

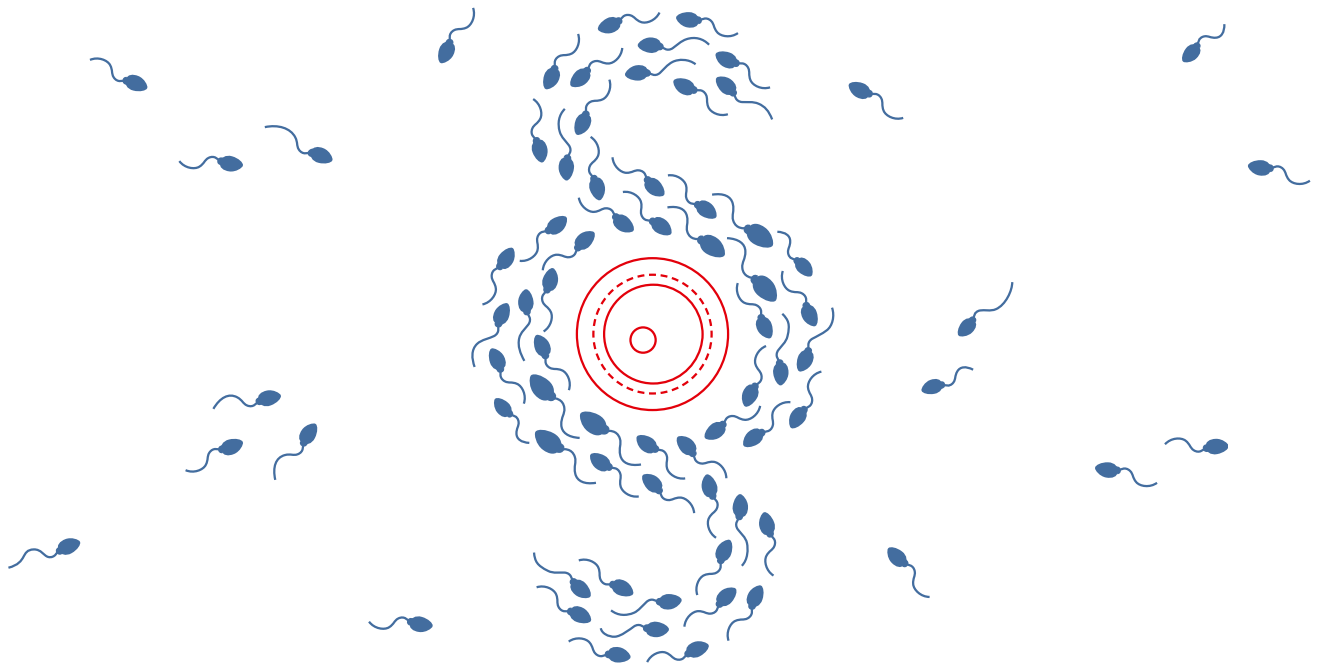


Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften



2019
Stellungnahme

Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung



Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina | www.leopoldina.org
Union der deutschen Akademien der Wissenschaften | www.akademienunion.de

Impressum

Herausgeber

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.
– Nationale Akademie der Wissenschaften –
Jägerberg 1, 06108 Halle (Saale)

Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V.
Geschwister-Scholl-Straße 2, 55131 Mainz

Redaktion

Dr. Stefanie Westermann, Dr. Henning Steinicke, Johannes Mengel, Lena Diekmann
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina,
Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft (Leitung: Elmar König)
Kontakt: politikberatung@leopoldina.org

Gestaltung und Satz

unicommunication.de, Berlin

Druck

druckhaus köthen GmbH & Co. KG
Friedrichstr. 11/12
06366 Köthen (Anhalt)

Lektorat

CONTEXTA, Dr. Anette Nagel und Petra Oerke GbR, Osnabrück

Grafiken

Titelgrafik: Sisters of Design – Anja Krämer & Claudia Dölling GbR, Halle (Saale)
Infografiken: PINO NOA – Pia Bublies & Nora Coenenberg, Hamburg

ISBN: 978-3-8047-3423-4

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie, detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zitiervorschlag

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2019): Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – für eine zeitgemäße Gesetzgebung. Halle (Saale).

Stand

März 2019

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Empfehlungen	5
1 Einleitung	11
2 Kinderlosigkeit	15
2.1 Verbreitung von Kinderlosigkeit in Deutschland	15
2.2 Der Aufschub der Geburten in Deutschland	17
2.3 Ursachen von Kinderlosigkeit	18
3 Wandel der Familie und die Vielfalt der Familienformen	22
3.1 Die geschichtliche und kulturelle Bedingtheit von Familie in Europa	22
3.2 Veränderungen des Familienbegriffs im Recht	23
4 Ethische Herausforderungen durch die Fortpflanzungsmedizin	25
4.1 Einleitung	25
4.2 Freiheit der Fortpflanzung	25
4.3 Moralischer Status des Embryos	26
4.4 Kindeswohl und Kindesrechte	28
4.5 Gerechtigkeit	29
4.6 Vulnerabilität	29
4.7 Kommerzialisierung	30
4.8 Vermeidung von Wertungswidersprüchen	31
5 Rechtliche Grundsatzfragen der modernen Fortpflanzungsmedizin	32
5.1 Einleitung	32
5.2 Grundrechtliche Verortung der Fortpflanzungsfreiheit	33
5.3 Schutzbereich der Fortpflanzungsfreiheit	35
5.4 Schranken der Fortpflanzungsfreiheit	36
5.5 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in die Fortpflanzungsfreiheit ..	37
5.6 Fortpflanzungsmedizin und Gleichheitsgebote	39
5.7 Diskriminierungsverbote im Bereich der Fortpflanzungsmedizin	40

6	Fortpflanzungsmedizin: Praxis und Regulierungsbedarf	43
6.1	Einleitung	43
6.2	IVF und ICSI	46
6.2.1	Medizinische Grundlagen.....	46
6.2.2	Zielkonflikte der IVF	51
6.2.3	Rechtlicher Rahmen	53
6.2.4	Problemskizze.....	57
6.2.5	Empfehlungen	58
6.3	Samenspende.....	59
6.3.1	Medizinische Grundlagen.....	59
6.3.2	Rechtlicher Rahmen	60
6.3.3	Problemskizze.....	61
6.3.4	Empfehlungen	64
6.4	Eizellspende	65
6.4.1	Medizinische Grundlagen	65
6.4.2	Rechtlicher Rahmen	67
6.4.3	Problemskizze.....	69
6.4.4	Empfehlungen	71
6.5	Spende sogenannter überzähliger Embryonen	72
6.5.1	Medizinische Grundlagen	73
6.5.2	Rechtlicher Rahmen	75
6.5.3	Problemskizze.....	75
6.5.4	Empfehlungen	76
6.6	Leihmutterschaft	78
6.6.1	Medizinische Grundlagen und gesellschaftliche Aspekte	78
6.6.2	Rechtlicher Rahmen	80
6.6.3	Problemskizze.....	82
6.6.4	Handlungsoptionen.....	85
6.7	Präimplantationsdiagnostik.....	86
6.7.1	Medizinische Grundlagen	86
6.7.2	Rechtlicher Rahmen	88
6.7.3	Problemskizze.....	89
6.7.4	Empfehlungen	91

7	Aufklärung und Beratung	92
7.1	Aufklärung und Beratung vor und bei Durchführung einer Kinderwunschbehandlung	92
7.2	Psychosoziale Beratung nach Durchführung einer Gametenspende und Embryospende/Embryoadoption.....	94
7.3	Psychosoziale Aufklärung und Beratung im Fall einer Leihmutterschaft.....	94
7.4	Empfehlungen	95
8	Organisation und Finanzierung der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland.....	96
8.1	Institutionelle Aspekte	96
8.2	Finanzierung der Kinderwunschbehandlung.....	98
8.3	Empfehlungen	103
9	Literaturverzeichnis	104
10	Abkürzungsverzeichnis	119
11	Autorinnen und Autoren	121
12	Aktuelle und ehemalige Mitglieder der Arbeitsgruppe.....	122
13	Gutachterinnen und Gutachter	124

Zusammenfassung und Empfehlungen

I. Zum Hintergrund:

Kinder zu haben und eine Familie zu gründen, gehört für viele Menschen zu den wesentlichen Lebensinhalten und ist tragende Bedingung für die Gestaltung der gesellschaftlichen Zukunft. Für die Verwirklichung des Kinderwunsches stehen seit einigen Jahrzehnten auch reproduktionsmedizinische Verfahren zur Verfügung. Seit der Verabschiedung des Embryonenschutzgesetzes 1990 hat sich die Reproduktionsmedizin rasant weiterentwickelt und neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen für die Kinderwunschbehandlung zur Verfügung gestellt, in deren Zentrum immer die Gesundheit der Beteiligten und insbesondere der Kinder stehen muss. Dank guter medizinischer und sozialwissenschaftlicher Studien lassen sich mittlerweile in vielen Bereichen verlässliche empirische Aussagen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit dieser Techniken machen.

Im vergangenen Vierteljahrhundert wandelten sich auch die gesellschaftlichen Vorstellungen von Ehe und Familie. Überdies werden heute die Rechte und das Wohl von Kindern stärker wahrgenommen. All dies hat dazu geführt, dass die rechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin, in deren Mittelpunkt nach wie vor das Embryonenschutzgesetz steht, heute lückenhaft ist, Rechtsunsicherheit erzeugt, Wertungswidersprüche enthält sowie teils als ungerecht oder gar dem Kindeswohl abträglich angesehen wird.

Viele dieser Entwicklungen ließen sich Ende der 1980er Jahre nicht vorhersehen. Umso wichtiger ist heute eine neue

und umfassende Regelung der Voraussetzungen, Verfahren und Folgen der Fortpflanzungsmedizin, die den betroffenen Personen die möglichst beste und schonendste Behandlung ermöglicht und die Rechte der Beteiligten einschließlich der zukünftigen Kinder angemessen ausgestaltet. Die Komplexität der Materie ist kein Grund, eine gesetzliche Neuregelung weiter aufzuschieben.

II. Das zukünftige Fortpflanzungsmedizingesetz sollte von folgenden Grundgedanken getragen sein:

- Familienbildung sollte erleichtert und gefördert werden; dazu zählen auch reproduktionsmedizinische Maßnahmen.
- In die vom Grundgesetz gewährleistete Fortpflanzungsfreiheit darf nur zum Schutz anderer Grundrechte oder sonstiger Verfassungsgüter eingegriffen werden.
- Das Wohl und die Rechte des zukünftigen Kindes müssen maßgeblich berücksichtigt werden.
- Bei der Familienbildung mithilfe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, insbesondere bei der Verwendung von Keimzellen Dritter, muss eine verbindliche Eltern-Kind-Zuordnung gewährleistet sein.
- Eine Diskriminierung von Personen aufgrund ihres partnerschaftlichen Status oder ihrer sexuellen Orientierung ist zu vermeiden.

- Sozialer Ungleichheit beim Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und einer Ausnutzung sozialer Notlagen ist entgegenzuwirken.
- Die Fortpflanzungsmediziner und -medizinerinnen in Deutschland sollten nicht durch die einschlägigen Rechtsvorschriften daran gehindert werden, Behandlungen nach dem internationalen Stand der Wissenschaft durchzuführen.
- Ein Fortpflanzungsmedizingesetz bedarf wie andere rechtliche Bestimmungen, die in besonderem Maße von medizinischen Neuerungen und gesellschaftlichen Wandlungen abhängig sind, generell einer regelmäßigen Überprüfung.

III. Das zukünftige Fortpflanzungsmedizingesetz sollte folgende Aspekte berücksichtigen:

▼ Bestmögliche und schonendste Behandlung:

- Eine reproduktionsmedizinische Behandlung zielt auf die Geburt eines gesunden Kindes unter Minimierung von Risiken und Belastungen für alle Beteiligten. Gleichzeitig gilt es im Sinne des Embryonenschutzes, die Zahl der sogenannten überzähligen Embryonen klein zu halten. An den genannten Zielen sollte sich die Entscheidung orientieren, wie viele Eizellen befruchtet werden.
- Die Zahl der zu übertragenden Embryonen sollte aufgrund einer individuellen medizinischen und psychosozialen Anamnese und Beratung festgelegt werden.
- Um die erwünschte Geburt eines Kindes unter Vermeidung von Mehrlingschwangerschaften zu erreichen, sollte

es gemäß dem internationalen Stand der Wissenschaft zulässig sein, geplantermaßen aus einer größeren Anzahl von Embryonen denjenigen mit den besten Entwicklungschancen auszuwählen und zu übertragen (eSET). Zu prüfen ist eine Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer möglichst niedrigen Zahl der transferierten Embryonen in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der Anzahl bisheriger erfolgloser Versuche.

▼ Angemessene medizinische, psychosoziale und rechtliche Beratung:

- Wegen der medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Folgen für die betroffenen Personen und das zu zeugende Kind setzt die informierte Einwilligung in eine Kinderwunschbehandlung eine ausführliche Beratung voraus. Ziel der Beratung ist es, eine selbstbestimmte und verantwortliche Entscheidung zu ermöglichen.
- Die Beratung sollte neben den unmittelbar medizinischen Aspekten die Rechte und das kurz- und langfristige Wohl aller Beteiligten, vor allem des zukünftigen Kindes, berücksichtigen.
- Grundsätzlich ist diese Beratung ärztliche Aufgabe. Zusätzlich sollte eine unabhängige psychosoziale und ggf. rechtliche Beratung empfohlen werden.
- Bei Kinderwunschbehandlungen unter Beteiligung Dritter (Samenspender, Eizellspenderin, Embryospender-Paar) sowie vor Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (PID) muss das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung verpflichtend sein.
- Das Beratungsangebot sollte für alle Beteiligten auch noch nach Familienbildung niedrigschwellig vorgehalten werden.
- Die Beratung sollte für die Betroffenen unentgeltlich erfolgen.

▼ Wahrung des Kindeswohls:

- Das Wohl des Kindes und die Rechte und Interessen der später erwachsenen Person sind bei allen fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen stets maßgeblich zu berücksichtigen. Zwar ist das Kindeswohl keine feste Größe, da sich Familien bei der Konkretisierung des Kindeswohls innerhalb bestimmter Grenzen berechtigterweise an unterschiedlichen Lebensentwürfen orientieren. Jedoch sollten Behandlungen, die schwerwiegende, empirisch nachgewiesene Risiken für die Gesundheit und/oder das Wohl des Kindes in der Schwangerschaft oder nach der Geburt mit sich bringen, nicht zulässig sein. Dazu gehört etwa die vermeidbare Inkaufnahme höhergradiger Mehrlingschwangerschaften.

▼ Regelung rechtlicher Elternschaft bei Familienbildung mithilfe Dritter:

- Werden Keimzellen Dritter – bei Samenspende, Eizellspende, Embryospende/Embryooption – mit der Zustimmung der Spender und der Wunscheltern verwendet, sollten die Wunscheltern mit der Geburt des Kindes auch dessen rechtliche Eltern werden. Eine Anfechtung durch den oder die Spender/Spenderin oder die Wunscheltern sollte ausgeschlossen sein. Dem Kind sollte lediglich in eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa bei erheblicher Kindeswohlgefährdung durch den rechtlichen Vater und/oder die rechtliche Mutter, ein Anfechtungsrecht zustehen.

▼ Regelung der Einwilligung und des Widerrufs der Einwilligung bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen:

- Reproduktionsmedizinische Maßnahmen dürfen nur mit Einwilligung der Wunscheltern und – bei einer Familienbildung mit Keimzellen Dritter

(heterologe Verfahren) – mit Einwilligung der Personen, von denen die Keimzellen stammen, vorgenommen werden.

- Im Falle einer Samen- oder Eizellspende sollte ein Widerruf der Einwilligung des Spenders oder der Spenderin nur bis zum Beginn der Befruchtung zulässig sein.
- Bei einer Embryooption muss die Zustimmung der Personen, von denen die Keimzellen stammen, zum Zeitpunkt des Embryotransfers vorliegen.

▼ Wahrung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung und Ausgestaltung des Spenderregisters:

- Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aller Kinder, die nach einer Samenspende, Eizellspende oder Embryospende/Embryooption geboren werden, sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen und organisatorische Vorkehrungen, insbesondere durch Ausweitung des Samenspenderregisters zu einem auch Eizellspenden und Embryospenden umfassenden Spenderregisters, gewährleistet werden.
- Mit Einwilligung der Spenderin/des Spenders und der Wunscheltern sollte ein gegenseitiges Kennenlernen möglich sein.
- Darüber hinaus sollte es möglich sein, Kenntnis von der Existenz von Halb- oder Vollgeschwistern zu erhalten. Für die Offenlegung von deren Identität gegenüber Halb- oder Vollgeschwistern sollte Voraussetzung sein, dass sie sich gegenüber dem Register damit einverstanden erklärt haben. Ein Kind sollte diese Einwilligung nach Vollendung des 16. Lebensjahres selbst erklären können, davor sollten seine Eltern zuständig sein.

- Eine psychosoziale Beratung der Kinder, Spenderinnen und Spender sowie ihrer jeweiligen Familien insbesondere vor der Kontaktaufnahme sollte angeboten werden.
- ▼ **Regelung zum Umgang mit und zur Kryokonservierung von Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen:**
- Die Dauer der Kryokonservierung von Keimzellen oder Ovarialgewebe, Vorkernstadien und Embryonen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch der Personen, von denen die Keimzellen stammen, verkürzt oder um angemessene Zeiträume verlängert werden können.
 - Verlangt im Fall von kryokonservierten Vorkernstadien oder Embryonen nur einer der Partner die Beendigung der Kryokonservierung, sollte dem nach einer bestimmten Bedenkzeit stattgegeben werden.
 - Die Verwendung von Keimzellen oder die Übertragung von Embryonen in Kenntnis des Todes einer oder beider Personen, von denen die Keimzellen stammen, sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist, und
 - bei der Verwendung von Keimzellen des Partners/der Partnerin, wenn der überlebende genetische Elternteil, nachdem ihm/ihr psychosoziale Beratung angeboten wurde, dies wünscht und kein entgegenstehender Wille des/der Verstorbenen erkennbar ist,
 - bei der Verwendung von Keimzellen Dritter, wenn der oder die Spender erst nach der extrakorporalen Einleitung der Befruchtung verstorben ist/sind.
- Keimzellen, Vorkernstadien und Embryonen dürfen nicht kommerziell gehandelt werden. Für die Spende darf lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
 - Die Zahl der durch medizinisch assistierte Spende von Ei- oder Samenzellen, Vorkernstadien oder Embryonen pro Spender/Spenderin gezeugten Kinder sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spender/Spenderinnen die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.
- ▼ **Geeignete institutionelle Rahmenbedingungen für die Sicherung von Qualität und die Ermöglichung von Innovation:**
- Die zur Beurteilung und Sicherung von Qualität und Innovation erforderlichen Daten reproduktionsmedizinischer Behandlungen und ihrer langfristigen Folgen sollten umfassender als bisher und prospektiv bei einer geeigneten Stelle zentral erfasst, ausgewertet und bereitgestellt werden. Hierfür ist eine angemessene Finanzierung notwendig.
 - Systematische medizinische und psychosoziale Langzeitforschungen müssen verstärkt werden.
- ▼ **Angemessene Finanzierung der Kinderwunschbehandlung:**
- Um der bestehenden sozialen Ungleichheit beim Zugang zu Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung entgegenzuwirken, sollten diese in vollem Umfang von der Versicherten-gemeinschaft finanziert werden, wenn

sie medizinisch indiziert sind und eine realistische Aussicht auf Erfolg haben.

- Die Finanzierung sollte unabhängig von Familienstand erfolgen.
- Männer und Frauen unter 25 sowie Frauen über 40 und Männer über 50 Jahren sollten nicht – wie bisher üblich – generell von der Finanzierung von Maßnahmen der assistierten Befruchtung ausgeschlossen sein.
- Es liegen keine medizinischen Gründe vor, die Finanzierung grundsätzlich auf 3 Zyklen zu beschränken.
- Die Kryokonservierung von Gameten und Gewebe sollte finanziert werden, wenn sie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder ihrer Therapie zum Erhalt der Fertilität notwendig ist.
- Zur Begrenzung der Mehrlingsrate bei Maßnahmen der assistierten Befruchtung sollte der elective Single-Embryo-Transfer (eSET), also die Auswahl des sich am besten entwickelnden Embryos aus einer Mehrzahl von Embryonen, gefördert werden. Zu prüfen ist eine Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer möglichst niedrigen Zahl der transferierten Embryonen in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der Anzahl bisheriger erfolgloser Versuche.
- Die psychosoziale Beratung sollte über die Versichertengemeinschaft finanziert werden.

IV. Konkrete Empfehlungen zu einzelnen Aspekten der Fortpflanzungsmedizin:

▼ Samenspende:

Das am 1. Juli 2018 in Kraft getretene Samenspenderregistergesetz (SaRegG) regelt zentrale Aspekte der Samenspende

wie Dokumentationsdauer, ein altersunabhängiges Auskunftsrecht, eine zentrale Dokumentationsstelle sowie den Schutz des Spenders. Zusätzlich sollten folgende Punkte erfasst werden:

- Es sollte gesetzlich geregelt werden, in welcher Form ärztlich dokumentierte Daten aus Samenspenden vor Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes in das zentrale Register überführt werden.
- Für Samenspenden außerhalb medizinischer Einrichtungen und für solche vor Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes nicht erfasst werden, sollte es Spendern ermöglicht werden, ihre Daten an das Samenspenderregister zu melden.

▼ Eizellspende:

Entgegen den früher geäußerten Befürchtungen weisen Kinder, die mittels Eizellspende gezeugt werden, nach der Geburt gegenüber anderen mittels IVF gezeugten Kindern keine medizinischen oder psychosozialen Auffälligkeiten auf. Auch die Sorge vor Schwierigkeiten bei der Identitätsfindung hat sich als unbegründet erwiesen; die Familiendynamik verläuft ebenfalls weitgehend unauffällig und ähnelt der nach einer Samenspende. Die Eizellgewinnung wird mittlerweile deutlich schonender durchgeführt, sodass die gesundheitlichen Risiken für die Spenderinnen gering sind. Der Gefahr einer Ausnutzung sozialer Notlagen potenzieller Spenderinnen kann in Deutschland effektiv begegnet werden.

- Die bislang in Deutschland verbotene Eizellspende sollte erlaubt werden.
- Die Art der Stimulation und die Zahl der Stimulationszyklen müssen so beschaffen sein, dass die Risiken für die Spenderin minimiert werden.

- Über die Risiken bei einer Schwangerschaft durch Eizellspende, insbesondere Bluthochdruck und Präeklampsie, muss die Empfängerin angemessen aufgeklärt werden.
- Im Regelfall sollte die Empfängerin nicht älter als etwa 50 Jahre sein, da die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind altersabhängig zunehmen.

▼ **Spende von Embryonen und Vorkernstadien:**

Nach geltendem Recht ist eine Spende sogenannter überzähliger Embryonen zulässig. Es fehlt jedoch an einer rechtlichen Ausgestaltung. Die Spende von Vorkernstadien, also Eizellen, in die bereits eine Samenzelle eingedrungen ist oder eingebracht wurde, ist dagegen nach dem Embryonenschutzgesetz verboten. Diese Ungleichbehandlung ist mit Blick auf eine mögliche Spende weder aus ethischer Sicht noch aus Sicht vieler betroffener Paare überzeugend.

- Vorkernstadien und Embryonen sollten bezüglich einer möglichen Spende rechtlich gleichbehandelt werden.
- Es sollte gesetzlich festgelegt werden, dass die Vermittlung zur Spende freigegebener Vorkernstadien und Embryonen nach transparenten und sachgerechten Kriterien erfolgt. Hierfür sind entsprechend autorisierte Einrichtungen erforderlich.

▼ **Präimplantationsdiagnostik (PID):**

Eine Präimplantationsdiagnostik (PID) ist in Deutschland seit 2011 unter bestimmten Voraussetzungen – nur bei Vorliegen einer schwerwiegenden erblichen Erkrankung sowie zur Vermeidung einer Tot- oder Fehlgeburt – zulässig. Ob im Einzelfall eine PID durchgeführt werden darf, hat zurzeit die jeweils zuständige Ethikkom-

mission zu entscheiden. Die uneinheitliche Entscheidungspraxis der verschiedenen Ethikkommissionen wird der Interessenslage der Betroffenen nicht gerecht.

- In Zukunft sollte die Entscheidung über eine PID in der Arzt-Patienten-Beziehung unter Einbeziehung psychosozialer Beratung, aber ohne besondere Genehmigung durch eine Ethikkommission getroffen werden.
- In jedem Fall sollten die im Rahmen der PID anfallenden Kosten ebenso wie die der Pränataldiagnostik von der Versichertengemeinschaft übernommen werden.

▼ **Leihmutterschaft:**

Unabhängig von der stark umstrittenen Frage einer zukünftigen Zulassung der Leihmutterschaft besteht schon heute Regelungsbedarf für die im Ausland nach dortigem Recht legalerweise von einer Leihmutter geborenen, jedoch in Deutschland aufwachsenden Kinder.

- Im Sinne des Kindeswohls sollte für diese Kinder eine rechtlich sichere Zuordnung des Kindes zu den Wunscheltern ermöglicht werden, da von ihr zahlreiche Rechtsfolgen wie die elterliche Sorge, Unterhaltsansprüche und die Staatsangehörigkeit abhängen. Lösungen für Einzelfälle durch Richterrecht reichen nicht aus, vielmehr sind auch hier gesetzliche Regelungen erforderlich.
- Eine in Deutschland angebotene und durchgeführte medizinische und psychosoziale Beratung zu den Problemen einer Leihmutterschaft sollte nicht strafbar sein.

1 Einleitung

Die Fortpflanzungsmedizin ist in einer rasanten Entwicklung begriffen. Immer mehr Personen gründen mithilfe von Techniken der Fortpflanzungsmedizin eine Familie. Pro Jahr werden in Deutschland etwa 100.000 In-vitro-Fertilisationen („assistierte Befruchtungen“) durchgeführt.¹ Etwa 3% aller in Deutschland geborenen Kinder kommen jährlich nach assistierter Fortpflanzung zur Welt – seit 1997 sind es insgesamt weit über 275.000 Menschen.² Weil aus gesellschaftlichen Gründen das Durchschnittsalter der Erstgebärenden steigt, die biologische Fruchtbarkeit im Alter aber abnimmt und zugleich auch die Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktionsmedizin deutlich zunehmen, dürfte die Zahl der Hilfesuchenden jedenfalls nicht geringer werden. Zudem verbreiten sich weltweit Verfahren wie Eizellspende, Embryospende/ Embryooption und Leihmutterchaft. Da diese Verfahren wie andere Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin gewichtige ethische Fragen aufwerfen und wesentliche individuelle Rechte betreffen, bedarf es einer angemessenen rechtlichen Gestaltung.

Allerdings ist die Rechtslage in Deutschland seit Langem unzureichend. Das Embryonenschutzgesetz stammt von 1990 und ist damit fast 30 Jahre alt. Es erfasst viele neue reproduktionsmedizinische Entwicklungen nicht. Das zwingt die Fortpflanzungsmediziner und -medizinerinnen nicht selten zu einer dem heu-

tigen internationalen Stand nicht mehr angemessenen Behandlung und führt zu unnötigen Risiken für Mutter und Kind. Darüber hinaus wird das Embryonenschutzgesetz auch dem gesellschaftlichen Wandel und der Vielfalt heutiger Familienformen nicht mehr gerecht. Infolge einander widersprechender Regelungen im Embryonenschutzgesetz, Familien- und Sozialrecht sowie ärztlichem Berufsrecht kommt es zur Ungleichbehandlung von verheirateten und unverheirateten sowie heterosexuellen und gleichgeschlechtlichen Paaren. Die Rechtslage führt oft auch zu Nachteilen für das Kind, weil die rechtliche Eltern-Kind-Zuordnung unzureichend geregelt ist und viele Kinder ihr Recht auf Kenntnis der Abstammung nicht durchsetzen können. Viele weitere wichtige Fragen wie z. B. die psychosoziale Beratung sind bislang ebenfalls gesetzlich nicht hinreichend geregelt. All dies zeigt, wie notwendig eine neue, umfassende Regelung der Fortpflanzungsmedizin ist. Zwar hat es in der Vergangenheit punktuelle Ergänzungen des geltenden Rechts gegeben, beispielsweise zur eingeschränkten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) oder zur Errichtung eines Samenspenderregisters. Diese reichen jedoch bei Weitem nicht aus.

Als besonders regelungsbedürftig erweisen sich folgende Punkte:³

- Die medizinische Praxis der In-vitro-Fertilisationen (IVF) in zahlreichen europäischen Staaten folgt dem

¹ Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a). Die Zahl umfasst IVF-Behandlungen und IVF in Kombination mit ICSI (intrazytoplasmatische Spermieninjektionen) sowie den Transfer kryokonservierter Vorkernstadien/Embryonen.

² Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

³ Die nachfolgenden Punkte wurden bereits in dem Leopoldina-Diskussionspapier „Ein Fortpflanzungsmedizinengesetz für Deutschland“ dargestellt, vgl. Beier et al. (2017).

allgemein anerkannten internationalen Stand des Wissens, wonach von mehreren Embryonen geplantermaßen nur derjenige mit der größten Entwicklungsfähigkeit übertragen wird. Dieser elective Single-Embryo-Transfer (eSET) vermeidet risikobehaftete und gesundheitsgefährdende Mehrlingsschwangerschaften, ohne dabei die individuelle Chance auf eine Schwangerschaft nennenswert zu verringern. Dieses Vorgehen ist in Deutschland jedoch bei Strafe untersagt. Im Gegensatz zu anderen Ländern werden deswegen in Deutschland Mehrlingsschwangerschaften mit Frühgeburten in Kauf genommen, die erhebliche Gesundheitsrisiken für die Kinder mit sich bringen.

- Die Spende von Samenzellen ist in Deutschland erlaubt, die Eizellspende verboten. Während also infertile Männer mithilfe einer Keimzellspende eine Familie gründen können, ist diese Option Frauen, die etwa infolge einer Krebserkrankung keine eigenen Eizellen mehr bilden können, verwehrt. Diese Ungleichbehandlung der Geschlechter lässt sich schwerlich rechtfertigen. Beim Verbot der Eizellspende im Embryonenschutzgesetz hat man sich auf die vermeintlich schädlichen Auswirkungen einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft berufen. Mittlerweile ist jedoch durch Forschungen im Ausland belegt, dass keine bedeutsamen Nachteile für die Entwicklung und das Wohlbefinden der Kinder und die Eltern-Kind-Beziehung entstehen. Auch die Risiken für die Eizellspenderin können durch verbesserte Stimulationstechniken reduziert werden. Eine unangemessene Kommerzialisierung wäre durch stringente Vorgaben zu unterbinden.
- Aufgrund der restriktiven deutschen Gesetzeslage sehen sich viele Paare veranlasst, eine Eizellspende im Aus-

land in Anspruch zu nehmen.⁴ Dort wird oft die anonyme Eizellspende praktiziert, wodurch dem Kind das verfassungsrechtlich verbriefte Recht auf Kenntnis seiner Abstammung versagt bleibt. Insofern beeinträchtigt das Verbot der Eizellspende im Embryonenschutzgesetz indirekt das Kindeswohl.

- Die Embryospende/Embryooption wird in Deutschland mehr und mehr praktiziert, ist im Embryonenschutzgesetz aber nicht normiert. Hier hat schon der Deutsche Ethikrat 2016 eine umfassende gesetzliche Regelung angemahnt.⁵
- Bei der Zeugung eines Kindes unter Verwendung einer Samenspende sind die familienrechtlichen Folgefragen bislang nur für Kinder, die in eine Ehe von Mann und Frau hineingeboren werden, angemessen geregelt. Hingegen ist die rechtliche Zuordnung eines Kindes zum nichtehelichen Lebensgefährten der Mutter keineswegs gesichert und zur verpartnerten Co-Mutter bzw. zur Ehefrau nur über den Umweg der Stiefkindadoption möglich. Aus Gründen der Rechtssicherheit und vor allem zum Wohl des Kindes sollte der Gesetzgeber daher in allen Fällen sogenannter gespaltenen Elternschaft durch eine Reform des Abstammungsrechts dafür Sorge tragen, dass die rechtliche Zuordnung des Kindes zum Wunscherlternteil verbindlich mit der Geburt bzw. zeitnah nach der Geburt erfolgt. Der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) eingesetzte Arbeitskreis Abstammungsrecht hat im Juli 2017 Thesen vorgelegt,⁶ die als Grundlage für eine Reform herangezogen werden könnten.

⁴ Vgl. Shenfield et al. (2010).

⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016).

⁶ Vgl. Arbeitskreis Abstammungsrecht (2017).

- Besonders schwierige ethische und rechtliche Fragen wirft die in Deutschland verbotene Leihmutterchaft auf. In jedem Fall besteht Regelungsbedarf für die im Ausland von einer Leihmutter geborenen, jedoch in Deutschland aufwachsenden Kinder. Die rechtliche Eltern-Kind-Zuordnung ist von elementarer Bedeutung für das Wohl dieser Kinder. Von ihr hängen zahlreiche Rechtsfolgen wie die elterliche Sorge, Unterhaltsansprüche und die Staatsangehörigkeit ab.
- Auch in Deutschland werden an vielen fortpflanzungsmedizinischen Zentren Eizellen eingefroren (kryokonserviert). Zum Teil geschieht dies aus medizinischen Gründen (z. B. vor einer chemotherapeutischen Behandlung), zum Teil aus sozialen Gründen (Social Freezing). Im Interesse der Frau, des Paares und des zukünftigen Kindes sollten die Rahmenbedingungen für die Aufbewahrung, Befruchtung und Übertragung von Eizellen geregelt werden.
- Das Embryonenschutzgesetz verbietet zwar die Befruchtung einer Eizelle mit der Samenzelle eines Mannes nach dessen Tod. Die Reichweite dieses Verbots ist jedoch umstritten. Höchstgrenzen für die Aufbewahrung von Samenzellen, Eizellen bzw. Embryonen enthält das Embryonenschutzgesetz nicht. Auch hier besteht gesetzlicher Klärungsbedarf.

Als das Embryonenschutzgesetz im Jahre 1990 verabschiedet wurde, hatte der Bund keine explizite Gesetzgebungskompetenz für Fragen der assistierten Reproduktion. Die Regelungen stützten sich allein auf die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes auf dem Gebiet des Strafrechts gemäß Art. 74 [Abs. 1] Nr. 1 GG.⁷ Das er-

klärt, warum dem Embryonenschutzgesetz von 1990 eine rein strafrechtliche Perspektive zugrunde liegt und dort allein mit Verbotstatbeständen operiert wird⁸ – was der komplexen Materie in keiner Weise gerecht wird und erhebliche Regelungslücken zur Folge hat. Allerdings änderte sich die allgemeine Rechtslage bereits einige Jahre später: Dem Bund wurde 1994 durch ein verfassungsänderndes Gesetz in Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG die Gesetzgebungskompetenz eingeräumt für „die künstliche Befruchtung beim Menschen, die Untersuchung und die künstliche Veränderung von Erbinformationen sowie Regelungen zur Transplantation von Organen und Geweben“.⁹

Weil dieser Wortlaut nach einhelliger Auffassung als zu eng empfunden wurde, kam es 2006 zu einer weiteren Revision.¹⁰ Nunmehr besteht die Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG für „die medizinisch unterstützte Erzeugung menschlichen Lebens, die Untersuchung und die künstliche Veränderung von Erbinformationen sowie Regelungen zur Transplantation von Organen, Geweben und Zellen“. In der juristischen Literatur besteht Einigkeit darüber, dass man schon mit der ersten Änderung den Bund zu einer umfassenden Regelung der kontroversen Sachmaterien Fortpflanzungsmedizin, Gentechnik und Organtransplantation ermächtigen wollte.¹¹

Der Bund verfügt also seit langer Zeit über die Möglichkeit, ein umfassendes Fortpflanzungsmedizinengesetz zu erlassen, in dem neben unabdingbaren strafrechtlichen Verbotsnormen die auf dem Gebiet der Biomedizin wichtigen organisatorischen, aber auch die erforderlichen bürgerlich-

⁷ Zum Hintergrund näher vgl. Taupitz (2014), B. III. Rn. 17 f. (S. 119).

⁸ Die Gesetzesbegründung betont ausdrücklich, dass sich das Gesetz darauf beschränke, strafrechtliche Verbote nur dort vorzusehen, wo sie zum Schutz besonders hochrangiger Rechtsgüter unverzichtbar erschienen, vgl. BT-Drucksache 11/5460, S. 6 f.

⁹ Vgl. BGBl I, S. 3146.

¹⁰ Vgl. BGBl I, S. 2035.

¹¹ Vgl. Wittreck (2015), Art. 74 Rn. 126.

rechtlichen – insbesondere familienrechtlichen – und sozialrechtlichen Regelungen in organischer Weise zusammengeführt werden könnten. Ein solches Gesetz ist in den letzten Jahren immer wieder von vielen Seiten gefordert worden¹² und stellt weiterhin ein dringliches Desiderat dar. In Österreich und der Schweiz beispielsweise liegen solche Gesetzeswerke bereits seit Jahren vor.

Die hier vorgelegte Stellungnahme kann nicht alle Aspekte dieser hochkomplexen Problemstellung berücksichtigen. Da sich das Papier in erster Linie mit Fragen der Anwendung schon etablierter Verfahren der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland beschäftigt, wird auf das Thema Forschung im Folgenden nicht näher eingegangen. Dies betrifft Grundlagenforschung mit Embryonen¹³ ebenso wie experimentelle Verfahren, die möglicherweise in der Zukunft zur Anwendung kommen können, wie etwa Keimbahninterventionen oder die (im Tierversuch gelungene) artifizielle Herstellung von Keimzellen aus induzierten pluripotenten Stammzellen.¹⁴

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen stehen der internationale wissenschaftliche Stand medizinischer Möglichkeiten in zentralen Anwendungsfeldern der Fortpflanzungsmedizin, die Analyse der Rechtslage in Deutschland sowie Vorschläge zu möglichen Neuregelungen.

Bei alledem ist zu berücksichtigen, dass die deutsche Fortpflanzungsmedizin mit ihren heutigen Möglichkeiten ganz maßgeblich auf Ergebnisse von Forschung im Ausland angewiesen ist, die in Deutschland verboten war und ist. Das wird nicht ohne Grund von vielen als Ausdruck von Doppelmoral gewertet.

12 Vgl. die Hinweise bei Taupitz (2014), B. I. Rn. 10 (S. 102 f.).

13 Vgl. Bonas et al. (2017).

14 Vgl. Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Forschungsgemeinschaft, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015).

2 Kinderlosigkeit

Seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts nimmt Kinderlosigkeit (gewollte wie ungewollte) aus unterschiedlichen, zum großen Teil gesellschaftlichen Gründen zu: Zum einen führen mehr Bildungs- und Arbeitschancen für Frauen und die zum Teil immer noch geringe Vereinbarkeit von Familie und Beruf dazu, dass Frauen ihren Kinderwunsch aufschieben. Zum anderen haben die Verfügbarkeit von wirksamen Antikonzeptiva und ein kultureller Wandel dazu beigetragen, dass Frauen und Männer tendenziell später Kinder bekommen. Der Aufschub der Geburten hat Einfluss auf die Reproduktionsmedizin in zweierlei Hinsicht: Ein zunehmender Anteil von Frauen versucht erst ab einem Alter von 35 Jahren schwanger zu werden (siehe Kap. 2.2), in dem die Fruchtbarkeit bereits etwas nachlässt.¹⁵ Damit sinken aber die Chancen einer erfolgreichen Behandlung, während die Risiken einer komplikationsbehafteten Schwangerschaft nach einer In-vitro-Fertilisation (IVF) für Mutter und Kind steigen.¹⁶

2.1 Verbreitung von Kinderlosigkeit in Deutschland

In Deutschland ist die Kinderlosigkeit jahrzehntelang angestiegen, in Westdeutschland zählt sie weltweit zu den höchsten.¹⁷ Während der Anteil dauerhaft kinderloser Frauen bei den 1930er und 1940er Jahrgängen noch zwischen 10 und 13 % lag, sind es bei den Ende der 1960er Jahre geborenen Frauen rund 20 %. Ein

weiterer Anstieg zeichnet sich nicht ab, den höchsten Wert haben Frauen des Jahrgangs 1967 mit einer Kinderlosenquote von 20,8 %.¹⁸

Dabei unterscheidet sich die Kinderlosigkeit erheblich zwischen West- und Ostdeutschland (Abbildung 1). Während sie in Westdeutschland seit den 1940er Jahrgängen kontinuierlich angestiegen ist und beim Jahrgang 1967 sogar 20,8 % erreicht, liegt sie bei ostdeutschen Frauen (ohne Berlin) bis zum Jahrgang 1963 konstant bei 6–9 % und ist erst anschließend auf 13–14 % angestiegen. Allerdings ist hohe Kinderlosigkeit kein historisch neues Phänomen; auch im vorindustriellen Europa blieben viele Menschen zeitlebens unverheiratet und kinderlos.¹⁹

Heute gibt es erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen je nach ihren sozialstrukturellen Merkmalen: Je höher die Bildung, je urbaner der Wohnort, je jünger die Kohorten, desto höher ist die Kinderlosigkeit. Bei der Frauengeneration der Jahrgänge 1950–1969 sind Akademikerinnen in einer Großstadt, die Vollzeit arbeiten, zu 51 % kinderlos. Für große Teile dieser Frauengeneration ist somit eine „Polarisierung zwischen Mutterschaft und Karriere“ festzustellen.²⁰ Bei verheirateten Frauen und bei Frauen mit Migrationshintergrund ist die Kinderlosigkeit deutlich geringer. Bei Akademikerinnen ist die Kinderlosigkeit besonders hoch, so waren bei den Frauenjahrgängen 1963–

15 Vgl. Dunson et al. (2004); ESHRE Capri Workshop Group (2005).

16 Vgl. Beier et al. (2012).

17 Vgl. Konietzka & Kreyenfeld (2013); OECD (o. J.).

18 Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

19 Vgl. Stock et al. (2012), S. 26 ff.

20 Bujard (2015), S. 270.

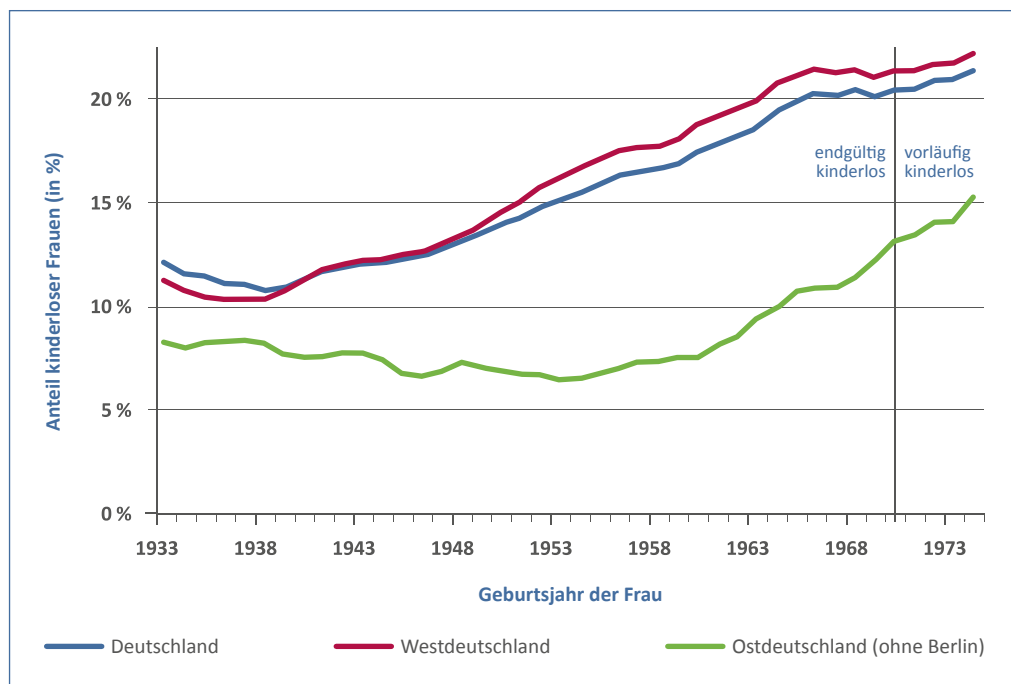


Abbildung 1: Kinderlose Frauen der Jahrgänge 1933–1974 in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes (2017). Werte für Jahrgänge 1933–67 aus Mikrozensus 2008, 2012 und 2016; 1968–74 nur Mikrozensus 2016. Eine kontinuierliche Dreijahresglättung wurde vorgenommen. Werte bis Jahrgang 1969 endgültig kinderlos und ab 1970 vorläufig kinderlos, da Frauen der Jahrgänge 1970–74 im Jahr der Befragung 41–45 Jahre alt waren und die Fertilitätsbiografie noch nicht abgeschlossen ist.

