



## Für eine rechtebasierte Fortpflanzungsmedizin

pro familia Position zur rechtlichen Regelung reproduktionsmedizinischer Verfahren

### Überblick

pro familia setzt sich seit ihrer Gründung für die Durchsetzung der sexuellen und reproduktiven Rechte ein. Dabei geht es nicht darum, alles zu erlauben, was medizinisch machbar ist. Zu groß sind die Interessen der unterschiedlichen Akteur\*innen. Gesetzliche Regulierung sollte jedoch nicht stärker eingreifen als unbedingt notwendig. Bei allen Schritten reproduktiven Handelns müssen sowohl die Rechte und Bedürfnisse der Wunschertern als auch die Rechte der zukünftigen Kinder auf seelische und körperliche Gesundheit und die der möglichen Spender\*innen von Eizellen, Samenzellen und Embryonen berücksichtigt werden. Als Mitglied der IPPF (International Planned Parenthood Federation) sehen wir uns als Verband der IPPF-Erklärung von 2008 verpflichtet.

Nachfolgend werden verschiedene Teilbereiche und Aspekte beleuchtet, bei denen nach Einschätzungen von pro familia dringender Handlungsbedarf besteht. Der Text wurde erstellt auf Grundlage des Positionspapiers

„Für eine rechtebasierte Fortpflanzungsmedizin“ pro familia NRW / Mai 2020.<sup>1</sup>

In den letzten Jahren gab es wiederholt Forderungen nach einem neuen Fortpflanzungsmedizinengesetz. Das Embryonenschutzgesetz von 1991, das Abstammungsrecht und die fehlende Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften entsprechen kaum den Vorstellungen moderner Medizin und Familienformen. Die Praxis in Deutschland ist getragen von einzelnen Gerichtsentscheidungen, unterschiedlichen Einschätzungen der Landesärztekammern und dem Handeln einzelner Ärzt\*innen, die sich in teils unklarer Rechtsituation bewegen. Für alle wäre eine bundeseinheitliche rechtliche Verbindlichkeit entlastend.

pro familia hat sich in den Jahren intensiv mit den Bedarfen an neuen rechtlichen Regelungen auseinandergesetzt. Besondere Beachtung fanden dabei folgende Veröffentlichungen:

<sup>1</sup> [https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv\\_nordrhein-westfalen/pro\\_familia\\_NRW\\_rechtebasierte\\_Fortpflanzungsmedizin\\_Positionspapier\\_2020\\_Mai.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/pro_familia_NRW_rechtebasierte_Fortpflanzungsmedizin_Positionspapier_2020_Mai.pdf)

#### ABSTRACT

### For rights-based reproductive medicine

Since its foundation, pro familia has campaigned for the enforcement of sexual and reproductive rights. It is not a question of allowing everything that is medically feasible. The interests of the different actors are too great. However, legal regulation should not intervene more than is absolutely necessary. In all steps of reproductive action, the rights and needs of the intended parents as well as the rights of the future children to mental and physical health and those of the possible donors of eggs, sperm and embryos must be taken into account. As a member of the IPPF (International Planned Parenthood Federation), we are committed to the IPPF Declaration of 2008.

In recent years, there have been repeated calls for a new reproductive medicine law. The Embryo Protection Act of 1991, the law on parentage and the lack of equality for same-sex partnerships hardly correspond to the ideas of modern medicine and family forms. The practice in Germany is based on individual court decisions, different assessments by the state medical associations and the actions of individual doctors, who sometimes operate in an unclear legal situation. A nationwide legal obligation would relieve the burden on all of them. Over the years, pro familia has intensively dealt with the need for new legal regulations. This position paper examines various sub-areas and aspects where pro familia believes there is an urgent need for action.

>>

## Sexuelle Rechte – IPPF-Erklärung 2008

Alle Menschen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst über Reproduktion und Familienbildung zu entscheiden, einschließlich des Rechts, darüber zu bestimmen, ob sie biologische oder Adoptivkinder haben möchten oder nicht. Alle Menschen haben Anspruch auf alle sicheren, effektiven, akzeptablen und finanzierbaren Methoden der Fruchtbarkeitsregelung sowie auf Reproduktionstechnologien und Behandlungen. Alle Menschen haben das Recht auf Beratung und andere Dienstleistungen im Zusammenhang mit Reproduktion, Unfruchtbarkeit und Schwangerschaftsabbruch, unabhängig vom Familienstand und innerhalb des

Regelwerks der Nichtdiskriminierung und unter Beachtung der sich entwickelnden Fähigkeit des Kindes. Jede Frau hat das Recht auf Information, Bildung und solche Dienste, die für den Schutz ihrer reproduktiven Gesundheit, für sichere Mutterschaft und für sicheren Schwangerschaftsabbruch nötig sind, und darauf, dass diese Angebote zugänglich, finanzierbar, akzeptabel und für alle Nutzerinnen geeignet sind. Alle Menschen sollen innerhalb des Regelwerks der Nichtdiskriminierung dieselben Rechte und Verantwortlichkeiten haben in Bezug auf Vormundschaft, Pflegerschaft und die Adoption von Kindern oder verwandte, in nationalen Gesetzen definierte Formen, wobei das Wohl des Kindes in allen Fällen Vorrang haben muss.<sup>2</sup> >>

- Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Stellungnahme der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) März 2019<sup>3</sup>
- Kinderland Schweden? Friedrich-Ebert-Stiftung – Forum Politik und Gesellschaft 2019<sup>4</sup>
- Für reproduktive Gerechtigkeit, Stellungnahme Gen-ethisches Netzwerk e.V. 01-2020<sup>5</sup>
- Eizellspende im Ausland – Konsequenzen im Inland, Deutscher Ethikrat 2017<sup>6</sup>

## Der elective Single-Embryo-Transfer (eSET)

Beim eSET wird aus den Embryonen nur derjenige ausgewählt, der die besten Entwicklungschancen aufweist. Um eine solche Auswahl treffen zu können, wird eine größere Anzahl von Eizellen befruchtet und ihre Entwicklung über einige Tage beobachtet. Ein solches Vorgehen untersagt das deutsche Embryonenschutzgesetz. Es verbietet, bewusst mehr Embryonen zu erzeugen, als der Frau\* in einem Zyklus übertragen werden sollen. Es ist kaum nachvollziehbar, dass der in vielen Ländern übliche elective Single-Embryo-Transfer in Deutschland nach wie vor nicht voll legalisiert wird. Expert\*innen sind sich einig, dass die Auswahl und der Transfer eines

einzelnen, gut entwickelten Embryos bei gleichen Schwangerschafts- und Geburtenraten die Gesundheit von Mutter\* und zukünftigem Kind schützt (Mehrlingsschwangerschaften bergen relevante Risiken für Mutter\* und Kinder). Kaum ein europäisches Land hat ähnlich hohe Zwillings- und Drillingsraten nach reproduktionsmedizinischer Behandlung wie Deutschland.

