

# «DIE GESUNDHEIT DER EIZELLENSPENDERINNEN MUSS INS ZENTRUM RÜCKEN»

INTERVIEW MIT DIANE TOBER  
ZUR ÖKONOMIE DER FORTPFLANZUNG

Die Eizellenspende ist in der Schweiz und in Deutschland bislang verboten. In der Schweiz wird aber bereits an einer gesetzlichen Zulassung gearbeitet. Ein erster Gesetzesentwurf soll Ende 2026 vorliegen. Auch in Deutschland nimmt die Debatte um eine Legalisierung des Verfahrens erneut Fahrt auf. Die Anthropologin Diane Tober forscht seit Jahren zur assistierten Reproduktion. Sie regt an, dass vor einer allfälligen Einführung der Eizellenspende weitere Forschung stattfindet, die insbesondere die Folgen für die Spenderinnen besser abklärt.

**Frau Tober, in Ihrem 2025 erschienenen Buch «Eggonomics» untersuchen Sie die Eizellenspende nicht als altruistische Handlung, sondern analysieren ihre wirtschaftliche und politische Dimension. Was wird durch diese politökonomische Perspektive sichtbar?**

Das Thema ist komplexer, als die einfache Gegenüberstellung von Altruismus und Kommerzialisierung vermuten lässt. Die Motivation für eine Eizellenspende ist sehr vielschichtig. Manche Spenderinnen möchten anderen helfen, erwarten aber gleichzeitig eine Entschädigung für die Zeit, die sie aufwenden, und für die medizinischen Risiken, denen sie sich aussetzen. In den meisten Fällen ist die Motivation entsprechend weder rein altruistisch noch rein finanziell. Die den Spenderinnen ausbezahlten Entschädigungsleistungen sind dabei von Land zu Land sehr unterschiedlich. In Ländern wie Spanien oder dem Vereinigten Königreich sind die Zahlungen reguliert und vergleichsweise gering, etwa 1000 Franken.



**Diane Tober ist Professorin für Anthropologie an der Universität Alabama, USA. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Gesundheit, Geschlecht und Sexualität, die Kommerzialisierung des Körpers, Bioethik sowie soziale und reproduktive Gerechtigkeit.**

Das Interview mit Diane Tober führten Gabriele Pichlhofer und Tino Plümecke am 23. Februar 2026.



In den Vereinigten Staaten beginnen diese bei etwa 10'000 US-Dollar und gehen manchmal weit darüber hinaus. In meiner Forschung sind mir Zahlungen in der Höhe von 250'000 US-Dollar begegnet, aber in letzter Zeit hört man sogar von über einer Million Dollar pro Zyklus.

Was mich bei meiner Recherche am meisten überraschte, war nicht, dass Spenderinnen so unterschiedlich bezahlt werden, sondern wie das System selbst funktioniert. Insbesondere in den Vereinigten Staaten entwickelt sich ein hoch kommerzialisiertes, neoliberales Marktmodell, das sich deutlich von stärker regulierten Systemen wie beispielsweise in Spanien unterscheidet. Gleichzeitig konzentriert sich die öffentliche Debatte häufig auf die Motive der Spenderinnen. Von diesen wird erwartet, dass sie aus Altruismus und nicht aus finanziellem Interesse handeln. Die am Verfahren beteiligten Kliniken, Agenturen und Vermittler:innen arbeiten aber gewinnorientiert. Auf dem globalen Markt werden fünf eingefrorene Eizellen für etwa 15'000 US-Dollar gehandelt. Das Verfahren ist also stark kommerzialisiert.

Wenn gleichzeitig von den Spenderinnen erwartet wird, altruistisch zu handeln, offenbart das eine klare Doppelmoral. Warum werden die Spenderinnen als die einzigen Akteurinnen angesehen, die altruistisch handeln sollen, während das gesamte System um sie herum nach rein ökonomischen Kriterien handelt?

Technologische Entwicklungen wie das Einfrieren von Eizellen haben zu einem Wachstum des Marktes geführt. Denn heute können Eizellen länger gelagert, gehandelt und international versandt werden. Meine zentrale Frage ist daher: Wie hängen kommerzielle Märkte für humane Eizellen mit den Entscheidungen und medizinischen Erfahrungen von Eizellenspenderinnen unter verschiedenen regulatorischen Rahmenbedingungen zusammen?

