



Christine Morgenstern: Grußwort des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Arbeitskreis
Frauengesundheit**
in Medizin,
Psychotherapie und
Gesellschaft e.V.

unabhängig - überparteilich

Liebe Frau Dr. Hertle, liebe AKF-Frauen, liebe Teilnehmerinnen,

vielen Dank für die Einladung zu Ihrer diesjährigen Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit. Ich freue mich sehr, dass ich heute wieder dabei sein kann – wenn auch nur einen halben Tag – und über die Gelegenheit für ein Grußwort.

Ihre letzte Jahrestagung habe ich noch in sehr guter Erinnerung – wegen der inhaltlichen Tiefe. Aber auch wegen der sehr guten Gespräche in der Pause. Dabei kann ich natürlich auch an eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Ihnen und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend anknüpfen, die seit der Gründung des AKF besteht. Diese möchte ich auch weiterhin fortsetzen.

Ihre Jahrestagung ist als Vernetzungsveranstaltung und als fachliches Diskussionsforum für alle interessierten und engagierten Vertreterinnen der Frauengesundheit und der Frauenpolitik unendlich wertvoll – gerade in diesem schwierigen und so wichtigen Bereich Gesundheit. Besonders schätze ich die Interdisziplinarität des AKF, die eine differenzierte Herangehensweise mit frauenrelevanten Fragestellungen in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft ermöglicht. Der AKF hat sich dabei seine kritische und unabhängige Sicht auf frauenrelevante (Gesundheits-)Themen bewahrt und setzt mit seiner Expertise und seinen Aktivitäten viel für die Frauengesundheit in Gang.

Das Themenfeld der diesjährigen Tagung ist mit dem Dreiklang „Herkunft — Ankunft — Zukunft“ sehr weit gespannt. Ausgangspunkte der Diskussion sollen Geburt und Beziehung sein. Das nehme ich gerne auf und beginne mit der „Herkunft“.

Herkunft: Hier spielen die Geburt wie auch Beziehung eine ganz besondere Rolle. „Mater semper certa est“, wie die Lateiner sagen, „die Mutter ist immer sicher“, meint die Mutter im Rechtssinn und im biologischen Sinne. Jahrhundertlang war die Mutter des Kindes immer die Frau, die es geboren hatte. Die Mutterschaft war eindeutig und leicht festzustellen. Diese *natürliche Symbiose schien ein Naturgesetz* zu sein: unverrückbar wahr.

Mit der Etablierung der Reproduktionsmedizin hat dieser Satz seine Gültigkeit verloren: Es gibt Kinder, die nicht nur eine genetische Mutter haben, sondern auch eine austragende Mutter. Und vielleicht sogar noch eine Bestellmutter. Seit ein paar Tagen wissen wir außerdem, dass es möglich ist, sogenannte „*Dreielternbabys*“ zu zeugen. Das sind Kinder, die nach einem Mitochondrientransfer geboren werden. Dabei wird ein Teil des genetischen Materials aus den Eizellen zweier Frauen zusammengefügt.

Diese Fälle sind in Deutschland zum Glück alle verboten. Ich komme darauf noch zurück.



Auch der naturgegebene Dreisatz der menschlichen Fortpflanzung „Vater — Mutter — Kind“ hat seine Allgemeingültigkeit verloren. Nur sehr selten, sozusagen als Laune der Natur, kamen früher auch mal Zwillinge zur Welt. Mehrlingsgeburten kamen noch weniger vor.

Die moderne Medizin hat diesen Grundregeln der Reproduktion ihre Ausschließlichkeit genommen:

- Heute können zwei Männer mithilfe einer Leihmutter zu Nachwuchs kommen.
- Eltern können das Geschlecht ihres im Reagenzglas gezeugten Kindes manipulieren.
- Und selbst Tote können noch Jahre nach ihrem Ableben Vater werden.

