



HEINRICH BÖLL STIFTUNG  
GUNDA WERNER INSTITUT

**PRiNa**  
POLITIKEN DER REPRODUKTION  
INTERDISZIPLINÄRE NACHWUCHSFORSCHER\*INNENGRUPPE

E-PAPER

Policy Paper

# Reproduktions- medizin neu denken: In-Vitro-Fertilisation und Präimplanta- tionsdiagnostik

VON LISA YASHODHARA HALLER UND AMINA NOLTE

Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung, September 2023  
In Zusammenarbeit mit PRiNa - Politiken der Reproduktion,  
interdisziplinäres Nachwuchsforscher\*innennetzwerk

Reihe  
Körper, Kinder,  
Kassensturz – Hand-  
lungsempfehlungen  
zum Koalitions-  
vertrag

# Reproduktionsmedizin neu denken: In-Vitro-Fertilisation und Präimplantationsdiagnostik

Von Lisa Yashodhara Haller und Amina Nolte

## Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	3
Handlungsempfehlungen	3
Einführung	4
In-vitro-Fertilisation	6
Status quo des Zugangs zu assistierten Reproduktionsverfahren	6
Die unterschiedlichen Verfahren der assistierten Reproduktion	7
Unterschiedliche Beanspruchung: Medikalisierung des weiblichen Körpers?	8
Queere Familiengründung: der teure Zugang zur assistierten Reproduktion	9
Geschlechtliche Selbstbestimmung: ein Risiko für die Familiengründung?	10
Kapitalisierung von Kinderwünschen: Kinder nur für reiche Eltern?	11
Ein Finanzierungspaket für Reproduktionskliniken: Assistierte Reproduktionsverfahren diskriminierungsfrei gestalten	11
Präimplantationsdiagnostik	15
Zum Verfahren der Präimplantationsdiagnostik	15
Rechtliche Regelung in Deutschland – Status quo	16
Geplante Änderungen	19
Empfehlungen bezüglich der geplanten Kostenübernahme der PID in Deutschland	20
Grundsätzliche Empfehlungen zur Regelung der PID in Deutschland	21
Literaturverzeichnis	24
Die Autor*innen	27

# Kurzfassung

Das Policy Paper formuliert politische Handlungsempfehlungen bezüglich zweier zentraler Vorhaben im Bereich der Reproduktionsmedizin aus dem Koalitionsvertrag von SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen. Es untersucht die angekündigten Reformen der diskriminierungsfreien Gestaltung des Zugangs zu In-Vitro-Fertilisation (IVF) sowie der Kostenübernahme der Präimplantationsdiagnostik (PID) und formuliert Empfehlungen, wie der Zugang zur PID geregelt werden sollte. Dafür werden der Status quo und die geplanten Schritte aufgezeigt und letztere aus geschlechtertheoretischer Perspektive kritisch in den Blick genommen. Aus der Kritik werden konkrete politische Empfehlungen abgeleitet.

## Handlungsempfehlungen

Ein Gesetzentwurf zur Kostenübernahme von In-Vitro-Fertilisation (IVF) sollte folgendes beachten:

- Aufnahme von Kinderwunschbehandlungen in den GKV-Leistungskatalog
- Reproduktionskliniken entprivatisieren, re-kommunalisieren und in medizinische Versorgungszentren integrieren
- Ergebnisoffene Beratung für den Umgang mit unerfülltem Kinderwunsch
- Begrenzte Fertilität in den sexualpädagogischen Bildungsangeboten für Jugendliche verankern
- Kostenübernahme für Verfahren der assistierten Reproduktion unabhängig von dem biologischen und sozialen Geschlecht, der sexuellen Orientierung, der körperlichen Verfassung (beispielsweise Behinderung) und dem Aufenthaltsstatus
- Kostenübernahme der Kryokonservierung, wenn es medizinisch erforderlich ist (beispielsweise bei einer Transition)

Ein Gesetzentwurf zur Kostenübernahme der Präimplantationsdiagnostik (PID) sollte folgendes beachten:

- Die Kosten der PID sollen in Zukunft von der Krankenversicherung übernommen werden.
- Die Entscheidung, ob eine PID genehmigt wird, sollte weiterhin von unabhängigen Ethik-Kommissionen getroffen werden.
- Von Reproduktionskliniken und PID-Zentren unabhängige Beratungsangebote sollen ausgebaut werden.
- «Mutterschutz» nach Fehlgeburten, gestaffelt nach Fortschritt der Schwangerschaft, gesetzlich ermöglichen.

# Einführung

Knapp 22.209 Neugeborene in Deutschland sind im Jahr 2020<sup>[1]</sup> durch assistierte Reproduktion<sup>[2]</sup> entstanden, der Trend ist steigend. Die Gründe der Inanspruchnahme sind vielfältig: Zusätzlich zu medizinisch begründeter Kinderlosigkeit lässt sich **ungewollte Kinderlosigkeit auch durch die ökonomischen Rahmenbedingungen** erklären, in denen Menschen sich für oder gegen Elternschaft entscheiden (können). Da die Zeit von Ausbildung, Studium und Berufseinstieg finanziell keine optimale Ausgangssituation für die Familiengründung darstellt, warten Menschen oft den Zeitpunkt ab, ab dem sie sich im Rahmen eines entfristeten und familienpolitisch<sup>[3]</sup> abgesicherten Arbeitsverhältnis in einer gewissen ökonomischen Sicherheit wägen. Da dieser Zeitpunkt sich aber durch längere Ausbildungszeiten und prekäre Anstellungsverhältnisse stetig verschiebt, trifft das Zeitfenster, in der die Familiengründung realisiert werden soll, immer häufiger auf einen Altersabschnitt, in dem die **körperlichen Voraussetzungen für Schwangerschaft und Geburt nicht mehr optimal** sind.<sup>[4]</sup> Dadurch treten Schwangerschaften seltener ein und Fehlgeburten nehmen zu. Eine mangelhafte Infrastruktur zur Betreuung von Kindern, die in einigen Bundesländern sehr teuer ist, familienunfreundliche Arbeitszeiten und die steigenden Kosten durch Inflation und Energiekrise sowie die insgesamt gestiegenen Lebenshaltungskosten tragen darüber hinaus dazu bei, dass Kinderwünsche immer später realisiert werden (können).

Politische Grundsatzentscheidungen, die Arbeitsmarkt und Leistungsberechtigung so regeln würden, dass die Familiengründung vor oder während der Ausbildung, dem Studium oder dem Berufseinstieg diskriminierungsfrei möglich wären, sind im Koalitionsvertrag von 2021 und den aktuellen politischen Regelungsprozessen nicht vorgesehen. Vielmehr **reagiert die Politik symptomatisch auf individuelle Folgen des Trends zur späten Familiengründung**. Im Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen sind kleinteilige Pakete zur (Teil-)Finanzierung von Verfahren der assistierten Reproduktion im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen in entsprechenden Kliniken angekündigt. Zu den versprochenen Änderungen gehören: die bessere finanzielle Unterstützung ungewollt Kinderloser bei der **In-vitro-Fertilisation** (IVF) sowie die Kostenübernahme der **Präimplantationsdiagnostik** (PID). Das dritte Policy Paper der Reihe *Körper, Kinder,*

**1** Vgl. Braun 2022.

**2** Der Koalitionsvertrag spricht von «künstlicher Befruchtung», gemeint sind damit Verfahren der «assistierten Reproduktion» (aus dem Englischen: Assisted Human Reproduction).

**3** Da das Elterngeld als Lohnersatzleistung konzipiert ist, setzt es Fehlanreize zur Verschiebung des Kinderwunsches. Vgl. Haller/Wolf 2023.

**4** Alter und Fertilität sind eng miteinander verbunden (Vgl. Gnoth 2020). Die Fruchtbarkeit sinkt bereits ab dem 25. Lebensjahr. Unter 25 Jahren liegt die Chancen auf eine eintretende Schwangerschaft pro Lebensjahr bei etwa 90 Prozent in der Altersspanne 26-35 Jahre bei etwa 70 Prozent und in der Altersspanne 35-40 bei 20 Prozent.

*Kassensturz. Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Koalitionsvertrags* beleuchtet die im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhaben aus geschlechterpolitischer Perspektive: Zunächst wird der Status quo erörtert und den geplanten Neuerungen gegenübergestellt. In einem zweiten Schritt werden die jeweiligen Vorhaben der Ampel-Koalition analysiert. Daraus werden politische Handlungsempfehlungen abgeleitet.