Das Embryonenschutzgesetz beruht auf dem Potentialitätsprinzip: Jeder Embryo kann sich ab der Kernverschmelzung zu einem Menschen entwickeln und ist damit zu schützen. Diese Haltung ist besonders durch religiös-konservative Sichtweisen geprägt. Dazu schreibt der evangelische Theologe Prof. Dr. Hartmut Kreß in der Studie Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich sinngemäß, dass die Tatsache, dass der elective Single-Embryo-Transfer in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verhindert oder zumindest deutlich eingeschränkt werde, zu einer starken Erhöhung der Mehrlingsschwangerschaften und damit zur Missachtung des Rechtes auf größtmögliche Gesundheit für Mütter und Kinder führe. Und das, obwohl viele Menschen in Deutschland der Haltung des Potentialarguments nicht anhängen.<sup>7</sup>

2 [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_german.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_german.pdf)

3 [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2019\\_Stellungnahme\\_Fortpflanzungsmedizin\\_web\\_01.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web_01.pdf)

4 <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/15644-20191001.pdf>

5 [https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2020-01/stellungnahme\\_reproduktive\\_gerechtigkeit\\_stand\\_2020\\_01\\_06.pdf](https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2020-01/stellungnahme_reproduktive_gerechtigkeit_stand_2020_01_06.pdf)

6 <https://www.ethikrat.org/forum-bioethik/eizellspende-im-ausland-konsequenzen-im-inland/>

7 Hartmut Kreß (2008): Ethische Gesichtspunkte zu derzeitigen Behandlungsstandards der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (2008): Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich, Kapitel IV, Seite 80. <http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/05642.pdf>

## Vergleich der Anzahl der Anwendungen von eSET bei IVF und ICSI und der Geburten- und Mehrlingsraten, Angaben in Prozent

|  | Deutschland | Belgien | Großbritannien | Schweden |
|--|-------------|---------|----------------|----------|
| Anteil der Embryotransfers mit einem Embryo (ICSI/IVF) | 18,5        | 56,6    | 45,6           | 79,9     |
| Geburtenrate pro Eizellpunktion (IVF)                  | 20,6        | 19,4    | 28,1           | 24,1     |
| Zwillingsrate pro Geburt (IVF/ICSI)                    | 21,4        | 10,0    | 14,3           | 4,2      |

Quelle: Europäische Statistik zu 2014, De Geyter et al. (2018)

In einigen der oben genannten Länder greift der Staat sogar regulierend ein, um den Single-Embryo-Transfer durchzusetzen. Belgien finanziert die Kinderwunschbehandlung nur, wenn das Paar (zumindest bei einem mütterlichen Lebensalter von unter 37 Jahren) einen eSET durchführt. Werden mehr Embryonen eingesetzt, muss das Paar selbst zahlen. Erst nach erfolglosen Versuchen und bei höherem Alter können zwei Embryonen transferiert werden. Schweden schreibt den eSET als Standardverfahren vor, nur in besonderen Ausnahmen (Alter, Fehlversuche) dürfen maximal zwei Embryonen transferiert werden.

**pro familia fordert eine Implementierung des eSET als Standardverfahren und somit die Umsetzung des Rechtes auf größtmögliche Gesundheit für Mutter\* und zukünftige Kinder.**

### Familiengründung in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften

Im Jahr 2017 wurde das Gesetz zur Einführung des Rechtes auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts verabschiedet. Es gewährt homosexuellen Paaren die gleichen Rechte wie heterosexuellen Paaren und soll gleichgeschlechtlichen Partnerschaften die volle rechtliche Anerkennung seitens des Staates zusichern.

Es ist im Rahmen der reproduktiven Teilhabe nicht nachvollziehbar, dass trotz dieser rechtlichen Gleichstellung die Co-Mutter\* das durch Samenspende gezeugte Kind in einem umständlichen und entwürdigenden Prozess adoptieren muss. Dies ist nicht im Sinne der Kinder und widerspricht dem Kindeswohl. Auch Männer\*paare sind in einem Adoptionsverfahren nicht komplett gleichge-

stellt.<sup>8</sup> Die Reform des Abstammungsrechtes<sup>9</sup>, bereits am 1. Juli 2017 unter Federführung des damaligen Justizministers Heiko Maas erarbeitet, wurde bis zum heutigen Tage nicht verabschiedet. Die dort aufgeführten Regelungen können Rechtssicherheit für Wunscheltern und zukünftige Kinder, und zwar von Geburt an, gewährleisten.