## EIZELLENSPENDE IST FÜR DIE SPENDERINNEN BELASTEND

**In der hiesigen Debatte wird die Eizellenspende oft als Hilfe für jene Menschen dargestellt, die sich ein eigenes biologisches Kind wünschen. Warum betonen Sie stattdessen die Kommerzialisierung von Körpermaterialien?**

Meine früheren Forschungen für mein Buch *Romancing the Sperm* konzentrierten sich auf Frauen, meist alleinstehende Frauen und lesbische Paare, die eine Samenspende nutzten, um eine Familie zu gründen. Ich führte auch Interviews mit Samenspendern und führte Forschungen in Kliniken und Samenbanken durch. Bei einer Samenspende ist die medizinische Prozedur selbst relativ einfach. Niemand wird verletzt, niemand setzt sich einem hohen Risiko aus. Als ich jedoch mit Eizellenspenderinnen sprach, wurde mir klar, wie grundlegend anders das Verfahren ist. Eine Eizellenspende ist wesentlich invasiver und mit inten-

siveren medizinischen Behandlungen verbunden. Spenderinnen erhalten über Wochen hinweg Hormonspritzen, um das Heranreifen möglichst vieler Eizellen anzuregen. Die Entnahme der Eizellen ist ein invasiver Eingriff unter Narkose. Spenderinnen in meiner Studie berichteten von 40 bis 90 entnommener Eizellen bei einem einzigen Stimulationszyklus – während normalerweise nur eine Eizelle pro Monat reift. Das kann für den Körper sehr belastend sein. Im Gegensatz zur Samenspende birgt dieser Prozess ernsthafte Gesundheitsrisiken. Was mich am meisten überraschte, war, dass es keine umfassenden Studien gibt, die die Gesundheit von Eizellenspenderinnen über einen längeren Zeitraum verfolgen. Und das, obwohl Ärzt:innen oft behaupten, die Risiken seien gering. Wir haben einfach keine zuverlässigen Langzeitdaten über die physischen und psychischen Folgen für diese Frauen.

Der eklatante Mangel an systematischen Daten über die Auswirkungen des Verfahrens auf die Spenderinnen war zentral für meine Analyse. Gleichzeitig konzentrieren sich öffentliche Debatten fast ausschliesslich auf den positiven Aspekt, anderen bei der Familiengründung zu helfen. Das mag seine Berechtigung haben. Aber aufgrund des Fokus auf die potenziellen Eltern werden die Erfahrungen und die möglichen Schäden, mit denen Spenderinnen konfrontiert sind, weitgehend ignoriert. Im Laufe der Jahre habe ich Hunderte von Erfahrungsberichten von Eizellenspenderinnen und fast 1000 Fragebögen ausgewertet. Während einige Spenderinnen auch von positiven Erfahrungen berichten, beschreiben andere medizinische Komplikationen oder im späteren Verlauf Probleme mit der eigenen Fortpflanzungsfähigkeit. Wir wissen nicht, ob die Eizellenspende dafür ursächlich ist – und genau diese Unsicherheit ist das Problem.

Durch die Fokussierung auf die Kommerzialisierung möchte ich hervorheben, wie die Marktdynamik das Verfahren beeinflusst, wessen Erfahrungen priorisiert werden und wessen Risiken weitgehend unsichtbar bleiben. Wenn Eizellenspenden weiterhin durchgeführt werden sollen, benötigen wir fundierte prospektive Studien, eine transparente Datengrundlage und Massnahmen, die die Risiken und mögliche Schäden für die Beteiligten reduzieren.

## DIE SITUATION IN DEN USA UND IN SPANIEN IM VERGLEICH

**Warum richten Sie in Ihrer Forschung den Fokus auf Spanien und die Vereinigten Staaten – und was sagt die Situation in diesen beiden Ländern über die Dynamik des globalen Marktes für Eizellenspenden aus?**