Durch die Techniken der Reproduktionsmedizin hat sich unser Familienbild geändert. Allerdings nicht zum ersten Mal: Die Familie ist immer dem Wandel der Zeiten ausgesetzt gewesen: Die biologisch miteinander verwandte Kleinfamilie ist ebenso ein Kulturprodukt wie die moderne Patchwork-Familie. Erst Ende des 18. Jahrhunderts entstand in Europa das Idealbild von Vater, Mutter und Kind als gesellschaftlicher und biologischer Säule der Gesellschaft. Bis dahin waren z. B. Mägde, die die Kinder für ihre unfruchtbare Herrin bekamen oder Ammen, die sie aufzogen, keine Seltenheit. Kinder, die ihren Vater, ihre Mutter oder sogar beide Eltern nicht kannten und ohne sie aufwuchsen, gab es zu vielen Zeiten.

Aber etwas ist jetzt neu und grundsätzlich anders:

Waren früher Zeugung und Geburt eines Kindes dem natürlichen Verlauf, dem Zufall oder dem Schicksal überlassen, so können sie heute das zielgerichtete Ergebnis menschlichen Tun und Wollens sein. Das wirft die Frage auf: Droht das werdende Leben, der Embryo, heute mehr ein Objekt instrumentalisierender Eingriffe zu werden? Oder bleibt er ein Subjekt mit je eigenen Begabungen und Gegebenheiten?

Die ethischen und rechtlichen Implikationen, die sich daraus ergeben, sind immens. Wir brauchen deshalb eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, ob der Mensch grundsätzlich darf, was er kann. Deshalb: vielen Dank, dass Sie in diesem Jahr dieser Diskussion wichtige Impulse geben.

Ich würde aber vorher gerne noch mal kurz zurückblicken: Sie erinnern sich alle an das sogenannte Retortenbaby „Louise Brown“, die erste erfolgreiche In-vitro-Fertilisation 1978, vor fast 40 Jahren. Damals eine Sensation. Heute keine Schlagzeile mehr wert. Seitdem sind die Behandlungszahlen rasant angestiegen:

- Allein in Deutschland werden jährlich ca. 50.000 Behandlungszyklen der künstlichen Befruchtung (IVF/ICSI) durchgeführt.
- Weltweit sind ca. 6,5 Millionen Kinder nach IVF/ICSI geboren worden.
- Mittlerweile verdanken 2,5 Prozent der in Deutschland geborenen Kinder ihre Existenz Maßnahmen der künstlichen Befruchtung.

Die Reproduktionsmedizin ist ein Segen für all die Menschen, die auf herkömmliche Weise nicht Eltern werden können. Für sie ist es die einzige Chance. Die Reproduktionsmedizin hat sich aber auch zu einem großen Markt entwickelt, auf dem Kliniken, Labore und Pharmakonzerne mit der Hoffnung auf Eltern Glück viel Geld umsetzen. Der weltweite Umsatz mit Technologien und Medikamenten der Reproduktionsmedizin lag im Jahr 2012 bei rund 23 Milliarden US-Dollar und wird bis 2019 auf 27,1 Milliarden US-Dollar steigen. Leider haben wir für Deutschland oder Europa keine Zahlen. Dabei wäre das auch für den deutschen und europäischen Markt sehr aufschlussreich. Die Reproduktionsmedizin ist auch deshalb eine lukrative Industrie, weil viele Menschen bereit sind, für die Verwirklichung ihres sehnlichen Kinderwunsches jeden Betrag zu bezahlen, den sie aufbringen



können. In Deutschland kommen für drei bis vier Behandlungen schon mal schnell Kosten in Höhe von über 10.000 Euro zusammen.

Aber natürlich geht es nicht nur um Geld. Es geht um Kinderwunsch und um die Erfüllung des Kinderwunschs. Deshalb gibt das BMFSFJ auch im Rahmen der Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ seit 2012 eine ergänzende finanzielle staatliche Unterstützung – damit der sehnliche Kinderwunsch der Paare nicht am Geld scheitern muss. Bund und Länder stellen die finanziellen Mittel gemeinsam zur Verfügung. Die Kriterien für die Förderung sind streng und orientieren sich an den Vorgaben des § 27 a SGB V.