**pro familia fordert eine unverzügliche Reform des Abstammungsrechtes und damit die Umsetzung reproduktiver Rechte unabhängig von sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität.**

### Frau\*, Mann\*, Mutter\*, Vater\*, Spender\*, Spender\*in

Menschen, die eine Gebärmutter haben, können schwanger werden oder in die Lage kommen, eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch nehmen zu müssen. Sie können cis Frauen, trans Männer, non-binäre oder intersex Personen sein. Daher wäre es im Kontext von Fortpflanzungsmedizin korrekter, von gebärfähigen oder zeugungsfähigen Menschen, von Menschen mit Uterus oder mit Penis zu sprechen. Auch mit den Begriffen Mutter, Vater, Spender und Spenderin fühlen sich nicht alle Personen korrekt wiedergegeben. Zur Vereinfachung des Lesens haben wir uns im vorliegenden Text für die Bezeichnung Frau\*, Mann\*, Mutter\*, Vater\*, Spender\*, Spender\*in entschieden. Zitate aus externen Quellen wurden aus Urheberrechtsgründen im Original belassen. >>

<sup>8</sup> [https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/ls20130219\\_1bvl000111.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/ls20130219_1bvl000111.html)

<sup>9</sup> [https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/News/Artikel/07042017\\_AK\\_Abstimmung\\_Abschlussbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/News/Artikel/07042017_AK_Abstimmung_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4)

Tabelle 1: Zugang und Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen: Nationale Gesetzgebungen

|  | Schweden  | Dänemark   | Finnland                             | Norwegen  | Deutschland                                   |
|--|---|--|--------------------------------------|---|---|
| <b>Personengruppen (rechtlicher Zugang)</b>                  |   |  |                                      |   |   |
| Indikation   | Medizinisch und sozial                          | Medizinisch und sozial                                     | Medizinisch und sozial               | Medizinisch und sozial,                                 | Nur medizinisch                               |
| Zulässiger Personenstand                                     | Single  | Single   | Single                               | Eingetragene hetero/lesbische Partnerschaft             | Hetero Paar, lesbisches Paar (rechtsunsicher) |
| Sexuelle Orientierung  | Keine Einschränkung                             | Keine Einschränkung  | Keine Einschränkung                  | Keine Einschränkung                                     | Hetero; lesbisch (rechtsunsicher)             |
| <b>Behandlungsmethoden (rechtlicher Zugang)</b>              |   |  |                                      |   |   |
| Altersbegrenzungen   | Nicht reguliert                                 | Frau* (45); Partner*in (∞)                                 | Nicht reguliert                      | Frau* (45); Partner*in (angemessener Altersunterschied) | Nicht reguliert                               |
| Donogene Befruchtung   | Ei- und Samenspende                             | Ei- und Samenspende  | Ei- und Samenspende                  | Nur Samenspende   | Nur Samenspende                               |
| Embryooption   | Erlaubt (2019)                                  | Erlaubt (2018)   | Erlaubt (2006)                       | Nicht erlaubt   | Nicht reguliert (praktiziert)                 |
| Donor-Anonymität   | Nein  | Wählbar, mindestens eine nicht anonyme genetische Herkunft | Nein                                 | Nein  | Nein  |
| Leihmutterchaft  | Nicht ausdrücklich verboten, faktisch unmöglich | Verboten   | Verboten                             | Verboten  | Verboten                                      |
| Lagerungsdauer gefrorener Embryos                            | 5 Jahre (verlängerbar)                          | 5 Jahre (verlängerbar)                                     | 15 Jahre                             | 5 Jahre   | Nicht definiert                               |
| Anzahl implantierter Embryos                                 | 1 Regel, 2 maximal                              | Nicht reguliert  | Nicht reguliert                      | Nicht reguliert   | 3   |
| <b>Finanzierung im Gesundheitssystem (faktischer Zugang)</b> |   |  |                                      |   |   |
| Kostenübernahme  | 90 bis 100 Prozent                              | 90 bis 100 Prozent   | 90 bis 100 Prozent                   | 90 bis 100 Prozent                                      | i.d.R. 50 Prozent; selten 100 Prozent         |
| Abdeckung bis zu Personengruppe                              | Single  | Single   | Hetero Paare                         | Eingetragene lesbische Partnerschaft                    | Hetero Eheleute                               |
| Altersbegrenzung, maximales Alter                            | Frau* (37 bis 40), Partner*in (53 bis 56)       | Frau* (40), Partner*in (undefiniert)                       | Frau* (43), Partner*in (undefiniert) | Frau* (45), Partner*in (undefiniert)                    | Frau* (40), Mann* (50)                        |
| Anzahl Versuche maximal                                      | Inseminationen 6; IVF 1 bis 3                   | Inseminationen 6; IVF 3                                    | IVF 3 bis 4                          | Inseminationen 3; IVF 3                                 | Inseminationen 3-8; IVF 3                     |
| Limitierung der Geburtenzahl                                 | 1   | 1  | 2                                    | Keine Begrenzung  | Keine Begrenzung                              |
| Ort für finanzierte Behandlung                               | Öffentlich und Privat                           | Öffentlich   | Öffentlich                           | Öffentlich  | Öffentlich und Privat                         |

Quellen: ESHRE 2017, IFFS (2019), Nationale Gesetzgebungen und Versicherungsträger.  
 Tabelle entnommen aus: Kinderland Schweden? Friedrich-Ebert-Stiftung 2019

## Moderne Lebensformen und Kassenfinanzierung

Obwohl in Deutschland immer mehr Paare bei Familiengründung nicht verheiratet sind, wird diese Lebensform bei der Kinderwunschbehandlung diskriminiert. Eine Kassenfinanzierung ist nur für verheiratete heterosexuelle Paare vorgesehen. Dabei erhebt das Statistische Bundesamt: „Vor allem zum Zeitpunkt der ersten Geburt sind Eltern oft (noch) nicht verheiratet. 44 Prozent der Erstgeborenen hatten 2015 im Bundesdurchschnitt nicht miteinander verheiratete Eltern. Im früheren Bundesgebiet waren es 38 Prozent und in den neuen Ländern gut 71 Prozent“.<sup>10</sup> Und selbst bei verheirateten Paaren wird eine Spendersamenbehandlung nicht kassenfinanziert, auch wenn in der Regel eine eindeutige und schwerwiegende Fertilitätsstörung beim Mann\* vorliegt. Wesentlich moderner und neuen Familienrealitäten angepasster entscheiden Schweden und Dänemark (siehe Tabelle 1). Verheiratet, nicht verheiratet, sexuelle Orientierung, geschlechtliche Identität oder alleinstehend spielt in den Angeboten und der Kassenfinanzierung von 90 bis 100 Prozent keine Rolle, da neben der medizinischen auch eine soziale Indikation zur Finanzierung der assistierten Reproduktion anerkannt wird. Aus unserer Sicht ist Schweden ein gutes Beispiel für die Anerkennung reproduktiver Freiheit bei gleichzeitiger medizinisch sinnvoller Regulierung. Der Staat setzt hinsichtlich der Akzeptanz unterschiedlicher Familienformen keine Normen. Er greift jedoch regulierend ein beim eSET, da in diesem Fall die Gesundheit von Mutter\* und zukünftigen Kindern betroffen ist.