Ich begann meine Recherche in den Vereinigten Staaten um 2014. Zur gleichen Zeit nahm ich auch Untersuchungen auf in spanischen Reproduktionskliniken, die Eizellenspenden

durchführten. Was mir sofort auffiel, war der Unterschied in der Regulierung zwischen den beiden Ländern. In Spanien wird im Vergleich zu den USA stärker reguliert: So ist die Entschädigungsleistung für Spenderinnen begrenzt. Das Land hat ausserdem ein nationales Register für Eizellenspenden eingerichtet. Im Gegensatz dazu ist der Markt in den Vereinigten Staaten weitgehend unreguliert und die Entschädigungen für Spenderinnen variieren stark. Der Vergleich dieser beiden Systeme ermöglichte es mir, zu untersuchen, wie ein reguliertes Modell neben einem marktorientierteren Modell funktioniert. Mich beschäftigte die Frage, ob das spanische Modell eine «bessere» Lösung darstellen könnte. Im Vergleich zu den USA bietet das spanische System einige strukturelle Vorteile: Die Kliniken sind verpflichtet, relevante Daten an das Gesundheitsministerium zu melden. Die im nationalen Register erfassten Informationen ermöglichen eine Nachverfolgung der verwendeten gespendeten Gameten. Wenn im späteren Verlauf eine genetische Erkrankung festgestellt wird, ist es so möglich, betroffene Nachkommen ausfindig zu machen und die Empfängerfamilien zu benachrichtigen.

Im spanischen System habe ich jedoch auch Mängel festgestellt, insbesondere in Bezug auf die Information der Spenderinnen und in Bezug auf deren informierte Einwilligung. So berichteten mir Spenderinnen, dass ihnen nicht im Detail mitgeteilt wurde, welche Medikamente ihnen verabreicht wurden, wie viele Eizellen entnommen wurden oder wie ihre Eizellen letztlich verwendet wurden. In den Vereinigten Staaten, wo das System viel kommerzieller ausgerichtet ist als in Spanien, berichten Spenderinnen, dass sie detailliertere Informationen über die Medikamentierung und die Zahl der entnommenen Eizellen erhielten. Sie wurden ebenso darüber unterrichtet, wer diese bekam. Auch gibt es Unterschiede, wie die Spenderinnen die Gelder, die sie für die Abgabe von Eizellen erhalten, einsetzen. Spenderinnen in den USA verwenden das Geld häufig, um Studienkredite oder andere Schulden abzubezahlen, während in Spanien die wesentlich geringere Entschädigung eher für alltägliche Ausgaben verwendet wird.

Was die Situation rund um die Eizellenspende in Spanien besonders interessant macht, ist die Tatsache, dass mit dem nationalen Register wichtige Daten gesammelt werden. Im Prinzip könnten diese Daten auch dazu verwendet werden, die Gesundheit der Spenderinnen und die Auswirkungen des Verfahrens über einen längeren Zeitraum zu beobachten. Derzeit liegt der Fokus jedoch hauptsächlich auf der Information über mögliche Erbkrankheiten für die Nachkommen und nicht auf den langfristigen Auswirkungen für die Spenderinnen.

## REPRODUKTIONSMEDIZIN

### ALS INVESTMENT

**Während der letzten 15 Jahre Ihrer Forschung sind Investmentfirmen in den Reproduktionsmedizinsektor vorgedrungen und haben die Strukturen dort neu geprägt. Welche Veränderungen haben Sie in der Praxis beobachtet?**



**Mehr zu Diane Tobers Forschungsergebnissen über Eizellenspenden finden sich im Buch «Eggonomics: The Global Market in Human Eggs and the Donors Who Supply Them». Routledge, 2025**

Als ich 2014 mit dieser Forschung begann, wurde die Technologie der Kryokonservierung, also das Einfrieren von Eizellen, gerade erst eingeführt. Damals befanden sich viele Reproduktionskliniken im Besitz von Ärzt:innen und nicht von Investmentfirmen. Doch die Möglichkeit des Einfrierens von Eizellen hat das Geschäftsmodell grundlegend verändert. Zuvor wurde meist eine Spenderin für eine Empfängerin gesucht. Sobald die Eizellen eingefroren waren, konnten die Eizellen einer einzelnen Spenderin an mehrere Empfängerinnen verteilt werden, auch weltweit. Zur selben Zeit begannen mehr und mehr Frauen, mit dem sogenannten Social Freezing ihre Eizellen für eine zukünftige eigene Verwendung einzufrieren. Das verdrei- und vervierfachte die Umsätze der Kliniken.

