



Alles für ein Baby!

Drei Frauen – und die Frage: Wann geht die Reproduktionsmedizin zu weit?

Von Nadine Ahr und Christiane Hawranek, DIE ZEIT, 30.11.2023

Frühmorgens, nachdem sie ihren Kaffee getrunken und ihre Tabletten genommen hat, das Cortison, das Selen, die Folsäure, setzt sie sich an den Holztisch im Wohnzimmer ihres Einfamilienhauses in einer mittelgroßen deutschen Stadt und spritzt sich ein Medikament, das dazu dienen soll, die Schwangerschaft aufrechtzuerhalten. Sie sagt, sie könne nicht mehr zählen, wie viele Spritzen sie sich schon gesetzt, wie viele Tabletten sie geschluckt hat. Die Box in der Küche, in der sie all die Medizin aufbewahrt, ist so groß wie ein Wäschekorb. Die Rechnungen und Unterlagen füllen einen Leitz-Ordner. Seit vier Jahren wünschen sich Elly, die in diesem Artikel nicht mit ihrem Nachnamen auftauchen möchte, und ihr Mann ein Kind. Heute, an diesem nassgrauen Novembertag, wird sich entscheiden, ob sie dem Ziel endlich nahe sind.

»Bist du so weit?«, ruft ihr Mann aus dem Flur. Elly steht auf, nimmt ihre Jacke vom Haken. »Ja.« In gut einer Stunde wird sie in der Arztpraxis auf einen Monitor starren, in der Hoffnung, dass dort ein winzig kleiner Punkt zu erkennen ist, der pulsiert. Ein Herz, das schlägt. Elly weiß: Sieht beim ersten Ultraschall alles gut aus, ist das Risiko, dass es doch noch eine Fehlgeburt gibt, relativ klein.

Der Termin bei der Frauenärztin könnte die vorerst letzte Station sein auf Ellys Weg zum Wunschkind, einem Weg, der nicht nur Jahre gedauert und sie viel gekostet hat, emotional wie finanziell. Es war auch ein Weg, auf dem Elly immer wieder Grenzen überschritten hat. Medizinische Grenzen, schließlich sogar Landesgrenzen.

Die deutsche Reproduktionsbiologin Katharina Späth steht in einem weißen Kittel, die lockigen Haare zum Zopf gebunden, in ihrem Labor bei der Firma Juno Genetics in Oxford, Bereich Forschung und Entwicklung. Gerade hat sie eine



Sprachnachricht geschickt: Das Paket sei angekommen! Einen Tag zu spät zwar, aber es sei da. Nun sieht man per Videokonferenz, wie sie es auf einen der Labortische wuchtet. »Noch einen Tag länger ginge«, sagt sie und blickt in die Handykamera. »Bei mehr als zweien wird es kritisch.« Der Inhalt muss dringend in den minus 80 Grad kalten Gefrierschrank.

Katharina Späth, 36 Jahre alt, öffnet das Paket. Eine Styroporkiste, gefüllt mit Trockeneis, es dampft. Ganz oben auf dem Eis eine kleine Box. Späth hat sich Handschuhe übergestreift, sie entnimmt der Box mehrere Röhrchen. In einem sind dünne Haare, in einem anderen ist Blut, in wieder einem anderen Urin – Proben eines Neugeborenen, das Katharina Späth nur als Kind Nummer 7 kennt. »Ah, das ist die Nabelschnur«, sagt sie und gleicht die Beschriftungen mit den Inhalten der Röhrchen ab. »Und hier ein Stück von der Plazenta.«

25 Frauen haben an der medizinischen Studie teilgenommen, die Katharina Späth gemeinsam mit einem Embryologen aus Barcelona auf den Weg gebracht hat. Die Frauen haben drei Dinge gemeinsam: Sie alle leben in Griechenland, sie alle wollten unbedingt ein Kind, und bei keiner von ihnen klappte es mit den gängigen Mitteln der Reproduktionsmedizin. Für die Studie wurden den Frauen in einer Athener Kinderwunschpraxis Eizellen entnommen. In sieben Fällen war die künstliche Befruchtung erfolgreich, nach einer ganz neuartigen Methode. Katharina Späth sammelt deshalb nun in ihrem Labor Proben von sieben Kindern, das jüngste erst wenige Wochen alt, das ist Kind Nummer 7, das älteste vier Jahre. Das Besondere ist: Jedes der Kinder ist entstanden aus einer Eizelle, die von zwei verschiedenen Frauen stammt.

Katharina Späth und ihr Kollege in Barcelona hatten sich gefragt: Wie könnte man einer Frau helfen, aus deren Eizellen sich kein Embryo entwickeln kann? Vielleicht, indem man aus einer ihrer Eizellen den Zellkern herausholt; in ihm lagert die DNA, mit allen Erbinformationen, die einen Menschen ausmachen. Indem man den Zellkern als Nächstes in eine andere, funktionierende Eizelle überträgt, deren Kern man vorher entfernt hat. Die Zelle einer, meist jüngeren, Spenderin.