**pro familia fordert eine Reform der Krankenkassenfinanzierung. Alle Menschen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst über Reproduktion und Familienbildung zu entscheiden und sollten in diesem Anliegen finanziell unterstützt werden. Dies entspricht einer modernen Sichtweise unterschiedlicher Lebensformen in einer aufgeklärten Gesellschaft.**

## Samenspenderregistergesetz

Das Samenspenderregistergesetz<sup>11</sup>, in Kraft getreten am 17. Juli 2017, war längst überfällig und hat viele Aspekte gut geregelt. Endlich besteht Rechtssicherheit für Spender\* und Kinder. Die Registrierung der Spender\* ermöglicht den Kindern, Kenntnisse über ihre Herkunft

zu erlangen. Es besteht jedoch noch Nachbesserungsbedarf. So ist nicht nachvollziehbar, dass die Registrierung erst nach Geburt eines Kindes erfolgt. Das Verfahren führt somit zu lückenhaften Erhebungen. Meldet eine Familie die Geburt nicht oder macht sie falsche Angaben, wird der Vorgang nicht registriert. Sinnvoller wäre eine Registrierung schon bei Insemination, um Abläufe nachvollziehbar zu machen und damit das Recht auf Wissen um die eigene Abstammung sicherzustellen. Weiterhin ist zu fordern, dass Daten von vor Inkrafttreten des Registergesetzes aufgenommen werden und die Möglichkeit geschaffen wird, die Daten nicht medizinisch assistierter privater Spenden zu registrieren.

Es ist sinnvoll, die Zahl der gezeugten Kinder pro Spender\* zu begrenzen. Diese Möglichkeit bietet eine bundesweite Registrierung. In vielen Ländern gibt es Begrenzungen, um Inzest zu verhindern und die Bereitschaft des Spenders\*, sich mit den so gezeugten Kindern auseinanderzusetzen, zu erhalten. So schreibt der Verein Spenderkinder e.V.: „[Es sollte] im Idealfall ja so sein, dass der genetische Vater auch dazu bereit ist, einen persönlichen Kontakt mit dem durch ihn gezeugten Kind einzugehen. Je mehr Kinder aber durch ihn gezeugt werden, desto weniger ist das umsetzbar. Wer kann schon 100 Kinder als Individuen wahrnehmen? Einige von uns haben vermutlich sehr viele Halbgeschwister, weil die Kliniken eine solche Begrenzung früher nicht hatten und auch heute schwierig kontrollieren können. Für uns ist es ein sehr seltsames Gefühl, vermutlich so viele Halbgeschwister zu haben. Wir würden sie gerne kennenlernen. Aber gleichzeitig bekommt man so das Gefühl, aus einer Massenproduktion zu kommen.“<sup>12</sup> Auch die Akademie der Wissenschaften Leopoldina schreibt in ihrer Stellungnahme: „Die Zahl der durch medizinisch assistierte Spende von Samenzellen pro Spender gezeugten Kinder sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spender die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.“<sup>13</sup>

Warum im neuen Samenspenderregistergesetz das Angebot der psychosozialen Begleitung der Kontaktaufnahme zwischen Spender\* und Kind nicht vorgesehen ist, bleibt unverständlich. Es gibt genug Erfahrungen aus Adoptionsprozessen und Erkenntnisse darüber, dass eine sensible und gut vorbereitete Kontaktaufnahme den Prozess für alle Beteiligten positiver gestaltet.

10 [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16\\_461\\_126.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16_461_126.html)

11 <https://www.gesetze-im-internet.de/saregg/BJNR251310017.html>

12 <http://www.spenderkinder.de/ueberuns/faq/#frage25>

13 [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2019\\_Stellungnahme\\_Fortpflanzungsmedizin\\_web\\_01.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web_01.pdf)

**pro familia begrüßt ausdrücklich die Regelungen durch das Samenspenderregistergesetz. In einzelnen Fragestellungen besteht jedoch Nachbesserungsbedarf:**

- Registrierung bereits der Inseminationsbehandlung
- Aufnahme der so genannten „Altfälle“ und Aufnahmemöglichkeit der privaten Samenspenden
- Begrenzung der gezeugten Kinder pro Spender\*

Implementierung eines freiwilligen, professionellen Beratungsangebotes bei Kontaktaufnahme des Kindes zum Spender\*

## Eizellspende

Auf den ersten Blick ist das Wesen der Eizellspende nicht anders als das der Samenspende. Ein Mensch gibt Keimzellen, damit andere Menschen ihren Kinderwunsch erfüllen können. Eine selbstbestimmte, aufgeklärte Person sollte eine solche Entscheidung treffen können. Viele Studien haben inzwischen nachgewiesen, dass die Entwicklung der Kinder vergleichbar ist mit denen aus anderen tradierten Familiengründungen.<sup>14</sup> Lediglich die Tatsache, ob eine Aufklärung über die Art der Familiengründung zeitnah und kindgerecht erfolgt und es die Möglichkeit gibt, die genetische Herkunft nachzuerfolgen, scheint Einfluss auf die seelische Gesundheit der so gezeugten Kinder zu haben. Der ursprünglich bei Implementierung des Embryonenschutzgesetzes geäußerte Vorbehalt der gespaltenen Mutter\*schaft erscheint veraltet und überholt. Er überhöht die Bedeutung der genetischen Beziehung zwischen Mutter\* und Kind gegenüber derjenigen zwischen Vater\* und Kind.

