommen. Hat es eigentlich schon erfahren, dass es aus der Gefriertruhe kommt? Wie läuft das mit der Aufklärung? Wann klärt eine Mutter ihr Kind darüber auf, auf welchem Wege es auf die Welt gekommen ist?

Bei uns lief die Aufklärung so, dass ich irgendwann angefangen habe, zwanzig Bücher aus der Bücherei zu dem Thema zu holen, meinen Kindern hingelegt und geguckt habe: Wer liest sich welche Bücher durch, wer stellt Fragen usw. Da war mit Sicherheit kein Buch dabei, das eine Reproklarin erklärt hätte. Da wäre schon einmal Bedarf an Kinderbüchern gegeben.

Eckhard Nagel

Danke für diese Frage. Darf ich noch um Ihren Namen bitten? Das wäre gut fürs Protokoll.

Frau N. N.

Ich möchte nicht gern in die Kamera, das habe ich vergessen zu sagen. Mein Name ist [...]

Eckhard Nagel

Gut, dann haben wir die Frage aufgenommen.

Frau N. N.

Meine Schwester arbeitet in der Kinderpsychiatrie in der Schweiz und erzählt mir ständig irgendwelche Geschichten. Wenn ich als Kind irgendwann erfahren hätte, dass ich aus der Gefriertruhe komme und das und das getan worden wäre, ich bin auch einmal psychisch krank gewesen, dann hätte ich mir überlegt: Woher habe ich eigentlich die psychische Erkrankung gehabt? Ist es gewesen, weil ich eingefroren worden bin, weil da einer nicht richtig ...

Eckhard Nagel

Ihre Frage ist bei uns angekommen, vielen Dank. Ich darf Herrn Bernard bitten, zu beginnen und die Antwort zu geben.

Andreas Bernard

Das ist ein wichtiger Punkt, den Sie ansprechen. Man hat viele Erfahrungen mit dieser Frage in Bezug auf die Samenspende: die Frage, wann sagt man einem Kind, dass es durch die Samenspende eines Dritten erzeugt worden ist, wie es auf die Welt gekommen ist? Es hat sich erfahrungsgemäß die Regel durchgesetzt, dass es für ein Kind und die eigene Identität und Existenz gut ist, wenn es diese Aufklärung relativ früh von den Eltern erfährt. Man sagt, wenn ein Kind zwischen 6 und 10 oder 6 und 12 Jahren diese Aufklärung bekommt, ergeben sich keine besonderen Identitätsschäden dadurch.

Es gibt ein tolles Buch von einem französischen Autor, der ein Spenderkind ist. Er hat gesagt, dass er hat ein Problem mit seinem eigenen Alter hat. Denn er überlegt sich: Er ist jetzt 25, aber er weiß nicht, wie alt die Samenprobe war, die vielleicht jahrelang eingefroren im Labor war. Ich glaube, dieses Problem wird auch bei Social

Freezing aufkommen, denn wenn zum Beispiel eine Frau mit 53 oder 48 ein Kind bekommt mit ihren Eizellen, die entnommen worden waren, als sie 20 war, wird das Kind, falls es von seiner Entstehungsweise erfährt, sich denken: Bin ich eigentlich 10 oder 40 Jahre alt?

Deswegen ist es gut, was Sie ansprechen. Darüber gibt es eine große Aufklärungsindustrie. In den USA gibt es mindestens 100 bis 150 Bilderbücher und Kinderbücher, die genau das tun, was Sie bisher für unmöglich gehalten haben. Es gibt einen irrsinnigen Markt für Aufklärungsbücher, Bilderbücher für Kinder, die so entstanden sind.

Almut Dorn

Es gibt in Deutschland ein Buch von Petra Thorn, das darüber erklärt. Ich kann Ihnen gern nachher den Hinweis dazu geben. Das ist ein Aufklärungsbuch für Kinder im Kindergartenalter, die auf besondere Weise entstanden sind.

Heike Blümel

Mein Name ist Heike Blümel vom Gemeinsamen Bundesausschuss. In der Richtlinie, die wir zur künstlichen Befruchtung haben, ist vorgesehen, dass eine umfassende Aufklärung zu den Fehlbildungsrisiken bei IVF und ICSI erfolgt. Wenn Sie die Eizellen entnehmen, ist das noch nicht relevant (vielleicht doch). Relevant wird es dann, wenn die eigentliche Reproduktionsmaßnahme laufen soll. Klären Sie wann zu diesen Risiken auf und wie?

Jörg Puchta

Vermutlich war die Frage an mich gerichtet. Es ist selbstverständlich: Diese Aufklärung wird zu jedem Gespräch – es fängt damit an, dass eine Frau aufgeklärt wird, wenn sie sich mit der Methode beschäftigt. Da kann ich Ihnen versichern: Die meisten Frauen, die zu uns kommen, sind

schon extrem gut aufgeklärt. Wir staunen teilweise.

Es geht erst einmal grundsätzlich darum, zu verstehen, wie überhaupt das Fehlbildungsrisiko entsteht. Das Fehlbildungsrisiko entsteht primär durch den Alterungsprozess. Wir wissen, dass eine 40- oder 45-jährige Frau für bestimmte genetische Erkrankungen ein 100-fach höheres Risiko hat als eine 20-Jährige. Das ist ein Hintergrundrisiko, das wir altersbedingt haben, und darüber müssen wir primär aufklären. Das bedeutet, wenn eine Frau mit 35 ihre Eizellen einfrieren lässt (weil sie es möchte oder braucht, wie auch immer), müssen wir darüber aufklären, dass diese Eizellen schon ein deutlich erhöhtes Aneuploidie-Risiko aufweisen.

Das setzt sich fort. Wenn diese Eizellen irgendwann befruchtet werden, kommt noch das Fehlbildungsrisiko durch die Spermien dazu, denn auch bei uns Männern wird das Fehlbildungsrisiko höher, je älter wir werden; wir sind auch nicht so fruchtbar bis ans Ende unserer Tage, wie wir glauben. Wir verlieren jährlich ein Prozent unserer mutilen Spermien; das ist viel. Es kommt also noch etwas vonseiten des Mannes dazu. Wenn der Mann jung ist, ist es weniger, aber insgesamt bleibt ein Hintergrundrisiko aufgrund des Alters.

Eckhard Nagel

Frau Dorn, zur Frage der Aufklärung?

Almut Dorn

Wir wissen aus vielen Berichten von Betroffenen, hauptsächlich aus der Fremdsamenspende, dass es, wenn sie spät aufgeklärt werden, häufig zu einer Lebenskrise führt. Manchmal wird es so dargestellt, als würde die Lebenskrise dadurch entstehen, dass derjenige durch Samenspende entstanden ist. Aber die Lebenskrise entsteht aus

etwas anderem, nämlich nicht aufgeklärt worden zu sein. Das Gefühl: Meine Eltern haben mich belogen, das ist die Lebenskrise und nicht die Art der Entstehung.

Ich glaube, dass häufig die Angst, dem Kind das mitzuteilen, immer noch dafür steht, dass man selbst nicht zu dieser Methode steht. Ich erlebe Eltern, die hinter der Methode stehen, die sie wählen, weil sie gut aufgeklärt sind, weil sie sagen: Ich habe ein Recht darauf, so meine Familie zu gründen, die es auch entsprechend dem Kind weitervermitteln können, und das macht überhaupt keinen Schaden.

Kerstin von der Hude

Ich möchte etwas zum Thema Beratung betroffener Eltern ergänzen. Mein Name ist Kerstin von der Hude, ich arbeite im Perinatalzentrum in der psychosozialen Beratung von Eltern, die ein frühgeborenes Kind erwarten und bekommen haben. Wir begleiten diese Familien. Wenn ich die Zahlen richtig in Erinnerung habe, ist das Risiko, ein frühgeborenes Kind auf die Welt zu bringen, mindestens um 30 Prozent erhöht. Diese Familien landen bei uns, und viele Eltern erzählen: Ja, wir sind in der Kinderwunschsprechstunde informiert worden, aber wirklich beraten und aufgeklärt worden, was es bedeutet, den Weg in ein Perinatalzentrum, in eine Frühgeborenenstation zu gehen, was es für die Eltern-Kind-Bindung bedeutet und für den weiterführenden Prozess, so ein Kind zu erleben und großzuziehen, darüber wissen die Eltern in der Regel relativ wenig. Und das beklagen diese Eltern sehr oft: Wenn wir das gewusst hätten – wir wissen nicht, ob wir uns dafür entschieden hätten. Das wollte ich dazu einfach ergänzen.

Almut Dorn

Neulich war ein Kinderarzt bei mir, der in der Neonatologie arbeitet, und sagte, er schämt sich

so, weil er mit seinen Kollegen immer über die Reproduktionsmediziner gelästert hat, dass die ihm diese ganzen Frühchen beschere, aber jetzt hat er selbst Kinderwunsch, der nur durch künstliche Befruchtung erfüllt werden kann. Er kennt alle Risiken und würde alles dafür tun. Ich glaube, dass es nicht stimmt, was die Eltern dort sagen, dass sie es dann nicht getan hätten. Ich glaube, dass sie in der Aufklärung viel ausblenden, weil der Kinderwunsch stärker ist. Frauen haben schon immer große Risiken auf sich genommen, um Kinder zu bekommen.

Herr von Siemens

Es ist hochinteressant, wie das hier dargestellt wird: eine Welt, die noch nicht da ist, aber schon von Herrn Puchta kommerziell mit Bravour verkauft wird, wo ich nichts an Fragen gesehen habe. Das hat mich am meisten schockiert bei Ihrer Darstellung, dass Sie das hier als: Lasst uns mal einen Porsche kaufen, darstellen, mit Ihrem Bild des wunderschönen Schlosses in München. Ich komme auch aus München, meine Name ist von Siemens. Das hat mich schon ein bisschen schockiert. Gerade diese Selbstverständlichkeit, mit der hier keine Probleme dargestellt werden, nicht ein Ansatz von Problemen. Der kam wohl von den anderen Beiträgen, aber nicht von Ihnen, der Sie der Einzige sind, der mit diesen jungen Frauen zu tun hat. Da muss ich Ihnen echt sagen: Das ist ein schlechtes Verkaufen einer technischen Möglichkeit, ohne dass Fragen gestellt werden.

Jörg Puchta

Ich finde es extrem schwierig, dieses klassische Argument: Mediziner, die diese neue Technik anbieten, in die Ecke der Luxusmedizin zu bringen. Der Geldmacher – das ist alt, das kennen wir Reproduktionsmediziner, das ist etwas, was Reproduktionsmediziner über die Jahrzehnte immer wieder erfahren haben; auch die Repro-

duktionsmedizin wurde immer wieder in den Bereich des großen Geldes gebracht. Für mich ist es ein schwaches Argument, denn zum einen ist es nicht das große Geld, wie Sie versuchen darzustellen, sondern wir bieten Behandlungen an, die sich im selben Preissegment bewegen wie eine normale künstliche Befruchtung. Es ist falsch, zu behaupten, das sei Luxusmedizin und das große Geschäft.

Zum anderen weiß ich nicht, was der Ort eines Zentrums mit der Technologie, die dort gemacht wird, zu tun hat. Nur sich weil ein Zentrum in einer schönen oder exklusiven Lage befindet, ist es deswegen noch kein Zentrum, das rein monetär agiert. Ich finde das sehr schwierig, aber ich respektiere Ihren Standpunkt.

Ich kann Ihnen nur sagen, das ist mit Sicherheit nicht so und wir verkaufen den Frauen nichts, wie Sie es versucht haben darzustellen, sondern die Frauen kommen zu uns, sind extrem selbstbestimmt, gut informiert und interessieren sich für diese Technik, und einige dieser Frauen sind der Ansicht, dass es für sie richtig und wichtig ist, es in Anspruch zu nehmen. Ich finde es diskriminierend diesen Frauen gegenüber, es so darzustellen, als ob sie Opfer von geldgierigen Reproduktionsmedizinern wären.

Andreas Bernard

Man muss sich ansehen, wie jung das Verfahren des Social Freezing ist. Als ich 2007 angefangen habe, für mein Buch zu recherchieren, war es im Grunde eine Methode, die es nicht gab. Das heißt, vor sieben Jahren hat man angefangen, unbefruchtete Eizellen einzufrieren, was lange Zeit als unmöglich galt. Jetzt macht man es acht Jahre lang, und welche Zahlen hat man? Man hat Zahlen von Frauen, die mit sehr schnell wieder aufgetauten Eizellen schwanger geworden sind, meistens im Modus der Eizellspende. Man muss

im Kopf behalten, dass es eine Methode ist, die mit einer langfristigen Dauer arbeitet. Wir haben es ja gehört: Frauen sollen vielleicht im Alter von 20 oder 25 kommen und mit 48 schwanger werden, also ein Vierteljahrhundert später.

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht finde ich das Verhältnis von Rationalität und Prophetie extrem interessant. Wir haben es hier mit der top-rationalen ultramodernen Sphäre der Reproduktionsmedizin zu tun, aber auf der anderen Seite kehren beinahe religiöse, prophetische Kategorien wieder, in dem Sinne, dass man sagt: Jetzt friere ich etwas ein; das Leben, das Präsente wird zum Latenten, zum Vorrätigen, und in 25 Jahren schauen wir, was passiert. Ich finde es aus einer wissenschaftstheoretischen Position hochinteressant, dass das Leben als das Anwesende, Eigentliche an sich zu einer Wette auf die Zukunft in Eis gelegt wird.

Eckhard Nagel

Herr Puchta, vielleicht darf ich eine Frage ergänzen, nämlich die Frage der Prophetie, die Frage von Herrn von Siemens im Hinblick auf die Fragen, die Sie stellen. Ist das, was Sie heute darstellen, nicht eine sozialmedizinisch-soziokulturelle Herausforderung, mit der Sie antreten, und keine wirklich medizinische? Das ist der Aspekt, wo Medizin etwas zur Begleitung und Weiterentwicklung unserer Gesellschaft beizutragen hat. Verlassen Sie nicht den Boden des klassischen medizinischen Handelns?

Jörg Puchta

Sicher irgendwo, nur muss man sich in dem Kontext historisch positionieren und überlegen, was zu den Zeiten war, als die IVF erfunden wurde. Herr Edwards, der Erfinder der IVF, ist damals angefeindet worden; es gab unglaubliche Kampagnen gegen ihn. Wenn er sich davon in irgendeiner Art und Weise damals hätte beein-

flussen lassen, hätten wir heute noch keine einzige IVF gemacht auf dieser Welt. Es ist immer so, dass neue Technologien Angst erzeugen.

Die Frage, ob Social Freezing gebraucht wird, ob es wirklich notwendig ist, ist eine berechtigte Frage. Ich als praktizierender Mediziner, der Frauen berät und behandelt, die zu uns ins Zentrum (und in viele anderen Zentren kommen) kommen, tue mich sehr schwer damit, zu sagen: Eigentlich brauchst du das ja nicht. Wenn die Frauen aber der Ansicht sind, ich habe im Moment nicht den richtigen Mann und möchte es einfach in irgendeiner Form absichern, weiß ich nicht, ob wir das Recht haben zu sagen: Du darfst es nicht, zumal diese Frauen bereit sind, dafür selbst zu bezahlen. Es ist ja nicht so, dass die Gesellschaft davon in irgendeiner Form belastet wird. Ich finde, das ist das Recht dieser Frauen.

Kurz zum Thema, dass wir keine Erfahrungen mit vitrifizierten Eizellen hätten: Prinzipiell haben Sie recht, aber ich sehe es etwas anders. Wir haben Erfahrungen mit Eizellen überwiegend aus Spanien, wo diese Eizellen über mehrere Jahre in den Eizellbanken vitrifiziert waren. Das heißt, es geht nicht darum, dass diese Eizellen zwei, drei Wochen eingefroren waren, sondern das geht über mehrere Jahre. Alle Daten, die wir aus Spanien haben – ich kann Ihnen die gerne geben –, sind so, dass die Schwangerschaftsraten exakt wie mit frischen Eizellen sind. Das wissen wir mittlerweile.

Ich glaube, wir reden nicht über einen Zeitraum von 25, 30 Jahren; das ist zu sehr Science Fiction, das ist zu utopisch. Für die meisten Frauen geht es um höchstens 10 Jahre, wo sie es abgesichert haben möchten, und danach erübrigt sich die Sache und die meisten Frauen werden sagen:

Ich brauche es jetzt nicht, und damit war es das. Das war eine Absicherung.