Befruchtet man das zusammengefügte Konstrukt und setzt es in die Gebärmutter der ersten Frau ein, dann wird, wenn alles klappt, die Natur ausgetrickst. Die Eizelle der



Fremden sorgt mit ihren Mitochondrien, den »Kraftwerken der Zellen«, mit ihren Nährstoffen und Proteinen dafür, dass die Frau schwanger wird. Dass in ihrem Bauch ein Kind heranwächst. Ein Kind, das von ihr abstammt. Mit ihrer DNA.

Katharina Späth erzählt, sie habe gerade an ihrer Doktorarbeit geschrieben, als sie 2016 von der Idee des Kollegen aus Spanien erfuhr, den sogenannten Maternal Spindle Transfer, kurz MST, an Frauen zu testen, die anders nicht schwanger werden konnten. Sie sei sofort begeistert gewesen. Da habe sie mitmachen wollen! Sie sei ja schließlich für ihre Ausbildung in Reproduktionsbiologie von Bayern nach Großbritannien gezogen, weil sie mehr als »Blümchen-Biologie« gewollt habe. Weil sie Forschung am ungeborenen Leben machen wollte, an Embryonen, ohne die strengen deutschen Regeln. Ganz vorne, an der Grenze zum Unbekannten. Da, wo wissenschaftliche Erkenntnis entsteht.

Die Proben von Kind Nummer 7 sind noch nicht analysiert. Vor einigen Monaten aber haben Katharina Späth und ihre Kollegen bereits in einer Fachzeitschrift publiziert, was sie bei den ersten sechs Kindern herausgefunden hatten: Die DNA aus ihren Zellkernen stammte, genau wie von den Forschern erhofft, jeweils zu 100 Prozent von Mutter und Vater. Und da war noch ein Ergebnis. Analysiert man die Mitochondrien aus den Zellen der Kinder, kann man genau ermitteln, von wem sie wiederum stammen, denn Mitochondrien haben ihre eigene DNA. Eine DNA, die nichts zu tun hat mit Aussehen und Größe, Intelligenz und Charakter. Wie geplant kamen sie von der Spenderin.

Das heißt, der Versuch des Zusammenbauens war gelungen. Die Kinder tragen in jeder einzelnen Zelle ihres Körpers Genmaterial von drei Menschen. Dem Vater, der Mutter, einer fremden Frau.

»Ich bin ein bisschen stolz«, sagt Katharina Späth. »Als das erste Kind zur Welt kam, war ich total happy.«

Etwa ein Jahr nachdem Baby Nummer 1 aus Späths Studie geboren wurde, ist auch Elly das erste Mal guter Hoffnung. Damals ist sie 36 Jahre alt und frisch verheiratet. Sie und ihr Mann verdienen sehr gut, sie kaufen ein Haus, Elly wird schnell schwanger. Heute, drei Jahre später, sagt sie: »Ich habe mir gedacht, in neun Monaten



kriege ich ein Kind, Ende der Geschichte.« Sie schweigt kurz. Schluckt. Dann sagt sie leise: »Ich habe das wirklich geglaubt.« Nach nur wenigen Wochen Glück bekommt sie Blutungen und Bauchkrämpfe. Sie verliert das Kind.

Elly ist es gewohnt, dass die Dinge so laufen, wie sie es möchte. Sie hat doch immer alles geschafft, sie hat sich doch immer alles erarbeitet. Ihren Job, das Haus. Warum nicht auch ein Kind? Der Frauenarzt verschreibt ihr Tabletten, die ihre Fruchtbarkeit fördern sollen. Doch noch einmal schwanger wird sie nicht. Sie habe bald das Gefühl bekommen, ihr laufe die Zeit davon, erzählt Elly. Sie rennt von Arzt zu Arzt, zum Heilpraktiker, fängt an, weitere Medikamente zu nehmen. Immer noch nichts.

Im Januar 2022 macht sie einen Termin in einem Kinderwunschzentrum. Sie und ihr Mann werden durchgecheckt. Bei ihm ist alles okay. Elly dagegen erfährt, dass sie nicht mehr viele Eizellen übrig hat. Im Gegensatz zu Spermien, die wieder und wieder neu produziert werden, ist die Zahl der Eizellen begrenzt. Irgendwann sind sie aufgebraucht; wann genau, ist von Frau zu Frau verschieden.

Sie wisse, sagt Elly, dass viele Frauen Probleme haben, schwanger zu werden. »Ich hätte nur nicht gedacht, dass es mir passiert.« Der Arzt aus dem Kinderwunschzentrum rät ihr zu einer IVF, einer künstlichen Befruchtung. Dabei spritzt man sich zunächst Hormone, um möglichst viele Eizellen reifen zu lassen, dann werden diese dem Körper entnommen und in der Petrischale mit den Spermien des Mannes befruchtet.