Soweit sind Eizellspende und Samenspende durchaus vergleichbar. Und trotzdem ist die Eizellspende anders, weil die Frau\* als Spender\*in andere Risiken eingeht. Unter Befürworter\*innen der Legalisierung der Eizellspende in Deutschland werden die Risiken für die Spender\*in häufig verharmlost. Hervorgehoben wird, dass die Risiken der Hormonbehandlung für die Spender\*in durch Veränderung der Medikamentengabe in den letzten Jahren kaum noch ins Gewicht fallen.<sup>15</sup> Die Risiken der Eizellpunktion (Blutungen, Infektionen,

Verletzungen der Nachbarorgane), die Risiken der Vollnarkose bei der Punktion und die Nebenwirkungen der Medikamente werden nicht selten negiert. Laut Deutsches IVF-Register wurden 2020 in Deutschland bei 62.199 Eizellentnahmen 448 Komplikationen gemeldet (0,8 Prozent), davon 289 vaginale Blutungen.<sup>16</sup> Nach schweren Komplikationen wie Eierstockabszessen oder einer Bauchfellentzündung kann theoretisch auch die Fruchtbarkeit der Spender\*in eingeschränkt werden. 2015 verstarb eine Frau\* im tschechischen Brünn an inneren Blutungen nach der Eizellentnahme (taz 26.01.2020: „Künstliche Befruchtung im Ausland: Die Eizelle der anderen.“).

Auch wenn gefährliche Komplikationen sehr selten auftreten, wird deutlich, dass Ei- und Samenspende nicht gleich zu behandeln sind. Bei der Eizellspende entscheidet die Frau\* jedoch über einen relativ kleinen, eingegrenzten Zeitraum. Die Behandlung kann jederzeit abgebrochen werden, Teilentscheidungen können individuell getroffen und widerrufen werden. Sie unterscheidet sich in diesen Aspekten deutlich von der Leihmutter\*schaft.

Es stellt sich die Frage, ob die Risiken der Eizellspende rechtfertigen, dass der Staat regulierend eingreift und die reproduktive Freiheit einschränkt. Frauen\* und Männer\* in Deutschland dürfen auch in andere, für sie risikoreiche Eingriffe einwilligen, wenn sie volljährig sind. Eine Mutter\* kann ihrer Tochter\* ihre Gebärmutter spenden (eine umfangreiche OP auch für die Spender\*in, da organerhaltend operiert werden muss), ein Mensch darf Angehörigen eine Niere spenden, in Medikamentenversuche oder Schönheitsoperationen einwilligen. Dies alles erlaubt der Gesetzgeber, wenn ein informed consent besteht, also unter der Voraussetzung, dass eine Person gut aufgeklärt wurde, sie die Risiken einschätzen kann und somit wirksam eingewilligt hat. Wieso also sollte eine Frau\* beispielsweise ihrer Schwester\* keine Eizelle spenden?

Die vielen Vorbehalte gegen die Praxis der Eizellspende sind nicht unbegründet. Die Eizellspende ist ein finanziell lukratives Geschäft. Angesehene Praxen in Spanien werben mit hohen Schwangerschaftsraten und verschweigen dabei die baby-take-home-Raten, obwohl sie das einzig wirklich wichtige Entscheidungskriterium für

14 Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. & Jadva, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(6), 653–660. doi: 10.1111/jcpp.12015. Vgl. Golombok et al. (2013)

15 Stoop, D., Vercammen, L., Polyzjos, N. P., de Vos, M., Nekkebroeck, J. & Devroey, P. (2012). Effect of ovarian stimulation and oocyte retrieval on reproductive outcome in oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1328–1330. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.03.012.

16 <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/dirjb2020de.pdf>

Paare sind. Journalistische Recherchen bringen immer wieder menschenverachtende Praktiken zutage: Die Inkaufnahme hochgradiger Überstimulierungen der Spender\*innen, um am Ende eine maximale finanzielle Ausbeute zu haben (siehe Film: „Frozen Angels“ in den USA), die mangelnde medizinische Aufklärung und Ausbeutung junger Frauen\* mit unbegrenzten Stimulierungszyklen sowie eine Nichtversorgung der Spender\*innen bei Auftreten von Komplikationen (Film: „Ware Mensch“ in Rumänien). Sicher sind dies alles Ausdrücke krimineller Machenschaften, doch immer wieder gibt es Berichte, dass Eizellen zum Beispiel aus Rumänien nach Spanien oder Großbritannien verkauft werden, da es dort nicht genug Spender\*innen gibt. Es macht deutlich, warum es wichtig ist, gesetzliche Regelungen bis ins Detail auszuführen. Das gezeichnete Bild der Frau\*, die aus rein altruistischen Gründen spendet, entspricht einem eher unrealistischen Szenario. „Doch vorerst werden noch mehr Spenderinnen gebraucht – und die Rezession mit einer Arbeitslosenquote von über 26 Prozent, sogar fast 56 Prozent bei den Jüngeren, hat dazu geführt, dass mehr Spanierinnen bereit sind, sich der beschwerlichen Prozedur zu unterziehen“ berichtet der SPIEGEL 2013.<sup>17</sup>

Auch die Wünsche der potentiellen Eltern in Hinblick auf das Aussehen ihres zukünftigen Kindes beeinflusst die Suche nach möglichen Eizellspender\*innen, wie das Gen-ethische Netzwerk konstatiert: „Um [...] Kund\*innen mit den entsprechenden helleren Phänotypen zu versorgen, werben die Kliniken besonders unter in Barcelona lebenden Migrantinnen aus Russland, Rumänien oder anderen osteuropäischen Ländern. Allerdings ist die Eizellspende nicht nur für Migrantinnen eine neue Art von reproduktiver (Zeit-)Arbeit geworden. Sowohl in Spanien wie auch in Tschechien hat sich die Eizellspende zu einer ökonomischen Strategie prekariert Frauen entwickelt.“<sup>18</sup>