Frau Althoff

Althoff, Berlin, Beraterin. Das Szenario, das Sie mit jungen Frauen auf tun, hat für mich etwas Mechanistisches: Da gibt es junge Frauen, die möchten etwas und machen etwas, und in 20 oder 25 Jahren wird es eingesetzt. Es gibt aber auch eine soziale Entwicklung. Frauen bleiben nicht bei 20 oder 25 Jahren stehen, sondern werden 40, werden 50. Sie sind in einem anderen Lebensalter. Auch der Körper macht etwas mit ihnen. Nehmen Sie das in den Blick oder ist das gar nicht da?

Jörg Puchta

Total. Natürlich ist das in meinem Blick.

Frau Althoff

Aber wie?

Jörg Puchta

Ich muss jetzt einmal sagen: Herr von Siemens hat mich kritisiert dafür, dass ich einen Pro-Vortrag gehalten habe. Es war mein Auftrag, einen Pro-Vortrag zu halten.

Andreas Bernard

Ich möchte auch gern etwas dazu sagen, weil man mit dieser Frage den ethischen Kern der Probleme um die Reproduktionsmedizin versteht. Seit es die Reproduktionsmedizin gibt, ist die Schwelle zwischen der Dinglichkeit der Zellen und der Menschlichkeit der Lebewesen klar geworden. Der Reproduktionsmediziner hantiert mit Gameten, mit Zellen, die für ihn Dinge sind. Wenn man mit den Reproduktionsmedizinern oder Samenbankbetreibern spricht, sagen die das auch. Sie sagen: Ich mache Sachen im Reagenzglas oder im Labor, und was dann passiert, ist außerhalb meines Gesichtskreises. Genau darin

besteht die Problematik, dass die Leute, die Leben außerhalb des Körpers zeugen, diese Abstraktion vor sich haben, dass sie mit Dingen hantieren und dass daraus Lebewesen entstehen.

Bevor es die Zelltheorie gab, also bis vor 150 Jahren, haben die Zeugungstheorien diese Abstraktion nicht gesehen. Da war das werdende Leben immer schon menschlich, vom allerfrühesten Stadium an. Erst seit diese Schwelle entstanden ist, kommt es zu diesen Problemen, dass Leute, die Leben zeugen, nicht das Gefühl haben, Leben zu zeugen, sondern mit Dingen zu spielen.

Almut Dorn

Ich hatte eben in meinem Vortrag schon eine Frage gestellt: Welche Frauen kommen im Moment? Wir haben darüber noch nicht viele Daten, welche Frauen es wirklich in Anspruch nehmen und wie alt sie im Durchschnitt sind.

Jörg Puchta

Im Gegensatz zu Ihren Zahlen – ich glaube, Sie haben 38 angegeben im Durchschnitt – sehen wir in München eher die 30-Jährigen; das ist bei uns der Durchschnitt. Wir sehen diese Altersgruppe ganz wenig. Wir haben sogar in der letzten Zeit einige gesehen zwischen 25 und 30, aber der Durchschnitt liegt um die 30, plus minus zwei Jahre.

Andreas Schüring

Mein Name ist Schüring, Universitätsklinikum Münster. Ich bin der Leiter eines universitären Kinderwunschzentrums und möchte, obwohl ich vielleicht nicht ganz objektiv auf die Situation blicke, eine Lanze für die oft an den Rand der Gesellschaft gestellten Reproduktionsmediziner brechen. Selbstverständlich wurde die Dinglichkeit der Keimzellen oder das rein Technische, vielleicht auch das Monetäre besprochen. Wir

verstehen uns als Ärzte, die nicht nur Lifestyle-Medizin betreiben, sondern diesen für viele Paare wichtigen Kinderwunsch erfüllen oder zumindest Chancen dafür bieten. Dazu gehört, dass man diese Aufgabe nicht nur technisch und medizinisch gut erfüllt, sondern die Paare auch fürsorglich und zugewandt betreut und berät. Denn wenn man die Aufgabe richtig erfüllt, ist das keine rein biologische oder rein medizinische Aufgabe, sondern wir helfen den Paaren in einer sehr schwierigen Lebenssituation, mit der Situation besser klarzukommen. Im Idealfall haben sie Erfolg und bekommen ein Kind. Aber es wird immer darüber gesprochen, dass nicht alle Wünsche erfüllt werden können. Die Chancen werden eingeordnet.

Herr Puchta und ich, wir kennen uns, wir betreiben etwas unterschiedliche Zentren, aber er hat halt einen Pro-Vortrag gehalten und ist begeistert von der Idee, Frauen diese noch jungen Möglichkeiten zu bieten. Es ist klar, dass wir nicht wissen, wie so etwas ausgeht. Aber rein biologisch gedacht: Warum soll eine Eizelle nicht in der Gefriertruhe lange überleben können und eine gute Qualität haben? Das sehe ich recht positiv. Solche Dinge muss man angehen, sonst werden wir das Problem nie lösen können.

Es ist klar, dass noch keine Studien gebracht werden können. Auch hier: Wichtig ist die differenzierte Beratung und das differenzierte Herangehen an so eine Sache; das gehört immer dazu. Auch als Social-Freezing-Spezialist ist man weiter Mediziner und nicht nur Kaufmann oder Merkantilist, so wie es auch Plastische Chirurgen gibt. Das ist keine enge medizinische Indikation, aber trotzdem müssen sie vernünftige medizinische Arbeit betreiben – keine Komplikationen, schöne Ergebnisse, zufriedene Patienten – und

erkennen, wer einen psychologisch übertriebenen Wunsch nach perfekter Brust hat.

Das ist auch beim Kinderwunsch so: Wir stoppen Paare, wenn wir sehen, das klappt nicht. Eine psychologische Beratung gehört dazu. Das ist ein komplexes Thema. Die Mehrzahl der Reproduktionsmediziner hat Gutes im Sinn, sag ich mal und breche eine Lanze.

Ein Vorschlag an den Ethikrat: für differenzierte Vorträge ruhig die Fachgesellschaften vorher mit einbeziehen, dass man noch überlegen kann, vielleicht macht man Pro- und Kontra-Vorträge, dann ist das Bild für die Öffentlichkeit (ich sage jetzt nicht Laien) viel besser, denn auch der Ethikrat entscheidet ja über wichtige Dinge; der politische Einfluss ist sehr groß. Wir haben den Eindruck, immer wenn wir den *Spiegel* oder die *Zeit* aufschlagen: Reproduktionsmedizin wird immer in einem negativen Licht gesehen. Das wollte ich Ihnen gern einmal ans Herz legen, vielen Dank für die Gelegenheit.

Stephanie Bernstein

Mein Name ist Stephanie Bernstein aus Göttingen. Ich habe keine Frage, sondern möchte an den Vorredner anknüpfen. Hier sind viele Begriffe gefallen wie Lifestyle, dramatisch, drastisch. Ich glaube, dass es gerade beim Social Freezing die Tendenz gibt, diese Technik entweder zu verteufeln oder zu hypen, worunter die objektive Begutachtung dieser Technik etwas leidet oder verloren geht. Wie mein Vorredner gesagt hat: Die Technik hat sicherlich Risiken (die hier nicht gut dargestellt worden sind), aber sie ist erfolgreich und funktioniert. Diejenigen, die sich dafür interessieren, muss man objektiv gut beraten, und zu einer objektiven Beratung gehört auch, eine geringe Wahrscheinlichkeit zu nennen, zum Beispiel 10 Prozent einer Babytake-home-Rate. Es gibt sicherlich Frauen, die

bereit sind, das in Kauf zu nehmen, wie hier auch schon angeklungen ist.

Man muss unterscheiden: Was ist eine selbstdefinierte gute Information und was ist eine objektive, gut informierte Person? Wenn man sagen kann, dass die Frauen extrem selbstbewusst oder selbstbestimmt sind, hat das seine Berechtigung. Die Frauen möchten es. Sie kommen ja nicht, weil sie gezwungen oder von der Technik verleitet werden, sondern sie wollen eine objektive Information, und das ist das Relevante, dass es eine objektive und umfassende Information darüber gibt. Ich glaube, dass es verlässliche Zahlen geben muss, die deutschlandweit oder international vergleichbar sind, und dass man durch diesen Dschungel genaue Zahlen bekommt, an denen man gut ablesen kann, wie so eine Technik funktioniert.

Wolfgang Huber

Mich beschäftigt die Frage, wie man das, was jetzt dargestellt worden ist, überhaupt mit ethischen Überlegungen vermitteln will. Das hat zwei Seiten. Die eine: Bedeutet die Chancen der Reproduktionsmedizin darzustellen, auch empathisch darzustellen, sowohl mit den Paaren, die einen Kinderwunsch haben, als auch empathisch mit den Reproduktionsmedizinerinnen, die dazu beitragen wollen, dass dieser Wunsch sich erfüllt? Dies hielte ich für eine bessere Ausdrucksweise als den Ausdruck, dass *Sie* diesen Wunsch erfüllen. Ist es notwendig, dass man die kritischen Fragen ausblendet, wenn man das empathisch darstellt? Kann es wirklich sein, dass dies Ihr Auftrag ist, wenn Sie eine Rede für die Chancen der Reproduktionsmedizin halten? Das beschäftigt mich, weil ich gelernt habe, dass es ethisch verantwortliches Reden und Handeln ohne selbstkritische Fragen nur schwer geben kann,

und eigentlich sind Sie die überzeugendste Person dafür, selbstkritische Fragen zu stellen.

Noch etwas tiefer geht die zweite Frage, die ich habe. Wenn Ihre Aussage stimmt, dass im reproduktionsmedizinischen Zusammenhang eine befruchtete Eizelle nicht als ein beginnendes Lebewesen, sondern als ein Ding verstanden wird, wie soll dann der ethische Konflikt, den wir damit haben, überbrückt werden? Denn es ist nicht nur eine Aussage des Embryonenschutzgesetzes, sondern auch eine tief verwurzelte ethische Überzeugung, unabhängig davon, wie wir die Frage nach dem moralischen Status des Embryos beantworten, unabhängig davon, dass wir es mit dem Beginn des menschlichen Lebens zu tun haben und nicht bloß mit einem Ding.

Jörg Puchta

Vielleicht sollte ich als Reproduktionsmediziner darauf antworten, der täglich mit diesen angeblichen Dingen zu tun hat. Ich kann Ihnen versichern: Wir empfinden das überhaupt nicht als ein Ding. Wir gehen jeden Tag mit großer Demut und großem Respekt mit diesen Zellen um, die wir dort erleben und sehen. Ich empfinde es völlig anders in meiner täglichen Praxis.

Ihre Frage mit der Empathie und mit der Selbstkritik habe ich nicht ganz verstanden. Ich habe einen Pro-Vortrag gehalten. Das bedeutet aber nicht, dass ich nicht in der Lage bin, die kritischen Seiten einer Methode oder Technik zu sehen. Das ist für mich selbstverständlich. Aber für mich war der Auftrag, zu zeigen, was für Chancen in dieser Methode liegen. Das Thema Empathie spielt eine große Rolle in unserer täglichen Praxis, das kann ich Ihnen versichern. Ansonsten wäre es unmöglich, diese komplexen und psychologisch extrem belastenden Behandlungen erfolgreich durchzuführen.

Andreas Bernard

Was Ihre erste Frage betrifft: Ich glaube, wenn die Perspektive oder der Standpunkt der Reproduktionsmediziner so dargestellt wird wie von dem Redner vor zwei, drei Wortbeiträgen, dann tut man sich schwer, dagegen Einwände zu haben. Genau so sollte es sein. Eine Irritation entsteht ja erst, wenn das Markt- und das Verkaufsargument so im Vordergrund stehen, wie wir es heute gehört haben.

Es ist nur so, dass alle Reproduktionsmediziner immer alle sagen, dass am Anfang der Kinderwunsch steht und sie selber nur auf den Kinderwunsch reagieren. Ich glaube nicht, dass das so ist, was man historisch gut zeigen kann, denn das Wort „Kinderwunsch“ gab es vor 1980 noch nicht. Wenn es dann heißt: Sie bekam Kinderwunsch, klingt diese Formulierung wie: Sie bekam Masern. Das ist wie ein Krankheitssymptom, und das ist neu. Und dieses Symptom hat schon die Reproduktionsmedizin in die Menschen gepflanzt. Dafür muss man sich ein Bewusstsein erhalten.

Die zweite, komplexere Frage: Ich glaube, es ist schwierig, so wie man es früher in der Schule, Grundkurs Ethik, 12. Klasse gelernt hat: Wann beginnt das Leben?, und dann gibt es verschiedene Lehren dazu. Wenn man sich ansieht, was zum Beispiel in Großbritannien in der Stammzellforschung erlaubt ist, dass befruchtete Eizellen im Labor durch eine Theke gereicht werden, weil manche Labors einen IVF-Anteil haben und einen Stammzellenanteil, und dann sind diese befruchteten Eizellen, die ja eigentlich Leben sind, plötzlich kein entstehender Mensch mehr, sondern ein medizinisches Reservoir zur Heilung von genetischen Krankheiten.

In dem Moment wird es noch viel komplexer, wenn man das Gefühl hat: Was ist eigentlich Le-

ben? Die befruchtete Eizelle, aus der ein Mensch entstehen kann, wird dann zur Therapie von genetischen Krankheiten benutzt und hat nichts mehr mit einem Subjekt zu tun. Einerseits ist es menschliches Leben, andererseits geht kein menschliches Subjekt mehr daraus hervor. Diese Dinge sind so komplex geworden sind, dass man nicht mehr sagen kann wie vielleicht noch vor dreißig Jahren: An dieser Stelle beginnt Leben.

Jörg Puchta

Trotzdem einen Satz als Reproduktionsmediziner: Für uns, in unserer täglichen Arbeit, beginnt Leben mit dem Moment, wo sich die Eizelle und die Samenzelle miteinander verbinden. Das ist der Beginn des Lebens.

Eckhard Nagel

Herr Bernard, bei der Kinderwunschfrage, die Sie in Ihrem Vortrag als eine primär gesamtumgreifende dargestellt haben, brauchen wir nicht bis in die Bibel zurückzugehen. In Grimms Märchen und ich weiß nicht wo noch überall hat es Kinderwünsche gegeben. Sie sagen: Kinderwunsch, so wie er heute verstanden wird, als lösbares Problem, gibt es seit den Achtzigerjahren.

Andreas Bernard

Das Wort gibt es nicht. Sie werden das Wort „Kinderwunsch“ bei Grimm nicht finden. Es heißt dann anders.

Frau N. N.

Guten Tag, mein Name ist [...], ich bin Studierende für Biotechnologie. Ich bin erst 23; für mich wäre eigentlich die Zeit, es einzufrieren, aber die Frage stellt sich gerade nicht.

Wir sprechen hier über eingefrorene Kinder, aber eigentlich sind es eingefrorene Eizellen, keine Kinder. Das Alter definiert sich daraus, wann wir

geboren werden bzw. wenn man es so weit führen darf, wann die Eizelle befruchtet wurde.

Ich habe in meinem persönlichen Umkreis eine Dreißigjährige, die sich verrückt macht, weil alle in ihrer Umgebung jetzt mit der Familienplanung anfangen, und sie hat nicht den passenden Partner. Ich bin keine Psychologin und kann das nicht fachkompetent beurteilen, aber ich kenne diese Person sehr gut und habe das Gefühl, dass dieser Kinderwunsch ihr ganzes Leben prägt und sie sogar daran hindert. Ich frage mich, warum wir nicht Empathie für solche Menschen zeigen und ihnen diese Möglichkeit geben wollen. Stattdessen zeigen wir dem Finger auf sie und sagen: Sie hat es nicht geschafft, sich einen richtigen Partner bis zu dieser Zeit zu suchen; sie hätte die Karriere vernachlässigen sollen. Ich frage mich, warum wir so demonstrativ mit dem Finger auf diese Menschen zeigen.

Eckhard Nagel

Ist das der Fall?

Frau N. N. [ohne Mikro]

Ja [...]

Frau N. N.

Ich möchte daran anschließen. Was immer mit-schwingt bei Aussagen wie: Sie erfüllen sich ihr privates Lebensglück, das ist Lifestyle, ist eine negative Konnotation: Das ist eine egoistische Motivation, ich möchte es jetzt noch in mein perfektes Leben einfügen, und nicht dieses altruistische Element: Ich möchte für ein anderes Leben sorgen.

Frau Wiesemann hat die Frage im Plenum gut beantwortet und karikiert, dass man es so dichotom nicht darstellen darf. Aber ich finde, auch bei Ihrem Vortrag, Herr Bernard, kam das wieder, dass sich die Frauen mit 40 das private Lebensglück erfüllen; hätten sie das doch mal frü-

her gemacht. Da finde ich, wird mit dem Finger auf diese Frauen gezeigt: Sie wollen nur noch etwas für sich.