Elly hofft, als sie in die Praxis geht. Sie hofft, als ihr der Anästhesist das Narkosemittel in die Vene spritzt. Sie hofft, als nach dem Aufwachen der Arzt an ihrem Bett steht und ihr sagt, dass sechs Eizellen entnommen werden konnten. Sie hofft auch noch, als nur eine von den sechs sich befruchten lässt und ihr wieder eingesetzt wird. Zwei Wochen später der Schwangerschaftstest. Wieder ein Schlag. Wieder Tränen.

Elly gibt nicht auf. Sie kauft Bücher wie *Am Anfang war das Ei* und *Der Weg zum Wunder*, folgt Frauen im Internet, die von ihren eigenen Erfahrungen berichten. Auf Instagram kann man in einen ganzen Kinderwunschkosmos eintauchen. Elly recherchiert und liest und fühlt mit den anderen Frauen mit. Schwangerwerden wird ihr zu einer unfreiwilligen Lebensaufgabe.



Das erste Baby, das durch eine künstliche Befruchtung erschaffen wurde, erblickte vor mehr als vier Jahrzehnten, am 25. Juli 1978, in England das Licht der Welt. Einer Welt, die vielleicht nicht Louise Joy Brown, aber doch ihrer Entstehungsgeschichte eher skeptisch gegenüberstand. »Kinder aus der Retorte – Fortschritt oder Frevel?«, fragte der *Spiegel*, »Skrupellos oder genial?« die Zeitschrift *Bunte*. Für die einen war es »das größte Wunder der Medizin«, so die *Bild-Zeitung*, für viele andere, wie den Erzbischof von Canterbury, »das Werk des Teufels«.

Bald darauf kam die IVF, die In-vitro-Fertilisation, nach Deutschland. An der Uni-Frauenklinik in Erlangen wurde im Frühjahr 1982 das erste Kind geboren, die Eltern hatten die Medienrechte für 30.000 Mark an eine Illustrierte verkauft: »Das ist es! Das erste deutsche Retortenbaby. Alles über Geburt, Mutter, Befruchtung, Arzt«. Es gründeten sich Kinderwunschzentren, private Praxen von Medizinern mit angeschlossenen Laboren, in denen die Eizellen befruchtet wurden. An einem IVF-Labor in München trat eine junge Biologin, damals Mitte zwanzig, eine Stelle an. Kurz zuvor war sie noch Mitarbeiterin bei einem Projekt zur Insektenforschung an der Universität Regensburg gewesen. Dort hatte sie gelernt, unter dem Mikroskop filigran zu hantieren.

Helena Angermaier sitzt, heute 64 Jahre alt, in ihrem Wohnzimmer in einem bayerischen Dorf bei Kaffee und Marmorkuchen und erzählt, wie klein und improvisiert am Anfang alles war. Die Flüssigkeit in der Petrischale, in der Eizelle und Samen zusammengefügt werden, habe sie noch selbst zusammengemischt. Ein Grundcocktail, dazu ein bisschen Antibiotika, ein bisschen Aminosäuren. Heute wird diese Flüssigkeit, das Nährmedium, längst synthetisch hergestellt, ein Massenprodukt.

Nach ein paar Jahren, sagt Angermaier, sei sie von ihrem Chef in die Uniklinik von Brüssel geschickt worden, wo eine bahnbrechende Methode praktiziert wurde: die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion, kurz ICSI. Anders als bei der IVF injiziert man dabei ein einzelnes Spermium direkt in die Eizelle. »Am Anfang hatte ich Vorbehalte«, erinnert sich Helena Angermaier. »Aber auf der anderen Seite war da eben auch dieser irre wissenschaftliche Reiz, Leben zu erschaffen. Man kommt sich ein bisschen vor wie Gott.« Sie war die erste Embryologin Deutschlands, die die ICSI beherrschte.



38 Jahre lang hat Helena Angermaier in der Reproduktionsmedizin gearbeitet. Sie hat drei IVF-Labore in Deutschland aufgebaut, dazu eins in Istanbul, eins in Zürich und eins im Kosovo. »Ich habe 13.000 bis 14.000 Kinder gezeugt«, sagt sie. Vergangenes Jahr ist Angermaier in den Ruhestand gegangen – und blickt mit gemischten Gefühlen zurück.

Natürlich sei es oft schön gewesen, Paaren einen existenziellen Wunsch erfüllen zu können. Doch je länger sie ihren Beruf ausgeübt habe, desto lauter seien die Zweifel geworden. Ist das, was ich tue, womit ich mein Geld verdiene, richtig? Greife ich zu stark ein in den natürlichen Lauf der Dinge? »Manchmal habe ich eine Stunde gesucht, um ein einziges Spermium aufzutun. Ich habe in Gedanken zur Eizelle gesagt: Entschuldige, dass ich dir dieses Schrottteil geben muss.« Bei der IVF und der ICSI habe sie wenigstens noch glauben können, der Natur nur ein wenig nachzuhelfen. Aber: »Mit der PID war für mich eine Grenze erreicht.«

PID, das nächste Kürzel, das nächste Verfahren. Bei der Präimplantationsdiagnostik wird der Embryo nachträglich untersucht. Dann müssen Menschen entscheiden, nicht mehr die Natur: Soll er in die Gebärmutter eingepflanzt werden? Soll er die Chance bekommen, zu einem Fötus heranzuwachsen, zu einem Baby? Oder eben nicht?