# In-vitro-Fertilisation

*«Wir wollen ungewollt Kinderlose besser unterstützen. Künstliche Befruchtung wird diskriminierungsfrei auch bei heterologer Insemination, unabhängig von medizinischer Indikation, Familienstand und sexueller Identität förderfähig sein. Die Beschränkungen für Alter und Behandlungszyklen werden wir überprüfen. Der Bund übernimmt 25 Prozent der Kosten unabhängig von einer Landesbeteiligung. Sodann planen wir, zu einer vollständigen Übernahme der Kosten zurückzukehren».*

(Koalitionsvertrag 2021, S.92)

## Status quo des Zugangs zu assistierten Reproduktionsverfahren

Ein unerfüllter Kinderwunsch ist keine Krankheit im klassischen Sinne.<sup>[5]</sup> Obgleich Diagnosen wie Endometriose, Krankheiten der Genitalorgane, geringe Spermienanzahl oder Entzündungen und Verwachsungen in Eileitern und Uterus als medizinische Indikation für die assistierte Reproduktion herangezogen werden, können aktuell für die wenigsten ungewollt kinderlosen Paare eindeutige medizinische Ursachen diagnostiziert werden.<sup>[6]</sup> Auch bleiben die medizinischen Gründe, die Ursache der Unfruchtbarkeit sein können, ohne einen Kinderwunsch meist unerkannt.<sup>[7]</sup> Menschen, die sich einer Kinderwunschbehandlung unterziehen, beschreiben eine **Verselbständigung der medizinischen Prozesse**: sie berichten von selbstverstärkenden Mechanismen, die zu einem Automatismus der unweigerlichen Steigerung medizinischer Eingriffe führen, die für die Paare häufig teuer sind und deren Misslingen nicht selten als persönliches Versagen (der Frauen) gedeutet wird.<sup>[8]</sup> **Alternativen wie beispielsweise Ko-Elternschaft, Adoption oder Pflegeelternschaft** werden angesichts ständig verbesserter reproduktionsmedizinischer Verfahren immer weniger in Betracht gezogen.<sup>[9]</sup> So sind die Gründe der starken und kontinuierlich steigenden Inanspruchnahme von Verfahren der assistierten Reproduktion nicht ausschließlich im Anstieg der Kinderlosigkeit sowie der fortschreitenden medizinischen Entwicklung

**5** Die WHO definiert Unfruchtbarkeit über die Zeit, in der eine Schwangerschaft ausbleibt, sie wird zum bestimmenden Faktor einer Erkrankung, die dadurch definiert ist, dass nach 12 Monaten oder mehr regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eintritt (Vgl. WHO 2023).

**6** Ullrich 2022, S. 281.

**7** Vgl. Ullrich 2022, S. 281.

**8** Vgl. Franklin 2002.

**9** Vgl. Franklin 2002, S. 366.

begründet. Vielmehr verstärken sich Interessenlagen der unterschiedlichen beteiligten Akteur\*innen: Krankenkassen, überweisende Gynäkolog\*innen, Reproduktionsmediziner\*innen und ungewollt Kinderlose.<sup>[10]</sup> In dieser Gemengelage vertreten auch die Parteien der aktuellen Ampelkoalition die Interessen ihrer Klientel. Dazu gehören Paare mit spätem Kinderwunsch genauso wie private Reproduktionskliniken. Die **Erschließung neuer Kund\*innen durch einen barrierefreien Zugang zu Verfahren der assistierten Reproduktion** liegt damit im Interesse privatwirtschaftlich organisierter Reproduktionskliniken, die dem Wählerklientel der FDP zugeordnet werden können und von denen teilweise hohe Parteispenden an die FDP gehen.<sup>[11]</sup>

## Die unterschiedlichen Verfahren der assistierten Reproduktion

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Verfahren, einen Kinderwunsch assistiert zu verwirklichen. Eine erste Möglichkeit ist die Insemination, sie kann als sogenannte Bechermethode ohne ärztliche Hilfe oder aber im Rahmen medizinisch assistierter Verfahren erfolgen.<sup>[12]</sup> Vor der Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung besteht die Beratungspflicht mit eine\*r unabhängigen Gynäkolog\*in, die außerhalb einer Reproduktionsklinik praktiziert. Bei fehlender medizinischer Indikation beginnen die meisten Kinderwunschbehandlungen mit einer sog. **Intrauterinen Insemination (IUI)**, bei der die Samenzellen durch einen Katheter in den Uterus gelangen.<sup>[13]</sup>

Ist diese Methode nicht erfolgreich, wird meist zu einem Verfahren übergegangen, bei dem die Befruchtung der Eizelle außerhalb des Körpers stattfindet: **die In-vitro-Fertilisation (IVF)**. In der Regel gehen dem In-vitro-Verfahren Hormonbehandlungen voraus, um die Heranreifung mehrerer Eizellen in einem Zyklus zu bewirken. Wird der Eisprung hormonell ausgelöst, können nach etwa 36 Stunden die Eizellen operativ entnommen werden (Follikelpunktion<sup>[14]</sup>). Im Labor werden die Eizellen in einer Nährflüssigkeit mit den

**10** Vgl. Nave-Herz/Onnen-Isemann und Oßwald 1996.

**11** Lutz Helmig, der Gründer der Helios-Kliniken, zu denen mehrere Reproduktionskliniken gehören, gehörte laut Lobbypedia 2017 zu den 10 größten Wahlkampfspender\*innen der FDP. URL: <https://lobbypedia.de/wiki/Hauptseite>

**12** Für die Bechermethode ist keine Anbindung an eine Klinik erforderlich, mit Hilfsmitteln wie beispielsweise einer Spritze oder einer Menstruationstasse wird hierbei das Ejakulat in die Vagina gebracht. Allerdings geht eine privat organisierte Spende derzeit mit rechtlichen Unsicherheiten für die Wunscheltern einher. Nur bei einer Samenbankspende kann die spendende Person als rechtlicher Vater ausgeschlossen werden.

**13** Die Insemination kann durch eine Hormonstimulation an unterschiedlichen Stellen des Zyklus sowie durch die Aufbereitung des Ejakulats optimiert werden.

**14** Die Follikelpunktion erfolgt in der Regel unter einer Vollnarkose der zu behandelnden Person.

Samenzellen zusammengebracht. Sofern die Befruchtung einer Eizelle erfolgreich war und sich ein Embryo entwickelt, erfolgt anschließend eine Übertragung in den Uterus. Nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz dürfen maximal drei der entstandenen Embryonen in den Uterus eingesetzt werden. Überzählige Eizellen können im Vorkernstadium kryokonserviert werden. Durch **eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)** kann die Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft erhöht werden. Hier wird ein einzelnes Spermium mittels eines Mikromanipulators in die vorbereitete Eizelle injiziert.<sup>[15]</sup> Dies ist dann Mittel der Wahl, wenn die Spermienqualität für eine selbstständige Befruchtung im Reagenzglas nicht ausreichend ist. Verfahren der assistierten Reproduktion sind inzwischen **Standardverfahren**, die viele Familiengründungen überhaupt erst ermöglichen.<sup>[16]</sup> Dennoch ist die **Quote der hierdurch erzielten Lebendgeburten recht gering**. Die Verfahren sind sehr voraussetzungsreich, denn sofern nur ein Behandlungsschritt ergebnislos bleibt, ist das gesamte Verfahren erfolglos. Trotz Hormonstimulation kann die Eizellreifung ausbleiben, Befruchtungen können scheitern oder ein Embryo sich nicht im Uterus einnisten. Auch bei vorliegender embryonaler Herzfunktion enden viele Schwangerschaften vor der zwölften SSW mit einer Fehlgeburt.<sup>[17]</sup> Die **Zahl der Lebendgeburten** ist infolge der hohen Anzahl von Abgängen sehr viel niedriger als die Zahl beginnender Schwangerschaften und **liegt in Deutschland bei ca. 12 Prozent**.<sup>[18]</sup>

## Unterschiedliche Beanspruchung: Medikalisierung des weiblichen Körpers?

In den Verfahren assistierter Reproduktion sind Differenzierungen entlang biologischer Geschlechtsmerkmale angelegt. Hormonstimulationen werden an Körpern mit Eierstöcken und Uterus vollzogen. In diesem Zusammenhang verweist der Begriff der reproduktiven Differenz auf die körperliche Unterscheidung bei der Zeugung; er differenziert zwischen Menschen, die schwanger werden können, und jenen, die das nicht können.<sup>[19]</sup>

**15** Weitere Behandlungsformen stellen die Intracytoplasmic Morphologically Selected-Sperm Injection (IMSI), bei der das verwendete Spermium unter einem hochauflösenden Mikroskop anhand morphologischer Kriterien ausgesucht wird, sowie die Testikuläre Spermienextraktion mit ICSI (TESE-ICSI) dar, wobei die Spermien nicht aus dem Ejakulat, sondern aus einer Hodenbiopsie gewonnen werden.

**16** Die IVF ist inzwischen zu einem Standardverfahren geworden. Von allen Kindern, die 2017 in Deutschland geboren sind, fand bei knapp 3 Prozent die Befruchtung außerhalb des Körpers statt. Diese Zahlen verweisen auf eine Normalität reproduktionsmedizinischer Verfahren in Deutschland (Vgl. Ullrich 2022), die auch mit der Studie des BMFSFJ «Ungewollte Kinderlosigkeit 2020» deutlich wird.

**17** Bis zur 24. Schwangerschaftswoche wird die Beendigung einer Schwangerschaft als Fehlgeburt oder Abort bezeichnet, der im Gegensatz zu einer Totgeburt nicht meldepflichtig ist, weswegen die statistische Erfassung nicht vollständig gelingt (vgl. Tretau 2022, S. 287).

**18** Ullrich 2022, S. 280

**19** Vgl. Schrupp 2019, S. 19

Da mehrheitlich Frauen über Eierstöcke und einen Uterus verfügen, werden deren (weibliche\*<sup>[20]</sup>) **Körper medikalisiert**<sup>[21]</sup>, während die Aufbereitung des Ejakulats den (männlichen\*<sup>[22]</sup>) Körper wenig beansprucht. Unabhängig von der geschlechtlichen Identität wird innerhalb der Verfahren assistierter Reproduktion der Körper der ersten rechtlichen Elternstelle – der Mutter<sup>[23]</sup> – stärker beansprucht und damit einhergehend größeren Risiken ausgesetzt als der Körper der zweiten Elternstelle. Neben den diskriminierenden Zugangsvoraussetzungen zu der Finanzierung stellt die Medikalisierung des weiblichen Körpers die zentrale Kritik am Anstieg der über IVF oder ICSI gezeugten Kinder dar.