Bei der Forderung nach einer Legalisierung der Eizellspende wird häufig argumentiert, dass die Eizellspende bei einer Legalisierung in Deutschland unter deutlich besseren Bedingungen durchgeführt werden könnte. So könnte die Behandlung mit medizinisch hoher Qualität und unter ethisch vertretbaren Grundsätzen stattfinden. Das Recht auf Kenntnis der Abstammung des zukünftigen Kindes könnte insbesondere bei Registrierung in einem Gametenspenderegister möglichst umfassend gewährleistet werden. pro familia gibt allerdings zu bedenken, dass es auch zu anderen

ungewünschten Entwicklungen kommen kann. Wenn die Eizellspende erlaubt ist, dürfen Ärzt\*innen alle notwendigen Voruntersuchungen und Vorbehandlungen durchführen, auch wenn die letztendliche Durchführung im Ausland stattfindet. Da zu vermuten ist, dass sich ähnlich wie in Österreich auch in Deutschland nicht genug Spender\*innen finden, könnte es lediglich zu einer vermehrten Inanspruchnahme in anderen Zielländern führen wie zum Beispiel Spanien, in dem die Anonymität der Spender\*in gesetzlich verankert ist. Dies würde der Intention der deutschen Gesetzgebung zuwiderlaufen. Der Gesetzgeber sollte diese Entwicklung sorgfältig verfolgen und bei Bedarf gegensteuern.

Und auch in Deutschland leben Frauen\* in prekären Situationen, für die eine Aufwandsentschädigung zwischen 750 und 1200 Euro einen starken finanziellen Anreiz darstellt. Hier ist es besonders wichtig, eine sehr gute, fachlich präzise Aufklärung zu garantieren. Es muss sichergestellt werden, dass potentielle Spender\*innen neutrale, verständliche Informationen erhalten und dass sämtliche Einwilligungsformulare in der jeweiligen Herkunftssprache zur Verfügung stehen oder eine neutrale Person zur Übersetzung herangezogen wird.

Bei Abwägung der möglichen Risiken für die Spender\*in und die zukünftigen Kinder gegen das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung kommt pro familia zu dem Schluss, dass die Bedenken im Falle der Eizellspende die Einschränkung der reproduktiven Freiheit nicht rechtfertigen.

**Daher tritt pro familia für eine Legalisierung der Eizellspende in Deutschland ein und schließt sich den Ausführungen der Akademie der Wissenschaften Leopoldina an. Wichtig sind uns jedoch folgende Ergänzungen:**

- Die medizinische Versorgung von Spender\*in und Empfänger\*in bei Auftreten von Komplikationen muss sichergestellt sein.
- Der Gesetzgeber sollte wissenschaftlich fundiertes und neutrales Informationsmaterial über medizinische Perspektiven und Erfolgsaussichten erstellen, welches sowohl Spender\*in als auch Empfänger\*in vor Inanspruchnahme ausgehändigt werden muss. Dieses Material muss auch in andere Sprachen übersetzt werden. Das Informationsmaterial sollte

<sup>17</sup> <https://www.spiegel.de/spiegel/print/d-94387930.html>

<sup>18</sup> Gen-ethisches Netzwerk - Der Imperativ der Ähnlichkeit/ Zur Praxis des Matching beim Eizelltransfer <https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/reprotechnologien/der-imperativ-der-aehnlichkeit>

## Empfehlungen der Leopoldina 2019<sup>19</sup>

1. Die Eizellspende sollte in Deutschland erlaubt werden.
2. Die Art der Stimulation und die Zahl der Stimulationszyklen müssen so beschaffen sein, dass die Risiken für die Spenderin minimiert werden.
3. Über die Risiken bei einer Schwangerschaft durch Eizellspende, insbesondere Bluthochdruck und Präeklampsie, muss die Empfängerin angemessen aufgeklärt werden.
4. Im Regelfall sollte die Empfängerin nicht älter als etwa 50 Jahre sein, da die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind altersabhängig zunehmen.
5. Die Dauer der Kryokonservierung von Eizellen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch der Person, von der die Eizellen stammen, verkürzt oder um angemessene Zeiträume verlängert werden können.
6. Eizellen dürfen nicht kommerziell gehandelt werden. Für die Spende darf lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
7. Die Zahl der pro Spenderin aus Eizellspenden gezeugten Kinder sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spenderinnen die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.
8. Eine Eizellspende sollte nur mit Einwilligung der Spenderin vorgenommen werden. Eine erteilte Einwilligung sollte nur bis zum Beginn der Befruchtung widerrufen werden können.
9. Das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung vor Beginn der Behandlung muss verpflichtend sein.
10. Werden Eizellen mit der Zustimmung der Spenderin und der Wunscheltern verwendet, sollten die Wunscheltern mit der Geburt des Kindes auch dessen rechtliche Eltern werden. Eine Anfechtung durch die Spenderin oder die Wunscheltern sollte ausgeschlossen werden. Dem Kind sollte lediglich in eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa bei erheblicher Kindeswohlgefährdung durch die rechtliche Mutter, ein Anfechtungsrecht zustehen.
11. Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aller Kinder, die nach einer Eizellspende geboren werden, sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen und organisatorische Vorkehrungen, insbesondere durch Ausweitung des Samenspenderregisters zu einem auch Eizellspenden umfassenden Spenderregister, gewährleistet werden.
12. Mit Einwilligung der Spenderin und der Wunscheltern sollte ein gegenseitiges Kennenlernen möglich sein.
13. Darüber hinaus sollte es möglich sein, Kenntnis von der Existenz von Halb- oder Vollgeschwistern zu erhalten. Für die Offenlegung von deren Identität gegenüber Halb- oder Vollgeschwistern sollte Voraussetzung sein, dass sie sich gegenüber dem Register damit einverstanden erklärt haben. Ein Kind sollte diese Einwilligung nach Vollendung des 16. Lebensjahres selbst erklären können, davor sollten seine Eltern zuständig sein.
14. Eine psychosoziale Beratung der Kinder, der Spenderin sowie ihrer jeweiligen Familien insbesondere vor der Kontaktaufnahme sollte angeboten werden.
15. Die Verwendung von Eizellen in Kenntnis des Todes der Spenderin sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist und wenn die Spenderin erst nach der extrakorporalen Einleitung der Befruchtung der Eizellen verstorben ist. >>

<sup>19</sup> [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2019\\_Stellungnahme\\_Fortpflanzungsmedizin\\_web\\_01.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2019_Stellungnahme_Fortpflanzungsmedizin_web_01.pdf)



Adressen von Verbänden und Organisationen enthalten, die unabhängige psychosoziale Beratung anbieten.