67 in Deutschland 28% und in Westdeutschland sogar knapp 30% dauerhaft kinderlos.²¹ Die Kinderlosigkeit bei Akademikerinnen steigt allerdings bei den Frauenjahrgängen, die nach 1964 geboren sind, nicht mehr an²² und geht sogar leicht zurück: Bei den Frauenjahrgängen 1971–75, die im Befragungsjahr des Mikrozensus 2016 40–44 Jahre alt waren, liegt die Kinderlosigkeit der Akademikerinnen bei 25%.²³

Eine Zunahme an Kinderlosigkeit hat neben dem Rückgang kinderreicher Familien zu dem in den 1960er Jahren einsetzenden Geburtenrückgang in Deutschland beigetragen. Die zusammengefasste Geburtenrate (TFR, Total Fertility Rate) lag in der Bundesrepublik seit dem Jahr 1975 vier Jahrzehnte lang unterhalb von 1,5 Kindern pro Frau²⁴ – und damit in in-

ternationalen Vergleichen im unteren Bereich.²⁵

Seit einigen Jahren steigt diese Geburtenrate jedoch wieder leicht an, im Jahr 2015 lag sie erstmals seit 1975 wieder bei 1,50 und 2016 bei 1,59.²⁶ Dieser Anstieg ist zum einen auf den gestiegenen Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Staatsbürgerschaft und zum anderen auf die familienpolitischen Reformen zurückzuführen. Die Zahl der Geborenen ist zwischen 2011 und 2016 um 129.000 angestiegen, davon 57.000 von deutschen und 72.000 von ausländischen Müttern.²⁷ Die Geburtenzahlen bei Ausländerinnen stiegen zuletzt aus mehreren Gründen an, zu denen vor allem eine höhere Zahl potenzieller Mütter, eine jüngere Altersstruktur und eine Zuwanderung

21 Vgl. Statistisches Bundesamt (2013).

22 Vgl. Bujard (2015).

23 Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

24 Vgl. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018).

25 In keinem anderen Land lag die TFR 40 Jahre lang unter 1,5 Kindern pro Frau. Vgl. die Human Fertility Database 2018 des Max-Planck-Institut für demografische Forschung (Rostock) und des Vienna Institute of Demography (Wien) unter: www.humanfertility.org

26 Vgl. Pöttsch (2018).

27 Vgl. Pöttsch (2018).

aus Ländern mit einem hohen Fertilitätsniveau wie Syrien, Irak und Kosovo gehören. Allerdings ist die Geburtenrate auch bei Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit angestiegen: Deren zusammengefasste Geburtenrate lag im Jahr 2006 bei 1,28 und 2016 bei 1,46.²⁸ Wie auch in vielen anderen entwickelten Ländern hat sich der Ausbau von Kinderbetreuung positiv auf die Geburtenrate ausgewirkt, da so die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert wurde.²⁹ Das 2007 eingeführte Elterngeld hat zu einem Anstieg der Geburten nur in der Gruppe der über 35-jährigen Akademikerinnen geführt.³⁰

2.2 Der Aufschub der Geburten in Deutschland

Der ab den 1960er Jahren einsetzende Geburtenrückgang und der Anstieg beim Alter der Erstgeburt sind bestimmende Merkmale des sogenannten zweiten

demografischen Übergangs³¹ und charakterisieren das generative Verhalten in allen hochmodernen Gesellschaften in Europa, Nordamerika und Ostasien. In der Bundesrepublik Deutschland lag das Erstgebärenden-Alter bis zum Jahr 1977 bei unter 25 Jahren und ist seitdem bis auf 29,7 Jahre im Jahr 2014 in den alten Bundesländern angestiegen (siehe Abbildung 2). Frauen sind heute bei der Geburt des ersten Kindes also im Durchschnitt etwa 5 Jahre älter als noch vor vier Jahrzehnten. In der DDR lag das Erstgebärenden-Alter deutlich niedriger bei 22–23 Jahren. Nach der Wiedervereinigung stieg es sprunghaft an und betrug 2014 in den neuen Bundesländern 28,4 Jahre. In Gesamtdeutschland liegt das Erstgebärenden-Alter inzwischen bei durchschnittlich 29,6 Jahren im Jahr 2015³². Das durchschnittliche Alter bezogen auf alle Geburten, also auch auf zweite, dritte und weitere Kinder, liegt 2015 bei 31,0 Jahren.³³

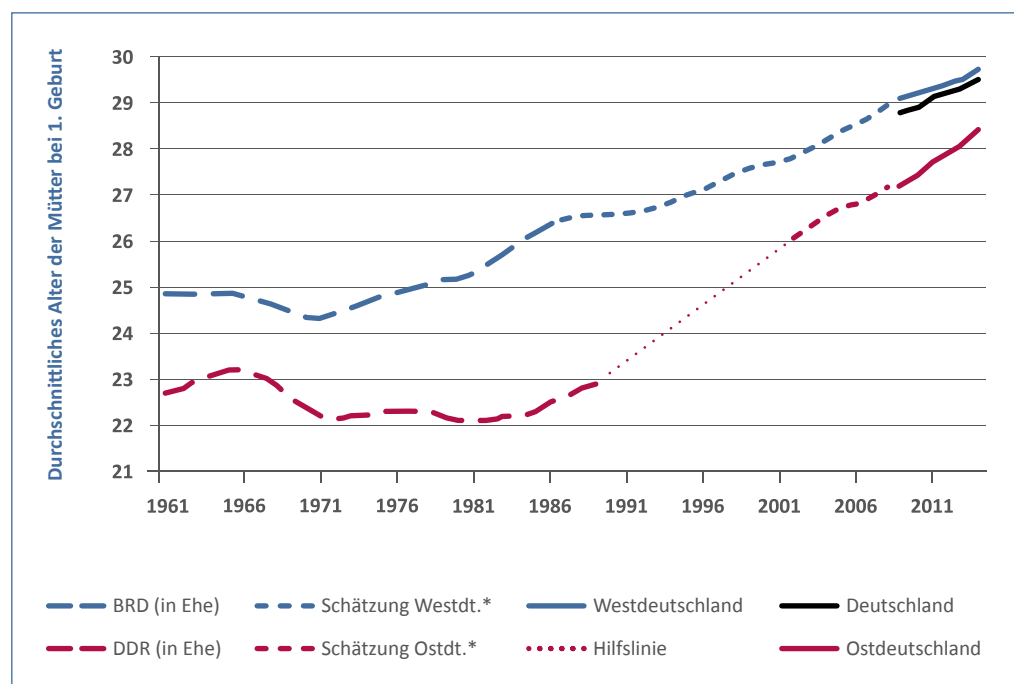


Abbildung 2: Durchschnittliches Alter von Erstgebärenden in Deutschland 1960–2014

Quelle: Bujard & Diabaté (2016), S. 399, Datenbasis: Statistisches Bundesamt 2013, 2016; Luy & Pötzsch (2010).

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

²⁹ Vgl. Gauthier (2007); Bujard (2011); Luci-Greulich & Thévenon (2013).

³⁰ Vgl. Bujard & Passet (2013).

³¹ Vgl. Van de Kaa (1987).

³² Vgl. Statistisches Bundesamt (2016a).

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016a).

Der Anteil von Erstgeburten nach dem 35. Geburtstag ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen: zwischen den Dreijahreszeiträumen 2002–2004 und 2012–2014 um über 40%.³⁴ Der Anteil der Erstgeburten im Alter von 40 Jahren hat sich innerhalb dieses Jahrzehnts sogar mehr als verdoppelt. Das Erstgebäralter ist bei Akademikerinnen besonders hoch: In den Jahren 2012–2014 bekamen 36,4% der Mütter ihr erstes Kind im Alter ab 35 Jahren. Betrachtet man alle Frauen mit Hochschulabschluss, sind an ihrem 35. Geburtstag erst weniger als die Hälfte Mutter (46%). Weitere 28% bleiben ihr Leben lang ohne Kinder, während 26% noch Kinder bekommen.³⁵

2.3 Ursachen von Kinderlosigkeit

Für Kinderlosigkeit gibt es drei wesentliche Gründe: fehlender Kinderwunsch, Aufschieben der Umsetzung des Kinderwunsches sowie Infertilität bzw. Subfertilität. Dabei können sich diese Faktoren im Lebenslauf verändern und wechselseitig beeinflussen.

Fehlender Kinderwunsch und zu langes Aufschieben der Umsetzung des Kinderwunsches

Der Anteil der Frauen und Männer, die sich grundsätzlich keine Kinder wünschen, ist erheblich kleiner als die tatsächlich beobachtbare Kinderlosigkeit. Bei den „gewollt Kinderlosen“ muss man zwischen denjenigen, „die *momentan* kein erstes Kind wollen“, und denen, die nie ein Kind haben wollen, differenzieren.³⁶ Daher unterscheiden sozialwissenschaftliche Befragungen zwischen allgemeiner und zeitlich konkreter Handlungsabsicht sowie zwischen idealem und realem Kinderwunsch.³⁷ Lebenslang kinderlos zu blei-

ben betrachten je nach Survey und Alter zwischen 2 und 8% der Frauen und 2 bis 7% der Männer als persönliches Ideal.³⁸ Beim Vergleich des Wunsches, kinderlos zu bleiben, mit der realen Kinderlosigkeit zeigt sich, dass nur ein kleiner Teil der tatsächlich dauerhaft Kinderlosen dies ursprünglich so gewollt hat. Dieser Anteil lässt sich bei den Frauen der Jahrgänge 1957–1971 gut berechnen: Sie sehen zu nur 4% Kinderlosigkeit als persönliches Ideal, sind aber zu 19% kinderlos.

Bei vielen Frauen und Männern ist die Kinderlosigkeit nicht von vornherein geplant, vielmehr ist der Kinderwunsch aus verschiedenen Gründen schließlich nicht realisiert worden. Dass der Kinderwunsch im Lebensverlauf instabil ist,³⁹ hat mehrere Gründe: Zum einen ist er von den konkreten Lebensumständen abhängig. Dazu zählen die biologische Fähigkeit, Kinder zu bekommen, adäquate berufliche und ökonomische Rahmenbedingungen, Unterstützung durch das Umfeld, institutionelle Rahmenbedingungen wie Kinderbetreuung und nicht zuletzt eine rechtzeitige Umsetzung des Kinderwunsches im Lebensverlauf. Zweitens hängt der Kinderwunsch auch von dem der Partnerin/des Partners ab, insbesondere beim Übergang von Wünschen zu konkreten Intentionen.⁴⁰ Drittens kann sich der Kinderwunsch ändern, wenn im Umfeld Kinder geboren werden und dadurch „Ansteckungseffekte“ entstehen.⁴¹

In der Demografieforschung verbreitete Erklärungen⁴² führen die Ursachen für den Anstieg von Kinderlosigkeit im zweiten demografischen Übergang auf einen Wertewandel⁴³ zurück, durch den sogenannte postmaterielle Werte wie Individualisierung, persönliche Freiheit und Emanzipation einen höheren Stellenwert erhalten

34 Vgl. Bujard & Diabaté (2016).

35 Vgl. Bujard & Diabaté (2016).

36 Wippermann (2014), S. 10.

37 Vgl. Philipov & Bernardi (2012).

38 Vgl. Testa (2012).

39 Vgl. Allmendinger & Haarbrücker (2013), S. 33.

40 Vgl. Miller et al. (2004).

41 Vgl. Balbo & Barban (2014).

42 Vgl. Van de Kaa (1987); Lesthaeghe (2010).

43 Vgl. Inglehart (1990).

haben. Sexualität, Fortpflanzung und Ehe wurden durch veränderte Einstellungen und neue Verhütungsmethoden seit Mitte der 1960er Jahre zunehmend entkoppelt und die Akzeptanz kinderloser Lebensformen hat zugenommen.

Zudem haben die globalen Veränderungen der hochkompetitiven Arbeitsmärkte mit der Abnahme einfacher und der Zunahme komplexer Arbeitsverhältnisse dazu beigetragen, dass die Erwartungen an Flexibilität und Mobilität viele Beschäftigungsverhältnisse prägen.⁴⁴ Dadurch verlagert sich die berufliche Etablierung für viele weiter nach hinten, was den Entschluss zur Elternschaft in der Tendenz in spätere Lebensabschnitte verschiebt.

Der Aufschub der Familiengründung ist wesentlich für das Verständnis der hohen Kinderlosigkeit. Der Anteil biologisch-medizinisch begründeter Kinderlosigkeit lässt sich zwar in Teilen von den sozialstrukturellen, kulturellen und ökonomischen Verhaltensfaktoren abgrenzen, jedoch gibt es eine Interaktion dieser Faktoren, wenn man die Lebensverlaufsperspektive berücksichtigt. Denn dieser Aufschub hat gesellschaftliche Ursachen und impliziert gleichzeitig biologische Veränderungen der Fruchtbarkeitschancen. Dieses zunehmende Verschieben eines Kinderwunsches – oft über das Alter von 35 Jahren hinaus – korrespondiert mit der nachlassenden Fruchtbarkeit von Frauen in diesem Alter.⁴⁵ Auch die Zeugungsfähigkeit von Männern nimmt im Lebensverlauf ab, wenn auch nicht so früh und rapide wie die Empfängnisfähigkeit bei Frauen.⁴⁶ Das Zeitfenster für eine Geburt wird dadurch immer kleiner, und immer mehr Paare versuchen erst dann ihren Kinderwunsch zu erfüllen, wenn die Wahrscheinlichkeit, die gewünschte Kinderzahl zu erreichen, bereits gesunken ist.⁴⁷

Die Ursachen für den steigenden Anteil dauerhaft kinderloser Frauen sind – wie oben bereits angedeutet – vielfältig.⁴⁸ Der Anstieg der Kinderlosigkeit hat bei der Generation der Frauen begonnen, die Ende der 1960er Jahre in das reproduktive Alter kamen. Der zunehmende Anteil von Frauen im Bildungssystem und im Arbeitsmarkt hat die Optionen jenseits von Mutterschaft enorm erhöht.⁴⁹ Bislang wurde das Vereinbarkeitsproblem in Deutschland häufig durch Teilzeit und prekäre Beschäftigungen der erwerbstätigen Mütter bewältigt, die gleichzeitig die Hauptlast der Haus- und Erziehungsarbeit leisten, was auf dem Arbeitsmarkt zu sozialer Ungleichheit führt und die Umsetzung von Kinderwünschen erschwert.⁵⁰ Denn die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für viele Frauen und Männer heute eine maßgebliche Voraussetzung für die Entscheidung zum Kind. Dazu gehört neben einer kinder- und familienfreundlichen Infrastruktur – insbesondere einem qualitativ hochwertigen Angebot von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen – auch eine geschlechtergerechte Teilung der Erziehungs, Betreuungs- und Pflegeaufgaben.⁵¹ Der internationale Vergleich zeigt, dass Industrieländer mit hoher Frauenerwerbsquote durchaus ein hohes Fertilitätsniveau aufweisen können.⁵² Die familienpolitischen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Akzeptanz der Gleichstellung der Geschlechter stellen die entscheidenden Faktoren dar.⁵³

All diese gesellschaftlichen, ökonomischen, politischen Gründe können nicht nur die Zunahme von Kinderlosigkeit, sondern auch den rapiden Anstieg des Erstgeburtsalters erklären. Dadurch steigt

44 Vgl. Blossfeld et al. (2005).

45 Vgl. Dunson et al. (2004).

46 Vgl. Sartorius & Nieschlag (2010).

47 Vgl. Bertram et al. (2011); Habbema et al. (2015).

48 Vgl. Mynarska et al. (2015); Kreyenfeld & Konietzka (2017).

49 Vgl. Beck-Gernsheim (2006); Becker (1991).

50 Vgl. Beck-Gernsheim (2006).

51 Vgl. Gerhard et al. (2003).

52 Vgl. Ahn & Mira (2002).

53 Vgl. Bujard (2011).

auch die Nachfrage nach und die gesellschaftliche Bedeutung von reproduktionsmedizinischen Leistungen. Gleichzeitig existiert die Gefahr, dass der bestehende Aufschubtrend durch eine Überschätzung der reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten noch dynamisiert wird.

Medizinische Ursachen von Kinderlosigkeit

Kernaufgabe der Fortpflanzungsmedizin ist es, Menschen, die an Infertilität/Subfertilität leiden, bei der Erfüllung ihres Kinderwunsches zu helfen. Infertilität wird laut WHO als das Ausbleiben einer Schwangerschaft nach mindestens 12 Monaten regelmäßigem ungeschütztem Verkehr definiert.⁵⁴ Synonym wird von Sterilität, ungewollter Kinderlosigkeit oder Fertilitätsstörungen gesprochen, was mitunter zu Unschärfen führen kann.

Bei ungeschütztem Sexualverkehr sind 92 % der Frauen im Alter von 19 bis 26 Jahren nach einem Jahr sowie 98 % in dieser Altersgruppe nach zwei Jahren spontan schwanger. Die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, ist vom Alter der Frau abhängig.⁵⁵ Noch in der Altersgruppe der Frauen von 35 bis 39 Jahren sind immerhin 82 % nach einem Jahr schwanger und 90 % der Frauen nach zwei Jahren.⁵⁶

Frauen, bei denen Eileiter oder Eizellen nicht (mehr) vorhanden sind und/oder bei denen die Gebärmutter nicht angelegt ist oder operativ entfernt wurde, gelten als absolut infertil. Beim Mann liegt Infertilität vor, wenn in zwei Spermogrammen keine Spermien im Ejakulat nachgewiesen wurden (Azoospermie). In den genannten Fällen besteht keine Möglichkeit

der Spontankonzeption. In allen anderen Fällen liegt hingegen eine Subfertilität vor, das heißt, es besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer spontanen Schwangerschaft. So tritt beispielsweise auch nach Indikationsstellung zu Methoden der assistierten Befruchtung (IVF/ICSI) in etwa 10–20 % der Fälle eine spontane Schwangerschaft ein, entweder in den Behandlungspausen oder auch nach Abschluss der Therapie.⁵⁷

Die weltweite Rate für Infertilität, also das zum Zeitpunkt der Datenerfassung aktuelle Ausbleiben einer Schwangerschaft trotz regelmäßigen, ungeschützten Geschlechtsverkehrs über einen Zeitraum von 12 Monaten, beträgt im Durchschnitt 9 % (die Werte variieren von 3,5 bis 16,7%).⁵⁸ 4 % der Menschen bleiben lebenslang infertil⁵⁹ und 1–3 % aller Frauen erleben wiederholte Fehlgeburten⁶⁰.

Liegt bei einem Paar eine Infertilität vor, so sind die Ursachen hierfür in 55 % der Fälle bei der Frau zu finden, darunter Hormonstörungen (25 %)⁶¹, Störungen der Eileiterfunktion (20 %)⁶², Störungen der Gebärmutter⁶³ oder des Bauchfells

57 Vgl. Osmanagaoglu et al. (2002); Lange-Boettcher (2004); van Eekelen et al. (2017).

58 Vgl. Boivin et al. (2007).

59 Vgl. Schmidt et al. (1995); Gnoth et al. (2005); Slama et al. (2012).

60 Vgl. Toth et al. (2010).

61 Die hormonelle Steuerung des Eierstocks erfolgt im Wesentlichen durch die Hormone FSH (follikelstimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hormon). In den Steuerungsprozess mit einbezogen sind die Hormone Prolaktin und das Schilddrüsenhormon TSH. Weitere wesentliche Hormone sind die Hormone Östradiol, Testosteron, Progesteron und das Anti-Müller-Hormon. Leichtere Formen der Hormonstörungen wie z. B. eine Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) sind gut medikamentös zu behandeln.

62 Durch Infektionen können die Eileiter verschlossen sein oder sich Verwachsungen ausbilden. Das kann die Konzeptionschancen negativ beeinflussen. Dann kommt die operative Korrektur der Eileiter in Betracht.

63 Störungen der Gebärmutter (Anlagestörungen oder Myomknoten) haben für die Infertilität eine untergeordnete Bedeutung. Allerdings sollten Myome, die innerhalb der Gebärmutterhöhle (Cavum) liegen (submuköse Myome), operativ entfernt werden. Weiterhin spielen immunologische Faktoren und die Regulierung der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) eine Rolle. Vgl. hierzu Makrigiannakis et al. (2011).

54 Regelmäßiger Verkehr ist definiert als Geschlechtsverkehr im Zeitfenster der Fruchtbarkeit der Frau, das heißt im Zeitrahmen von ein bis drei Tagen vor der Ovulation und dem Ovulationstag selbst. Dabei ist die Frequenz nicht entscheidend; vgl. World Health Organization (2002); Zegers-Hochschild et al. (2009); Gurunath et al. (2011).

55 Vgl. Dunson et al. (2004).

56 Vgl. National Institute for Health and Care Excellence (2013).

mit Verwachsungen (10 %).⁶⁴ In etwa 30 % der Fälle liegen die Ursachen der Infertilität in Störungen beim Mann⁶⁵ begründet, darüber hinaus kann die Ursache der Infertilität in etwa 15 % der Fälle nicht weiter eingegrenzt werden (idiopathische Infertilität).⁶⁶ Einige der genannten Störungen sind medikamentös oder operativ behandelbar.

Auch Konstitution und Verhalten der Betroffenen haben Einfluss sowohl auf die Spontanschwangerschaftsrate als auch auf die Erfolgsraten der Infertilitätsbehandlung. So mindern beispielsweise Übergewicht, Untergewicht und Nikotinkonsum die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten einer Schwangerschaft. Ebenfalls hat die gelebte Sexualität – insbesondere die Häufigkeit und der Zeitpunkt des vaginalen Verkehrs – einen wesentlichen Einfluss auf die spontane Schwangerschaftsrate. Von vielen Frauen⁶⁷ und Männern⁶⁸ wird psychischer Stress als einer der wichtigsten ursächlichen Faktoren für Fertilitätsstörungen angesehen.⁶⁹ Allerdings ist eine kausale Rolle von Stress bei Fertilitätsstörungen wissenschaftlich immer noch umstritten.⁷⁰ Bei der In-vitro-Fertilisation hat Stress jedenfalls keinen Einfluss auf das Eintreten einer Schwangerschaft.⁷¹

Bei Diagnostik und Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit sind die medizinischen und psychischen Besonderheiten der betroffenen Frauen und Männer sowie des Paares zu betrachten (Alter, Häufigkeit des Sexualverkehrs), bevor therapeutische Schritte empfohlen werden.

Wie beschrieben, unterliegt die Fruchtbarkeit vielen Variablen, die teils medizinisch, teils aber auch sozial und kulturell begründet sind. In jedem Fall wird der individuelle Zeitraum zur Umsetzung eines Kinderwunsches durch den gesellschaftlichen Trend zu einem Aufschub der Geburten in ein höheres Lebensalter verengt (siehe Kap. 2.2.), wodurch die Wahrscheinlichkeit steigt, dass die Hilfe der modernen Fortpflanzungsmedizin in Anspruch genommen wird.

64 Auch Endometriose kann mit Infertilität einhergehen. Hier ist Gebärmutter schleimhaut als natürliches Implantat insbesondere im Bereich des Bauchfells (Peritoneum) oder auch in der Gebärmutter vorhanden. Die Therapie besteht in einer operativen Entfernung der Endometrioseherde.

65 Die Spermien wachsen im Hoden über einen Zeitraum von etwa 2 Monaten heran. Die endgültige Ausreifung erfolgt im Nebenhoden, sodass das Wachstum der Spermien etwa 3 Monate dauert. Die Spermien werden beurteilt nach Menge des Ejakulates, Konzentration der Spermien/ml, Beweglichkeit und morphologischer Einschätzung unter dem Mikroskop. Zu den Grundlagen der Spermiabegutachtung und zu möglichen Therapien vgl. World Health Organization (2012).

66 Vgl. National Institute for Health and Care Excellence (2013).

67 Vgl. Lundsberg et al. (2014).

68 Vgl. Daumler et al. (2016).

69 Vgl. Wippermann (2014).

70 Vgl. Rossi et al. (2016).

71 Vgl. Boivin et al. (2011).

3 Wandel der Familie und die Vielfalt der Familienformen

3.1 Die geschichtliche und kulturelle Bedingtheit von Familie in Europa

Das seit dem 19. Jahrhundert dominante Modell der bürgerlichen Familie, die sich auf die Ehe als Liebeshe, auf Monogamie und eine bestimmte, geschlechtsspezifische Arbeitsteilung gründete, stellt kulturgeschichtlich eher eine Ausnahme dar.⁷²

In Deutschland wie in vielen anderen europäischen Ländern setzte mit dem Ende der 1960er Jahre ein struktureller und kultureller Wandel ein, der auch die privaten Lebensformen grundlegend veränderte. Wenngleich sich dieser Prozess in Westdeutschland auch durch eine Familienpolitik, die das Ernährermodell stützte, zunächst verzögerte, so entwickelte sich auch hier eine „Annäherung hin zur Vielfalt“ der Familienformen.⁷³ Dies beinhaltet unter anderem die Zunahme der Scheidungen, die Abnahme der Eheschließungen und die Zunahme der außerhalb einer Ehe geborenen Kinder sowie grundsätzlich die Anerkennung alternativer Formen von Partnerschaft und Elternschaft.

Mit der Vielfalt neuer Familienformen, insbesondere auch mit der mittlerweile rechtlich anerkannten Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften, hat sich auch von dieser Seite die Nachfrage nach reproduktionsmedizinischer Unterstützung des Kinderwunsches erhöht.

In Deutschland ist dennoch die durch Ehe begründete Familie nach wie vor die am häufigsten gelebte Lebensform. Minderjährige Kinder leben zu 68,2 % (2016) in einer Ehe, jedoch hat dieser Anteil seit 1996 deutlich abgenommen (1996: 81,4 %).⁷⁴ Im selben Zeitraum hat sich der Anteil der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern – ohne Alleinerziehende – mehr als verdoppelt (auf 8,4 % bezogen auf alle Familien mit Kindern).⁷⁵ Bei rückläufiger Heiratsneigung stagniert die Zahl der Ehescheidungen (2014 bei 35,4 %)⁷⁶. Auch die Zahl der Alleinerziehenden ist gestiegen, sie liegt 2016 in Gesamtdeutschland bei 23,3 % bezogen auf alle Familien mit ledigen Kindern (darunter 19,8 % Mütter und 3,5 % Väter).⁷⁷ Der Prozentsatz der nichtehelichen Kinder in Ostdeutschland (2015: 60,7 %) ist doppelt so hoch wie in Westdeutschland (2015: 29,5 %).⁷⁸

Aktuelle Befragungen von jungen Erwachsenen zeigen, dass der Familienbegriff eher am Vorhandensein von Kindern als an einer Ehe festgemacht wird: Von 97,4 % der Befragten werden unverheiratete Paare von Mann und Frau, die mit Kindern zusammenleben, als Familie angesehen, ein kinderloses Ehepaar dagegen nur von 68,4 %.⁷⁹

⁷² Vgl. Mitterauer & Sieder (1977).

⁷³ Kuijsten (2002).

⁷⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016b).

⁷⁵ Vgl. Bujard & Ruckdeschel (2018).

⁷⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015).

⁷⁷ Vgl. Bujard & Ruckdeschel (2018).

⁷⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2016c).

⁷⁹ Vgl. Lück & Ruckdeschel (2015).

3.2 Veränderungen des Familienbegriffs im Recht

Art. 6 Abs. 1 GG lautet: „Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.“ Seit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes im Mai 1949 ist diese Norm unverändert geblieben. Ungeachtet dessen haben sich aber nicht nur in der sozialen Wirklichkeit erhebliche Veränderungen im Bereich des familiären Zusammenlebens ergeben. Auch das Verständnis dessen, was im Rechtssinne als Familie anzusehen ist, hat sich stark gewandelt.⁸⁰

Noch bei der Verabschiedung des Grundgesetzes gab es Stimmen, die den Familienschutz auf die rechtmäßige Ehe zwischen Mann und Frau und die daraus entspringenden Kinder beschränken wollten. Das fand aber weder allgemeine Zustimmung noch Eingang in die Formulierungen des Art. 6 Abs. 1 GG. Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts führte schon früh zur Entkoppelung von Ehe- und Familiengrundrecht.⁸¹ Familie wurde als „umfassende Gemeinschaft von Eltern und Kindern“ verstanden, „in der den Eltern vor allem Recht und Pflicht zur Pflege und Erziehung von Kindern erwachsen“.⁸² Dementsprechend begriff man etwa in den 1950er und 1960er Jahren auch die Beziehung des seinerzeit noch unehelich genannten Kindes zur ledigen Mutter als Familie im Sinne des Art. 6 Abs. 1 GG;⁸³ Gleiches gilt für Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder.⁸⁴

Im Anschluss an die Reform des Nichtehelehenrechts im Jahre 1969 wurde sodann die Gemeinschaft des außerhalb der Ehe gezeugten Kindes zunächst mit dem Vater und später mit *beiden* Eltern (und nicht nur, wie bislang, mit der Mutter) als durch Art. 6 Abs. 1 GG geschützt angesehen und als solche höchstrichterlich anerkannt.⁸⁵ Darüber hinaus hat das Verfassungsgericht in jüngerer Zeit festgehalten, dass der Schutz der Familie über das Elternrecht insofern hinausreicht, „als er auch Familiengemeinschaften im weiteren Sinne einbezieht [...], die als ‚soziale Familien‘ vom Bestehen rechtlicher Elternschaft unabhängig sind“.⁸⁶ Nachdem schon seit Längerem in Teilen der Literatur⁸⁷ der Familienbegriff über die Kleinfamilie hinaus auch auf Groß- und Mehrgenerationenfamilien bezogen wurde, hat sich 2014 das Bundesverfassungsgericht dieser Ansicht in Abwendung von seiner früheren anderslautenden Rechtsprechung angeschlossen⁸⁸ und damit auch Einklang mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) hergestellt⁸⁹.

Eine nochmalige Ausweitung des Familienbegriffs ergab sich infolge der Anerken-

80 Zum Folgenden vgl. Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 42 ff., 98 ff.; Wapler (2014), S. 57 ff.

81 Von jeher ganz h. M.; vgl. nur Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 43 ff.

82 BVerfGE 10, 59 (66). Vgl. auch BVerfGE 80, 81 (90): „Die Familie im Sinn von Art. 6 Abs. 1 GG ist die Gemeinschaft von Eltern und Kindern. Neben der durch Geburt entstandenen Familie wird grundsätzlich auch jede andere von der staatlichen Rechtsordnung anerkannte Gemeinschaft von Eltern und Kindern geschützt“.

83 Vgl. BVerfGE 8, 210 (215); 24, 119 (135); 25, 167 (196).

84 Vgl. BVerfGE 18, 97 (105 f.); 24, 119 (150); 79, 256 (267). Für Pflegekinder wiederholt in BVerfGE 79, 51 (59), für Adoptivkinder in BVerfGE 133, 59 (79 Rn. 53).

85 Gesetz über die rechtliche Stellung der nichtehelichen Kinder vom 19.8.1969 (BGBl. I S. 1243). Dass Art. 6 Abs. 1 GG auch für die Beziehung zwischen dem nichtehelichen Kind und seinem Vater gilt, hat das Bundesverfassungsgericht 1977 klar ausgesprochen: vgl. BVerfGE 45, 104 (123). Im Jahr 2002 hat das BVerfG dann anerkannt, dass die nicht miteinander verheirateten Eltern mit ihrem gemeinsamen Kind eine Familie iSd Art. 6 Abs. 1 GG bilden: vgl. BVerfGE 106, 166 (176).

86 BVerfGE 133, 59 (83 Rn. 62) mit Nachweisen aus der Judikatur.

87 Vgl. Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 112 m. w. N.

88 BVerfGE 136, 382 Ls. 1: „Der Schutz der Familie nach Art. 6 Abs. 1 GG schließlich familiäre Bindungen zwischen nahen Verwandten ein, insbesondere zwischen Großeltern und ihrem Enkelkind.“ Zur Begründung im Einzelnen vgl. BVerfGE 136, 382 (388 ff., Rn. 21 ff.). Beispielhaft für die frühere anderslautende Judikatur etwa BVerfGE 48, 327 (339): „Art. 6 Abs. 1 GG umfaßt jedoch nicht den Schutz der Generationen-Großfamilie.“

89 Der EGMR erkennt eine Beziehung als „Familienleben“ an, wenn „enge persönliche Bindungen wirklich und tatsächlich vorhanden sind“ (NJW 2003, 809 [810]; vgl. bereits NJW 1979, 2449 [2452]). Dieser soziale Familienbegriff ist sowohl offen für hergebrachte wie für neuere Konzeptionen familiären Zusammenlebens.

nung gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften. Hier eröffnete der Gesetzgeber im Jahre 2005 die Stiefkindadoption (§ 9 Abs. 7 LebenspartnerschaftsG), wonach ein Lebenspartner das Kind des anderen Lebenspartners annehmen kann mit der Folge, dass dieses zwei Väter oder Mütter hat.⁹⁰ Für diese Konstellation hat das Bundesverfassungsgericht ausdrücklich festgehalten: „Leben eingetragene Lebenspartner mit dem leiblichen oder angenommenen Kind eines Lebenspartners in sozial-familiärer Gemeinschaft, bilden sie mit diesem eine durch Art. 6 Abs. 1 GG geschützte Familie im Sinne des Grundgesetzes.“⁹¹ Im selben Urteil wurde der im Gesetz ursprünglich vorgesehene Ausschluss der Sukzessivadoption (Adoption eines Kindes, das zuvor vom Lebenspartner adoptiert worden ist) für verfassungswidrig erklärt;⁹² das Änderungsgesetz vom 20. Juni 2014 hat diese Entscheidung umgesetzt und die Sukzessivadoption zugelassen.⁹³ Insgesamt ist damit die „gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft mit Kindern als rechtlich vollwertige Familie anerkannt“.⁹⁴ Das allein noch bestehende Verbot der gemeinschaftlichen Adoption durch beide Lebenspartner, das man ohnehin vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklung kaum noch mit guten Argumenten aufrechterhalten konnte,⁹⁵ dürfte sich aufgrund der Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Partner im Jahr 2017 nicht mehr lange aufrechterhalten lassen.

90 Vgl. nur Wapler (2014), S. 79 ff.

91 BVerfGE 133, 59 (Ls. 3).

92 Vgl. BVerfGE 133, 59 (86 ff., Rn. 71 ff.). Dies freilich nur wegen einer Ungleichbehandlung des adoptierten Kindes eines Ehegatten im Verhältnis zum adoptierten Kind eines Lebenspartners; der Ausschluss der Sukzessivadoption verletzt nach Auffassung des Gerichts nicht Art. 6 Abs. 1 GG (vgl. ebd., S. 84 ff., Rn. 67 ff.).

93 Gesetz zur Umsetzung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Sukzessivadoption durch Lebenspartner (BGBl. I, S. 786).

94 Wapler (2014), S. 80.

95 Vgl. etwa Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 84, 120.

4 Ethische Herausforderungen durch die Fortpflanzungsmedizin⁹⁶

4.1 Einleitung

Medizin und biomedizinische Forschung haben große Anstrengungen unternommen, um ungewollt kinderlosen Paaren zu einem Kind zu verhelfen. Edwards und Steptoe gelang es 1977 in England, eine Eizelle im Reagenzglas zu befruchten und den sich daraus entwickelnden Embryo in den Uterus der genetischen Mutter zu übertragen. Als nach unkomplizierter Schwangerschaft Louise Brown 1978 geboren wurde, löste dieses Ereignis eine weltweite, bis in religiöse und weltanschauliche Grundfragen reichende kontroverse Debatte aus.⁹⁷

Wenngleich die Verfahren der Reproduktionsmedizin das Ziel verfolgen, das Leid von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch zu lindern und ihnen die Gründung einer Familie zu ermöglichen,⁹⁸ sind doch die damit teilweise verbundenen ethischen und rechtlichen Probleme nicht gering. Sie entstehen aus der Notwendigkeit, Rechte und Interessen der unterschiedlichen, von Fortpflanzungsentscheidungen Betroffenen zu wahren und im Konfliktfall gegeneinander abzuwägen. Zu den in diesem Kontext bedeutsamen Gesichtspunkten zählen die Freiheit der Fortpflanzung, der moralische Status früher Embryonen, die Rechte und Interessen geborener und künftiger Kinder, die Bedeutung von Elternschaft und Familie sowie Gleichheits- und Gerechtigkeits-

aspekte. Diese Gesichtspunkte sollen im Folgenden kurz und übersichtsartig dargestellt werden. Eine darauf aufbauende, detailliertere ethische Erörterung findet sich darüber hinaus in der Problemskizze der jeweiligen Anwendungsgebiete.

4.2 Freiheit der Fortpflanzung

Fortpflanzung ist ein zentraler Aspekt autonomer Lebensgestaltung und Lebensführung. Das Recht auf Freiheit in Fragen der eigenen Fortpflanzung wird deshalb allgemein als in hohem Maße schützenswert angesehen.⁹⁹ Zudem stehen Ehe und Familie unter besonderem staatlichem Schutz. Der hohe Stellenwert der Freiheit der Fortpflanzung und des Schutzes von Familienbeziehungen begründet sich nicht zuletzt aus leidvollen historischen Erfahrungen im 20. Jahrhundert – in Deutschland, aber auch in Ländern wie Irland, Kanada, Schweden, Spanien, der früheren Sowjetunion und den USA – mit staatlichen Zwangseingriffen in die Fortpflanzung, z.B. durch Heiratsverbote, Zwangssterilisationen, -abtreibungen oder -adoptionen. Eingriffe in die Fortpflanzungsfreiheit gelten schon vor diesem Hintergrund *generell* als in hohem Maße begründungsbedürftig.

Allerdings betreffen Fortpflanzungsentscheidungen nicht nur eine Person, sondern darüber hinaus auch den oder die Fortpflanzungspartner und das zukünftige Kind, deren Rechte und Interessen unstrittigerweise ebenfalls zu berücksichti-

⁹⁶ Für zahlreiche Anregungen zu diesem Kapitel im Rahmen ihres Gutachtens sei Bettina Schöne-Seifert ganz herzlich gedankt.

⁹⁷ Vgl. dazu Bayertz (1985); Beier (2013); Schöne-Seifert (1990) mit zahlreichen weiteren Nachweisen.

⁹⁸ Zur Perspektive Betroffener vgl. Mayer-Lewis (2016).

⁹⁹ Vgl. Beier & Wiesemann (2013); Höffe (2015), Kap. 3.4; Robertson (1996).

gen sind. Strittig ist hingegen, in welchem Maße auch schon moralische Rechte des (frühen) Embryos Berücksichtigung finden müssen. So war die Debatte über die assistierte Fortpflanzung lange Zeit vorrangig auf die Frage gerichtet, ab wann Recht und Moral beginnendes menschliches Leben schützen (sollen) und welche praktischen Konsequenzen daraus zu ziehen seien.¹⁰⁰

4.3 Moralischer Status des Embryos

In der Debatte über den moralischen Status des Embryos wird zwischen der Position eines vergleichsweise strikten Menschenwürde- und Lebensschutzes des Embryos von Beginn seiner Entstehung an und der Position eines im Laufe der menschlichen Entwicklung – graduell oder an bestimmte Einschnitte gebunden – zunehmenden Schutzes unterschieden.

Zwar ist es biologisch unstrittig, dass schon die befruchtete Eizelle menschliches Leben darstellt. Die normative Frage jedoch, ab wann und mit welcher Intensität menschliches Leben in seinen frühen Entwicklungsphasen schutzwürdig ist, lässt sich nicht automatisch mit Verweis auf einen biologischen Beginn und nicht allein mit Einsichten oder mit empirischen Befunden der Naturwissenschaften beantworten. Hier kommen ethische Wertungsfragen ins Spiel, die seit Jahrzehnten weltweit erörtert werden und noch nicht annähernd zu einem Konsens geführt haben.¹⁰¹ Aufgrund des weltanschaulich-kulturellen Pluralismus in modernen demokratischen Gesellschaften ist auch künftig kein Konsens in der Statusfrage zu erwarten.

¹⁰⁰ Vgl. die Beiträge in Damschen & Schönecker (2002) sowie zahlreiche Nachweise bei Taupitz (2014), C II, § 8 Rn. 1 ff.; Dreier (2013a), S. 38 ff., 53 ff., 61 ff.

¹⁰¹ Vgl. Merkel (2002); Schöne-Seifert (2002); Höffe (2003), Kap. 4; Maio (2007); Knoepfler (2012), S. 52–92; Karnein (2013); Kreß (2013), S. 660 ff.; Arnold (2015), S. 81–120; Müller-Terpitz (2017). Zur Heterogenität allein der religiösen Sichtweisen vgl. Voigt (2010).

Im Zentrum einer vergleichsweise strikten Embryonenschutz-Position steht zumeist das sogenannte Potenzialitätsargument: Schon der befruchteten Eizelle sei ein Recht auf vollen Würde- und Lebensschutz zuzusprechen, weil sie sich unter geeigneten Bedingungen zu einem lebensfähigen Organismus entwickeln könne.¹⁰² Kritiker halten dieser Begründung unter anderem entgegen, dass auch Keimzellen oder somatische Zellen – wie neuere molekularbiologische Einsichten zur zellulären Reprogrammierung nahelegen¹⁰³ – unter bestimmten artifiziellen Bedingungen ein solches Potenzial haben. Doch kommt es den Befürwortern des Potenzialitätsarguments letztlich auf das *natürliche* Potenzial an, bezogen auf die natürliche Entwicklung im Rahmen einer natürlichen Schwangerschaft, so wie es an die biologische Eigenschaft der Totipotenz gebunden ist. Deren normative Relevanz ist allerdings keineswegs evident.¹⁰⁴ Entsprechendes gilt für andere Argumente zugunsten eines strikten Embryonenschutzes, die sich auf die Spezieszugehörigkeit, die Kontinuität der Entwicklung des Embryos zum geborenen Menschen und die Identität des Embryos mit dem geborenen Menschen stützen.¹⁰⁵

Der Position eines vergleichsweise strikten Embryonenschutzes, die in Deutschland besonders häufig, aber keineswegs nur in religiös fundierten Argumentationskontexten vertreten wird, steht eine Reihe liberalerer Positionen gegenüber. Sie begründen mehr oder weniger starke Schutzansprüche mit Zäsuren in der embryonalen bzw. fetalen Entwicklung, die

¹⁰² Vgl. z.B. § 8 Abs. 1 ESchG: „Als Embryo im Sinne dieses Gesetzes gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle vom Zeitpunkt der Kernverschmelzung an, ferner jede einem Embryo entnommene totipotente Zelle, die sich bei Vorliegen der dafür erforderlichen weiteren Voraussetzungen zu teilen und zu einem Individuum zu entwickeln vermag.“ (Hervorh. nicht im Original).

¹⁰³ Vgl. Hayashi et al. (2011); Hayashi et al. (2012).

¹⁰⁴ Vgl. zu dieser Debatte DeGrazia (2014), S. 30 ff.; Huber (2009); Schöne-Seifert et al. (2006); Beier (2002); Beier (1998b); Heinemann et al. (2015); Pichl (2015); Schöne-Seifert & Stier (2013).

¹⁰⁵ Vgl. Marquis (1989); DeGrazia (2014), S. 34 ff.

erst später eintreten – wie etwa die Einnistung in die Gebärmutter (Nidation), die Entwicklung von Empfindungsfähigkeit im Verlauf der Schwangerschaft¹⁰⁶, die Überlebensfähigkeit außerhalb der Gebärmutter oder die Geburt.¹⁰⁷

Neben den direkten und notorisch strittigen Argumenten zur ethischen Statusfrage gibt es eine Reihe indirekter Argumente, die zugunsten der Annahme einer *graduelleren* Statuszunahme menschlicher Embryonen sprechen, sei diese sprunghaft an Einschnitte gebunden oder aber kontinuierlich erfolgend. Zu diesen Argumenten zählen zum einen Konsistenzüberlegungen: In der gesellschaftlich weithin akzeptierten deutschen Rechtslage werden schon jetzt unterschiedliche Einschnitte anerkannt (siehe Kap. 4.7).

Zudem wird in praktischer Hinsicht meist nicht hinreichend bedacht, dass sich der derzeit im Embryonenschutzgesetz verankerte vergleichsweise strikte Lebensschutz für Embryonen *in vitro* schädlich für die Schwangere, das Ungeborene in der Schwangerschaft und das geborene Kind auswirken kann: Er verhindert nämlich, dass mehrere Embryonen *in vitro* erzeugt werden, um den Embryo mit den besten Entwicklungschancen für die Übertragung auszuwählen. Länder wie Schweden und Großbritannien, in denen dieser elective Single-Embryo-Transfer (eSET) möglich ist, weisen unter Anwendung des eSET wegen einer niedrigeren Rate an Mehrlingschwangerschaften weniger Schwangerschaftskomplikation und Frühgeburten auf (siehe Kap. 6.2). Darüber hinaus sprechen auch Praxis- und Folgesichtspunkte für eine gradualistische Position: Würde das Postulat eines Lebensrechts von Embryonen *in vitro*, also außerhalb des menschlichen Körpers, dem Anspruch der Vertreterinnen und Vertreter des sogenannten

strikten Lebensschutzes gemäß tatsächlich konsequent durchgesetzt, müsste dies Folgen haben, die auch in Deutschland als nicht akzeptabel angesehen werden. Hierzu würde etwa die erzwungene Freigabe sogenannter überzähliger kryokonservierter Embryonen zur lebensrettenden Austragung durch Dritte gehören.

Wertpluralismus in der Statusfrage

Vor dem Hintergrund eines tiefen, in der Praxis folgenreichen und absehbar nicht aufzulösenden Dissenses in der Frage des moralischen Status von Embryonen liegt es nahe, die ethische Lösung des Problems von der bisher betrachteten, vorrangig individuellethischen Ebene (Wie sind Embryonen in spezifischen Kontexten ethisch angemessen zu behandeln?) auf die Ebene der politischen Ethik zu verlagern (Wie geht man mit einem anhaltenden philosophischen und gesellschaftlichen Dissens in Fragen des Embryonenschutzes adäquat um?). Um dem Wertpluralismus in politischer Hinsicht gerecht zu werden, ist es sinnvoll, in der Frage des Status des frühen menschlichen Embryos den beteiligten Eltern, Spenderinnen und Spendern sowie Ärztinnen und Ärzten eine angemessene Entscheidungsfreiheit einzuräumen. Im weltanschaulich neutralen Staat sollten sie grundsätzlich das Recht haben, sich nach ihren persönlichen moralischen, religiösen oder weltanschaulichen Überzeugungen zu richten. Ohnehin darf angesichts der lange geführten Debatten um den Lebensschutz früher menschlicher Embryonen nicht übersehen werden, dass die in Rede stehenden reproduktionsmedizinischen Verfahren ihrer Intention nach der Erzeugung neuen menschlichen Lebens dienen. Dem Gesetzgeber obliegt es, hierfür tragfähige Rahmenbedingungen zu schaffen.

Was die betroffenen Eltern angeht, so zeigt eine Untersuchung aus dem Jahr 2006, dass die an IVF beteiligten Paare in frühen Embryonen *in vitro* mehrheitlich eine Ansammlung von Zellen mit bestimmten Schutzrechten (31,5%) oder

¹⁰⁶ Vgl. dazu Koch et al. (2016); Lagercrantz (2014).

¹⁰⁷ Vgl. Merkel (2002); Schöne-Seifert (2002); DeGrazia (2014), S. 28 ff.

ein potenzielles menschliches Lebewesen (26,9 %) sehen und eher nicht ein Lebewesen mit Lebensrecht (17 %) oder eine Person mit voller Menschenwürde (4,4 %).¹⁰⁸ Allerdings bedeutet das nicht, dass diese Paare keine persönliche Beziehung zum Embryo in vitro aufnehmen, denn sie fassen ihn – wie die Studie ebenfalls ergab – mehrheitlich schon als ihr Kind bzw. eher als ihr Kind (62 %) auf. Das heißt: Es kann auch zu diesem frühen Zeitpunkt der Embryonalentwicklung bereits eine bestimmte Form elterlicher Verantwortungsbeziehung bestehen. Die intuitiven moralischen Überzeugungen dieser primär für den Embryo verantwortlichen Personen sollten in der ethischen Analyse nicht unberücksichtigt bleiben.¹⁰⁹

Diese Gesichtspunkte legen es nahe, auf der Ebene von Biorecht und Biopolitik auch frühe Embryonen nicht als Entitäten ohne jeden Schutzanspruch zu behandeln, die jeglicher Ver zweckung preisgegeben werden dürfen. Dies würde schon allein gegen die intuitiven moralischen Empfindungen vieler Personen verstoßen. Relevant sind diese Überlegungen im Rahmen der Reproduktionsmedizin vor allem für Fragen danach, in welchem Ausmaß man auf der Regelungsebene die Entstehung überzähliger Embryonen zulässt und wie man mit ihnen umgeht.