## Queere Familiengründung: der teure Zugang zur assistierten Reproduktion

Im klassischen Sinne ist der unerfüllte Kinderwunsch keine Krankheit, dennoch wird er in Bezug auf seine politische Regulierung so behandelt: Argumentiert wird, dass die medizinische Behandlung der Kinderlosigkeit im Rahmen assistierter Verfahren lediglich finanziert wird, wenn die Erfüllung des Kinderwunsches hypothetisch auch ohne medizinische Eingriffe möglich sein könnte. Sprich: bei Paaren, die zum einen über Hoden, also die Möglichkeit zur Spermienproduktion, und zum anderen über Eierstöcke und einen Uterus, also die Möglichkeit zur Eizellenreifung und Schwangerschaft, verfügen, und die sich darüber hinaus in einem Alter befinden, in dem theoretisch auch ohne medizinische Eingriffe eine Empfängnis möglich ist.<sup>[24]</sup> «Gesetzliche Krankenkassen erstatten 50 % der Behandlungskosten<sup>[25]</sup> für drei Behandlungszyklen nur dann, wenn die betroffenen Paare

- 20** Da als Voraussetzung für eine Transition inzwischen keine geschlechtsangleichenden Operationen mehr erforderlich sind, werden seither immer häufiger auch Männer und nicht-binäre Personen schwanger.
- 21** Vgl. Bleisch und Büchler 2020, S.257f.
- 22** Da als Voraussetzung für eine Transition keine geschlechtsangleichenden Operationen mehr erforderlich sind, zeugen seither immer häufiger auch Frauen und nicht-binäre Personen Kinder.
- 23** Die erste Elternstelle ist hierzulande belegt durch die Person, die das Kind geboren hat – unabhängig von der geschlechtlichen Identität, der gebärenden Person, wird sie als Mutter bezeichnet. Damit ist diese Elternstelle auf die Beziehung zwischen dem Kind und der schwangeren Person bezogen, die nicht geschlechtlich bestimmt ist und nicht mit der genetischen Abstammung übereinstimmen muss (vgl. Haller 2022).
- 24** Das Bundessozialgericht hat im Oktober 2021 entschieden, dass die Beschränkung der finanziellen Förderung auf die homologe Insemination und damit der Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Förderung rechtmäßig sei. Von einer homologen Insemination spricht man, wenn die Eizelle und Samen von Ehegatten stammen, von heterologe Inseminationen spricht man bei der Beanspruchung von Spendersamen.
- 25** Die Bund-Länder-Förderprogramme finanzieren ausschließlich homologe Insemination, darüber hinaus existieren in vier Bundesländern Förderprogramme, die Verfahren der assistierten Reproduktion auch für gleichgeschlechtliche, nicht-verheiratete Paare anteilig finanzieren (Saarland, Rheinland-Pfalz, Bremen und Berlin).

verheiratet sind, keine Sterilisation vorliegt, die Frau zwischen 25 und 40 Jahre sowie der Mann unter 50 Jahre alt ist und Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.»<sup>[26]</sup> Nach dieser politischen Regulierung bleiben alle **Paare jenseits der heterosexuellen Norm von der anteiligen Kostenübernahme der Behandlungskosten ausgeschlossen**. Entscheiden sie sich für eine IVF oder ICSI mit Samen von einer Samenbank, entstehen für sie Kosten in Höhe von 10.000 bis 20.000 Euro pro Behandlungszyklus, denn zusätzlich zu den teuren und aufwendigen Behandlungen in Kinderwunschzentren müssen bei heterologer Insemination auch die Spendersamen finanziert werden.<sup>[27]</sup> Schwule Paare sind hierzu-lande für die Erfüllung ihrer Kinderwünsche auf Ko-Elternschaft, Mehrelternschaft<sup>[28]</sup> oder Adoption angewiesen, da die Tragemutterschaft (auch: Leihmutterchaft) in Deutschland verboten ist.<sup>[29]</sup> Die anteilige Kostenübernahme der assistierten Kinderwunschbehandlung durch Krankenkassen ist darüber hinaus an die Ehe gekoppelt.

## Geschlechtliche Selbstbestimmung: ein Risiko für die Familiengründung?

Bis in das Jahr 2011 war eine Sterilisation zwingende Voraussetzung für die offizielle Änderung des Vornamens und des Personenstandes. Eine leibliche Elternschaft nach formeller Transition<sup>[30]</sup> war somit ausgeschlossen. Seitdem das Bundesverfassungsgericht diesen **Sterilisationszwang als verfassungswidrig** erklärt hat, können auch Personen mit geändertem Geschlechtseintrag schwanger werden oder Kinder zeugen. Sofern im Rahmen einer Transition körpermodifizierende Behandlungen vorgenommen werden, können diese die Fortpflanzungsfähigkeit einschränken. Neben eventuellen Operationen kann sich auch die Hormontherapie mit Testosteron- oder Östrogenpräparaten negativ auf die Fruchtbarkeit auswirken. In diesem Zusammenhang rät das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), vor der Transition die Konservierung eigener Keimzellen, also des Ejakulats oder von Eizellen, miteinzuplanen. Die Kosten hierfür werden bislang nicht von der Krankenkasse übernommen.

**26** Ullrich 2022, S. 281-282.

**27** Unterschiede bestehen zwischen privater Samenspende, Spendersamen von Samenbanken aus Deutschland und denen von ausländischen Samenbanken. Je nachdem, welche Samen in Anspruch genommen werden, folgen daraus unterschiedliche rechtliche Regelungen und Pflichten.

**28** Vgl. Evcil/Schlender 2023

**29** Eine Kommission soll klären, ob und unter welchen Voraussetzungen eine altruistische Leihmutterchaft in Deutschland erlaubt sein könnte.

**30** Trans (lat. trans- = «jenseits von», «über ... hinaus») wird als Oberbegriff verwendet, um unterschiedliche geschlechtliche Identitäten zusammenzufassen. Trans\* Personen fühlen sich nicht – oder nicht nur – dem Geschlecht zugehörig, das ihnen bei der Geburt zugeschrieben wurde. Manche verstehen sich eindeutig als Frau oder Mann, manche verorten sich zwischen oder jenseits dieser binären Geschlechterkategorien (Vgl. Stüwe 2021, 7 – 8).

## Kapitalisierung von Kinderwünschen: Kinder nur für reiche Eltern?

Die Kosten für die Familiengründungen, im Rahmen assistierter Reproduktionsverfahren, sind hoch. Der Zugang zur assistierten Reproduktion ist damit nicht gleichermaßen für alle Menschen möglich. Durch die Eigenbeteiligung ist sie nur für Menschen möglich, die über entsprechendes Eigenkapital verfügen. Menschen, die nicht die finanziellen Mittel haben, den «Eigenanteil» bzw. die Gesamtkosten für die reproduktionsmedizinischen Verfahren aufzubringen, bleiben davon ausgeschlossen. Ihre Kinderwünsche bleiben in einem System, das so stark an eigenes finanzielles Kapital gekoppelt ist, unerfüllt und oft auch unsichtbar. Ursachen dafür sind nicht einzig das ökonomisierte Gesundheitswesen, sondern auch das **marktförmig organisierte System der privatisierten Kinderwunschzentren**, in denen Kinderwünsche vermarktet und entsprechend nur bestimmte Zielgruppen adressiert werden.

## Ein Finanzierungspaket für Reproduktionskliniken: Assistierte Reproduktionsverfahren diskriminierungsfrei gestalten

Das politische Problem der steigenden soziökonomischen Herausforderungen, die mit der Familiengründung einhergehen, wird von der Ampelkoalition mit einem umfassenden Finanzierungspaket für eine diskriminierungsfreie Reproduktionsmedizin, beantwortet. Damit einher gehen die **Medikalisierung und Individualisierung eines sozialen Problems**. Der dargelegte Status quo macht deutlich, dass die privatwirtschaftlichen und politischen Regulierungen den Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen für Menschen mit Kinderwunsch entlang geschlechtlicher und sexueller Orientierung sowie nach finanziellen Möglichkeiten stark begrenzen. Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung sind konkrete Versprechen in Bezug auf Reformen zur Kostenübernahme assistierter Reproduktionsverfahren formuliert, durch die ungewollt kinderlose Menschen besser unterstützt werden und in Zukunft assistierte Reproduktionsverfahren diskriminierungsfrei zugänglich gemacht werden sollen. Konkret kündigt der Koalitionsvertrag<sup>[31]</sup> an, die **anteilige Kostenübernahme assistierter Reproduktionsverfahren auch auf die Behandlungen von gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehende Personen** zu erweitern. Unabhängig von «medizinischer Indikation, Familienstand und sexueller Identität» sollen neben homologen auch heterologe Inseminationen im Rahmen einer assistierten Befruchtung ermöglicht und die Kosten hierfür übernommen werden. Zunächst will der Bund 25 Prozent der Kosten übernehmen, unabhängig von der jeweiligen Beteiligung der Länder. Darüber hinaus kündigt der

**31** Vgl. Koalitionsvertrag 2021–2025, S. 92.

Koalitionsvertrag an, «zu einer vollständigen Übernahme der Kosten zurückzukehren».<sup>[32]</sup> Die im Koalitionsvertrag großzügig angekündigte Kostenübernahme für assistierte Reproduktionsverfahren kann als **Paradigmenwechsel** bezeichnet werden, im Rahmen dessen die medizinische Indikation durch eine soziale Indikation<sup>[33]</sup> ersetzt wird. Offen bleibt dabei jedoch, wie genau und wie weit das Verständnis von diskriminierungsfrei im Rahmen der assistierten Reproduktion politisch, rechtlich und gesellschaftlich gestaltet sein wird. Gerade im Kontext der Ausweitung und **zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von genetischen Verfahren wie der Präimplantationsdiagnostik** oder auch von nicht-invasiven Pränataltests, bleibt die Frage, ob die Diskriminierung nicht innerhalb dieser Verfahren grundsätzlich angelegt ist, und es hier lediglich zu einer Verschiebung der jeweils betroffenen Diskriminierungsmerkmale kommt. Offen bleibt die Frage, wie der **Zugang von Menschen mit Behinderung zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen** in Zukunft gestaltet sein wird und inwiefern die Diskriminierungsfreiheit bei der Finanzierung assistierter Reproduktionsverfahren in Bezug auf die **Kinderwünsche migrantisierter und rassifizierter Menschen** umgesetzt wird. Gerade ein unsicherer rechtlicher Status bedeutet beispielsweise für geflüchtete Menschen oder Menschen mit Duldungsstatus häufig einen Ausschluss vom Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen. Auch fehlt es mitunter an kompetenter, mehrsprachiger Beratung zu Möglichkeiten, Verfahren reproduktiver Assistenz in Anspruch zu nehmen und diese ggf. auch gegen Institutionen durchzusetzen.