Meine Frage ist nach diesem Kommentar: Wie machen Sie dabei einen qualitativen Unterschied? Inwieweit ist nicht auch bei Paaren, die auf natürlichem Wege schwanger werden, privates Lebensglück mit dabei? Warum sind das altruistisch motiviert gezeugte Kinder? Da schwingt mit, dass das narzisstische Frauen sind. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen, inwieweit diese Frauen nur egoistisch motiviert sind.

Dann die Frage an den Sozialwissenschaftler, inwieweit nicht auch eine Gesellschaft – denn es schwingen viele Emotionen hoch, inwieweit gleichgeschlechtliche Partnerschaften okay sind. Sind nicht sogar – das ist vielleicht eine steile These – diese Frauen eine Art Sündenbock für die Trauer um konservative Vorstellungen, die verloren werden? So eine Frau, die ein traditionelles Frauenbild nicht mehr erfüllt. Haben Sie andere Hypothesen, warum mit dem Finger auf diese Frauen gezeigt wird?

Almut Dorn

Ich wäre erstaunt, wenn es so angekommen wäre, was ich gesagt habe, denn narzisstisch habe ich an keiner Stelle gesagt. Man muss zwischen den Methoden unterscheiden. Ich habe nur angemerkt, dass ein Verfahren angeboten wird, das im Moment noch nicht bekannt ist und Frauen zu einem Zeitpunkt erreichen soll, wo sie vielleicht noch keinen intensiven Kinderwunsch haben.

Sie haben gerade gesagt, Sie sind 23, das sei im Moment kein Thema. Viel spannender wäre, warum es Sie als Message nicht erreicht hat. Ich habe mehrere 20-Jährige in meinem Umfeld gefragt; die haben sich alle an die Stirn getippt und gesagt: Was willst du denn jetzt von uns? Ich

wollte das nicht von denen, sondern habe nur gefragt: Ist das für euch vorstellbar? Es gibt jetzt so eine Methode und wie ist das, wenn es sich später nicht erfüllt? Da haben die gesagt: Wieso? Man weiß doch heute, dass man bis 35 Kinder haben soll. Wir wissen aber nicht, ob das klappt.

Ich habe mich also nicht gegen die Methode ausgesprochen, ich glaube nur, dass es schwierig zu vermitteln ist. Ich sehe die Frauen zu einem Zeitpunkt, wo sie einen drängenden Kinderwunsch haben und Angst haben, dass er sich eventuell nicht erfüllt. Das ist ein ganz anderer Zeitpunkt, wenn sie dann diese Methode nachfragen. Ich finde das überhaupt nichts Narzisstisches. Ein Analytiker würde das vielleicht anders sehen. In einem Kinderwunsch steckt wahrscheinlich immer ein bisschen Narzissmus. Aber ich sehe keinen Unterschied zwischen den Paaren, die einen unerfüllten Kinderwunsch haben, oder denen, wo er sich auf natürlichem Wege erfüllt. Dazu gibt es übrigens sehr gute Studien, dass die Kinderwunschmotivation in keiner Weise unterschiedlich ist.

Andreas Bernard

Sie erinnern sich vielleicht daran, was ich am Vormittag in der Diskussion gesagt habe. Ich bin auf einer Linie mit dem, was Frau Wiesemann gesagt hat. Ich habe mehrmals ein, zwei Wochen in IVF-Zentren hospitiert, und da gab es eine Patientin, bei der die Eizellentnahme ohne Narkose gemacht wurde; da meinte der Arzt: Die Frau ist schon zum 35. Mal hier und darf keine Narkose mehr bekommen. Bei ihr geht es seit fünf Jahren um nichts anderes als um die Erfüllung des Kinderwunsches. In dem Vortrag wollte ich sagen, dass es diese Biografien ohne die Reproduktionsmedizin nicht gegeben hätte.

Aber auf der anderen Seite glaube ich (darüber geht es ausführlich in meinem Buch), dass das,

was auch im Vortrag von Herrn Schockenhoff heute angedeutet wurde, nämlich dass wohlgestaltete Kinder nur aus der heterosexuellen, ehelichen Zeugung hervorgehen – ich glaube, dass das eher andersherum ist. Wie viele Kinder entstehen durch die bloße eheliche Pflicht oder durch einen Unfall im Nachtleben? Und wie viele Kinder sind genau deshalb, weil sie aus einer normativen Ehe entstehen, unglücklich?

Ist es nicht auf der anderen Seite eine gute Voraussetzung, wenn Paare jahrelange Mühen finanzieller, körperlicher und psychischer Art auf sich nehmen, weil sie ein Kind wollen? Sind das nicht positive Beweggründe, um eine Familie zu gründen? Also insofern – Sie würden erschrecken, wie liberal mein Standpunkt ist.

Eckhard Nagel

Wobei Ihre Fragen ein neues Seminar notwendig machen würden, um ihnen weiter nachzugehen. Jetzt haben wir eine Frage in der Mitte.

Frau van der Veen

Mein Name ist van der Veen, ich arbeite an einer Uniklinik und möchte nicht differenzieren zwischen guten und schlechten Reproduktionsmedizinern. Ich denke, es war eine gute Idee, eingangs einen kontroversen Vortrag zu bringen, um die Diskussion in Gang zu bringen.

Ich höre mir das jetzt den ganzen Nachmittag an, und was ich interessant finde, ist genau das, was Sie sagten, dieses Frauenbild: dass doch eine relativ große Unklarheit besteht, wie man mit Frauen umgehen soll, die ihr Leben in zunehmendem Maße selbst bestimmen wollen, denn eigentlich ist das Social Freezing ein zusätzlicher Schritt zur Emanzipation oder Selbstbestimmung des Lebens. Das ist eigentlich der interessanteste Aspekt des Nachmittags, wie man mit den soziologischen Voraussetzungen und den soziologi-

schen Folgen dieser Technik zusätzlich zum Medizinisch-Ethischen umgeht.

Frau Ernst

Ernst, guten Tag. Mir fehlte in diesem Forum der Zusammenhang des Social Freezings als Mit-Grundlage für die Eizellspende. Ich vermute – und habe das auch schon gehört – da noch andere Interessen und Richtungen, aber das ist hier wahrscheinlich einfach zu viel.

Eckhard Nagel

Darauf können wir hier auf dem Podium noch eingehen. Insofern darf ich erst Herrn Puchta, dann Frau Dorn und Herrn Bernard um einen Schlusskommentar bitten.

Jörg Puchta

Zu Ihrer Anmerkung. Ich habe in der Kürze der Zeit versucht zu zeigen, dass es sehr wohl einen Zusammenhang gibt zwischen Social Freezing, nämlich als Eigeneizellspende, womit wir die Fremdeizellspende vermeiden können. Das ist ein extrem interessanter Aspekt, und dann – zumindest habe ich es versucht.

Almut Dorn

Ich glaube, dass wir keine Angst haben müssen, dass das unsere ganze Gesellschaft verändert. Es löst aber auch nicht unsere gesellschaftlichen Probleme; wir müssen trotzdem schauen, warum Frauen immer später Kinder bekommen und warum die Mutterschaft aufgeschoben wird. Das erlöst uns nicht von diesen Fragen. Trotzdem sollte man solche Innovationen zulassen. Ich bin für die Selbstbestimmung der Frau und dafür, sie sie oder das Paar gut aufzuklären über das, was sie gerne in Anspruch nehmen möchten, damit sie mit einem guten Wissensfundament selbstständig diese Entscheidung treffen können.

Andreas Bernard

Das sehe ich ähnlich. Das Social Freezing ist genau wie zum Beispiel die Single-Mum-Bewegung in den USA in Deutschland nicht so präsent, aber in Amerika schon. Das sind Phänomene, die zu einer größeren Autarkie weiblicher Reproduktion führen. Ich glaube, dass Kritik an Verfahren wie dem Social Freezing oft mit einer merkwürdigen Angst vor starken Frauen verbunden ist. Ich weiß nicht, wer sich diese krasse Rede von Sibylle Lewitscharoff im Detail angehört hat; letztendlich ging es ihr darum, dass selbstbestimmte Frauen das Letzte seien. Deswegen sind so Dinge wie Social Freezing an sich eine gute Idee. Es ist aber mit bestimmten Schwierigkeiten und Reflexionsbedarf verbunden, der in den letzten eineinhalb Stunden angeklungen ist.

Eckhard Nagel

Dann darf ich mich im Namen des Ethikrates noch einmal herzlich bei unseren Referenten für ihre Vorträge und für die anschließende Diskussion bedanken. Es ist deutlich geworden, dass durch die verschiedenen Aspekte in diesem Teilbereich, den wir heute diskutiert haben, das Wohl des Kindes nicht durch moderne Technologien infrage gestellt wird. Eher ging es um Vermittlungsaspekte und eine Identifikation mit dem Verfahren. Ich glaube, das ist deutlich herausgekommen.

Festhalten kann man an den drei Statements unserer Protagonisten des Nachmittags auch, dass der Selbstbestimmung und einer neuen Form eines veränderten Frauenbildes in der heutigen Gesellschaft viel breiter eine auf Autonomie bezogene Entscheidungsfreiheit zugrunde gelegt wird, unabhängig von der Frage, die wir nicht in der Tiefe diskutiert haben, welche medizinisch-ethischen Aspekte sich mit einer solchen neuen Technologie verbinden. Aber das stand auch

nicht im Mittelpunkt dieses Nachmittags. Wir werden sehen, inwieweit wir der Frage der Konsequenzen, die zum Beispiel heißen würde: Sollte Social Freezing in Deutschland zulässig sein?, in der nächsten Runde ab 16 Uhr näher nachgehen können. Vielen Dank erst einmal, dass Sie da waren.

IV. Konsequenzen**Moderation: Burkhard Plemper · Journalist**

Meine Damen und Herren, Sie haben heute den ganzen Tag intensiv zugehört, diskutiert und die verschiedenen Themenbereiche in den Foren vertieft. Wir wollen jetzt die Konsequenzen daraus formulieren. Sie kennen das Problem: Wenn Sie an einem spannenden Forum teilnehmen, verpassen Sie zwei andere. Deshalb haben wir eine kurze Berichterstattung aus den Foren und kommen hinterher darüber mit Politikern ins Gespräch.

Im Forum A ging es um die Eingriffe in die Keimbahn. Im Fokus stand der Vorkern- und Spindeltransfer bei mitochondrialen Erkrankungen, es ging um die Perspektive der Betroffenen, um den naturwissenschaftlich-medizinischen Sachstand und um die gesellschaftliche Debatte. Berichtersteller ist Thomas Heinemann, Mitglied des Deutschen Ethikrates. Wir sind gespannt, welche Argumente Sie ausgetauscht haben.

Berichte aus den Foren**Forum A: Thomas Heinemann · Mitglied des Deutschen Ethikrates**

Vielen Dank. Ich werde versuchen, in aller Kürze die Hauptergebnisse der Vorträge und der Diskussion zusammenzufassen, was angesichts der Komplexität nicht ganz einfach ist.

Zum naturwissenschaftlich-medizinischen Sachstand hatte Herr Privatdozent Klaus Reinhardt, Evolutionsbiologe an der Eberhard-Karls-Universität von Tübingen, referiert. Zur Perspektive der Betroffenen hat Frau Karin Brosius gesprochen, stellvertretende Sprecherin der Diagnosegruppe mitochondriale Erkrankungen in der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke, und Frau Dr. Alena Buyx hat zur gesellschaftlichen Debatte um Drei-Eltern-Babys in Großbritannien gesprochen. Frau Buyx ist Leiterin der Emmy-Noether-Gruppe *Politische Philosophie als Resource der Normbegründung in der biomedizinischen Ethik* an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

Einige Daten zum naturwissenschaftlichen Sachstand. Es gibt das Kerngenom und das mitochondriale Genom. In der Größe unterscheiden sich beide erheblich: Im Kerngenom sind etwa 20.000 Gene vorhanden, im mitochondrialen Genom nur 37 Gene. Die aber haben es in sich, denn sie sind für die Energieversorgung jeder Zelle erforderlich. Es gibt in jeder Eizelle etwa 100.000 bis 200.000 Mitochondrien und in jedem Mitochondrium fünf bis zehn DNA-Moleküle, also fünf bis zehn Kopien.

Wenn die mitochondriale DNA in entscheidenden Stellen mutiert ist, können erhebliche Erkrankungen auftreten, die mitochondrialen Erkrankungen. Sie müssen aber nicht erheblich sein, sondern das kann sich phänotypisch von leichter Lernschwierigkeit bis hin zu schwersten Erkrankungen ausdrücken, auch in seriellen Fehlgeburten. Die Mitochondrien sind daher ein wenig die medizinische Blackbox bei Symptomen, die man vielleicht nicht anders einordnen kann. Mitochondriale DNA mutiert offensichtlich schneller oder hat ein höheres Risiko zu mutieren als die Kern-DNA.

Ein wichtiger Punkt, der besprochen wurde und der dieses Problem auch mit dem Spindeltransfer bzw. einem Vorkerntransfer zur Behandlung mitochondrialer Erkrankungen schwierig macht, ist eine enge Kommunikation zwischen dem Genom des Mitochondriums und dem Kerngenom. Das kann dazu führen und führt wohl auch in der Praxis dazu, dass mitochondriale Defekte, also Mutationen, vom Kerngenom kompensiert werden. Nicht einfach die genetische Diagnose in Mitochondrien sagt also, dass sich hier Phänotypisches ausprägt, nein, das Ganze wird häufig kompensiert durch Kerngenome, was die Diagnostik erheblich erschwert.

Was kann man tun? Das Thema des Forums A war Spindeltransfer oder besser gesagt: Transfer einerseits des spindelchromosomalen Komplexes und andererseits der Vorkerntransfer. Der Spindeltransfer wird an der unbefruchteten Eizelle vorgenommen: Hier wird die in der Metaphase II arretierte Eizelle genommen, die Metaphasen-Spindel; sie ist unter dem polarisierenden Lichtmikroskop sichtbar und kann herausgenommen werden. Dabei nimmt man, wenn überhaupt, wenige Mitochondrien mit. Dieses Genom kann in eine andere entkernte Eizelle mit Mitochondrien überführt werden, die, jedenfalls was die mitochondriale DNA angeht, keine Auffälligkeiten aufweisen. Das ist der Spindeltransfer bei der unbefruchteten Eizelle.

Der Vorkerntransfer unterscheidet sich dadurch, dass zunächst die Eizelle befruchtet wird, und dann kommt es zur Vorkernbildung beider haploiden Kerne. Beide können dann gemeinsam in eine entkernte Eizelle überführt werden, und dann wird die Entwicklung fortgesetzt.

Das sind zwei unterschiedliche Verfahren, die unter Umständen auch ethisch unterschiedlich zu bewerten sind.

Folgende Information ist noch wichtig: Durch den Vorkerntransfer oder auch den Spindeltransfer – eben durch die Korrespondenz zwischen dem Genom des Mitochondriums und dem Kerngenom – können Sie möglicherweise auch Erkrankungen erzeugen. Denn wenn diese eingespielte Kommunikation unterbrochen wird, indem Sie einen anderen Kern mit einem anderen genetischen Hintergrund hineinsetzen, kann es passieren, dass beides nicht mehr zusammenpasst und es zu einer phänotypischen Ausprägung, einer Erkrankung kommt.

Frau Brosius hat zu den Betroffenen gesprochen; sie ist Mutter einer betroffenen Tochter. Sie hat es sehr anschaulich gemacht mit dem Satz: Die Therapie besteht darin, dass man dem Energiemangel, der durch das Nichtfunktionieren der Mitochondrien entsteht, 24 Stunden lang mit allen möglichen Hilfsmitteln entgegentritt: Rollstühlen, hormoneller Substitution, antiepileptischer Medikation, Magensonden, Kathetern usw. Die Kraft, die diesen Kindern fehlt, wird von außen an sie herangetragen; sie werden praktisch damit substituiert.

Sie hat drei Krankheitsgeschichten von Kindern vorgestellt und mündete in dem persönlichen Fazit, dass sie sagte: Ein betroffenes Kind geht so gerade, aber zwei betroffene Kinder geht unter den jetzigen Umständen nicht. Sie hat es verbunden mit einem Appell und gesagt: Wir hatten eine Gesetzesänderung bei der PID; wir sollten darüber nachdenken, ob man für bestimmte Fälle auch in Deutschland diese Technologie freigibt bzw. gesetzlich regelt.