4.4 Kindeswohl und Kindesrechte

Anders als der Embryonenschutz sind das Wohl und die Rechte des zukünftigen Kindes grundsätzlich unstrittige Gesichtspunkte in der Ethik der Fortpflanzungsmedizin.¹¹⁰ Fortpflanzungstechniken dür-

fen – darüber besteht Einigkeit – keine voraussehbar schwerwiegenden Risiken für das körperliche oder seelische Wohl des Kindes mit sich bringen. Deshalb muss der Grundsatz „nihil nocere“ auch in der Fortpflanzungsmedizin grundlegende Bedeutung haben und es ist stets das am wenigsten invasive Verfahren zu wählen.

Allerdings dürfen gesetzgeberische Eingriffe in die Fortpflanzungsfreiheit nicht allein aufgrund von Vermutungen vorgenommen werden,¹¹¹ sondern müssen sich auf empirisch gut belegte bzw. auf wissenschaftlich plausibilisierte nachteilige Folgen berufen können. Auch dürfen sich in einer demokratischen pluralen Gesellschaft mit einer Vielzahl akzeptierter Lebensentwürfe und Vorstellungen verantwortlicher Elternschaft gesetzliche Verbote nicht einseitig an Vorstellungen idealer Kindheit einzelner gesellschaftlicher Gruppen ausrichten.¹¹²

Zu den allgemein geteilten Überzeugungen mit Blick auf das seelische Kindeswohl gehört, dass Kinder, wenn irgend möglich, mit liebevollen Eltern in einer geborgenen und förderlichen Beziehung aufwachsen sollten. Für die Reproduktionsmedizin lässt sich in diesem Zusammenhang positiv anführen, dass gerade Eltern, die den Aufwand und die Belastungen assistierter Fortpflanzungstechniken zur Zeugung von „Wunschkindern“ auf sich nehmen wollen, ihre zukünftige Elternrolle als einen besonders wichtigen Aspekt ihres Lebens ansehen. Das scheinen eher gute Voraussetzungen für eine gelungene Eltern-Kind-Beziehung zu sein.¹¹³

¹⁰⁸ Vgl. Krones et al. (2006).

¹⁰⁹ Ohnehin gibt es auch in Ethik und Recht Argumente für eine stärker beziehungsorientierte Sicht auf die verhandelten Probleme, etwa in Gestalt einer vorwiegend verantwortungsbasierten Ethik der Elternschaft (vgl. Wiesemann 2006 und 2008) oder in Form eines Konzepts relationaler Autonomie (vgl. Röthel 2018).

¹¹⁰ Vgl. Wapler (2010), S. 138 ff.; Schumann (2014), 740 ff., 748; de Lacey et al. (2015); Kreß (2016a); Landwehr (2017), S. 39 f., 161 f., m. w. N.; Kreß (2018), S. 278 ff.

¹¹¹ Vgl. hierzu beispielsweise die Begründung des Verbots der Eizellspende, die sich lediglich auf Vermutungen stützt, wie ausgeführt in Kap. 6.4.2.

¹¹² Vgl. Wiesemann (2006).

¹¹³ Gegenteilige Warnungen kennt man aus den Anfangszeiten der In-vitro-Fertilisation: Kinder, die ihre Existenz dieser Technik verdanken, seien der Gefahr ausgesetzt, Opfer neurotisch überhöhter Kinderwünsche ihrer Eltern zu werden. Vgl. Petersen (1985), S. 59 f. Diese Befürchtung konnte allerdings durch Wischmann (2012) empirisch widerlegt werden.

Bei der Beurteilung und Gewichtung des Kindeswohls im Rahmen assistierter Fortpflanzungstechniken sollte zudem stets das Interesse so gezeugter Kinder an der Kenntnis ihrer Abstammung beachtet werden. Die Sicherung dieses Rechts liegt gleichermaßen in der Verantwortung der Wunscheltern, der behandelnden Personen und der staatlichen Behörden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass Kinder, die mithilfe von Fortpflanzungstechniken gezeugt wurden, als Erwachsene mit weiteren ethisch relevanten Folgeproblemen konfrontiert sein können, z. B. dann, wenn es um eine familiäre genetische Diagnostik oder die Vermeidung einer Inzestbeziehung mit einem Halbgeschwister geht.

4.5 Gerechtigkeit

Fortpflanzungsmedizinische Techniken werfen überdies eine Reihe gesellschaftlich relevanter Fragen auf, die ebenfalls in die ethische Analyse einfließen müssen. Dabei geht es um Fragen der Gerechtigkeit, insbesondere der Teilhabe- und Zugangsgerechtigkeit. Eine Ungleichbehandlung fortpflanzungswilliger Personen allein aufgrund des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung ist nicht legitim. Eine rechtliche Ungleichbehandlung, wie sie etwa gegenwärtig für Männer und Frauen hinsichtlich der Zulässigkeit der Keimzellspende gilt, müsste sich auf substantielle weitere Argumente stützen können, um gerechtfertigt zu sein. Zu unterstellen, dass die Elternrolle einer Frau einen signifikant anderen Stellenwert für das Kind hat als die Elternrolle eines Mannes, ist heute angesichts neuer Leitbilder von verantwortlicher Elternschaft nicht mehr ohne Weiteres plausibel. Zudem trägt eine solche normative Unterstellung von Ungleichheit dazu bei, die noch bestehende soziale Ungleichheit von Männern und Frauen zu verfestigen.

Probleme sozialer Ungleichheit¹¹⁴ werden durch die hohen Kosten der Behandlung, die zurzeit teils gar nicht, teils nur anteilig von den Krankenkassen übernommen werden, aufgeworfen. Dies gilt insbesondere dann, wenn, wie bei der Präimplantationsdiagnostik, im Einzelfall schon für die *ethische* Bewertung der Zulässigkeit einer Maßnahme so hohe Kosten entstehen, dass ärmere Personen durch ihre soziale Lage daran gehindert werden, das hierfür vorgesehene Verfahren in Anspruch zu nehmen (siehe Kap. 6.7 und Kap. 8).

4.6 Vulnerabilität

Die Bedürfnisse vulnerabler Personengruppen müssen eigens berücksichtigt werden. Vulnerabilität kann in diesem Kontext durch strukturelle Macht- und Informationsasymmetrien zwischen Anbieterinnen und Anbietern und Nutzerinnen und Nutzern von Kinderwunschmedizin, rigide soziale Erwartungen, soziale Notlage, kulturelle Hindernisse oder soziale Stigmatisierung verstärkt werden und die freie und verantwortliche Entscheidung der Betroffenen erschweren. Auch ist für Wunscheltern ebenso wie für Keimzellspender der Zugang zu *unabhängiger* psychosozialer und medizinischer Beratung oft erschwert. Deshalb sind für einen verantwortungsvollen Umgang mit fortpflanzungsmedizinischen Verfahren und die Verwirklichung des Rechts auf Freiheit der Fortpflanzung eine gute Datenlage, transparente und

¹¹⁴ Ungleichheit unter den Menschen lässt sich schon wegen der Genomvorgaben nicht vermeiden. Ähnliches gilt für den Umstand, dass die Menschen in unterschiedlichen Epochen und Kulturen geboren werden und in verschiedenartigen Familien und deren sozialem Umfeld aufwachsen. Das Recht gebietet jedoch Gleichheit vor dem Gesetz. Und die gesetzlichen Krankenkassen behandeln alle ihre Mitglieder unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge, ggf. sogar ohne Einzahlungen gleich. Eine Frage ist allerdings – und die Antworten darauf sind politisch strittig –, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden sollen. Dort, wo es sich klarerweise um eine Krankheit handelt, liegt die Antwort auf der Hand. Namentlich im Bereich der Fortpflanzungsmedizin ist freilich nicht immer unstrittig, ob eine Krankheit im Sinne der Krankenkassenleistungen gegeben ist.

qualitätsgesicherte Abläufe und der freie Zugang zu unabhängiger Information und Beratung von großer Bedeutung.

Problematisch sind die Informationsangebote einiger Reproduktionszentren, die dazu tendieren, die Erfolgswahrscheinlichkeit zu positiv darzustellen, während sie die Risiken und Belastungen vernachlässigen.¹¹⁵ Die strukturelle Machtasymmetrie, die sich aus der Expertenrolle des Reproduktionsmediziners bzw. der Reproduktionsmedizinerin und der Abhängigkeit des in einer psychischen Ausnahmesituation Hilfe suchenden Paares ergibt, eröffnet die Möglichkeit vorschneller Behandlungsempfehlungen, denen keine eindeutige medizinische Indikation zugrunde liegt, wie dies etwa für die überdurchschnittlich häufige Anwendung der ICSI-Methode zutrifft (siehe Kap. 6.2). Dies ist auch insofern problematisch, als ICSI mit einer erhöhten Zahl von Fehlbildungen einhergeht und so eine erhöhte Gefahr für das Kindeswohl darstellen kann.

Überdies hält die nach wie vor virulente gesellschaftliche Stigmatisierung von Personen, die mithilfe der Reproduktionsmedizin eine Familie gründen (wollen), nicht wenige davon ab, sich Informationen und Hilfe zu suchen.¹¹⁶ Schließlich trägt auch die Kriminalisierung von Beratung über in Deutschland verbotene, aber im Ausland erlaubte Verfahren¹¹⁷ dazu bei, die strukturelle Abhängigkeit der Kinderwunschaare von einzelnen, unter Umständen durch rein kommerzielle Interessen motivierten Personen oder Institutionen (z. B. Vermittlungsagenturen) zu vergrößern.

4.7 Kommerzialisierung

In einem Gesundheitswesen, das gleichermaßen durch Leistungen der öffentlichen Hand, der Beitragszahler und privatwirtschaftlicher Akteure getragen wird, müssen ökonomische Aspekte nicht von vornherein als problematisch gelten. Allerdings muss bei der ethischen Bewertung kommerzieller Interaktionen im Gesundheitswesen berücksichtigt werden, dass die Reputation der modernen Medizin auf der Vertrauenswürdigkeit der Ärztin bzw. des Arztes beruht. Diese Vertrauenswürdigkeit beruht nicht allein auf individuellen Charaktereigenschaften, sondern ganz wesentlich auf der Verpflichtung des Ärztestandes zur Einhaltung professioneller Standards einschließlich der einschlägigen ethischen Kodizes.¹¹⁸ So verlangen die Berufsordnungen der Ärztekammern ausdrücklich, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf gewissenhaft ausüben und ihr Handeln am Wohl und Willen der Patientinnen und Patienten ausrichten. Dies schließt jedoch nicht aus, dass sie dafür auch bezahlt werden.

Wenn Ärztinnen und Ärzte für ihre Leistungen ein Honorar erhalten oder wenn sie ihre medizinischen Dienstleistungen in einem Markt zur Verfügung stellen, ist dies ethisch nicht prinzipiell problematisch, sofern die Grundsätze vertrauenswürdigen ärztlichen Handelns und guter klinischer Praxis beachtet werden. Problematisch wird Kommerzialisierung erst dann, wenn die Vulnerabilität von Personen mit Kinderwunsch für das eigene Gewinnstreben ausgenutzt wird, etwa indem in einem intransparenten Markt Verfahren mit geringer Evidenz angeboten werden oder bei Menschen mit hohem Leidensdruck unrealistische Erwartungen geschürt werden. Besonders problematisch ist es, wenn Keimzellen oder gar das Kind selbst zu Objekten kommerziellen Handels und damit gewissermaßen zu

¹¹⁵ Vgl. Kadi & Wiesing (2015).

¹¹⁶ So wurde erst 2013 DI-Netz e. V., eine Selbsthilfegruppe für Familien nach Samenspende, gegründet, um es betroffenen Personen zu ermöglichen, im geschützten Kreis offen mit dieser Form der Familiengründung umzugehen und sich damit aus der gesellschaftlichen Isolation zu befreien.

¹¹⁷ Zur Strafbarkeit inländischer Fachkräfte siehe Kap. 6.4 und 6.6 (Eizellspende und Leihmutterchaft).

¹¹⁸ Vgl. Taupitz (1991), S. 70 ff., 497 ff.

einer Ware werden. Dagegen ist es nicht als moralisch abzulehnende Kommerzialisierung zu werten, wenn eine Aufwandsentschädigung für die etwa mit einer Keimzellspende verbundenen Unannehmlichkeiten materieller und immaterieller Art gezahlt wird, weil eine solche Zahlung einen Ausgleich für die Nachteile darstellt, die aufgrund einer solchen solidarischen oder altruistischen Handlung entstehen.¹¹⁹

4.8 Vermeidung von Wertungswidersprüchen

Abzuwägen sind also die maßgeblichen Werthaltungen zu sehr unterschiedlichen Aspekten wie etwa dem Schutz des Lebens früher Embryonen, der Wahrung des Kindeswohls, der Freiheit der Fortpflanzung sowie Gesichtspunkten der Gleichheit und sozialen Gerechtigkeit. Wird die daraus resultierende Vielfalt der Rechtsgüter und Wertebeziehungen nicht umfassend berücksichtigt, kann dies zu unerwünschten Wertungswidersprüchen führen. Derartige Widersprüche finden sich in den bestehenden rechtlichen Regelungen zur assistierten Fortpflanzung einerseits und zur Zulässigkeit von Nidationshemmern sowie zum Schwangerschaftsabbruch andererseits.¹²⁰

Gesellschaftliche Entwicklungen wie die Veränderung des Familienbegriffs und die Gleichstellung hetero- und homosexueller Paare führen zu neuen Wertungswidersprüchen und tragen auf diese Weise ebenfalls dazu bei, bestehende rechtliche Regelungen in Frage zu stellen. Dabei müssen die Folgen einer Aufhebung von Verboten sorgfältig und umfassend, unter Berücksichtigung aller davon Betroffenen, geprüft werden. Pauschale Befürchtungen hinsichtlich eines Dammbbruchs (*slippery*

slope), denen zufolge das Aufheben eines Verbots so gut wie zwangsläufig eine Kette von weiteren ethisch bedenklichen Folgen habe, dürfen allerdings nicht ungeprüft übernommen werden.¹²¹ Zudem lässt sich die Gefahr unerwünschter Folgen etwa durch rechtliche Regelungen, die Etablierung einer staatlichen Aufsicht oder die Mitwirkung von Ethikkommissionen eindämmen.¹²²

119 Etwa vergleichbar den Leistungen, die ein Lebendspender bei der Organspende erhält.

120 Vgl. dazu Berghäuser (2015); Henking (2010); Taupitz (2014), B. III. 4.

121 Zur Aussagekraft und zu Problemen des Dammbbruchargumentes vgl. Guckes (1997); Saliger (2007).

122 Vgl. Diedrich et al. (2008).

5 Rechtliche Grundsatzfragen der modernen Fortpflanzungsmedizin

5.1 Einleitung

Aus rechtlicher Sicht ist für den Bereich der Fortpflanzungsmedizin nach wie vor das Embryonenschutzgesetz (ESchG) vom 13. Dezember 1990 maßgeblich.¹²³ Damit versuchte der Gesetzgeber, auf die rasanten Fortschritte zu reagieren, die sowohl die Fortpflanzungsmedizin als auch die Humangenetik in den späten 1970er und 80er Jahren verzeichnen konnten und die neben neuartigen Möglichkeiten und Chancen für Medizin und Wissenschaft zugleich mit Risiken und Gefahren verbunden waren: Die Reproduktionsmedizin, die innovative Methoden zur Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit bereitstellte, eröffnete erstmals den unmittelbaren Zugriff auf außerhalb des menschlichen Körpers erzeugte Embryonen als Objekte medizinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit. Zudem wurde es möglich, Embryonen speziell für Forschungszwecke zu schaffen, und es war absehbar, dass auch Entitäten hergestellt werden könnten, die es bisher nicht gab, etwa genetisch veränderte Embryonen, Klone oder tierisch-menschliche Mischwesen.

Das ESchG hat die Debatte über den schutzwürdigen Beginn menschlichen Lebens und über die legitimen Handlungen an und mit Embryonen nicht beendet.¹²⁴ Auffällig an der Debatte sind die bis heute nicht auflösbaren Dissense – was zum Teil als paradigmatisch für die Unmöglichkeit angesehen wird, in modernen

Gesellschaften in grundlegenden ethischen Fragen Übereinstimmung zu erzielen. Wenn auch dieser Befund in seiner Allgemeinheit kaum zutrifft, so gilt doch gerade für die Diskussion grundlegender, unsere Existenz betreffender Fragen, dass die verschiedenen in der Gesellschaft vertretenen Positionen auf divergierenden weltanschaulichen, philosophischen und religiösen Annahmen darüber beruhen, was einen „Menschen“ auszeichnet. Diese Dimension macht eine eindeutige, rational zwingende Antwort zu vielen Fragen prinzipiell unmöglich, und auch eine Lösung durch die traditionelle juristische Methode der Bildung einer Mehrheitsmeinung, gegenüber der die Mindermeinung rechtspraktisch zurücktritt, wird unwahrscheinlich.

Alle gesetzlichen Regeln, die die Möglichkeiten der Fortpflanzung betreffen, müssen sich an der Verfassung, dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, messen lassen. Das gilt für die derzeit gültigen, eher restriktiven Regeln wie auch für mögliche Liberalisierungen im Rahmen einer Reform des bestehenden Rechts. Zwar ist dem Gesetzgeber ein nicht unerheblicher Gestaltungsspielraum eröffnet. Grundlegende Bedeutung kommt jedoch dem Umstand zu, dass das Grundgesetz eine umfassende Freiheitsordnung statuiert hat, in der das sogenannte rechtsstaatliche Verteilungsprinzip gilt. Dieses besagt, dass nicht das Individuum rechenschafts- und begründungspflichtig für die Ausübung seiner Handlungsfreiheit, sondern der Staat rechenschafts- und begründungspflichtig für die Einschränkung dieser Freiheit ist. Staatliche Verbote und die mit ihnen verbundene Einschränkung von

¹²³ BGBl. I S. 2746, in Kraft getreten am 1.1.1991.

¹²⁴ Vgl. zu den folgenden Ausführungen Taupitz (2014), B. I Rn. 4.

Grundrechten sind damit keineswegs unzulässig, aber entsprechend begründungspflichtig. Eingriffe in die Freiheitssphäre des Einzelnen müssen einen legitimen Zweck verfolgen und zudem – bezogen auf diesen Zweck – geeignet, erforderlich und angemessen sein. Dieses grundrechtsdogmatische Schema, das der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entspricht und auch in der staatsrechtlichen Literatur dominiert, wird der folgenden Darstellung zugrunde gelegt.

Im Vordergrund steht dabei die Fortpflanzungsfreiheit derjenigen Personen, die nur mithilfe medizinisch-technischer Maßnahmen (wie etwa der IVF) oder zusätzlich unter Inanspruchnahme Dritter (etwa eines Samenspenders, einer Eizellspenderin oder einer Leihmutter) Kinder bekommen können. Die mögliche Inanspruchnahme Dritter verweist bereits darauf, dass auch deren Rechte und Pflichten berücksichtigt werden müssen und als mögliche Gründe für die Rechtfertigung staatlicher Beschränkungen in Erwägung zu ziehen sind. Auch verlangt das Kindeswohl Beachtung. Zunächst ist aber nach der grundrechtlichen Verortung der Fortpflanzungsfreiheit zu fragen (5.2) und sodann der einschlägige Schutzbereich näher zu konturieren (5.3), bevor die Schranken der Fortpflanzungsfreiheit und die verfassungsrechtliche Rechtfertigung entsprechender Eingriffe thematisiert werden (5.4 und 5.5). Anschließend wird auf Fragen der Gleichheit (5.6) und der Diskriminierung (5.7) eingegangen.

5.2 Grundrechtliche Verortung der Fortpflanzungsfreiheit

Die Fortpflanzungsfreiheit genießt grundrechtlichen Schutz. Daran besteht heutzutage im Ergebnis kein Zweifel. Lange Zeit konnte man das freilich in dieser Unbedingtheit nicht sagen. Denn für die Rechtslage in den ersten Jahrzehnten der Bundesrepublik könnte man fast schon von einer

Fortpflanzungspflicht sprechen – jedenfalls insofern, als die Verweigerung der Ehefrau, ihren „ehelichen Pflichten“ nachzukommen, als Scheidungsgrund angesehen wurde.¹²⁵ Parallel dazu wurde in der verfassungsrechtlichen Literatur der frühen Bundesrepublik die Fortpflanzungsfreiheit ausschließlich als Freiheit *zur* Fortpflanzung diskutiert und auf Art. 6 und 2 Abs. 1 GG¹²⁶, primär aber auf Art. 2 Abs. 2 GG¹²⁷ gestützt. Die Fortpflanzungsfreiheit wurde als reines Abwehrrecht gegen Zwangssterilisation, Zölibatsklauseln oder Eheverbotsklauseln aufgefasst; ein Recht, sich nicht fortzupflanzen, wurde aus den grundrechtlichen Regelungen nicht hergeleitet.

Dies alles ist mittlerweile Rechtsgeschichte. Dass Frauen wie Männer umfassende Fortpflanzungsfreiheit genießen, wird heute weder in der verfassungsrechtlichen Literatur noch in der Rechtsprechung bestritten, sondern allgemein als zentraler Ausdruck persönlicher Selbstbestimmung mit Nachdruck bejaht.¹²⁸ Und ebenso breiter Konsens ist, dass diese Freiheit nicht grenzenlos ist, sondern eingeschränkt werden kann (siehe Kap. 5.4). Nicht ganz einheitlich beurteilt man lediglich die Frage, aus welchen grundgesetzlichen Bestimmungen sich diese Freiheit am überzeugendsten ableiten lässt. In der

¹²⁵ Vgl. Beitzke (1951), der als scheidungsermöglichende Eheverfehlungen gem. § 43 EheG insbesondere die „Verweigerung der Fortpflanzung“ und die „Verweigerung der Beiwohnung“ nennt (S. 52). Ausdrücklich auch: OLG Hamburg, Urteil v. 20.11.1947 = MDR 1948, 176 f. (176): „Die Verweigerung des Geschlechtsverkehrs ohne Schutzmittel kann als Scheidungsgrund i. S. d. § 43 in Frage kommen.“ Noch in der Kommentierung aus dem Jahre 1964 wird dem § 1353 BGB eine „Pflicht zur Geschlechtsgemeinschaft“ entnommen und darüber hinaus statuiert, das „sittliche Wesen der Ehe [lasse] eine grundlose Weigerung, Kinder zu zeugen bzw. zu empfangen, nicht zu.“ (Hübner (1964/1975), § 1353 Rn. 12 f.).

¹²⁶ Vgl. Dürig (1958), Art. 2 Abs. 2 Rn. 31 Fn. 1.

¹²⁷ Ausführlich Dürig (1958), Art. 2 Abs. 2 Rn. 31 f.; vgl. auch Niemöhlmann (1974), Art. 2 Rn. 50 sowie bereits von Mangoldt (1949), S. 273 ff. (280), der unter Berufung auf Gesetzgebungsmaterialien ausführt, das Recht auf körperliche Unversehrtheit sei in die Verfassung aufgenommen worden, um eine „verfassungsrechtliche Grundlage dafür [zu geben], dass Maßnahmen, wie sie der Nationalsozialismus mit der Zwangssterilisation eingeleitet hat, nicht mehr durchgeführt werden dürfen.“

¹²⁸ Vgl. Coester-Waltjen (2013).

Literatur werden dazu im Wesentlichen zwei Positionen vertreten.¹²⁹

a) Als einschlägige Norm sieht man ganz überwiegend Art. 6 Abs. 1 GG an: „Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.“ Diese Bestimmung stellt einerseits eine sogenannte Institutsgarantie dar, enthält aber andererseits auch ein individuelles Grundrecht.¹³⁰ Das Grundrecht umfasst neben der freien Wahl des Ehepartners und dem Schutz der in vielen Gestaltungsformen möglichen Familie nach herrschender Meinung auch die Freiheit zur Verwirklichung eines Kinderwunsches.¹³¹ Man kleidet das zumeist in die Formel, der Schutzbereich der in Art. 6 Abs. 1 GG erwähnten Familie umfasse „die freie Entscheidung der Eltern, wann und wie viele Kinder sie haben wollen“.¹³² Ihre tragende Begründung findet diese Ansicht darin, dass das Recht auf Fortpflanzungsfreiheit im Recht, von staatlicher Reglementierung unberührt eine Familie gründen zu können, denknotwendigerweise enthalten ist.¹³³ Somit umfasst der Schutzbereich des Art. 6 Abs. 1 GG nicht nur die bereits existierende Familie, sondern desgleichen deren Gründung und somit das Recht, sich fortzupflanzen. Der grundrechtliche Schutz der Fortpflanzungsfreiheit wurzelt dieser Ansicht zufolge in Art. 6 Abs. 1 GG.¹³⁴

b) Grundrechtlicher Schutz besteht aber auch dann, wenn man den Schutzbereich des Art. 6 Abs. 1 GG nicht auf die Familie im Werden erstrecken möchte.¹³⁵ Als alternative Begründungsmöglichkeit kommt insbesondere die Verortung des Schutzes der Fortpflanzungsfreiheit im allgemeinen Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG in Betracht.¹³⁶ Zur Begründung lässt sich die Überlegung anführen, dass die Entscheidung zur Gründung einer Familie bzw. zur Fortpflanzung den Kern personaler Identität berührt. Demgemäß heißt es in einem von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern vorgelegten Entwurf für ein Fortpflanzungsmedizinengesetz: „Das Recht, positiv oder negativ über die eigene Fortpflanzung und dabei sowohl über das ‚Ob‘ und das ‚Wie‘ der Fortpflanzung zu entscheiden, ist dem Recht auf Selbstbestimmung zuzuordnen. Man kann von einem ‚Grundrecht auf reproduktive Selbstbestimmung‘ sprechen. Die eigene Fortpflanzung gehört zum Kern personaler Identität und Identitätsbildung [...]. Sie ist integraler Bestandteil des durch Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 GG geschützten Allgemeinen Persönlichkeitsrechts und nur zum Schutz überragend wichtiger Rechtsgüter beschränkbar.“¹³⁷

Im Ergebnis besteht also kein Zweifel daran, dass die Fortpflanzungsfreiheit grundrechtlichen Schutz genießt.

129 Eine dritte, wenngleich seltene und in jüngerer Zeit kaum noch vertretene Ansicht will die Fortpflanzungsfreiheit aus dem Auffanggrundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 GG ableiten, wobei man zum Teil eine Verstärkung dieses Grundrechts durch die Verfassungsgarantie von Ehe und Familie annimmt, vgl. Badura (2012), Art. 6 Rn. 29 f.

130 Vgl. BVerfGE 29, 166 (175); 31, 58 (67); 80, 81 (92).

131 Vgl. BVerfGE 66, 84 (94); Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 115 ff.; von Coelln (2014), Art. 6 Rn. 30; Robbers (2010), Art. 6 Rn. 92; Coester-Waltjen (2012), Art. 6 Rn. 32; Jarass (2016a), Art. 6 Rn. 11; Richter (2001), Art. 6 Rn. 31; Hufen (2001), S. 440 ff. (442).

132 Vgl. nur Kingreen & Poscher (2015), Rn. 720; Jarass (2016a), Art. 6 Rn. 11.

133 Vgl. statt vieler Coester-Waltjen (2012), Art. 6 Rn. 49.

134 Vgl. Coester-Waltjen (2012), Art. 6 Rn. 49; Hufen (2001), S. 442; Böckenförde-Wunderlich (2002), S. 213 f.; Kingreen (2004), S. 941; Lehmann (2007), S. 65 f.; Reinke (2008), S. 135 f.; Müller-Terpitz (2018), Art. 6 GG Rn. 1 f. – Jedenfalls für Ehepaare auch von Coelln (2014), Art. 6 Rn. 30 m. Fn. 206.

135 So etwa Spranger (2001), S. 266 ff. (267). In diese Richtung ließe sich auch BVerfGE 48, 327 (339) interpretieren.

136 Vgl. Püttner & Brühl (1987), S. 529 ff. (532); Hufen (2001), S. 442; Spranger (2001), S. 267; Schächinger (2014), S. 137 f. nimmt Gesetzeskonkurrenz von Art. 6 Abs. 1 GG und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 2 GG an und will beide Normen zur Anwendung bringen.

137 So die Begründung von Gassner et al. (2013), S. 31 f., wo aber konzidiert wird, dass man das Grundrecht auf Fortpflanzung auch als in Art. 6 Abs. 1 GG verankert betrachten könne; die Nähe zum Menschenwürdesatz streite aber wohl für die Verortung im allgemeinen Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 GG (ebd., S. 32).

5.3 Schutzbereich der Fortpflanzungsfreiheit

Grundsätzlicher Schutz der Fortpflanzungsfreiheit

Der Schutzbereich der Fortpflanzungsfreiheit lässt sich unabhängig von der spezifischen grundrechtlichen Verortung bestimmen. In diesen Schutzbereich fällt nicht nur die Ausübung des natürlichen Geschlechtsverkehrs, sondern grundsätzlich auch die Freiheit, von Hilfsmitteln aller Art Gebrauch zu machen, die einen Kinderwunsch zu realisieren helfen.¹³⁸ Wenn daher die Verwirklichung des Kinderwunsches erst mithilfe bestimmter medizinischer Eingriffe oder Unterstützungshandlungen möglich ist, fällt die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen unter grundrechtlichen Schutz.

Das Recht, von den erweiterten und immer weiter voranschreitenden Möglichkeiten der Medizin zur Verwirklichung eines Kinderwunsches Gebrauch zu machen, wird also vom Grundrecht auf Fortpflanzungsfreiheit mit umfasst.¹³⁹ Zu Recht hat man insofern von einem Recht potenzieller Eltern „auf Verwirklichung ihres Kindeswunsches nach dem jeweiligen Stand der Medizin“¹⁴⁰ gesprochen. Liegen also etwa Fälle von Sterilität oder Infertilität vor und können diese Hindernisse durch Anwendung neuer medizinischer Therapien potenziell behoben werden, ist auch die Nutzung dieser Möglichkeiten grundgesetzlich geschützt. Das betrifft alle Verfahren und medizinischen Unterstützungshandlungen, wie sie unter dem Oberbegriff der assistierten Reproduktion zusammengefasst werden. Man kann also sagen: „Die Familiengründungsfreiheit umfasst das Recht, ein Kind mit Hilfe assistierter Reprodukti-

on zu zeugen. Das gilt unabhängig davon, ob die künstliche Fortpflanzung im homologen oder heterologen System erfolgt. [...] Gesetzliche Regelungen, die die Familiengründung durch künstliche Fortpflanzung einschränken oder ausschließen, greifen in das Familiengrundrecht ein und bedürfen der Rechtfertigung durch andere Verfassungsgüter.“¹⁴¹

Fortpflanzungsfreiheit im europäischen Recht

Bestätigung und Bekräftigung findet die durch das Grundgesetz geprägte Rechtslage in Gestalt gleichgelagerter Normen der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), die zunehmend Bedeutung für die Auslegung und Anwendung des nationalstaatlichen Rechts erlangt. Insbesondere die maßgebliche Judikatur des EGMR ist eindeutig. Das Gericht leitet das Recht auf Fortpflanzung auch in Gestalt der assistierten Reproduktion aus Art. 8 Abs. 1 EMRK¹⁴² und somit aus dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens ab.¹⁴³ In einer jüngeren Entscheidung heißt es, zum Schutzbereich des Art. 8 EMRK gehöre „das Recht eines Paares, ein Kind zu empfangen und dazu die medizinisch unterstützte Fortpflanzung zu nutzen [...], denn eine

¹⁴¹ Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 117.

¹⁴² Art. 8 EMRK [Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens]: „(1) Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.“
Art. 12 EMRK („Männer und Frauen im heiratsfähigen Alter haben das Recht, nach den innerstaatlichen Gesetzen, welche die Ausübung dieses Rechts regeln, eine Ehe einzugehen und eine Familie zu gründen.“) scheint normtextlich näherliegend, kam bis dato in fraglichen Entscheidungen allerdings nicht zur Prüfung. Bejahend dazu, dass die Norm auch die Fortpflanzung mithilfe besonderer Techniken der Reproduktion umfasst: Sina (1997), S. 866; Wolff (2005), S. 732; Czech (2015), S. 19 ff. Gegen eine Erstreckung des Schutzbereichs auf Modalitäten künstlicher Fortpflanzung vgl. Mückl (2010), Rn. 29, der damit freilich eine absolute Mindermeinung vertritt.

¹⁴³ Siehe aus der jüngeren Judikatur beispielsweise EGMR, Urteil v. 10.4.2007 – 6339/05, NJW 2008, 2013 ff., 2. Leitsatz: „Das Recht auf Achtung des Privatlebens i. S. von Art. 8 EMRK ist umfassend und schließt auch das Recht auf Achtung der Entscheidung für oder gegen eine (auch genetische) Mutter- oder Vaterschaft ein.“ EGMR, Urteil v. 4.12.2007 – 44362/04, NJW 2009, 971 (973): „Art. 8 EMRK ist im vorliegenden Fall anwendbar, da die Weigerung, den Bf. eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen, ihr Privat- und Familienleben betrifft, welches das Recht auf Achtung ihrer Entscheidung, Eltern eines von ihnen abstammenden Kindes zu werden, einschließt.“ Vgl. auch die Beiträge in Büchler & Keller (2016).

¹³⁸ Bereits früh die Feststellung von Ramm (1989), S. 861 ff. (874): „Die [...] Freiheit, sich fortzupflanzen [...] bedeutet die Bejahung der künstlichen Befruchtung – und zwar im vollen Umfange.“ Vgl. auch Tautpitz (2001); Böckenförde-Wunderlich (2002), 213 f.

¹³⁹ Vgl. hierzu Coester-Waltjen (2012), Art. 6 Rn. 49; Hieb (2005), S. 25 ff.; Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 117.

¹⁴⁰ Hufen (2001), S. 442.

solche Entscheidung ist eine Ausdrucksform des Privat- und Familienlebens“.¹⁴⁴ Die einschlägigen Regelungen der Europäischen Grundrechte-Charta, zu der noch keine vergleichbare Rechtsprechung vorliegt, weisen in die gleiche Richtung.¹⁴⁵

Fortpflanzungsfreiheit als Abwehrrecht

Um dieses grundsätzliche Recht auf Fortpflanzungsfreiheit nicht Missverständnissen oder Überinterpretationen auszusetzen, sind zwei Klarstellungen geboten. Fortpflanzungsfreiheit ist im Kern ein klassisches Abwehrrecht, das dem Staat verbietet, ohne hinlänglichen Grund in diese Freiheit einzugreifen; es ist kein Leistungsrecht, das den Staat verpflichten würde, die notwendigen Behandlungsmaßnahmen auch zu finanzieren. Aus der grundrechtlichen Fundierung der Fortpflanzungsfreiheit erwächst also kein Leistungsanspruch der betroffenen Paare. Mehrfach hat das Bundesverfassungsgericht ausgesprochen, dass „aus der staatlichen Pflicht zum Schutz von Ehe und Familie keine verfassungsrechtliche Verpflichtung des Gesetzgebers entnommen werden kann, die Entstehung einer Familie durch medizinische Maßnahmen der künstlichen Befruchtung mit den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu fördern“.¹⁴⁶ Zum Zweiten folgt aus der Fortpflanzungsfreiheit kein – wem gegenüber auch immer geltend zu machendes – Recht auf ein Kind. Ein solches Recht gibt es genauso wenig wie das zuweilen in der bioethischen Diskussion erwähnte „Recht auf ein gesundes Kind“.

¹⁴⁴ EGMR, Urteil v. 3.11.2011 – 57813/00, NJW 2012, 207 (209). Im 1. LS heißt es: „Die Entscheidung eines Paares, ein Kind durch künstliche Befruchtung zu zeugen, fällt unter ihr Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens i. S. von Artikel 8 EMRK.“ Vgl. zur Verortung der Problematik künstlicher Fortpflanzung in Art. 8 EMRK beispielsweise Grabenwarter & Pabel (2016), Rn. 8; knapp auch Gassner et al. (2013), S. 27.

¹⁴⁵ Vgl. Jarass (2016b), Art. 9 Rn. 7^a.

¹⁴⁶ BVerfG (K), NJW 2009, 1733 (1734). Grundlegend BVerfGE 117, 316 (322). Ähnlich BSG, Urteil v. 3.3.2009 = NJW 2010, 1020 (1022). Steuerrechtlich können die Aufwendungen eines Ehepaares für eine heterologe künstliche Befruchtung als außergewöhnliche Belastung Berücksichtigung finden: so BFH, Urteil v. 16.12.2010 = NJW 2011, 2077 (2078 f.).

5.4 Schranken der Fortpflanzungsfreiheit

Grund- und Menschenrechte sind nicht schrankenlos. Das trifft auch auf die Fortpflanzungsfreiheit zu. Als eherner Grundsatz gilt allerdings, dass im freiheitlichen Verfassungsstaat der Staat rechtfertigungsbedürftig für die Einschränkung der Freiheit ist, nicht der Mensch umgekehrt für die Wahrnehmung dieser Freiheit.¹⁴⁷ Es gilt eine Freiheitsvermutung zugunsten des Individuums.¹⁴⁸ (vgl. Kap. 5.1)

Grundrechte wirken somit als Rechtfertigungszwang für den Staat. Das bedeutet aber auch: Grundrechtseingriffe sind nicht per se unzulässig. Erst der nicht verfassungsmäßige Eingriff führt zu einer Grundrechtsverletzung. Der Staat ist beim Zugriff auf die Freiheitssphäre der Bürgerinnen und Bürger gewissen Bindungen unterworfen. Die freiheitseinschränkenden Regelungen bedürfen in formeller Hinsicht einer gesetzlichen Grundlage, in materieller Hinsicht müssen sie sich auf einen legitimen Zweck stützen können und geeignet, erforderlich und angemessen sein (Verhältnismäßigkeitsprüfung). Grundrechtseingriffe werden also einer Formalisierung und Rationalisierung unterworfen. Als legitime Zwecke für Eingriffe kommen Grundrechte Dritter, sonstige verfassungskräftige Positionen oder vom Gesetzgeber als gewichtig eingeschätzte Rechtsgüter in Betracht. Sollten freilich bestimmte Maßnahmen oder Praktiken gegen die Menschenwürdegarantie verstoßen, sind sie wegen deren Absolutheit ohne Weiteres ausgeschlossen. Das erklärt den hohen Grad der Bezugnahmen auf (tatsächliche oder vorgebliche) Verstöße gegen Art. 1 Abs. 1 GG in der bioethischen Diskussion.

¹⁴⁷ Statt vieler vgl. Hufen (2017), Rn. 1 ff., S. 11 ff.

¹⁴⁸ Man spricht insofern auch vom rechtsstaatlichen Verteilungsprinzip zwischen der prinzipiell unbegrenzten Freiheit des Individuums und der prinzipiell begrenzten Zugriffsmöglichkeit des Staates. Dazu m. w. N. Dreier (2013b), Vorb. Rn. 70, 119 ff.

Die gegenwärtig bestehenden Einschränkungen der Fortpflanzungsfreiheit in Deutschland sind mannigfaltiger Natur. Sie ergeben sich zumeist aus den Normen des Embryonenschutzgesetzes aus dem Jahre 1990, genauer gesagt: oft aus einer bestimmten Interpretation seiner überwiegend fast 30 Jahre alten und dementsprechend nicht selten kontrovers gedeuteten Normen. Beispielhaft seien als wesentliche Eingriffe in das Grundrecht auf Fortpflanzungsfreiheit nur das Verbot der Eizellspende (im Unterschied zur erlaubten Samenspende) und der Leihmutterschaft genannt.

5.5 Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Eingriffen in die Fortpflanzungsfreiheit

Alle genannten Eingriffe bedürfen also einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. Hier kommen als Rechtfertigungsgründe in erster Linie betroffene Grundrechte Dritter oder sonstige relevante Rechtsgüter in Betracht. Grundrechte Dritter sind vor allem dann zu berücksichtigen, wenn zur erfolgreichen Ausübung der Fortpflanzungsfreiheit neben reproduktionsmedizinischer Hilfe eine Samen- oder Eizellspende oder das Austragen des Kindes durch eine andere Frau erforderlich ist. In diesen Fällen ist bei der gebotenen Abwägung der sich gegenüberstehenden Interessen auch die Gefahr einer Ausnutzung wirtschaftlicher Notlagen in Rechnung zu stellen.

Umstritten ist, ob und inwieweit die Fortpflanzungsfreiheit auch im Interesse der Kinder, die durch deren Ausübung zur Welt kommen würden, beschränkt werden darf.¹⁴⁹ In der rechtspolitischen Diskussion wird in diesem Zusammenhang häufig der das staatliche Wächteramt aus Art. 6 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 GG

legitimierende Begriff des „Kindeswohls“ herangezogen, ohne dass immer hinreichend deutlich würde, dass dieser Begriff als Argument für eine Beschränkung der Fortpflanzungsfreiheit eine andere Bedeutung erlangt. Wenn der Staat die Fortpflanzungsfreiheit zum Schutz des „Kindeswohls“ beschränkt, so ist das mehr als nur eine Vorverlagerung der Ausübung des staatlichen Wächteramtes aus Art. 6 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 GG. Der Staat schützt mit einer solchen Beschränkung nicht einfach nur das Wohl zukünftig zur Welt kommender Kinder, sondern er verhindert das Zur-Welt-Kommen von Kindern mit dem Argument, dass ihr „Wohl“ in der Welt beeinträchtigt wäre. Hier stößt man auf das grundsätzliche Problem, ob es logisch möglich ist, das Wohl einer Person durch Verhinderung ihrer Geburt zu schützen.

Dass ein derartiger Schutz des „Kindeswohls“ keine Selbstverständlichkeit ist, zeigt sich bereits daran, dass er bei einer natürlichen Zeugung in aller Regel¹⁵⁰ gar nicht erst in Betracht gezogen wird. In unserer Rechtsordnung dürfen auch Kinder gezeugt werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit an einer schwerwiegenden Erbkrankheit leiden¹⁵¹ oder – z. B. wegen einer Alkohol- oder sonstigen Drogenabhängigkeit der Mutter – mit schwerwiegenden schwangerschaftsbedingten Schädigungen zur Welt kommen werden. Auch wenn bereits absehbar ist, dass die Eltern ihre Pflicht zur Pflege und Erziehung der Kinder nicht in hinreichendem Maße werden erfüllen können oder wollen, bleibt die Zeugung von Kindern erlaubt. Der

¹⁴⁹ Einzige Ausnahme ist der Sonderfall des strafrechtlichen Inzestverbotes (§ 173 StGB), zu dessen Begründung traditionell auch zu befürchtende genetische Schäden angeführt werden. In seiner umstrittenen Inzestentscheidung hat das Bundesverfassungsgericht die „ergänzende Heranziehung dieses Gesichtspunktes“ zur Rechtfertigung der Strafbarkeit des Geschwisterinzests als verfassungsrechtlich zulässig bewertet: BVerfGE 120, 224 (248).

¹⁵¹ Es besteht zwar gemäß § 3a ESchG inzwischen die Möglichkeit einer Präimplantationsdiagnostik, aber es besteht selbstverständlich keine Verpflichtung, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

¹⁴⁹ Vgl. die Wiedergabe des Meinungsstandes bei Taupitz (2014), C. II. § 1 Abs. 1 Nr. 1 Rn. 8.

Staat beschränkt hier also nicht die Freiheit natürlicher Fortpflanzung, sondern nimmt sein Wächteramt gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 GG erst nach der Geburt des Kindes wahr.

Dieses Vorgehen kann auch damit zusammenhängen, dass ein Verbot natürlicher Zeugung nicht nur die Fortpflanzungsfreiheit beschränken, sondern durch den Zwang zu sexueller Enthaltbarkeit oder Verhütung noch in einer weiteren Hinsicht in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen eingreifen würde. Es beruht aber auch darauf, dass es in hohem Maße problematisch ist, (potenzielle) Kinder dadurch schützen zu wollen, indem man ihnen das Leben erspart. So wäre ein Verbot der Zeugung von Kindern für Personen mit schwerwiegenden Erbkrankheiten nicht nur deshalb verfassungsrechtlich fragwürdig, weil der Staat damit tief in die Persönlichkeitsrechte dieser Personen eingreifen würde, sondern auch, weil er damit verbindlich entscheiden würde, dass es besser ist, an einer schwerwiegenden Erbkrankheit leidende Kinder erst gar nicht zur Welt kommen zu lassen.

Bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung ist allerdings zusätzlich zu bedenken, dass ihre Anwendung nicht nur vereinzelt, sondern systematisch zur Geburt von Kindern führen könnte, deren Leben durch schwerwiegende Beeinträchtigungen erheblich belastet wäre. Soweit bestimmte reproduktionsmedizinische Methoden stets oder typischerweise Kinder mit solchen Beeinträchtigungen hervorbringen würden,¹⁵² kann es dem Staat schwerlich verwehrt sein, diese Methoden zu verbieten.¹⁵³ Ein solches Ver-

bot lässt sich damit begründen, dass die Verpflichtung der Allgemeinheit, für ein menschenwürdiges Leben von Menschen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen Sorge zu tragen, langfristig nur aufrechterhalten werden kann, wenn derartige Beeinträchtigungen Schicksal bleiben und nicht systematisch erzeugt werden dürfen. Zudem ist bei Anwendung reproduktionsmedizinischer Methoden eine Ärztin bzw. ein Arzt als dritte Person beteiligt, an die sich ein Verbot der Herbeiführung einer schwerwiegenden Beeinträchtigung richten kann, während ein Verbot der natürlichen Befruchtung in den privaten Intimbereich hineinwirken würde.

Trotz der prinzipiellen Fragwürdigkeit des Gedankens, das Wohl von potenziellen Kindern dadurch zu schützen, dass man ihnen das Leben erspart, darf der Staat deshalb im Ergebnis reproduktionsmedizinische Methoden auch deshalb verbieten, weil das Leben der durch sie zur Welt kommenden Kinder durch schwerwiegende Beeinträchtigungen von vornherein erheblich belastet wäre. Jedoch reichen für ein so begründetes Verbot bloße Spekulationen oder vage Annahmen nicht aus. Erst wenn es belastbare Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine bestimmte reproduktionsmedizinische Methode typischerweise zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der durch sie zur Welt gebrachten Kinder führt, darf sie aufgrund dieser Beeinträchtigungen untersagt werden.

Ob alle im geltenden Recht bestehenden Beschränkungen der Fortpflanzungsfreiheit einer entsprechenden verfassungsrechtlichen Prüfung standhalten und ob der Gesetzgeber nicht wenigstens befugt, möglicherweise sogar zu einer Liberalisierung der restriktiven Regelungen verpflichtet wäre, soll in Kapitel 6 jeweils bei den einzelnen fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen diskutiert werden.

¹⁵² Ein Beispiel für eine solche Methode ist nach gegenwärtigem Wissensstand das reproduktive Klonen, das (sofern es denn überhaupt beim Menschen realisierbar ist) ein außerordentlich hohes Risiko schwerster Fehl- und Missbildungen sowie stark eingeschränkter Lebenserwartung für den geklonten Menschen beinhaltet.