Verfahren der assistierten Reproduktion können den lange als «natürlich» verstandenen Fortpflanzungsprozess in Frage stellen und bergen damit **emanzipatorisches Potenzial einer gleichberechtigten Elternschaft**.<sup>[34]</sup> Dennoch bleibt fraglich, ob der breitere Zugang zu den Verfahren assistierter Reproduktion auch Veränderungen der politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mit sich bringt, in denen Familien nicht nur gegründet werden, sondern auch gut leben und füreinander Verantwortung übernehmen können. Insgesamt trägt die großzügig angekündigte Erweiterung der Kostenübernahme die Handschrift der FDP, die als Klientenpartei der Kinderwunschzentren weitere Absatzmärkte erschließen möchte.

Soziale Probleme sozial lösen:

- **Kinderwunschbehandlungen in den Leistungskatalog der GKV aufnehmen.** Der Zugang zur assistierten Reproduktion sollte allen Menschen gleichermaßen möglich sein, ohne dass wegen hoher Eigenbeteiligung einkommensstarke Bevölkerungsgruppen bevorzugt werden. Bereits jetzt werden Leistungen im Rahmen der Schwangerschaft und Geburt als GKV-Leistung finanziert, obwohl ihnen kein Krankheitswert beigegeben wird. Dieses Prinzip soll konsequent auch auf alle Verfahren der assistierten

**32** Wann eine vollständige Übernahme der Kosten erfolgen soll und wie diese zwischen Bund und Ländern ausgestaltet wird, ist zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Papers nicht absehbar.

**33** Kentenich et al. 2022, S. 86.

**34** Vgl. Ediger et al. 2021, S.34f.

Reproduktion als Leistung im Rahmen der GKV angewendet werden. Dabei sollen Kinderwünsche ungeachtet des Familien- und Aufenthaltsstatus gleichermaßen berücksichtigt werden.

- **Kinderwunschbehandlungen entprivatisieren und in kommunale medizinische Versorgungszentren integrieren.** Kinderwunsch ist ein Thema des Gemeinwohls und sollte nicht einer kapitalistischen Verwertungslogik und privatwirtschaftlichen Vermarktungsinteressen dienen. Menschen in Kinderwunschbehandlung brauchen eine umfassende psychosoziale, medizinische und juristische Begleitung und Behandlung. Diese sollte in Zukunft ausschließlich in kommunalen medizinischen Versorgungszentren integrativ zusammengeführt werden. Dies würde auch einer Kommerzialisierung des Reproduktionsmarktes, wie zum Beispiel in Spanien, Einhalt gebieten.
- **Ergebnisoffene Beratung für den Umgang mit unerfülltem Kinderwunsch.** Die Beratungspflicht vor der Beanspruchung einer IVF liegt derzeit in der Hand von Gynäkolog\*innen, die primär das Alter des Paares zum Ausgangspunkt ihrer Diagnose nutzen. Wir empfehlen, unabhängige Beratungsstellen zu etablieren, die auch über Möglichkeiten jenseits der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren informieren. Hier könnten eine bereits bestehende Beratungsinfrastruktur, wie beispielsweise die von Pro Familia genutzt werden. Das Beratungsangebot sollte insbesondere auch reproduktive Erfordernisse, die durch eine Transition entstehen, berücksichtigen und auch Menschen mit Einschränkungen ergebnisoffen beraten, nicht zuletzt sollte es sprachliche Barrieren durch Übersetzungsangebote überwinden.
- **Altersbegründet begrenzte Fertilität in den sexualpädagogischen Bildungsangeboten für Jugendliche verankern.** Aufklärung ist aktuell auf die Verhütung von ungewollten Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten fokussiert. Wir empfehlen daher die reproduktive Gesundheit stärker in sexualpädagogische Bildungsangebote für Jugendliche einzubeziehen. Dabei sollten auch altersbedingte begrenzte Fertilität, medizinische Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit sowie die Häufigkeit von Fehlgeburten thematisiert werden.
- **Kostenübernahme für Verfahren der assistierten Reproduktion** unabhängig vom biologischen und sozialen Geschlecht, der sexuellen Orientierung, der körperlichen Verfassung (beispielsweise Behinderung) und dem Aufenthaltsstatus. Wichtig hierbei ist, dass nicht lediglich die theoretische Möglichkeit besteht, sondern tatsächlich barrierefreie Zugänge zu den Verfahren der assistierten Reproduktion etabliert werden.
- **Kostenübernahme der Kryokonservierung aus gesundheitlichen Gründen.** Wir empfehlen die Übernahme von Kosten für das Einfrieren von Spermien, Eizellen oder Embryonen für Personen, bei denen die Verschiebung der Familiengründung aus gesundheitlichen Gründen erforderlich ist. Das kann beispielsweise durch den Beginn einer hormonellen Transition, die die Zeugung von Kindern zunächst behindert,

auftreten.<sup>[35]</sup> In solchen Fällen leistet das Einfrieren von Gameten (Spermien oder Eizellen) oder auch durch IVF/ICSI befruchtete Eizellen einen wichtigen Beitrag zur «Konservierung» biologischer Reproduktionsressourcen, so dass die Kosten vollständig übernommen werden sollten. Eine generelle Kostenübernahme der Kryokonservierung im Sinne des «Social Freezing» lehnen wir ab, da die Finanzierung dazu führen kann, dass das Aufschieben von Kinderwünschen zur Regel wird und damit einhergehend auch von Arbeitgeber\*innen erwartet werden könnte.

**35** Vgl. Ediger et al. 2021, S.27.

# Präimplantationsdiagnostik

«Die Kosten der Präimplantationsdiagnostik werden übernommen.»<sup>[36]</sup>

## Zum Verfahren der Präimplantationsdiagnostik

Präimplantationsdiagnostik (PID) steht für die genetische und/oder chromosomale Untersuchung eines durch assistierte Befruchtung entstandenen Embryos<sup>[37]</sup>, noch bevor dieser zur Einnistung in den Uterus eingesetzt wird. Für dieses Verfahren ist die Entstehung des Embryos per IVF oder ICSI-Verfahren erforderlich, denn nur befruchtete Eizellen, deren Zellteilung bis zum fünften Tag nach Befruchtung gleichmäßig voranschreitet, können als Blastozysten präimplantationsdiagnostisch untersucht werden. In der Regel wird die PID durch Genetiker\*innen und Biolog\*innen vorgenommen.<sup>[38]</sup> Für die Analyse von aus der Blastozyste gewonnenen Zellmaterials können **zwei unterschiedliche Screening-Verfahren** angewandt werden:

- 1) Es kann gezielt auf **bestimmte genetische Mutationen** untersucht werden. Dies setzt das humangenetisch diagnostizierte Vorliegen einer erblichen Träger\*innenschaft einem/beider Elternteile voraus. Dabei wird die Art der Vererbung<sup>[39]</sup> festgestellt und im Anschluss der zu testende Embryo auf diese Mutation hin überprüft.<sup>[40]</sup>
- 2) Es ist eine Chromosomenanalyse möglich, auch als **Pränatales Genetisches Screening oder Aneuploidie-Screening** bekannt. Dabei werden Veränderungen in der Anzahl oder Struktur der Chromosomen identifiziert und ausschließlich chromosomal unauffällige Embryonen in den Uterus eingesetzt. Zum einen werden die Embryonen hier auf chromosomale Abweichungen untersucht<sup>[41]</sup> und ggf. «verworfen», d.h. sie werden

**36** Koalitionsvertrag 2021–2025, S.92.

**37** Rödel 2018, S.50.

**38** «Nach dem Embryonenschutzgesetz (ESchG) dürfen nur Zellen von Embryonen untersucht werden, die das 8-Zell-Stadium überschritten haben. Sie sind nicht mehr totipotent, das heißt, sie können sich nicht mehr einzeln zu einem vollständigen Embryo entwickeln.» Vgl. Familienplanung 2017.

