https://mail.gen-ethisches-netzwerk.de/node/1958

Gen-ethischer Informationsdienst

Reproduktives Reisen

Kinderwunschbehandlung im Ausland

AutorIn
Sven Bergmann

Menschen überwinden weite Strecken, um sich ihren Kinderwunsch mit Hilfe von Reproduktionstechnologien zu erfüllen. Diese transnationalen Praktiken werden durch Stichwörter wie „fertility tourism“ oder „reproductive tourism“ popularisiert. Der folgende Beitrag gibt Einblick in die Motive Reisender und in die Praktiken der Internationalisierung von Infertilitätskliniken.

Jeanne Moulin reiste von Frankreich nach Spanien, um sich in einer IVF-Klinik in Barcelona zwei durch Kryokonservierung gelagerte Embryonen - die aus einer anderen IVF-Behandlung übrig geblieben waren - transferieren zu lassen. Sie erklärte mir, dass sie in Frankreich wegen ihres Zivilstandes „célibataire“ (ledig) keinen Zugang zu einer reproduktiven Behandlung habe. Diese wird in Frankreich nur heterosexuellen Paaren ermöglicht. In Spanien haben Single-Mothers-by-Choice wie Jeanne Moulin und lesbische Paare per Gesetz ein Anrecht auf eine Behandlung. Erin und Liam McIntosh flogen von Schottland nach Barcelona, um hier eine IVF mit gespendeten Eizellen durchzuführen. Sie erzählten mir, dass sie in ihrem Heimatland bis zu sieben Jahre auf eine Eizellspende warten müssten, weil es kaum Spenderinnen gäbe.1 Liam schwärmte von der Behandlung in Spanien: „how quick the service here is“ (die Klinik in Barcelona ermöglicht die Aufnahme einer Behandlung fast ohne Wartezeiten) und „It’s so close to us“, worauf er nach meinem irritierten Stutzen hinzufügte „by plane“. Europäische Billigfluglinien tragen so zu einer zunehmenden innereuropäischen Mobilität bei, welche die räumlichen Abstände zwischen Edinburgh und Barcelona verringert. Bruno und Susanne Fischer, die ich in einer Prager IVF-Klinik traf, war es hingegen wichtig, dass die Klinik von ihrem Wohnort in Süddeutschland mit dem Auto zu erreichen ist, um an einem Tag hin und zurück fahren zu können. Sie sind nach Tschechien gefahren, weil ihnen ihr Arzt nach mehreren erfolglosen IVF-Behandlungen mitteilte, dass Susanne Fischer zu alt sei, um Versuche mit eigenen Eizellen durchzuführen. Eine Eizellspende ist in Deutschland aber gesetzlich verboten. Die Fischers hatten wie die meisten Personen und Paare, die ich während meiner Forschung traf, im Internet nach Behandlungsmöglichkeiten und Kliniken recherchiert: Kinderwunschseiten und Foren von Betroffenen sind dabei häufige Informationsquellen. Neben der Nähe des Nachbarlandes gab es für die Fischers noch einen weiteren Grund, warum sie eine Behandlung in Mitteleuropa der am Mittelmeer vorzogen: Sie gingen davon aus, dass sie in Tschechien eher eine Spenderin von der Klinik zugewiesen bekommen, die ihrem Aussehen - beide haben helle Haare und blaue Augen - entspräche.

IVF als Hoffnungstechnologie

Diese Beispiele zeigen, dass Motivationen für eine Behandlung im Ausland sowohl durch das Umgehen nationaler Gesetze, Restriktionen und Zugangsbeschränkungen oder Wartelisten, aber auch von Preisen, Berichten über Qualität und Erfolgsquoten sowie von der Imagination, in welchem Land Spenderinnen der