Sie hat allerdings auch Nachteile benannt und gesagt: Erstens ist dieses Therapieverfahren nur für wenige Personen überhaupt geeignet, zweitens lässt sich der Schweregrad einer Erkrankung nicht aus dem Genom ableiten, jedenfalls nicht

auf der Basis unseres heutigen Wissens; es lässt sich nicht genau vorhersagen, wie die phänotypische Ausprägung ist. Außerdem könnte der Druck auf Mütter steigen, für perfekten Nachwuchs zu sorgen.

Frau Buyx hat zu gesellschaftlichen Entwicklungen vor allem in Großbritannien gesprochen. Sie hat zunächst dargestellt, wie dort der Meinungsbildungsprozess gelaufen ist: Im Jahre 2005 wurde eine öffentliche Debatte Forschern und Patientengruppen initiiert. Dies hat dazu geführt, dass es im Jahr 2008 zu einer gesetzlichen Novelle kam: Es wurde die Möglichkeit einer Regulierung dieses Therapiefeldes durch die britische Regierung eingeführt. 2010 haben Patientengruppen und Forscher bei der Regierung nach einer Regulierung angefragt, und zwischen 2011 und 2013 kam es zu einem öffentlichen Dialog und einem Expertendialog.

2012 hat sich der englische Ethikrat, das Nuffield Council, des Themas angenommen und einen Bericht erstellt. Folgende Punkte standen dort im Vordergrund: Zunächst wurde der potenzielle Vorteil des Verfahrens darin gesehen, dass genetisch verwandte Kinder erzeugt werden können, die hoffentlich gesund sind, dass die Kinder potenziell frei von Mutationen und Erkrankungen sind, und es wurde – was ich erstaunlich finde – das Argument bekräftigt, dass auch zukünftige Generationen dann von diesen Erkrankungen befreit sind.

Insbesondere hat das Nuffield Council auf drei Punkte Wert gelegt: einmal auf die Frage der Identität. Kann es bei einem Kind, das auf diese Weise erzeugt wird, Identitätsprobleme geben? Angesprochen ist die intersubjektiv-personale Identität, die qualitative Identität, die numerische Identität (ist es eins oder sind es zwei Halbe?)

und die genetische Identität. Wie ist das im Einzelnen zu bewerten?

Das zweite große Argument ist die Keimbahntherapie. Die Frage war: Ist es eigentlich eine Keimbahntherapie, die da durchgeführt wird? Das Nuffield Council hat gesagt: Es gibt ein Recht auf Nichtmanipulation, wenn es denn eine Keimbahntherapie ist. Wird dadurch möglicherweise die soziale Ordnung in Frage gestellt? Ist das Ganze unnatürlich und müsste vielleicht deshalb abgelehnt werden? Auch die schiefe Ebene spielt dabei eine wichtige Rolle.

Der letzte wichtige Punkt war die Tatsache, dass es eben neue Technologien sind und es wichtig ist, eine Dokumentation, eine Nachverfolgung einzurichten, eine Risikoabschätzung und auch den Status der Spenderinnen und den des Embryos im Blick zu behalten.

Das waren die wichtigsten Punkte aus den Vorträgen und daran orientierte sich insbesondere mit Rückfragen die Diskussion. Es bewegte sich zunächst auch um Sicherheitsfragen, und es wurde immer wieder gesagt: Diese ganze Technologie wird jetzt gerade im Anfang diskutiert. Frau Buyx hat gesagt: Wenn wir wirklich an Anwendungen denken, jetzt einmal in Großbritannien, reden wir bestenfalls von 10 bis 20 Jahren. Das heißt, wir sind am Anfang einer Diskussion. Das waren die wichtigsten Punkte aus einer fruchtbaren und langen Diskussion. Ich danke Ihnen.

Burkhard Plemper

Thema im Forum B waren biologische und andere Eltern. Im Fokus standen Eizellspende und Leihmutterschaft. Stichworte dazu sind das rechtliche Problem des Fortpflanzungstourismus, Autonomie und Ausbeutung von Frauen und die gesellschaftliche Herausforderung durch sogenannte ungewöhnliche Familien. Herbert Mertin,

auch Mitglied des Deutschen Ethikrates, ist der Berichterstatter. Wir sind gespannt auf die zentralen Aussagen.

Forum B: Herbert Mertin · Mitglied des Deutschen Ethikrates

Im Forum B haben wir, wie Sie dem Programm entnehmen konnten, drei Vorträge gehört:

Frau Riedel sprach zum Fortpflanzungstourismus, machte aber auch einige Anmerkungen über das Thema hinaus. So hielt es für richtig, dass die Eizellspende verboten ist, und bezeichnete diesen Zustand als nicht verfassungswidrig. Sie hat in dem Zusammenhang Zweifel daran geäußert, ob es wirklich gelingen könne, den Kommerz aus diesem Bereich herauszuhalten, dass also nicht lediglich altruistisch solche Eizellen gespendet werden, sondern doch kommerzielle Interessen dahinterstehen. Sie hat in dem Zusammenhang auch Zweifel daran geäußert, dass in einigen betroffenen Ländern diese Zellspende anonym erfolge und daher die Kinder nur schwer das Recht durchsetzen könnten, zu erfahren, wer ihre Eltern seien. Insofern tritt sie dafür ein, dass die Eizellspende verboten bleibt.

Sie schilderte, welche Probleme Eltern haben, die ein Kind außerhalb Deutschlands zum Beispiel durch eine Leihmutter zur Welt bringen lassen und es dann nach Deutschland bringen wollen. Das ist ein rechtlich schwieriger Prozess, weil das Ganze bei uns nicht erlaubt ist und von daher erst die rechtlichen Voraussetzungen auf zum Teil komplizierten Wegen herbeigeführt werden müssen. Wenn ich sie hier als rechtliche Beratung darlegen wollte, würde das den Rahmen einer Zusammenfassung sprengen. Ich muss mich also darauf beschränken zu sagen, dass sie einen sehr komplizierten Weg vor sich haben, wenn sie diesen Weg gehen wollen.

Frau Graumann hat sich mit dem Thema Eizellspende auseinandergesetzt und ihre Sicht dargestellt, dass an dem Verbot der Eizellspende festgehalten werden sollte. Aus ihrer Sicht kann das Selbstbestimmungsrecht der Frau, die gern eine Eizellspende hätte, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen, keinen Anspruch gegenüber Dritten begründen, eine solche Eizelle zu erhalten. Außerdem wäre die Frau, die eine solche Eizelle spenden würde, in einem Dreiecksverhältnis zwischen dem Arzt, der das Elternteil betreut, das den Kinderwunsch hat, und der potenziellen Spenderin – ihrer Auffassung wäre die potenzielle Spenderin in einer vulnerablen Situation, und deshalb soll an dem Verbot festgehalten werden. Ebenso wäre es für die Spenderin sehr risikoreich.

Frau Rupp referierte zum Schluss über Mutter- oder Kinderschaft in ungewöhnlichen Familien, sogenannten Regenbogenfamilien. In diesem Bereich sind etwa 93 Prozent der Familien Mütterfamilien. In ihren Untersuchungen wurden in etwa der Hälfte der Familien die Kinder in diese Regenbogenfamilie hineingeboren; hieraus haben sich, soweit es ihre Untersuchungen ergaben, für die Kinder selbst keine Probleme ergeben. Sie entwickeln sich normal, auch in ihrer Geschlechtsrolle, und insofern war aus ihrer Sicht hier kein Problem zu finden.

In der Diskussion wurde wie von mir erwartet einiges aus dem Vortrag hinterfragt. So wurde hinterfragt, dass es eine risikoreiche Operation für die Spenderin sei. Dies wurde von einigen Wortmeldungen insoweit relativiert, als gesagt wurde, dass es durchaus ein Risiko gibt, über das ordentlich aufzuklären ist, aber dass das Risiko nicht sehr groß und deshalb ein Wort wie „risikoreich“ dort das falsche Wort ist.

Ebenso wurden Zweifel angestellt, ob die Aussage richtig sei, dass das Selbstbestimmungsrecht der Mutter, die gern ein Kind hätte und deshalb eine Eizellspende haben möchte, keinen Anspruch gegenüber Dritten begründet. Wir haben darüber debattiert, was das Selbstbestimmungsrecht in diesem Zusammenhang bedeutet. Man kann es danach so zusammenfassen: Betroffen ist sowohl das Selbstbestimmungsrecht der potenziellen Mutter, die die Eizelle als Spende entgegennehmen will, als auch das Selbstbestimmungsrecht derjenigen Frau, die die Eizelle spenden möchte, und selbstverständlich begründet das Selbstbestimmungsrecht der einen Frau keinen Anspruch gegen die andere, eine solche Zelle zu erhalten. Gleichwohl waren diejenigen, die diese Meinung vertraten, der Auffassung, dass daraus aber nicht resultiere, dass der Frau, die eine solche Zelle spenden wolle, dies verboten werden müsse, denn dann werde auch in ihr Selbstbestimmungsrecht eingegriffen. An anderer Stelle ist so ein Selbstbestimmungsrecht, wenn sie etwas spenden wollen, ohne größere Probleme möglich, so bei einer Knochenmarkstransplantation, wo Sie eine Spende machen können, oder bei Blutspenden und Ähnlichem, die ja auch mit Risiken verbunden sein können.

Das waren die Schwerpunktthemen in der Diskussion. Ein Wortbeitrag gegen Ende schien mir interessant. Da wurde aus einem Verein berichtet, wo Familien zusammengefasst sind, deren Kinder durch Insemination zur Welt gekommen sind, also Samenspenderkinder. Dort wurde berichtet, wie die Stimmungslage dieser Vereinsmitglieder ist: Eine Umfrage unter den Vereinsmitgliedern ergab, dass man sich eher zögerlich dem Problem der Eizellspende zuwende, denn man halte es für etwas ganz anderes als die Samenspende, weil die Samenspende noch eher

dem natürlichen Vorgang entspreche als die Eizellspende. Insofern widersprachen die Vereinsvertreter dem häufig verwendeten Argument, Samenspende sei mit der Eizellspende vergleichbar. Soweit mein Bericht.

Burkhard Plemper

Im Forum C ging es um die zeitverschobene Elternschaft. Im Fokus stand das sogenannte Social Freezing. Es ging um das praktische Verfahren, um die Folgen für die Betroffenen und die Auswirkungen auf die Gesellschaft. Berichterstatter ist Peter Dabrock. Wir sind gespannt auf Ihre Argumente, die dort ausgetauscht wurden.

Forum C: Peter Dabrock · Stv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates

(Folie 1)

Wir hatten drei Vorträge, die sehr anregend waren und dazu geführt haben, dass wir danach eine lebendige Debatte hatten. Kurz zu den Vorträgen und dann zu der darauf folgenden Debatte unter Berücksichtigung der Argumentationskarten, die Ihnen auch vorgelegen haben.

Wir hatten zunächst einen Vortrag des Reproduktionsmediziners Jörg Puchta. Er hat für die Technik des Social Freezing geworben, die uns heute Morgen schon erklärt wurde. Das war aber auch seine Aufgabe, und insofern war es legitim, dass er sie wahrgenommen hat. Es fielen Sätze wie: Eizellen auf Zeitreise – zurück in die Zukunft – Win-win-Situation, und das Ganze kann man sich möglicherweise auf Jahrhunderte ausgedehnt vorstellen.

Im zweiten Vortrag hat uns Almut Dorn aus der Praxis für gynäkologische Psychosomatik die Erfahrungen bzw. Nichterfahrungen mit der Praxis des Social Freezing dargelegt. Bislang haben wir nämlich noch keine verlässlichen Daten in diesem Bereich, sodass man Folgerungen dieser

Praxis für das Reproduktionsgeschehen, für das Selbstverständnis von Frauen und Paaren, die diese Technik nutzen, eher aus anderen reproduktionsmedizinischen Zusammenhängen ziehen sollte.

Interessant fand ich den Hinweis darauf, dass der Grund, warum Frauen die Technik des Social Freezings nachfragen, nicht so sehr ihre Karriereplanung ist, sondern der zu diesem Zeitpunkt fehlende Partner.

Ein Punkt, der in der Diskussion aufgegriffen wurde, war: Gibt es eigentlich im Blick auf Patientinnen oder Klientinnen, die diese Technik nachfragen, eine Besonderheit in der Motivation gegenüber anderen Paaren oder Frauen, die eine entsprechende Behandlung wünschen, oder auch im Blick auf Paare oder Frauen, die eine Reproduktion auf natürlichem Wege anstreben? Die Auskunft war, dass dies nicht der Fall war.

Herr Bernard, der kürzlich ein Buch zum Thema veröffentlicht hat, das stark wahrgenommen wurde, hat die Auswirkungen des Social Freezings im Kontext der Auswirkungen der Reproduktionsmedizin in der Gesellschaft beleuchtet, hat auf Tendenzen der Technisierung und Verdinglichung des Lebens hingewiesen und gefragt, ob sich dadurch unser Verständnis von Reproduktion ändert und damit auch das Selbstverständnis der Beziehungen, innerhalb derer Reproduktion ein Thema wird.

(Folie 2)

Was uns beschäftigt hat, ist gut sichtbar in einem Bild, das zufälligerweise in beiden Präsentationen vorkam: das Titelbild des *Spiegel* von drei, vier Wochen. Da könnte man sagen: Späte Eltern, ist das jetzt ein gesellschaftliches Problem?

(Folie 3)

Gesellschaftliche Belange haben in unserer Diskussion kaum eine Rolle gespielt. Wenn Sie auf der Argumentationskarte schauen: Fragen nach zunehmender sozialer Ungleichheit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Druck auf Frauen, eine Sogwirkung durch diese Techniken haben in der Diskussion nicht so sehr eine Rolle gespielt. Es ging vielmehr um das Bild von Reproduktion und den daran Beteiligten.

(Folie 4)

Dieses Bild von Anne Geddes kam nicht vor; Sie kennen es vielleicht, wenn Sie eine Geburtskarte verschickt haben.

(Folie 5)

Aber dieses Bild kam interessanterweise in beiden Vorträgen vor. Der Unterschied zwischen dem Bild eben – das Baby in einer Uterushaltung – und der Frau – auch in einer Uterushaltung, aber mit der Eisumgebung, also ein hochambivalentes Bild; das kam in beiden Vorträgen vor und hat stark die Mitte dessen angesprochen, was in unserer Diskussion eine Rolle gespielt hat, nämlich: Wie verändern sich die Selbstbilder derjenigen, die am Reproduktionsgeschehen technischer Art durch Social Freezing beteiligt sind?

(Folie 6)

Das begann bei elementaren Fragen nach den medizinischen, psychologischen und sozialen Risiken, und wir mussten die unklare Datenlage feststellen. Dann die Frage, ob und wann man die Kinder, die auf diesem Weg auf die Welt gekommen sind, aufzuklären hat; möglichst früh, war die Auskunft.

Selbstverständnis und Fremdverständnis der Akteure: Dort kam es zu scharfen Rückfragen an den beteiligten Reproduktionsmediziner, ob er nicht in seinem Lob auf die Technik die Ambi-

valenzen noch mehr hätte einbringen müssen, ob es nicht eine Kommerzialisierungsdynamik ist.

Das Selbstverständnis der beteiligten Frauen hat vor allem zum Schluss eine Rolle gespielt. Einige jüngere Frauen haben sich entsprechend geäußert, Stigmatisierungstendenzen für Frauen, die diese Technologie nutzen, gesehen und gefragt, worin eigentlich (weil es auch heute Morgen mehrfach kam) der qualitative Unterschied besteht, dass Frauen oder Paaren, die auf diesem Wege ein Kind bekommen wollen, Narzissmus und Egoismus vorgeworfen wird, während, sobald es auf natürlichem Wege der Fall wäre, diese Fragen nicht mehr auftauchen, und haben nach dem Grund für diese qualitative Unterscheidung gefragt.

(Folie 7)

Ich ende mit den Folgerungen. Es gab keinen Wunsch nach einem generellen Verbot, aber möglicherweise nach bestimmten Restriktionen, beispielsweise nach Altersbeschränkung, die Frage nach der Kassenzulassung, ein starker Wunsch nach umfassender Beratung, dass nicht nur die Risiken und Chancen berücksichtigt werden, sondern auch Ambivalenzen und Unsicherheiten dieser Technologien, mit Blick auf das Reproduktionsverfahren, die Erfolgsaussichten und die Spätfolgen.

In einem Fall wurde auf die Rückfragen einer Psychologin in einem Neonatalzentrum hingewiesen, die die Folgen sieht, wenn 30 Prozent dieser IVF-Kinder Frühgeborene sind. Dann kam von Frau Dorn die interessante Rückmeldung, ja, dann sagen die Leute im Neonatalzentrum vielleicht, dass sie es dann nicht gemacht hätten, aber in *unserer* Beratung wird alles komplett ausgeblendet. Das ist noch einmal ein Zeichen dafür, mit welchen Ambivalenzen das Ganze zu tun hat und dass wir in der Gesellschaft darum

jenseits der puren Verbotsfrage ringen müssen.
Vielen Dank.