**39** Dominant, rezessiv, geschlechtschromosomal gebunden

**40** Vgl. Deutscher Ethikrat 2011, S.16.

**41** Prinzipiell kann das Aneuploidie-Screening Hinweise auf Nullisomie, Monosomie und Polysomie geben. Bei der Nullisomie fehlt ein Chromosomenpaar völlig, bei der Monosomie fehlt jeweils ein homologes Chromosom eines Chromosomenpaares (hier z.B. beim Turner-Syndrom), und bei der Polysomie liegen mehr als zwei homologe Chromosomen für ein bestimmtes Chromosomenpaar vor, hier z. B. die Trisomie 13 (Patau-Syndrom), 18 (Edwards-Syndrom) oder 21 (Down-Syndrom). Vgl. MedLexi.

nicht in den Uterus transplantiert.<sup>[42]</sup> Zum anderen werden diese Verfahren zunehmend angewendet, z.B. in Spanien, um die Wahrscheinlichkeit für das Gelingen einer IVF- Behandlung zu optimieren und Spontanaborte, ggf. aber auch habituelle Aborte<sup>[43]</sup> zu vermeiden. Für einen Großteil der Fehlgeburten im Laufe einer Schwangerschaft werden Chromosomenvarianten verantwortlich gemacht. Deren Prüfung senkt somit das Risiko einer Fehlgeburt und stellt für Personen mit **habituellen Aborten**<sup>[44]</sup> eine Möglichkeit dar, weniger Fehlgeburten erleben zu müssen.<sup>[45]</sup> Die hier beschriebenen Möglichkeiten der genetischen und chromosomalen Untersuchung lassen sich ausweiten: So bietet die PID die Möglichkeit, den Embryo nach bestimmten Merkmalen wie Geschlecht («Social Sexing») oder auch auf eine Eignung als Spender\*in hin zu untersuchen.<sup>[46]</sup>

## Rechtliche Regelung in Deutschland – Status quo

Die PID ist in Deutschland in §3a des Embryonenschutzgesetz (ESchG) von 1991 geregelt.<sup>[47]</sup> Oberstes Ziel des Gesetzes ist der Schutz des Embryos: Es verbietet, Embryonen zu einem anderen Zweck als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft herzustellen.<sup>[48]</sup> Dabei gilt die befruchtete Eizelle von Beginn der Verschmelzung mit einem Spermium als

- 42** Dieses Verfahren ist in Deutschland nicht erlaubt, wird aber in Spanien in Kinderwunschzentren als zusätzliche Leistung zur IVF/ICSI-Behandlung angeboten. Dennoch werden aufgrund der pränatalen Untersuchungsverfahren, die gezielt auf Trisomien testen und eine Abtreibung aufgrund einer medizinischen Indikation ermöglichen, immer weniger Kinder mit Trisomie 21 geboren, weltweit und spezifisch in Deutschland. Vgl. Deutsche Hebammen Zeitschrift 2020.
- 43** Rödel 2018, S.50.
- 44** «Die wiederholte Fehlgeburt (Abortus habitualis) wird als eine spontane Fehlgeburt vor der 20. SSW bei drei oder mehr aufeinander folgenden Schwangerschaften von demselben Partner definiert. Das Bild der wiederholten Fehlgeburt findet sich bei 0,5 bis 2 Prozent aller klinischen Schwangerschaften.» Vgl. UK Aachen.
- 45** Vgl. Leopoldina 2019, S.87.
- 46** Embryonen könnten gezielt getestet und ausgesucht werden, um später für ein älteres krankes Geschwister z.B. als Knochenmark-Spender\*in zu dienen. Dieses Verfahren ist in anderen Ländern, beispielsweise in Israel, erlaubt und wird dort regelmäßig durchgeführt. Auch «werden die Techniken der genetischen Diagnostik, der Analyse des Genoms und des Chromosomenbildes (...) Jahr für Jahr präziser, umfassender und auch kostengünstiger. Die neueren Technologien sind nicht mehr darauf beschränkt, nach einer bestimmten Genmutation gezielt zu fahnden, sondern können eine Vielzahl genetischer Veränderungen gleichzeitig erfassen und nach unspezifischen Variationen der Chromosomen suchen. Damit wird eine Fülle von verschiedenen, zunächst nicht einmal speziell gesuchten Informationen generiert» (Bleisch und Büchler 2020, S.183). Dies wirft Fragen möglicher Weiterentwicklungen des PID-Verfahrens auf, indem zukünftig Selektion betrieben werden kann, ohne dass ein Bezug zu einer möglichen Krankheit vorliegen muss.
- 47** Gesetz zum Schutz von Embryonen – Embryonenschutzgesetz (EschG), Volltext hier: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html>
- 48** Vgl. ESchG §1, Rödel 2018, S.51.

Embryo, der weder verworfen noch zu Forschungszwecken genutzt werden darf. Da im Falle eines negativen Befundes der PID der Embryo nicht in den Uterus der Frau übertragen wird, ist der **Einsatz von PID mit dem ESchG nicht kompatibel.**<sup>[49]</sup> In einem Urteil vom 6. Juli 2010 stellt der Bundesgerichtshof (BGH) jedoch fest, dass die Durchführung einer PID zur «Entdeckung schwerer genetischer Schäden des künstlich erzeugten Embryos nach geltendem Recht unter bestimmten Voraussetzungen straffrei ist.»<sup>[50]</sup> Der BGH verweist damit auf einen Widerspruch: Abbrüche einer Schwangerschaft, bei der im Zuge pränataldiagnostischer Verfahren (PND) genetische oder chromosomale Abweichungen des Fötus diagnostiziert wurden, bleiben nach Paragraph 218a Absatz 2 straffrei. Dabei ist nicht die potentielle Beeinträchtigung des Fötus/Kindes ausschlaggebend für die Indikation zum Abbruch, sondern die mögliche hieraus entstehende Belastung unter Einbeziehung der «gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse»<sup>[51]</sup> der schwangeren Person. Dementgegen bleibt die PID, die «auf einem weitaus weniger belastenden Weg dasselbe Ziel verfolgt (... )»<sup>[52]</sup> und nicht den Abbruch einer bestehenden und ursprünglich gewollten, sondern die Verhinderung einer Schwangerschaft mit einem behinderten/kranken Fötus ermöglicht, verboten. Diese **gesetzgeberische Ambivalenz** in Deutschland, indem der Zugang zur PID (rechtlich und finanziell) massiv eingeschränkt ist, zugleich aber PND – und Schwangerschaftsabbrüche bei einem auffälligen Befund – als Kassenleistung zugänglich gemacht werden, besteht weiterhin.

Jedoch trat in Folge des BGH-Urteils Ende 2011 das Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PräImpG) in Kraft, das die PID in Deutschland nun «eingeschränkt erlaubt.»<sup>[53]</sup> Das ESchG bleibt bestehen, allerdings wird § 3 ein Zusatz angefügt, der die genetische Untersuchung eines Embryos unter Strafe stellt, aber straf-freie Ausnahmen vorsieht. Diese Ausnahmen greifen dann, wenn aufgrund einer **genetischen Disposition der Eltern** für deren «Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit» besteht oder auch zur «Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos (...), die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer «Tot- oder Fehlgeburt führen wird».<sup>[54]</sup> Eine PID kann dann durchgeführt werden, um nicht erfolgversprechende «unnötige» Implantationen im Interesse der potentiell schwangeren Person zu vermeiden.

**49** Rödel 2018, S.51.

**50** Vgl. Getzentwurf, «Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik 2011.

**51** «Ist absehbar, dass die Fortsetzung der Schwangerschaft die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren stark gefährdet, kann das eine medizinische Indikation für einen rechtlich zulässigen Schwangerschaftsabbruch, auch nach der zwölften Schwangerschaftswoche, darstellen.» Vgl. Familienplanung 2019.

**52** Vgl. Gesetzentwurf 2011.

**53** Vgl. Deutscher Bundestag 2011.

**54** Vgl. Gesetz zum Schutz von Embryonen 1990.

Was jedoch als «schwerwiegend» in Bezug auf eine Erbkrankheit oder «Schädigung» gilt, ist unklar: Der Gesetzgeber hat «von der Etablierung einer Indikationsliste abgesehen, weil eine solche von Menschen mit entsprechender Behinderung oder Erkrankung als stigmatisierend und diskriminierend empfunden werden kann.»<sup>[55]</sup> Ethikkommissionen sollen darüber befinden»<sup>[56]</sup>, wann eine potentielle Beeinträchtigung des Fötus, die nicht zu einer Lebendgeburt führen würde, oder auch eine Beeinträchtigung eines potentiellen Kindes, als nicht zumutbar für die Wunscheltern erscheint.

Im Jahr 2013 erfolgte die «Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PIDV)», die seit Februar 2014 gültig ist.<sup>[57]</sup> Sie regelt die genauen Bestimmungen und Vorgänge, die für die Durchführung einer PID notwendig sind.

Berechtigt, den Antrag zur Bewilligung einer PID zu stellen, ist immer die Person, von der die zu untersuchende Eizelle stammt. Auch legt die PIDV fest, wie die Ethikkommissionen der Länder zusammengestellt sein müssen<sup>[58]</sup>, die die Anträge auf eine PID prüfen und unter Abwägung der individuellen Umstände und Belastungssituation der beantragenden Person über die Genehmigung für die Durchführung einer PID entscheiden.<sup>[59]</sup>

Die Kosten für die Durchführung einer IVF oder ICSI, die erfolgen muss, um zu untersuchende Embryonen zu gewinnen, tragen bei Erfüllung der notwendigen Kriterien (Alter, heterosexuelle Ehe) die Krankenkassen in den meisten Fällen zu mindestens 50 Prozent Dementgegen werden die Kosten der PID, die sich aus der humangenetischen Voruntersuchung der Kinderwunschaare, der Herstellung einer Gen-Sonde und der humangenetischen Untersuchung des gewonnenen Materials selbst zusammensetzt, nicht

**55** Vgl. Leopoldina 2019, S.89.

**56** Gen-ethisches Netzwerk e.V.: «Präimplantationsdiagnostik».

**57** Die Verordnung ist in Gesamtlänge hier nachlesbar: <https://www.gesetze-im-internet.de/pidv/PIDV.pdf>.

**58** «Dabei setzen die Ethikkommissionen der Länder «sich aus vier Sachverständigen der Fachrichtung Medizin, jeweils einem oder einer Sachverständigen der Fachrichtungen Ethik und Recht sowie jeweils einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe behinderter Menschen auf Landesebene maßgeblichen Organisationen zusammen. Bei der Zusammensetzung der Ethikkommission hat die berufende Stelle Frauen und Männer mit dem Ziel ihrer gleichberechtigten Teilhabe zu berücksichtigen.» (Vgl. PIDV 2013). Leider liegen keine genauen Informationen zur aktuellen Zusammensetzung der Ethikkommissionen in den Ländern vor, um diese Vorgabe auf ihre Umsetzung hin zu überprüfen.