¹⁵³ Ausdrücklich für eine Berücksichtigung des Wohls der durch fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen gezeugten Kinder vgl. OLG München, NZFam 2017, 957 (959 f.).

5.6 Fortpflanzungsmedizin und Gleichheitsgebote

Zu den verfassungsrechtlich relevanten Aspekten der Fortpflanzungsthematik gehört nicht allein der Aspekt grundrechtlich geschützter Freiheit, sondern auch die grundrechtlich geschützte Gleichheit. In den Blick zu nehmen sind neben dem allgemeinen Gleichheitssatz des Grundgesetzes (Art. 3 Abs. 1 GG) auch die speziellen Gleichheitssätze und Diskriminierungsverbote (dazu Kap. 5.7).

Das Grundgesetz gewährt in Art. 3 Abs. 1 GG nicht nur die Rechtsanwendungs-, sondern auch die Rechtssetzungsgleichheit. Sie richtet sich an den Gesetzgeber. Mit anderen Worten wird neben der Gleichheit *vor* dem Gesetz auch die Gleichheit *durch* das Gesetz geschützt. Das Bundesverfassungsgericht legt das allgemeine Gleichheitsgebot des Art. 3 Abs. 1 GG in ständiger Rechtsprechung dahingehend aus, dass der Gesetzgeber „Gleiches gleich und Ungleiches entsprechend seiner Eigenart ungleich zu behandeln“ hat.¹⁵⁴ Der nähere Aussagegehalt dieser Formel, die eine Symmetrie zwischen Gleich- und Ungleichbehandlungsverbot nahelegt, ist in der Literatur seit Langem umstritten. Manche Autoren gehen vom Vorrang des Ungleichbehandlungsverbots bzw. (positiv formuliert) des Gleichbehandlungsgebots aus.¹⁵⁵ Andere halten dem entgegen, dass „Gleichbehandlungen ebenso – und vor allem aus den gleichen Gründen – problematisch sein können wie Ungleichbehandlungen“.¹⁵⁶ Unstrittig dürfte auf jeden Fall sein, dass verfassungsrechtliche Gleichheit keineswegs immer die Gleich*behandlung* der Betroffenen verlangt, sondern oftmals gerade eine Ungleich- bzw. Verschiedenbehandlung.

Zum allgemeinen Konsens im Umgang mit dem Gleichheitssatz gehört die hohe Wertungsabhängigkeit, die seine Anwendung prägt. Wertungen müssen auf jeder Anwendungsstufe getroffen werden.¹⁵⁷ Denn Gleichheit ist, wie Gustav Radbruch pointiert formuliert hat, „immer nur Abstraktion von gegebener Ungleichheit unter einem bestimmten Gesichtspunkte.“¹⁵⁸ Schon bei der Frage, in welcher Hinsicht zwei Sachverhalte rechtlich verglichen werden, müssen die wertungsbedingten Zwecke der zu beurteilenden staatlichen Maßnahme einfließen; besonders stark abhängig von Wertungen ist aber die für die Rechtfertigung der Maßnahme entscheidende Folgefrage, ob die verglichenen Sachverhalte unter dieser Hinsicht nun „wesentlich“ oder „wesensmäßig“¹⁵⁹ gleich bzw. verschieden sind und dementsprechend entweder gleich oder eben verschieden zu behandeln sind. Wenngleich sich in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein gestuftes Regime der Rechtfertigungsanforderungen für Ungleichbehandlungen herausgebildet hat, behält der Gesetzgeber besonders in Bereichen, die der Generalisierung und Typisierung bedürfen, einen erheblichen Wertungsspielraum.¹⁶⁰

Im Kontext der Fortpflanzungsmedizin kann sich dies etwa bei der gesetzlichen Fixierung von Altersgrenzen zeigen.¹⁶¹ Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen manche Behandlungsmethoden bevorzugt für bestimmte Altersgruppen zur Verfügung stehen. Beispielsweise knüpft § 27a Abs. 3 Satz 1 SGB V die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwanger-

¹⁵⁴ Hier BVerfGE 42, 64 (72).

¹⁵⁵ Vgl. Podlech (1971), S. 56 f.; Alexy (1985), S. 372 f.

¹⁵⁶ Huster (1993), S. 230.

¹⁵⁷ Vgl. Heun (2013), Art. 3 Rn. 25; zu den Prüfungsschritten allgemein Dreier (2013b), Vorb. Rn. 151.

¹⁵⁸ Radbruch (1973), § 4 (S. 122).

¹⁵⁹ Vgl. Hufen (2017), § 39 Rn. 5.

¹⁶⁰ Zu den Rechtfertigungsanforderungen des Art. 3 Abs. 1 GG im Einzelnen statt vieler vgl. Heun (2013), Art. 3 Rn. 22 f., 26 ff. (Rn. 34 zur „Typisierungskompetenz“ des Gesetzgebers).

¹⁶¹ Zur Frage von Altersgrenzen bei der Anwendung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen vgl. Büchler & Parizer (2017); Dorneck (2018), S. 88 ff.

schaft daran, dass die Versicherten, die eine solche Leistung beanspruchen, bestimmte Altersgrenzen nicht unter- bzw. überschritten haben. Bei der Festsetzung der Altersgrenzen wollte der Gesetzgeber medizinischen Gesichtspunkten (Fertilität der Frau) ebenso Rechnung tragen wie dem „künftigen Wohl“ des erhofften Kindes (Alter seiner Eltern).¹⁶² Dabei ist zu bedenken, dass eine solche Differenzierung nach Altersgruppen als Fall personenbezogener Ungleichbehandlung eine höhere Begründungslast tragen muss¹⁶³ als etwa eine rein sachbezogene Ungleichbehandlung; die Rechtfertigungsanforderungen steigen zudem infolge der gleichzeitigen Betroffenheit eines Freiheitsgrundrechts, namentlich der Fortpflanzungsfreiheit (siehe Kap. 5.2), an. In jedem Fall bleibt die Frage der richtigen Bestimmung konkreter Altersgrenzen schwierig, bei deren Beantwortung unter anderem der Aspekt der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung zu berücksichtigen ist.

5.7 Diskriminierungsverbote im Bereich der Fortpflanzungsmedizin

Eine deutlich stärkere Bindung trifft den Gesetzgeber dort, wo ihm das Grundgesetz bestimmte Differenzierungen ausdrücklich untersagt. Eine Ungleichbehandlung steht dann unter besonderem Rechtfertigungsdruck. Dahingehende Vorgaben enthalten die sogenannten besonderen Gleichheitssätze, beispielsweise die in Art. 3 Abs. 2 und 3 GG normierten. Jede *unmittelbare* gesetzgeberische Anknüpfung an die jeweils verbotenen Unterscheidungsmerkmale (etwa das Geschlecht in Art. 3 Abs. 2 GG) ist nur unter strengsten

Voraussetzungen zulässig.¹⁶⁴ Doch auch bloß *mittelbare* Ungleichbehandlungen, also solche, die ohne gezielte Anknüpfung an ein verbotenes Merkmal gleichwohl faktisch eine einschlägige Ungleichbehandlung bewirken, müssen zumindest den Anforderungen des Verhältnismäßigkeitsprinzips genügen.¹⁶⁵ Relevanz für die Gesetzgebung im Gebiet der Fortpflanzungsmedizin entfalten vor allem die Diskriminierungsverbote in Art. 6 Abs. 1 (Ehe und/oder Familie; dazu a)), in Art. 3 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 Var. 1 (Geschlecht: b)) sowie in Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG (Behinderung: c)).

Verbot der Diskriminierung wegen der Familienform

Nach im Vordringen befindlicher Ansicht ist Art. 6 Abs. 1 GG ein „intra-institutionelles Diskriminierungsverbot“ zu entnehmen, demzufolge der Staat einzelne Familienformen (ehelich oder nichtehelich, kinderreich oder kinderarm etc.) anderen gegenüber nicht benachteiligen darf.¹⁶⁶ Dem müssen Gesetze der hier untersuchten Regelungsmaterie dadurch Rechnung tragen, dass sie sich bei der Regulierung der Fortpflanzungsfreiheit (siehe Kap. 5.2) möglichst neutral gegenüber den verschiedenen Ausgestaltungsformen einer Familie verhalten. Der Gesetzgeber darf nicht etwa deshalb ein Familienbild zum fortpflanzungsrechtlichen Leitmodell erklären, weil ihm der überwiegende Teil der Bevölkerung faktisch anhängt.

Problematisch erscheint insofern die Rechtslage bei den Leistungen für assistierte Befruchtung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn § 27a Abs. 1

¹⁶² BT-Drucksache 15/1525, S. 83; vgl. zum Topos des „Kindeswohls“ bereits Kap. 5.5.

¹⁶³ BVerfGE 88, 87 (96) zu einer ungerechtfertigten altersbezogenen Ungleichbehandlung. – Die Regelung in § 27a Abs. 3 Satz 1 SGB V betrachten als verfassungsrechtlich gerechtfertigt: BSG, Urteil v. 24.5.2007 – B 1 KR 10/06 R = FamRZ 2007, 1881; Urteil v. 3.3.2009 B 1 KR 12/08 R = NJW 2010, 1020; BayLSG, Urteil v. 26.7.2017 – L 4 KR 586/15, juris, Rz. 34 ff.

¹⁶⁴ In Betracht kommt vor allem kollidierendes Verfassungsrecht, vgl. etwa BVerfGE 92, 91 (109).

¹⁶⁵ Mit Fundstellen aus der Judikatur Jarass (2016a), Art. 3 Rn. 87, 96, 135; obgleich nicht gänzlich unumstritten, wird man den Schutz gegen mittelbare Diskriminierung zumindest für die hier interessierenden Merkmale (Geschlecht und Behinderung) in den Gewährleistungsgehalt des Art. 3 GG einbeziehen können, vgl. Langenfeld (2015), Art. 3 Abs. 3 Rn. 38.

¹⁶⁶ Zu diesem Ansatz Brosius-Gersdorf (2013), Art. 6 Rn. 143. Andere Autoren kommen über Art. 3 Abs. 1 GG zu entsprechenden Ergebnissen.

Nr. 3 SGB V beschränkt den Kreis der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in gleichheitswidriger Weise auf Ehepaare.¹⁶⁷ Dieser Missstand wird nicht etwa dadurch behoben, dass die Praxis gemäß der für die Gewährung solcher Zuwendungen maßgeblichen Richtlinie des zuständigen Bundesministeriums¹⁶⁸ (in Ziffer 4 Satz 1 Nr. 2) nichteheliche Lebensgemeinschaften den Ehepaaren grundsätzlich gleichstellt. Denn diese Praxis steht, wie auch die besagte Richtlinie, ersichtlich im Widerspruch zur gesetzlichen Regelung. Schon deshalb ist eine Gesetzesänderung vonnöten.

Überdies verursacht die Praxis selbst neue Gleichbehandlungsprobleme. So gewährt die erwähnte Richtlinie gemäß Ziffer 6 Abs. 3 *verheirateten* Paaren (lit. a) einen größeren Zuschuss als Paaren, „die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben“ (lit. b), worin (nach wie vor) ein Verstoß gegen das intra-institutionelle Diskriminierungsverbot aus Art. 6 Abs. 1 GG zu sehen ist. Weiterhin schließt die Richtlinie gleichgeschlechtliche Paare ohne Rechtfertigung von den Versicherungsleistungen aus, indem sie in Ziffer 4 Satz 2 die „nichteheliche Lebensgemeinschaft“ als Partnerschaft „zwischen Mann und Frau“ definiert. Darin liegt aber eine Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung.¹⁶⁹ Die nach alledem dringend erforderliche gesetzgeberische Lösung wird bei der Neugestaltung der Leistungsvergabe insbesondere diese Gesichtspunkte berücksichtigen müssen.

Verbot der Geschlechterdiskriminierung

Die Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin wirft weiterhin typischerweise Rechtsfragen im Zusammenhang mit dem Verbot der Geschlechterdiskriminierung aus Art. 3 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 Var. 1

GG auf. So knüpft das geltende Recht den Ausschluss bestimmter Methoden der Reproduktionsmedizin an geschlechtsspezifische Merkmale. Als Folge davon steht zur Überwindung weiblicher Infertilität ein geringeres Spektrum an Möglichkeiten zur Verfügung als zur Überwindung männlicher. Beispielsweise stellt das ESchG die sogenannte gespaltene Mutterschaft¹⁷⁰ gegenüber der sogenannten gespaltenen Vaterschaft schlechter, indem es sie bei Strafe verbietet (vgl. § 1 Nr. 1, 2, 6, 7 ESchG).

Argumente zur Rechtfertigung solcher Verbote beziehen sich nicht selten auf die besondere Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind, die der Vater-Kind-Beziehung gerade auch in ihrer psychologischen Intensität wesensmäßig ungleichartig sei.¹⁷¹ Bei der Verallgemeinerung solcher inneren, subjektiven Phänomene und ihrer wertungsmäßigen Aufladung ist freilich Vorsicht geboten. Unter dem objektivierenden verfassungsrechtlichen Blickwinkel der Gleichberechtigung von Mann und Frau gemäß Art. 3 Abs. 2 Satz 1 GG, hier in Ausübung ihrer reproduktiven Selbstbestimmung, ist die Verschiedenbehandlung jedenfalls sehr problematisch.¹⁷²

Verbot der Diskriminierung wegen Behinderungen

Weiterhin betreffen zahlreiche Rechtsfragen aus dem hier betrachteten Lebensbereich den Schutz von Menschen mit Behinderung. Gemäß Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG darf niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Hier stellt sich etwa die Frage, ob Infertilität eine Form der Behinderung darstellt. Das wird je nach Konstellation nicht auszuschließen sein, zumal dieser umstrittene Rechtsbe-

¹⁶⁷ Überzeugende Kritik hieran übt Brosius-Gersdorf (2010), S. 467 ff.

¹⁶⁸ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012).

¹⁶⁹ Vgl. zu diesem gleichheitsrechtlichen Gehalt BVerfGE 124, 199 (219 f.) mit berechtigtem Hinweis unter anderem auf Art. 21 Abs. 1 GRCh („sexuelle Ausrichtung“).

¹⁷⁰ Als solche wird die Konstellation beschrieben, in der die austragende Mutter (z. B. aufgrund einer Übertragung fremder Eizellen) nicht zugleich die genetische Mutter ist, vgl. Lipp (2015) Kap. VIII, Rn. 25.

¹⁷¹ Vgl. Günther (2014), B. V. Rn. 90.

¹⁷² Vgl. Coester-Waltjen (2002), 191 ff., insbesondere 193 ff.; Schumann (2012), S. 186 f.

griff weite Konturen aufweist. Als „Behinderung“ beschreibt er jede „Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht“.¹⁷³ Die ähnliche einfachgesetzliche Begriffsbestimmung in § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX führt dazu, dass zumindest im Sozialversicherungsrecht eine Körperbehinderung „regelmäßig ein Unterfall einer Krankheit“ ist.¹⁷⁴

Betrachtet man Infertilität im Lichte des § 27a SGB V überdies als Krankheit,¹⁷⁵ dürfte sie in vielen Fällen zugleich eine Behinderung darstellen. Die Zuordnung zum verfassungsrechtlichen Behinderungsbegriff einmal vorausgesetzt, ergäben sich daraus zwar keine originären Leistungsansprüche, wie etwa auf Bereitstellung konkreter Maßnahmen fortpflanzungsmedizinischer Art.¹⁷⁶ In Betracht kommt aber eine Aktivierung des staatlichen Förderauftrags zugunsten von Menschen mit Behinderung.¹⁷⁷ Er könnte unter anderem dadurch erfüllt werden, dass faktische Barrieren beim Zugang zu reproduktionsmedizinischen Verfahren eingedämmt würden.

173 BVerfGE 96, 288 (301) unter Übernahme des mittlerweile außer Kraft getretenen § 3 Abs. 1 Satz 1 SchwbG (zur jetzt gültigen Vorschrift des SGB IX siehe weiter im Text).

174 Ulmer (2016), Rn. 8.

175 Vgl. Brosius-Gersdorf (2010), S. 468 f.; Huster (2009) S. 1715; siehe auch Kap. 8.2.

176 Vgl. Heun (2013), Rn. 139.

177 Vgl. hierzu Sachs (2011), S. 1783 ff.

6 Fortpflanzungsmedizin: Praxis und Regulierungsbedarf

6.1 Einleitung

Techniken der modernen Fortpflanzungsmedizin können Personen mit unerfülltem Kinderwunsch zu Nachwuchs verhelfen. Traditionell geht es um Abhilfe in Fällen medizinischer Infertilität. Hinzugekommen ist medizinische Hilfe in Konstellationen, in denen die sexuelle Orientierung oder Lebensweise der Person es ihr nicht ermöglicht, mit einem Partner oder einer Partnerin ein Kind zu zeugen (homosexuelle oder alleinstehende Personen, sogenannte soziale Infertilität).

Maßnahmen der Reproduktionsmedizin sind die Methoden der In-vitro-Fertilisation (IVF), ggf. in Kombination mit der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI). Darüber hinaus kommen in der Reproduktionsmedizin operative und hormonelle Verfahren sowie die Insemination, im Ausland auch die Eizellspende und Leihmutterchaft zur Anwendung.

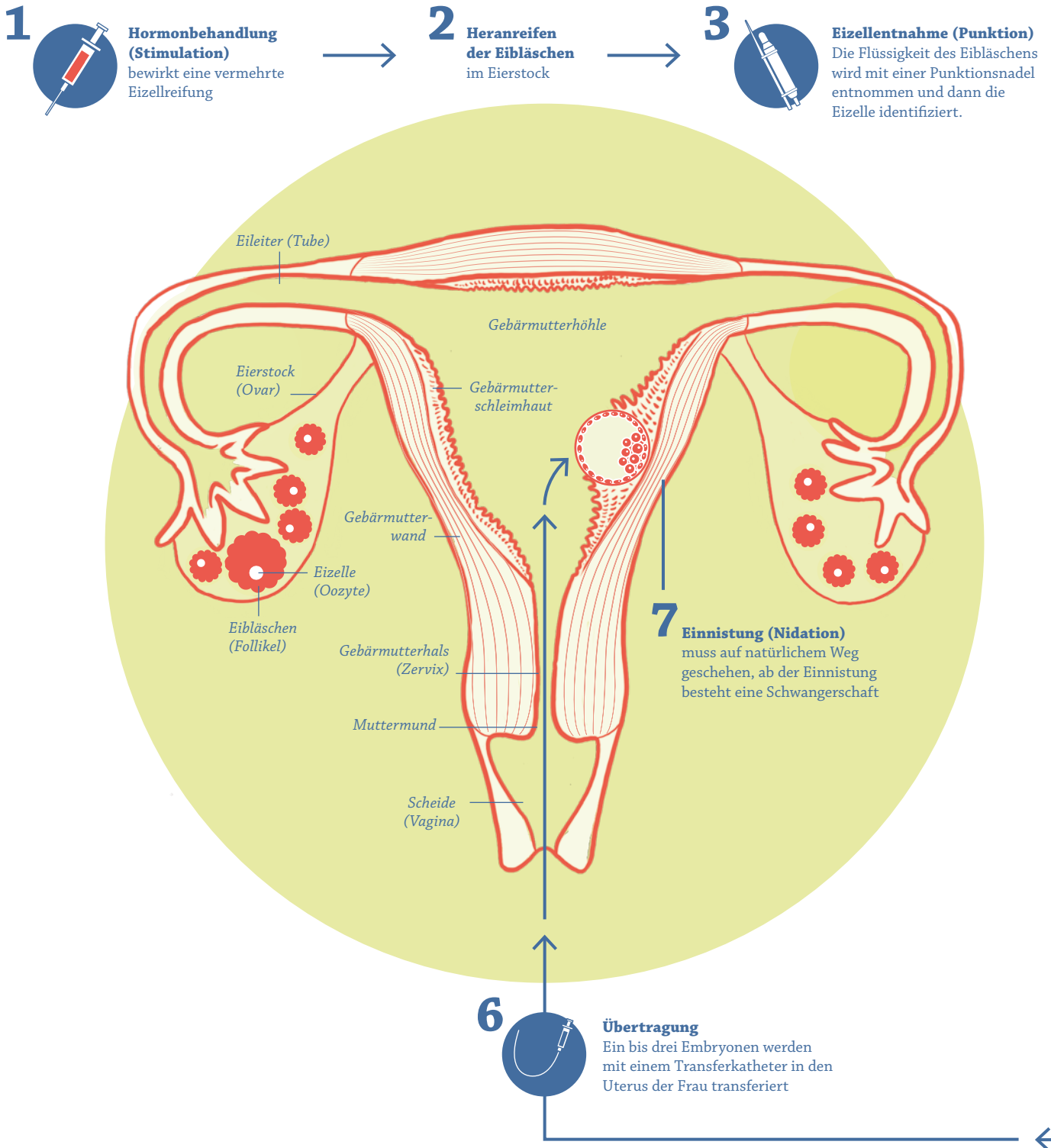
Im Folgenden werden die medizinischen und rechtlichen Grundlagen, die Probleme und möglichen Lösungsansätze zu zentralen Anwendungsfeldern der modernen Reproduktionsmedizin dargestellt. Unabhängig von den konkreten Handlungsempfehlungen sollten gesetzliche Regelungen der Fortpflanzungsmedizin in jedem Fall von den folgenden Grundgedanken getragen sein:

- Die Familienbildung sollte erleichtert und gefördert werden; dazu zählen auch reproduktionsmedizinische Maßnahmen.
- In die vom Grundgesetz gewährleistete Fortpflanzungsfreiheit darf nur zum Schutz anderer Grundrechte oder sonstiger Verfassungsgüter eingegriffen werden.
- Das Wohl und die Rechte des zukünftigen Kindes müssen maßgeblich berücksichtigt werden.
- Bei der Familienbildung mithilfe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, insbesondere bei der Verwendung von Keimzellen Dritter, muss eine verbindliche Eltern-Kind-Zuordnung gewährleistet sein.
- Eine Diskriminierung von Personen aufgrund ihres partnerschaftlichen Status oder ihrer sexuellen Orientierung ist zu vermeiden.
- Sozialer Ungleichheit beim Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und einer Ausnutzung sozialer Notlagen ist entgegenzuwirken.
- Die Fortpflanzungsmedizinerinnen und -mediziner in Deutschland sollten nicht durch die einschlägigen Rechtsvorschriften daran gehindert werden, Behandlungen nach dem internationalen Stand der Wissenschaft durchzuführen.
- Ein Fortpflanzungsmedizingesetz bedarf wie andere rechtliche Bestimmungen, die in besonderem Maße von medizinischen Neuerungen und gesellschaftlichen Wandlungen abhängig sind, generell einer regelmäßigen Überprüfung.

Fortpflanzungsmedizinische Verfahren

Zu den fortpflanzungsmedizinischen Verfahren zählen die **Insemination** (siehe rechts oben), die **In-vitro-Fertilisation (IVF)** und die **Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)**

Behandlung im Körper der Frau





Insemination

Als Insemination wird jede Übertragung des männlichen Samens in den Genitaltrakt der Frau bezeichnet, die nicht über den Weg des sexuellen Verkehrs erfolgt. Ziel ist die Befruchtung einer Eizelle, die im Körper der Frau heranreift.

Behandlung außerhalb des Körpers der Frau

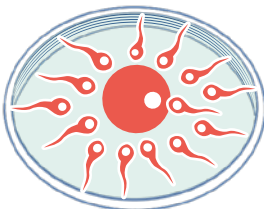
Unbefruchtete
Eizelle

4

Befruchtung außerhalb
des Körpers

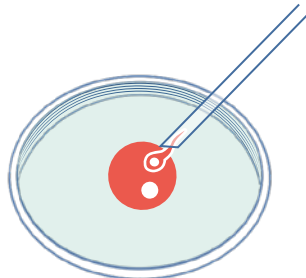
IVF

Die Eizellen werden mit den
Spermazellen zusammengebracht.
Wie bei der natürlichen Befruchtung
sucht sich eine Samenzelle den Weg in
die Eizelle.



ICSI

Mit Hilfe einer Mikronadel wird
ein ausgewähltes Spermium in eine
Eizelle injiziert.



Vorkernstadium

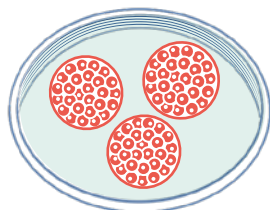
5

Kultivierung

Es verbleibt eine Anzahl von Vorkern-
stadien in Kultur, damit sie sich zu
Embryonen entwickeln können (ca. 2-5 Tage)



Embryo



Kryokonservierung

Tiefgefrieren von Keimzellen
und Embryonen in flüssigem
Stickstoff bei etwa -200°C

Unbefruchtete
Eizellen und Spermien
können konserviert
werden

Vorkernstadien können
konserviert werden

Eventuell überzählige
Embryonen können für
eine spätere Verwendung
konserviert werden

6.2 IVF und ICSI

6.2.1 Medizinische Grundlagen

Für eine In-vitro-Fertilisation wird eine Kinderwunschpatientin mit Hormonen behandelt, damit mehrere Eibläschen (Follikel im Eierstock) heranreifen. Um eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für die Geburt eines Kindes zu erreichen, wird versucht, mit der hormonellen Stimulation das Heranreifen von 10 bis 15 Eizellen zu bewirken. Die Stimulation der Eizellen dauert etwa 10–12 Tage. Die reifenden Follikel werden mithilfe von Ultraschallaufnahmen vermessen und bei ausreichender Größe etwa 36 Stunden nach medikamentöser Induktion des Eisprungs unter Ultraschallkontrolle durch die Scheide der Frau punktiert. Die Eizellen werden in der Punktionsflüssigkeit identifiziert, isoliert und in Kulturflüssigkeit aufgenommen.

Alle als reif eingestuft Eizellen werden dann mit den Spermazellen des Mannes unter Laborbedingungen zusammengebracht. Es verbleibt eine vorher individuell festzulegende Anzahl von Vorkernstadien in Kultur, damit sie sich zu Embryonen entwickeln können. Sind darüber hinaus Vorkernstadien vorhanden, werden diese (am Tag 1 nach der Punktion) kryokonserviert, also in flüssigem Stickstoff eingefroren. Entwicklungsfähige Embryonen werden am Tag 2, 3 oder 5¹⁷⁸, in Ausnahmen am Tag 6, mit einem Transferkatheter in den Uterus der Mutter transferiert.

Bei der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) wird ein Spermium mithilfe einer Mikronadel in die Eizelle injiziert. Der Ablauf der vorbereitenden Verfahren bei der Frau – die Hormonbehandlung und Eizellpunktion – ist mit der IVF-Methode identisch.

IVF und ICSI kommen zum Tragen, wenn operative oder hormonelle Methoden, ggf. in Kombination mit Insemination, nicht zum Erfolg geführt haben oder wenn von vornherein eine eindeutige Indikation zur Durchführung von IVF- und/oder ICSI-Behandlung besteht. Die IVF kommt insbesondere in Betracht bei nicht (weiter) therapierbaren Eileiterstörungen, männlichen Fertilitätsstörungen, schweren Formen der Endometriose sowie beim Vorliegen einer Infertilität, deren Ursachen nicht geklärt werden können (idiopathische Infertilität). Darüber hinaus wird IVF von Personen in Anspruch genommen, die sich aufgrund ihres Alters mit sinkender Fruchtbarkeit konfrontiert sehen. Hinzu kommen die Fälle sogenannter sozialer Infertilität, also einer Familiengründung bei lesbischen Paaren oder alleinstehenden Frauen. Die ICSI-Methode ist indiziert bei schweren Formen der männlichen Fertilitätsstörungen, dem Ausbleiben einer Befruchtung bei normalem IVF-Verfahren sowie dem Nichtvorhandensein von Spermien im Ejakulat (Azoospermie). Im letzteren Fall werden hierfür operativ gewonnene Spermien aus dem Hoden oder Nebenhoden verwendet.

Zur generellen Beurteilung des Therapieerfolgs einer In-vitro-Fertilisation sollte man berücksichtigen, dass die natürliche Schwangerschaftswahrscheinlichkeit bei ungeschütztem Sexualverkehr in den ersten drei Monaten etwa 28 % pro Zyklus beträgt. Im Vergleich dazu kann die Therapie des Kinderwunsches mittels In-vitro-Fertilisation als erfolgreiches Verfahren angesehen werden, denn es wird heute eine Schwangerschaftsrate von etwa 30 % pro Behandlungsversuch und eine Lebendgeburtenrate von ca. 20 % erzielt, jeweils in Abhängigkeit vom Alter der Frau (Abbildung 3).

¹⁷⁸ Die Embryonen am Tag 2, 3 und 5 haben eine klare Struktur zur Einschätzung ihrer morphologischen Qualität. Am Tag 4 liegt das Morula-Stadium vor, bei dem die Zellgrenzen der Blastomeren bereits engen Kontakt aufgenommen haben und daher nicht gut einzuschätzen sind. Am Tag 5 liegt eine Blastozyste mit Embryoblast und Trophoblast vor, sodass hier eine genaue Einschätzung möglich ist.

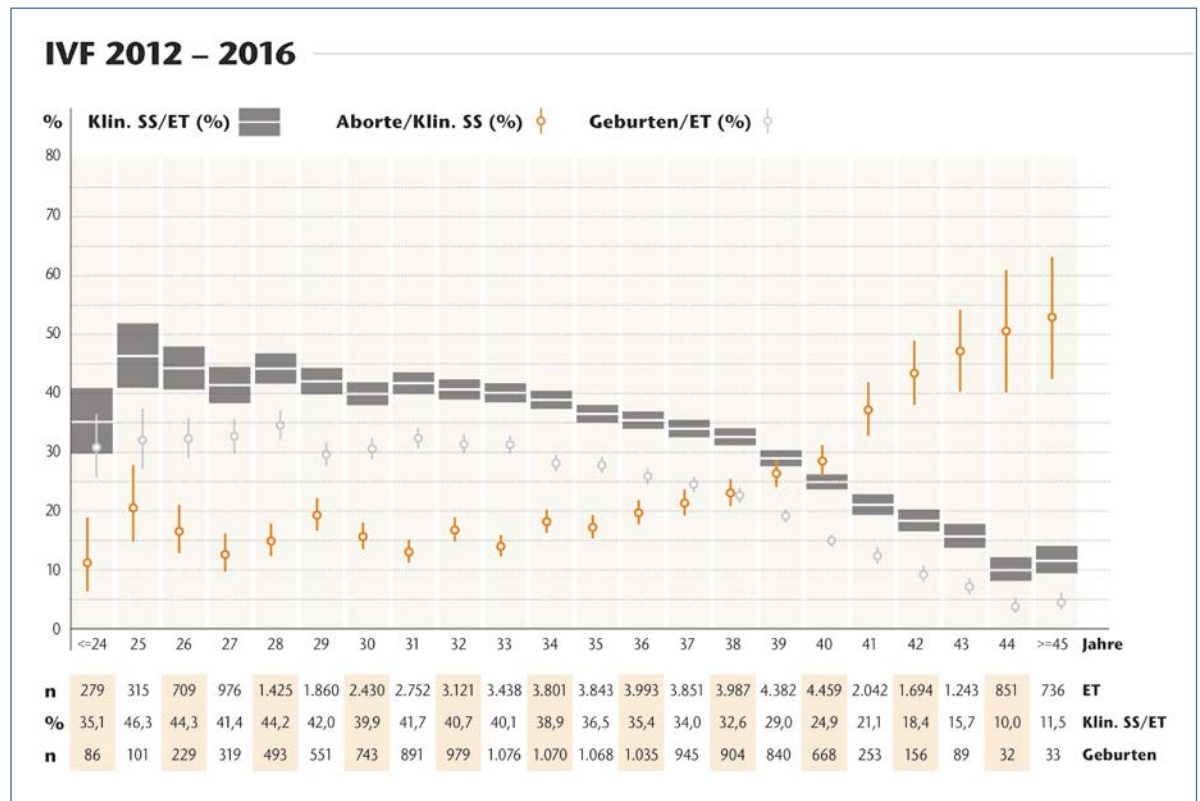


Abbildung 3: Schwangerschaftsraten und -verläufe in Abhängigkeit vom Alter der Frau bei Anwendung der In-vitro-Fertilisation (IVF). Daten der Jahre 2012 bis 2016. Klin. SS = klinisch festgestellte Schwangerschaften; ET = Embryotransfer

Quelle: Deutsches IVF-Register (2018b)¹⁷⁹

Hintergrund der begrenzten embryonalen Entwicklungsrate menschlicher Embryonen in den frühesten Stadien sowohl *in vivo* als auch *in vitro* sind reproduktionsbiologische pathologische Abweichungen. Eine Vielzahl von Eizellen enthält einen ungleichmäßigen Chromosomensatz (Aneuploidie), der in der Regel nicht mit einer Schwangerschaft vereinbar ist. Infolgedessen sind die entstehenden Furchungsstadien und Blastozysten ebenfalls aneuploid. Embryonen am Tag 2 oder 3 nach Eizellgewinnung (Furchungsstadien oder Morula-Stadien) verfügen nur in 22% der Fälle über einen normalen Chromosomensatz (euploid).¹⁸⁰ Auch aus anderen Gründen kann es zu einer ausbleibenden Weiterentwicklung (Arretierung der Entwicklung) kommen. Folglich wird das Blastozystenstadium (Tag-5-Embryonen) nur von 41

bis 56% erreicht.¹⁸¹ Selbst in diesem Stadium sind nur 45% der Blastozysten euploid und damit in der Lage, sich weiterzuentwickeln.¹⁸² Das Problem besteht also darin, dass viele Embryonen in der weiteren Kultur (z. B. bis zum Blastozystenstadium) oder im Verlauf der Schwangerschaft absterben. Insbesondere bei höherem Alter der Frau (siehe Abbildung 3) weist die Mehrzahl der Embryonen einen ungleichmäßigen Chromosomensatz auf (Aneuploidie).

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass bei der In-vitro-Fertilisation die Entwicklung des menschlichen Lebens in den ersten 3–5 Tagen außerhalb des Körpers stattfindet. Dadurch sind Möglichkeiten der Beeinträchtigung einer natürlichen Entwicklung vorhanden: Die Eizelle wird durch relativ hohe Gaben der Hormone FSH und LH stimuliert, die Spermien finden nicht den normalen Weg über Gebärmutterhals und

¹⁷⁹ Für Schwangerschafts-, Abort- und Geburtenraten wurde ein Konfidenzintervall mit 95%iger Wahrscheinlichkeit verwendet.

¹⁸⁰ Vgl. Harper et al. (2014).

¹⁸¹ Vgl. Guerif et al. (2007).

¹⁸² Vgl. Harper et al. (2014).

Vorkernstadium und Embryo

Vor der Vereinigung des mütterlichen und des väterlichen Chromosomensatzes zu einem neuen diploiden Genom erfolgt die Vorkernbildung. Der männliche Vorkern entsteht aus dem Zellkern der Samenzelle, die in die Eizelle eingedrungen ist. Der weibliche Vorkern entsteht aus dem Zellkern der Eizelle. Dieses Stadium der Befruchtungskaskade nennt man Vorkernstadium oder auch Pronukleusstadium. Die Kernmembranen beider Vorkerne lösen sich auf, wie elektronenmikroskopisch nachgewiesen. Danach beginnt die DNA-Replikation, und die homologe Chromosomenpaarung wird vorbereitet. Schließlich folgt die Aktivierung der Oozytenspindel für die erste Zellteilung.

Nach neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen finden sich bei der Maus zwei Oozytenspindeln. Diese sind parallel ausgerichtet, wie man mit hochauflösender Lightsheet-Mikroskopie erkennt. Die mütterlichen und väterlichen Chromosomen werden durch diese Spindelanordnung während der ersten Zellteilung noch auseinandergehalten. Erst im 2-Zell-Stadium ist die Bildung des individuellen diploiden Genoms abgeschlossen. Die Trennung der mütterlichen und väterlichen Chromosomen ist auch bei anderen Säugetieren nachzuweisen. Falls dies auch beim Menschen zutrifft, kann erst der Abschluss der Zellteilung der befruchteten Eizelle zu einem Zweizeller als morphologisch sichtbarer Beginn eines Embryos angesehen werden. Dann wäre auch die Formulierung des § 8 ESchG: „als Embryo [...] gilt bereits die befruchtete, entwicklungsfähige menschliche Eizelle“ embryologisch nicht zutreffend, liegt vielmehr das komplette entwicklungsfähige diploide Genom erst im Zweizeller vor.¹⁸³

Gebärmutterschleimhaut, die Befruchtung des Embryos findet nicht im Eileiter statt, sondern in einem künstlichen Kulturmedium, eine Selektion der Spermien und der Eizellen sowie der Embryonen wird durch den Menschen und nicht durch natürliche Vorgänge vorgenommen.¹⁸⁴

Schließlich können durch diese veränderten Mechanismen auch die genetischen und epigenetischen Steuerungen verändert werden.¹⁸⁵ Des Weiteren findet bei

der Kryokonservierung von Samenzellen, Eizellen und Embryonen eine künstliche Verlangsamung bzw. ein Stillstand von Stoffwechselfvorgängen statt, deren langfristiger Einfluss unklar ist.¹⁸⁶ Trotz dieser Unsicherheiten wurde die Untersuchung der Gesundheit der Kinder nach IVF lange vernachlässigt. So erschienen erst Ende der 1980er Jahre, also zehn Jahre nach der Geburt des ersten Kindes nach einer IVF-Therapie, erste Studien; Studien mit größeren Kohorten gibt es erst seit Mitte der 1990er Jahre. Es besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf (siehe Kap. 8.1 und 8.3).

Bereits nachgewiesen wurde, dass vergrößerten mit spontan konzipierten Schwangerschaften in Schwangerschaften nach IVF und ICSI etwas häufiger Schwangerschaftskomplikationen wie Bluthochdruck, Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit oder ein für das Schwangerschaftsalter zu

¹⁸³ Vgl. Reichmann (2018); Zielinska & Schuh (2018); vgl. auch bereits Beier (1992); Beier (1998a).

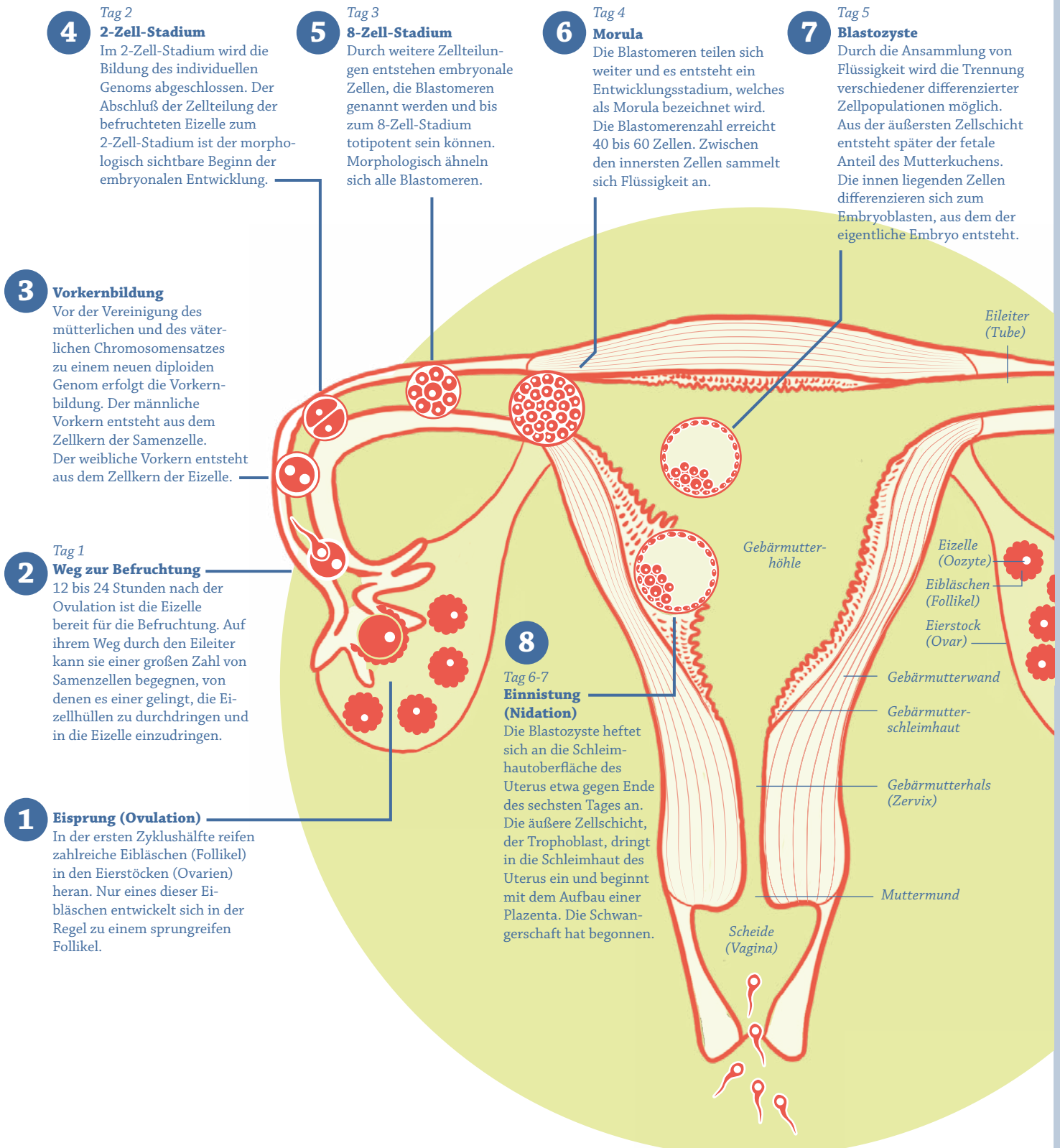
¹⁸⁴ Vgl. Hanevik et al. (2016); Kamphuis et al. (2014).

¹⁸⁵ Unter Epigenetik versteht man die biochemischen Aktivitäten der Chromosomen. Die DNA-Sequenz wird dabei nicht verändert, aber das „Ableseverhalten“ der Chromosomen (Veränderung der DNA-Methylierung) ist individuell. Grundsätzlich kann durch die Kultur der Embryonen die DNA-Methylierung verändert werden (vgl. Lazaraviciute et al. (2014); Huntriss et al. (2018)). Auf dieser Grundlage können Krankheitsbilder (*imprinting disorders*) wie das Beckwith-Wiedemann-Syndrom (vgl. Vermeiden et al. (2013)), das Angelman-Syndrom und das Prader-Willi-Syndrom entstehen. Übersichtsarbeiten (Sutcliffe et al. (2006)) legen nahe, dass die Kulturbedingungen zu einer größeren Häufigkeit dieser Syndrome führen können, wobei es sich allerdings um sehr seltene Erkrankungen handelt (Prävalenz etwa 1/10.000).

¹⁸⁶ Vgl. Kopeika et al. (2015).

Wie aus einer befruchteten Eizelle ein Embryo entsteht

Vom Beginn der Befruchtung bis zur Einnistung in die Gebärmutter vergehen ungefähr 6 bis 7 Tage



kleines Kind (Wachstumsrestriktionen) auftreten.¹⁸⁷ Studien deuten darauf hin, dass hierfür die eingeschränkte Fertilität der Eltern ein erheblicher Faktor ist. So könnten die zugrundeliegenden Implantationsprobleme, die schon das Eintreten einer Schwangerschaft erschweren, auch zu den genannten Problemen während der Schwangerschaft führen.¹⁸⁸ Die hormonelle Stimulation scheint ein weiterer Einflussfaktor zu sein.¹⁸⁹

In Nachuntersuchungen weisen Kinder nach IVF und ICSI eine leicht erhöhte Rate an Fehlbildungen (morphologische Auffälligkeiten) auf,¹⁹⁰ wobei nicht klar ist, ob die Gründe hierfür in der eingeschränkten Fertilität der Eltern oder in dem Verfahren selbst, der Stimulation oder dem Kulturmedium liegen. Mit Blick auf die ICSI-Methode gibt es Anzeichen, dass diese für einen Teil der Auffälligkeiten verantwortlich sein könnte.¹⁹¹

Wenige Studien haben Hinweise auf Spätfolgen assistierter Reproduktion gefunden. So gibt es Hinweise, wenn auch auf schmaler empirischer Grundlage, dass bei den nach IVF und ICSI gezeugten Kindern unter anderem vermehrt Hypertonus, Diabetes, Krebserkrankungen, neurologische Auffälligkeiten (wie Autismus, Epilepsie oder ADHS) und bei den mit ICSI gezeugten Kindern vermehrt Einschränkungen der Samenqualität auftreten.¹⁹²

Verschiedene Studien¹⁹³ sowie eine kürzlich publizierte Metaanalyse bisher publizierter Daten wiesen auch auf einen etwas höheren Blutdruck bei Kindern hin, die nach einer assistierten Reproduktion konzipiert und geboren worden sind.¹⁹⁴ Problematisch sahen die Autorinnen und Autoren der Metaanalyse aber vor allem die Heterogenität der Studien und die recht kleinen Studienkohorten. Bisher nicht publizierte Daten der sogenannten deutschen ICSI-Follow-up-Studie zeigen im mittleren Alter von 16 Jahren keinen Unterschied bezüglich des Blutdruck bei 272 Kindern, die nach ICSI konzipiert und geboren wurden, im Vergleich mit 273 spontan konzipierten Kindern.

Während die zitierten Arbeiten einen Schwerpunkt auf (mögliche) Besonderheiten nach IVF und ICSI legen, kann man im Umkehrschluss doch feststellen, dass sich die durch assistierende reproduktionsmedizinische Techniken (ART) gezeugten Kinder körperlich und mental zum allergrößten Teil normal entwickeln und keine messbaren Besonderheiten aufweisen.¹⁹⁵

Aus alledem folgt, dass eine sorgfältige Indikationsstellung und eine umfassende Aufklärung der betroffenen Paare notwendig sind, es aber keine durchschlagenden medizinischen Argumente gegen IVF/ICSI als solche gibt. Weitere begleitende Forschung auf möglichst breiter empirischer Grundlage, welche insbesondere auch längere Zeiträume umfasst, ist dennoch unerlässlich.

187 Vgl. Ludwig & Ludwig (2018); Helmerhorst et al. (2004); Pandey et al. (2012); Qin et al. (2016); Fauser et al. (2014); Messerlian et al. (2013).

188 Vgl. Goisis et al. (2019).

189 Vgl. Ludwig & Ludwig (2018); Messerlian et al. (2013).

190 Vgl. Davies et al. (2012). Das Risiko für Auffälligkeiten bei Kindern (Birth Defects) bei natürlicher Zeugung beträgt 5,8%. Bei IVF und ICSI ist dieses auf 8,3% erhöht. Vgl. auch Davies et al. (2017): Auffälligkeiten bei IVF 7,1%, bei ICSI 9,9% bei natürlicher Konzeption 5,7%. Vgl. außerdem Wen et al. (2012); Hansen et al. (2013); Källén et al. (2010a); Rimm et al. (2011).