Als das Geschäft lukrativer wurde, begann der Sektor, privates Kapital von Investmentgesellschaften anzuziehen. Die Kliniken wurden zunehmend von grossen Firmenkonglomeraten, an denen private Investoren beteiligt waren, aufgekauft. In Kalifornien wurden beispielsweise mehrere Kliniken Teil von Unternehmensnetzwerken. Eine ähnliche Entwicklung konnte ich auch in Spanien beobachten. Als ich 2015 dort erstmals Kliniken besuchte, wurden die meisten noch von ihren Gründer:innen geleitet. Einige Jahre später waren einige Kliniken an Private-Equity-Firmen verkauft. Diese Investoren arbeiten in der Regel mit kurzen

Zeitplänen von drei bis fünf Jahren. Das Ziel ist, möglichst viel Profit zu machen, bevor die Kliniken wieder verkauft werden. Das Einfrieren von Eizellen und die globale Verteilung von Eizellen haben den Sektor viel profitorientierter gemacht als früher und sowohl die Kliniklandschaft als auch den Markt im Bereich Fortpflanzungstechnologie grundlegend umgestaltet.

## EIZELLENSPENDE STABILISIEREN SOZIALE UNGLEICHHEIT

**Welche Formen struktureller Ungleichheit konnten Sie in Ihrer Forschung feststellen, und wie prägen diese den globalen Markt der Reproduktionsmedizin?**

In den Vereinigten Staaten sind die meisten Eizellenspenderinnen junge Frauen – oft Studentinnen oder frischgebackene Uni-Absolventinnen –, die erheblichem finanziellem Druck ausgesetzt sind. Die Kosten für Bildung sind in den USA extrem hoch, das führt zu Kreditschulden für das Studium. Die Reproduktionskliniken werben häufig mit hohen Entschädigungen, wobei diese Zahlen irreführend sind. In Anzeigen werden beispielsweise 48'000 Dollar für eine Eizellenspende versprochen. Tatsächlich würde eine solche Summe aber etwa sechs Spendenzyklen mit entsprechender hormoneller Stimulation erfordern. Ein weiteres Problem sind die Steuern. Die Entschädigungszahlung für Eizellenspenden wird in den USA als steuerpflichtiges Einkommen behandelt, und einige Spenderinnen realisieren dies erst, wenn sie mit erheblichen Steuernachzahlungen konfrontiert werden. Eine Spenderin, die ich interviewte, fühlte sich gezwungen, weitere zwei Zyklen durchzuführen, nur um die Steuern zu begleichen; sie erlitt dabei allerdings medizinische Komplikationen, einschliesslich eines gefährlichen Überstimulierungssyndroms. Die Behandlung dafür wurde ihr in Rechnung gestellt und diese Kosten konnte sie nicht einmal steuerlich geltend machen. Fälle wie dieser zeigen, wie der finanzielle Druck die Entscheidungen von Spenderinnen beeinflussen kann.

Meine Daten zeigten auch Unterschiede in der Vergütung, die mit Rassifizierung und Bildungsungleichheiten zusammenhängen. Spenderinnen, die als hochgebildet oder mit «stark nachgefragten» Phänotypen klassifiziert werden, meist weiss oder asiatisch, erhielten in den USA tendenziell höhere Zahlungen als Schwarze oder hispanische Spenderinnen, was eine Werteskala innerhalb des Marktes schafft. In Spanien ist die Entschädigung für eine Eizellenspende standardisiert und vergleichsweise niedrig, aber viele Spenderinnen stammen aus wirtschaftlich prekären Verhältnissen – meist sind Migrantinnen aus Lateinamerika oder Osteuropa darunter. Die Kliniken suchen die Spenderinnen auch nach streng phänotypischer Übereinstimmung mit der Empfängerin aus. Jene mit einem «europäischen»

Aussehen werden bevorzugt. In beiden Kontexten prägen also wirtschaftliche Ungleichheiten und rassistische Bewertungsmuster, wer Spenderin wird und wie reproduktive Arbeit bezahlt wird.

## STUDIEN ZU GESUNDHEITS- GEFAHREN FÜR SPENDERINNEN FEHLEN

**Sie weisen darauf hin, dass Studien zu den langfristigen gesundheitlichen Folgen für Eizellenspenderinnen fehlen. Ist es unter diesen Umständen überhaupt ethisch zu rechtfertigen, diese Praxis zu legalisieren?**