**59** Vgl. Familienplanung 2017.

übernommen. Zu den Kosten für die PID kommen die Kosten für das Verfahren der Ethikkommission hinzu, welches von der Antragsteller\*in finanziert werden muss.<sup>[60]</sup>

## Geplante Änderungen

Der Koalitionsvertrag von 2021 sieht keine grundsätzliche Neuregelung des Embryonenschutzgesetzes und der PID vor. Die einzige Aussage, die hinsichtlich der PID getätigt wird, ist die Ankündigung der zukünftigen Kostenübernahme. Diese ist jedoch so vage formuliert, dass bislang unklar ist, ob die Kosten jeder von der Ethik-Kommission genehmigten PID erstattet werden sollen und ob damit auch die Kosten für die, der PID vorgelagerten IVF /ICSI Verfahren sowie der humangenetischen Tests auf Anlage-träger\*innenschaft gemeint sind. Auch bleibt offen, wie genau die Finanzierung erfolgen soll: **Trägt der Bund die Kosten oder wird die PID zur Kassenleistung?** Und wie genau soll eine solche Regelung aussehen, nachdem das Bundessozialgericht noch 2018 befand, dass eine PID keine Krankenbehandlung darstelle<sup>[61]</sup> und somit keine Verpflichtung zur Kostenübernahme seitens der Krankenversicherung bestehen kann?

Die geplante Kostenübernahme sollte nicht dazu führen, dass die PID zukünftig als Routineverfahren im Rahmen von Kinderwunschbehandlungen zugänglich gemacht wird. Denn in einem engen Zusammenspiel von politischen Forderungen und ökonomischen Kalkül werden zunehmend sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse am **Credo der «Kosteneffektivität»** ausgerichtet. Es gibt empirische Hinweise darauf, dass sich der gesellschaftliche Druck auf Personen mit Kinderwunsch erhöht, wenn sich die Durchführung einer PID und das Aussortieren «auffälliger Embryonen» als «kosteneffektiver» erweist, im Verhältnis zu den medizinischen Behandlungskosten jener Krankheiten und Behinderungen, die das Austragen eines chronisch kranken oder behinderten Fötus mit sich bringen würde.<sup>[62]</sup>

Die im Koalitionsvertrag angestrebte Kostenübernahme der PID ist dennoch sinnvoll. Denn bisherige empirische Studien haben auch gezeigt, dass der Zugang zur PID durch den

**60** Die Gesamtkosten für eine PID variieren stark, je nachdem, ob die Wunscheltern verheiratet sind, heterosexuell und ob zum Beispiel auch eine medizinische Indikation für die IVF/ICSI vorliegt. «Die Kosten für die Arbeit der Ethikkommissionen schwanken nach eigenen Angaben zwischen 500 und 5000 Euro. Diese Kosten müssen in jedem Fall von den betroffenen Paaren übernommen werden, ebenso wie die Kosten für die genetische Untersuchung der Embryonen, die zusätzlich zwischen 2000 bis 7500 Euro betragen. Hinzu kommen noch bis zu 5000 Euro für die grundsätzlich bei der PID erforderlichen Maßnahmen der assistierten Fortpflanzung, zumindest, sofern nicht zusätzlich eine eingeschränkte Fruchtbarkeit vorliegt, die eine Beteiligung der Krankenkassen an den IVF/ICSI-Kosten rechtfertigen würde.» Vgl. Frauenärzte im Netz 2019.

**61** Urteil L 4 KR 1 498/20.

**62** Gen-ethisches Netzwerk 2018.

jeweiligen sozioökonomischen Status von Personen bedingt wird.<sup>[63]</sup> Konkret bedeutet dies: nur reiche Menschen, in diesem Falle enggeführt auf heterosexuelle, verheiratete Paare, die sich die Kosten für das Verfahren einer PID leisten können. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Personen mit weniger erwirtschaftetem oder geerbtem Kapital die PID zwar formal beantragen, diese aber de facto nicht bezahlen können. Sie laufen damit Gefahr, (wiederholte) Fehl- und Totgeburten durch eine PID nicht vermeiden zu können oder ggf. (mehrmals) mit der Frage konfrontiert zu sein, ob sie eine Schwangerschaft austragen können/wollen, aus der ein Kind mit «schwerwiegender Schädigung» oder «schwerwiegender Erbkrankheit» hervorgehen könnte.

## Empfehlungen bezüglich der geplanten Kostenübernahme der PID in Deutschland

Aus den oben genannten Gründen ist die geplante Kostenübernahme grundsätzlich zu begrüßen. Sie erlaubt den beschränkten Zugang zur PID auch für Menschen, die sich den Zugang zum Verfahren sonst aus finanziellen Gründen nicht leisten könnten.

So ist es aus unserer Sicht auch durchaus relevant, die Frage aufzuwerfen, ob die massive Regulierung von PID an einem Embryo, dem zunächst nur das Potential innewohnt, sich im Uterus einzunisten, im Verhältnis steht zu der Härte, die es für eine schwangere Person als real existierende Rechtsträger\*in bedeutet, eine gewünschte Schwangerschaft (ggf. mehrmals) wieder zu verlieren (habituelle Aborte) oder abzuberechnen (aus medizinischer Indikation). Es ist also wichtig zu betonen, dass die **PID als medizinisches Verfahren innerhalb klar gesetzter ethischer und juristischer Grenzen eindeutig ihre Berechtigung** hat. Gleichzeitig, und dies lässt sich vor allem mit Blick auf die Nutzung und Routinisierung von PID-Verfahren in manchen europäischen Nachbarländern sagen<sup>[64]</sup>, führt die Routinisierung der PID auch weg von der individuellen Entscheidung im Einzelfall hin zu der Frage des (zukünftigen) **gesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit und Behinderung**. Denn eine Ausweitung und Routinisierung dieser Verfahren befördert auch die politische und gesellschaftliche Normalisierung und Normsetzung von Vorstellungen von «Familie» und jene von «Gesundheit», «Krankheit» und «Behinderung». Dies hat Auswirkungen darauf, welche staatlichen Mittel bereitgestellt werden, diese «Normalität» zu produzieren.

**63** Gen-ethisches Netzwerk 2018.

**64** Ein fast aktueller Überblick von 2016 findet sich hier. Es wird deutlich, dass Länder wie Österreich oder Spanien es stellenweise den Reproduktionskliniken selbst überlassen, über die Indikation zur PID zu entscheiden. Sie sind ein beliebtes Ziel für den sogenannten «Reproduktionstourismus». Vgl.: Geffroy und Zerres 2016.

So sind medizinische Möglichkeiten, **potentielles Leben auf seine «Lebenschancen» zu screenen und zu selektieren**, kritisch zu betrachten.<sup>[65]</sup> Denn in der Lockerung und Ausweitung von Diagnostikverfahren zur Steigerung des Erfolgs von medizinisch assistierter Fortpflanzung kann auch **die staatliche Erwartungshaltung** gesehen werden, Menschen, die schwanger werden können, «mögen sämtliche, ihnen zur Verfügung stehende medizinischen Möglichkeiten ausschöpfen, um (gesunde) Kinder zur Welt zu bringen».<sup>[66]</sup>

Die geplante Kostenübernahme sollte also nicht zu einer Expansion der Inanspruchnahme von PID-Verfahren in Deutschland führen. Denn auch wenn jeder einzelnen Entscheidung zur PID begründbare, subjektive und individuelle Belastungen und Sorgen zugrunde liegen, so ergeben diese in der Summe einen gesellschaftlichen Trend, der dazu führt, dass **immer weniger Kinder mit Behinderung geboren werden**.<sup>[67]</sup> Diesen Tendenzen ist entgegenzuwirken. Zum einen steht zu befürchten, dass immer mehr Druck entsteht, der Gesellschaft keine Menschen «jenseits der Norm» mehr zuzumuten. Zum anderen schafft das Verschwinden von Menschen mit angeborener Behinderung auch die argumentative Grundlage dafür, Unterstützungsmaßnahmen für Eltern von Kindern mit Behinderung und später auch für Erwachsene mit Behinderung immer stärker abzubauen, so dass Behinderung damit immer stärker individualisiert und marginalisiert wird.<sup>[68]</sup>

## Grundsätzliche Empfehlungen zur Regelung der PID in Deutschland

Die Leopoldina empfiehlt, dass in Zukunft die Entscheidung über eine PID nur noch in der «Arzt-Patienten-Beziehung unter Einbeziehung psychosozialer Beratung, aber ohne besondere Genehmigung durch eine Ethikkommission getroffen werden»<sup>[69]</sup> soll.

Die Entscheidung über die Inanspruchnahme einer PID in das Arzt-Patient\*innen-Verhältnis zu verlagern birgt aber gewisse Risiken: Gynäkolog\*innen und Humangenetiker\*innen, die im Zusammenhang mit einer PID Patient\*innen betreuen, mögen zwar medizinisch fundiert beraten, nicht aber notwendigerweise aus anti-ableistischer und Betroffenen-Perspektive argumentieren. Es ist nicht zu vertreten, den behandelnden Ärzt\*innen die alleinige Entscheidung zu überlassen, welche Krankheit eine Indikation zur PID darstellen und welche nicht. Gerade auch in der **Verknüpfung von ärztlicher Behandlung und**

**65** Eine feministische Perspektive, die Frauen\*rechte und die Rechte von Menschen mit Behinderung zusammendenkt und nicht gegeneinander ausspielt findet sich hier: Achtelik 2015a.