191 Vgl. Davies et al. (2012); Davies et al. (2017).

192 Vgl. Scherrer et al. (2012); Svahn et al. (2015); Belva et al. (2016); Rumbold et al. (2017); Meister et al. (2018); Chen et al. (2014); Källén et al. (2010b).

193 Vgl. Meister et al. (2018).

194 Vgl. Guo et al. (2017).

195 Vgl. Middelburg et al. (2008); Wilson et al. (2011); Mains et al. (2010); Wagenaar et al. (2008); Belva et al. (2012); Ludwig & Ludwig (2018); Messerlian et al. (2013); Bonduelle et al. (2004); Kettner et al. (2015). Die neusten Studien zur normalen hormonellen Entwicklung von Mädchen nach ICSI und den Auffälligkeiten bei Jungen nach ICSI (beides Alter 18–22): Belva et al. (2017a), Belva et al. (2017b).

Zukünftige Studien müssen sich darauf konzentrieren, welche Ursache die beschriebenen Auffälligkeiten haben, ob tatsächlich die Verfahren selbst, die Kulturmedien¹⁹⁶ oder die Stimulationsmedikamente mitverantwortlich sind oder ob es doch im Wesentlichen die Subfertilität der betroffenen Paare ist, die über eine eingeschränkte Funktion der Gebärmutter-schleimhaut und der Gebärmutter zu einer fehlerhaften Bildung des Mutterkuchens mit konsekutiven Funktionseinschränkungen und so zu den Schwangerschaftskomplikationen führt.

Die In-vitro-Fertilisation und die ICSI-Methode werden in Deutschland gegenwärtig knapp 64.000 Mal im Jahr durchgeführt, zusätzlich knapp 27.000 Mal der Transfer von kryokonservierten Vorkernstadien/Embryonen.¹⁹⁷ Die Fallzahlen steigen zumindest für ICSI konstant. Laut den Daten des Deutschen IVF-Registers (D·I·R) wurde im Jahr 2017 bei ca. 73 % der Eizellbehandlungen ICSI durchgeführt.¹⁹⁸ Auch wenn in einigen Ländern der Anteil noch höher liegt, werden in Deutschland mehr ICSI-Verfahren durchgeführt als im europäischen Durchschnitt.¹⁹⁹ Die hohen Fallzahlen sind nicht auf klare Indikationen zurückzuführen. Laut D·I·R wurde ICSI im Jahr 2017 in 7,7 % der Fälle durchgeführt, ohne dass der Mann eine Indikation aufwies. In 52,7 % der Fälle lag ein eingeschränktes Spermiogramm vor und nur in 4,1 % der Fälle eine Azoospermie.²⁰⁰ Die Befruchtung mit der ICSI-Methode wird mitunter auch nur gewählt, um mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Embryotransfer zu erreichen, weil ansonsten bei negativer Befruchtung in diesem Zyklus kein Embryotransfer und damit keine Schwangerschaft möglich wäre. Allerdings ist die Geburtenrate durch die

ICSI-Methode bei nicht männlich bedingter Fertilitätsstörung nicht erhöht, sodass die gezielte Befruchtung einer Eizelle mit einer ausgewählten Samenzelle dann im Ergebnis keine Vorteile bringt, wenn die Ursache der Sterilität nicht beim Mann liegt.²⁰¹ Finanzielle Aspekte, insbesondere bei privater Bezahlung, können ebenfalls einen Anreiz liefern.

2003 kam es in Deutschland kurzzeitig zu einer deutlichen Zunahme der IVF/ICSI-Maßnahmen, 2004 gingen diese dann deutlich zurück – dies spiegelt die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes wider: Wurden bis Ende 2003 noch vier IVF-/ICSI-Versuche von den gesetzlichen Krankenkassen zu 100 % übernommen, so werden seit 2004 nur noch 50 % der Kosten für drei Versuche erstattet.

In Deutschland wurden im Jahre 2016 fast 3 % aller Kinder nach Befruchtung außerhalb des Körpers geboren. Dies entspricht 20.754 Kindern.²⁰² Nach Maßnahmen der assistierten Befruchtung kamen von 1997 bis 2016 in Deutschland 275.452 Kinder zur Welt.²⁰³ Weltweit sind bis einschließlich 2015 mehr als 6,5 Millionen Kinder nach IVF und IVF in Kombination mit ICSI geboren worden.²⁰⁴

6.2.2 Zielkonflikte der IVF

Bei Weitem nicht alle befruchteten Eizellen sind – wie oben dargestellt – entwicklungsfähig, viele sterben sowohl bei natürlicher Zeugung als auch bei In-vitro-Fertilisation außerhalb des Mutterleibs bereits nach wenigen Tagen wieder ab. Dies führt zu dem Risiko, dass im Rahmen einer IVF-Behandlung mehrere Behandlungszyklen durchgeführt werden müssen, die mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen für die Frau verbunden sein können.

196 Vgl. Zandstra et al. (2015); Sunde et al. (2016).

197 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

198 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

199 Vgl. De Geyter et al. (2018); Deutsches IVF-Register (2018a).

200 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

201 Vgl. Li et al. (2018).

202 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

203 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

204 Vgl. Deutsches IVF-Register (2018b).

Um angesichts der hohen Absterberate dennoch eine adäquate Schwangerschaftsrate zu erzielen, werden in Deutschland bei einer IVF-Behandlung in der Regel zwei oder sogar drei befruchtete Eizellen in die Gebärmutter transferiert. Weil im Einzelfall auch beide bzw. sogar alle drei transferierten Embryonen entwicklungs-fähig sein können, führt dieses Vorgehen notwendigerweise zu einer gesteigerten Rate von Mehrlingsschwangerschaften, die mit hohen Risiken für die werdenden Mütter und insbesondere für die späteren Kinder verbunden sind. Es kommt zu einer deutlich höheren Rate an Frühgeburten. Verglichen mit Einlingen ist die neonatale Sterblichkeit bei Zwillingen um das 7-Fache und bei Drillingen und höhergradigen Mehrlingen um das 20-Fache erhöht. Die Rate an Frühgeburten steigt von 13 % bei Einlingen auf 57 % bei Zwillingen und 95 % bei Drillingen.²⁰⁵

Die Frühgeburlichkeit führt bei den Kindern oftmals zu Folgeproblemen wie unterschiedlichsten Kognitionsstörungen, Beeinträchtigungen der Lungenfunktion und allgemeinen Entwicklungsverzögerungen.²⁰⁶ Zwillings- und Mehrlingschwangerschaften bergen zudem beträchtliche Risiken für die Mutter, wie z. B. den schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruck (Hypertonie). Zudem gibt es eine höhere Kaiserschnitt- und dementsprechend auch längere Krankenhausaufenthalte.²⁰⁷ Mehrlinge bedeuten aber auch eine enorme psychische und physische Belastung für die Eltern. So ist das Risiko für eine postpartale Depression bei Zwillingsmüttern um das 3-Fache erhöht.²⁰⁸

Um nicht in hohem Maße Embryonen zu übertragen, die nicht entwicklungs-fähig sind, um aber zugleich auch Mehrlings-

schwangerschaften so weit wie möglich zu vermeiden, ist vor allem in Skandinavien der Single-Embryo-Transfer (SET) für die ersten beiden Behandlungszyklen Standard. Unter eSET (elective Single-Embryo-Transfer) versteht man die Auswahl eines einzelnen Embryos: Derjenige wird ausgewählt, der im Prozess der Kultivierung die beste Entwicklungsfähigkeit zeigt.²⁰⁹ Die Kultivierung erstreckt sich über eine Dauer von 2 bis 6 Tagen. Dabei werden die im Befruchtungsprozess befindlichen Eizellen mit Blick auf ihre regelmäßige und zeitgerechte Entwicklung bezüglich ihrer Gestalt (morphologisch) bewertet (sogenanntes Eizell-, Vorkern- und Embryoscoreing).²¹⁰ Ebenso wird auch die Form und Gestalt der Furchungsstadien beurteilt. So deuten z. B. verzögerte Zellteilungen, verschiedene Zellgrößen oder stärkere Fragmentierungen auf eine eingeschränkte oder sogar fehlende Entwicklungsfähigkeit des Embryos hin.²¹¹ Umgekehrt führen Zygoten, die bereits 25 bis 27 Stunden nach Insemination das 2-Zell-Stadium erreichen, zu signifikant mehr Schwangerschaften als Embryonen, die sich langsamer teilen und entwickeln.²¹²

Nur der Embryo mit der besten Entwicklungsfähigkeit wird auf die Frau übertragen. Andere Embryonen mit ausreichender Entwicklungsmöglichkeit können für spätere Befruchtungsversuche kryokonserviert werden; nicht entwicklungs-fähige Embryonalstadien lässt man absterben.

Ein Vergleich zwischen Deutschland und Ländern, in denen der eSET routinemäßig durchgeführt wird, zeigt, dass dieses Verfahren zu einer deutlichen Reduktion der Zwillingsrate bei einer vergleichbaren oder sogar besseren Geburtenrate

205 Vgl. Schröder et al. (2003).

206 Vgl. Turkgeldi et al. (2016); Shankaran (2014); Klausen et al. (2017).

207 Vgl. Diedrich et al. (2008).

208 Vgl. Sheard et al. (2007).

209 Vgl. Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology und Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine (2012).

210 Zur morphologischen Betrachtung vgl. Griesinger et al. (2008), S. 28 ff.

211 Vgl. Montag et al. (2013).

212 Vgl. Michelmann (2000).

pro Punktion führt (siehe Tabelle 1). In Belgien wurde 2003 ein Modell implementiert, bei dem die Kostenübernahme an die Zahl der zu transferierenden Embryonen geknüpft ist.²¹³ Die Kosten werden hierbei nur übernommen, wenn bei einer Frau unter 36 Jahren im ersten Versuch nur ein Embryo transferiert wird. Erst in späteren Versuchen darf ggf. auch mehr als ein Embryo übertragen werden. Frauen zwischen 36 und 40 Jahren erhalten im ersten Versuch maximal zwei Embryonen. Nur bei Frauen über 40 Jahren gibt es keine Begrenzung. Hierdurch konnte die Mehrlingsrate von 27% auf 11% gesenkt werden (Auswertung im Jahre 2010), ohne dass es zu einer Reduktion der Schwangerschaftsrate pro Zyklus kam.²¹⁴

Ein derartiges Vorgehen führt allerdings dazu, dass bei der IVF-Behandlung sogenannte überzählige Embryonen entstehen oder zumindest entstehen können. Dies ist notwendig, wenn unter den verbliebenen Embryonen eine Auswahl erfolgen soll, und gilt selbst dann, wenn lediglich abgewartet werden soll, welche der befruchteten Eizellen die ersten Tage überleben. Da ein Teil der Embryonen bereits in den ersten Tagen abstirbt, stehen für die erst zu einem späteren Zeitpunkt geplante Implantation nur dann genug Embryonen zur Verfügung, wenn die „Absterberate“ bei der Anzahl der zu befruchtenden Eizellen mit einkalkuliert

wird – ein Verfahren, welches unter dem Namen „Deutscher Mittelweg“ bereits Anwendung findet. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen allerdings, dass der Deutsche Mittelweg weder zu einer Reduktion der hohen Mehrlingsrate noch zu einer guten Geburtenrate (im Vergleich mit dem Ausland) führt.

Ein zentrales Problem einer jeden IVF-Behandlung besteht deshalb darin, abzuwägen, ob und ggf. in welchem Ausmaß die Erzeugung sogenannter überzähliger Embryonen in Kauf genommen werden darf, um die Erfolgsaussichten der Behandlung zu erhöhen, zugleich die für die werdenden Mütter und die künftigen Kinder riskanten Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden und die Zahl belastender Behandlungszyklen zu verringern.

6.2.3 Rechtlicher Rahmen

Das Embryonenschutzgesetz lässt ein Vorgehen, wie es vorstehend beschrieben wurde, nur sehr eingeschränkt zu. Es verbietet die Erzeugung von Embryonen „auf Vorrat“, beschränkt die Zahl der innerhalb eines Zyklus zulässigerweise verfügbaren Embryonen und setzt einer Selektion von Embryonen Grenzen.

Verbot der Erzeugung von Embryonen „auf Vorrat“

Gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG wird bestraft, wer „es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb

Tabelle 1: Vergleich der Anzahl der Anwendungen von SET bei IVF und ICSI und der Geburten- und Mehrlingsraten

	Deutschland	Belgien	Großbritannien	Schweden
Anteil der Embryotransfers mit einem Embryo (IVF/ICSI)	18,6 %	56,6 %	45,6 %	79,9 %
Geburtenrate pro Eizellpunktion (IVF)	20,6 %	19,4 %	28,1 %	24,1 %
Zwillingsrate pro Geburt (IVF/ICSI)	21,4 %	10,0 %	14,3 %	4,2 %

Quelle: Europäische Statistik zu 2014, De Geyter et al. (2018).

²¹³ Vgl. Griesinger (2009).

²¹⁴ Vgl. De Neubourg et al. (2013).

eines Zyklus übertragen werden sollen“.²¹⁵ Gemäß den Gesetzesmaterialien und einhelliger Meinung in der Literatur dient § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG dazu, die Entstehung sogenannter überzähliger Embryonen zu vermeiden.²¹⁶ Sie würden beispielsweise dann entstehen, wenn Embryonen für spätere Zyklen kryokonserviert würden, dann aber wegen erfolgreicher Herbeiführung einer Schwangerschaft letztlich doch nicht mehr benötigt würden. Im Hintergrund stand für den Gesetzgeber die Sorge, dass derartige Embryonen für eine missbräuchliche Verwendung im Sinne von § 2 Abs. 1 ESchG zur Verfügung stünden oder zur Herbeiführung einer vom Gesetz verbotenen sogenannten gespaltenen Mutterschaft verwendet werden könnten.²¹⁷ Unbestritten ist, dass der Fortpflanzungsmediziner deshalb bei der Durchführung der Befruchtungsversuche nicht die Absicht haben darf, mehr übertragbare Embryonen zu erzeugen, als in einem Zyklus transferiert werden sollen.²¹⁸ Wenn die Fortpflanzungsmedizinerin/der Fortpflanzungsmediziner weiß oder ernsthaft für möglich hält, dass sich die Frau nur einen oder zwei Embryonen transferieren lassen will, darf sie/er nicht versuchen, drei übertragbare Embryonen zu erzeugen.

Dreierregel versus Deutscher Mittelweg

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG macht sich strafbar, wer „es unternimmt, innerhalb eines Zyklus mehr als drei Embryonen auf eine Frau zu übertragen“. Durch diese

Bestimmung wird die Anzahl der pro Zyklus maximal auf die Patientin übertragbaren Embryonen, die zuvor durch IVF erzeugt worden sind, auf drei begrenzt. Wie erwähnt, wird nach § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG ferner bestraft, wer „es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen“. Nach teilweise vertretener Ansicht fügt sich die Regelung des § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG mit derjenigen des § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG zur sogenannten Dreierregel zusammen.²¹⁹ Vor dem Hintergrund, dass lediglich drei Embryonen übertragen werden dürfen, wird gefolgert, dass dieselbe zahlenmäßige Beschränkung auch für die Eizellenbefruchtung gelte. Das kann dazu führen, dass in ungünstigen Fällen keine erfolgreiche Befruchtung erfolgt und damit im jeweiligen Zyklus kein Embryo übertragen werden kann. Gegebenenfalls muss die Frau in mehreren Zyklen stimuliert werden, um ihr letztlich zu einer Schwangerschaft zu verhelfen.

Nach Auffassung der Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Mittelweges darf die Fortpflanzungsmedizinerin/der Fortpflanzungsmediziner dagegen aufgrund einer Prognose abschätzen, mit wie vielen Eizellen sie/er abhängig von den individuellen Besonderheiten des Paares einen Befruchtungsversuch unternehmen muss, um so viele entwicklungsfähige Embryonen zu erhalten, wie transferiert werden sollen. Sie bzw. er hat auch hier von Anfang an die Absicht, einen „Überschuss“ an tauglichen Embryonen zu vermeiden.²²⁰ Da sich jedoch die Prognose, wie viele befruchtete Eizellen sich nicht weiterentwickeln werden, nicht immer als zutreffend erweist, können im Einzelfall mehr befruchtete Eizellen entwicklungsfähig sein und so sogenannte überzählige Embryonen entstehen.

²¹⁵ Die Formulierung ist missverständlich, weil der Frau im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung nicht Eizellen, sondern Embryonen, das heißt bereits befruchtete Eizellen übertragen werden. Dementsprechend stellt § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG richtigerweise auf den Embryonentransfer ab. Auch Nr. 5 ist deshalb klarstellend dahin auszulegen, dass nicht mehr Eizellen befruchtet werden dürfen, als Embryonentransfers geplant sind. Dies gilt auch mit Blick auf die noch näher zu beleuchtende gesetzgeberische Intention, die Entstehung sogenannter überzähliger Embryonen zu vermeiden. Vgl. Günther (2014), C. II., § 1 Abs. 1 Nr. 5 Rn. 7.

²¹⁶ Vgl. BT-Drucksache 11/5460, S. 9; vgl. zudem Vogt (2008), S. 77; Günther (2014), C. II., § 1 Abs. 1 Nr. 5 Rn. 7.

²¹⁷ Vgl. Günther (2014), C. II., § 1 Abs. 1 Nr. 5 Rn. 2; Renzikowski (2004).

²¹⁸ Vgl. Frister (2012); Renzikowski (2004).

²¹⁹ Vgl. Koch (2004); Henking (2010), S. 86 ff.; Vogt (2008), S. 70 ff.; Müller-Terpitz (2007), S. 515 f.; Müller-Terpitz (2018), § 1 ESchG, Rn. 17 f., jeweils m. w. N.

²²⁰ Vgl. BFH, Urteil v. 17.5.2017, VI R 34/15; OLG Hamburg, Urteil v. 14.9.2017, 9 U 71/15; Frommel (2010), S. 835 f.; Taupitz & Hermes (2015a) m. w. N.

Der Deutsche Mittelweg hat sich in der reproduktionsmedizinischen Praxis in Deutschland weitgehend durchgesetzt. Mittlerweile sind auch mehrere Gerichte und Staatsanwaltschaften zu dem Ergebnis gelangt, dass dem Embryonenschutzgesetz eine strikte „Dreierregel“ nicht zu entnehmen sei.²²¹ Gleichwohl besteht für Fortpflanzungsmedizinerinnen und -mediziner sowie Frauen, die sich einer IVF unterziehen, eine nicht unerhebliche Rechtsunsicherheit.

Elective Single-Embryo-Transfer

Dem Embryonenschutzgesetz ist nicht zu entnehmen, dass alle in einem Zyklus befruchteten Eizellen auch übertragen werden müssen und eine Selektion verboten ist.²²² Vielmehr hängt es vom Willen der Frau ab, welche und wie viele Embryonen ihr übertragen werden – lediglich die maximale Zahl von drei ist festgelegt. Die Fortpflanzungsmedizinerin bzw. der Fortpflanzungsmediziner ist zudem unter anderem aufgrund des Behandlungsvertrags verpflichtet, die Frau vor dem Transfer über den von ihr bzw. ihm erkannten Grad der Entwicklungsfähigkeit der jeweiligen Embryonen aufzuklären; Gleiches gilt für die mit einem Transfer mehrerer Embryonen verbundenen Risiken einer Mehrlingsschwangerschaft. Es ist sodann ihre Entscheidung (vgl. § 4 ESchG), wie viele von maximal drei und welche Embryonen sie sich transferieren lassen will.²²³ Dabei kann die Frau eine Auswahl durchaus auch hinsichtlich der Entwicklungsfähigkeit treffen;²²⁴ sie kann

sogar in freier Entscheidung den Transfer verweigern.²²⁵ Es ist also nicht zutreffend, dass alle Embryonen, die sich zum Zeitpunkt der Übertragung noch entwickeln, auf die Frau transferiert werden müssen.²²⁶

Unstrittig ist zudem, dass alle Stadien untersucht werden dürfen, bei denen es sich noch nicht um einen Embryo im Sinne des § 8 ESchG handelt; dies betrifft insbesondere das Vorkernstadium (2-PN-Zelle [PN = Pronucleus]). Weiter ist unbestritten, dass aufgrund morphologischer Betrachtungen²²⁷ auch solche Entitäten aus der Kultur genommen werden dürfen, die sich *nicht* entwickeln („arretierte“ Embryonen). Dies folgt nicht nur daraus, dass das ESchG nur lebende Embryonen schützt.²²⁸ Vielmehr und insbesondere ist es der Frau nicht zumutbar, sich einen „Embryo“ übertragen zu lassen, der ohnehin nicht zur Einnistung führen kann. Ob das ESchG in seiner geltenden Fassung darüber hinaus auch eine Differenzierung zwischen gut und weniger gut entwicklungsfähigen Embryonen erlaubt (Embryo-Scoring), ist dagegen umstritten.²²⁹

²²⁵ Vgl. Taupitz (2014), § 1 Abs. 1 Nr. 3 Rn. 7; Günther (2014), Einf. Rn. B 76 und ebd., § 2 Rn. 33 ff.

²²⁶ So aber Michelmann (2000), S. 181; vgl. auch Müller-Terpitz (2006), S. 40, mit dann allerdings (S. 41) zutreffendem Hinweis auf mögliche Willensänderungen der Frau.

²²⁷ Aus dem Urteil des BGH vom 6.7.2010 (NJW 2010, 2672) kann nicht abgeleitet werden, dass die morphologische Betrachtung ein unzulässiges „Verwenden“ im Sinne des § 2 Abs. 1 ESchG ist; denn das Gericht sagt (Rn. 33) lediglich, dass bei weiter Auslegung des § 2 Abs. 1 ESchG und bei alleinigem Abstellen auf den in der Vorschrift vorausgesetzten Alternativzweck der Nichterhaltung des Embryos die Betrachtung des Embryos strafbar „wäre“; das aber wäre mit dem Übermaßverbot staatlichen Strafens unvereinbar. Im Ergebnis wie hier Brunhöber (2010), S. 415; Dederer (2013), S. 355; vgl. auch Reiß (2010), S. 421 f., wonach allenfalls eine Substanzeinwirkung zu einem Verstoß gegen § 2 Abs. 1 ESchG führen kann.

²²⁸ Vgl. dazu Taupitz (2014), C. II. § 8 Rn. 20.

²²⁹ Vgl. dazu Taupitz (2014), C. II. § 1 Abs. 1 Nr. 3 Rn. 6; Vogt (2008), S. 30 ff.; Koch (2004), S. 24 ff.; Lilie (2006); Neidert (2007), S. 282 ff.; Neidert (2006), S. 86; Neidert (2004), S. 100 ff.; Frommel (2010), S. 834 ff.; Frommel (2002), S. 158 ff.; Kreß (2007), S. 164 f. m. w. N. Vgl. ferner das Ergebnisprotokoll des 2. Mannheimer Juristisch-Reproduktionsbiologisch/-medizinischen DVR-Workshops vom 1.3.2005, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2005, S. 198 ff., sowie den im Anschluss abgedruckten Briefwechsel zwischen DVR und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. <https://www.kup.at/kup/pdf/5330.pdf>

²²¹ Vgl. BFH, Urteil v. 17.5.2017, VI R 34/15; OLG Hamburg, Urteil v. 14.9.2017, 9 U 71/15; Staatsanwaltschaft Darmstadt, Einstellungsbescheid vom 26.11.2013, Az. 300 Js 11580/13; Staatsanwaltschaft München I, Einstellungsbescheid vom 22.4.2014, Az. 124 Js 20236. In einem weiteren Verfahren hat die Staatsanwaltschaft Düsseldorf kein Ermittlungsverfahren eingeleitet, weil sie schon den Anfangsverdacht verneint hat, Bescheid vom 8.5.2013, Az. 10 Js 196/13; vgl. auch Daunerer & Molter (2014); Daunerer (2014); Taupitz & Hermes (2015a).

²²² Vgl. Frommel (2002), S. 160.

²²³ Vgl. Bals-Pratsch et al. (2010), S. 88, 92 f.; Taupitz (2014), § 1 Abs. 1 Nr. 3 Rn. 7. Für eine gesetzliche Klarstellung Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2005), S. 109. Zum „Recht auf Wissen“ der Frau zutreffend Hüfen (2001), S. 444.

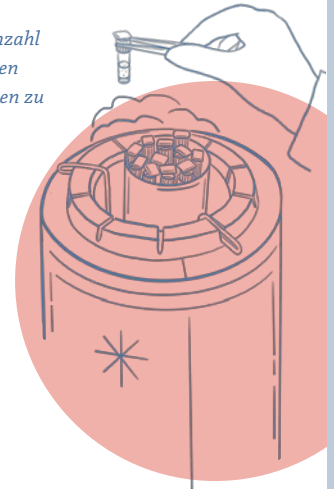
²²⁴ So i. E. auch Frommel (2002), S. 158 (176); Frommel (2004), S. 108; Neidert (2007), S. 284.

Der elective Single Embryo Transfer (eSET)

Jede Mehrlingsschwangerschaft erhöht das gesundheitliche Risiko für Frau und Kind.
Der eSET reduziert dieses Risiko bei gleicher oder sogar besserer Geburtenrate.

Das eSET-Verfahren

Beim eSET wird aus den Embryonen nur derjenige ausgewählt, der die besten Entwicklungschancen aufweist. Um eine solche Auswahl treffen zu können, wird eine größere Anzahl von Eizellen befruchtet und ihre Entwicklung über einige Tage beobachtet. Ein solches Vorgehen untersagt das deutsche Embryonenschutzgesetz allerdings. Es verbietet, bewusst mehr Embryonen zu erzeugen, als der Frau in einem Zyklus übertragen werden sollen.



Befruchtung

Alle der Frau nach Hormonstimulation entnommenen Eizellen werden befruchtet.



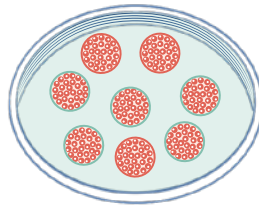
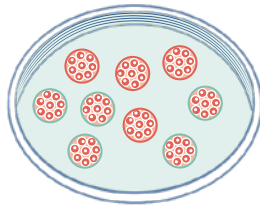
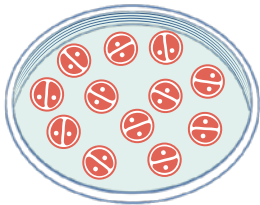
Kultivierung

Die Kultivierung erstreckt sich über eine Dauer von 2-5 Tagen. Die frühen Embryonen entwickeln sich unterschiedlich.



Auswahl

Die Entwicklung der Embryonen wird beobachtet. Der sich am besten entwickelnde Embryo wird ausgewählt.

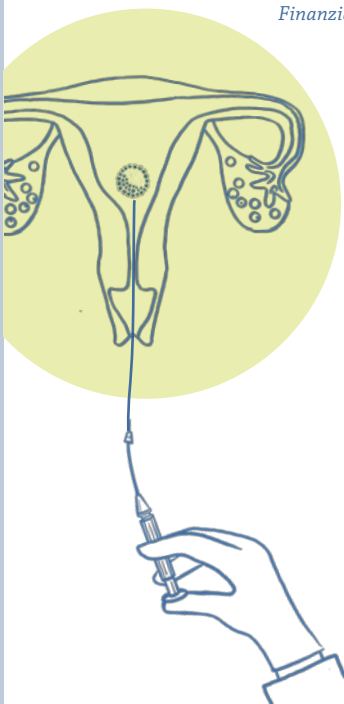


Übertragung und Konservierung

Nur dieser Embryo wird übertragen. Die anderen werden für eine mögliche spätere Verwendung aufbewahrt.

In anderen Ländern haben Frauen weniger Mehrlingsschwangerschaften

Ein Vergleich zwischen Deutschland und Ländern, in denen der eSET durchgeführt wird, zeigt, dass dieses Verfahren zu einer deutlichen Reduktion der Zwillingsrate bei einer vergleichbaren oder sogar besseren Geburtenrate pro Eizellentnahme führt. Um die Zahl der risikobehafteten Mehrlingsschwangerschaften niedrig zu halten, verbinden manche Länder die Finanzierung der Behandlung mit einer Begrenzung der pro Zyklus maximal übertragenen Embryonen.



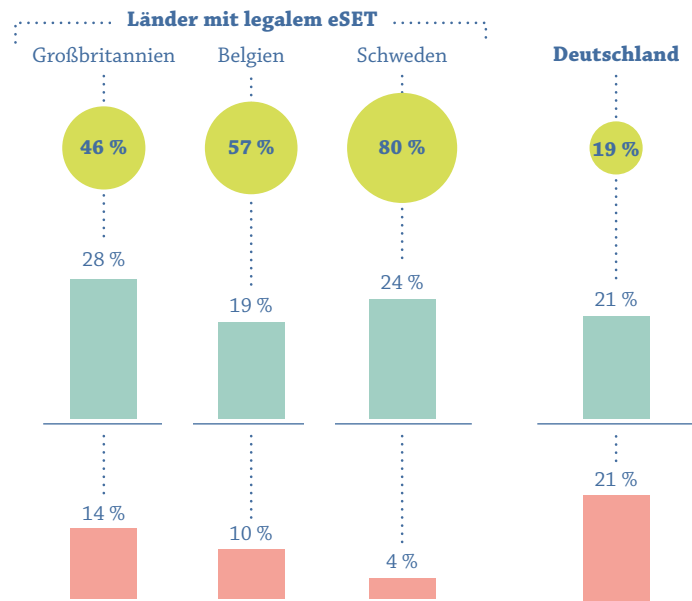
Transfer mit nur einem Embryo
(IVF und ICSI)



Geburtenrate
pro Eizellpunktion
(IVF)



Zwillingsrate pro Geburt
bei IVF/ICSI



Soweit im Rahmen des eSET allerdings von vornherein geplant ist, mehr Eizellen zu befruchten, als später Embryonen zu übertragen, ist dies wegen der damit einhergehenden „Vorratshaltung“ gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG unzulässig.

6.2.4 Problemskizze

In Deutschland wurden und werden mit dem skizzierten Deutschen Mittelweg zwar alle gewonnenen reifen Eizellen imprägniert, es verbleibt aber nur eine sehr begrenzte Anzahl weiter in Kultur, damit keine sogenannten überzähligen Embryonen entstehen. Die übrigen Vorkernstadien werden kryokonserviert.

Da das Embryonenschutzgesetz einen eSET im eigentlichen Sinne, nämlich die Erzeugung mehrerer Embryonen zum Zweck der Auswahl des geeignetsten Embryos untersagt, und um der Frau wiederholte IVF-Behandlungen zu ersparen, werden in Deutschland häufig zwei oder drei Embryonen in die Gebärmutter der Frau übertragen. Dies führt dazu, dass beim Zustandekommen einer Schwangerschaft die Mehrlingsrate relativ hoch ist (s. o.). Während die Mehrlingsrate bei spontan eingetretenen Schwangerschaften nur bei etwa 1% liegt, beträgt sie in den deutschen IVF-Statistiken über 20% pro Geburt. Mehrlingsschwangerschaften bergen aber hohe Risiken für die werdenden Mütter und die späteren Kinder. Im Fall einer Mehrlingsschwangerschaft stellt sich unter Umständen auch die für alle Beteiligten belastende Frage eines Fetozids, also der Abtötung eines oder mehrerer Feten im Mutterleib.²³⁰

Die Erfahrungen im Ausland zeigen, dass sich auch ohne diese Risiken, das heißt mit dem Transfer nur eines Embryos, angemessene Schwangerschaftsraten erzielen lassen, wenn die Eizellen nach der Befruchtung erst einige Tage beobachtet werden, bevor die Implantation in die

Gebärmutter vorgenommen wird (eSET, s. o.).

Mit dem eSET verbunden sind allerdings die Entstehung sogenannter überzähliger Embryonen und die gezielte Auswahl eines Embryos. Die Verfechterinnen und Verfechter eines Lebensschutzes von Beginn an lehnen das Verfahren aus diesem Grund ab. Allerdings gibt es eine Reihe von Argumenten gegen einen solchen vollumfänglichen Schutzanspruch für außerhalb des Körpers entstehende Embryonen (siehe Kap. 4). Zwillings- und Mehrlingsschwangerschaften belasten überdies die Frau und bedeuten für Feten bzw. für Kinder nach der Geburt die Gefahr von Schädigungen, insbesondere aufgrund der höheren Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt bei Mehrlingsschwangerschaften. Dem Forschungsstand und den fortpflanzungsmedizinischen Handlungsstandards gemäß lassen sie sich reduzieren.

Aus ethischer Sicht ist zu betonen, dass aus der Zeugung des Kindes, die mit ärztlicher Unterstützung erfolgt, eine besondere Verantwortung auch für das geborene Kind resultiert. Daher ist dessen Wohl bereits vorwirkend zu beachten. Das Gebot des Nicht-Schadens gegenüber der Frau und die Schutzpflicht für das Kind wiegen aus hier vertretener Sicht so schwer, dass die Entstehung sogenannter überzähliger Embryonen in Kauf genommen werden darf. Dies gilt umso mehr, als einem frühen – ggf. überzähligen – Embryo noch nicht der gleiche Schutzanspruch zuzuschreiben ist, der einem weiter entwickelten Embryo, dem weit entwickelten, z. B. schmerzempfindlichen Fetus und dann dem geborenen Kind zusteht (siehe Kap. 4).

Die Auffassung, dass der Schutzanspruch des vorgeburtlichen Lebens in der frühen pränidativen Phase geringer einzustufen ist, wird nicht nur im ethischen und rechtswissenschaftlichen Schrifttum vertreten. Vielmehr ist ein gestuftes Schutzkonzept

²³⁰ Vgl. dazu Taupitz (2014), C. II. § 1 Abs. 1 Nr. 3 Rn. 4.

auch bereits der Sache nach vom deutschen Gesetzgeber übernommen worden, als er die Präimplantationsdiagnostik zuließ. Die Durchführung des Verfahrens bedeutet, dass frühe Embryonen „verworfen“ werden und absterben, die von bestimmten, in einer Familie bekannten Krankheitsdispositionen belastet sind. Der Gesetzgeber nimmt das Absterben von Embryonen hin, damit eine Frau auf ihren Wunsch hin nach PID ein Kind zur Welt bringen kann, das nicht unter einer bestimmten, familiär bedingten Krankheit leiden soll.

Ein abgestufter Schutzanspruch des vorgeburtlichen menschlichen Lebens ergibt sich zudem aus der Tatsache, dass der Gesetzgeber darauf verzichtet, die Freigabe sogenannter überzähliger Embryonen auf eine andere Frau zu erzwingen, sondern akzeptiert, dass sie auf Wunsch auch nur eines genetischen Elternteils verworfen werden.

Zum Umgang mit Embryonen, die nach IVF/ICSI überzählig bleiben (was auch schon nach jetzigem deutschem Recht in bestimmtem Umfang der Fall sein kann), fehlen gesetzliche Rahmenbedingungen. Generell sind mehrere Handlungsoptionen vorstellbar. Sie können auf Wunsch des Paares aus der Nährkultur entfernt werden. Die Embryonen können kryokonserviert werden, um für einen späteren Transfer zur Verfügung zu stehen. Sie können auf Wunsch aufgetaut und verworfen werden. Sie können für andere Personen mit Kinderwunsch freigegeben werden (siehe Kap. 6.5). Im Ausland können sogenannte überzählige Embryonen auch für bestimmte, genehmigte Forschungsprojekte freigegeben werden. Alle diese Verwendungsarten setzen die Einwilligung der genetischen Eltern bzw. der Wunscheltern voraus.

Notwendig ist es allerdings, die Dauer der Aufbewahrung kryokonservierter Vorkernstadien und Embryonen zu regeln, um sowohl für die genetischen Eltern als auch die kryokonservierende Stelle recht-

liche Sicherheit zu schaffen.²³¹ Regelungsbedarf besteht zudem für die Situation, die entsteht, wenn eine der Personen, von denen die Keimzellen stammen, im Verlauf des Verfahrens der assistierten Fortpflanzung verstorben ist.

6.2.5 Empfehlungen

- Eine reproduktionsmedizinische Behandlung zielt auf die Geburt eines gesunden Kindes unter Minimierung von Risiken und Belastungen für alle Beteiligten. Gleichzeitig gilt es im Sinne des Embryonenschutzes, die Zahl der sogenannten überzähligen Embryonen klein zu halten. An den genannten Zielen sollte sich die Entscheidung orientieren, wie viele Eizellen befruchtet werden.
- Die Zahl der zu befruchtenden Eizellen sollte aufgrund einer individuellen medizinischen und psychosozialen Anamnese und Beratung festgelegt werden.
- Zur Begrenzung der Mehrlingsrate bei Maßnahmen der assistierten Befruchtung sollte der elective Single-Embryo-Transfer (eSET), also die Auswahl des sich am besten entwickelnden Embryos aus einer Mehrzahl von Embryonen, gefördert werden. Zu prüfen ist eine Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer möglichst niedrigen Zahl der transferierten Embryonen in Abhängigkeit vom Alter der Frau und der Anzahl bisheriger erfolgloser Versuche.
- Reproduktionsmedizinische Maßnahmen dürfen nur mit Einwilligung der Wunscheltern und – bei einer Familienbildung mit Keimzellen Dritter (heterologe Verfahren) – mit Einwilligung der Personen, von denen die Keimzellen stammen, vorgenommen werden.

²³¹ Vgl. etwa auch § 17 FMedG Österreich und Art. 15 f. FMedG Schweiz.

- Die Dauer der Kryokonservierung von Vorkernstadien und Embryonen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch der Personen, von denen die Keimzellen stammen, verkürzt oder um angemessene Zeiträume verlängert werden können. Verlangt im Fall von kryokonservierten Vorkernstadien oder Embryonen nur einer der Partner die Beendigung der Kryokonservierung, sollte dem nach einer bestimmten Bedenkzeit stattgegeben werden.
 - Die Verwendung von Keimzellen oder die Übertragung von Embryonen in Kenntnis des Todes einer oder beider Personen, von denen die Keimzellen stammen, sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist, und
 - bei der Verwendung von Keimzellen des Partners/der Partnerin, wenn der überlebende genetische Elternteil nach dem Angebot psychosozialer Beratung dies wünscht und kein entgegenstehender Wille des/der Verstorbenen erkennbar ist,
 - bei der Verwendung von Keimzellen Dritter, wenn der oder die Spender erst nach der extrakorporalen Einleitung der Befruchtung verstorben ist/sind.
- aus der Behandlung mit Spendersamen resultierende Schwangerschaften.²³² Nach Schätzungen sind in Deutschland bisher 100.000–120.000 Kinder nach heterologer Verwendung von Samen geboren worden.²³³
- Indikationen für die Verwendung von Spendersamen sind das völlige Fehlen von Spermien im Ejakulat oder im Hoden (Azoospermie), eine qualitativ und quantitativ stark eingeschränkte Spermienproduktion (hochgradige Oligo-Asthenoteratozoospermie) und eine genetische Vorbelastung des männlichen Partners des Wunschelternpaares. Darüber hinaus wird Spendersamen bei lesbischen Paaren oder alleinstehenden Frauen verwendet.
- Der Spendersamen kann der Durchführung einer intrauterinen Insemination oder einer IVF dienen. Abhängig vom jeweiligen reproduktionsmedizinischen Verfahren erfolgt die Anwendung im Spontanzyklus oder nach kontrollierter hormoneller Stimulation der Eizellreifung. Durch die Verwendung von kryokonserviertem Spendersamen kommt es zu keinen zusätzlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Bezug auf Schwangerschaftsverlauf, Geburt oder Gesundheit der geborenen Kinder.²³⁴
- Die psychologische Entwicklung von Kindern, welche durch Verwendung von Samenspenden entstanden sind, unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der von Kindern, welche spontan gezeugt wurden,²³⁵ wobei die geringsten Unterschiede dann gefunden wurden, wenn die Offenlegung über die Zeugung dem Kind gegenüber im Alter von 4 bis 11 Jahren

6.3 Samenspende

6.3.1 Medizinische Grundlagen

Die Verwendung von Spendersamen im Rahmen der Therapie des unerfüllten Kinderwunsches ist ein etabliertes Verfahren. Bereits 1981 publizierte eine deutsche Arbeitsgruppe ihre Resultate aus der Behandlung von 415 Frauen im Zeitraum seit 1975 und berichtete über 210

²³² Vgl. Katzorke et al. (1981).

²³³ Vgl. Katzorke (2007). Im Gegensatz zur IVF-Behandlung mit der Dokumentation im Deutschen IVF-Register (D-I-R) gibt es bei der heterologen (donogenen) Insemination keine zentrale Erfassung und nur Schätzungen.

²³⁴ Vgl. Lansac & Royere (2001).

²³⁵ Vgl. Golombok et al. (2013).

erfolgte.²³⁶ Studien zeigen, dass die Aufklärungsrate nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Akzeptanz dieser Form der Familienbildung steigt. Allerdings ist die Aufklärungsrate bei heterosexuell gezeugten Kindern niedriger als bei lesbischen Paaren, bzw. die Aufklärung erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.²³⁷ Wenn Eltern versuchen, die Zeugungsart geheim zu halten, birgt das ein erhebliches Konfliktpotenzial, weil Kinder nicht selten unbeabsichtigt oder von Dritten von der Zeugungsart erfahren.²³⁸

Die mittlerweile günstigen und leicht zugänglichen DNA-Tests stellen weitere Möglichkeiten dar, die genetische Abstammung zu überprüfen. Dabei können mithilfe von sogenannten Gendatenbanken genetisch Verwandte, die ihre Daten dort eingetragen und freigegeben haben, identifiziert und auch kontaktiert werden.²³⁹

6.3.2 Rechtlicher Rahmen

Im Unterschied zur Eizellspende wird die Samenspende durch das Embryonenschutzgesetz nicht untersagt. Einige spezielle gesetzliche Vorschriften zur Durchführung der Samenspende und den abstammungsrechtlichen Folgen gibt es seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen am 1.7.2018.²⁴⁰ Dieses Artikelgesetz enthält in Art. 1 das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) und ändert in Art. 2 das Abstammungsrecht des BGB dahingehend, dass der Samenspender im Fall einer ärztlich unterstützten hete-

rologer Insemination nicht als Vater des Kindes festgestellt werden kann (§ 1600d Abs. 4 BGB).²⁴¹

Die Rechtsprechung hat eine anonyme Samenspende wegen des aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG abzuleitenden Rechts des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung²⁴² bereits 1989 als unzulässig erachtet. Bei einer mit einem gespendeten Samen erfolgten Befruchtung hat sie den die Behandlung durchführenden Arzt bzw. die Ärztin verpflichtet, dem späteren Kind auf Nachfrage Auskunft über die Identität des Samenspenders zu geben.²⁴³ Das Alter des Kindes war hierfür nicht relevant, das heißt, auch Minderjährige bzw. deren Eltern als gesetzliche Vertreter konnten Auskunft verlangen. Der Arzt/die Ärztin bzw. die Samenbank musste dementsprechend diese Identität nicht nur feststellen, sondern auch dafür Sorge tragen, dass die betreffenden Informationen mindestens 30 Jahre sorgfältig verwahrt werden, damit sie bei einer etwaigen Geltendmachung des Auskunftsanspruchs tatsächlich zur Verfügung stehen.²⁴⁴

Diese Dokumentationsdauer beträgt seit Inkrafttreten des SaRegG 110 Jahre (§ 8). Zudem ist im Falle einer medizinisch assistierten Samenspende nicht mehr die einzelne Ärztin/der einzelne Arzt (bzw. die Samenbank) für die Dokumentation verantwortlich, denn alle nach Inkrafttreten des SaRegG anfallenden Daten werden an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weitergeleitet und dort zentral verwaltet. Das DIMDI ist somit auch die Auskunft gebende Stelle für so gezeugte

²³⁶ Vgl. Jadvá et al. (2009); Golombok (2015).

²³⁷ Vgl. Blyth et al. (2012).

²³⁸ Vgl. Turner & Coyle (2000); Schilling (1995); Daniels et al. (2011).

²³⁹ Diese Möglichkeiten werden mittlerweile von sogenannten Spenderkindern verwendet, um den Spender zu finden, vgl. z. B. <http://www.spenderkinder.de/spender-der-uniklinik-essen-ueber-dna-test-identifiziert/>, vgl. auch Harper et al. (2016).

²⁴⁰ Vgl. Gesetz vom 17.7.2017, BGBl. I S. 2513 ff. Zusätzlich sind zahlreiche Regelungen des Transplantationsgesetzes auf die Gewinnung und Verwendung von Keimzellen anwendbar; dazu Schumann (2016), Rn. 36 ff.

²⁴¹ Nach Art. 229 § 46 EGBGB gilt § 1600d Abs. 4 BGB jedoch nicht für Kinder, die vor Inkrafttreten des Gesetzes gezeugt wurden.

²⁴² Vgl. zu diesem Recht BVerfGE 79, 256 (268 f.); 90, 263 (270 f.); 96, 56 (63); 117, 202 (225).

²⁴³ Vgl. BGHZ 204, 54 ff.

²⁴⁴ § 15 Abs. 2 TPG in der Fassung des Gewebegesetzes von 2007; zuvor betrug die Pflicht zur Aufbewahrung der Daten gemäß ärztlichem Berufsrecht lediglich zehn Jahre.

Personen, die nach dem 16. Lebensjahr das Auskunftsrecht selbstständig geltend machen können. Zuvor können Eltern als gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter den Auskunftsanspruch verwirklichen (§ 10).

Die familienrechtlichen Beziehungen zwischen den Beteiligten richten sich bei einer Samenspende nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Abstammung (§§ 1591–1600d BGB). Mutter ist die Frau, die das Kind geboren hat (§ 1591 BGB); eine Anfechtung der Mutterschaft ist nicht möglich. Wenn die Mutter des durch eine Samenspende erzeugten Kindes verheiratet ist, wird ihr Ehemann rechtlicher Vater des Kindes (§ 1592 Nr. 1 BGB). Ist sie nicht verheiratet, wird ihr Partner rechtlicher Vater, wenn er die Vaterschaft mit Zustimmung der Mutter vor oder nach der Geburt anerkennt (§§ 1592 Nr. 2, 1594, 1595 BGB). In beiden Fällen können die Eltern selbst die Vaterschaft nicht mehr anfechten, wenn die Zeugung durch Samenspende mit ihrer Einwilligung erfolgt ist (§ 1600 Abs. 4 BGB). In diesem Fall kann nur das Kind die Vaterschaft anfechten.

Seit Juli 2018 (Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen) ist eine Feststellung des Samenspenders als rechtlicher Vater im Falle einer ärztlich unterstützten assistierten Befruchtung nicht mehr möglich (§ 1600d Abs. 4 BGB).²⁴⁵ Männer, die ihren Samen einer Samenbank zur Verfügung stellen und deren Samen nach dem 1. Juli 2018 verwendet wird, können seitdem also nicht mehr als Vater der Kinder festgestellt werden, die mit ihrem Samen gezeugt wurden. Etwas anderes gilt allerdings dann, wenn die Frau sich (im sogenannten privaten System) selbst

inseminiert.²⁴⁶ Auch in Fällen, in denen der Samen vor dem 1. Juli 2018 verwendet wurde, kann der Samenspender nach Anfechtung einer eventuellen anderweitigen rechtlichen Vaterschaft als rechtlicher Vater festgestellt werden.