Die PID, im Ausland seit den 1990ern angewandt, wurde in Deutschland 2011 erlaubt – allerdings nur für Fälle, in denen eine Ethikkommission zustimmt, etwa weil ein Elternteil eine schwere Erbkrankheit hat. Liest man sich heute die Schlagzeilen zur Debatte in Deutschland vor der Zulassung durch, klingen sie so ähnlich wie jene, die es gab, als Louise Joy Brown geboren wurde: »Darf ich beim Arzt jetzt ein Wunschbaby bestellen?« (*Bild*), »Sortierer des Lebens« (*Süddeutsche Zeitung*), »Streit über die PID wird zum Kulturkampf« (*Welt*).

Heute, knapp anderthalb Jahrzehnte später, gibt es in Deutschland längst keine große Debatte mehr über die PID. In anderen europäischen Ländern ist sie ein gängiges Verfahren, in den USA kommt sie schon bei fast der Hälfte aller künstlichen Befruchtungen zum Einsatz. Kaum eine der Frauen, die dort ihren Embryo untersuchen lassen, hat eine Erbkrankheit.



»Es ist mir schier schlecht geworden jedes Mal, wenn eine PID anstand«, sagt Helena Angermaier. Man reiße mit »roher Gewalt« Zellen vom Embryo weg, für die Untersuchung. Der sehe hinterher »vollkommen kollabiert« aus. Und dieses »Häufchen Elend« werde dann, falls es nicht aussortiert worden ist, der Frau eingesetzt. Angermaier: »Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese Kinder keine Schäden davontragen.«

Geht man der Frage nach, ob ihr Verdacht stimmt, stößt man auf mehrere wissenschaftliche Studien zu den Folgen der Präimplantationsdiagnostik, alle aus Europa, alle aus diesem Jahr. Darin steht, es seien keine negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung bekannt. Auch in den USA, wo das Verfahren massenhaft angewandt wird, sind noch keine grundsätzlichen Probleme gefunden worden. In den Studien steht aber auch, weitere, größere Untersuchungen seien nötig. Auch solche, die die Kinder bis ins höhere Erwachsenenalter begleiten.

Und ICSI und IVF? Nach derzeitigem Kenntnisstand sind diese Verfahren sicher, die Kinder gesund. Helena Angermaier erzählt trotzdem, sie träume manchmal von all denen, die sie geschaffen hat. Davon, dass sie sie anklagen. In ihrem Bekanntenkreis gebe es einen mittlerweile erwachsenen Buben, auch der stamme aus einem ihrer Labore. Ab und zu sehe sie ihn an und frage sich: Wird er in 20 Jahren noch so gesund sein wie jetzt? »Das Problem ist«, sagt Angermaier, »der Mensch macht alles, was möglich ist.«

Louise Joy Brown ist heute 45 Jahre alt und verheiratet. Sie hat selbst zwei Kinder, auf natürlichem Wege gezeugt, und ist nach eigener Aussage gesund.

In einer Bluse statt im Laborkittel, die Haare offen statt zum Zopf gebunden, steht Katharina Späth in einer Kopenhagener Messehalle am Stand ihrer Firma. Einmal im Jahr findet die ESHRE statt, der größte Kongress der Reproduktionsmedizin mit rund 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Katharina Späth ist hier, um ihr Labor und dessen Angebote vorzustellen. Es ist spezialisiert auf die PID. Die Präimplantationsdiagnostik, deren Einsatz Helena Angermaier so sehr bereut – Katharina Späth findet, sie sollte auch in Deutschland viel öfter gemacht werden, nicht nur, wenn Erbkrankheiten im Spiel sind.



Warum nicht jedes Mal vor dem Einsetzen in die Gebärmutter prüfen, ob der Embryo nach der künstlichen Befruchtung Fehler aufweist und sich womöglich gar nicht weiterentwickeln kann? Warum Frauen wie Elly warten und hoffen lassen bis zum Schwangerschaftstest? Warum ihnen diesen Service verweigern, ihnen das erhöhte Risiko einer Fehlgeburt aufbürden? »Das ist doch grausam«, sagt Späth.