genetischen Substanz der Empfängerinnen ähnlich sehen könnten geprägt sind. Die sehr heterogene Gesetzgebung in Europa sowie die unterschiedliche Regulierung der Anonymität der Keimzellspende haben zur Etablierung von „hot spots“ im Ausland geführt: Dazu zählen Spanien, Belgien und Tschechien als Länder mit einer relativ liberalen Regulierung der IVF und Eizellspende (sowie Dänemark aufgrund der Samenspende) und zunehmend Kliniken in Ländern am Rande der EU ohne gesetzliche Regulierung (zum Beispiel Russland und die Ukraine), die auf den zahlreichen nationalen Internetseiten zu Kinderwunsch und IVF ihre Werbung schalten.2 Im Vergleich zu anderen Bereichen des „Medizin-Tourismus“, die eher als Folge neoliberaler Gesundheitspolitik und internationalen medizinischen Wettbewerbs gesehen werden, weisen die Mobilitäten im Bereich reproduktiver Technologien auf eine neue Potentialität von Handlung und Imagination hin. Personen sind bereit, auch jenseits dessen, was staatlich erlaubt ist, ihre reproduktiven Ziele und Vorstellungen umzusetzen. Zwar sind Ergebnisse reproduktionsmedizinischer Behandlung wenig vorhersagbar, aber die Verheißung von eigenen Kindern und von der Erfüllung von Elternschaft sind starke Motive, wie sie sich auch im Euphemismus des Labels „Kinderwunsch-Behandlung“ (statt IVF) niederschlagen. Die Anthropologin Sarah Franklin hat IVF deshalb als Hoffnungstechnologie bezeichnet: Hoffnung ist der regulierende Effekt dieser Technologie, die oft scheitert, und hohe finanzielle, emotionale wie körperliche Kosten und Anforderungen verursacht. Hoffnung und Emotionalität garantieren aber auch die Stabilität dieser Technologien, sie gehören zu den Formen des „Sinn-Stiftens einer Behandlung“.3

Definitionen von Verwandtschaft

Neben konventioneller IVF und der Präimplantationsdiagnostik sind es vor allem Behandlungen mit Keimzellen fremder Personen, wegen denen Personen eine reproduktive Reise starten. Während Lesben und Single-Mothers-by-Choice eher die Samenspende in Ländern wie Dänemark nachfragen, gilt die Eizellspende als das derzeit erfolgreichste Verfahren für Frauen, bei denen eine konventionelle IVF keine Resultate zeitigt. Während bei einer konventionellen IVF derselben Frau, die sich der Hormonstimulation und operativen Eizellenentnahme unterzieht, kurz danach ein Embryo transferiert wird, trennt die Eizellenspende diese Prozesse arbeitsteilig auf Spenderin (Stimulation und operative Entnahme) und Empfängerin (Transfer der befruchteten Eizellen) auf. Es waren aber nicht die Risiken für die Eizellspenderin, sondern die Figur der „fragmentierten“ oder „gespaltenen“ Mutterschaft, die zentrale Argumente für ein Verbot der Eizellspende darstellten.4 Sind, wie im Fall der Eizellspende, zusätzlich (anonymisierte) Dritte als Zulieferinnen reproduktiver Substanz in die Fortpflanzung involviert, wird die im deutschen Gesetz naturalisierte Definition von genetischer Mutterschaft, die noch aus dem römischen Recht kommt (mater certa semper est), in Frage gestellt. Gerade weil IVF und besonders die seit den 1980er Jahren praktizierte Verwendung von Eizellen einer anderen Frau damit legale Definitionen von Verwandtschaft und Abstammung herausgefordert hat, ist sie so umstritten und wird zum Feld staatlich-regulativer Interventionen.