Das ist eine schwierige Frage, denn ohne zuverlässige Langzeitstudien ist es schwer, von wirklich informierter Zustimmung zu sprechen. Eizellenspenderinnen sind gesunde junge Frauen, die sich einem invasiven medizinischen Eingriff unterziehen, der ihnen keinen medizinischen Nutzen bringt. Doch uns fehlen bis heute systematische Daten zu den langfristigen Risiken, die damit einhergehen. Der Grossteil der vorhandenen Forschungen konzentriert sich auf die Patient:innen der Fortpflanzungsmedizin, die typischerweise älter sind und Schwierigkeiten haben, schwanger zu werden. Eizellenspenderinnen bilden dagegen eine ganz andere Gruppe: Sie sind jünger, sehr fruchtbar und werden häufig nach Merkmalen ausgewählt – etwa einem niedrigen Body-Mass-Index – die das Risiko für Komplikationen wie dem Überstimulationssyndrom sogar erhöhen. Aus diesem Grund können Erkenntnisse von Eizellempfängerinnen nicht einfach auf die Spenderinnen übertragen werden. Ich glaube, wir benötigen dringend prospektive Studien, die Spenderinnen über einen längeren Zeitraum untersuchen – idealerweise beginnend vor ihrer ersten Spende und über fünf oder sogar zehn Jahre danach.

Meine eigene Forschung wirft wichtige Fragen auf. Spenderinnen, die anfangs, als sie in meine Studie aufgenommen wurden, gesund waren, berichteten später von Erkrankungen wie schwerer Endometriose, verminderter Eizellreserve in jungen Jahren oder sogar hormonbedingten Krebserkrankungen. Ich traf auf mehrere Spenderinnen, die nach einem oder mehreren Spendenzyklen eine schwere Endometriose entwickelten, obwohl sie vorher keine Symptome hatten. Da Endometriose stark hormonbedingt ist, ist es möglich, dass die Hormonstimulationen eine nicht erkannte, vorbestehende Erkrankung ausgelöst oder verschlimmert haben. In einigen Fällen hatten diese Frauen später selbst Schwierigkeiten mit Unfruchtbarkeit. Ich befragte Spenderinnen, die im Alter von Anfang zwanzig mit der Eizellenspende begannen, dann im Alter von Mitte zwanzig ernsthafte Symptome entwickelten und schliesslich mehrere Operationen und IVF-Behandlungen benötigten – sodass sie manchmal selbst keine Kinder mehr bekommen konnten. Situationen wie diese werfen

ernsthafte ethische Fragen auf. Wir können nicht mit Sicherheit sagen, ob die Eizellenspende diese Ergebnisse verursacht hat oder ob das medizinische Problem ohnehin bestanden hätte. Es zeigt aber, wie wenig wir tatsächlich wissen. Für mich ist das auch eine Frage von Transparenz. Kliniken sollten anerkennen, dass die langfristigen Risiken, die vor allem die Eizellenspenderinnen betreffen, noch weitgehend unbekannt sind. Entsprechend sollten Gesetzgeber und Fachgesellschaften die Finanzierung von prospektiven Studien sicherstellen, die Spenderinnen über einen längeren Zeitraum beobachten. Denn Eizellenspenderinnen investieren viel, um anderen Menschen bei der Familiengründung zu unterstützen. Sie verdienen daher mindestens die gleiche Aufmerksamkeit wie die anderen Beteiligten. Ihre Gesundheit und Sicherheit sollten an erster Stelle stehen. Nur so kann eine wirklich informierte Einwilligung gewährleistet werden.

## SCHUTZMASSNAHMEN FÜR SPENDERINNEN GEFORDERT

**Welche Massnahmen halten Sie für zentral, um die Rechte und Schutzmechanismen für Spenderinnen und potenzielle Spenderinnen zu stärken?**

Zunächst einmal brauchen wir eine viel bessere Forschung, damit die Spenderinnen eine echte informierte Einwilligung geben können. Zweitens sollten die Spenderinnen viel detailliertere Informationen über die medizinischen Protokolle erhalten. Wir wissen, dass bestimmte Stimulationsprotokolle höhere Risiken bergen als andere. Doch die Spenderinnen erhalten selten dieselben umfangreichen Informationen über Behandlungsoptionen wie normalerweise die Patientinnen. Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die Festlegung von Grenzen für die Anzahl der Eizellen, die pro Zyklus entnommen werden dürfen. Mit der zunehmenden Lagerungsmöglichkeit von kryokonservierten Eizellen zielen Kliniken oft darauf ab, die Anzahl der pro Zyklus entnommenen Eizellen zu maximieren. Das kann die Gesundheitsrisiken für die Spenderinnen erhöhen. Wenn das Entnahmeziel 20 Eizellen sind, dann werden normalerweise niedrigere Hormondosierungen verwendet, als wenn man 40 oder 50 Eizellen entnehmen möchte. Die Etablierung sichererer Standards für die Eizellenentnahme könnte dazu beitragen, diese Risiken zu verringern. Auch die Anzahl der Zyklen sollte begrenzt werden.