Vielleicht sieht sich Katharina Späth auch deshalb auf der Seite der Kinderwunschpatientinnen, weil sie selber eine von ihnen ist. Während Helena Angermaier sagt, sie habe nie ein Kind gewollt, möchte Späth sehr gern Nachwuchs haben, wie sie sagt. Und weil sie gerade keinen Partner hat und schon 36 ist, habe sie ihre Eizellen einfrieren lassen. *Social freezing*. Eine Methode, wiederum entwickelt für den Spezialfall einer Erkrankung, diesmal für Frauen, die eine Chemotherapie benötigen, bei der ihre Eizellen zerstört werden könnten – und dann ausgeweitet auf einen deutlich größeren Kreis an Kundinnen. Etwa ab 2014, also einige Jahre nach der Debatte über die PID, wurde in Deutschland darüber gestritten. Die mehr oder weniger bekannten Überschriften, mal wieder: »Keine soziale Wohltat, sondern ein medizinisches Experiment« (*FAZ*), »Macht euch *social freezing* Angst?« (*Brigitte*), »Wir Maschinenwesen« (*ZEIT*).

Heute ist das *social freezing* in nahezu allen deutschen Kinderwunschkliniken im Angebot. Und Katharina Späth erzählt ganz selbstverständlich davon, dass sie es hat machen lassen. So wie andere sagen: Ich war bei der Zahnreinigung.

Was nicht heißt, dass sie ihre Branche nicht auch kritisch betrachtet. Da gebe es schon reichlich dubiose Angebote. Sogar hier, auf diesem seriösen Kongress. »Man muss sich ja nur mal umschaun.« Späth deutet auf all die Stände in der Kopenhagener Messehalle, aufgestellt von Pharmaunternehmen, Medizintechnik- und Test-Herstellern. Da ist zum Beispiel die asiatische Firma, die einen Test der Gebärmutterschleimhaut anbietet, mit dem sich angeblich der beste Zeitpunkt ermitteln lässt, um den Embryo einzusetzen. Den »ERA-Test«. Katharina Späth läuft zu dem Stand, betrachtet die ausliegende Broschüre, auf dem Cover küsst ein blondes Mädchen den runden Bauch ihrer Mutter. Späth schüttelt gleich den Kopf, lässt aber den Mitarbeiter reden, als der sie anspricht. »Es funktioniert tatsächlich«, sagt er. »Es hat die Schwangerschaftsrate



um 30 Prozent verbessert! Es ist gut für die Patientin.« Eine Quelle für diese Zahl, 30 Prozent, findet sich nirgendwo in der Broschüre.

Hinterher sagt Späth, sie kenne diesen Test von mehreren Anbietern. Studien hätten längst bewiesen, dass er wirkungslos ist. »Eigentlich müssten die Ärzte sagen: Nee, das ist Blödsinn.« Doch der Test wird in mehreren deutschen Kinderwunschzentren verkauft, für rund 700 Euro. Reproduktionsmedizin gilt als Wunschmedizin, das heißt, es geht nicht vorrangig darum, Krankheiten zu heilen. Hier regiert also weniger die gesundheitliche Notwendigkeit als vielmehr das Prinzip von Angebot und Nachfrage.

Auf dem Kongress stellt an diesem Tag eine internationale Forschungsgruppe ihre Arbeit vor: Sie hat Studien zu 42 Zusatzleistungen in der Reproduktionsmedizin, zum Teil auch für Männer, ausgewertet. Die meisten Tests, Infusionen und Behandlungen sind demnach unnütz. Sie erhöhen weder die Schwangerschafts- noch die sogenannte Baby-Take-Home-Rate. Bei einigen Verfahren gibt es noch nicht genügend Studien, um beurteilen zu können, ob sie einen Nutzen haben. Andere werden von der Forschungsgruppe sogar als medizinisch bedenklich eingestuft; etwa manche Versuche, das Immunsystem einer Frau, die sich ein Kind wünscht, mit Medikamenten zu beeinflussen. Im Angebot sind sie trotzdem.

Während Katharina Späth durch die Halle geht, erzählt sie von einer Freundin, die zurzeit eine Kinderwunschbehandlung in Bayern mache und ihr eine Liste geschickt habe mit all den Zusatzleistungen, die die Klinik anbietet. »Da war alles Mögliche drauf. Fertile Chip? Vergiss es. Calcium-Ionophore? Vergiss es. G-CSF-Gabe zur Einnistung? Vergiss es. Alles Geldmacherei.«

Nach der gescheiterten IVF, der einfachen künstlichen Befruchtung, liest Elly bei ihren Recherchen im Internet über die ICSI, jenes von Helena Angermaier nach Deutschland gebrachte Verfahren. Sie liest, dass die Erfolgsaussichten statistisch um einige wenige Prozent höher sind, wenn das Spermium direkt in die Eizelle injiziert wird. Also, sagt sie, habe sie sich entschieden, es zu versuchen. Die erste ICSI. Die zweite ICSI. Ein Jahr vergeht, schwanger ist sie immer noch nicht. Zusammen mit der IVF hat Elly mittlerweile drei Versuche hinter sich. 11.500 Euro hat das



Kinderwunschzentrum dafür in Rechnung gestellt. Die eine Hälfte haben Elly und ihr Mann bezahlt. Die andere Hälfte die Krankenkasse.