Der Arbeitskreis Abstammungsrecht legte Mitte 2017 einen Bericht mit Empfehlungen für eine Aktualisierung des Abstammungsrechts vor. Grundgedanke ist eine Gleichsetzung der intendierten mit der juristischen Elternschaft: Die Person, die die Elternschaft übernehmen möchte, soll dies im Rahmen einer rechtlichen Eltern-Kind-Zuordnung bereits vorgeburtlich absichern können. Im Sinne einer Gleichstellung soll auch die Co-Mutter bei lesbischen Paaren als zweiter Elternteil anerkannt werden.

Uneinig war sich der Arbeitskreis beim Anfechtungsrecht des Kindes: Der Auffassung, dass das Anfechtungsrecht des Kindes – wie in vielen anderen europäischen Rechtsordnungen – künftig ausgeschlossen sein sollte,²⁴⁷ hat sich die Mehrheit der Mitglieder des Arbeitskreises nicht angeschlossen und stattdessen nur eine Einschränkung des Anfechtungsrechts des Kindes gefordert. Danach soll eine Anfechtung beispielsweise auch dann künftig möglich sein, wenn zwischen dem Kind und dem rechtlichen Vater keine sozial-familiäre Beziehung entstanden ist.²⁴⁸

6.3.3 Problemskizze

Die Regelungen des SaRegG betreffen nur Samenspenden im Rahmen einer medizinischen Behandlung. Vor allem gleichgeschlechtliche Paare und alleinstehende Frauen führen dagegen oft auch Behandlungen im privaten System durch. Für sie gibt es auch nach Gesetzeseinführung keine Möglichkeit, die Elternschaft im Vorfeld zu regeln. Auch das Berufsrecht der

²⁴⁵ Näher zu der Rechtsänderung Taupitz & Theodoridis (2018).

²⁴⁶ In der Literatur wird dieses Vorgehen zum Teil als „Becherspende“ bezeichnet.

²⁴⁷ So etwa Helms (2016), F 20 m. w. N.

²⁴⁸ Vgl. Arbeitskreis Abstammungsrecht (2017), S. 62 f.

Ärzte sah bis vor Kurzem Restriktionen für eine Samenspende bei lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen vor.²⁴⁹ Diese lassen sich mit dem gesellschaftlichen und rechtlichen Familienbegriff allein nicht mehr rechtfertigen. Dieser Begriff umfasst heute sowohl verheiratete als auch unverheiratete Paare mit gemeinsamen oder nicht gemeinsamen Kindern sowie Elternteile mit Kind, Alleinerziehende sowie sogenannte Stief-, Patchwork- oder Fortsetzungsfamilien (siehe Kap. 3).

Allerdings muss berücksichtigt werden, inwieweit das Kindeswohl gefährdet sein kann. Für Kinder, die bei zwei lesbischen Frauen aufwachsen, liegen gute empirische Daten vor, die einen normalen Verlauf der kindlichen Entwicklung bis ins Jugendlichenalter dokumentieren. Eine Normalisierung der Elternschaft lesbischer Paare durch entsprechende rechtliche Elternschaftsregelungen wird dazu beitragen, die sich ohnehin schon abzeichnende gesellschaftliche Anerkennung solcher Familienformen zu bekräftigen. Da eine gesicherte und verbindliche Elternschaft auch im Interesse des Kindes liegt, gibt es keinen Grund, einer lesbischen Partnerin der biologischen Mutter die Möglichkeit vorzuenthalten, das Kind schon vor der Geburt und ohne den Umweg über das komplizierte Adoptionsverfahren anzuerkennen.

²⁴⁹ Vgl. Punkt 3.1.1. der (Muster)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer vom 19.5.2006: „Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Ehemannes verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.“ Der Vorstand der Bundesärztekammer hat zwar beschlossen, dass diese Richtlinie gegenstandslos sei: Bundesärztekammer (2018a). Sofern einzelne Landesärztekammern eine entsprechende Regelung in ihr förmliches Recht übernommen und bisher nicht aufgehoben haben, ist dies von dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer jedoch nicht unmittelbar betroffen. Die anstelle der Muster-Richtlinie (gemäß § 16b TPG) erlassene Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion (Bundesärztekammer 2018b) äußert sich nicht zu dem Kreis der Personen, bei dem fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden dürfen.

Weniger eindeutig fällt die ethische Bewertung der Elternschaft alleinstehender Frauen mittels Samenspende aus. Die seit 1. Juli 2018 geltende Regelung des § 1600d Abs. 4 BGB (Ausschluss der Feststellung des Samenspenders als rechtlicher Vater) führt dazu, dass bei einer Samenspende an eine alleinstehende Frau das Kind unter Umständen keinem zweiten Elternteil rechtlich zugeordnet werden kann.²⁵⁰ Bislang liegen zu dieser Familienform wenig empirische Daten vor,²⁵¹ die allerdings keine psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern konstatieren. Jedoch muss bedacht werden, dass in diesem Fall mithilfe der Reproduktionsmedizin eine Form der rechtlichen Allein-Elternschaft geschaffen wird: Das Kind hat von Anfang an nur einen einzigen rechtlichen Elternteil – und auch nur eine familiäre Linie – mit Verantwortung für das Kind. Dies stellt aus der Perspektive des Kindes einen ethisch relevanten Unterschied zur weit verbreiteten und gesellschaftlich akzeptierten Situation der alleinerziehenden Mutter oder des alleinerziehenden Vaters dar, bei der das Kind, selbst wenn es in einem Haushalt mit nur einem Elternteil lebt, doch noch einen zweiten Elternteil hat, auf den ggf. zurückgegriffen werden kann. Die zweite Person in elterlicher Verantwortung kann z. B. bei der normalen Betreuung des Kindes einspringen oder dann, wenn sich zwischen Kind und hauptsächlich betreuender Person größere Probleme ergeben, wenn diese Person erkrankt oder gar verstirbt. Eine solche zusätzliche, regulär Verantwortung tragende Person gibt es bei der rechtlichen Solomutterschaft nicht. Auch die Möglichkeit eines Erbes aus der väterlichen Linie würde dem Kind einer Solomutter vorenthalten.²⁵²

²⁵⁰ Zwar kann der Samenspender die Vaterschaft anerkennen, soweit keine anderweitige rechtliche Vaterschaft besteht, § 1594 BGB. Die Vaterschaftsanerkennung bedarf jedoch der Zustimmung der Mutter (§ 1595 Abs. 1 BGB). Vgl. dazu Taupitz & Theodoridis (2018).

²⁵¹ Vgl. Golombok et al. (2016).

²⁵² Dazu BVerfGE 112, 332 (348): „grundsätzlich unentziehbare [...] wirtschaftliche Mindestbeteiligung der Kinder“ am Nachlass des Vaters).

Das Kind einer Solomutter ist also im Hinblick auf die elterliche Sorge sowohl in erzieherischer als auch in ökonomischer Hinsicht weniger gut abgesichert, und das Risiko eines seelischen oder materiellen Nachteils für das so gezeugte Kind fällt höher aus. Auch das Bundesverfassungsgerichts ist in mehreren Entscheidungen vom Zwei-Eltern-Prinzip ausgegangen.²⁵³ Allerdings hat der Gesetzgeber jüngst mit dem Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologischer Verwendung von Samen und der damit herbeigeführten Änderung des BGB (§ 1600d Abs. 4 BGB)²⁵⁴ selbst vorgesehen, dass im Fall einer medizinisch unterstützten künstlichen Befruchtung der Samenspender nicht als Vater des Kindes festgestellt werden kann. Sofern die Mutter nicht verheiratet ist, hat das Kind in diesem Fall folglich nur einen rechtlichen Elternteil. Geht man davon aus, dass diese Regelung verfassungsgemäß ist, kann einer Frau kaum mit guten Gründen verwehrt werden, sich ohne einen Partner, der als rechtlicher Vater zur Verfügung steht, fortzupflanzen. Sofern eine Solomutterschaft mithilfe der Fortpflanzungsmedizin herbeigeführt wird, sollte allerdings absehbar sein, dass mit der Solomutterschaft verbundene Nachteile so weit wie möglich durch eigene Vorkehrungen der Mutter oder durch Dritte (Freunde, Eltern der Mutter), die bei der Sorge für das Kind Verantwortung mitübernehmen, ausgeglichen werden können. Dies müsste dann auch Gegenstand einer psychosozialen Beratung sein.

In jedem Fall sollte jedoch das verfassungsrechtlich geschützte Recht des Kindes auf Kenntnis der Abstammung so

weit wie möglich in der Praxis umgesetzt werden. Dazu dienen die Regelungen des Samenspenderregistergesetzes. Zwar wird von einzelnen Autorinnen und Autoren die ethische Begründung dieses Rechts in Zweifel gezogen,²⁵⁵ und die Datenlage hinsichtlich der psychischen Gesundheit der Kinder in Familien mit und ohne Aufklärung ist tatsächlich nicht eindeutig, doch muss mit zunehmender genetischer Diagnostik davon ausgegangen werden, dass so gezeugte Personen zumindest als Erwachsene immer häufiger die fehlende genetische Verwandtschaft zum sozialen Vater herausfinden werden. Wenn aber betroffene Personen diesen Sachverhalt erst spät im Verlauf ihres Lebens oder ungeplant und durch Fremde erfahren, sind nach den vorliegenden Studien die Auswirkungen mehrheitlich negativ und können das Ausmaß eines biografischen Traumas annehmen.²⁵⁶ Aus diesem Grund wird zu einer frühzeitigen Aufklärung geraten;²⁵⁷ hierüber sollten die Wunschelemente im Rahmen einer psychosozialen Beratung vor Durchführung der Kinderwunschbehandlung aufgeklärt werden.

Einige Personen, die erfahren, dass sie mittels Samenspende gezeugt wurden, haben das Bedürfnis, mehr über die Identität des Samenspenders zu erfahren oder ihn kennenzulernen.²⁵⁸ Dieser Wunsch ist bei den sogenannten Altfällen jedoch oft nur schwer in die Tat umzusetzen. Nach dem Samenspenderregistergesetz werden nur die Daten von Zeugungen nach Inkrafttreten des Gesetzes zentral vom DIMDI verwaltet. Alle Altdaten werden weiterhin dezentral von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (bzw. Samen-

²⁵³ BVerfGE 25, 167 (184) zur Verfassungswidrigkeit des Ausschlusses der rechtlichen Vaterschaft: „Das ist insbesondere bei Rechtsvorschriften der Fall, die offensichtlich der Wertentscheidung der Verfassung widersprechen, wie etwa [...] der Nichtanerkennung einer Verwandtschaft zwischen dem unehelichen Kind und seinem Vater.“ Zum Zwei-Eltern-Prinzip vgl. auch BVerfGE 108, 82 (101 f.); 133, 59, (77 ff.). Vgl. aber auch Reuß (2016), S. 353 ff., insbesondere 358 ff.

²⁵⁴ Vgl. BGBl. 2017 I, S. 2513.

²⁵⁵ Vgl. Pennings (2017).

²⁵⁶ Vgl. Blyth et al. (2012); Turner & Coyle (2000).

²⁵⁷ Eine Aufklärung der Kinder über die Herkunft nach Samenspende wird aus psychologischen, familiendynamischen, medizinischen und ethischen Gesichtspunkten auch in der AWMF-Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ nahegelegt. Kentenich et al. (2014).

²⁵⁸ Vgl. Blyth et al. (2012).

banken) dokumentiert.²⁵⁹ Es wäre sinnvoll gewesen, auch die Altdaten zentral zu erfassen, sodass alle Personen eine einheitliche Anlaufstelle für ein Auskunftsersuchen haben.

Nicht wenige durch Samenspende Gezeugte haben auch ein Interesse daran, Halb- oder Vollgeschwister kennenzulernen.²⁶⁰ Die Möglichkeit, von ihnen Kenntnis zu erlangen, ist in Deutschland nicht zuletzt auch aus dem Blickwinkel strafbaren Inzests sinnvoll. Daher sind geeignete Maßnahmen zu treffen, dies im Rahmen der Auskunftsmöglichkeiten durch das DIMDI datenschutzrechtlich konform zu ermöglichen.

Für Männer, deren Samen vor Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes verwendet wurde oder deren Samen nicht über eine Samenbank verwendet wird, besteht nach wie vor das Risiko, dass sie gerichtlich als Vater festgestellt werden, sofern das Kind die Vaterschaft eines anderen Mannes erfolgreich anfigt. Auch dadurch wird ein offener Umgang mit der genetischen Abstammung eher verhindert.

Eine Familienbildung mithilfe Dritter verlangt von den Betroffenen, komplexe Familienverhältnisse in ihren Alltag zu integrieren. Auf die damit verbundenen seelischen und sozialen Herausforderungen sollten die an einer Zeugung beteiligten Personen gut vorbereitet sein. Auch kann eine Beratung der Wunscheltern zu einer angemessenen Aufklärung der Kinder hilfreich sein. Im Gesetz ist zwar erwähnt, dass Auskunft suchende Personen auf eine spezifische Beratung hingewiesen werden sollen. Es wäre jedoch sinnvoll, ein solches Beratungsangebot auch Samenspendern vor Kontaktersuchen anzubieten und ein psychosoziales Versorgungsangebot vor, während und nach Kontakten vorzu-

halten.²⁶¹ Da bislang wenig Wissen über Kontakte zwischen Kind und Spender sowie Kind und Halbgeschwistern vorliegt und wissenschaftliche Studien gänzlich fehlen, ist Begleitforschung erforderlich, sodass entsprechende psychosoziale Versorgungskonzepte weiterentwickelt werden können.

6.3.4 Empfehlungen

- Eine Samenspende darf nur mit Einwilligung des Spenders verwendet werden. Eine erteilte Einwilligung sollte nur bis zum Beginn der Befruchtung widerrufen werden können.
- Die Verwendung von Samen in Kenntnis des Todes des Spenders sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist und wenn der Spender erst nach der extrakorporalen Einleitung der Befruchtung verstorben ist.
- Die Dauer der Kryokonservierung von Samenzellen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch der Person, von der die Samenzellen stammen, verkürzt oder um angemessene Zeiträume verlängert werden können.
- Samenzellen dürfen nicht kommerziell gehandelt werden. Für die Spende darf lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
- Die Zahl der durch medizinisch assistierte Spende von Samenzellen pro Spender gezeugten Kinder sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spender die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch

²⁵⁹ Die Dauer auch dieser Dokumentation wurde auf 110 Jahre verlängert.

²⁶⁰ Vgl. Blyth et al. (2012).

²⁶¹ Vgl. Thorn (2015).

- über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.
- Das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung vor Beginn der Behandlung muss verpflichtend sein. Die Beratung sollte entsprechend den in Kapitel 7 formulierten Empfehlungen ausgestaltet werden.
 - Werden Samenzellen aus einer Samenspende mit der Zustimmung des Spenders und der Wunscheltern verwendet, sollten die Wunscheltern mit der Geburt des Kindes auch dessen rechtliche Eltern werden. Eine Anfechtung durch den Samenspender oder die Wunscheltern sollte ausgeschlossen sein. Dem Kind sollte lediglich in eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa bei erheblicher Kindeswohlgefährdung durch den rechtlichen Vater, ein Anfechtungsrecht zustehen.
 - Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aller Kinder, die nach einer Samenspende geboren werden, sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen und organisatorische Vorkehrungen, insbesondere durch Ausweitung des Samenspenderregisters, gewährleistet werden.
 - Mit Einwilligung des Spenders und der Wunscheltern sollte ein gegenseitiges Kennenlernen möglich sein.
 - Darüber hinaus sollte es möglich sein, Kenntnis von der Existenz von Halb- oder Vollgeschwistern zu erhalten. Für die Offenlegung von deren Identität gegenüber Halb- oder Vollgeschwistern sollte Voraussetzung sein, dass sie sich gegenüber dem Register damit einverstanden erklärt haben. Ein Kind sollte diese Einwilligung nach Vollendung des 16. Lebensjahres selbst erklären können, davor sollten seine Eltern zuständig sein.
 - Eine psychosoziale Beratung der Kinder, der Spender sowie ihrer jeweiligen Familien insbesondere vor der Kontaktaufnahme sollte angeboten werden. Die Beratung sollte entsprechend den in Kapitel 7 formulierten Empfehlungen ausgestaltet werden.
 - Es sollte gesetzlich geregelt werden, in welcher Form ärztlich dokumentierte Daten aus Samenspenden vor Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes in das zentrale Register überführt werden.
 - Für Samenspenden außerhalb medizinischer Einrichtungen und für solche vor Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes nicht erfasst werden, sollte es Spendern ermöglicht werden, ihre Daten an das Samenspenderregister zu melden.

6.4 Eizellspende

6.4.1 Medizinische Grundlagen

Bei einer Eizellspende erhält eine Frau Eizellen von einer anderen Frau. Diese Eizellen werden dann mit dem Samen des Partners der Wunschmutter oder aber mit Spendersamen befruchtet; anschließend wird der Embryo auf diese Frau zur Erlangung einer Schwangerschaft transferiert. Die erste Geburt nach Eizellspende wurde bereits 1984 dokumentiert.²⁶²

Medizinische Indikationen für eine Behandlung mit Eizellspende sind z. B. genetisch bedingte Unfruchtbarkeit (z. B. Turner-Syndrom 45, Xo), fehlende oder durch Operationen in ihrer Funktionsfähigkeit stark eingeschränkte Eierstöcke (z. B. rezidivierende Zysten, Endometriose), vorzeitige Menopause sowie mehrfach nachgewiesenes geringes Ansprechen im Stimulationsverfahren, also z. B.

²⁶² Vgl. Lutjen et al. (1984).

weniger als drei gewonnene Eizellen nach hochdosierter hormoneller Stimulation im IVF-Verfahren.²⁶³ Etwa 1–2 % aller Frauen unter 40 Jahren haben keine oder nicht genügend Eizellen, um schwanger werden zu können.

In Europa wurden im Jahre 2014 insgesamt 56.516 Patientinnen mit Eizellspende behandelt.²⁶⁴ Nach Zahlen aus Ländern, in denen die Eizellspende erlaubt ist, wie den USA²⁶⁵ und Großbritannien²⁶⁶, ist davon auszugehen, dass in Deutschland bei etwa 1.000–3.000 Patientinnen pro Jahr ein Interesse an einer Eizellspende aus medizinischer Indikation vor Erreichen der Wechseljahre bestehen könnte. Die Wahrscheinlichkeit einer Geburt nach Eizellspende ist im Vergleich zur In-vitro-Fertilisation mit eigenen Eizellen höher.²⁶⁷ Internationale Daten aus den USA und Großbritannien geben die Wahrscheinlichkeit einer Geburt mit 32–57 % pro Behandlung an.²⁶⁸

Dabei sind allerdings höhere Risiken für den Schwangerschaftsverlauf nach einer Eizellspende zu bedenken:²⁶⁹ Nach spontaner Empfängnis tritt eine Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft bei etwa 7 % aller schwangeren Frauen auf.²⁷⁰ Geht der Bluthochdruck mit einem Eiweißverlust und Wassereinlagerungen (Ödembildung) einher, spricht man von

einer Präeklampsie.²⁷¹ Die Häufigkeit einer Präeklampsie bei erstgebärenden Frauen beträgt 3–5 %.²⁷² Bei einer Eizellspende ist das Risiko für derartige Komplikationen etwa um den Faktor 2 erhöht.²⁷³ Auch das Risiko für Frühgeburtlichkeit ist bei der Eizellspende gegenüber der IVF-/ICSI-Methode bei Einlingen auch nach Einbeziehung weiterer Faktoren wie das Alter der Mutter erhöht.²⁷⁴ Die Risiken steigen bei Mehrlingen zusätzlich, sodass auch im Falle einer Eizellspende ein eSET durchgeführt werden sollte.

Abgesehen von den vorstehend geschilderten Risiken weisen Kinder, die infolge einer Eizellspende geboren wurden, keine vermehrten Auffälligkeiten hinsichtlich des Kindeswohls auf. Nach ausländischen Untersuchungen sind die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder sowie die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung vergleichbar mit der von spontan gezeugten Kindern.²⁷⁵

Neben den Risiken für die Schwangere sind auch die Risiken für die Eizellspenderin zu bedenken, zumal diese selbst keine medizinischen Vorteile von der Behandlung hat. Die Eizellspenderin erhält eine hormonelle Stimulation, um möglichst etwa 10–15 Eizellen pro Behandlungsversuch zu gewinnen. Dies kann das Risiko eines ovariellen Überstimulations-syndroms mit deutlich vergrößerten Eierstöcken und einer Wasseransammlung im Bauch mit sich bringen, auch wenn heute relativ schonende Verfahren zur Verfügung stehen.²⁷⁶ Bei der Entnahme der Eizellen besteht zudem das Risiko von Infektionen und Unverträglichkeiten der Anästhesie. In Nachuntersuchun-

263 Vgl. Kantenich & Griesinger (2013).

264 Vgl. De Geyter et al. (2018).

265 Vgl. Centers for Disease Control and Prevention (2016).

266 Vgl. Human Fertilisation and Embryology Authority (2016).

267 Hintergrund ist, dass zumeist Eizellen jüngerer Frauen verwendet werden und diese vergleichsweise häufig über einen euploiden Chromosomensatz verfügen.

268 Vgl. Human Fertilisation and Embryology Authority (2016); Centers for Disease Control and Prevention (2016).

269 Vgl. Van der Hoorn et al. (2010); Pecks et al. (2011); Savasi et al. (2016).

270 Blutdruckerhöhung (Hypertonus) in der Schwangerschaft betrifft vor allen Dingen Erstgebärende, Frauen über 40 und Frauen mit bereits vorher bestehendem Hypertonus.

271 Risikofaktoren für Präeklampsie sind: Alter der Frau über 40 (RR 3,0), Erstgebärende (RR 3,0), Zwillingsschwangerschaften (RR 4,0), Präeklampsie in der Familie (RR 5,0), chronischer Hypertonus (RR 10).

272 Vgl. Schneider et al. (2016).

273 Vgl. Savasi et al. (2016); Storgaard et al. (2017).

274 Vgl. Storgaard et al. (2017).

275 Vgl. Söderström-Anttila (2001); Golombok et al. (2005); Ilioi et al. (2015); Golombok (2015).

276 Vgl. Antagonistenprotokoll, Ovulationsinduktion mit GnRH-Agonist. Youssef et al. (2014).

gen zu Eizellspenden lag das Risiko für ein Überstimulationssyndrom bei 0,5% und für schwere Komplikationen bei der Eizellentnahme bei 0,4%.²⁷⁷ Die Stimulation hat nach bisherigem Wissenstand offenbar keine negativen gesundheitlichen Spätfolgen, wie sich aus den übertragbaren Daten aus IVF-Behandlungen mit den eigenen Eizellen der betreffenden Frauen schließen lässt.²⁷⁸ Bislang gibt es auch keine Hinweise auf negative Spätfolgen für Eizellspenderinnen mit Blick auf die Erfüllung ihres eigenen Kinderwunsches.²⁷⁹

Als eine mögliche Alternative zu einer Eizellspende wird die Aufteilung der Eizellen im Sinne eines *egg-sharing* diskutiert. Hierbei werden bei einer Frau, bei der relativ viele Eizellen – etwa 20 pro Behandlung – gewonnen wurden, einige dieser Eizellen für die eigene Behandlung genutzt, die übrigen einer anderen Frau gespendet.²⁸⁰ Dieses Verfahren wird aber international wenig angewandt: Zum einen steigt beim Versuch, eine so große Anzahl von Eizellen zu gewinnen, das Risiko für ein Überstimulationssyndrom. Zum anderen ist zu bedenken, dass die Eizellspenderin, die selbst in Behandlung ist, aller Wahrscheinlichkeit nach die Eizellen

mit den besseren Einnistungschancen für sich wünscht, sodass nur die Eizellen mit geringeren Einnistungschancen der anderen Empfängerin zur Verfügung gestellt würden.

Auch die Verwendung von Eizellen, die im Rahmen der In-vitro-Fertilisation „überrig bleiben“ und eingefroren werden, ist nur eine theoretische Möglichkeit, da Eizellen meistens im Vorkernstadium oder als Embryonen eingefroren werden, also bereits imprägniert sind, wohingegen die Wunschmutter in der Regel eine Befruchtung mit dem Samen ihres Partners wünscht.

6.4.2 Rechtlicher Rahmen

Nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 ESchG wird „bestraft, wer auf eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt“. Die Durchführung einer „Eizellspende“ ist damit verboten. Darüber hinaus ist es nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG strafbar, eine Eizelle zu einem anderen Zweck künstlich zu befruchten, als eine Schwangerschaft bei der Frau herbeizuführen, von der die Eizelle stammt. Des Weiteren wird nach § 1 Abs. 2 ESchG „bestraft, wer 1. künstlich bewirkt, daß eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle eindringt, oder 2. eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle künstlich verbringt, ohne eine Schwangerschaft der Frau herbeiführen zu wollen, von der die Eizelle stammt“. Damit ist auch eine Kombination aus Eizellspende und Samenspende, insbesondere die gezielte Herstellung von Vorkernstadien und Embryonen unter Verwendung einer Eizelle, die nicht von der austragenden Mutter stammt, verboten, wenn dies mit der Absicht einer späteren Spende geschieht.²⁸¹ Nicht bestraft werden sollen allerdings die Frau, von der die Eizelle stammt, und die Frau, auf die die Eizelle übertragen wird (§ 1 Abs. 3 ESchG).

²⁷⁷ Vgl. Bodri et al (2008); In der Arbeit von Söderström-Anttila et al. (2016a) wird hingegen das Risiko einer Überstimulation mit 5% angegeben. Allerdings differenziert diese Studie nicht zwischen den verschiedenen Schweregraden einer Überstimulation, zudem ist die Zahl der Eizellspenderinnen, die in die Untersuchung einbezogen wurde, deutlich niedriger als in der genannten Arbeit von Bodri et al. Für Deutschland gibt es aufgrund des Verbots der Eizellspende keine entsprechenden Untersuchungen. Nimmt man hier die Zahlen im Rahmen einer IVF-Behandlung, so beträgt das Risiko für eine schwere Überstimulation 0,2% und für Komplikationen bei der Eizellentnahme 1,1% (Deutsches IVF-Register (2018a)). Insgesamt dürften die niedrigen Komplikationsraten in der Arbeit von Bodri et al. eher repräsentativ sein, weil sie eine hohe Patientinnenzahl einbeziehen und den internationalen Erfahrungen mit Komplikationen/Überstimulationssyndrom im Rahmen des IVF/ICSI-Verfahren entsprechen. Schwere Komplikationen wie Infektionen und Blutungen sind sehr selten und nahezu immer ohne Langzeitfolgen behandelbar.

²⁷⁸ Jedenfalls in Bezug auf die am häufigsten bei Frauen auftretende Tumorerkrankung, das Mammakarzinom, zeigen Sergentanis et al. (2014), wenn auch mit Verweis auf weitere nötige Untersuchungen, dass die Stimulation und die IVF-Behandlung nicht zu einer größeren Häufigkeit beitragen.

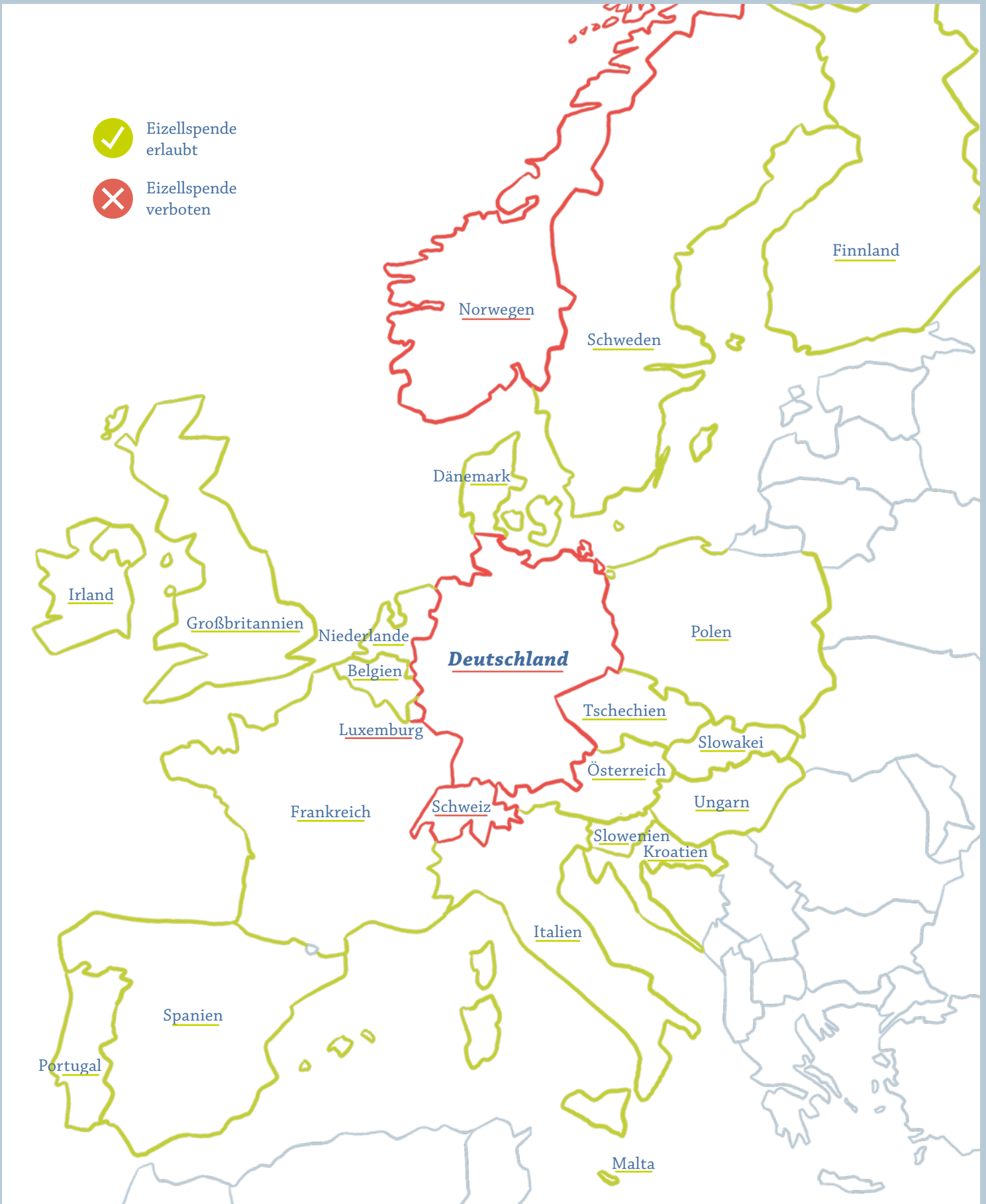
²⁷⁹ Vgl. Stoop et al. (2012).

²⁸⁰ Vgl. Kentenich & Griesinger (2013).

²⁸¹ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016), S. 37 ff.; Taupitz & Hermes (2015b), 1802 (1804); a. A. Frommel (2015); Frommel (2011).

Eizellspende in Zentral- und Nordeuropa

In Deutschland ist die Eizellspende verboten. Es ist den Frauenärztinnen und -ärzten/Fortpflanzungsmedizinischen Zentren in Deutschland ebenfalls verboten, vorbereitende Maßnahmen für eine Eizellspende durchzuführen.



Der deutsche Gesetzgeber entschied sich zu den genannten Verboten vor allem²⁸², um eine sogenannte gespaltene Mutterschaft zu verhindern, bei der die genetische und die austragende Mutter nicht identisch sind. Zur Begründung wurde vor allem auf das Kindeswohl verwiesen, das bei einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft gefährdet sei. Befürchtet wurden seelische Konflikte bzw. Beeinträchtigungen sowie Identitätsfindungsprobleme des Kindes.²⁸³ In der Begründung zum ESchG heißt es, dass es keine Erkenntnisse darüber gebe, wie junge Menschen die Tatsache, dass zwei Mütter ihre Existenz mitbedingt haben, verkraften würden. Es liege zudem die Annahme nahe, dass einem jungen Menschen die Identitätsfindung wesentlich erschwert werde, wenn er sein Leben drei Elternteilen zu verdanken habe. Eine zusätzliche Belastung für das Kind sei zudem in dem Fall möglich, dass zwar die Empfängerin der Eizellspende ein Kind bekommen habe, der Spenderin selbst aber trotz assistierter Befruchtung eine Schwangerschaft versagt geblieben ist. Wenn die Spenderin in einem solchen Fall versuche, auf das ihr „genetisch zugehörige“, aber einer anderen Frau „gehörende“ Kind Einfluss zu nehmen, ließen sich „erhebliche seelische Konflikte“ für das Kind jedenfalls nicht ausschließen.²⁸⁴

Angesichts der rechtlichen Situation in Deutschland gehen nach Schätzungen Frauen aus Deutschland zu mehreren tausend Behandlungszyklen pro Jahr ins Ausland.²⁸⁵ Sie unterliegen dann der jeweiligen nationalen gesetzlichen Regulierung für die Eizellspende. In einigen Ländern, wie beispielsweise Großbritannien, ist die Eizellspende nur möglich bei Nachverfolgbarkeit der Eizellspenderin. In an-

deren Ländern ist die Eizellspende hingegen nur auf anonymer Basis möglich, so beispielsweise in Spanien, was bedeutet, dass den Kindern später die genetische Herkunft auf Verlangen nicht bekannt gemacht werden kann.

Weder die Eizellspenderin noch die Empfängerin haben im Fall einer im Ausland durchgeführten Eizellspende eine Bestrafung nach deutschem Recht zu befürchten (s. o.). Demgegenüber ist für Fortpflanzungsmedizinerinnen und -mediziner sowie andere Personen in Deutschland von Bedeutung, dass das deutsche Strafrecht auf die Teilnahme – Anstiftung und Beihilfe²⁸⁶ – an einer im Ausland begangenen Tat selbst dann anwendbar ist, wenn die Tat im Ausland nicht unter Strafe steht, aber der Tatbeitrag vom Inland aus erfolgt (§ 9 Abs. 2 Satz 2 StGB). Deshalb macht sich z. B. ein in Deutschland tätiger Arzt/eine in Deutschland tätige Ärztin, der bzw. die einer Patientin konkret zu einer in Deutschland verbotenen Eizellspende im Ausland verhilft oder im Wissen um die geplante Eizellspende medizinische Vorbereitungsmaßnahmen durchführt, wegen Anstiftung oder Beihilfe strafbar.²⁸⁷ Je konkreter der Hinweis oder die Hilfestellung hinsichtlich einer bestimmten Handlung und/oder Institution ist, umso größer ist das Risiko strafrechtlicher Verfolgung.

6.4.3 Problemskizze

Eine Eizellspende könnte einer Frau, die über keine verwendbaren Eizellen verfügt, bei der Realisierung ihres Kinderwunsches helfen. Das geltende Verbot der Eizellspende greift also in ihre Fortpflanzungsfreiheit ein. Das vom Gesetzgeber zur Begründung dieses Verbots herangezogene Argument,

²⁸² Darüber hinaus soll durch das Verbot des § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG die Entstehung sogenannter überzähliger Embryonen verhindert werden, siehe dazu Kap. 6.5.2.

²⁸³ Vgl. Begründung zum Entwurf des ESchG v. 25.10.1989, BT-Drucksache 11/5460, 7.

²⁸⁴ Vgl. Begründung zum Entwurf des ESchG v. 25.10.1989, BT-Drucksache 11/5460, 7.

²⁸⁵ Vgl. Shenfield et al. (2010).

²⁸⁶ Anstiftung bedeutet das Hervorrufen des Tatentschlusses. Beihilfe kann jede Förderung der Tat, auch psychischer Art, sein.

²⁸⁷ Vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2016); Conte (2013); vgl. auch (aus dem Blickwinkel einer Post-mortem-Befruchtung) OLG München, Urteil v. 1.2.2017 – 3 U 4080/16; anders aber AG Augsburg, Beschluss v. 19.8.2016 – 10 Cs 202 Js 134650/12 (3), medstra 2016, 383 f.; vgl. dazu Frister (2016).

die sogenannte gespaltene Mutterschaft gefährde das Kindeswohl, ist nach heutigem Kenntnisstand nicht überzeugend. Eine sogenannte gespaltene Elternschaft entsteht auch nach Samenspende oder bei Adoption, ohne dass dies als ausreichend für ein prinzipielles Verbot dieser Verfahren angesehen würde. Der Gesetzgeber ging bei der Abfassung des Embryonenschutzgesetzes offensichtlich noch von der Annahme aus, die genetische Beziehung zur Mutter habe einen größeren Stellenwert als die genetische Beziehung zum Vater. Dabei wurde vermutlich nicht ausreichend zwischen sozialer Beziehung und genetischer Beziehung unterschieden. Es scheint, als ob die Ende der 1980er Jahre noch übliche ungleiche Verteilung der sozialen Rollen von Mutter und Vater mit der entsprechend oft engeren Bindung zwischen Mutter und Kind auf die Bewertung der genetischen Beziehung übertragen worden wäre. Mittlerweile übernehmen Väter mehr und mehr auch solche Erziehungsaufgaben, die traditionell Frauen zugeschrieben wurden. In der Folge veränderte sich auch die gesellschaftliche Einschätzung der Bedeutung der Vaterschaft mit einer entsprechenden Aufwertung der genetischen Vaterschaft – erkennbar etwa an der aufgewerteten Rolle des Samenspenders im Abstammungsrecht – sowie einer Anpassung der relativ übermäßigen Gewichtung der genetischen Mutterschaft.

Auch die empirische Forschung konnte bislang keinen substanziellen Unterschied in der Bewertung der sogenannten gespaltenen Vaterschaft und Mutterschaft durch so gezeugte Kinder nachweisen (s. o.). Für die Qualität des konkreten Familienlebens ist das Eltern-Kind-Verhältnis nach der Geburt entscheidend. Dies gilt sogar bei Kindern, die später erfahren, dass ihre Zeugung oder Geburt zunächst vermieden werden sollte.²⁸⁸ Jedoch ist zu kons-

tatieren, dass die sogenannte gespaltene Elternschaft durchaus Identitäts- und Beziehungskonflikte mit sich bringen kann. Allerdings scheinen diese vor allem dann aufzutreten, wenn das Kind bzw. der/die Erwachsene überraschend und unvorbereitet (etwa durch Dritte) Kenntnis über die Zeugung mittels Gametenspende erhielt. Damit kann eine Identitätskrise eintreten und ein Verlust von Vertrauen zu den rechtlich-sozialen Eltern ausgelöst werden. Solchen Krisen kann – so jedenfalls die Sicht der Entwicklungspsychologie – durch eine einfühlsame altersgemäße, von den Eltern gestaltete Aufklärung vorgebeugt werden. Immerhin handelt es sich um Wunschkinder, deren Eltern in aller Regel zuvor große Anstrengungen unternommen haben, selbst ein Kind zu zeugen.²⁸⁹ Im Übrigen stellen sich hinsichtlich des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung sowie des Erfordernisses einer psychosozialen Beratung der Wunscheltern die gleichen Anforderungen wie bei der Samenspende (vgl. Kap. 6.3 sowie Kap. 7).

In der Diskussion um eine mögliche Liberalisierung der Eizellspende in Deutschland wird oft kritisiert, die finanzielle Notlage von Spenderinnen werde ausgenutzt und deren Körper werde instrumentalisiert.²⁹⁰ Zudem wird kritisiert, dass Frauen, die eine Spende in Betracht ziehen, oft nicht ausreichend über die Risiken der Spende informiert seien. Zwar ist die finanzielle Entschädigung tatsächlich ein wirksamer Anreiz für die Spenderin, sich einer medizinischen Behandlung mit Risiken auszusetzen, ohne selbst einen medizinischen Vorteil hiervon zu haben. Doch konnten die medizinischen Risiken der Spende in den letzten Jahren durch verbesserte Stimulationsprotokolle deutlich reduziert werden. Studien zeigen, dass die Eizellspende keinen nachteiligen Einfluss

²⁸⁸ Vgl. BVerfGE 96, 375 (402 f.). Das Gericht hat zugleich entschieden, dass es nicht den Grundgedanken des Art. 1 Abs. 1 GG berühre, wenn dem Kind wegen der Kenntnis seiner Unerwünschtheit psychische Schäden drohen.

²⁸⁹ Vgl. Taupitz (2014), C. II. § 1 Abs. 1 Nr. 1 Rn. 7.

²⁹⁰ Vgl. Graumann (2016), S. 62, 63 f., 66 ff.

auf die Fertilität der Spenderin hat.²⁹¹ Der Gefahr einer mangelnden Aufklärung der Spenderin kann durch eine verbindliche unabhängige Beratung vorgebeugt werden. Auch kann die Höhe der Aufwandsentschädigung begrenzt werden, um einen unangemessenen Anreiz zu vermeiden.²⁹² Eine Ausbeutung der Spenderinnen, wie sie im Ausland gelegentlich zu konstatieren ist,²⁹³ könnte bei Zulassung der Eizellspende in Deutschland wesentlich leichter verhindert werden. Die rechtliche Regelung der Lebendorganspende in Deutschland zeigt, dass sich entsprechende Auflagen effektiv umsetzen lassen. Ohnehin ließe sich auch das Recht des Kindes auf Kenntnis der Abstammung wesentlich einfacher gewährleisten, wenn die Eizellspende in Deutschland mit entsprechender Dokumentation zulässig wäre. Das würde auch der Spenderin die Chance eröffnen, eine Information über die Zahl der durch ihre Spende gezeugten Kinder zu erhalten.

Risikoschwangerschaften durch ein zu hohes Alter der Eizellempfängerin sollten so weit wie möglich vermieden werden. Zumindest muss die Frau über das Risiko angemessen aufgeklärt worden sein.

6.4.4 Empfehlungen

- Die Eizellspende sollte in Deutschland erlaubt werden.
- Die Art der Stimulation und die Zahl der Stimulationszyklen müssen so beschaffen sein, dass die Risiken für die Spenderin minimiert werden.
- Über die Risiken bei einer Schwangerschaft durch Eizellspende, insbesondere Bluthochdruck und Präeklampsie, muss die Empfängerin angemessen aufgeklärt werden.

- Im Regelfall sollte die Empfängerin nicht älter als etwa 50 Jahre sein, da die gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind altersabhängig zunehmen.
- Die Dauer der Kryokonservierung von Eizellen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch der Person, von der die Eizellen stammen, verkürzt oder um angemessene Zeiträume verlängert werden können.
- Eizellen dürfen nicht kommerziell gehandelt werden. Für die Spende darf lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung geleistet werden.
- Die Zahl der pro Spenderin aus Eizellspenden gezeugten Kinder sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spenderinnen die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.
- Eine Eizellspende sollte nur mit Einwilligung der Spenderin vorgenommen werden. Eine erteilte Einwilligung sollte nur bis zum Beginn der Befruchtung widerrufen werden können.
- Das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung vor Beginn der Behandlung muss verpflichtend sein. Die Beratung sollte entsprechend den in Kapitel 7 formulierten Empfehlungen ausgestaltet werden.
- Werden Eizellen mit der Zustimmung der Spenderin und der Wunscheltern verwendet, sollten die Wunscheltern mit der Geburt des Kindes auch dessen rechtliche Eltern werden. Eine Anfechtung durch die Spenderin oder die Wunscheltern sollte ausgeschlossen

²⁹¹ Vgl. Stoop et al. (2012).

²⁹² Beispielhaft könnten die Regelungen in Großbritannien sein (HFEA, Code of Practice), die als Aufwandsentschädigung einen Betrag von 750 Pfund pro Behandlungszyklus vorsehen.

²⁹³ Z. B. in Rumänien: Nahman (2016); vgl. auch Bergmann (2014).

sen sein. Dem Kind sollte lediglich in eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa bei erheblicher Kindeswohlgefährdung durch die rechtliche Mutter, ein Anfechtungsrecht zustehen.

- Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aller Kinder, die nach einer Eizellspende geboren werden, sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen und organisatorische Vorkehrungen, insbesondere durch Ausweitung des Samenspenderregisters zu einem auch Eizellspenden umfassenden Spenderregister, gewährleistet werden.
- Mit Einwilligung der Spenderin und der Wunscheltern sollte ein gegenseitiges Kennenlernen möglich sein.
- Darüber hinaus sollte es möglich sein, Kenntnis von der Existenz von Halb- oder Vollgeschwistern zu erhalten. Für die Offenlegung von deren Identität gegenüber Halb- oder Vollgeschwistern sollte Voraussetzung sein, dass sie sich gegenüber dem Register damit einverstanden erklärt haben. Ein Kind sollte diese Einwilligung nach Vollendung des 16. Lebensjahres selbst erklären können, davor sollten seine Eltern zuständig sein.
- Eine psychosoziale Beratung der Kinder, der Spenderin sowie ihrer jeweiligen Familien insbesondere vor der Kontaktaufnahme sollte angeboten werden. Die Beratung sollte entsprechend den in Kapitel 7 formulierten Empfehlungen ausgestaltet werden.
- Die Verwendung von Eizellen in Kenntnis des Todes der Spenderin sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist und

wenn die Spenderin erst nach der extrakorporalen Einleitung der Befruchtung der Eizellen verstorben ist.

6.5 Spende sogenannter überzähliger Embryonen

Embryonen können für eine Spende in Betracht kommen, wenn sie für die fortpflanzungsmedizinische Behandlung des Paares, für das sie erzeugt wurden, endgültig nicht mehr verwendet werden können oder verwendet werden sollen. Man spricht insoweit von sogenannten überzähligen Embryonen. Sie können z. B. entstehen, wenn nach Etablierung einer oder mehrerer Schwangerschaften die Familienplanung abgeschlossen ist, der Kinderwunsch aus anderen Gründen nicht mehr aktuell ist, beispielsweise aufgrund des Lebensalters, die Paarbeziehung aufgegeben wurde und damit kein gemeinsamer Kinderwunsch mehr besteht, wenn medizinische Gründe gegen eine weitere Schwangerschaft sprechen oder die Patientin gar gestorben ist. In Betracht kommen aber auch finanzielle Gründe, etwa im Hinblick auf die Kosten der Kryokonservierung.

In allen genannten Fällen können die Paare den Vertrag über die Kryokonservierung und Lagerung ihrer Embryonen kündigen; damit einher geht in der Regel der Auftrag an das beteiligte Kinderwunschzentrum, diese zu verwerfen. Aus dem Ausland, wo derartige Situationen deutlich häufiger entstehen, ist bekannt, dass diese Option mit Konflikten belastet sein kann und eine psychosoziale Beratung erfordert.²⁹⁴ Als Alternative kann betroffenen Paaren die Möglichkeit angeboten werden, ihre Embryonen als „Spende“ für den Transfer auf eine Kinderwunschpatientin zur Verfügung zu stellen.