Im Weiteren benötigen wir systematische Nachuntersuchungen und nationale Register, welche die Gesundheit der Spenderinnen über einen längeren Zeitraum aufzeichnen. In den USA gibt es derzeit kein umfassendes Register, obwohl das technisch leicht möglich wäre. Länder wie Deutschland oder die Schweiz, die derzeit die Legalisierung der Eizellenspende in Betracht ziehen, haben jetzt die Möglichkeit, von Anfang an Systeme zu installieren, die eine valide Forschung und die langfristige Überwachung berücksichtigen. Schliesslich bedarf auch die Frage finanzieller Anreize für

eine Eizellenspende einer sorgfältigen Betrachtung: Hohe Zahlungen können die Rekrutierung stark beeinflussen. Einige alternative Modelle – wie zum Beispiel Vereinbarungen zum Aufteilen von Eizellen, bei denen Frauen, die ihre eigenen Eizellen einfrieren, einen Teil der entnommenen Eizellen gegen reduzierte Behandlungskosten abgeben – könnten einen ausgewogeneren Ansatz bieten, wenn sie sorgfältig reguliert werden. Es müsste dafür gesorgt werden, dass Kliniken nicht einfach mehr Eizellen entnehmen, bloss weil sie dann mehr Geld verdienen können. Insgesamt sollten die wichtigsten Prioritäten Transparenz, eine bessere Datenlage, sichere medizinische Standards und ein langfristiger Schutz der Spenderinnen sein.

## REPRODUKTIONSMEDIZIN UND «EUGENIK VON UNTEN»

**In Ihrer Arbeit sprechen Sie von «eugenischen Kräften» und «Grassroot-Eugenik». Warum ist der Begriff der Eugenik aus Ihrer Sicht ein hilfreiches analytisches Instrument, um den heutigen reproduktionsmedizinischen Markt zu verstehen?**

Mein Interesse an diesem Konzept geht auf meine früheren Forschungen zur Samenspende zurück. Damals operierten verschiedene Samenbanken mit sehr unterschiedlichen Philosophien. Einige waren explizit eugenisch – zum Beispiel das Repository for Germinal Choice, oft als «Nobelpreis-Samenbank» bezeichnet, das von Robert K. Graham gegründet wurde, um sogenannte «Elite»-Spender zu rekrutieren. Als ich die Einrichtung besuchte, um Interviews zu führen, sah ich, dass die gesamte Wand voll von Kinderfotos war. Durch die Samenspenden aus dieser Samenbank wurden fast ausschliesslich weisse, blonde, blauäugige Babys gezeugt. Ich hatte die eugenische Mission der Nobelpreis-Samenbank direkt vor der Nase.

Gleichzeitig entstanden andere Samenbanken, um Gruppen zu bedienen, die von den Mainstream-Kliniken von einer Behandlung ausgeschlossen wurden. Dazu gehören alleinstehende Frauen und lesbische Paare. Diese Ausschlüsse zeigten, wer sich fortpflanzen sollte und wer nicht. Was ich besonders interessant fand, war, dass die künftigen Eltern selbst oft Spender nach bestimmten Merkmalen auswählten, von denen sie glaubten, sie würden genetisch weitergegeben werden – wie Körpergrösse, Augenfarbe, musikalisches Talent oder Bildung. Grösse und Augenfarbe werden tatsächlich genetisch beeinflusst. Aber es gibt keine bekannte genetische Veranlagung, die bestimmt, an welche Universität man geht oder welche politischen Neigungen man hat. Diese persönlichen Auswahlprozesse sind nicht dasselbe wie die historische, staatlich geführte Eugenik oder die von Robert Graham von der «Nobelpreis-Samenbank». Aber sie spiegeln eine informellere, alltäglichere Form davon wider – was ich als «Grassroot-Eugenik» (Eugenik von unten) bezeichne.