Doch jetzt, nach den drei Versuchen, ist Schluss mit der Zuzahlung. Mehr übernehmen die Krankenkassen nicht.

An diesem Punkt, so hat es die Sozialpädagogin Christine Büchl beobachtet, geraten viele Kinderwunschfrauen in eine emotionale Ausnahmesituation. »Die Dimension, die das Thema einnimmt, wird unendlich groß. Der Stress auch«, sagt Büchl, die seit Jahrzehnten Kinderwunschberatung anbietet, Paare durch den Dschungel an Behandlungsmöglichkeiten leitet, zuhört, tröstet. Wie richtig schlimmer Liebeskummer fühle sich das an. Wie eine unstillbare Sehnsucht, eine Sehnsucht, die immer übermächtiger wird. »Für ein Kind gehen Frauen sehr, sehr weit.« Sie würden nun alle möglichen Zusatzleistungen ausprobieren, über die sie im Internet gelesen haben, nach dem Motto: Jetzt muss es klappen.

Unter Reproduktionsmedizinern kursiert ein Witz: Ein Paar sitzt im Kinderwunschzentrum. Der Arzt erklärt den beiden, ihre Chance auf ein Kind liege bei zehn Prozent. Der Mann sagt: Wir gehen, wo ist die Tür? Die Frau sagt: Wann fangen wir mit der Behandlung an?

Elly macht noch eine ICSI, diesmal auf eigene Kosten. Scheitert wieder. Bestellt neue Bücher, recherchiert im Internet.

Auf Instagram sieht sie im Dezember 2022, wie eine Influencerin ihre Gefolgschaft mitnimmt zu einer neuen, experimentellen Behandlung: Eigenbluttherapie, mit Injektion des aufbereiteten Blutes in die Eierstöcke. Elly erlebt die Influencerin bei der Blutabnahme mit, beim Aufwachen aus der Narkose, liest, wie sie schwärmt von der »Verjüngung« der Eierstöcke. Das will sie, Elly, jetzt auch! Sie findet eine deutsche Kinderwunschlinik, die es anbietet. Auf der Website der Klinik steht: »Neu! PRP-Injektion – erfolgreich«. Ein paar Wochen später sitzt Elly dort im Behandlungszimmer. Die Ärztin habe ihr gesagt: Wir machen das noch nicht lange. Aber laut unserer internen Statistik sind 80 Prozent der Frauen innerhalb eines Jahres schwanger geworden.

Auf Anfrage der *ZEIT* bestreitet die Klinik später, diese Zahl genannt zu haben.



Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands teilt mit, die »Maßnahme« sei »über das Versuchsstadium noch nicht hinausgekommen«, ob es einen Effekt gebe, sei völlig ungeklärt. Man lehne sie derzeit für Behandlungszwecke ab. Elly sagt: Selbst wenn die Klinik sie richtig aufgeklärt hätte, ihr eröffnet hätte, dass es keine ausreichenden Studien gibt, sie hätte es trotzdem gemacht.

1.176,86 Euro zahlt Elly für die Eigenbluttherapie, plus Narkose. Laut der Gebührenordnung für Ärzte soll die Zusatzbehandlung eigentlich 613,33 Euro kosten. Das Kinderwunschzentrum schreibt in seiner Antwort: Die Methode sei besonders zeitaufwendig. Und noch keine Patientin habe sich über die Höhe der Kosten beschwert.

Die nächste künstliche Befruchtung per ICSI. Wieder nichts. Auf Instagram postet Elly eine Postkarte mit dem Spruch »Aufgeben ist keine Option«. Sie lässt einige ihrer Eizellen analysieren, dieses Verfahren ist anerkannt und seriös. Im Mai 2023 ruft der Arzt an, sie sei gerade im Büro gewesen, sagt sie heute. Der Arzt teilt ihr mit, dass die entnommenen Eizellen genetisch nicht intakt sind. Aus ihnen kann kein gesundes Kind entstehen.

Vor den Kollegen habe sie sich nichts anmerken lassen, dabei sei sie am Boden zerstört gewesen. Dieser ganze Mist, sagt Elly, habe dazu geführt, dass sie eine Entscheidung treffen musste.