²⁹⁴ Vgl. Söderström-Anttila et al. (2001).

Grundsätzlich können Embryonen allerdings auch gezielt aus gespendeten Samenzellen (vgl. Kap. 6.3) und gespendeten Eizellen (vgl. Kap. 6.4) entwickelt werden, um die Embryonen dann in die Gebärmutter einer Frau, von der die Eizelle nicht stammt, zu setzen. In diesem Fall handelt es sich also nicht um sogenannte überzählige Embryonen, sondern um eine besondere Form der Nutzung gespendeter Samen zusammen mit gespendeten Eizellen. Anwendbar sind deshalb die Regelungen über die Samenspende und zum derzeitigen Verbot der Eizellspende, auch wenn letztlich Embryonen übertragen werden. Gleiches gilt für die Spende von Vorkernstadien, also von Eizellen, die sich noch im Befruchtungsvorgang befinden und in Spendeabsicht weiterkultiviert werden; auch diese Spende ist rechtlich der Samen- und (derzeit verbotenen) Eizellspende zuzuordnen, obwohl die Beteiligten von einer Embryospende ausgehen und diese im medizinischen Sinne auch gegeben ist.

In der Literatur werden die Begriffe „Embryospende“ und „Embryooption“ häufig synonym verwendet. Man kann damit allerdings auch, wie der Deutsche Ethikrat, unterschiedliche Perspektiven zum Ausdruck bringen: Eine „Embryospende“ deutet dann die Perspektive der Eltern an, die den Embryo für die Übertragung auf andere Eltern weitergeben, während die Perspektive der Wunsch- oder Empfängereltern durch den Begriff „Embryooption“ gekennzeichnet wird.²⁹⁵ In dieser Stellungnahme werden beide Begriffe gemeinsam verwendet.

6.5.1 Medizinische Grundlagen

Bei der Embryospende/Embryooption wird ein Embryo, also die Eizelle nach Abschluss der Befruchtung (vgl. § 8 ESchG), in die Gebärmutter einer Wunschmutter verbracht, von der die zur Entstehung des Embryos verwendete Eizelle nicht stammt.

Ähnlich wie bei der Eizellspende kann durch die Embryospende/Embryooption eine Wunschmutter auch dann schwanger werden, wenn sie selbst keine bzw. keine geeigneten eigenen Eizellen zur Verfügung hat (vgl. Kap. 6.4.1). Die Embryospende kommt insbesondere dann in Betracht, wenn gleichzeitig der Partner der Wunschmutter keine geeigneten eigenen Samenzellen zur Verfügung hat (vgl. Kap. 6.3.1).

Eine erfolgsversprechende Embryospende/Embryooption setzt eine funktionsfähige Gebärmutter der Wunschmutter voraus. Sofern deren Eierstöcke keine ausreichenden Hormone bilden, ist ggf. die Zufuhr externer Hormone erforderlich, um die Gebärmutterschleimhaut für die Einnistung der gespendeten Embryonen vorzubereiten und um die Frühschwangerschaft zu unterstützen. Im Laufe der ersten Schwangerschaftswochen übernehmen dann zunehmend Embryo und Mutterkuchen die Produktion ausreichender Hormone. Die erforderliche Hormonbehandlung und das Monitoring des Zyklus in Vorbereitungen des Transfers der gespendeten Embryonen entsprechen im Wesentlichen denen bei der Eizellspende (vgl. Kap. 6.4.1).

Die Erfahrung zeigt, dass die Schwangerschaftsraten ähnlich wie nach Eizellspende weitgehend unabhängig vom Alter der Empfängerin sind und stattdessen im Wesentlichen vom Alter der Frau beeinflusst werden, deren Eizelle verwendet wurde.²⁹⁶ Allerdings stammen sogenannte überzählige Embryonen, die zur Spende freigegeben worden sind, in aller Regel von Paaren, die nicht auf natürlichem Weg schwanger werden konnten und die ihren Kinderwunsch nur durch Anwendung der IVF bzw. ICSI-Methoden erfüllen konnten. Kinder dieser Paare weisen umfangreichen epidemiologischen Studien zufolge eine leicht erhöhte

²⁹⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016), S. 13. Vgl. dort auch zu den impliziten normativen Wertungen, die mit beiden Begriffen verbunden sind.

²⁹⁶ Vgl. Kawwass et al. (2016).

Wahrscheinlichkeit für Auffälligkeiten²⁹⁷ auf und man muss davon ausgehen, dass die von ihnen gespendeten Embryonen ebenfalls davon betroffen sind. Darüber hinaus fehlt bei der Embryospende/Embryooption ähnlich wie bei der Eizellspende die genetische Verwandtschaft zwischen Mutter und Embryo und dies könnte analog zur Eizellspende das Risiko einer Präeklampsie (Schwangerschaftshochdruck, Eiweißverlust und Ödembildung) bei der Empfängerin erhöhen²⁹⁸ (vgl. Kap. 6.4.1).

Allerdings fehlen bisher differenzierte Daten zu Schwangerschaftsverläufen und kindlicher Gesundheit nach Embryospende/Embryooption. Orientierende Ergebnisse zum Transfer gespendeter Embryonen finden sich im National ART Surveillance System (NASS), in dem über 95 % aller in den USA durchgeführten Zyklen unter Nutzung assistierender reproduktionsmedizinischer Techniken (ART) registriert sind.²⁹⁹ Im Zeitraum zwischen 2000 und 2013 waren hier insgesamt 10.883 Transfers gespendeter sogenannter überzähliger, ursprünglich kryokonservierter Embryonen registriert.³⁰⁰ In dieser Zeit stiegen die durchschnittlichen Schwangerschafts- bzw. Geburtenraten pro Transfer von 33,3 bzw. 26,5 % (2000) auf 49,1 % bzw. 40,8 % (2013).

Für den Zeitraum von 2007 bis 2013 war für 2.347 Zyklen das Alter der Spenderin zum Zeitpunkt der Eizellentnahme bekannt und es fanden sich mit zunehmendem Alter der Spenderinnen geringere Schwangerschafts- und Lebendgeburtenraten sowie höhere Fehlgeburtenraten (Tabelle 2).

Bisher liegen lediglich kleinere Untersuchungen zum besonderen Beratungsbedarf von Embryospendern und -empfängern vor³⁰¹ und es gibt noch keine systematischen Untersuchungen, wie eine Embryospende/Embryooption die psychologische Situation des Kindes beeinflusst. Für das geborene Kind gleicht die Situation am ehesten der nach einer Adoption, da es als Embryo von den genetischen Eltern abgegeben wurde.

Als Motiv für die Embryospende werden auf den Websites der anbietenden Zentren fast immer altruistische Gründe angeführt, die sich vor allem auf Empathie für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch beziehen.³⁰² Dies erscheint umso schlüssiger, als Embryospenderrinnen und spender meist selbst auf eine Erfüllung ihres Kinderwunsches mittels assistierter Fortpflanzungsverfahren zurückblicken. Zudem bringt die Embryospende für das spendende Paar weder einen zusätzlichen

Tabelle 2: Schwangerschaftsverläufe nach Transfer gespendeter Embryonen 2007–2013, USA³⁰³

Alter der Spenderin [Alter]	Schwangerschaftsrate [%]	Lebendgeburtsrate [%]	Fehlgeburtsrate [%]
< 35	53,1	44,0	14,6
35–37	44,8	34,1	20,3
> 38	43,6	34,4	20,3

²⁹⁷ Das Risiko für Auffälligkeiten bei Kindern (Birth Defects) bei natürlicher Zeugung beträgt 5,8%. Bei IVF und ICSI ist dieses auf 8,3% erhöht. Vgl. Davies et al. (2012); Davies et al. (2017).

²⁹⁸ Vgl. Savasi et al. (2016).

²⁹⁹ Vgl. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & Department of Health and Human Services (DHHS) (2010).

³⁰⁰ Vgl. Kawwass et al. (2016).

³⁰¹ Vgl. Goedeke et al. (2015); Goedeke et al. (2016).

³⁰² Vgl. beispielsweise <http://www.embryodonation.com>

³⁰³ Vgl. Kawwass et al. (2016).

Aufwand noch zusätzliche medizinische Risiken mit sich, sodass finanzielle Anreize hier keine Rolle spielen, nämlich normalerweise weder ein Honorar noch eine Aufwandsentschädigung angeboten oder verlangt werden.³⁰⁴

6.5.2 Rechtlicher Rahmen

Der Gesetzgeber des Embryonenschutzgesetzes wollte die Entstehung von überzähligen Embryonen so weit wie möglich vermeiden. Neben den bereits im Kapitel zur Eizellspende dargestellten Regelungen hat es der Gesetzgeber deshalb auch verboten, mehr Eizellen künstlich zu befruchten, als innerhalb eines Zyklus auf die Frau übertragen werden sollen (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG). Damit ist grundsätzlich auch die Herstellung von Embryonen „auf Vorrat“ untersagt. Allerdings kann es sowohl in den einleitend geschilderten Fällen als auch aufgrund einer Fehlprognose eines Fortpflanzungsmediziners bzw. einer -medizinerin, der/die dem Deutschen Mittelweg folgt (vgl. Kap. 6.2), in Einzelfällen zur Existenz von mehr Embryonen kommen, als innerhalb des fraglichen Zyklus auf die Frau übertragen werden sollen. Sie werden zwar in erster Linie für nachfolgende Behandlungen der Frau, von der die Eizellen stammen, kryokonserviert gelagert,³⁰⁵ können aber aufgrund der geschilderten Umstände überzählig werden. Gleiches gilt, wenn im Rahmen einer PID mehr Embryonen als nicht geschädigt identifiziert werden, als der Frau übertragen werden sollen.

³⁰⁴ So findet sich auch in den amerikanischen ASRM/SART-Empfehlungen explizit der Hinweis: „Donors should receive no compensation for their embryos“. The Practise Committee of the American Society for Reproductive Medicine und The Practise Committee of the Society of Assisted Reproductive Technology (2013).

³⁰⁵ Ein derartiger Embryo wird gegenüber womöglich zusätzlich tiefkühlgelagerten Vorkernstadien für nachfolgende Behandlungen bevorzugt und zeitnah in die Gebärmutter der Frau, von der dieser Embryo stammt, transferiert. Tatsächlich zeichnet sich ein kryokonservierter Embryo gegenüber eventuell vorliegenden kryokonservierten Vorkernstadien dadurch aus, dass er wesentliche Stadien der Embryogenese bereits erfolgreich durchlaufen hat, womit die Wahrscheinlichkeit einer normalen Entwicklungsfähigkeit, Implantation und Schwangerschaft deutlich höher einzuschätzen ist.

Zulässig ist die Embryospende/Embryo-adoption nach geltender Rechtslage nur, wenn ein bereits erzeugter Embryo, der andernfalls absterben würde, übertragen wird, um ihn zu retten (und zudem die empfangende Frau nicht als Ersatzmutter dient, vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG³⁰⁶).³⁰⁷ Es geht also um Konstellationen, in denen ein Embryo nach seiner Erzeugung unerwartet nicht mehr auf die Frau übertragen werden kann oder nicht in der Gebärmutter der Frau verbleiben kann, von der die zu seiner Erzeugung verwendete Eizelle stammt.

Wird dagegen ein Embryo unter Verwendung einer Eizelle, die nicht von der austragenden Frau stammt, in Spendeabsicht hergestellt, macht sich der bzw. die tatsächlich Handelnde, in der Regel eine Ärztin/ein Arzt, strafbar. Bestraft wird ferner, wer „einer Frau einen Embryo vor Abschluss seiner Einnistung in der Gebärmutter entnimmt, um diesen auf eine andere Frau zu übertragen“ (§ 1 Abs. 1 Nr. 6 Alt. 1 ESchG). Die beteiligten Frauen sind in allen genannten Fällen wie bei der Eizellspende von der Strafbarkeit ausgenommen (§ 1 Abs. 3 ESchG).

6.5.3 Problemskizze

In Deutschland haben sich 2013 insgesamt 19 überwiegend süddeutsche Kinderwunschzentren zum gemeinnützigen „Netzwerk Embryonenspende“ zusammengeschlossen. Zweck des Vereins ist nach eigenen Angaben „die Förderung der Vermittlung von zur Spende freigegebenen Embryonen an ungewollt kinderlose Paare, die medizinisch und biologisch nicht in der Lage sind, auf natürliche oder reproduktionsmedizinische Art Kinder zu zeugen“.³⁰⁸ Nach Angaben des Netzwerks

³⁰⁶ Nach § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG wird bestraft, wer „es unternimmt, bei einer Frau, welche bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen“.

³⁰⁷ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016), S. 34 ff.; Taupitz & Hermes (2015b), 1803.

³⁰⁸ Vgl. Netzwerk Embryonenspende (o. J.).

Embryonenspende wurden bisher 356 Anfragen auf Spende eines Embryos an das Netzwerk gerichtet. Insgesamt wurden bisher 125 Embryonen bzw. Vorkernstadien vermittelt, woraus 22 Geburten mit 28 Kindern resultierten.³⁰⁹ Dabei haben die Verantwortlichen des Netzwerks zunächst nicht genügend zwischen der erlaubten Embryospende und der für verboten erachteten Spende von Vorkernstadien unterschieden, weshalb es zur Einleitung von Strafverfahren gekommen ist. In der Folge gab es unterschiedliche Urteile der Gerichte und wird letztlich der Bundesgerichtshof zu entscheiden haben;³¹⁰ im Hinblick darauf wurde die Spende von Vorkernstadien seitens des Vereins offenbar ausgesetzt.

Aus ethischer Sicht ist zu fragen, warum (nicht in Spendeabsicht erzeugte) Vorkernstadien nicht gespendet werden dürfen, bereits entstandene Embryonen aber sehr wohl. Denn in allen Fällen geht es darum, Paaren, die weder geeignete eigene männliche Keimzellen noch geeignete eigene weibliche Keimzellen zur Verfügung haben, zu einem Kind zu verhelfen, das durch die Schwangerschaft jedenfalls mit der Wunschmutter biologisch verbunden ist. Im Falle des Vorhandenseins von (in der Regel kryokonservierten) Vorkernstadien, die in Spendeabsicht weiterkultiviert werden, ist immerhin auch die Befruchtungskaskade schon eingeleitet worden. Für die Beteiligten wird die im Befruchtungsvorgang befindliche Eizelle oft schon als befruchtet angesehen und einem Embryo gleichgestellt, sodass ihr Verwerfen dann – vergleichbar dem Verwerfen eines Embryos – mit psychischen Konflikten verbunden sein kann. Die Option einer Spende eröffnet den spendenden

Eltern eine Alternative zum Verwerfen von Vorkernstadien. Die vom Gesetzgeber befürchteten Gefährdungen des Kindeswohls infolge einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft sind, wie dargestellt, nach ausländischen Erfahrungen nicht gegeben, sodass die derzeit bestehenden Verbote erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt sind.

Obwohl somit schon das geltende Recht in Ausnahmefällen die Embryospende erlaubt, ist es darauf nicht genügend vorbereitet; insoweit hat bereits der Deutsche Ethikrat 2016 erheblichen gesetzgeberischen Handlungsbedarf gesehen.³¹¹ Dieser bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte, die die Spende von Vorkernstadien gleichermaßen betreffen:

- Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung (auch auf Kenntnis der etwaigen Existenz von Vollgeschwistern) ist nicht hinreichend sichergestellt.
- Die Abgabe und die Übernahme der Elternrechte und -pflichten sind nicht gesetzlich klar und jeweils dauerhaft geregelt.
- Es gibt kein geregeltes Verfahren zur Auswahl der Wunscheltern.
- Völlig ungeklärt sind die Konsequenzen eines „gespaltenen“ Verfügungswillens der genetischen Eltern, wenn etwa der genetische Vater die Verwerfung oder Kryokonservierung, die genetische Mutter aber die Spende des Embryos wünscht.³¹²

6.5.4 Empfehlungen

- Vorkernstadien und Embryonen sollten bezüglich einer möglichen Spende rechtlich gleichbehandelt werden.

³⁰⁹ Hans-Peter Eiden, Vorsitzender des Netzwerks Embryonenspende, Dillingen; persönliche Mitteilung vom 19.6.2018.

³¹⁰ Das Amtsgericht Dillingen hat am 20.3.2018 entschieden, dass die Spende und Weiterentwicklung von Vorkernstadien gegen § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG verstößt: AG Dillingen, Urteil v. 20.3.2018, Az. 306 Cs 202 Js 143548/14 (2); anders das Berufungsgericht LG Augsburg, Urteil vom 13.12.2018 – 16 Ns 202 Js 143548/14 (nicht rechtskräftig); vgl. dazu Taupitz (2019), S. 337 ff.

³¹¹ Vgl. Deutscher Ethikrat (2016), S. 126 ff. Zum Reformbedarf (mit Hinweis auf andere europäische Rechtsordnungen) auch Coester-Waltjen (2016), S. 97 f.

³¹² Vgl. dazu Deutscher Ethikrat (2016), S. 65 f.

- Es sollte gesetzlich festgelegt werden, dass die Vermittlung zur Spende freigegebener Vorkernstadien und Embryonen nach transparenten und sachgerechten Kriterien erfolgt. Hierfür sind entsprechend autorisierte Einrichtungen erforderlich.
- Die Entscheidungsbefugnis über den Verbleib und die Verwendung der sogenannten überzähligen Embryonen sollte den Paaren zustehen, von denen sie jeweils abstammen. Die Zustimmung muss von den Personen, von denen die Keimzellen stammen, zum Zeitpunkt des Embryotransfers vorliegen. Für ihren Entscheidungsprozess sollte ihnen neben medizinischer Information und Aufklärung die Möglichkeit eröffnet werden, sich zu psychosozialen Aspekten beraten zu lassen.
- Die Spende von sogenannten überzähligen Embryonen in Kenntnis des Todes einer oder beider Personen, von denen der Embryo stammt, sollte grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen von diesem Verbot sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod eine verhältnismäßig geringe, vom Gesetzgeber festzulegende Anzahl von Jahren vergangen ist und wenn der überlebende genetische Elternteil nach dem Angebot psychosozialer Beratung einwilligt und kein entgegenstehender Wille des/der Verstorbenen erkennbar ist.
- Werden sogenannte überzählige Embryonen mit der Zustimmung des Spenderpaares und der Wunscheltern verwendet, sollten die Wunscheltern mit der Geburt des Kindes auch dessen rechtliche Eltern werden. Eine Anfechtung durch das Spenderpaar oder die Wunscheltern sollte ausgeschlossen sein. Dem Kind sollte lediglich in eng begrenzten Ausnahmefällen, etwa bei erheblicher Kindeswohlgefährdung durch den rechtlichen Vater und/oder die rechtliche Mutter, ein Anfechtungsrecht zustehen.
- Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aller Kinder, die nach einer Embryospende/Embryooption geboren werden, sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen und organisatorische Vorkehrungen, insbesondere durch Ausweitung des Samenspenderregisters zu einem auch Embryospenden umfassenden Spenderregister, gewährleistet werden.
- Mit Einwilligung des Spenderpaares und der Wunscheltern sollte ein gegenseitiges Kennenlernen möglich sein.
- Darüber hinaus sollte es möglich sein, Kenntnis von der Existenz von Halb- oder Vollgeschwistern zu erhalten. Für die Offenlegung von deren Identität gegenüber Halb- oder Vollgeschwistern sollte Voraussetzung sein, dass sie sich gegenüber dem Register damit einverstanden erklärt haben. Ein Kind sollte diese Einwilligung nach Vollendung des 16. Lebensjahres selbst erklären können, davor sollten seine Eltern zuständig sein.
- Eine psychosoziale Beratung der Kinder, des Spenderpaares sowie ihrer jeweiligen Familien insbesondere vor der Kontaktaufnahme sollte angeboten werden. Die Beratung sollte entsprechend den in Kapitel 7 formulierten Empfehlungen ausgestaltet werden.
- Die Dauer der Kryokonservierung von Embryonen sollte auf festgelegte Zeiträume begrenzt werden. Diese Frist sollte auf Wunsch des Paares verlängert oder verkürzt werden können. Verlangt im Fall von kryokonservierten Vorkernstadien oder Embryonen nur einer der Partner die Beendigung der Kryokonservierung, sollte dem nach einer bestimmten Bedenkzeit stattgegeben werden.

- Embryonen dürfen nicht kommerziell gehandelt werden.
- Die Zahl der Embryospenden pro Spenderpaar sollte begrenzt werden. Unterhalb dieser Grenze sollten die Spenderpaare die maximale Anzahl dieser Kinder individuell festlegen können und auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten informiert werden.

6.6 Leihmutterschaft

6.6.1 Medizinische Grundlagen und gesellschaftliche Aspekte

Bei einer Leihmutterschaft trägt die Leihmutter ein Kind aus, um es nach der Geburt dauerhaft den Wunscheltern zu überlassen. Eine Leihmutterschaft kann aus unterschiedlichen Gründen in Betracht gezogen werden. Das kann etwa der Fall sein bei fehlender Gebärmutter (Mayer-Rokitansky-Küster-Syndrom), nach einer operativen Entfernung der Gebärmutter (z. B. bei einer Krebserkrankung), bei schwerwiegenden Störungen der Gebärmutter-schleimhaut (z. B. Asherman-Syndrom) oder wenn weitere medizinische Gründe gegen eine Schwangerschaft sprechen (z. B. schwere Herzinsuffizienz). Neben diesen medizinischen Gründen bietet die Leihmutterschaft z. B. männlichen homosexuellen Paaren die Möglichkeit, einen eventuellen Kinderwunsch umzusetzen, etwa wenn das Kind mit zumindest einem der Partner genetisch verwandt sein soll. In der öffentlichen Debatte finden dagegen die eher seltenen Fälle von Frauen, die aus beruflichen oder „Lifestyle“-Gründen eine Schwangerschaft nicht auf sich nehmen wollen, besondere Aufmerksamkeit.

Im Hinblick auf das Verhältnis von Wunscheltern und Leihmutter wird oft zwischen altruistischer und kommerzieller Leihmutterschaft unterschieden. Altruistische Formen ohne Entgelt beruhen in der Regel auf Vereinbarungen zwischen

nahen Verwandten (etwa Schwestern) oder Freundinnen; dabei wird davon ausgegangen, dass die Leihmutter keine finanzielle Entschädigung bzw. keine Bezahlung erhält. Kommerzielle Formen mit Bezahlung der Leihmutter beruhen in der Regel auf Vereinbarungen zwischen Fremden, die häufig eine Vermittlungsagentur oder einen entsprechenden Service in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum in Anspruch nehmen. Allerdings ist die Trennung zwischen altruistischer und kommerzieller Leihmutterschaft in der Realität unscharf. Einerseits können auch bei Vereinbarungen zwischen Verwandten und Freundinnen finanzielle Zahlungen geleistet werden, z. B. um Verdienstauffälle zu kompensieren oder den körperlichen Einsatz zu würdigen. Andererseits können Frauen, die über Agenturen als Leihmutter rekrutiert werden, auch eine altruistische Motivation aufweisen.³¹³

In vielen Fällen wird eine Eizelle der Wunschmutter verwendet, also der Frau, die nach der Geburt des Kindes die soziale Elternschaft innehat. Es kann aber auch die Eizelle der Leihmutter oder einer Eizellspenderin verwendet werden. Die Befruchtung erfolgt entweder mit dem Samen des Wunschvaters oder dem eines Samenspenders. Daher sind unterschiedliche Kombinationen aus sozialer und leiblicher Elternschaft möglich.

Die Schwangerschaftswahrscheinlichkeiten pro Embryotransfer ebenso wie die Geburtenraten sind ähnlich wie bei der klassischen IVF.³¹⁴ Auch der Schwangerschaftsverlauf bei Leihmüttern sowie die Raten an Frühgeburten, Geburtsgewicht und kongenitalen Defekten der Kinder scheinen ähnlich wie bei konventioneller IVF zu sein, wobei der Grad der Evidenz niedrig ist.³¹⁵

³¹³ Vgl. Söderström-Anttila et al. (2016b); Imrie & Jadva (2014).

³¹⁴ Vgl. Söderström-Anttila et al. (2016b); Council for Responsible Genetics (2010). Die Datenlage ist dabei sehr begrenzt und kann sich nur auf die Daten stützen, die international verfügbar sind.

³¹⁵ Vgl. Söderström-Anttila et al. (2016b).

Die psychologische Entwicklung der so gezeugten Kinder scheint – den wenigen verfügbaren Studien nach – normal zu sein. Eine qualitativ-empirische Interviewstudie mit 22 Jugendlichen im Alter von 14 Jahren, die durch Leihmutter zur Welt kamen und über diese Tatsache informiert waren, konnte keine ernsthaften psychischen Konflikte feststellen.³¹⁶ Sehr oft bestand Interesse an einem Kontakt zur Leihmutter.³¹⁷ Auch die psychologische Entwicklung der eigenen Kinder der Leihmütter scheint normal zu verlaufen.³¹⁸

Die psychischen und gesundheitlichen Folgen für die Leihmütter sowie die psychischen Folgen für die Wunscheltern scheinen nach den wenigen bisher vorliegenden Daten unauffällig zu sein.³¹⁹ Gelegentlich werden Schwierigkeiten bei der Übergabe der Kinder an die Wunscheltern beschrieben. Die Aussagen zu medizinischen und psychosozialen Aspekten sind aber begrenzt, da qualitative Untersuchungen zur Leihmutter-schaft nur in wenigen Ländern durchgeführt werden.³²⁰ Die negativen Folgen, die zu Leihmüttern in Entwicklungsländern berichtet werden,³²¹ sind offenbar nicht unmittelbar auf die Situation einer geregelten Leihmutter-schaft in Europa oder den USA zu übertragen. Es spricht vieles dafür, dass die Art und Weise der rechtlichen Regelung und der medizinischen und psychosozialen Betreuung entscheidende Faktoren sind. International gibt es von verschiedenen Fachgesellschaften Vorgaben für die medizinische und psychosoziale Beratung.³²²

Das Verbot der Leihmutter-schaft in Deutschland (s. u.) führt – wie bei der Eizellspende – dazu, dass sowohl heterosexuelle als auch homosexuelle Paare ins Ausland reisen, um dort eine Leihmutter-schaft durchzuführen. Hierfür liegen allerdings keine belastbaren Zahlen vor: weder über die Zahl der Wunscheltern, die eine Leihmutter-schaft durchführen, oder die Zahl der so gezeugten Kinder, noch über die typischen Behandlungsländer. Deutsche Auslandsvertretungen berichten jedoch über eine angebliche Zunahme der Inanspruchnahme von Leihmüttern durch deutsche Paare in den USA und der Ukraine, in Kanada, Brasilien, Großbritannien, Russland und Georgien.³²³ Zudem stellen sich Agenturen und Kliniken im Ausland auf deutsche Paare ein. So sprechen beispielsweise kalifornische Kliniken gezielt deutsche Paare mit einer deutschsprachigen Webseite an.³²⁴

Die absoluten Zahlen von Leihmutter-schaft sind verhältnismäßig gering. Für Großbritannien geht die dortige Behörde HFEA (Human Fertilisation and Embryology Authority) im Jahr 2016 von 232 inländischen Behandlungszyklen mit einer Leihmutter aus.³²⁵ Dies entspricht zwar einer Verdoppelung innerhalb von zehn Jahren, die Gesamtzahl ist aber immer noch relativ klein.

Auch in Australien und Neuseeland stiegen die Zahlen der Leihmutter-schaften von 119 im Jahr 2010 auf nur 205 im Jahr 2015³²⁶. Allerdings umfassen die genannten Zahlen nur die jeweils im Inland durchgeführten Behandlungen, wobei bekannt ist, dass einige Paare eine Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen, da diese als leichter durchführbar gilt.³²⁷

³¹⁶ Vgl. Jadva et al. (2012); Golombok (2015).

³¹⁷ Vgl. hierzu auch Zadeh et al. (2018).

³¹⁸ Vgl. Jadva et al. (2012); Golombok (2015).

³¹⁹ Vgl. Finkelstein et al. (2016); Ciccarelli & Beckman (2005); Söderström-Anttila et al. (2016b); Tschudin & Griesinger (2012); van den Akker (2007a und b); Jadva et al. (2015).

³²⁰ Vgl. Söderström-Anttila et al. (2016b).

³²¹ So z. B. Lamba et al. (2018).

³²² Vgl. Shenfield et al. (2005); Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013).

³²³ Vgl. Tagesspiegel (2018).

³²⁴ Z. B. www.pacificsurrogacyeggdonation.com/deutsch

³²⁵ Vgl. Human Fertilisation and Embryology Authority (2018).

³²⁶ Vgl. Fitzgerald et al. (2017); die einzelnen Jahresberichte finden sich unter: <https://npsu.unsw.edu.au/surveillance-reports>

³²⁷ Vgl. zu Großbritannien Horsey et al. (2015); vgl. zu Australien Everingham et al. (2014).

6.6.2 Rechtlicher Rahmen

Die große Mehrheit der europäischen Länder verbietet die Leihmutterschaft. In Deutschland ergibt sich das Verbot der Leihmutterschaft aus § 1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG. Danach macht sich strafbar, „wer es unternimmt, bei einer Frau, die bereit ist, ihr Kind nach der Geburt Dritten auf Dauer zu überlassen (Ersatzmutter), eine künstliche Befruchtung durchzuführen oder auf sie einen menschlichen Embryo zu übertragen“. Des Weiteren macht sich nach §§ 13c, 14b Adoptionsvermittlungsgesetz strafbar, wer Wunscheltern (entgeltlich oder unentgeltlich) eine Ersatzmutter vermittelt. Ein Leihmutter-schaftsvertrag ist zudem nach § 134 BGB nichtig.³²⁸ Trägt dennoch in Deutschland eine Frau ein Kind für Wunscheltern aus, dann ist die Leihmutter nach § 1591 BGB die rechtliche Mutter des Kindes.

Für im Inland tätige Fortpflanzungsmedizinerinnen und -mediziner oder Beratungsfachkräfte kommt hinzu, dass derjenige, der im Inland konkret zu einer Leihmutterschaft im Ausland rät oder dabei mitwirkt oder hilft, sich wegen Anstiftung oder Beihilfe zu der vom ESchG bzw. Adoptionsvermittlungsgesetz verbotenen Leihmutterschaft strafbar macht, selbst wenn die Leihmutterschaft im Ausland nicht strafbar ist (siehe Kap. 6.4.2).

Soweit die Leihmutterschaft in Westeuropa gesetzlich erlaubt ist, gilt die Erlaubnis nur für Leihmutterschaften auf altruistischer Basis (mit Aufwandsentschädigung). Die kommerzielle Leihmutterschaft verstößt gegen Art. 3 Abs. 2 EU-Grundrechtecharta.³²⁹ Das Europäische Parlament hat die Entgeltzahlung für die

Austragung eines Kindes sogar als Verstoß gegen die Menschenwürde eingeordnet.³³⁰

Oft ist vorgesehen, dass die Leihmutter – ebenso wie in Deutschland – mit der Geburt des Kindes rechtliche Mutter ist. Allerdings können die Wunscheltern das (genetisch eigene) Kind nachgeburtlich mit Einverständnis der Leihmutter adoptieren (so in den Niederlanden und in Belgien); verweigert die Leihmutter die Adoption, so kann jedenfalls in Belgien die „Herausgabe“ des Kindes nicht durchgesetzt werden.³³¹ In England muss das Kind zurzeit³³² genetisch von mindestens einem Wunschelternanteil abstammen und die Elternstellung muss nach der Geburt mit Einwilligung der Leihmutter durch ein Gericht übertragen werden (sogenannte *parental order*, die einem Adoptionsbeschluss ähnelt).³³³ Hingegen enthalten das griechische und ukrainische Recht Regelungen, die unter bestimmten Voraussetzungen³³⁴ das Kind mit der Geburt der Wunschmutter bzw. den Wunscheltern rechtlich zuordnen.³³⁵

³³⁰ Europäisches Parlament (2015), Nr. 115: „Das Europäische Parlament [...] verurteilt die Praxis der Ersatzmutterschaft, die die Menschenwürde der Frau herabsetzt, da ihr Körper und seine Fortpflanzungsfunktionen als Ware genutzt werden; ist der Auffassung, dass die Praxis der gestationellen Ersatzmutterschaft, die die reproduktive Ausbeutung und die Nutzung des menschlichen Körpers – insbesondere im Fall von schutzbedürftigen Frauen in Entwicklungsländern – für finanzielle oder andere Gewinne umfasst, untersagt werden und dringend im Rahmen der Menschenrechtsinstrumente behandelt werden sollte [...]“

³³¹ Dazu Diel (2014), S. 143 f.

³³² Informationen über die derzeitigen Planungen, die rechtlichen Regelungen zur Leihmutterschaft in UK zu ändern, insbesondere das aktuelle Verbot der Solo-Elternschaft: Law Commission (o. J.); Single parent surrogacy (2018); Human Fertilisation and Embryology Act 2008: Remedial Order (2017); Jarrett (2018).

³³³ Dazu insgesamt Diel (2014), S. 146 (mit Hinweis auf Parallelen im australischen Recht); Helms (2010), S. 68 f.

³³⁴ So sieht z. B. Art. 123 II Ukrain. FamGB vor, dass im Falle der Übertragung eines genetisch von einem Ehepaar abstammenden Embryos auf eine Leihmutter das Kind rechtlich mit der Geburt den genetischen Eltern zugeordnet wird (OLG Celle, FamRZ 2017, 1496 f.); die Anfechtung der Mutterschaft ist zudem ausgeschlossen, vgl. Diel (2014), S. 139. Griechenland erlaubt nur die nicht kommerzielle Leihmutterschaft bei Vorliegen einer medizinischen Indikation; zudem muss das Kind genetisch von der Wunschmutter abstammen. Dazu insgesamt Duden (2015), S. 8 f.; Diel (2014), S. 137 ff.; Jegutidse (2017), Rn. 31; von Huebner & Vlachopoulos (2017), Rn. 28.

³³⁵ Dazu Diel (2014), S. 138 ff. (Entsprechendes gilt auch für Georgien und Kasachstan).

³²⁸ Dazu insgesamt Engel (2014), S. 541.

³²⁹ Art. 3 Abs. 2 GRCh (2010/C 83/02): „Im Rahmen der Medizin [...] muss insbesondere Folgendes beachtet werden: [...] das Verbot, den menschlichen Körper und Teile davon als solche zur Erzielung von Gewinnen zu nutzen [...]“.

Weltweit sehen fast alle Rechte unterschiedliche Regulierungen im Vorfeld der Leihmutterschaft (wie z. B. das Erfordernis einer vorherigen gerichtlichen Genehmigung, das Bestehen einer Ehe zwischen den Wunscheltern, das Vorliegen einer medizinischen Indikation, die genetische Abstammung von den Wunscheltern, einen Wohnsitz im Inland usw.) vor.³³⁶ Zudem lässt sich (inzwischen auch in Asien) beobachten, dass (kommerzielle) Leihmutterschaften auf rein vertraglicher Basis zunehmend ausgeschlossen und stattdessen (teilweise streng) regulierte Verfahren vorgesehen werden.³³⁷ Am großzügigsten sind derzeit die Regelungen im US-Bundesstaat Kalifornien: Dort kann die Zuordnung des Kindes zu den Wunscheltern aufgrund eines notariell beglaubigten, bei Gericht hinterlegten Leihmutterschaftsvertrags vorgenommen werden. In der Praxis erfolgt regelmäßig eine Bestätigung dieser Zuordnung durch gerichtlichen Beschluss, der aber nur deklaratorischen Charakter hat.³³⁸

Sollte die altruistische Leihmutterschaft in Deutschland erlaubt werden, so könnte das Kind, das von einer unverheirateten Leihmutter ausgetragen wird, bereits nach geltendem Abstammungsrecht einem Wunschvater durch Anerkennung der Vaterschaft (§ 1592 Nr. 2 BGB) mit Zustimmung der Leihmutter zugeordnet werden. Ist der Wunschvater auch genetischer Vater, so käme zudem eine gerichtliche Feststellung der Vaterschaft (§ 1592 Nr. 3 BGB) in Betracht. Eine Übertragung der Elternstellung auf die Partnerin/den Partner des genetischen Vaters wäre hin-

gegen nur im Wege der Stiefkindadoption möglich (und zwar auch dann, wenn es sich bei der Partnerin um die genetische Mutter des Kindes handelt). Im Ergebnis könnten somit in den beschriebenen Konstellationen bereits jetzt die Wunscheltern nach der Geburt des Kindes die rechtliche Elternstellung erlangen. Bei einer gesetzlichen Regelung der Leihmutterschaft *de lege ferenda* müssten aber neben dem (im Abstammungs- oder Adoptionsrecht zu verankernden) Akt der Übertragung der rechtlichen Elternschaft in jedem Fall auch Lösungen für Konfliktsituationen unter Achtung des Kindeswohls vorgesehen werden (insbesondere für den Fall, dass die Leihmutter nach der Geburt mit der Übertragung der rechtlichen Elternschaft auf die Wunscheltern nicht mehr einverstanden ist oder die Wunscheltern nicht mehr die rechtliche Elternstellung übernehmen wollen).³³⁹

Zu überlegen wäre ferner, inwieweit gemäß der Rechtsprechung des EGMR zu Art. 8 EMRK aufseiten der Wunscheltern mindestens ein Elternteil mit dem Kind genetisch verwandt sein muss.³⁴⁰ Auch nach der Rechtsprechung des BGH ist die genetische Verbindung zu einem Elternteil ein wesentlicher Faktor für die Verneinung eines Verstoßes gegen den Ordre-public-Vorbehalt (Art. 6 EGBGB i. V. m. § 109 Abs. 1 Nr. 4 FamFG)³⁴¹ und damit für die Anerkennung einer ausländischen

336 Dazu Engel (2014), S. 542. So steht z. B. in Griechenland und England die Leihmutterschaft nur Personen mit einem Wohnsitz in diesen Ländern offen; zudem steht die Durchführung unter dem Vorbehalt einer gerichtlichen Genehmigung. Einen guten Überblick über die Regulierungen weltweit gibt Diel (2014), S. 137 ff.

337 So auch Engel (2014), S. 542; Sanders (2017), S. 927. Außer Griechenland sehen etwa auch Südafrika sowie die US-Bundesstaaten Texas, Utah und Virginia eine vorherige gerichtliche Genehmigung vor, die teilweise eine Prüfung der Elterneignung (und damit letztlich eine abstrakte Kindeswohlprüfung) beinhaltet. Dazu Diel (2014), S. 138 f., 141.

338 Vgl. dazu Diel (2014), S. 140 f.

339 Dazu Schumann (2012), S. 192 ff., 197 ff. m. w. N.

340 EGMR, Urteil v. 24.1.2017 – 25358/12 (Paradiso und Campanelli / Italien), NJW 2017, 941. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Ein italienisches Ehepaar (Wunscheltern) hatten ein (von ihnen nicht genetisch abstammendes) Kind von einer Leihmutter in Russland austragen lassen. Nach der Geburt lebte das Kind 8 Monate bei den Wunscheltern; danach gab das italienische Jugendamt das Kind zu Pflegeeltern. Der EGMR verneinte eine Verletzung der EMRK. Zustimmend zu der Entscheidung Thomale (2017).

341 Nach § 109 Abs. 1 Nr. 4 FamFG ist die Anerkennung einer ausländischen Gerichtsentscheidung ausgeschlossen, „wenn die Anerkennung der Entscheidung zu einem Ergebnis führt, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts offensichtlich unvereinbar ist, insbesondere wenn die Anerkennung mit Grundrechten unvereinbar ist“. Dazu Löhnig (2017), S. 548 f.

Gerichtsentscheidung,³⁴² die den Wunscheltern mit Zustimmung der Leihmutter die rechtliche Elternstellung (vorgeburtlich) zuweist: Die ausländische Entscheidung sei in Deutschland jedenfalls dann anzuerkennen, wenn „ein Wunschelternteil – im Unterschied zur Leihmutter – mit dem Kind genetisch verwandt ist“.³⁴³ Allerdings betont der BGH auch, dass die Freiwilligkeit der Zustimmung der Leihmutter gesetzlich sichergestellt und „die Situation hinsichtlich ihrer Bereitschaft, das Kind an die Wunscheltern herauszugeben, insoweit einer Adoption vergleichbar“ sein müsse.³⁴⁴

Hingegen muss nach Ansicht des BGH das in der Literatur vertretene Argument, dass die Inanspruchnahme einer Leihmutter im Ausland den Wertungen des ESchG und des Adoptionsvermittlungsgesetzes widerspreche und daher aus generalpräventiven Gründen keine Anerkennung der ausländischen Gerichtsentscheidung erfolgen dürfe, zurücktreten, wenn es um die Rechtsstellung eines bereits geborenen Kindes geht. Denn Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 6 Abs. 2 GG und Art. 8 EMRK beinhalten „auch ein Recht des Kindes auf rechtliche Zuordnung zu beiden Eltern“, und dieses gehe im Falle einer nachgeburtlichen Kindeswohlprüfung in der Regel vor.³⁴⁵ Nach Ansicht des OLG Celle kann die BGH-Rechtsprechung zur Anerkennung einer ausländischen gerichtlichen Entscheidung auch auf eine behördliche Entscheidung übertragen werden, wenn die Behörde (im vorliegenden Fall das

Standesamt) eine Sachprüfung vorgenommen hat.³⁴⁶ Insgesamt fällt jedoch die derzeitige Rechtsprechung der Oberlandesgerichte zur Anerkennung ausländischer Akte der Zuweisung der rechtlichen Elternschaft nach Inanspruchnahme einer Leihmutter abhängig von der jeweiligen Fallgestaltung höchst unterschiedlich aus.³⁴⁷ Auch die neueste Entscheidung des BGH bringt nur für bestimmte Fälle (Anerkennung einer ausländischen Gerichtsentscheidung bei genetischer Elternschaft eines Wunschelternteils) unter den oben genannten weiteren Voraussetzungen Rechtssicherheit.³⁴⁸

6.6.3 Problemskizze

Kaum ein Thema der Fortpflanzungsmedizin wird so kontrovers diskutiert wie die Leihmutterschaft. Während die einen darin eine massive Verletzung der Menschenwürde sowohl der Leihmutter als auch des Kindes sehen, handelt es sich für andere um eine prinzipiell begrüßenswerte, ethisch vertretbare Form, Paaren und ggf. auch Einzelpersonen zu Kindern zu verhelfen, die dazu aus bestimmten Gründen sonst nicht fähig wären. Ein breiter gesellschaftlicher Konsens scheint in dieser Frage kaum in Sichtweite. Das sollte aber kein Grund dafür sein, einer angemessenen Würdigung der Problematik

³⁴² Zu beachten ist, dass bei Inanspruchnahme einer ausländischen Leihmutter durch deutsche Wunscheltern eine Nachbeurkundung der Geburt nach § 36 PStG vorzunehmen ist. Sofern für die Einreise nach Deutschland ein Visum nötig ist, muss jedoch zunächst in der deutschen Auslandsvertretung ein Pass für das Kind beantragt werden. Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 StAG setzt dies voraus, dass ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit hat und dass das Kind diesem Elternteil auch rechtlich zugeordnet ist, wobei für die abstammungsrechtliche Zuordnung nach Art. 19 Abs. 2 Satz 2 EGBGB deutsches Recht einschlägig sein kann. Vgl. dazu auch Engel (2014), S. 547 f.

³⁴³ BGH NJW 2015, 479, 481 Rn. 34 mit zust. Anm. Helms (2015).

³⁴⁴ BGH NJW 2015, 479, 483 Rn. 49.

³⁴⁵ BGH NJW 2015, 479, 482 f. Rn. 45 ff., 54. Zur Problematik auch Engel (2014), S. 552 ff.

³⁴⁶ Vgl. OLG Celle, FamRZ 2017, 1496, 1497 mit zust. Anm. E. Unger. Anderer Ansicht OLG München NZFam 2018, 36 ff. mit Anm. Löhnig. Des Weiteren kann nach der Rechtsprechung des BGH (NJW 2016, 2322, 2326 Rn. 41 ff.) eine Eltern-Kind-Zuordnung kraft Gesetzes selbst dann anerkannt werden, wenn das anwendbare ausländische Abstammungsrecht dem gleichgeschlechtlichen Ehegatten des genetischen Elternteils die rechtliche Elternstellung zuweist (obwohl nach deutschem Recht die Eltern-Kind-Zuordnung in diesem Fall nur über eine Stiefkindadoption erfolgen könnte).

³⁴⁷ Etwa einerseits KG Berlin, FamRZ 2017, 1693, und andererseits OLG Braunschweig, FamRZ 2017, 972; dazu Löhnig (2017). Die Entscheidung vom OLG Braunschweig wurde inzwischen vom BGH (5.9.2018 – XII ZB 224/17) aufgehoben; BGH FamRZ 2018, 1846 mit zust. Anm. Reuß = NZFam 2018, 983 mit zust. Anm. Löhnig = StAZ 2019, 14 mit Anm. Helms.

³⁴⁸ BGH, FamRZ 2018, 1846 ff. Die Entscheidung des AG Frankfurt a.M. (9.4.2018 – 470 F 16020/17 AD), nach der eine Stiefkindadoption durch die genetische Mutter bei Inanspruchnahme einer Leihmutter im Ausland nur unter den Voraussetzungen des § 1741 Abs. 1 Satz 2 BGB zulässig sein soll, erging noch vor der Entscheidung des BGH. Die Entscheidung wurde zwischenzeitlich vom OLG Frankfurt (28.2.2019 – 1 UF 71/18) aufgehoben.

auszuweichen. Dabei muss – wie bei anderen bioethischen Fragen auch – die oberste Maxime lauten, die unterschiedlichen Rechtspositionen und moralischen Ansprüche, aber auch die möglichen Gefährdungen bei allen beteiligten Personen zu erfassen und sie dann einer fairen Abwägung zu unterziehen.³⁴⁹

Ein Verbot von Leihmutterschaft bedarf einer gewichtigen Begründung, da es das grundrechtlich geschützte Recht auf Fortpflanzungsfreiheit (Art. 6 Abs. 1 GG; siehe Kap. 5.2) einschränkt. Für Frauen ohne funktionierende Gebärmutter, aber mit fruchtbaren Eizellen ist die Leihmutterschaft die einzige Chance, ein genetisch verbundenes Kind zu bekommen. Lässt man die Möglichkeit des Co-Parenting³⁵⁰ außer Acht, können auch homosexuelle Männer nur mithilfe einer Leihmutter ein genetisch eigenes Kind bekommen. Zudem erzeugt das bestehende Verbot Probleme bei der rechtlichen Zuordnung des Kindes, wenn die Wunscheltern eine Leihmutterschaft im Ausland in Anspruch genommen haben.