Ich will reproduktive Entscheidungen nicht stigmatisieren. Menschen wählen Partner:innen – oder Spender:innen – aus vielen verschiedenen Gründen. Aber als ich begann, mich mit Eizellenspenden zu befassen, trat diese Dynamik in einer intensiveren Form zutage. Auf einer Konferenz sah ich zum Beispiel, wie eine ukrainische Eizellenbank sogenannte «VIP-Spender» bewarb. Eine junge Frau, wie ein Model gestylt, wurde auf einer rotierenden Plattform präsentiert, damit die Besucher:innen sie von allen Seiten betrachten konnten. Mir wurde klar, wie stark Eizellenspenderinnen über ihr Aussehen vermarktet wurden. Ich habe noch nie Samenspender auf diese Weise dargestellt gesehen. Meist werden von den Spendern keine aktuellen Fotos gezeigt, manchmal sieht man Kinderbilder. Profile von Eizellenspenderinnen hingegen zeigen häufig sehr stilisierte Bilder, sogar Aufnahmen im Bikini. Die Präsentation der Spender:innen ist stark geschlechtsspezifisch geprägt und betont das Erscheinungsbild, die Bildung und vermeintliche «Elite»-Qualitäten.

In den Vereinigten Staaten können Spenderinnen von renommierten Universitäten oder mit bestimmten Phänotypen deutlich höhere Entschädigungen für ihre Spende erhalten. Diese Dynamik schafft eine elitäre Logik auf dem Eizellenmarkt, die bei der Samenspende deutlich weniger entwickelt ist. Wenn ich von «eugenischen Kräften» spreche, meine ich das Phänomen, wie Marktanreize, Präferenzen von Konsument:innen und Vorstellungen von wünschenswerten Eigenschaften in Reproduktionsmärkten heute zusammenlaufen. So werden Hierarchien von Wertvorstellungen um Körper, Eigenschaften und Abstammung reproduziert.

## SAMENSPENDE NICHT MIT DER EIZELLENSPENDE ZU VERGLEICHEN

**Welche Fehler sollten die Schweiz oder Deutschland aus Ihrer Sicht vermeiden, wenn sie die Eizellenspende zulassen wollen?**

Ein häufiges Argument in diesen Debatten ist der Verweis auf «Gleichberechtigung»: Wenn Männer Samen spenden können, sollten Frauen das auch mit ihren Eizellen tun dürfen. Schaut man jedoch auf die medizinischen Unterschiede zwischen diesen Verfahren, bricht dieses Argument schnell in sich zusammen. Die beiden Verfahren sind nicht vergleichbar. Die Samenspende ist einfach und nicht invasiv und hat keine körperlichen Auswirkungen, während die Eizellenspende tägliche Hormonpumpen zur Stimulierung der Eizellenproduktion nötig macht. Die Entnahme der Eizellen dann erfordert einen invasiven Eingriff unter Narkose, was medizinische Risiken birgt. Die beiden Verfahren als gleichwertig zu behandeln, ignoriert diese Unterschiede. Ein weiteres gängiges Argument ist, dass Menschen für die im Inland verbotene Behandlung einfach

ins Ausland ausweichen – zum Beispiel nach Spanien – und dass die Praxis daher besser im Inland erlaubt werden sollte. Aber das ist oft auch ein wirtschaftliches Argument. Fortpflanzungskliniken wollen sich auf dem lukrativen Markt behaupten, ihren Pendants im Ausland in nichts nachstehen und ebenso hohe Einnahmen generieren.

Was in der Diskussion oft zu kurz kommt, ist ein ernsthafter Blick auf die Gesundheit und den Schutz der Spenderinnen. Wenn Länder wie die Schweiz oder Deutschland beschliessen, die Eizellenspende zu erlauben, sollte die zentrale Frage lauten: Wie stellen wir sicher, dass die Spenderinnen umfassend informiert, medizinisch geschützt und ihre eigene reproduktive Gesundheit langfristig bewahren können? Diese Überlegungen sollten im Mittelpunkt jeder politischen Entscheidung stehen.

## FORSCHEN – VOR DER ZULASSUNG

**Hierzulande ist die Debatte über die Eizellenspende stark polarisiert – zwischen Forderungen nach reproduktiver Freiheit und der Kritik an geschlechtsspezifischen, rassifizierten und klassenbezogenen Ungleichheiten. Wie kann ein Reproductive-Justice-Ansatz diese binäre Gegenüberstellung überwinden und der Komplexität des Themas gerecht werden?**

Das ist eine gute Frage. Wenn ich politische Entscheidungsgewalt hätte, würde ich sehr vorsichtig vorgehen und zuerst mit der Forschung beginnen, anstatt die Praxis sofort zu legalisieren. Eine mögliche Herangehensweise wäre, ein begrenztes Pilotprogramm in einer kleinen Anzahl von Kliniken für einen festgelegten Zeitraum einzuführen und die Ergebnisse sorgfältig zu untersuchen. Mit anderen Worten, die Forschung sollte an erster Stelle stehen – andernfalls ist es schwierig, fundierte politische Entscheidungen zu treffen. Ein solches Programm müsste klare Sicherheitsvorkehrungen haben: Begrenzung der Anzahl der entnommenen Eizellen, standardisierte Entschädigung und Vorschriften, die rassistisch motivierte Ausschlusskriterien bei der Rekrutierung oder Bezahlung verhindern.