Neben der finanziellen Unterstützung wollen wir auch die psychosoziale Beratung stärken. Dazu haben wir im September ein eintägiges Experten- und Expertinnenforum durchgeführt. Wir wollen sicherstellen, dass Kinderwunschpaare sich vor und während der Behandlung interessensunabhängig und möglichst kostenneutral beraten lassen können, damit sie eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung treffen können.

Ich komme zum Thema „Ankunft“. Noch wissen wir wenig über die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der durch künstliche Befruchtung gezeugten Kinder. Nicht nur, dass es immer wieder vorkommt, dass einige von ihnen mit den gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen aufgrund einer Zeugung nach reproduktionsmedizinischer Behandlung leben müssen. Interessenvertretungen wie der Verein Spenderkinder weisen auf die problematischen Aspekte künstlicher Befruchtung für Beziehung und Bindung hin, wenn nicht das Kindeswohl im Zentrum steht, sondern der Wunsch Erwachsener nach einem Kind.

Ich halte es aus Sicht der Spenderkinder für eine berechtigte Frage, ob die Methoden der Reproduktionsmedizin überhaupt für Wesen geeignet sind, die über sich, ihre Herkunft und ihre Identität nachdenken können und darüber natürlich auch irgendwann einmal Bescheid wissen wollen. Und das sind nicht wenige: In Deutschland sollen nach Schätzungen seit den 1970er Jahren etwa 100.000 Kinder durch künstliche Befruchtung oder den Samen von Spendern geboren worden sein. Es ist kaum erforscht, welche Auswirkungen die Inanspruchnahme auf das Familienleben und auf die Elternschaft hat. Das BMFSFJ gibt deshalb jetzt eine Studie in Auftrag, die sich genau mit dieser Fragestellung auseinandersetzen soll.

Um das Wissen über die Herkunft, also über die Abstammung, zu sichern, will das Bundesgesundheitsministerium, dass eine Kartei für Samenspender aufgebaut wird, damit Kinder, die aus einer künstlichen Befruchtung hervorgegangen sind, die Identität ihres leiblichen Vaters erfahren können. Zu jeder Spende sollen Samenbanken künftig den Namen und den Vornamen sowie Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Spenders speichern müssen. Über den Entwurf wird derzeit in den Ressorts abgestimmt.

Das dritte Wort im Dreiklang dieser Tagung ist das Wort „Zukunft“. Die Medien berichteten in den letzten Tagen über zwei wissenschaftliche Durchbrüche: Zum einen wurde bekanntgegeben, dass im April dieses Jahres das sogenannte „Dreielternbaby“ geboren wurde. Damit ist zum ersten Mal ein Kind zur Welt gekommen, das in diesem Ausmaß das Erbgut von drei Menschen aufgrund eines Mitochondrientransfers in sich trägt. Grund für den Eingriff war eine Erbkrankheit der Mutter, die sie zuvor bereits auf zwei Kinder übertragen hatte.

Zum anderen ist es japanischen Wissenschaftlern – auch erstmals in der Geschichte – gelungen, aus gewöhnlichen Körperzellen der Maus mithilfe der Stammzelltechnik reife Eizellen herzustellen und durch künstliche Befruchtung gesunde Nachkommen zu erzeugen. Obwohl es sich bei dem aufsehenerregenden Nachwuchs noch nicht um Menschen, sondern lediglich um Mäuse handelt,



sprechen Biomediziner und Ethiker bereits von einem neuen Zeitalter der menschlichen Fortpflanzung.

Was folgt daraus? Sollte man nicht vielleicht doch die ganze Reproduktionsmedizin verbieten – oder zumindest moralisch ächten? Ich denke, auch hier müssen wir die Dinge differenziert betrachten. Die Leihmutterschaft ist in Deutschland bereits verboten. Aber die Spirale der reproduktionsmedizinischen Neuerungen wird sich aller Voraussicht nach mit wachsender Geschwindigkeit weiterdrehen und immer neue Wünsche in den Bereich des Erfüllbaren rücken.