Transnationaler Fertilitäts-Tourismus

In Großbritannien und Deutschland problematisieren feministische Gruppen zu Recht die zahlreichen mit der Eizellspende einhergehenden Risiken, wie zum Beispiel das Ovarielle Hyperstimulationssyndrom (OHSS).5 Allerdings werden von einigen Initiativen, wie z.B. der eher dem Pro-Life-Flügel zuzurechnenden „Corethics“ problematische Repräsentationen bedient. So werden besonders osteuropäische Frauen, die ihre Eizellen verkaufen, nur als passive Opfer ohne Handlungsfähigkeit beschrieben. Die Anthropologin Michal Nahman, die in Israel und Rumänien zu transnationaler Eizellspende forscht, hat diese Viktimisierungs-Strategien, in denen die Frauen selbst nicht als Akteurinnen wahrgenommen werden, kritisiert.6 Im Gegensatz zu Sperma, das durch Einfrieren (Kryokonservierung) und das Geschäftsmodell der Samenbank zu einem exportfähigen Gut geworden ist, sind Eizellen bisher immer noch besser im frischen Zustand zu befruchten.7 Daher müssen IVF-Kliniken Empfängerinnen und Spenderinnen vor Ort koordinieren. Zwar können bestimmte Abläufe auch über Ländergrenzen per Email oder Telefon aufeinander abgestimmt werden, aber für die entscheidenden Momente einer IVF-Behandlung müssen menschliche Akteurinnen und Substanzen vor Ort sein: Sie sind für eine gewisse Zeit an die lokale Infrastruktur von IVF-Klinik und Labor

gebunden. Während zypriotische Kliniken, so eine Zeitungsmeldung, ukrainische Frauen einfliegen 8, schaffen es tschechische und spanische Kliniken hingegen, genügend Spenderinnen in der Nähe zu finden. Von Kliniken in Spanien und Tschechien werden Spenderinnen über lokale, Empfängerinnen über lokale und internationale Werbung rekrutiert. Die Kliniken synchronisieren die Substitution der reproduktiven Substanz durch ein anonymisiertes Verfahren des „Matchings“ zwischen Empfängerin und Spenderin, das ausschließlich von den ReproduktionsmedizinerInnen vorgenommen wird. Dafür werden von den PatientInnen einige phänotypische Parameter wie Haut-, Augen- und Haarfarbe, Größe, Gewicht und Blutgruppe aufgenommen. In Spanien sind Kliniken durch das spanische Gesetz zur Reproduktionsmedizin dazu angehalten, möglichst ähnliche Phänotypen zu „matchen“. Wenn die eingangs erwähnten Fischers also dachten, sie würden in Spanien keine Spenderin mit blauen Augen finden, gingen sie dabei von ethnisch-homogenen europäischen Nationen aus. Dabei zogen sie nicht in Erwägung, dass die Länder im Süden Europas längst zu Einwanderungsländern geworden sind, in denen viele Migrantinnen aus Osteuropa leben. Spanische Kliniken sind besonders aktiv darin, neben Studentinnen auch russische, polnische oder rumänische Migrantinnen für 900 Euro pro Eizellspende zu rekrutieren, um britische, skandinavische oder deutsche PatientInnen mit reproduktiver Substanz zu versorgen, die Ähnlichkeits-Marker enthält. Der transnationale Fertilitäts-Tourismus hat einen neuen vergeschlechtlichten Arbeitsmarkt für Migrantinnen geschaffen.

Kultur der Verheimlichung

In Ländern wie Tschechien und Spanien wird die Keimzellspende anonymisiert und durch das Matching eine gewisse Ähnlichkeit mit dem erhofften Nachwuchs garantiert. Damit wird antizipiert, dass die PatientInnen diese Praxis verschleiern wollen - ausgehend von der Erfahrung, dass nach der Geburt eines Kindes Familienmitglieder, Bekannte oder NachbarInnen eifrig dabei sein werden, Ähnlichkeiten zwischen Eltern und Kind zu suchen.9 Phänotypisches Matching ist eine Technik der Re-Naturalisierung der Eizellspende: Es werden „natürliche“ beziehungsweise genetisch plausible Familien modelliert. Verwandtschaft soll von dieser Warte aus über Identifizierung von phänotypischer Ähnlichkeit als „echt“ wahrgenommen werden. Doch auch wenn PatientInnen nichts verheimlichen wollen oder auch einfach auf Matching keinen Wert legen, wird dies in Spanien mit Verweis auf das Gesetz getan. Anonymisierung und Matching stabilisieren eine Kultur der Verheimlichung, um die heterosexuelle Kleinfamilie nicht in Frage stellen zu müssen. Die Verwendung reproduktiver Substanz bei IVF kann aber auch Vorstellungen von Heteronormativität und Natur durchkreuzen. Diese Gleichzeitigkeiten und Ambiguitäten machen reproduktive Technologien zu einem interessanten Feld für die anthropologische Beschäftigung mit Verwandtschaft.10 Je nachdem wie Keimzellen substituiert und übereignet werden, schaffen sie entweder Trennungen und Nicht-Beziehungen oder aber neue Formen von Verwandtschaftung. Ein sehr interessanter Forschungs-Aspekt könnte in Zukunft sein, wie die erfolgreich aus IVF gezeugten Kinder (und ihre Eltern), wenn sie älter werden, über ihre - häufig transnationalen - Herkünfte und genealogischen Spuren reflektieren werden.