Burkhard Plemper

Vielen Dank, Herr Dabrock. Im Vorfeld dieser Veranstaltung gab es eine öffentliche Befragung zu diesen Themen, und die Ergebnisse fasst jetzt Katrin Amunts zusammen.

Ergebnisse der öffentlichen Befragung

Katrin Amunts · Mitglied des Deutschen Ethikrates

(Folie 1)

Vielen Dank. Wir gehen wieder einen Schritt zurück, nämlich zur Befragung, die wir im Vorfeld unternommen haben. Sie haben damit eine schöne Möglichkeit, Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Meinungsbild zu entdecken zwischen dem, was sich vorher aufgetan hat, und dem, was heute nach den Vorträgen und Diskussionen vorliegt.

(Folie 2)

Wie haben wir die Befragung vorgenommen? Zusammen mit den Einladungen an die Teilnahme zur Jahrestagung – das waren etwa 2.500 – haben wir Einladungen für diese Befragung mitgeschickt. Welche Personen bekommen eine solche Einladung? Das sind Personen, die schon früher einmal bei Tagungen des Deutschen Ethikrates waren, die Interesse an diesen Themen haben, und Einrichtungen, für die das Thema der Tagung von besonderer Relevanz ist.

Außerdem wurde der Fragebogen online auf der Webseite des Deutschen Ethikrates zugänglich gemacht, und zwar von Mitte März bis Mitte April. Damit spiegelt die Beantwortung dieses Fragebogens natürlich keine bevölkerungsbasierte Befragung wider; es ist nicht unsere gesamte Gesellschaft, die aus den Zahlen zu Ihnen spricht,

sondern es ist eher ein Meinungsbild einer am Thema interessierten Öffentlichkeit. Das werden Sie auch nachvollziehen können, wenn Sie sehen, wie viele Personen mit „weiß ich nicht“ anstelle Ja oder Nein geantwortet haben: Das ist ein relativ geringer Prozentsatz, wenn man überlegt, wie schwierig, komplex und vom Wissenschaftlichen her anspruchsvoll dieses Thema ist.

(Folie 3)

Das ist die Fragenübersicht, damit Sie einen Einblick haben, wie viele Fragen es gibt. Sie waren gegliedert nach den verschiedenen Foren (A, B oder C), und es gab einen vierten Punkt, der sich auf das Schlusspodium bezog. Innerhalb jedes Blocks waren konkrete Fragen gestellt worden und überall gab es die Möglichkeit zu reflektieren, welche Fragen und Anregungen es zu diesem speziellen Thema gibt. Wir gehen da jetzt Schritt für Schritt durch und ich zeige Ihnen die Ergebnisse.

(Folie 4)

Forum A: Eingriff in die Keimbahn. Da gab es die Frage: Soll die Erzeugung von „Drei-Eltern-Babys“ durch Vorkern- oder Spindeltransfer zur Vermeidung mitochondrialer Erkrankungen in Deutschland zulässig sein?

Auf der rechten Seite sehen Sie die Verteilung der Antworten bei den Befragten. Es haben meistens 150 bis 170 Personen geantwortet; das ist die kleine n-Zahl, die da jeweils unten rechts steht. In Grün sind immer Zustimmungen gezeigt – die Farbgebung zieht sich durch –, Rot bedeutet Nein und Gelb bedeutet: Weiß ich nicht.

Wir haben weiter gefragt: Was spricht für diese Argumentation? Die wichtigste oder am meisten vorherrschende Begründung war die Kinderwunscherfüllung. Das wurde in verschiedenen Arten und Weisen formuliert: Der Wunsch nach einem gesunden Kind, genetisch verwandten

Kind kann erfüllt werden; die Eltern können selbstbestimmt handeln. Das sind Beispiele für häufig aufgeführte Antworten.

Es wurden auch andere Aspekte genannt: dass man zum Beispiel Leid durch Erbkrankheiten vermeiden kann, das Leid erkrankter Eltern oder Kinder; man kann Schwangerschaftsabbrüche vermeiden durch Erkrankungen; soziale, finanzielle Belastung usw.

Von vielen wurde eingeschätzt, dass die ethische Relevanz dieses Themas nicht so groß ist, nicht so schwerwiegend ist.

(Folie 5)

Es gab auch Einwände oder Stimmen dagegen; sie haben befürchtet, dass die Betroffenen diskriminiert werden würden und dass es ein Eingriff in die Natur des Menschen sei. Wir haben heute schon an verschiedenen Stellen den Begriff Natürlichkeit gehört. Ob das eine ethisch-moralisch angemessene Kategorie ist, ist eine der Diskussionen gewesen, die wir heute hatten. Die familiäre Konstellation wurde als problematisch angesehen und das medizinische Risiko als hoch, und es besteht die Gefahr von verschiedenen Fehlentwicklungen.

(Folie 6)

Im Forum B ging es um biologische und andere Eltern. Die Frage war: Soll eine Eizellspende in Deutschland zulässig sein? Wie Sie sehen, haben sich mehr als die Hälfte der 167 Befragten, immerhin 63 Prozent, dafür ausgesprochen, 27 dagegen und 10 Prozent hatten dazu keine feste Meinung.

Im Vordergrund stand wieder der Kinderwunsch als Kriterium, warum man so etwas befürwortet. Andere Aspekte waren: Mann und Frau sollten gleichgestellt werden (also Samenspende, Eizellspende). Auch die Emanzipierung von unter-

schiedlicher Wertschätzung von Mutterschaft und Vaterschaft wäre in diese Richtung zu interpretieren.

Andere Aspekte betrafen gesamtgesellschaftliche Anreize zur Zulassung, hier auch die heute diskutierten Dinge Schwarzmarkt und Standard im Ausland.

(Folie 7)

Es gab eine Reihe von Gegenargumenten; sie gehen in Richtung Fehlentwicklungen, familiäre Konstellation, medizinisches Risiko oder auch die Frage generell: Gibt es ein Recht auf Elternschaft? Dazu hatten wir ja schon eine lebhaftige Diskussion.

(Folie 8)

Sollte Leihmutterschaft in Deutschland zulässig sein? Ja, sagen 39 Prozent (weniger als die Hälfte) und Nein: 43 Prozent. Die Kinderwunscherfüllung stand wieder für eine Bejahung stark im Vordergrund. Dagegen wurde ausgeführt, dass Leihmütter möglicherweise ausgebeutet werden, dass es ein Eingriff in den natürlichen Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt gibt, die Rechtslage ist unklar und andere Probleme.

(Folie 9)

Die zeitverschobene Elternschaft bejahten 48 Prozent der Befragten; 35 Prozent verneinten sie. Auch hier war wieder die Kinderwunscherfüllung das Argument dafür. Dagegen spreche, dass es ein zu großer Eingriff in die Natur des Menschen sei, dass alte Eltern beim Social Freezing keine guten Eltern wären und das medizinische Risiko sehr hoch wäre.

(Folie 10)

Es gab die Möglichkeit, frei bestimmte Themen zu beantworten. Zu Forum A (Eingriff in die Keimbahn) wurden verschiedene Fragen formuliert: wo die Grenzen liegen, welche Formen

kommerziellen Missbrauchs zu fürchten sind (Herr Dabrock hat das eben kurz analysiert), welche Probleme die Methode bringen würde.

Als Anregungen wurde gegeben, dass man es auf bestimmte Erkrankungen beschränkt und eine eindeutige rechtliche Regelung schafft.

(Folie 11)

Beim Forum B gab es nur Anregungen: Ausführliche Beratung, Aufklärung und Betreuung war ein wichtiger Punkt, den ich hervorheben möchte.

(Folie 12)

Beim Forum C gab es Fragen und Anregungen auch im Hinblick auf die Kosten, Krankenkassen, wer übernimmt das?

(Folie 13)

Das können wir für das Schlusspodium zusammenfassen. Es wurde gefragt: Welche Themen der Fortpflanzungsmedizin sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig? Die inhaltlichen Schwerpunkte gehen in Richtung Eizellspende, Leihmutterchaft, PID, Social Freezing und Samenspende.

Übergeordnete Aspekte sollten berücksichtigt werden.

(Folie 14)

Letzter Punkt: Gibt es Wünsche an die Politik in Bezug auf die Fortpflanzungsmedizin? Häufig genannt wurde, dass die Politik über Chancen und Risiko aufklären soll und die Selbstbestimmungsrechte des Menschen nicht unterbinden möge. Der medizinische Fortschritt muss in der politischen Umsetzung durch ethische Vorstellungen begrenzt werden. Genannt wurden Krankenkassen, und was mich persönlich gefreut hat, ist, dass auch Bürgerbeteiligung explizit gefragt und angefordert wurde. Damit möchte ich mit

meinem kurzen Überblick eines sehr großen Fragebogens schließen. Vielen Dank.

Die Verantwortung der Politik – Diskussion mit Parlamentariern, Ratsmitgliedern und Publikum

Burkhard Plemper

Wir haben jetzt eine Stunde Zeit, um mit Politikerinnen und Politikern aus dem Bundestag darüber ins Gespräch zu kommen. Aus der CDU ist Hubert Hüppe dabei, Harald Terpe für Bündnis 90/Die Grünen und Kathrin Vogler für Die Linke. Carola Reimann hat es heute leider nicht geschafft.

Wir könnten jetzt lange darüber diskutieren, aber das tun wir nicht, sondern machen es kurz. Wir gehen nach den Themen vor, die es in den Foren gab, können aber auch darüber hinaus diskutieren. Wenn Sie Fragen haben, ist dafür Raum.

Im Forum A ging es um die Eingriffe in die Keimbahn, um den Vorkern- und Spindeltransfer. Konkret stand die Frage im Raum: Sollte der Vorkern- und Spindeltransfer bei mitochondrialen Erkrankungen in Deutschland zulässig sein? Herr Hüppe.

Hubert Hüppe · CDU

Eindeutig nein. Es ist ja auch verboten, und dafür gibt es gute Gründe. Es ist eine Technik, die außer bei Affen noch nicht angewendet wurde, und es ist eine Technik, die voraussetzt, dass wir eine Eizellspenderin haben. Das wurde kaum diskutiert, aber wenn Sie es machen, brauchen Sie eine Eizellspenderin, die ihr Material sozusagen – diesen Eindruck hat man fast, wenn man hier die Diskussion verfolgt – geben muss.

Hinzu kommt, dass all das, was Sie dort bei einem Menschen verändern, über Generationen weitergegeben wird. Wenn Sie da einen Fehler

machen, werden Sie diesen Fehler nicht mehr zurückholen können, es sei denn, Sie sagen, dass dieser Mensch nie wieder Kinder bekommen darf oder dass Sie es auf andere Weise machen. Wie wollen Sie es während der Schwangerschaft bei den ersten Malen machen? Wollen Sie es mit einer Pränataldiagnostik verfolgen und wenn es nicht gelingt, werden die Kinder abgetrieben? Oder wie wollen Sie es machen? Ich glaube, dass es klug war, dass man es verboten hat, als man das Embryonenschutzgesetz verabschiedet hat, und daran sollte man auch nichts ändern.

Burkhard Plemper

Herr Terpe, haben Sie eine andere Auffassung?

Harald Terpe · Bündnis 90/Die Grünen

Ich habe keine andere Auffassung, weil mir die Risiken bei Eingriffen in die Keimbahn viel größer erscheinen. Nicht nur das medizinische Risiko, sondern auch das ethische Risiko ist viel zu groß, als dass ich es befürworten würde, das Embryonenschutzgesetz zu ändern.

Burkhard Plemper

Wie sieht es bei Ihnen aus Frau, Vogler? Es gab das Argument, man sollte die Technologie für wenige Fälle zulassen. Teilen Sie die grundsätzlichen Bedenken?

Kathrin Vogler · Die Linke

Die teile ich absolut. Ich finde auch, wir hätten es andersherum diskutieren müssen, also zunächst über die Eizellspende reden, weil das ja auch eine Voraussetzung für den Spindeltransfer ist. Aber da Sie sich entschieden haben, damit anzufangen – wir haben in der letzten Wahlperiode intensiv über Präimplantationsdiagnostik diskutiert. Da hat es immer geheißt, es geht nur um wenige und extreme Fälle von Behinderungen, die durch diese Technologie ausgeschlossen

werden; da kann eigentlich niemand dagegen sein. Ich habe damals schon gesagt: Wenn wir diese Regelung einführen, wird es zu einer Ausweitung kommen und zu einem ökonomischen Druck, dass es immer häufiger angewendet und auf andere Erkrankungen oder Eigenschaften ausgeweitet wird.

Ich sehe die Argumentation nicht, dass es bei dieser neuen Technologie anders ist, und ich sehe es auch sehr kritisch. Für mich ist nicht erkennbar, dass es eine ausgereifte Technologie ist, die man den betroffenen Frauen unbesehen zumuten könnte. Ich halte es eher für einen Freilandversuch an Frauen, den ich ablehne.

Burkhard Plemper

Also einmal das Misstrauen gegenüber der nicht ausgereiften Technologie, aber auch der grundsätzliche Einwand, dass es etwas ist, was sich, wenn man einen Fehler macht, über die Generationen fortsetzen wird. Aber ist es nicht so etwas wie der Versuch, jegliches Leid und jegliche Krankheit zu verhindern? Ist es nicht eine Anmaßung? Oder ist es ein dem medizinischen Fortschritt Folgen? Wie sehen Sie das?

Kathrin Vogler

Ich halte es für so etwas wie Hybris. Ich bin nicht religiös und möchte auch nicht in diesen Kategorien argumentieren. Aber ich glaube, wenn wir Menschen vollkommene Leidfreiheit versprechen, macht die medizinische Technologie ein Versprechen, das sie niemals einlösen können. Wir haben in den letzten Jahrhunderten großartige medizinische Fortschritte gehabt. Wenn man sich anschaut, woran die Menschen in früheren Jahrhunderten und Jahrtausenden gestorben sind, haben wir heute viele Möglichkeiten, Krankheiten zu behandeln, ich sage nur einmal so etwas Einfaches wie Karies. Aber das heißt nicht, dass es uns gelungen ist, jegli-

ches Leid auszuschalten, sondern es sind neue Erkrankungen aufgetreten, unter denen wir heute leiden und gegen die man weiter ankämpft. Die Vorstellung, dass man eine absolute Freiheit von Leid und Krankheit erzielen kann, halte ich für unwissenschaftlich.

Hubert Hüppe

Wir sprechen immer über Kinderwunsch, und Kinderwunsch ist etwas völlig Normales. Dass jeder Kinder haben möchte, ist normal, das geht mir nicht anders. Aber die Frage ist: Passiert das denn? Ich nehme einmal dieses Bild, was ich sehr schwierig finde. Da vermittelt man den Eindruck: Da ist eine Zelle, dann macht man das mal eben; dann ist da einer, der das Kind hat, und per Computer errechnet man vorher noch den Termin der Geburt.

Tatsache ist – das ist das IVF-Register, wie heute Morgen schon gesagt wurde –, dass es 80.467 Behandlungszyklen im Jahr 2012 gab und nur ungefähr eine von neun Frauen überhaupt ein Kind nach einer Übertragung bekam. Dabei sind noch nicht einmal die, die vor der Übertragung abgebrochen haben, weil sich andere gesundheitliche Risiken herausgestellt haben. Dann wäre es wahrscheinlich eins zu zehn.

Was machen Sie mit der großen Mehrheit der Frauen, die sich dem immer wieder unterziehen und trotzdem kein Kind bekommen? Ist das Leid für diese Frauen nicht viel größer, die dann eben kein Kind bekommen, sich aber jahrelang damit beschäftigt haben? Ich habe vor Kurzem eine Frau gesprochen, die elf Versuche gemacht hat; sie kannte überhaupt kein anderes Lebensziel mehr.

Glauben Sie wirklich, dass es besser ist, sich einer solchen Technologie zu unterziehen, die für alle Beteiligten knallhart ist und in den wenig-

ten Fällen zum Erfolg führt? Darüber muss man ehrlich diskutieren.

Ich habe nichts von solchen Befragungen, an denen sich 167 Leute beteiligen; die halte ich für ein Wissenschaftsgremium für sehr schwierig. Aber muss einmal offen darüber sprechen, wie es für die Kinder ist, welche Folgen es für die Kinder gibt. Wie auch der letzte Bericht des Büros für Technikfolgen-Abschätzung des Deutschen Bundestags sagt, gibt es Anzeichen dafür, dass die Abortrate höher ist (beim Social Freezing ist sie übrigens noch höher; das sagt auch das Register) und dass es mehr Kinder mit Behinderung nach künstlicher Befruchtung als nach natürlicher Befruchtung gibt. Dafür gibt es zumindest zahlreiche Andeutungen; das sagt der Bericht des Büros für Technikfolgen-Abschätzung, der völlig neutral ist.