- pro familia lehnt eine verpflichtende Beratung vor Inanspruchnahme ab, plädiert jedoch für einen verpflichtenden Hinweis auf das Angebot für Spender\*in und Empfänger\*in (äquivalent zu der Hinweispflicht bei der medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch). Die unabhängige medizinische und psychosoziale Beratung hat einen großen Stellenwert. Sie sollte gefördert und finanziell abgesichert werden. Die Beratung sollte nicht nur bei Inlandsverfahren, sondern ganz besonders auch bei Eizellspendebehandlungen im Ausland angeboten werden. Die Beratung muss rechtebasiert erfolgen, das heißt, die Rechte der Spender\*in, des zukünftigen Kindes und der Wunscheltern sollen mitgedacht und bei Bedarf thematisiert werden.

## Embryospende/Embryooption

In Deutschland wird die Embryospende/Embryooption seit 2013 von Fortpflanzungszentren, insbesondere in Süddeutschland, durchgeführt und auch öffentlich angeboten. Embryonen können überzählig werden, wenn sie für die fortpflanzungsmedizinische Behandlung der Wunscheltern, für die sie erzeugt wurden, endgültig nicht mehr verwendet werden. Eine solche Situation kann entstehen, wenn die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde, wenn medizinische Gründe gegen eine weitere Behandlung sprechen oder wenn keine weitere Behandlung gewünscht wird. Die rechtliche Situation ist allerdings nach wie vor nicht zufriedenstellend geregelt, sodass eine bundesweite gesetzliche Regelung wünschenswert erscheint.

Die Detailüberlegungen zur vollständigen Legalisierung sind überaus diffizil, da sie diverse andere Bereiche und Rechtsfragen berühren. Daher verweisen wir auf die Ausführungen des Deutschen Ethikrates zu Embryospende/Embryooption und elterliche Verantwortung von 2016.<sup>20</sup>

**Prinzipiell befürwortet pro familia die Möglichkeit der Embryospende/Embryooption. Menschen sollten selbstbestimmt über ihre Gameten (Ei- und Samenzellen), über befruchtete Eizellen im Vorkernstadium und Embryonen entscheiden können. Den Zentren dürfen durch die Weitergabe jedoch keine finanziellen Vorteile entstehen, um zu vermeiden, dass die Entstehung von überzähligen Embryonen aus wirtschaftlichen Interessen gefördert wird. Der Gesetzgeber muss begleitend für umfangreiche Beratung und Unterstützung in allen Phasen des Prozesses sorgen.**

## Leihmutter\*schaft

Die Leihmutter\*schaft unterscheidet sich in besonderer Weise von der Entscheidung zu einer Eizellspende. Bei der Eizellspende entscheidet die Frau\* über eine relativ kurze, überschaubare Zeitspanne. Eine Leihmutter\* (oder auch Leihgebärende\*) stellt ihren Körper über mehrere Monate hinweg zur Verfügung. Für sie ist es schwierig abzuschätzen, wie die Schwangerschaft ihre Bindung zum ungeborenen Kind, ihre Lebenssituation und ihr körperliches Wohlbefinden verändern wird. Immer wieder gibt es Berichte über Frauen\*, die eine starke Bindung zu dem Kind aufbauen. Es gibt Einzelfälle, in denen die austragende Frau\* das Kind nicht an die Wunscheltern abgeben wollte. Insgesamt gibt es nur wenige Studien, die die seelische Gesundheit von austragenden Frauen\* während der Schwangerschaft und nach Abgabe des Kindes beleuchten.

Die Studienlage zur Situation der so geborenen Kinder ist besser. Einige Studien weisen darauf hin, dass die Entwicklung dieser Kinder mit denen von Kindern aus anderen Formen der Familiengründung vergleichbar ist.<sup>21</sup>

Es ist nachvollziehbar, dass einzelne Themen der reproduktiven Entscheidungen kaum im Vorfeld hinreichend geklärt werden können. Trotz des Versuches vertraglicher Klärung kann es sein, dass es zu unterschiedlichen Einschätzungen zwischen austragender Frau\* und Wunscheltern kommt. Wer entscheidet über eine gesunde Lebensführung, welche Vorsorgeuntersuchungen werden wahrgenommen, was passiert, wenn beim Kind Auffälligkeiten festgestellt werden? Kann die austragende Frau\* selbst über einen Schwanger-

<sup>20</sup> <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-embryospende-embryooption-und-elterliche-verantwortung.pdf>

<sup>21</sup> Wissenschaftliche Dienste/Deutscher Bundestag: Leihmutter\*schaft im europäischen und internationalen Vergleich. <https://www.bundestag.de/resource/blob/592446/b04363cfd1cf5f6fa65c94b8c48495d9/WD-9-039-18-pdf-data.pdf>



schaftsabbruch oder über die Entscheidung einer Sectio bestimmen?