**66** Trost 2015, S.131. Ediger et al. 2021, S. 28.

**67** Vgl. Stüwe 2022, S. 308.

**68** Vgl. Achtelik 2015b.

**69** Leopoldina 2019.

**ökonomischen Interessen von Kinderwunschzentren liegt die Gefahr**, eine PID im Rahmen einer IVF/ICSI-Behandlung zunehmend zu routinisieren und damit zu normalisieren.

Auch darf die PID nicht zur Routine-Maßnahme werden, um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft bei Personen mit Kinderwunsch zu erhöhen. So darf zum Beispiel das Alter einer Person mit Kinderwunsch nicht als Quasi-Indikation herangezogen werden, um präventiv eine PID durchzuführen.

Was stattdessen nötig wäre, ist ein **politisch-gesellschaftlicher Umgang mit den biologischen Grenzen der Fruchtbarkeit**, der Familiengründungen jenseits von Karriere- und Absicherungslogiken für alle Menschen möglich macht. Dafür braucht es eine Politik der Aufklärung, die sowohl die Möglichkeiten von Schwangerschaftsverhütung als auch die Möglichkeiten und **besten Zeitfenster zum Schwangerwerden** in den Mittelpunkt stellt. Menschen dürfen nicht im Glauben gelassen werden, dass die Inanspruchnahme medizinischer Technologien wie IVF und ICSI/PID die routinierte Antwort auf späte Familiengründungen sind. Es muss möglich sein, auf Wunsch Familiengründungen in «biologisch günstige Zeitfenster» zu legen, in denen eine Medikalisierung/Regulierung der Fruchtbarkeit nicht notwendig ist, ohne dafür Armut und berufliche Nachteile zu riskieren.

Gleichzeitig braucht es eine politische und gesellschaftliche **Anerkennung für Menschen, die einen Kinderwunsch haben**. Dies bedeutet zum einen, Kinderwünsche ernst zu nehmen, Beratungsangebote auszubauen, die nicht alleine auf die Erfüllung von biologischer Elternschaft hin beraten, **Formen von Mit-Elternschaft und Verantwortung politisch und finanziell abzusichern** und Familien mit Kindern mit Behinderung hinsichtlich ökonomischer und politischer Teilhabe zu stärken.

Es bedeutet aber auch die Anerkennung dafür, dass die Erfüllung von Kinderwünschen für viele mit einer langen sozialen und medizinischen Leidensgeschichte einhergeht. Gerade in Hinblick auf habituelle Aborte braucht es einen **sensiblen Umgang mit Fehlgeburten** und hier vor allem die gesetzlich verankerte Möglichkeit zur Inanspruchnahme von «Mutterschutz» für Personen, die eine Schwangerschaft gegen ihren Willen verloren haben.<sup>[70]</sup>

Weiterhin tragen Frauen – und überproportional oft alleinerziehende Frauen – die Hauptlast, wenn es um die Versorgung von Kindern, auch mit Behinderung, geht. Es ist also wichtig, Frauen in ihrer freien Entscheidungsfindung zu unterstützen, auch in Bezug darauf, ob und wie sie sich ein Leben mit Kind(ern) mit Behinderung oder schwerer chronischer

**70** Der Gesetzgeber unterscheidet hinsichtlich des Mutterschutzes bisher zwischen Fehlgeburt (vor der 24.Schwangerschaftswoche) und einer Totgeburt (ab der 24.Schwangerschaftswoche). Erst ab der 24.Schwangerschaftswoche steht Menschen in Deutschland, die eine Schwangerschaft verloren haben, ein Mutterschutz zu. Zurzeit setzt sich eine Petition dafür ein, den Mutterschutz in Zukunft entsprechend der Schwangerschaftswoche zu staffeln, so dass alle Menschen nach einer Fehlgeburt den Anspruch hätten, Mutterschutz in Anspruch zu nehmen. Vgl. Tagesschau 2023.

Erkrankung vorstellen können. Der Fokus auf die PID als Instrument zur Produktion von «Designer-Babys» wird hier oft leichtfertig und irreführend angeführt, ohne die Abwägungen und Perspektiven von Betroffenen in den Mittelpunkt der Betrachtungen zu stellen.<sup>[71]</sup> Die PID bleibt in dieser Hinsicht also ein wichtiges medizinisch-technologisches Instrument für individuelle Formen reproduktiver Selbstbestimmung. Diese müssen jedoch gerade in Hinblick auf die gesellschaftlichen (ethischen) Implikationen gut abgewogen werden. Hierfür braucht es die Arbeit einer **überparteilichen Instanz**, die intersektional geschult ist und Erfahrungswissen in den Entscheidungsfindungsprozess einbringen kann.

Wir empfehlen daher dringend, die Entscheidung über die **Genehmigung einer PID auch in Zukunft bei den Ethik-Kommissionen der Länder zu lassen**, wie es die PIDV zum jetzigen Zeitpunkt vorsieht. Darüber hinaus empfehlen wir, die Ethik-Kommissionen hinsichtlich ihrer Zusammensetzung umzustrukturieren: Es braucht in Zukunft eine stärkere **Interessenvertretung von Menschen**, die potentiell von den Auswirkungen der (Nicht-)Inanspruchnahme einer PID betroffen sein können. So könnten zum Beispiel werdende Eltern, Eltern von Kindern mit Behinderung, aber auch Menschen, die selbst chronisch erkrankt sind oder mit einer Behinderung leben, Teil der Ethik-Kommission sein und dazu beitragen, dass die Perspektiven, Lebenswege und Herausforderungen von Betroffenen stärker in den Mittelpunkt der Entscheidungsfindung gestellt werden.

Konkrete Vorschläge:

- **Die Kosten der PID sollen in Zukunft von der Krankenversicherung übernommen werden.** Bürokratische Hürden für die Inanspruchnahme sollen möglichst gering gehalten werden. Das Verfahren inklusive Kostenübernahme soll dabei nicht an die Ehe als Voraussetzung gekoppelt sein und auch nicht nur die homologe Samenspende ermöglichen, sondern die Inanspruchnahme von Spendersamen im Rahmen eines PID-Verfahrens ebenso ermöglichen.
- **Die Entscheidung, ob eine PID genehmigt wird, sollte weiterhin von unabhängigen Ethik-Kommissionen getroffen werden.**
- **Von Kinderwunsch- und PID-Zentren unabhängige Beratungsangebote ausbauen:** Vor Inanspruchnahme einer PID braucht es eine fundierte und umfassende Beratung, die nicht aus rein medizinischer Sicht und Perspektive auf Behinderung und/oder Krankheit erfolgen sollte. Die Regierung sollte den Ausbau und die Finanzierung von Beratungsstellen fördern, die intersektional, diskriminierungsfrei und umfassend zum Thema PID und PND beraten.
- **«Mutterschutz» nach Fehlgeburten, gestaffelt nach Fortschritt der Schwangerschaft, sollten gesetzlich ermöglicht werden.**

**71** Vgl. Rödel 2018.

# Literaturverzeichnis

- Achtelik, Kirsten (2015a): Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung. Berlin: Verbrecher Verlag.
- Achtelik, Kirsten (2015b): «Was will ich wissen? Warum?» in Süddeutsche Zeitung. <https://www.sueddeutsche.de/leben/pranataldiagnostik-es-gibt-feministische-argumente-gegen-abtreibungen-1.2751102-2> (Stand 15.08.2023).
- BMFSFJ (2020): «Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden- Hemmungen- Lösungen» <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/ungewollte-kinderlosigkeit-2020-161020> (Stand: 22.08.2023).
- BMSFJ (2023): «Schwangerschaftsabbruch nach § 218 Strafgesetzbuch»: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-nach-218-strafgesetzbuch-81020> (Stand: 23.07.2023).
- Bleisch, Barbara, und Andrea Büchler (2020): «Kinder wollen: Über Autonomie und Verantwortung.» München: Carl Hanser Verlag.
- Braun, Anja (2022): Immer mehr Kinderwunschbehandlungen. <https://www.swr.de/wissen/kinderwunsch-behandlungen-zunahme-100.html>
- Bruhn, Eiken (2023): Trägerischer Bluttest. Taz: <https://taz.de/Praenataltests-auf-das-Downsyndrom!/5922757/> (Stand: 23.07.2023).
- Deutscher Bundestag (2011): «PID in Deutschland künftig eingeschränkt erlaubt.» [https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2011/35036974\\_kw27\\_de\\_pid-205898](https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2011/35036974_kw27_de_pid-205898) (Stand: 15.08.2023).
- Deutscher Ethikrat (2011): Präimplantationsdiagnostik: Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (Stand 15.08.2023).
- Deutsche Hebammen Zeitschrift (2020): Geburtenrate von Kindern mit Trisomie 21 sinkt. <https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/geburtenrate-von-kindern-mit-trisomie-21-sinkt/>
- Ediger, Gülden/Kalender, Ute/Keyere, Anthea/Mazzaferro, Valle (2021): Reproduktionstechnologien. Queere Perspektiven und reproduktive Gerechtigkeit. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Evcil, Sevda, und Alicia Schlender (2023): Elternschaft neu denken: Mitmutterschaft, Verantwortungsgemeinschaft und kleines Sorgerecht. In: PRiNa Politiken der Reproduktion (Hrsg.): Körper, Kinder, Kassensturz. Handlungsempfehlungen für die Umsetzung des Koalitionsvertrags. Policy-Paper-Reihe des Gunda-Werner-Institut der Heinrich-Böll-Stiftung. <https://www.boell.de/de/2023/05/05/elternschaft-rechtlich-neu-denken-mitmutterschaft-verantwortungsgemeinschaft-und>
- Familienplanung (2017): «Präimplantationsdiagnostik», <https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/behandlung/praeimplantationsdiagnostik/> (Stand: 15.08.2023).
- Familienplanung (2019): «Pränataldiagnostik», <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/pranataldiagnostik/schwangerschaftsabbruch/#c59748> (Stand 15.08.2023).