Burkhard Plemper

Erweitern wir das um die Eizellspende. Herr Terpe, sehen Sie auch, dass das ein Eingriff ist, der nicht mehr im Rahmen einer vernünftigen, über Jahrhunderte, Jahrtausende gewachsenen Medizin vorgenommen wird, sondern dass das etwas ist, salopp gesagt, wo wir über die Stränge schlagen, wo wir uns etwas anmaßen, wo wir in natürliche Prozesse eingreifen, was uns nicht zusteht?

Harald Terpe

Man muss vom gegenwärtigen Stand in Deutschland ausgehen. Die Eizellgewinnung ist nicht untersagt, sondern es gibt eine Eizellgewinnung für die IVF. Trotz der, wie mir scheint, richtigen Interpretation von Zahlen und dass man immer schaut, wie man es begleitet, liegt es an uns, dieses Verfahren so risikofrei und so wenig belastend für die Frauen oder zukünftigen Eltern und zukünftigen Kinder zu machen, wie es nur geht.

Aber die Eizellspende ist etwas anderes: Es wird auf Dritte zurückgegriffen. Dritte werden genutzt, um den Wunsch zu erfüllen. Das halte ich für einen qualitativ ganz anderen Eingriff. Dem steht nicht nur entgegen, dass man Fremdnützigkeit bei solchen Sachen auch aus ethischen Gründen ausschließen muss, sondern es steht auch die Frage, die man stellen muss – in der medizinischen Diagnostik und Therapie gibt es den Grundsatz, dass für einen Eingriff an einem Menschen immer die Zustimmung des Menschen entscheidend ist, nachdem er aufgeklärt ist. Das ist das eine. Aber es muss auch die Indikation stehen, und ich weiß nicht, wo die Indikation für eine Eizellspende bei einer dritten Person stehen soll. Da wird die Indikationsstellung schwierig. Das ist in den Foren bisher nicht als Thema gemacht worden. Es ist auch schwierig, dafür eine neue gesetzliche Regelung zu schaffen. Stellen Sie sich vor, wo wir hinkommen, wenn man die Frage der richtigen Indikationsstellung in der Medizin in Frage stellt. Auch das ist ein Argument dafür, zu sagen, dass wir es uns mit der Eizellspende genau überlegen sollten.

Burkhard Plemper

Erweitern wir den Fokus und die Leihmutter-schaft. Frau Vogler.

Kathrin Vogler

Da gilt für mich das Gleiche. Es wird immer viel argumentiert mit Selbstbestimmung, dass Menschen frei entscheiden sollen, ob, wann und auf welche Art und Weise sie Eltern werden wollen. Das gilt aber immer nur für die, die hier als Besteller bezeichnet werden. Denn machen wir uns nichts vor: Die große Anzahl der Leihmütter genauso wie die große Anzahl der Eizellspenderinnen werden das nicht aus reinem Altruismus tun, sondern entweder aus sozialem Druck, wenn sie im Rahmen von persönlichen oder familialen

Beziehungen eingesetzt werden (wir hören das zum Beispiel aus Indien, wo kein Geld fließt, aber Schwestern, Schwägerinnen usw. diejenigen sind, die Eizellen spenden sollen), oder aus nackter wirtschaftlicher Not oder kommerziellen Interessen. Damit werden Frauenkörper zur Handelsware, und das sollte man auf keinen Fall fördern.

Ich möchte noch einmal zurück zur Eizellspende: Sie wird immer mit der Samenspende verglichen. Wenn man sich ein bisschen auskennt, kann man diesen Vergleich überhaupt nicht ziehen, denn Samenspender werden nicht hormonell stimuliert und nicht punktiert. Das Verfahren der Eizellspende ist ein invasives, medizinisches Verfahren, das der Samenspende aber ein relativ naturnahes Verfahren.

Wenn Sie jetzt den Vergleich zu Lebendspendern bei der Organtransplantation ziehen, muss ich auch da widersprechen, denn bei der Organtransplantation geht es um den Erhalt, um die Rettung eines Lebens, das schon in der Welt ist, und nicht um ein abstraktes möglicherweise entstehen könnendes Leben wie im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin. Auch da muss man genau auf die Unterschiede schauen. Selbst in der Transplantationsmedizin wissen wir, dass nicht alle Lebendspenderinnen und Lebendspender mit der Aufklärung zufrieden sind, die sie erfahren haben, und auch nicht alle der Überzeugung sind, dass sie wirklich ausschließlich freiwillig gespendet haben. Umso mehr muss man sehr skeptisch und kritisch darauf schauen, wenn es nicht um den Erhalt eines konkreten Lebens geht.

Burkhard Plemper

Wir diskutieren auf unterschiedlichen Ebenen. Einmal sagen wir: In dem Verfahren, wie es jetzt ist, lauern in der Praxis Gefahren für die Betei-

ligten, für die Betroffenen. Gleichzeitig geht es aber um die grundsätzliche Frage, ob wir, wenn wir diese Schwierigkeiten ausschließen könnten, es denn wollten. Da höre ich bei Ihnen Ablehnung, Herr Hüppe.

Hubert Hüppe

Beim Thema Leihmutterschaft wird so getan, als gäbe es massenweise altruistische Frauen, die nur darauf warten, für andere Menschen ein Kind auszutragen. Das halte ich für absurd. In Vorbereitung auf diese Veranstaltung habe ich einen Vertrag des Centers for Human Reproduction BioTexCom ausgedruckt. Darin steht alles, was man in einem Vertrag als Leihmutter und als spätere soziale Mutter so vereinbart, zum Beispiel: Es gibt keine freie Arztwahl, sondern der Arzt wird von der Reproduktionsklinik bestimmt; dieser muss alle Daten während der Schwangerschaft weitergeben. Sie muss sich einer Pränataldiagnostik unterziehen und dann entscheidet die spätere Mutter darüber, ob das Kind abgetrieben wird oder nicht. Wenn sie es nicht abtreibt, muss sie es behalten und die Kosten aller Dinge mitbezahlen laut Vertrag, es gibt also quasi eine Zwangsabtreibung. Das ist ein Mustervertrag, so geht es weiter. Sie muss sich zur Mehrlingsreduktion verpflichten. Wenn man nur ein Kind bestellt hat, darf man eben nicht zwei zur Welt bringen, und all diese Dinge. Und dann redet man davon, wie schön doch diese neue Welt woanders ist.

Sie werden solche Tendenzen in Deutschland nicht in den Griff bekommen. Das ist in keinem Land gelungen, auch nicht in England, wie es heute einmal behauptet worden ist. Da gibt es genug Nebenverträge; einige sind ja durch die Medien gegangen.

Die Ausbeutung von Frauen – ob das die Eizellspende oder die Leihmutterschaft ist – ist aus gu-

ten Gründen verboten. Es gibt Ausnahmen, wo schon Eizellen vorhanden sind und vielleicht Krebs; diese Dinge sind aber so selten, dass wir nicht groß darüber reden müssen. Aber wenn wir hier die Tür aufmachen, werden wir sehen (wie es bei der PID offensichtlich schon geschehen ist, wenn ich heute den Vortrag von Ihnen gehört habe), dass man dann praktisch nicht mehr von Embryonenschutz sprechen wird, sondern dass es nur noch um die Machbarkeit der Reproduktion geht und dass alles, was irgendwie technisch möglich ist, gemacht werden soll. Das ist der falsche Weg, und da brauchen wir Grenzen.

Burkhard Plemper

In einem möchte ich Ihnen widersprechen, Herr Hüppe. Auch wenn es vielleicht nur Einzelfälle betrifft, müssen wir darüber reden, denn wir schaffen damit Präzedenzfälle oder ein Einfallstor für diese Technologie.

Hubert Hüppe

Ich nehme noch einmal den Vortrag des Reproduktionsmediziners von heute Morgen. Da wurde gezeigt: 400 Spenderinnen und 80 Empfänger sind vorhanden. Dann wurde gesagt: Da ist das Risiko einer genetischen Übertragung von was immer auch defekt ist, bei 2 Prozent. Und dann tut er so, als wenn die 80 tatsächlich ein Kind bekommen. Tatsächlich bekommen aber wahrscheinlich nur acht ein Kind [Zuruf: Weniger] Oder wahrscheinlich noch weniger. Wenn Sie immer darüber sprechen, dass wir den Kinderwunsch erfüllen müssen: Wir erfüllen ihn nicht, auch diese Technologie erfüllt ihn nicht, nur in einer kleinen Minderheit. Und wir nehmen so viel Leid und Ausbeutung in Kauf, dass ich sage: Das darf ein Gesetzgeber nicht tun. Er muss die Regeln schaffen, so wie es auch Regeln bei der Transplantation gibt.

Die Transplantation sehe ich auch bei der Lebendspende kritisch, aber da geht es um etwas ganz anderes, da hat Frau Vogler recht: Es geht darum, dass jemand stirbt oder nicht, der schon da ist, und bei dem anderen geht es darum, ob man in wenigen Fällen ein Kind bekommt oder nicht. In jedem Fall gibt es auch andere Möglichkeiten. Wenn es wirklich nur auf so wenige Fälle beschränkt ist, ist die Adoption schon eine Möglichkeit, und dann sind auch andere Dinge eine Möglichkeit. Ob man tatsächlich nur *seine* Gene wiederfinden soll und ob der Staat die Aufgabe hat, es sicherzustellen, dass man auf jeden Fall seine eigenen Gene wiederfindet und nicht irgendwelche fremden Gene – dann ist es aber nicht Aufgabe, das sicherzustellen oder gar noch zu finanzieren.

Burkhard Plemper

Meine Damen und Herren, lassen Sie uns darüber ins Gespräch kommen, bevor wir hinterher zum dritten Punkt kommen, zum Social Freezing. Sicher haben Sie Fragen oder Stellungnahmen an die Politikerin, die Politiker.

Uta Wagenmann

Uta Wagenmann, Gen-ethisches Netzwerk, Berlin. Herr Hüppe, ich fand es sehr interessant, was Sie gerade über den Vertrag erzählt haben. Ich versuche seit längerer Zeit etwas darüber herauszufinden, weil aus dieser vertragsrechtlichen Beziehung, die zwischen einer Leihmutter und der Auftraggeberin entsteht, genau diese Fragen auftauchen: Pränataldiagnostik, Qualitätskontrolle, was passiert, wenn unter der Geburt etwas schiefgeht? Das sind Fragen, die wahrscheinlich in diesen Verträgen geregelt werden müssen, und sie müssten auch, wenn es hier erlaubt wäre, geregelt werden. Danke, dass Sie das einmal zur Sprache gebracht haben.

Das andere Thema, was ich ansprechen wollte, ist hier bisher noch nicht angesprochen worden. Auch auf die Gefahr hin, dass ich jetzt als Naturalistin wahrgenommen werde (das bin ich nicht): Ich möchte noch einmal daran erinnern, dass die Schwangerschaft in Bezug auf Leihmuttertschaft auch ein besonderer Zustand ist. Das ist eine leibseelische Beziehung, nicht nur ein biologischer Vorgang. Es stört mich an der ganzen Diskussion, dass wir immer nur auf die Biologie starren. Diese Frage möchte ich auch an die Politiker und die Politikerin hier richten, inwiefern wir da nicht als scheinbar aufgeklärte Gesellschaft einem unglaublichen Biologismus aufsitzen, als würden die Gene und die biologische Erbsubstanz alles begründen, was an Elternschaft möglich ist. Kinderwunsch könnte sich doch zum Beispiel auch dadurch erfüllen, dass das Adoptionsrecht deutlich vereinfacht wird und die Adoption auch für gleichgeschlechtliche Paare viel zugänglicher wird.

Ich sehe da überhaupt kein Problem. Es gibt so viele Kinder, die im Heim sitzen und wo keine Pflegschaft gefunden wird, weil sie schon zu alt sind usw. Ich frage mich: Warum wird da nicht mehr nach geschaut? Wir sind eine Gesellschaft von Menschen, und eine Beziehung zum Kind ist immer eine soziale Beziehung. Ich verstehe nicht, warum diese biologische – ich finde das fast im psychologischen Sinne eine Fixierung.

Burkhard Plemper

Das ist deutlich geworden, die Betonung des Sozialen in der Elternschaft.

Wolfgang van den Daele

Ich habe eine Beobachtung: Die Politiker auf dem Podium sind sich offenbar ziemlich einig [Zuruf: ... heute Morgen aber auch.] Ja. Es ist oft so, dass es einen Elitenkonsens gibt in eine bestimmte Richtung, nämlich restriktiv. Aber:

Dieser Elitenkonsens steht in einem krassen Gegensatz zur Bevölkerungsmehrheit. Diese Spannung kann man als Politiker natürlich aushalten; man kann sagen: Das ist eben so, die Bevölkerung muss lernen, was die Ethik ist. Die Konsequenz ist aber in einer offenen globalisierten Welt, dass die Patienten und Klienten ins Ausland auswandern. Das zeigt, dass es einen begrenzten Spielraum für durchsetzbare klare Regeln gibt und dass die Akzeptanz dieser Regeln in der Bevölkerung recht prekär ist.

Karin Brosius

Mein Name ist Karin Brosius, ich war heute hier als Patientenvertreterin für die Eltern von betroffenen Kindern von mitochondrialen Erkrankungen. Mich hat es enttäuscht, wenn nicht schockiert, dass nach einem ganzen Tag Diskussion, wo man gesagt hat: Da und da sind die Probleme, da könnte es gehen, da haben wir Bedenken und so sieht es aus, das sind die Vorteile und das die Nachteile, sich drei Politiker von drei unterschiedlichen Parteien hinsetzen, nicht auf ein einziges Argument, was gefallen ist, eingehen, sondern sagen: Kategorisch abgelehnt, seht zu, wie ihr mit euren Kindern klarkommt, und auch noch von Hybris sprechen.

Die Hybris haben wir schon lange in dem Land. Sie fängt an damit, dass Kinder heute im sechsten Monat zur Welt kommen, am Leben erhalten werden, dann mit ihren Eltern nach Hause geschickt werden, die Eltern heute mittlerweile Intensivmediziner sind und ihre Kinder oft bis zum 18. oder 30. Lebensjahr versorgen und sehr angespannt sind in der Situation. Wenn dann eine Rettung für diese Kinder und für diese unerträgliche Situation in Aussicht ist, zu sagen, das ist Hybris, das müssen Sie in Kauf nehmen – das finde ich schwierig.

[Zwischenruf, ohne Mikro]

Burkhard Plemper

Ich muss nachfragen; Herr Höpfe hat auch gefragt: Was meinen Sie mit Rettung? Geht es um Hilfe? Geht es um Rettung für die Kinder? Oder geht es darum, das zu vermeiden?

Karin Brosius

Es geht darum, dass durch den Spindeltransfer Krankheiten vermieden werden könnten. Heute Morgen haben wir gehört, dass Eltern prinzipiell ein Recht auf Fortpflanzung haben, dass man das Recht auf ein gesundes Kind aber nicht garantieren kann, dass also Eltern Ihrer Meinung nach Kinder bekommen können, die schwer krank sind, von mir aus auch zehn, zwölf hintereinander, dass das rechtlich in Ordnung ist. Aber wenn man sagt, man möchte das verhindern, und es gibt eventuell eine Methode, um das zu verhindern, und wir möchten, dass sie erforscht und eventuell möglich wird, dass dann nicht gesagt wird: Ja, da können wir einmal drüber nachdenken, sondern dass sofort ein kategorisches Nein aus allen drei Parteien kommt, das finde ich nach diesem Tag der intensiven Diskussion schon merkwürdig. Da frage ich mich: Wozu war ich denn hier, wenn Sie das eh schon wissen?

Burkhard Plemper

Frau Brosius, damit wir nicht auf ein falsches Gleis kommen: Ich verstehe es so, dass wir hier nicht über die Hilfen für betroffene Kinder und ihre Familien diskutieren – das wäre eine Extra-Diskussion, die vermutlich anders verlaufen würde –, sondern dass es darum geht, in der Diskussion solche Erkrankungen zu verhindern, und das eben beispielsweise durch die Methode des Spindeltransfers.