Es ist der dritte und vorletzte Tag des Kongresses der Reproduktionsmediziner in Kopenhagen, später Nachmittag. Die meisten Aussteller haben schon zusammengepackt, Katharina Späth ist in eine der Vortragshallen gegangen und hat weiter hinten Platz genommen. Der Saal ist halb gefüllt, etwa 200 Leute. Vorn auf der Bühne steht Späths Kollege aus Barcelona, der Embryologe, mit dem sie die Studie zum Maternal Spindle Transfer gemacht hat, den zusammengefügt Eizellen. Er heißt Nuno Costa-Borges und spricht jetzt über seine Forschung. Er sagt: »Wir geben Frauen die Chance, ihr eigenes Baby zu bekommen.«

Am Ende seines Vortrags applaudiert das Publikum. Dann tritt ein Mann an das Mikrofon, das im Zuhörerraum aufgebaut wurde: »Ich habe eine Frage. Sie haben vor Kurzem Ihr Paper zum MST beim Menschen veröffentlicht. Wie ist es ethisch vertretbar, so zu reden, als wäre es normal, MST bei Unfruchtbarkeit anzuwenden –



also nur wegen schlechter Eizellqualität oder weil die Patientin zu alt ist? Müssen Sie wirklich so weit gehen?«

Der Mann, der sich nicht vorgestellt hat, hat die Studie offenbar genau gelesen, denn er erwähnt nun, was Späth und Costa-Borges darin offengelegt haben: Bei einem der Kinder, deren Proben Katharina Späth in ihrem Labor sammelt, lief es anders als geplant. Tatsächlich stammte nämlich nicht in allen sechs Fällen das komplette Mitochondrien-Erbgut von der Spenderin. Einmal waren es nur 40 bis 70 Prozent. Das Erbgut der Spenderin hatte sich also in den Mitochondrien mit dem der Mutter vermischt. Warum das so ist und was es bedeutet, wissen die Forscher nicht. Nur, dass es nicht so sein sollte.

Nuno Costa-Borges sagt jetzt: »Ich glaube, Sie missverstehen die Idee. Wir reden hier über eine experimentelle Methode ...«

Der Mann am Mikrofon fällt ihm ins Wort: »Aber Babys sind schon geboren! Sie benutzen Babys, Sie riskieren ihr Leben, indem Sie diese Technologie verwenden.«

Costa-Borges: »Wir geben diesen Patientinnen die Chance, ihr eigenes Kind zu haben!«

«Darf ich noch etwas sagen?«, fragt der Mann am Mikro. Costa-Borges nickt. Der Mann sagt: »Wir brauchen viel mehr Sicherheit, bevor wir diese Technik am Menschen ausprobieren. Danke.« Er dreht sich um, verlässt den Saal, verschwindet draußen im Gewühl. Wer genau er war, bleibt unklar.

Ein Zoologe von der Technischen Universität Dresden, Klaus Reinhardt, hat sich 116 Studien zum künstlichen Austausch der Mitochondrien bei Tieren angeschaut, von der Fruchtfliege über die Hausmaus bis zum Rhesusaffen. Er stellte fest, dass manche Tiere, nachdem die Technik an ihnen angewandt worden ist, kürzer leben. Dass sie sich langsamer entwickeln, weniger fruchtbar sind. Reinhardt glaubt, dass der Maternal Spindle Transfer bei einem von 130 auf diese Weise gezeugten Menschen später im Leben gesundheitliche Probleme auslösen könnte.

Spricht man Katharina Späth auf den Auftritt des unbekanntes Mannes bei dem Kongress und auf den Einwand des Zoologen aus Dresden an, lächelt sie die Kritik weg. Natürlich wisse man über die Methode und ihre Folgen für den Menschen noch nicht



viel. Das sei doch gerade der Punkt: »Jeder Fortschritt fängt klein an. Aber wenn man nicht anfängt, wenn man es nicht ausprobiert, kann es auch keinen Fortschritt geben.«

Die Kinder aus der Studie werden regelmäßig in Athen untersucht. Ihre neurologische Entwicklung, ihre Körperhaltung, ihre Reflexe. »Bisher«, sagt Katharina Späth, »war alles unauffällig.« Auf eine Anfrage, ob man eines dieser Kinder oder seine Eltern treffen und befragen könne, reagiert das griechische Kinderwunschzentrum monatelang ausweichend und hinhaltend. Demnächst soll dort eine zweite Studie starten. Diesmal schon mit 100 Frauen, alle über 40 Jahre, die allein aufgrund ihres Alters mit einer normalen künstlichen Befruchtung nur eine geringe Chance auf ein eigenes Kind haben. Wird es mit der Auffrischung durch die Eizelle einer jüngeren Frau klappen?

Vermischte Mitochondrien und unklare Risiken und Langzeitfolgen hin oder her, die von Katharina Späth und ihren Kollegen getestete Methode ist schon jetzt auf dem Kinderwunsch-Markt. Eine Klinik in der Ukraine verkauft sie. Für 10.000 Euro. Wenn es so läuft, wie es meistens läuft, wird sie in ein paar Jahren in immer mehr Reproduktionszentren in Europa angeboten, auf Kongressen wie dem in Kopenhagen angepriesen werden. Vielleicht wird sie eine der vielen Methoden bleiben, bei denen sich herausstellt, dass sie keinen oder nur einen geringen Nutzen haben – obwohl Paare viel Geld für sie ausgeben.