In den Vereinigten Staaten werden Schwarze Spenderinnen beispielsweise oft geringer bezahlt als weisse. Es wäre auch wichtig, dass Daten nicht nur von den Kliniken selbst, sondern auch von unabhängigen Forschenden gesammelt werden, und dass Spenderinnen die Möglichkeit haben, ihre eigenen Gesundheitsdaten zu melden. So könnte die mangelnde Transparenz um das Problem von Komplikationen nach dem Eingriff vermieden werden.

Ein solches System würde es politischen Entscheidungsträger:innen ermöglichen, verlässliche Erkenntnisse über die Erfahrungen der Spenderinnen und mögliche gesundheitliche Folgen zu gewinnen, bevor die Praxis ausgeweitet wird. Auf dieser Grundlage liesse sich eine evidenzbasierte Politik entwickeln. Aus der Perspektive re-

produktiver Gerechtigkeit ist entscheidend, dass die Interessen der Spenderinnen – insbesondere ihre Gesundheit und Autonomie – genauso ernst genommen werden wie die Wünsche der potenziellen Eltern. Sowohl Spenderinnen als auch Menschen, die für ihre Familiengründung auf eine Eizellenspende angewiesen sind, müssen den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Idealerweise geht eine Regulierung deshalb mit einer sorgfältigen Datensammlung und einer transparenten Aufsicht einher. So können wir gesellschaftlich informierte Entscheidungen darüber treffen, ob und in welcher Form Eizellenspenden in das Gesundheitssystem integriert werden können.

## NÄCHSTE FORSCHUNGS- VORHABEN

**Neben Ihrer Forschung arbeiten Sie aktuell an einem Dokumentarfilm mit dem Titel «The Perfect Donor». Was steht als nächstes an?**

Ich brauche Geld, um das Projekt zu beenden. Der Dokumentarfilm ist bereits gedreht, aber die Fertigstellung erfordert mehr finanzielle Mittel. Ich habe den grössten Teil der Produktion selbst bezahlt. Das Einzige, was noch fehlt, ist eine professionelle Bearbeitung. Eine kürzere Version, die ich meinen Studierenden zeige, habe ich bereits erstellt. Aber ich möchte eine professionell bearbeitete Lang-

fassung fertigstellen, bevor ich sie öffentlich freigebe. Kürzlich habe ich auch einen Förderantrag für eine prospektive Studie eingereicht, die Eizellenspenderinnen, Frauen, die ihre eigenen Eizellen einfrieren, und eine Kontrollgruppe vergleicht. Ziel ist es, die Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum zu beobachten und nicht nur Daten aus Umfragen und Interviews zu untersuchen. Biologische Marker, die mögliche langfristige Auswirkungen der Hormonstimulation aufdecken, könnten helfen, Veränderungen im Zusammenhang mit dem Altern oder anderen Gesundheitsindikatoren zu erkennen.

Meine Forschung hat viele wichtige Fragen aufgeworfen, aber da es sich um eine retrospektive Studie handelt, ist es schwierig zu entscheiden, inwieweit die Daten repräsentativ für die Erfahrungen der Spenderinnen im weiteren Sinne sind – insbesondere in Bezug auf langfristige körperliche Auswirkungen. Die nächste Phase der Forschung, vorausgesetzt, die Finanzierung wird bewilligt, zielt darauf ab, diese Fragen systematischer zu untersuchen, indem die Teilnehmerinnen noch vor einer Eizellenspende rekrutiert und über einen längeren Zeitraum beobachtet werden.

\* Das Interview erschien in gekürzter Fassung im *Gen-ethischen Informationsdienst* GID 277, dem Magazin des Gen-ethischen Netzwerkes Berlin in Kooperation mit *biorespects* sowie auf Englisch in *Biopolitical Times*, dem Online-magazin des Center for Genetic and Society.