Daniela Goerdeler

Mein Name ist Daniela Goerdeler, ich bin vom Bundesministerium der Justiz und für Verbrau-

cherschutz. Nachdem ich den Eindruck habe, dass Einmütigkeit darin besteht, dass man neue Methoden eben nicht möchte, unter anderem auch nicht die Leihmutterchaft, würde mich interessieren, wie die Vertreter der hier vorhandenen Parteien die Frage sehen, was die Konsequenz daraus sein soll angesichts der Tatsache, dass das aufgrund der anderen Bestimmungen im Ausland nun einmal stattfindet. Heißt das, dass wir unser Verbot hochhalten und im Einzelfall eben doch die Kinder ins Land lassen? Oder heißt das, dass wir unser Verbot hochhalten und es den Menschen so schwer wie möglich machen, wenn sie im Ausland ein Kind bekommen? Wie soll aus Ihrer Sicht die Konsequenz sein?

Dr. Peter Radtke

Die ganze Tagung über habe ich ein ungutes Gefühl, weil ich mich frage: Wo bleibt eigentlich das Kind? Ich höre immer nur von den Eltern, von ihrem Recht, zum Beispiel im Vortrag von Frau Wiesemann die Infragestellung des Rechtes auf ein gesundes Kind, und das wurde in Verbindung gesetzt mit Recht auf Bildung, Recht auf Lohnfortzahlung. Das sind keine Vergleiche, sondern ich müsste sagen: Recht auf ein intaktes Auto zum Beispiel.

Da kommt man unwillkürlich auf den Gedanken: Ist das Kind ein Besitztum? Ein Besitztum, mit dem man sagt: Ich will nur dieses oder jenes Kind, ich will nur einen roten VW oder nur ein Automatikauto. Ich höre hier nur immer die Möglichkeiten und die Freiheit von Eltern, aber kaum die Verantwortung gegenüber dem Kind, und ich höre auch nicht, wie behinderte Menschen, die ja auch Kinder waren, zu einer Behauptung stehen, Leid vermindern. Ich persönlich sehe meine Existenz keinesfalls als Leid an.

Burkhard Plemper

Ich muss eine Ergänzung machen zur Darstellung von Frau Amunts: Zu dem, was die Menschen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, betont haben, gehörte auch ausdrücklich (so habe ich sie verstanden), auf das Wohl des Kindes zu achten und das in den Vordergrund zu stellen. Vielleicht liegt es auch an dieser Diskussion, dass das etwas schief wird.

Wolf-Michael Catenhusen

Die Leihmutterchaft ist ein Thema gesellschaftlicher Kontroverse. Da verfügt man auch über ausreichend internationale Erfahrung. Deshalb wundert es mich nicht, dass die Politiker dazu eine dezidierte Meinung haben, wie viele ja von uns auch: entweder dafür oder dagegen. Das halte ich nicht für anrühlich.

Die andere Frage ist: Wie geht man mit Hoffnung um? Da kann sich der Regulator nicht nur auf Hoffnung stützen, sondern muss schon gesichertere Erkenntnisse haben. Sie wundern sich nicht, dass ich das als Ex-Politiker jetzt im Deutschen Ethikrat sage, denn so einfach kann man die Politiker nicht verprügeln.

Regina Ludewig

Mein Name ist Regina Ludewig, ich bin freiberufliche Ethikberaterin in Hamburg. Ein Punkt, der mir hier in der Diskussion fehlte und der heute Morgen in einer Frage aus dem Publikum an Frau Wiedemann kurz anklang, war die Frage: Bedenken Sie bei der Diskussion auch das Thema Inklusion mit? Es geht nicht nur darum, ob wir Leihmutterchaft – ich würde das kategorisch ausschließen aus den Gründen, die die Politikerin und die Politiker hier genannt haben, aber ich möchte Sie als Volksvertreter bitten, diesen Punkt der Inklusion mit zu bedenken.

Behinderung ist nicht nur Leid, sondern auch eine Form von Identität, und es stellt die Frage: Wie sind die Lebensbedingungen von Menschen in dieser Gesellschaft? Bei einer Diskussion um Präimplantationsdiagnostik, Leihmutterchaft und Eizellspende kommen wir nicht um diese gesellschaftlichen Bedingungen herum, dass so etwas wie Zugang zu Bildung, zu medizinischer Versorgung oder zu Barrierefreiheit damit absolut hineingehört und dass es nicht nur darum geht, das zu verhindern.

Selbstverständlich finde ich es sehr wichtig, dass bei bestimmten Erkrankungen die Möglichkeit zum Beispiel eines Spindeltransfers besteht, weil die Eltern mit dieser Sorge um solche Kinder alleine gelassen werden, es nicht mehr leistbar ist und sich die Gesellschaft da einer ethischen Verantwortung entzieht. Das gehört für mich mit hinein: Wie leben Kinder denn? Wieso definieren die Gesunden, was Leid oder Behinderung ist und was lebenswert oder nicht lebenswert ist? Das gehört für mich auch in eine gute Beratung, Ethikberatung und psychosoziale Beratung, und es gehört mit in diese Debatte. Das habe ich heute vermisst.

Burkhard Plemper

Bei allem, was wir diskutieren, denken wir den Aspekt der Inklusion mit. Wir haben es mehrfach gehört: Es besteht bei dieser Diskussion die Gefahr – wir wollen verhindern, dass alles, was nicht normal ist, als Leid definiert wird, und diejenigen, deren Identität eben so ist, fühlen sich abgewertet. Ich vermute, das will niemand von Ihnen dreien.

Was machen wir jetzt damit? Wir haben gehört, es gibt den sogenannten Elitenkonsens: Sie sind sich einig und viele andere sind sich einig, aber wenn Sie den Mann und die Frau auf der Straße fragen, hören Sie oft etwas anderes. Was machen

wir mit dieser Situation, Frau Vogler? Lassen wir zu, dass sie ins Ausland gehen und im Ausland das machen, was Sie Ihnen hier versagen?

Kathrin Vogler

Ich möchte erst noch etwas zur angeblichen Einigkeit aller Parteien und zum sogenannten Elitenkonsens sagen. Das ist nicht so. Wir haben hier eine Auswahl von Menschen auf dem Podium sitzen. Wir sind alle drei Mitglieder des Gesundheitsausschusses, wir haben alle auch unsere individuelle Auffassung, und auch in dieser ethischen Diskussion vertreten wir nicht unbedingt Fraktionspositionen. Immer öfter bilden sich auch Gruppen jenseits der Fraktionsgrenzen. Von daher ist die Einigkeit, die wir drei hier verkörpern, noch keine Aussage darüber, wie das die anderen Mitglieder des Bundestages sehen.

Als Gesetzgeber sind wir in der Pflicht, anhand unserer Grundwerte, die uns das Grundgesetz vorgibt (wo zum Beispiel die Würde des Menschen unantastbar ist, also das menschliche Leben sehr hoch eingeschätzt wird), Gesetze zu machen, die zu unserer gesellschaftlichen Wirklichkeit passen. Da kann die immer wieder auftauchende Argumentation, dass es im Ausland andere Gesetze gibt und die Leute im Zuge der Mobilität und Globalisierung dann anderswohin gehen, für uns kein Argument sein, denn sonst bekämen wir ein globales oder zumindest europaweites Ethik-Dumping, wo die Geschäftemacher hingehen.

Ich habe mir einmal die Homepages von solchen Reprokliniken in Russland, in der Tschechoslowakei und so angeschaut, die ihre Dienstleistungen auch auf Deutsch sehr attraktiv bewerben und sich auch entsprechend bezahlen lassen. Dann bräuchten wir uns mit solchen Fragen gar nicht mehr zu beschäftigen, könnten im Endeffekt auch den Deutschen Bundestag auflösen und

sagen, wir machen die Standards nur noch so, wie sie anderswo am niedrigsten sind. Das kann auch keiner wollen.

Burkhard Plemper

Das leuchtet ein, aber trotzdem gibt es die Auffassung, dass die gegenwärtige Regelung nicht dem entspricht, was sich die Leute wünschen. Sie fühlen sich allein gelassen, sie fühlen sich hilflos damit und gehen dann eben dahin, wo sie zumindest die Hoffnung haben, dass ihnen geholfen wird: irgendwo ins Ausland. Das muss Sie doch umtreiben.

Kathrin Vogler

Ja gut, aber erst einmal muss man fragen: Wie sind überhaupt die Zahlen? Wie viele Paare gehen ins Ausland, um dort eine Leihmutterchaft zu machen? Um die Frage der Kollegin vom BMJ [Bundesministerium der Justiz] noch einmal aufzugreifen, dass das nun einmal stattfindet und wir irgendwie dafür sorgen müssen, dass das keine Konsequenzen hat – das sehe ich nicht so. Man kann nicht damit argumentieren, dass, wenn Menschen Gesetze brechen, die Gesetze falsch sind. Das Kindeswohl ist ein wichtiges Argument, aber wir dürfen keine Anreize dafür setzen, dass diese Gesetze weiter gebrochen werden. Wir müssen sicherlich darüber nachdenken, wie die rechtlichen Verhältnisse für Kinder sind, dürfen aber keine Anreize setzen, dass Leute ins Ausland gehen, um dort unter anderen gesetzlichen Bedingungen zu agieren, als wir es hier für richtig halten. Das muss man im Blick behalten.

Burkhard Plemper

Das bedeutet aber, und jetzt möchte ich Herrn Terpe und Herrn Hüppe ins Spiel bringen: Was müssen wir tun? Wir wollen es nicht Ihnen allein überlassen, wir müssen einen gesellschaftlichen Diskurs darüber in Gang setzen, und der ist of-

fensichtlich zu verengt, wenn wir uns um eher technische Fragen kümmern, denn die Familien, die ein Kind mit schwerer Behinderung haben, fühlen sich allein gelassen. Deshalb ist auch das Stichwort Inklusion gefallen und angemahnt worden. Müssen wir bei dieser Diskussion mehr in diese Richtung denken?

Harald Terpe

Es ist wichtig, dass wir eine gesellschaftspolitische Diskussion nicht nur jetzt und situationsgebunden führen, sondern das ist eine dauerhafte gesellschaftspolitische Diskussion, die im Übrigen mit anderen Gesetzgebungsverfahren angefangen hat. Zur PID haben wir eine gesellschaftspolitische Diskussion geführt, und ich halte Ihnen einmal vor Augen, was damals diskutiert worden ist: Seinerzeit ist bewusst ein Widerspruch in der Gesetzgebung erzeugt worden. All diejenigen, die gesagt haben, wir müssten mit PID zurückhaltend umgehen, haben immer den Fokus darauf gelegt, dass es vor allen Dingen darauf ankommt, die gesellschaftlichen Verhältnisse so zu gestalten, dass das Leid, das vorhanden sein mag, oder die Leiderfahrung reduziert wird, soweit es die Gesellschaft leisten kann, dass zum Beispiel die Inklusion hochgehalten wird, und dass es mitnichten so sein kann, dass man auf der anderen Seite versucht, durch eine Gesetzgebung unterschwellig eine bestimmte Stigmatisierung von Kindern mit Behinderung zu regeln. Das ist die Diskussion der PID gewesen.

Diese Diskussion spielt auch jetzt wieder eine Rolle. Natürlich müssen wir gesellschaftspolitisch diskutieren, für meine Begriffe sogar darüber, inwieweit wir alle als Gesellschaft – auch die betroffenen Eltern – es verantworten können, dass beispielsweise bei der Verwirklichung ihres Wunsches die Situation oder Rechte Dritter in

Mitleidenschaft gezogen werden. Das ist eine Diskussion wert; dabei geht es um Freiheit und Verantwortung.

Ich sage noch einmal aus meiner individuellen Lebenserfahrung: Wir müssen als Gesellschaft auch eine Diskussion darüber führen, inwieweit wir, jeder individuell, bereit sind, mit den individuellen Gegebenheiten, die man hat, umzugehen, und können nicht dem Gesetzgeber und der Politik sagen: Ihr müsst unter allen Umständen für mich persönlich mein Problem lösen. Wir haben Problemlösungen; dafür sollen wir in Abwägung aller gesellschaftlichen Interessen da sein. Es ist zu einfach, zu sagen: Die Bevölkerung will das (man müsste es einmal herausbekommen; die Umfrage sagt das nicht, dass die Bevölkerung das will), und es ist zu kurz gegriffen, eine Diskussion zu führen nach dem Motto: Hier sitzt ein Elitekonsens (wobei ich in Frage stelle, dass es so einen Elitekonsens gibt) und die anderen denken alle anders.

Wir stehen erst am Anfang einer Diskussion, auch um die Gestaltung der gesellschaftlichen Zukunft in Deutschland. Wir werden beim Social Freezing nachher noch konkret hören, was sich eigentlich gesellschaftlich bei uns geändert hat, dass wir so weit gekommen sind, dass wir auf solche Methoden zurückgreifen müssen. Das ist auch eine Frage, der man sich stellen muss. Wir stehen am Anfang und nicht am Ende einer Diskussion, wo nur die Politiker hier auf dem Podium noch nicht verstanden haben, wo es hingeht.

Burkhard Plemper

Sie haben das Stichwort gerade genannt, Herr Terpe: Social Freezing, zeitlich verschobene Elternschaft. Aber Sie möchten noch etwas zur Inklusion sagen.

Hubert Hüppe

Ich muss noch einmal etwas sagen dürfen; wenn Fragen gestellt werden, haben die Frager ein Recht, eine Antwort zu bekommen. Vorweg gesagt: Ich lasse es mir nicht gefallen, dass mir jemand aus dem Publikum erzählt, dass ich mich nicht um Menschen mit Behinderung kümmere. Ich bin Vater eines mehrfachbehinderten Sohnes. Ich bitte Sie ernst zu nehmen, dass ich, wenn ich solche Dinge spreche, es nicht mache, weil ich irgendwelche Parolen mache, sondern weil ich mich seit Jahrzehnten mit dieser Thematik beschäftige. Ich lasse mir so etwas nicht von irgendjemandem unterstellen.

Als Zweites: Wenn Sie sagen, es ist hier so diskutiert worden, dann möchte ich auch offen darüber reden, dass ich heute Morgen erschrocken war, dass der nationale Ethikrat die ersten Vorträge so einseitig zusammengestellt hat, wie ich es nicht von ihm kenne. Es waren nur Befürworter da, die die Vorträge gehalten haben. Und dass einem dann gesagt wird, wenn man sie selber einlädt, die Extrempositionen haben und bis zum Keimbahneingriff alles zulassen wollen (was aus meiner Sicht nicht mehrheitsfähig ist) – dann, nachdem man eine Tagung so manipulativ aufgebaut hat, zu sagen: Und jetzt seht ihr doofen Politiker noch nicht einmal ein, alles mitzumachen, was vorher gesagt wurde und was wir, weil wir sie so eingeladen haben, für richtig halten – das können Sie nicht machen.

Es geht nicht darum, dass Menschen mit Behinderung alleingelassen werden, sondern es geht darum, ob ich Techniken anwenden darf, um einen Kinderwunsch auszufüllen, den ich wahrscheinlich nie erfüllen werde (das habe ich schon ein paar Mal gesagt), der andere Opfer bringt. Diese Opfer können sein eine andere Frau, die ausgebeutet wird.

Es wurde schon gesagt, dass auch die Schwangerschaft eine Rolle spielt. Ich bin völlig überzeugt, dass Kinder auch während der pränatalen Phase von ihren Eltern geprägt werden und dass es, wenn sie dann weggenommen werden, wenn es ein anderer Geschmack, ein anderer Geruch ist, schon etwas mit diesen Kindern macht. Auch Adoption ist in dem Fall nicht ganz unproblematisch.

Zum Adoptionsrecht will ich Ihnen nur sagen: Das Recht können Sie so einfach machen und so weit legalisieren, wie Sie wollen: Es gibt nicht genug Kinder, und die Eltern, die in diese Kliniken fahren, wollen nicht die Kinder, die im Heim sind; sie wollen kein achtjähriges Kind mit Alkoholembryopathie.

Wenn Sie sagen Spindeltransfer, dann wäre ja der einfache Weg, eine Eizellspende zu machen (die ich auch ablehne), aber wenn Sie sagen würden: Warum wollen Sie denn nicht die Eizellspende? Weil Sie unbedingt Ihre Gene darin haben wollen. Das zeigt, dass da offensichtlich etwas anderes mitspielt: Es muss unbedingt dieses Kind mit meinen Genen sein und es muss perfekt sein.

Ich glaube, dass in vielen Bereichen, wenn wir aufklären, wenn wir über die Folgen und über die Erfolgsrate sprechen (anders, als es auf diesem Bild suggeriert wird), dass dann viele in der Bevölkerung anders denken, als es jetzt von manchen Lobbygruppen so oberflächlich nach vorne gepeitscht wird, und wo man vielleicht bei einer Frage, wenn man sie nur richtig stellt, auch die richtige Antwort bekommt.