Vielleicht wird sie aber auch das nächste große Ding werden, nach IVF und ICSI und PID und *social freezing*. Ein neuer Schritt auf dem langen Weg, die Fortpflanzung des Menschen technisch-wissenschaftlich zu steuern. Vielleicht wird es dann anfangs die üblichen kulturpessimistischen Warnungen geben. Und doch wird sie vielleicht am Ende ein ganz normales Angebot sein. Alltag.

Schon jetzt sitzt in fast jeder deutschen Schulklasse durchschnittlich ein Kind, das durch eine künstliche Befruchtung entstanden ist. Um die 400.000 Kinder und Erwachsene leben in diesem Land, die nicht im Körper einer Frau gezeugt wurden. 400.000 Menschen, die es ohne den medizinischen Fortschritt, ohne Pionierinnen wie Helena Angermaier und Forscherinnen wie Katharina Späth, nicht geben würde. Aber auch nicht ohne Frauen wie Elly.



Als Elly erfährt, dass ihre Chance auf ein eigenes Kind äußerst gering bleibt, ist sie 39 Jahre alt und hat fünf künstliche Befruchtungen hinter sich. Sie und ihr Mann haben 38.000 Euro ausgegeben. Nun trifft Elly die einzige ihr möglich erscheinende Entscheidung. Wenn es mit ihren eigenen Eizellen nicht geht, dann eben mit der Eizelle einer Spenderin. Einer kompletten Eizelle, samt Zellkern und DNA der fremden Frau. Die will sie sich einsetzen lassen, befruchtet mit dem Samen ihres Mannes.

In Deutschland ist die Eizellspende bislang verboten, so soll eine gespaltene Mutterschaft verhindert werden – dass zwei Frauen an der Entstehung eines Kindes beteiligt sind. Gespaltene Vaterschaft durch eine Samenspende ist hingegen seit Jahrzehnten akzeptiert. Derzeit diskutiert eine von der Bundesregierung berufene Kommission darüber, ob das Verbot aufgehoben werden soll. Ergebnisse soll es im kommenden März geben, bis dahin laufen die Beratungen der Fachleute vertraulich. Elly sagt, sie habe nicht auf die Entscheidung warten wollen. Sie habe ja schon so lange gewartet.

In fast allen anderen europäischen Ländern ist die Eizellspende schon jetzt legal. Eine Klinik in Spanien ist schnell gefunden, die ersten Gespräche laufen über Zoom, einmal fliegt Elly zur Untersuchung hin, ihr Mann zur Spermaabgabe. Im August 2023 dann der Anruf: Sie haben eine Spenderin, die Elly in ihrem Aussehen ähnelt und dieselbe Blutgruppe hat. Wer die Frau ist, erfährt Elly nicht. Elly will es auch nicht erfahren. Aber sie wolle ihrem Kind später unbedingt erzählen, wie es entstanden ist. Wenn sie denn ein Kind haben wird.

Im Oktober wird Elly in Spanien eine befruchtete Eizelle eingesetzt.

Und weil dieses Mal wirklich alles klappen soll, macht Elly eine letzte Therapie – eine jener Behandlungen, die unter Reproduktionsmediziner:innen umstritten sind. Sie hat ihre Immunwerte checken lassen, die Ärztin hat ihr daraufhin erklärt, sie habe ein überaktives Immunsystem, was es dem Embryo schwerer machen könne, sich in ihr einzunisten. In der Box in der Küche des Einfamilienhauses liegt deshalb jetzt noch ein weiteres Medikament. Eine Spritze, eigentlich für Krebspatienten gedacht, mögliche Nebenwirkungen: Knochenschmerzen, Kopfschmerzen, Fieber. In der Reproduktionsmedizin ist die Spritze ein sogenannter Off-Label-Use, eine Behandlung



auf eigenes Risiko, jenseits des eigentlichen Zwecks. Am Anfang, sagt Elly, sei sie unsicher gewesen, ob sie »dieses Teufelszeug« nehmen solle. Aber beim Kinderwunsch sei es eben so: »Du setzt dir eine Grenze. Und dann, tja, gehst du drüber.«

Am 15. November 2023, fast zwei Jahre nachdem sie das erste Mal ein Kinderwunschzentrum betreten hat, läuft Elly die Steinstufen zur Frauenärztin in ihrer Heimatstadt hoch. Eine ganz normale Praxis, in der schwangere Frauen sitzen und solche, die zur Vorsorge da sind. Eine Stunde sitzt sie mit ihrem Mann im Wartezimmer. Dann wird ihr Name aufgerufen. Elly atmet durch. Blutdruck 150, wird die Arzthelferin gleich messen. Der Schwangerschaftstest nach der Eizellspende war positiv, aber gab es seitdem vielleicht eine unbemerkte Fehlgeburt? Schlägt da noch ein Herz? Elly und ihr Mann betreten das Behandlungszimmer, für den Ultraschall.

Nach zehn Minuten sind sie wieder draußen. Sie lächeln, umarmen sich. »So«, sagt die Arzthelferin noch und gibt Elly ein kleines Heft. »Und hier ist Ihr Mutterpass.«