Diese Fragen machen deutlich, dass die reproduktive Autonomie der austragenden Frau\* empfindlich eingeschränkt ist. Nach einer anfänglich selbstbestimmten Entscheidung kann sie in Situationen kommen, in denen sie nicht mehr über sich und ihren eigenen Körper entscheiden kann. Das Gen-ethische Netzwerk formuliert in seiner Stellungnahme: „Leihmütter treten für neun Monate per Vertrag Selbstbestimmungsrechte und partiell die Verfügung über ihren Körper an die Reproduktionsmediziner\*innen ab.“<sup>22</sup>

**pro familia ist sich darüber bewusst, dass für Paare, bei denen die Frau\* kein Kind austragen kann, oder für männliche homosexuelle Paare neben dem Co-Parenting die Leihmutter\*schaft die einzige Möglichkeit der Elternschaft mit zumindest einem**

**genetisch verwandten Elternteil darstellt. Insofern beschneidet ein Verbot der Leihmutter\*schaft die reproduktive Selbstbestimmung dieser Gruppe. Auch die Selbstbestimmung der Frau\*, die sich für die Durchführung einer Leihmutter\*schaft entscheidet, ist hoch einzustufen. Trotz allem birgt das Verfahren die Gefahr, dass Frauen\* instrumentalisiert werden und im Verlauf der neunmonatigen Schwangerschaft, während und nach der Geburt ihr sexuelles und reproduktives Selbstbestimmungsrecht verlieren.**

**Aufgrund dieser schwierigen Interessenabwägung hat sich der pro familia Bundesverband bisher nicht abschließend positioniert. In verschiedenen Landesverbänden wird kontrovers diskutiert, mit einer gesamtverbandlichen rechtebasierten Empfehlung bezüglich Legalisierung und Ausgestaltung der Leihmutterschaft in Deutschland wird pro familia sich weiter auseinandersetzen.<sup>23</sup>** >>

<sup>22</sup> [https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2020-01/stellungnahme\\_reproduktive\\_gerechtigkeit\\_stand\\_2020\\_01\\_06.pdf](https://www.gen-ethisches-netzwerk.de/sites/default/files/dokumente/2020-01/stellungnahme_reproduktive_gerechtigkeit_stand_2020_01_06.pdf)

<sup>23</sup> Nur der pro familia Landesverband NRW spricht sich in seinem Positionspapier von Mai 2020 gegen eine Legalisierung der Leihmutterschaft in Deutschland aus: [https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv\\_nordrhein-westfalen/pro\\_familia\\_NRW\\_rechtebasierte\\_Fortpflanzungsmedizin\\_Positionspapier\\_2020\\_Mai.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/landesverband/lv_nordrhein-westfalen/pro_familia_NRW_rechtebasierte_Fortpflanzungsmedizin_Positionspapier_2020_Mai.pdf)



## Zusammenfassung der Forderungen

- pro familia fordert eine Implementierung des eSET als Standardverfahren und somit die Umsetzung des Rechtes auf größtmögliche Gesundheit für Mutter\* und zukünftige Kinder.
  - pro familia fordert eine unverzügliche Reform des Abstammungsrechtes und damit die Umsetzung reproduktiver Rechte unabhängig von sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität.
  - pro familia fordert eine Reform der Krankenkassenfinanzierung. Alle Menschen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst über Reproduktion und Familienbildung zu entscheiden und sollten in diesem Anliegen finanziell unterstützt werden. Dies entspricht einer modernen Sichtweise unterschiedlicher Lebensformen in einer aufgeklärten Gesellschaft.
  - pro familia begrüßt ausdrücklich die Regelungen durch das Samenspenderregistergesetz. In einzelnen Fragestellungen besteht jedoch Nachbesserungsbedarf.
  - pro familia tritt für eine Legalisierung der Eizellspende in Deutschland ein und schließt sich den Ausführungen der Akademie der Wissenschaften Leopoldina an. Der Verband fordert ergänzend dazu die Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Spender\*in und Empfänger\*in bei Auftreten von Komplikationen sowie die Erstellung von wissenschaftlich fundiertem und neutralem Informationsmaterial über medizinische Perspektiven und Erfolgsaussichten in verschiedenen Sprachen. pro familia lehnt eine verpflichtende Beratung vor Inanspruchnahme ab, plädiert jedoch für einen verpflichtenden Hinweis auf das Angebot für Spender\*in und Empfänger\*in (äquivalent zu der Hinweispflicht bei der medizinischen Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch). Die (rechtebasierte) Beratung sollte nicht nur bei Inlandsverfahren, sondern ganz besonders auch bei Eizellspendebehandlungen im Ausland angeboten werden.
  - Prinzipiell befürwortet pro familia die Möglichkeit der Embryospende/Embryooption. Menschen sollten selbstbestimmt über ihre Gameten (Ei- und Samenzellen), über befruchtete Eizellen im Vorkernstadium und Embryonen entscheiden können. Den Zentren dürfen durch die Weitergabe jedoch keine finanziellen Vorteile entstehen, um zu vermeiden, dass die Entstehung von überzähligen Embryonen aus wirtschaftlichen Interessen gefördert wird. Der Gesetzgeber muss begleitend für umfangreiche Beratung und Unterstützung in allen Phasen des Prozesses sorgen.
  - pro familia ist sich darüber bewusst, dass für Paare, bei denen die Frau\* kein Kind austragen kann, oder für männliche homosexuelle Paare neben dem Co-Parenting die Leihmutter\*schaft die einzige Möglichkeit der Elternschaft mit zumindest einem genetisch verwandten Elternteil darstellt. Insofern beschneidet ein Verbot der Leihmutter\*schaft die reproduktive Selbstbestimmung dieser Gruppe. Auch die Selbstbestimmung der Frau\*, die sich für die Durchführung einer Leihmutter\*schaft entscheidet, ist hoch einzustufen. Trotz allem birgt das Verfahren die Gefahr, dass Frauen\* instrumentalisiert werden und im Verlauf der neunmonatigen Schwangerschaft, während und nach der Geburt ihr sexuelles und reproduktives Selbstbestimmungsrecht verlieren.
- Aufgrund dieser schwierigen Interessenabwägung hat sich der pro familia Bundesverband bisher nicht abschließend zur Leihmutter\*schaft positioniert. In verschiedenen Landesverbänden wird kontrovers diskutiert, mit einer gesamtverbandlichen rechtebasierten Empfehlung bezüglich Legalisierung und Ausgestaltung der Leihmutter\*schaft in Deutschland wird pro familia sich weiter auseinandersetzen. >>



## IMPRESSUM

© pro familia Bundesverband,  
Februar 2022

Der pro familia Bundesverband wird vom  
Bundesministerium für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

pro familia Bundesverband  
Mainzer Landstraße 250–254  
60326 Frankfurt am Main  
E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/publikationen](http://www.profamilia.de/publikationen)