- Franklin, Sarah (2002): «Du musst es versuchen» und «Du musst dich entscheiden». Was IVF den Frauen sagt. In: Duden, Barbara/Noeres, Dorothea (Hrsg.): Auf den Spuren des Körpers in einer technogenen Welt. Opladen: Leske + Budrich, S. 362–392.
- Frauenärzte im Netz (2019): «Kostenübernahme der Präimplantationsdiagnostik: DGGG unterstützt Initiative des Gesundheitsministers». <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/aktuelles/meldung/kostenuebernahme-der-praeimplantationsdiagnostik-dggg-unterstuetzt-initiative-des-gesundheitsministers/> (Stand: 15.08.2023).
- Geffroy, Sandra, und Klaus Zerres (2016): «Präimplantationsdiagnostik im Europavergleich.» Medizinische Genethik. [https://medgenetik.de/de/2016/2016\\_3\\_320\\_Geffroy.pdf](https://medgenetik.de/de/2016/2016_3_320_Geffroy.pdf) (Stand: 18.08.2023).
- Gen-ethisches Netzwerk: «Präimplantationsdiagnostik». <https://gen-ethisches-netzwerk.de/fortpflanzung-und-schwangerschaft/praeimplantationsdiagnostik> (Stand: 15.08.2023).
- Gen-ethisches Netzwerk (2018): «Reproduktion und Selektion. Gesellschaftliche Implikationen von PID: Eine Literaturstudie zu den gesellschaftlichen Implikationen der Präimplantationsdiagnostik.» <https://gen-ethisches-netzwerk.de/praeimplantationsdiagnostik/reprotechnologien/reproduktion-und-selektion> (Stand: 23.7.2023).
- Gesetz zum Schutz von Embryonen (1990): <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html> (Stand: 26.07.2023).
- Gesetzentwurf (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG). <https://dserver.bundestag.de/btd/17/054/1705451.pdf> (Stand: 15.08.2023).
- Gnoth, Christian (2020): «Natürliche Fertilität und Alter». In: Gynäkologische Endokrinologie 2020 · 18:81–87. <https://doi.org/10.1007/s10304-020-00311-4>
- Haller, Lisa Yashodhara (2022): Eltern-Kind-Zuordnung. In: Lisa Yashodhara Haller, Alicia Schlender (Hrsg.) Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag, 131–144.
- Haller, Lisa Yashodhara, und Katharina Wolf (2023): Elterngeld: Fehlanreiz zur Verschiebung des Kinderwunsches – Die Lohnersatzleistung in der Kritik. Gunda-Werner-Institut der Heinrich-Böll-Stiftung. <https://gwi-boell.de/de/2023/07/21/elterngeld-fehlanreiz-zur-verschiebung-des-kinderwunsches-die-lohnersatzleistung-der> (Stand 25.07.2023)
- Kentenich, H./Taupitz, J./U. Hilland (2022): «Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung: Was sich in der Reproduktionsmedizin verändern soll.» <https://www.kup.at/kup/pdf/15177.pdf> (Stand:15.08.2023).
- Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059c353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (Stand: 26.7.2023).
- Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2019): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailan->

- [sicht/publication/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland-fuer-eine-zeitgemaesse-gesetzgebung-2019/](#) (Stand: 26.7.2023).
- MedLexi, «Was ist das Aneuploidie-Screening?». <https://medlexi.de/Aneuploidie-Screening#:~:text=Bei%20der%20Nullosonomie%20fehlt%20ein, die%20zum%20Down%20Syndrom%20> (Stand: 18.08.2023).
- Nave-Herz, Rosemarie/Onnen-Isemann, Corinna/Oßwald, Ursula (1996): Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin. Strukturelle Ursachen ihrer Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure. Bielefeld: Kleine.
- PIDV (2013): »Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikverordnung - PIDV) § 4 Ethikkommissionen für Präimplantationsdiagnostik. [https://www.gesetze-im-internet.de/pidv/\\_5.html#Seitenanfang](https://www.gesetze-im-internet.de/pidv/_5.html#Seitenanfang) (Stand: 15.08.2023).
- Rödel, Malaika (2018): What matters? Natur, Technologie und Geschlecht im Diskurs der Präimplantationsdiagnostik. GENDER Heft, 1/2018. S.47-62.
- Schrupp, Antje (2019): Schwanger werden können. Essay über Körper, Geschlecht und Politik. Darmstadt: Ulrike Helmer Verlag.
- Stüwe, Taleo (2021): Glossar zum Schwerpunkt Schwangerschaft & Geschlecht. In: Gen-ethischer Informationsdienst (Hg.): Schwangerschaft & Geburt jenseits normativer Vorstellungen. GID-Ausgabe 256, 7–8. <https://gen-ethisches-netzwerk.de/repro-techno-logien/256/glossar>.
- Stüwe, Taleo (2022): Pränataldiagnostik. In: Lisa Yashodhara Haller, Alicia Schlender (Hrsg.) Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Tagesschau (2023): «Fehlender Mutterschutz nach Totgeburten.» <https://www.tagesschau.de/inland/mutterschutz-totgeburten-100.html> (Stand 15.08.2023).
- Tretau, Alicia (2022): Abgänge und Fehlgeburten. In: Lisa Yashodhara Haller, Alicia Schlender (Hrsg.) Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag, 287–295.
- Trost, Sabine (2015): Präimplantationsdiagnostik im österreichischen Recht. Analyse und Kritik. Linzer Schriften zu Gender und Recht.
- Ullrich, Charlotte (2012): Medikalisierte Hoffnung? Eine ethnographische Studie zur reproduktionsmedizinischen Praxis. Bielefeld: transcript.
- Ullrich, Charlotte (2022): Kinderwunschbehandlung. In: Lisa Yashodhara Haller, Alicia Schlender (Hrsg.) Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft.: Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag, 279–286.
- UK Aachen: <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtsmedizin/gynaekologie/endokrinologie-und-fertilitaetsprotektion/wiederkehrende-fehlgeburten-habituelle-aborte/> (Stand: 15.08.2023).
- Urteil L 4 KR 1498/20 (2020): <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/node/169641> (Stand: 26.7.2023).
- WHO 2023: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility#:~:text=Key%20facts,on%20their%20families%20and%20communities> (Stand: 22.08.2023).

## Die Autor\*innen

**Dr. Lisa Yashodhara Haller** (sie/ihr) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung der Goethe-Universität Frankfurt a. M. Zu ihren Forschungsschwerpunkten gehören vergleichende Forschung zu Sozial- und Familienrecht, familienpolitische Leistungen, soziale Dienstleistungen und Infrastruktur, Sozialwirtschaft und Wohlfahrtsstaatsanalysen, Reproduktive Gerechtigkeit im Gegenwartskapitalismus sowie Paar- und Geschlechterforschung. **E** [Haller@em.uni-frankfurt.de](mailto:Haller@em.uni-frankfurt.de).

**Amina Nolte** (sie/ihr) hat einen Master in Politikwissenschaft mit einem Schwerpunkt auf Gender Studies und feministischer Zukunftsforschung der Universität Marburg. Momentan ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie an der Justus-Liebig-Universität Gießen und promoviert im Rahmen des Sonderforschungsbereiches «Dynamiken der Sicherheit» mit einem Fokus auf kritischer Sicherheitsforschung und Infrastrukturen. **E** [amina.nolte@sowi.uni-giessen.de](mailto:amina.nolte@sowi.uni-giessen.de).

*Die Autorinnen bedanken sich herzlich bei Taleo Stüwe für die wichtige Unterstützung und Beratung zu medizinischen und queer-politischen Aspekten des Papers.*

*Herzlichen Dank außerdem an Marie Fröhlich und Derya Binışık sowie an das PRiNa-Netzwerk für die konstruktiven fachlichen Hinweise.*

## Impressum

Herausgeberin: Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Schumannstraße 8, 10117 Berlin und PRiNa – Politiken der Reproduktion, Gießen ([www.uni-giessen.de/de/fbz/zentren/ggs/prina](http://www.uni-giessen.de/de/fbz/zentren/ggs/prina))

Fachkontakt: Derya Binışık, Gunda-Werner-Institut **E** [Binisik@boell.de](mailto:Binisik@boell.de)

Redaktionelle Verantwortung: Marie Fröhlich

Redaktion: Sophie Bauer, Sevda Evcil, Marie Fröhlich, Lisa Yashodhara Haller, Michèle Kretschel-Kratz, Amina Nolte, Alicia Schlender, Ronja Schütz, Derya Binışık

Fachliche Beratung: Taleo Stüwe

Erscheinungsort: [www.boell.de](http://www.boell.de)

Erscheinungsdatum: September 2023

Covermotiv: © Stock Illustrations Ltd – Alamy Stock Photo

Lizenz: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Die vorliegende Publikation spiegelt nicht notwendigerweise die Meinung der Heinrich-Böll-Stiftung wider.

Weitere E-Books zum Downloaden unter: [www.boell.de/publikatione](http://www.boell.de/publikatione)