Burkhard Plemper

Sie sprechen vom perfekten Kind, aber es geht auch noch um den perfekten Zeitpunkt. Zeitverschobene Elternschaft – es gab die Frage: Soll man das zulassen? Technisiert man damit einen

natürlichen Vorgang? Welche Auswirkungen hat das? Besteht die Gefahr der Kommerzialisierung? Und vor allen Dingen: Besteht für Frauen die Gefahr der Stigmatisierung, dass sie ihren Lebenslauf und ihre Karriereplanung nicht optimiert haben? Was sagen Sie politisch dazu?

Kathrin Vogler

Für mich ist das ein Versuch, gesellschaftliche und soziale Probleme biotechnologisch zu lösen, und ich halte es nicht für den richtigen Weg. Frauen werden immer älter, bevor sie ihr erstes Kind bekommen, aber das hat gesellschaftliche Ursachen, und diese Ursachen finden wir in der Arbeitswelt, in der Gesellschaft und in der Lebenslaufoptimierung. An diese Fragen müssten wir herangehen und nicht versuchen, technisch einen Ausweg zu suchen.

Inwiefern das ein gangbarer Ausweg für die einzelnen Frauen ist, ist für mich auch nach dem, was ich darüber gelesen habe und was wir bisher an Evidenz für diese Verfahren haben, völlig offen. Ich finde, da werden Hoffnungen gehandelt, wie das Herr Catenhusen vorhin zu dem anderen Thema gesagt hat.

Fertilisationskliniken sind in ihrer Mehrheit keine karitativen Einrichtungen, sondern Wirtschaftsbetriebe; man mag das bedauern, muss es aber feststellen. Man muss sich überlegen, ob man diesen Wirtschaftsbetrieben hier einen Weg bahnt, dass sie sich immer neue Geschäftsfelder erschließen können, auch zu Lasten der Frauen. Denn man muss auch dieses Social Freezing einmal durchdeklinieren. Was heißt das? Im optimalen Fall ist die Frau 25 Jahre alt; da sind die Eizellen wahrscheinlich am fittesten. Wenn ich mich zum Beispiel nehme: Mit 25 habe ich mir noch gar keine Gedanken darüber gemacht, ob ich jetzt Eizellen auf die Kante lege oder ob ich überhaupt Kinder haben will; damals habe ich

noch gedacht, ich möchte gar keine Kinder haben.

Die biologische Uhr fängt erst später an zu ticken; da macht man sich halt später Gedanken darüber und stellt dann fest, dass es schwierig ist. Im fortgeschrittenen Alter dauert es halt länger, bis man auf normalem Wege zum Erfolg kommt. Bei einer Bekannten von mir und ihrem Partner hat es überhaupt erst geklappt, nachdem sie 15 Jahre intensiv versucht haben und immer daran geglaubt haben. Erst dann, als sie aufgegeben hatten und gedacht hatten, jetzt ist die Menopause da, kam das Kind. So planbar ist diese Geschichte auf dem natürlichen Wege nicht, das wissen Sie.

Man muss darüber sprechen, wie man es jungen Frauen und jungen Paaren, sobald sie das Gefühl haben, sie haben jetzt eine stabile Beziehung oder die Situation, wo sie gerne ein Kind haben möchten, ermöglicht, es nicht rauszuschieben. Da sprechen wir über Einkommen, befristete Arbeitsverhältnisse, mangelnde Kitaplätze und Betreuungseinrichtungen usw. Das ist ein großes gesellschaftliches Thema und kein kleines technisches.

Burkhard Plemper

Ergänzungen dazu, Herr Hüppe?

Hubert Hüppe

Es ist ja erlaubt, es ist nicht verboten. Die Frage ...

Burkhard Plemper

Sollen es die Kassen zahlen?

Hubert Hüppe

Nein.

Kathrin Vogler

Auf keinen Fall.

Hubert Hüppe

Wir zahlen dafür, dass Menschen gesund werden. Wir zahlen nicht dafür, dass man seine persönliche Familienplanung per Computer irgendwo eintaktet.

Gerade wenn ich an Menschen mit Behinderung denke, sind da Gelder viel besser angebracht als bei diesen Dingen, die man in einer schönen neuen Welt zu regeln versucht. Also: Es ist erlaubt, nur muss einmal die Zahlen nennen und nicht irgendwelche Wunschträume. Ich habe immer das Gefühl, man liest hier so einen Julia-Roman: Man macht das, [...] kommt zusammen, die Eizelle freut sich und man bekommt ein gesundes Kind. So.

Man unterscheidet im IVF-Register danach, woher die Embryonen stammen: Da gibt es eben die, die aus dem Kryotransfer kommen, also die eingefrorenen. Da ist die Wahrscheinlichkeit noch geringer als die, die ich eben genannt habe; da ist sie unter eins zu zehn. Das heißt, wenn Sie dieses Risiko eingehen und tatsächlich noch mit 40 oder 45 ein Kind bekommen wollen – ich habe Fälle in Amerika erlebt, wo die 60-jährige Frau von ihrer Tochter Eizellen gespendet bekommen hat (auch das ist da möglich), weil sie einen neuen Mann hatte und mit dem Kinder haben wollte, aber keine Eizellen mehr hatte, die noch befruchtbar waren. Da ist die Erfolgsrate noch geringer.

Im Übrigen: Es gibt eine Abortrate von 19 Prozent. Fast jedes fünfte Kind geht während der Schwangerschaft verloren. Das ist für die Frau eine Riesenbelastung, gerade wenn sie so einen extremen Kinderwunsch hat. Das heißt, die Technik, über die wir sprechen, gibt es nicht; sie ist vielleicht eine Chance, wenn man mehrere Versuche macht, führt aber nur in den geringsten Fällen zu dem Ergebnis, das man sich wünscht.

Es gibt natürlich Dinge, wo ich das gut nachvollziehen kann (das ist ja auch nicht verboten): Das ist, wenn zum Beispiel eine Krebserkrankung vorhanden ist und man sagt, man möchte nach der Bestrahlung trotzdem noch Kinder bekommen. Das finde ich nachvollziehbar und das wäre eine der wenigen Möglichkeiten, wo die Kasse eintreten kann.

Burkhard Plemper

Wir fangen jetzt nicht an zu diskutieren, wenn Fertilitätsmediziner und Reproduktionsmediziner sagen, sie haben aber ganz andere Zahlen. Wir lassen – [Zuruf: ...] – gut.

Mit der Jugend ist es ja so eine Sache. Jemand hat einmal gesagt: Die Jugend wäre schöner, wenn sie später im Leben käme. Vielleicht trifft das auch auf dieses Thema zu. Herr Terpe, haben Sie eine Ergänzung zum Social Freezing?

Harald Terpe

Ich kann das nur bestätigen, es ist ja nicht verboten. Hier stand drin: Muss man es verbieten? Ration würde ich sagen – dann träfen meine Argumente gegen die Leihmutterchaft und Eizellspende nicht zu. Es wird keine fremdnützige Sache gemacht usw., ich hätte also diese Begründung nicht. Insofern hätte ich einen Argumentationsmangel, etwas zu verbieten.

Wir müssen aber in der Gesellschaft eine Diskussion führen, warum unsere Gesellschaft nicht so funktioniert, wie sie in meinem eigenen Familienleben funktioniert hat, warum die ersten Kinder also nicht auch am Ende des Studiums oder der Ausbildung oder so kommen, wenn man jung ist, warum die Bedingungen und die gesellschaftliche Diskussion auch nicht so sind. Natürlich kann man das wegreden und sagen: Du musst erst das und das, und mit 25 kannst du noch keine Kinder bekommen oder so. Ich fürch-

te, dass wir über ein, zwei Generationen, also über einen kurzen Zeitraum von 20 bis 40 Jahren, ein Stück gesellschaftliche Erinnerung verloren haben, dass es nämlich unter den Bedingungen, die wir haben (wir sind ja nun keine Gesellschaft, der es total schlecht geht), geht, die Zeiten im Leben zu nutzen, wo man die größte Chance hat, eine Familie zu gründen und Kinder zu bekommen.

Ich würde als Eltern oder als Mutter – aber ich sage bewusst Eltern – nicht darauf vertrauen, dass ich, wenn ich eingefroren habe, wirklich so lange warten kann und später das Kinderglück in Empfang nehmen kann. Das wäre mir zu unsicher. Insofern muss man die Diskussion führen, ob das eigentlich der richtige Weg ist, individuell für jeden, ohne dass der Gesetzgeber an der augenblicklichen Situation etwas ändern muss. Es kann so bleiben, aber ich glaube, wenn wir die Diskussion führen, würde der Wunsch nach Social Freezing vielleicht deutlich geringer werden, als er hier in manchen Diskussionen geäußert worden ist.

Burkhard Plemper

Mit Blick auf die Uhr muss ich feststellen, dass wir noch Stunden weiter diskutieren könnten. Wir kämen wahrscheinlich nicht zu einem Ende, würden aber interessante Aspekte besprechen. Klar geworden ist: Wir haben auf der einen Seite soziale, gesellschaftliche Probleme. Wir haben den Druck zur Optimierung der Karriere und des Lebenslaufes: Über eine App habe ich meinen idealen Partner oder Partnerin gefunden, habe die ideale Karriereplanung, den idealen Zeitpunkt, um dann genau das Kind zu bekommen, das ich mir immer gewünscht habe, und das muss auch genau so sein und darf nicht anders sein. Das haben wir vorhin an Argumenten gehört, und darüber müssen wir mit Ihnen, den Po-

litikerinnen und Politikern, aber auch in der Gesellschaft den Diskurs initiieren und führen. Das macht der Deutsche Ethikrat.

Wie geht es weiter? Christiane Woopen, die Vorsitzende, hat das letzte Wort.

Schlusswort

Prof. Christiane Woopen

Lassen Sie mich anfangen mit einem Dank an alle Referentinnen und Referenten des Tages. Sie haben uns viele Informationen gegeben und sich den Diskussionen gestellt. Wenn uns von unterschiedlichen Seiten – glücklicherweise selten – vorgeworfen wurde, dass es einseitig besetzt sei, ist das möglicherweise das beste Zeichen dafür, dass es nicht so einseitig war.

Ein herzlicher Dank auch an die Abgeordneten, die sich der Diskussion hier gestellt haben, uns Ihre Ansichten mitgeteilt haben, den ganzen Tag anwesend waren, aufmerksam zugehört haben und diese Debatte weiter intensiv mitführen werden.

Ich danke der Agentur für die Argumentationskarten. Auch das war ein Versuch, das im Vorfeld etwas aufzubereiten. Wir werden das, was in den Foren an Argumenten gekommen ist und hinten an den Postern schon ergänzt wurde, noch einmal konsolidieren und auch ins Internet stellen, dass Sie es dort nachvollziehen können.

Ich danke auch der Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates sehr herzlich, dass sie die Jahrestagung, die etwas komplexer war als sonst, so gut vorbereitet, begleitet und durchgeführt hat.

Ich danke Ihnen als Gäste, die Sie jetzt noch sehr zahlreich hier sitzen, dass Sie den Diskussionsprozess so ernsthaft, kontrovers, persönlich offen und auch persönlich berührbar geführt haben.

Wenn ich das vergleiche mit der Diskussion über Fortpflanzungsmedizin, die wir vor gut zehn Jahren intensiv auch in Deutschland hatten, habe ich es als eine neue Qualität der Diskussion erlebt, weil es zum einen um andere Themen ging, weil ich aber auch die Offenheit und Ernsthaftigkeit, ohne dabei an Schärfe zu verlieren, als etwas Wertvolles erlebt habe und mir wünsche, dass das der Auftakt für eine sich fortsetzende intensive Diskussion ist.

Die Komplexität der Fragestellung ist deutlich geworden. Lassen Sie mich zu den drei Stichworten unseres Untertitels noch einmal den Bogen wieder zurückschlagen zu heute Morgen und dem drei ausgewählte Stichworte zuordnen.

Es ging um die individuellen Lebensentwürfe. Bei aller Unterschiedlichkeit und aller Komplexität der Aspekte, die damit in den unterschiedlichen Einsatzbereichen verbunden sind, ist klar geworden, dass Freiheit immer zusammengehört mit Verantwortung, dass Freiheit die Grundannahme ist, aber ihre Grenzen findet an dem Schutz, den andere beanspruchen dürfen – sei es ein Schutz der Kinder, die aus der Fortpflanzung hervorgehen, sei es der Schutz von Spendern, Leihmüttern und anderen Beteiligten.

Stichwort Familie. Wir spüren deutlich, dass wir einen Bedarf haben, uns über den ethischen Gehalt von Familie zu verständigen, weil traditionelle Vergewisserungsformen durch die Interventionsmöglichkeiten zumindest in Frage gestellt werden. Wir müssen uns darüber verständigen, was der ethische Gehalt ist und was in dieser Gesellschaft Familie bedeutet. Da sind Stichworte gefallen wie das umfassende Wahrgenommen-Werden, die umfassende Zuwendung, das verlässliche und dauerhafte Füreinander-Einstehen, unabhängig von Abstammungs-

verhältnissen biologischer Art. Darüber müssen wir weiter sprechen.

Es geht weiter zur Gesellschaft, denn die Fortpflanzungsmedizin bezieht sich nicht mehr nur auf die wenigen Paare, die aus Krankheitsgründen Hilfe brauchen, sondern umfasst mit ihren Techniken – Stichwort Social Freezing – potenziell fast alle von uns. Denn es sind nicht nur die Frauen, potenziell alle jungen Frauen dieser Gesellschaft, denen diese Technik angeboten wird, sondern auch die Partner, die zu einem viel späteren Zeitpunkt in eine Form einer künstlichen Befruchtung einbezogen werden. Die Relevanz des Themas Fortpflanzungsmedizin steigt erheblich, und daran knüpft sich die Frage des Handlungsbedarfs an.

Das Embryonenschutzgesetz ist verhältnismäßig alt und wir müssen uns fragen, ob es novelliert werden muss, ob es weiterentwickelt werden muss, und zwar in dreierlei Hinsicht: Erstens wissen wir mittlerweile, dass einige Fragen im Embryonenschutzgesetz unklar oder jedenfalls die Auslegung umstritten ist. Die Frage nach der Drei-Embryonen-Regel, ein Embryonenbegriff, der Single-Embryo-Transfer – muss das geklärt werden? Oder sollen das die Gerichte nach und nach klären?

Zweitens haben wir zwar manchmal eine klare Regulierung, die aber zuweilen umstritten ist: Eizellspende, Leihmutterchaft, wir haben jetzt eine Präimplantationsdiagnostik, wo die antragstellenden Paare zum Teil einfach 2.000 Euro für die Antragstellung bezahlen müssen, ohne zu wissen, was als Ergebnis herauskommt. Ist das wirklich das, was wir wollten? Postpartale Keimzellverwendung usw., diese Stichworte kamen.

Die dritte Frage: Es gibt etliche Bereiche, die im Embryonenschutzgesetz offen oder ungeregelt sind: die Dauer einer Kryokonservierung, der

Umgang mit überzähligen Embryonen, die Embryonenspende, eine zentrale Registrierung. Gibt es einen Regulierungsbedarf für Social Freezing und Altersgrenzen usw.?

Das heißt, wir haben drei Gruppen von Fragen, wo wir eine Antwort brauchen, ob wir für Deutschland ein Fortpflanzungsmedizingesetz für erforderlich halten, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Umfragen, und damit meine ich nicht diese nicht repräsentative und sehr kleine des Ethikrates, sondern viele andere, die durchaus repräsentativ sind.

Die Frage, die sich der Staat dabei stellen muss, ist nicht: Was muss ich zulassen?, sondern: Was darf ich einschränken? Denn die Verfassung bringt die Freiheitsvermutung. Er kann gute Gründe für ein Verbot haben; das will ich damit nicht grundsätzlich infrage stellen, das ist keine Gegenrede zu dem, was hier auf dem Podium diskutiert wurde. Aber es ist wichtig, dass man die Frage richtigerum formuliert.

Wir brauchen also eine intensive gesellschaftliche Debatte. Ich ermuntere Sie, sie zu führen, bei Ihnen zu Hause, in Ihren Fachkreisen. Die Medienvertreter bitte ich, diese Debatte entsprechend differenziert und lebendig zu halten. Der Deutsche Ethikrat wird die Tagung auswerten und schauen, inwiefern er dieses Thema weiter aufgreift. Dazu kann ich jetzt noch nichts sagen.

Am Ende des Tages bleibt mir nur, Ihnen nur einen guten Nachhauseweg zu wünschen, ein letztes Genießen der Sonne und Ihnen ein ganz herzliches Tschüss und auf Wiedersehen zuzurufen.