Und auch wenn in Deutschland Eizellspende und Leihmutterschaft sowie Experimente an Embryonen verboten sind, sind wir durch den Reproduktionstourismus mit den Folgen dieser Entwicklungen wieder konfrontiert. Deshalb bin ich sehr gespannt auf Ihre kritischen Diskussionsbeiträge. Ich wünsche mir sehr, dass der AKF auch in Zukunft die Diskussion um die Entwicklung reproduktionsmedizinischer Behandlungsmethoden aktiv mitgestaltet. Denn das Thema ist zu wichtig, um es anderen zu überlassen.

Für mich ist klar, dass beim Thema Reproduktionsmedizin die selbstbestimmte, informierte Entscheidung einer jeden Frau im Mittelpunkt stehen muss und dass jede Frau einen Anspruch darauf hat, laien- und fachgerecht informiert und individuell beraten zu werden. Dabei darf es keine Rolle spielen, ob sie sich für oder gegen eigene Kinder oder ob sie sich für oder gegen die eine oder andere reproduktionsmedizinische Behandlung entscheidet. Gleichzeitig müssen wir verstärkt darauf achten, dass das Kindeswohl Berücksichtigung findet — ganz im Sinne von Hedwig Dohm: „Die Emanzipation des Weibes ist das Recht des Kindes.“

2.

Diese Tagung beleuchtet den Dreiklang „Herkunft — Ankunft — Zukunft“ auch unter geographischen und kulturellen Aspekten. Dazu möchte ich nur noch kurz etwas sagen:

Die kulturelle Vielfalt, die wir als Folge der Flüchtlingsbewegungen in Deutschland und Europa wieder ganz verstärkt erleben, ist auch eine gewaltige Herausforderung für die medizinische Versorgung. Allein die unterschiedlichen Migrationsmotive und -erfahrungen, Altersgruppen, Aufenthaltsdauer, Staatsangehörigkeiten, Herkunftsländer und ethnischen Gruppen ergeben eine außerordentliche Heterogenität der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte.

Wir haben es damit auch in der Gesundheitsversorgung mit kulturspezifischen Vorstellungen von z. B. Menstruation, Verhütung, Geburt, Wechseljahren zu tun, aber auch mit unterschiedlichen Auffassungen von Krankheit und Gesundheit. „*Eine andere Sprache ist ein anderer Blick aufs Leben.*“, sagte Federico Fellini. Das heißt für mich, dass es im Umgang mit geflüchteten Frauen und Migrantinnen wichtig ist, dass die Frauen selbst zu Wort kommen. Gutgemeinte Ratschläge sollten nicht dazu führen, dass Frauen – erneut – paternalistisch bevormundet werden. Es ist nicht an uns, ihnen zu erklären – vielleicht in bester Absicht – was sie wollen sollen.

Ich freue mich deshalb besonders, dass während dieser Tagung der weiblichen Migration eine Stimme gegeben wird. Sie sprechen nicht nur über geflüchtete Frauen und Migrantinnen. Sondern diese sprechen selbst — für sich und von sich. Das erfordert von uns die Bereitschaft, die Frauen mit allem, was sie mitbringen, so anzunehmen wie sie sind. Frauen- und kulturspezifische Aspekte sollten wir adäquat würdigen, ohne kultureller Stereotypisierung zu erliegen und damit ungewollt selbst zu diskriminieren.

Für die Gesundheitsversorgung bedeutet das: geflüchteten Frauen und Migrantinnen die gesundheitliche Selbstbestimmung zu ermöglichen und ihnen Zugang zu frauengerechten und unabhängigen



gen Informationen zum Umgang mit Beschwerden und Krankheiten zu ermöglichen, damit sie für sich informierte Entscheidungen treffen können.

Liebe Frauen,

ich wünsche Ihnen für die nächsten zwei Tage inspirierende Einblicke in andere Denk- und Lebensweisen und viele gute Diskussionen!

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.