Dieser Beitrag ist eine gekürzte und veränderte Version des Artikels „Fertility Tourism: Circumventive Routes That Enable Access to Reproductive Technologies and Substances“, zuerst erschienen in: Signs. Journal of Women in Culture and Society, 36(2), 280-289, © The University of Chicago.

- 1Der altruistische Begriff der Spende (von Keimzellen) ist unter wert- und gaben-theoretischen Gesichtspunkten zu kritisieren. Ich verwende ihn hier deskriptiv, um eine Praxis zu beschreiben, die sich in IVF-Kliniken und der internationalen Diskussion unter diesem Label etabliert hat, unabhängig davon, welche Motivationen die SpenderInnen haben. In den von mir geschilderten Fällen agieren IVF-Kliniken als „Broker“ einer Nicht-Beziehung zwischen anonymisierten Spenderinnen und Empfängerinnen.
- 2Für eine Zusammenstellung quantitativer Daten in einigen europäischen Ländern vgl. Shenfield et al. (2010): Cross border reproductive care in six European countries. In: Human Reproduction, 25, 1361-1369.
- 3Sarah Franklin (1997): Embodied progress. A cultural account of assisted conception. London/New York: Routledge, S. 167.Sarah Franklin (1997): Embodied progress. A cultural account of assisted conception. London/New York: Routledge, S. 167.

- 4Schneider, Ingrid (2003): Gesellschaftliche Umgangsweisen mit Keimzellen: Regulation zwischen Gabe, Verkauf und Unveräußerlichkeit. In: Graumann, Sigrid, Ingrid Schneider, Hg.: Verkörperte Technik - Entkörperte Frau. Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt am Main/New York: Campus, 41-65.
- 5Vgl. Schultz, Susanne (2010): Verdeckter Markt für Eizellen. In: GID 200, S. 26-27.Vgl. Schultz, Susanne (2010): Verdeckter Markt für Eizellen. In: GID 200, S. 26-27.
- 6Nahman, Michal (2008): Nodes of Desire: Romanian Egg Sellers, ‚Dignity? and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges. In: European Journal of Women?s Studies 15(2), 65-82.
- 7Verfolgt man die aktuellen Diskussionen in reproduktionsmedizinischen Zeitschriften, nehmen Versuche mit gefrorenen Eizellen und damit die Wahrscheinlichkeit der Lagerung von Eizellen analog dem Modell der Samenbanken zu.Verfolgt man die aktuellen Diskussionen in reproduktionsmedizinischen Zeitschriften, nehmen Versuche mit gefrorenen Eizellen und damit die Wahrscheinlichkeit der Lagerung von Eizellen analog dem Modell der Samenbanken zu.
- 8MEP Calls for Action on ‚Human Eggs for Cash? Claim, in Cyprus Mail, 04.05.2006.
- 9Becker et al. charakterisieren Praktiken der Identifizierung von genealogischen Ähnlichkeiten treffend als „Resemblance Talk“, vgl. Becker, Gay, Anneliese Butler, Robert D. Nachtigall (2005): Resemblance Talk: A Challenge for Parents Whose Children Were Conceived with Donor Gametes in the US. In: Social Science and Medicine 61(6), 1300-1309.
- 10Siehe auch Hess, Sabine (2008): Der Planungswille zum Kind, In: GID 186, S. 5-9.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 204 vom Februar 2011
Seite 33 - 35