Allerdings müssen neben den unterschiedlichen Rechten auch die Gefahren für die beteiligten Personen, also für Leihmutter, Wunscheltern und Kind, gegeneinander abgewogen werden. Diese Abwägung ist nicht auf sicherer empirischer Grundlage möglich, da der Forschungsstand zu den Folgen von Leihmutterschaft begrenzt ist. Empirische Studien beruhen noch auf selektiven Stichproben, die derzeit kaum Generalisierungen erlauben.³⁵¹

Mit Blick auf die nach Leihmutterschaft geborenen Kinder wurde zum einen befürchtet, dass die sogenannte gespaltene

Mutterschaft³⁵² zu langfristigen Identitätskonflikten führen könnte.³⁵³ Ein vergleichbares Argument wurde für die Eizellspende geltend gemacht und ist dort (siehe Kap. 6.4) schon behandelt worden. Die Nachteile für das Kind können in beiden Fällen durch Sicherung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung sowie durch abstammungsrechtliche Vorschriften begrenzt werden und rechtfertigen kein pauschales Verbot.

Zum anderen wird argumentiert, die Bindung zwischen Leihmutter und Ungeborenem in der Schwangerschaft sei ethisch zu berücksichtigen.³⁵⁴ Über die Bedeutung der körperlichen Bindung für die mittels Leihmutterschaft geborenen Kinder können aktuell nur Vermutungen angestellt werden. Ein Vergleich mit der Situation adoptierter Kinder ist wenig hilfreich, denn bei der Adoption handelt es sich um den Versuch, in einer ungeplanten und ausweglosen Situation existenzieller Not das Wohl eines schon geborenen Kindes zu sichern, während eine Leihmutterschaft gezielt herbeigeführt wird.³⁵⁵

Zwar kann man positiv argumentieren, dass Kinder nach Leihmutterschaft Wunschkinder sind und die Wunscheltern kein vorangegangenes elterliches Versagen kompensieren müssen, doch wird das Kind zumindest mit dem Wissen zurechtkommen müssen, dass die austragende Mutter bereit war, es abzugeben und vermutlich sogar in ihrem eigenen Interesse bemüht sein musste, keine emotionale Bindung zum Ungeborenen in ihrem Leib zu entwickeln. Die Versöhnung des Kindes mit diesem Faktum stellt besondere

349 Zu einer differenzierten Abwägung vgl. Bujard & Thorn (2018).

350 Unter Co-Parenting wird eine Familienform verstanden, bei der Personen gemeinsam ein Kind zeugen (mit oder ohne medizinische Unterstützung) und die Elternschaft gemeinsam leben, ohne eine Partnerschaft einzugehen.

351 Vgl. Van den Akker (2007a und b); Söderström-Anttila et al. (2016b).

352 Von einer gespaltenen Mutterschaft kann mit Blick auf die Leihmutter gesprochen werden, wenn die Eizellen der Wunschmutter oder einer dritten Frau verwendet werden, mit Blick auf die Wunschmutter, wenn nicht deren Eizellen verwendet werden.

353 Diese Annahme wurde von D. Coester-Waltjen schon 1982 im Vergleich zu der damals zulässigen, wesentlich unpersönlicheren Samenspende in Frage gestellt, Coester-Waltjen (1982).

354 Vgl. Van Zyl (2002); Teman (2009).

355 Sofern es sich nicht um Sukzessivadoptionen handelt, die zumeist aus anderen Motiven erfolgen.

Ansprüche an das Einfühlungsvermögen der Wunscheltern und ihre Fähigkeit, eine sichere Bindung zum Kind herzustellen.³⁵⁶ Eine frühzeitige Aufklärung des Kindes und ein fortbestehender Kontakt zur Leihmutter scheinen für eine solche Bewältigung förderlich zu sein.³⁵⁷

Aufseiten der Leihmutter ist überdies zu berücksichtigen, dass sie die körperlichen Strapazen und Risiken der medizinischen Behandlung, Schwangerschaft und Geburt trägt. Die Erfahrung aus Großbritannien und anderen Ländern zeigt, dass der Anteil von Leihmüttern, die die Wunscheltern bereits kannten, gering ist.³⁵⁸ Es ist wenig plausibel, ein Überwiegen des altruistischen Motivs bei fremden Leihmüttern anzunehmen, also dass Frauen für fremde Paare neun Monate ein Kind austragen und die Geburtsschmerzen auf sich nehmen, ohne dass es finanzielle Anreize gibt, die einen solchen psychischen und physischen Aufwand als angemessen erscheinen lassen. In Ländern mit kommerzieller Leihmutterchaft besteht in der Regel ein erhebliches, in einigen Ländern gar ein krasses soziales und ökonomisches Ungleichgewicht zwischen Auftragseltern und Leihmüttern.³⁵⁹ Auftraggebende Paare sind in der Regel weitaus wohlhabender als die Leihmütter.³⁶⁰ Dies birgt die Gefahr, dass soziale Ungleichheiten für den Wunsch nach Kindern gutsituierter Paare zulasten der Leihmütter ausgenutzt werden und die freie Entscheidung einer Frau für oder gegen eine Leihmutterchaft in Frage gestellt ist. In einer globalen Perspektive besteht dieses Problem auch und gerade dann, wenn deutsche Paare Leihmütter im Ausland in Anspruch nehmen.

Wird bei einer Leihmutterchaft nur eine Aufwandsentschädigung gezahlt, lässt

sich die Gefahr einer Ausnutzung sozialer Notlagen verringern.³⁶¹ Allerdings ist bei einer körperlich so belastenden und menschlich anspruchsvollen Leistung wie der Schwangerschaft für Dritte nicht leicht einzuschätzen, welche Aufwandsentschädigung angemessen ist, und die Grenze zu einer ethisch problematischen, weil falsche Anreize setzenden Kommerzialisierung ist schwierig zu ziehen.³⁶²

Hinzu kommt eine Reihe grundsätzlicher, schwer lösbarer Fragen.³⁶³ Eine Leihmutter stellt ihren Körper über mehrere Monate hinweg zur Verfügung. Es ist schwierig, im Voraus abzuschätzen, wie die Schwangerschaft ihre Bindung zum ungeborenen Kind, ihre Lebenssituation und ihr körperliches Wohlbefinden verändern wird. In einzelnen Fällen entstand offenkundig aus Sicht der Leihmutter eine so starke Bindung, dass diese das Kind nicht an die Wunscheltern abgeben wollte. Es liegen jedoch derzeit zu wenig empirische Erkenntnisse vor, um die Häufigkeit und Stärke dieses Phänomens einzuschätzen. Mit Blick auf die Menschenwürde der Leihmutter wie auch des Kindes besteht aus ethischer Sicht Uneinigkeit darüber, ob die Abgabe des Kindes überhaupt vertraglich vereinbart und ggf. erzwungen werden darf.³⁶⁴

Auch ist fraglich, ob ein bestimmter Lebensstil oder gar Eingriffe in den Körper der Leihmutter durch vertragliche Vereinbarungen erzwungen werden können. Kann eine Leihmutter zur Inanspruchnahme z. B. von medizinischer Diagnostik verpflichtet werden? Wer entscheidet bei gesundheitlichen Einschränkungen der Leihmutter oder des Babys, etwa, wenn aufgrund einer behandelbaren kindlichen Behinderung ein Eingriff am Fetus ange-

356 Vgl. Söderström-Anttila et al. (2016b).

357 Vgl. Zadeh et al. (2018).

358 Vgl. Edelmann (2004).

359 Brazier et al. (1998); van den Akker (2005).

360 Eine Leihmutterchaft ist deshalb auch nur für vermögende Wunscheltern eine realistische Option.

361 Beispielsweise werden in Großbritannien maximal 20.000 Pfund pro Leihmutterchaft bezahlt. Vgl. hierzu Horsey et al. (2015).

362 Vgl. Horsey et al. (2015).

363 Für einen Überblick vgl. Beier (2018).

364 Vgl. Thomale (2015).

zeigt wäre? Was ist, wenn die Leihmutter oder die Auftraggeber einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen möchten, jeweils gegen den Willen der anderen Seite? Eine vertragliche Vereinbarung, der zufolge den Wunscheltern ein Entscheidungsrecht über den Körper und das Verhalten der schwangeren Leihmutter eingeräumt werden würde, ist ethisch und rechtlich nicht vertretbar. Denkbar wäre deshalb allenfalls eine der Adoption vergleichbare Regelung der Leihmuttertschaft dergestalt, dass die Leihmutter nach der Geburt innerhalb einer Bedenkzeit von wenigen Wochen über die Abgabe des Kindes an die Wunscheltern entscheiden kann; bis zu diesem Zeitpunkt müsste sie alle Entscheidungsrechte über sich und das Kind behalten.

Würde Leihmuttertschaft in Deutschland zugelassen, wäre es allerdings möglich, vielen der hier geschilderten Probleme durch entsprechende rechtliche Regelungen entgegenzuwirken, so etwa der Gefahr der rechtlichen Benachteiligung von Leihmüttern oder der Ausnutzung sozialer Notlagen. Auch die verbindliche und einvernehmliche Regelung der Elternschaft ließe sich innerhalb Deutschlands eher gewährleisten.

Eine verbindliche Zuordnung des Kindes sollte allerdings auch ungeachtet der Frage, ob Leihmuttertschaft in Deutschland zugelassen wird oder nicht, gesichert sein. Bisher wurde die familiäre sowie staatsbürgerliche Zuordnung von Kindern, die nach einer Leihmuttertschaft im Ausland einvernehmlich von ihren deutschen Wunscheltern nach Deutschland gebracht werden sollten, von deutschen Gerichten unterschiedlich gehandhabt. Es widerspricht jedoch dem Art. 7 der Kinderrechtskonvention, wenn Kindern verbindliche elterliche Beziehungen oder eine gesicherte Staatsangehörigkeit verwehrt werden. Jedenfalls sollte sich die Tatsache, dass die rechtliche und ethische Zulässigkeit von Leihmuttertschaft kont-

rovers beurteilt wird, nicht zu Lasten der so gezeugten Kinder auswirken. Wunscheltern sollten überdies im Interesse des zukünftigen Kindes sowie in ihrem eigenen Interesse die Möglichkeit haben, sich im Inland mithilfe von psychosozialer Beratung mit allen Aspekten der Leihmuttertschaft vertraut zu machen, um eine informierte und verantwortungsvolle Entscheidung treffen zu können.

6.6.4 Handlungsoptionen

Unabhängig von den nachfolgend vorgestellten Optionen zur Zulässigkeit der Leihmuttertschaft in Deutschland sollte in jedem Fall Folgendes geregelt werden:

- Im Sinne des Kindeswohls sollte für im Ausland nach dortigem Recht legalerweise von einer Leihmutter geborene, jedoch in Deutschland aufwachsende Kinder, eine rechtlich sichere Zuordnung des Kindes zu den Wunscheltern ermöglicht werden, da von ihr zahlreiche Rechtsfolgen wie die elterliche Sorge, Unterhaltsansprüche und die Staatsangehörigkeit abhängen.
- Eine in Deutschland angebotene und durchgeführte medizinische und psychosoziale Beratung zu den Problemen einer Leihmuttertschaft sollte nicht strafbar sein.

Im Übrigen bestehen folgende Optionen zur Regelung der Leihmuttertschaft in Deutschland:

- Leihmuttertschaft bleibt weiterhin verboten. Die Erkenntnisse aus den Erfahrungen anderer europäischer Länder und ihrer Begleitforschung werden intensiv beobachtet und die Sachlage wird in einigen Jahren wieder evaluiert, insbesondere auch im Hinblick auf jene Fälle von Leihmuttertschaft, die im Ausland durchgeführt wurden und für die im Inland die rechtliche Elternzuordnung beantragt wurde.

- Leihmutterschaft wird erlaubt, wobei insbesondere folgende Bedingungen gewährleistet sein müssen:
 - Wie bei der Samen- und Eizellspende darf bei der Leihmutterchaft kein kommerzieller Anreiz vorliegen, sondern lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung gezahlt werden. Diese Aufwandsentschädigung wird staatlich begrenzt.
 - Eine sorgsame Auswahl der Leihmutter nach medizinischen und psychosozialen Kriterien wird sichergestellt. So sollte sie bereits eigene Kinder haben, um die Belastungen durch Schwangerschaft und Geburt einschätzen zu können. Es darf keine medizinische Kontraindikation vorliegen. Es sollte nur eine begrenzte Anzahl von Schwangerschaften pro Leihmutter möglich sein.
 - Die Leihmutter sollte nach der Geburt innerhalb einer Bedenkzeit von wenigen Wochen über die Abgabe des Kindes an die Wunscheltern entscheiden können; bis zu diesem Zeitpunkt muss sie alle Entscheidungsrechte über sich und das Kind behalten.
 - Das Verfahren einer Leihmutterchaft muss in eine umfassende medizinische und psychosoziale Vorbereitung und Begleitung eingebettet sein. In diesem Rahmen sollten Erwartungen, Hoffnungen sowie potenzielle Konflikte angesprochen werden können.
 - Begleitforschung aus medizinischer und psychosozialer Perspektive sollte durchgeführt werden.

6.7 Präimplantationsdiagnostik

6.7.1 Medizinische Grundlagen

Die Verfügbarkeit weiblicher Keimzellen und menschlicher Embryonen außerhalb des Körpers durch Maßnahmen der assistierten Befruchtung hat eine genetische Diagnostik durch Untersuchung von Eizellen und embryonalen Zellen möglich gemacht.

Zwei unterschiedliche Techniken werden hierzu genutzt: die Polkörperdiagnostik und die Präimplantationsdiagnostik im engeren Sinne. Unter Polkörperdiagnostik (PKD) versteht man die Entnahme des ersten und/oder zweiten Polkörpers zwischen dem Metaphase-II-Stadium der Eizelle bis hin zum Vorkernstadium und die daran anschließende genetische Diagnostik. Dabei kann mit der PKD stets nur die mütterliche Seite untersucht werden. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) im engeren Sinne beschreibt dagegen die Entnahme von embryonalen Zellen zum Zwecke der genetischen Analyse. Die genetische Analyse erfolgt für PKD und PID entweder mit zytogenetischen oder molekulargenetischen Methoden.

Die Polkörperdiagnostik

Die Polkörperdiagnostik (PKD) untersucht auf mütterlicher Seite numerische und strukturelle Chromosomenstörungen und bereits bekannte genetische Erkrankungen. Zur Entnahme der Polkörper muss die *Zona pellucida* eröffnet werden. Dies kann entweder mechanisch³⁶⁵ oder mithilfe eines Diodenlasers³⁶⁶ erfolgen. Nach Möglichkeit werden sowohl der erste als auch der zweite Polkörper entnommen.

Auch ohne genetische Erkrankungen der Frau kann eine PKD als sogenanntes Aneuploidie-Screening eingesetzt werden, um mögliche Fehlverteilungen der Chro-

³⁶⁵ Vgl. Cieslak et al. (1999).

³⁶⁶ Vgl. Montag et al. (1998).

mosomen in der Eizelle zu ermitteln. Die bekannteste chromosomale Fehlverteilung ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom), deren Häufigkeit mit zunehmendem Alter der Frau zunimmt. Da die Mehrheit der Chromosomenfehlverteilungen über die Eizelle entsteht,³⁶⁷ wurde angenommen, dass die PKD zum Aneuploidie-Screening geeignet ist. So wurde in Deutschland das Aneuploidie-Screening über eine PKD bereits im Jahr 2000 eingeführt.³⁶⁸ Die ESTEEM-Studie der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) zeigt zum jetzigen Zeitpunkt jedoch, dass das Aneuploidie-Screening im Rahmen der PKD die Geburtenrate nicht erhöht.³⁶⁹

Die Präimplantationsdiagnostik (PID)

Im Unterschied zur PKD erfolgt bei der PID die genetische Analytik nicht an der weiblichen Keimzelle, sondern am Embryo selbst. Unter der Blastomerenbiopsie versteht man die Entnahme von einer oder zwei embryonalen Zellen (sogenannte Blastomere) im 6–8-Zell-Stadium. Erfolgt eine Entnahme von Trophektodermzellen, das heißt von embryonalen Zellen der äußeren Zellmasse im sogenannten Blastozystenstadium am Tag 5 der embryonalen Entwicklung, spricht man von der Trophektoderm- oder auch Blastozystenbiopsie.³⁷⁰ Trophektodermzellen bilden später die Plazenta aus, während sich der Embryo selbst aus den Zellen der inneren Zellmasse der Blastozyste entwickelt.

Untersucht wird bei der PID auf genetische Erkrankungen, wie z. B. genetische Einzeldefekte, und strukturelle Anomalien von Chromosomen, wie z. B. Translokationen. Die Entnahme von Blastomeren oder Trophoblastzellen erfolgt ebenso wie die genetische Analytik mit den gleichen Techniken wie bei der PKD.

Laut Daten des Konsortiums für Präimplantationsdiagnostik der ESHRE wurden in den Jahren 2011–2012 in 71 weltweit teilnehmenden Zentren 11.637 PID-Zyklen durchgeführt.³⁷¹ In 3.445 Zyklen waren bekannte monogenetische Erkrankungen Indikation zur PID und in 1.953 Fällen bekannte chromosomale Auffälligkeiten wie Translokationen. In 144 Zyklen erfolgte eine PID zur Geschlechtsbestimmung bei bekannten X-chromosomal gebundenen Erkrankungen. Aus diesen Zyklen wurden 2.507 klinische Schwangerschaften berichtet mit 1.835 Geburten. Daneben wurde die PID auch in 38 Fällen ausschließlich zum Social Sexing durchgeführt,³⁷² das heißt zur Geschlechtsbestimmung des Embryos ohne medizinische Indikation. PID zum Social Sexing ist in Deutschland nicht erlaubt.

Betrachtet man die Inanspruchnahme der PID am Beispiel Belgien, so zeigt sich, dass die Zahlen mit z. B. 637 Zyklen im Jahre 2010 und 642 Zyklen im Jahre 2013 relativ konstant sind.³⁷³ In Deutschland ist die PID erst seit Inkrafttreten der PID-Verordnung 2013 möglich; belastbare Zahlen über die seitdem durchgeführten PID-Zyklen liegen noch nicht vor.

Am häufigsten wird außerhalb Deutschlands die PID mit dem Ziel des Aneuploidie-Screenings durchgeführt.³⁷⁴ Es wurde angenommen, dass durch Anwendung des Aneuploidie-Screenings die Schwangerschaftsrate bei Maßnahmen der assistierten Befruchtung erhöht werden kann, weil man den Transfer von Embryonen mit Chromosomenfehlverteilungen vermeidet. Qualitativ hochwertige prospektiv randomisierte Studien und eine daraus abgeleitete Metaanalyse konnten allerdings keine Verbesserung der Schwangerschaftsrate zumindest für Untersuchungen

367 Vgl. Nicolaidis et al. (1998).

368 Vgl. Van der Ven et al. (2002).

369 Vgl. Verpoest et al. (2018).

370 Vgl. Veiga et al. (1997).

371 Vgl. De Rycke et al. (2017).

372 Vgl. De Rycke et al. (2017).

373 Vgl. Calhaz-Jorge et al. (2017); Kupka et al. (2014).

374 Vgl. De Rycke et al. (2017).

im 6–8-Zell-Stadium mittels FISH³⁷⁵ zeigen.³⁷⁶ Aufgrund der Ergebnisse dieser frühen randomisierten Studien hat ESHRE 2010 eine Stellungnahme veröffentlicht, in der von der generellen Anwendung des Aneuploidie-Screenings abgeraten wird.³⁷⁷

Es gibt jetzt aber Hinweise, dass Untersuchungen an der Blastozyste mit neuen Methoden (Array-CGH, NGS) eine Verbesserung der Geburtenrate bringen können. Neuere Daten zum Aneuploidie-Screening über eine Trophektodermbiopsie zeigen eine hohe Schwangerschaftsrate. Nach Bewertung durch das Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada führt die PID in frühen Stadien (Tag-3-Zellentnahme) zu einer verringerten Lebendgeburtenrate.³⁷⁸ Im Gegensatz dazu erhöht die Trophektodermbiopsie in Kombination mit neuen genetischen Screeningtests die Implantationsrate und erleichtert neben der rein morphologischen Beurteilung die Auswahl von Embryonen mit hohem Entwicklungspotenzial. Auch eine Metaanalyse zur Blastomerenbiopsie zeigt, dass Schwangerschaftsraten und Geburtenraten erhöht werden können.³⁷⁹ Zufriedenstellende randomisierte Studien dazu liegen aber bislang noch nicht vor.

Das Problem bleibt, dass die Untersuchungen selbst auch ein falsch positives oder falsch negatives Bild anzeigen können, da die Untersuchung einzelner Zellen mitunter nicht repräsentativ für die weitere Entwicklung des Embryos ist (Mosaikbildung³⁸⁰). Dies gilt für Embryo-

nen jedes Entwicklungsstadiums. So ist z. B. bei 2–4 % der Blastozysten der Chromosomensatz zwischen innerer und äußerer Zellmasse diskordant.³⁸¹

6.7.2 Rechtlicher Rahmen

Seit 2011 enthält das ESchG in § 3a eine Regelung der PID, während die Polkörperdiagnostik bisher keinen Beschränkungen unterliegt. Die PID ist nur dann nicht rechtswidrig und damit nicht strafbar, wenn die Voraussetzungen einer der beiden Ausnahmen in § 3a Abs. 2 ESchG erfüllt sind. An welchen Zellen des Embryos die PID durchgeführt wird, ist nach überwiegender juristischer Auffassung für die Anwendbarkeit des § 3a ESchG irrelevant, sofern es sich nur nicht um eine totipotente Zelle handelt.³⁸²

§ 3a Abs. 2 Satz 1 ESchG regelt den Fall, dass aufgrund der genetischen Disposition der Frau, von der die Eizelle stammt, oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden für deren Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit besteht.

§ 3a Abs. 2 Satz 2 ESchG erklärt eine PID für nicht rechtswidrig, wenn sie mit schriftlicher Einwilligung der Frau, von der die Eizelle stammt, zur Feststellung einer schwerwiegenden Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird, durchgeführt wird. Damit sollen nicht erfolgsversprechende „unnötige“ Implantationen im Interesse der Frau vermieden werden, die vor einer von vornherein zum Scheitern verurteilten Schwangerschaft bewahrt wird.³⁸³ Die Vorschrift dient ferner dazu, später weiter entwickelte Embryonen/Föten vor einem Schwangerschaftsabbruch zu bewahren. Da das Gesetz vom Risiko einer Fehl- oder Totgeburt spricht, reicht das Risiko eines

375 FISH: Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung, molekularbiologische Methode, um DNA und RNA in Zellen nachzuweisen. Beim Aneuploidie-Screening wird sie verwendet, um festzustellen, ob beim Embryo ein euploider Chromosomensatz vorliegt.

376 Vgl. Mastenbroek et al. (2007); Staessen et al. (2008); Twisk et al. (2006).

377 Vgl. Harper et al. (2010).

378 Vgl. Dahdouh et al. (2015a).

379 Vgl. Dahdouh et al. (2015b).

380 Die verschiedenen Zellen des Embryos haben mitunter nicht den gleichen Chromosomensatz. So können sich innerhalb des Embryos Zellen mit euploidem und aneuploidem Chromosomensatz finden.

381 Vgl. Brezina & Kutteh (2015).

382 Vgl. Taupitz & Hermes (2015c). Das Abspalten einer totipotenten Zelle stellt ein verbotenes Klonieren dar.

383 Vgl. Taupitz (2014), C. II. § 3a.

Implantationsversagens als zulässiges Ziel im Sinne des Satzes 2 nicht aus.³⁸⁴

Es ist dagegen umstritten, ob im Rahmen einer PID auch ein Aneuploidie-Screening als eine ohne konkreten Anlass erfolgende Untersuchung des Embryos nach allen chromosomalen Veränderungen, die die Gefahr einer Tot- oder Fehlgeburt mit sich bringen, durchgeführt werden darf.³⁸⁵

Für alle Formen der PID verlangt § 3a Abs. 3 ESchG in Verbindung mit der PID-Verordnung³⁸⁶ die Erfüllung weiterer Voraussetzungen: unter anderem die Durchführung der PID durch einen hierfür qualifizierten Arzt/eine hierfür qualifizierte Ärztin an einem für die PID zugelassenen Zentrum und die zustimmende Bewertung einer Ethikkommission.

6.7.3 Problemskizze

Eine PID wird in aller Regel von Paaren in Anspruch genommen, die die Erfahrung einer schwerwiegenden Erbkrankheit in der engeren oder weiteren Familie bereits gemacht haben. Für sie stellt diese Methode eine Alternative zum rechtlich möglichen Schwangerschaftsabbruch dar.

Der Gesetzgeber hat sich in Deutschland dazu entschieden, jede Anwendung einer PID an das Votum einer Ethikkommission zu binden; zugleich hat er von der Etablierung einer Indikationsliste abgesehen, weil eine solche von Menschen mit entsprechender Behinderung oder Erkrankung als stigmatisierend und diskriminierend empfunden werden kann. Eine PID ist laut Gesetz zulässig bei einem hohen Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit oder um festzustellen, ob eine schwerwiegende Schädigung des Embryos vorliegt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird.

Die Ausdrücke „hohes Risiko“, „hohe Wahrscheinlichkeit“, „schwerwiegende Erbkrankheit“ und „schwerwiegende Schädigung“, die im Gesetzestext verwendet werden, sind evaluative Begriffe, das heißt, sie implizieren ein Werturteil. Die Einschätzung eines Risikos als „hoch“ oder einer Erbkrankheit als „schwerwiegend“ kann nicht – oder jedenfalls nicht allein – verallgemeinernd anhand objektiver Daten erfolgen, sondern bedarf einer auf den Einzelfall bezogenen Interpretation,³⁸⁷ bei der beurteilt wird, in welcher Hinsicht oder aus welcher Perspektive etwas schwer wiegt oder als mit einem hohen Risiko behaftet eingeschätzt wird. So mag etwa ein Risiko von 1:1.000, bei einer Operation einen kleinen Finger zu verlieren, im Allgemeinen weder als hoch noch als schwerwiegend angesehen werden. Ein für seine Berufsausübung auf alle zehn Finger angewiesener Pianist bzw. eine Pianistin wird dieses Risiko jedoch ganz anders bewerten als der Durchschnitt der Bevölkerung. Was als „hoch“ und „schwerwiegend“ zu gelten hat, muss also jeweils für eine konkrete Situation und einen konkreten Kontext wertend ausgelegt werden. Dabei ist zu beachten, dass „hoch“ und „schwerwiegend“ voneinander abhängige Werturteile sind, denn wenn ein Effekt als schwerwiegend empfunden wird, kann auch ein in absoluten Zahlen niedriges Risiko noch als hoch angesehen werden.

Auch die Interpretation einer Erbkrankheit als schwerwiegend und eines erblichen Risikos als hoch muss situations- und kontextbezogen erfolgen und kann deshalb von Fall zu Fall unterschiedlich

³⁸⁷ Das Risiko ist nach der Gesetzesbegründung zum einen in Bezug zu setzen mit dem üblichen Risiko der in Deutschland lebenden Bevölkerung. „Zum anderen ist die Eintrittswahrscheinlichkeit nach den Gesetzmöglichkeiten der Übertragung und Kombination erblicher Anlagen genetisch einzuschätzen. Eine Wahrscheinlichkeit von 25 bis 50 % wird als hohes Risiko eingeschätzt“. „Schwerwiegend“ ist nach der Gesetzesbegründung eine Erbkrankheit „insbesondere“ dann, „wenn sie sich durch eine geringe Lebenserwartung oder Schwere des Krankheitsbildes und schlechte Behandelbarkeit von anderen Erbkrankheiten wesentlich unterscheidet“ (BT-Drucksache 17/5451, 8).

³⁸⁴ Vgl. Taupitz (2017).

³⁸⁵ Vgl. näher Taupitz (2017) m. w. N.

³⁸⁶ BGBl. 2013 I, S. 323.

ausfallen. Dieses Problem spiegelt sich schon jetzt in der offensichtlich unterschiedlichen Entscheidungspraxis verschiedener Ethikkommissionen, die gleiche Erkrankungsanlagen unterschiedlich einschätzten.³⁸⁸ Das PID-Gesetz unterstreicht das evaluative Element, indem es die Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen an das Votum einer *interdisziplinär* zusammengesetzten Ethikkommission bindet.

Voten solcher Ethikkommissionen sind in der Tat sinnvoll, wenn es bei der Auslegung und Bewertung eines Sachverhalts einen Beurteilungsspielraum gibt, der auf der prinzipiellen Vagheit von Werturteilen beruht, die für den jeweiligen Anwendungskontext spezifiziert werden müssen. Allerdings müssen die Kommissionsmitglieder auch geeignet sein, diese differenzierende Bewertung abzugeben, und zwar mindestens so gut oder vorzugsweise sogar besser als andere beteiligte Personen. Im Fall der PID ist zu fragen, ob die Mitglieder einer wie auch immer zusammengesetzten Ethikkommission besser als die betroffenen Eltern und der in engem Kontakt mit den Eltern stehende und sie beratende Arzt bzw. Ärztin qualifiziert sind, einzuschätzen, wann eine erbliche Erkrankung als schwerwiegend und das entsprechende Risiko als hoch einzustufen ist.³⁸⁹

Diese Einstufung setzt zunächst einmal voraus, dass die bewertende Person 1. *anschauliches Wissen* über die *konkreten* Auswirkungen der in Frage stehenden Erkrankung im Leben eines Menschen hat, 2. über Erfahrungen verfügt, was es bedeutet, diese spezifische Erkrankung in einem *bestimmten Lebenskontext* bewältigen zu müssen, und 3. Erfahrungen mit den Auswirkungen familiärer erblicher Belastungen auf *weitere nahestehende Personen*

gesammelt hat, etwa weil eine erbliche Erkrankung in dieser Familie zu gehäuften Suiziden geführt hat. Die Kommissionsmitglieder verfügen aufgrund ihrer Herkunft aus unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen über vielfältiges praktisches Wissen zu den Auswirkungen von Erbkrankheiten, doch ist dieses Wissen nur begrenzt verallgemeinerbar, denn die subjektive Erfahrung und Verarbeitung von Krankheit oder erblich bedingter Behinderung kann von Familie zu Familie sehr stark variieren. Zwar kann die Ethikkommission auch Wissen über diese individuellen, subjektiven Aspekte eines Falls erlangen, indem sie die betroffenen Eltern anhört. Aber für die Bewertung des Sachverhalts ist wesentlich, ob die entscheidende Person von den Folgen der Entscheidung unmittelbar betroffen ist oder nicht, ob sie also aus einer theoretischen Warte entscheidet oder persönlich die sich – teils über Jahrzehnte erstreckenden – Auswirkungen aus eigener Kraft tragen, bewältigen und verantworten muss. So wird etwa auch im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataldiagnostik der betroffenen Frau Entscheidungsfreiheit darüber eingeräumt, welche Situation sie – nicht zuletzt mit Blick auf ihre familiäre Situation – aus eigener Kraft zu bewältigen in der Lage ist.

Das Primat der elterlichen Entscheidung sollte konsequenterweise auch bei Fragen der Prävention schwerwiegender erblicher Erkrankungen gelten, da Eltern in der Regel besser als andere in der Lage sind, die Interessen des zukünftigen Kindes im Kontext ihrer konkreten lebensgeschichtlichen und familiären Situation zu interpretieren und wahrzunehmen.³⁹⁰ Zwar fließt in diese Entscheidung in der Regel auch ein Urteil darüber ein, welche Auswirkungen schwerer Behinderung dem Kind zukünftig zuzumuten sind, und ein solches Urteil ist anfällig für Fehleinschätzungen, nicht zuletzt bedingt durch

³⁸⁸ Vgl. Weiske et al. (2017).

³⁸⁹ Vgl. Frister (2014), S. 129 ff.; Kreß (2015); Kreß (2016b), S. 132 f.; Landwehr (2017), S. 129 ff.; Dorneck (2018), S. 117 ff. m. w. N.

³⁹⁰ Vgl. Schöne-Seifert (1999).

gesellschaftliche Stereotypen über ein Leben mit Behinderung. Doch könnten die betroffenen Paare im Rahmen einer guten, unvoreingenommenen Beratung die Chance erhalten, sich ein möglichst vorurteilsfreies Bild zu verschaffen. Eine vergleichbare Beratung ist bereits jetzt bei einem ins Auge gefassten Schwangerschaftsabbruch nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz vorgesehen. Zu bedenken ist auch, dass das Erfordernis des Votums einer Ethikkommission dazu führt, dass Paare Fremden gegenüber sehr persönliche gesundheitliche und psychosoziale Angelegenheiten offenlegen müssen. Es muss ein aufwendiges bürokratisches Verfahren durchlaufen werden, wodurch es zu einer weiteren Verzögerung der Behandlung kommt, obwohl die betroffenen Paare die ohnehin schon mit ihrer genetischen Risikokonstellation verbundene Ungewissheit, die oft lang dauernde Phase der genetischen Untersuchungen bis zu einer sicheren Diagnose und die wiederholt auftretenden Tot- und Fehlgeburten als belastend empfinden.

Die verhältnismäßig geringe Anzahl von Paaren, die eine PID in Anspruch nehmen, deutet derzeit ohnehin darauf hin, dass der Leidensdruck hoch sein muss, um die Belastungen der für die PID unerlässlichen IVF auf sich zu nehmen. Da sie eine rein diagnostische Methode ist, kann mit ihr auch keine gezielte Gestaltung von Embryonen erreicht werden, wie in der öffentlichen Diskussion manchmal befürchtet wird. Wenn man die Entscheidung über eine PID in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung verankert, ist also ausgehend von den internationalen Erfahrungen und vor dem Hintergrund der im deutschen Embryonenschutzgesetz enthaltenen Beschränkungen der Indikationen für eine PID nicht mit einer unkontrollierten Ausweitung zu rechnen.

Aus Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist schließlich bedenklich, dass die betroffenen Paare die erheblichen Kosten der

PID selbst zu tragen haben,³⁹¹ während ein Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik von der GKV übernommen wird. Schon die Kosten des Verfahrens vor der Ethikkommission, die je nach Kommission unterschiedlich hoch ausfallen können, müssen von den Paaren übernommen werden. Die einschlägigen Gebührenordnungen sehen hierfür Gebühren bis zu 5.000 Euro vor.³⁹² Auch die Kosten der Etablierung der genetischen Diagnostik (Herstellung einer Gen-Sonde) noch vor Durchführung eines PID-Behandlungszyklus variieren je nach Ausmaß und Komplexität der Testung und können über 5.000 Euro liegen. Die teils sehr hohen Kosten haben zur Folge, dass finanziell schlechter gestellte Paare noch nicht einmal die Prüfung ihres möglichen Anspruchs auf Durchführung einer PID erwirken können.

6.7.4 Empfehlungen

- In Zukunft sollte die Entscheidung über eine PID in der Arzt-Patienten-Beziehung unter Einbeziehung psychosozialer Beratung, aber ohne besondere Genehmigung durch eine Ethikkommission getroffen werden.
- In jedem Fall sollten die im Rahmen der PID anfallenden Kosten ebenso wie die der Pränataldiagnostik von der Versicherungsgemeinschaft übernommen werden.

³⁹¹ Derzeit gibt es politische Initiativen, die Kosten einer PID für verheiratete Paare in bestimmtem Umfang von den gesetzlichen Krankenkassen übernehmen zu lassen.

³⁹² Die Gebühren liegen derzeit bei der PID-Kommission Nord zwischen 1.500 und 3.000 Euro, bei der PID-Kommission Süd zwischen 1.500 und 4.000 Euro, bei der PID-Kommission NRW zwischen 1.300 und 3.000 Euro, bei der PID-Kommission Bayern zwischen 100 und 5.000 Euro und bei der PID-Kommission Berlin bei 1.500 Euro. Die Festsetzung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens hängt von dem Aufwand der Prüfung ab. Bei der PID-Kommission Bayern, die erheblich höhere Fallzahlen hat als die anderen Kommissionen, lagen nach den Angaben auf der Website der Kommission die tatsächlichen Gebühren für bisherige Verfahren in der Regel unter 500 Euro.

7 Aufklärung und Beratung

7.1 Aufklärung und Beratung vor und bei Durchführung einer Kinderwunschbehandlung

Jede Form der Diagnostik und Behandlung von Paaren mit Infertilitätsproblemen findet auf der Grundlage einer Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Paar statt. Dabei sind stets medizinische, psychische und soziale Gesichtspunkte von Bedeutung. Für die Gesundheitsversorgung im Sinn einer patientenzentrierten Medizin und für die persönliche Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten hat darüber hinaus psychosoziale Beratung, die nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch von anderen Fachkräften durchgeführt wird, inzwischen einen erheblichen Stellenwert gewonnen. Dies zeigt sich z.B. bei Schwangerschaftskonflikten, humangenetischen Untersuchungen, in der Onkologie, aus Anlass von Organtransplantationen oder bei der Erstellung von Patientenverfügungen.

Bedarf an psychosozialer Beratung entsteht auch im Kontext der Reproduktionsmedizin.³⁹³ Dabei ist zu bedenken, dass das Aufsuchen reproduktionsmedizinischer Hilfe oft das Ergebnis eines langen und nicht selten schwierigen Entscheidungsprozesses ist, wobei zwischen ersten Sorgen um eine ausbleibende Schwangerschaft und dem ersten Besuch im Kinderwunschzentrum durchschnittlich 1,5 Jahre vergehen.³⁹⁴ Adressaten solcher Beratungsangebote sind alle Personen, die eine reproduktionsmedizinische

Behandlung in Betracht ziehen, Gametenspende/innen und Frauen, die sich bereit erklären, für andere eine Schwangerschaft auszutragen, sowie im Rahmen eines Auskunfts- und Kontaktverfahrens die mithilfe einer Gametenspende gezeugten Menschen und deren Familienangehörige.³⁹⁵ Aus ethischer Sicht besteht das Ziel der psychosozialen Beratung darin, die beratenen Personen in die Lage zu versetzen, in ihrer jeweiligen Lebenssituation auf der Grundlage ihrer eigenen Wertvorstellung und unter Berücksichtigung des Wohls anderer Beteiligter oder Betroffener, insbesondere des Wohls des erhofften Kindes (ggf. auch bereits geborener Kinder), zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen. Diese sollten wohl erwogen sein und eigenverantwortlich getroffen werden. Die psychosoziale Beratung kann sowohl durch entsprechend ausgebildete Ärzte und Ärztinnen als auch durch psychosoziale Fachkräfte erfolgen.

Es ist ärztliche Aufgabe, nicht nur über die medizinischen Aspekte der jeweiligen Verfahren zu informieren, sondern das Paar in seiner individuellen Situation zu beraten.³⁹⁶ Grundlage dafür bildet die „Psychosomatische Grundversorgung“ entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien in ihrer aktuellen Fassung.³⁹⁷ Entsprechend der Weiterbildungsordnung und den Weiterbildungsrichtlinien zur Erlangung der Gebietsbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ müssen alle Frauenärztinnen und Frauenärzte in Deutschland die Voraussetzungen zur

393 Vgl. Wischmann & Thorn (2014); Mayer-Lewis (2015), S. 187–217.

394 Vgl. Passet-Wittig (2017).

395 Vgl. Thorn & Wischmann (2008); Thorn & Wischmann (2010).

396 Vgl. Kentenich et al. (2014).

397 Vgl. Psychotherapie-Richtlinie (2017).

Durchführung der „Psychosomatischen Grundversorgung“ erlangen. Zugleich ist in den Richtlinien der Bundesärztekammer nach § 16b TPG festgelegt, dass in den Zentren für Reproduktionsmedizin eine Fachkraft mit der Qualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“ vorgehalten werden muss.³⁹⁸ In allen Bereichen der ärztlichen Diagnostik und Therapie ist gleichwohl eine behandlungsunabhängige Beratung und Begleitung sinnvoll, nicht nur, um der Patientin bzw. dem Paar zu ermöglichen, eine „zweite Meinung“ einzuholen, sondern auch, weil damit weitere wichtige Fragen zum Umgang und zu den Folgen fortpflanzungsmedizinischer Verfahren angesprochen werden können.

Die Beratung durch psychosoziale Fachkräfte sollte sowohl intern (die Beratungsfachkraft arbeitet vor Ort im Kinderwunschzentrum) als auch extern (durch eine Beratungsstelle oder eine niedergelassene Fachkraft) möglich sein und niedrigschwellig (kostenfrei oder günstig, wohnortnah) angeboten werden. Sie erfordert eine angemessene Qualifikation.³⁹⁹ Die entsprechenden Fachkräfte müssen aufgrund der hohen Dynamik im Bereich der Reproduktionsmedizin regelmäßig an Fort- und Weiterbildungsangeboten teilnehmen.⁴⁰⁰

Die jetzigen gesetzlichen, berufsrechtlichen und weiteren Regelungen zur psychosozialen Beratung sind in unterschiedlichen Richt- und Leitlinien niedergelegt.⁴⁰¹ Im ESchG finden sich zur psychosozialen Kinderwunschberatung keine Ausführungen.

³⁹⁸ Bundesärztekammer (2018b), S. A15.

³⁹⁹ Z. B. in Anlehnung an die Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID), vgl. <https://www.bkid.de/zertifizierung/>

⁴⁰⁰ Vgl. Wischmann & Thorn (2014).

⁴⁰¹ Die Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ geht ausführlich auf psychosomatische Aspekte ein und gibt Hinweise auf notwendige Diagnostik, Psychotherapie, Beratung und Selbsthilfegruppen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKID hat drei Leitlinien verabschiedet: die Leitlinie „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ (2008), die „Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ (2008) und die Leitlinie „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ (2010).

In § 27a Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist für ärztliche Maßnahmen der assistierten Befruchtung geregelt, dass sich „Ehegatten [...] über eine [...] Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen die Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist“. Diese Genehmigung bezieht sich allerdings nur auf die Durchführung der assistierten Befruchtung, nicht auf die psychosoziale Beratung. Ähnliche Vorgaben gibt es durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu ärztlichen Maßnahmen zur assistierten Befruchtung.⁴⁰² Die Bundesärztekammer empfiehlt eine Beratung sowohl durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin als auch eine behandlungsunabhängige ärztliche Beratung und eine behandlungsunabhängige psychosoziale Beratung „im Sinne einer emotionalen Unterstützung und Hilfe bei der Problembewältigung“.⁴⁰³ Um allen diesen Vorgaben gerecht zu werden, müssten somit wenigstens die genannten beiden Arten von Beratung durchgeführt werden.

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ermöglicht es jedem, sich in Fragen zu Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle informieren und beraten zu lassen, explizit auch zu Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und zu den Aspekten einer Adoption. Die Länder sind gefordert, hierzu ein ausreichendes Beratungsangebot sicherzustellen und zu finanzieren. Auch wenn im SchKG nicht explizit eine psychosoziale Kinderwunschberatung beschrieben ist, ist erkennbar, dass auch das Themenfeld des unerfüllten Kinderwunsches („alle Fragen zur Familienplanung“) erfasst ist. An der Umsetzung mangelt es jedoch, denn die psychosoziale Kinderwunschbe-

⁴⁰² Vgl. Richtlinien über künstliche Befruchtung (2017).

⁴⁰³ Bundesärztekammer (2018b), S. A6.

ratung wird nur von wenigen Schwangerschaftsberatungsstellen ausdrücklich angeboten.⁴⁰⁴ Das Angebot müsste deutlich ausgeweitet werden, niedrigschwellig und weltanschaulich plural getragen und ausgerichtet sein.

In folgenden Situationen ist eine ärztliche und psychosoziale Beratung besonders sinnvoll:⁴⁰⁵

- bei Vorliegen einer Psychopathologie (klinischer Depression o. ä.) oder ähnlicher Vulnerabilität,
- bei Behandlungskomplikationen und in Krisen (Mehrlingsschwangerschaft, Fehl- oder Totgeburt, Belastungen in der Partnerschaft o. ä.),
- im Rahmen einer Begleitung bei scheidenden Kinderwunschbehandlungen,
- im Entscheidungskonflikt beim Umgang mit sogenannten überzähligen Embryonen,
- im Rahmen einer Gametenspende oder Embryospende/Embryooption,
- im Rahmen einer PID,
- im Rahmen der Kryokonservierung von Keimzellen, einschließlich der Kryokonservierung aus nichtmedizinischen Gründen (Social Freezing).

7.2 Psychosoziale Beratung nach Durchführung einer Gametenspende und Embryospende/Embryooption

Eine psychosoziale Vorbereitung, Begleitung und ggf. Nachbereitung ist zudem im Hinblick auf Kontaktwünsche zwischen mit Gametenspende oder Embryospende/

Embryooption gezeugten Menschen, ihrer Familie und den Spender/innen und deren Familie angezeigt. Aufgrund der zunehmenden Entstigmatisierung der Gametenspende und der Embryospende/Embryooption und der zunehmenden Inanspruchnahme dieser Art von Familienbildung kann davon ausgegangen werden, dass die Aufklärungsrate der Kinder steigen wird und in Zukunft immer mehr Kinder ihr Recht auf Auskunft über ihre biologische Abstammung umsetzen und Kontakt zum Gametenspender oder den Embryospendern und Halb/Vollgeschwistern herstellen werden. Es liegt zurzeit nur wenig Erfahrungswissen über diese Kontakte vor,⁴⁰⁶ sodass es dringend geboten erscheint, dass das DIMDI als zentrale Registerstelle eine verbindliche Kooperation mit entsprechend qualifizierten Fachkräften eingeht, und diese Auskunftsprozesse und Kontakte wissenschaftlich evaluiert und weiterentwickelt werden.

7.3 Psychosoziale Aufklärung und Beratung im Fall einer Leihmutter

Die Leihmutter ist die zurzeit komplexeste Form der Familienbildung mit medizinischer Unterstützung. Die Frau, die sich bereit erklärt, eine Schwangerschaft für eine andere Frau auszutragen, geht alle Risiken ein, die mit Schwangerschaft und Geburt verbunden sind, zudem auch die Risiken einer reproduktionsmedizinischen Behandlung, wenn diese erforderlich ist. Sie muss überdies eine emotionale Balance finden zwischen der Bindung zu dem Kind, das sie austrägt, und der geplanten Abgabe des Kindes nach der Geburt. Die Wunscheltern müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie die Kontrolle während der Schwangerschaft und der Geburt an eine andere Frau delegieren. Zwischen beiden Parteien sollte ein möglichst belastbares

⁴⁰⁴ Vgl. Wischmann & Thorn (2014).

⁴⁰⁵ Vgl. Wischmann & Thorn (2014).

⁴⁰⁶ Vgl. Crawshaw et al. (2015); Crawshaw et al. (2016).

Vertrauensverhältnis bestehen,⁴⁰⁷ das von gegenseitigem Respekt und Wohlwollen gekennzeichnet ist. Dies setzt voraus, dass sich die Parteien kennenlernen und sowohl vor dem medizinischen Eingriff als auch während der Schwangerschaft Kontakt zueinander pflegen.

In Ländern, in denen eine Leihmutter-schaft unter nicht-kommerziellen Bedingungen erlaubt ist (z. B. Großbritannien, Australien), ist in der Regel eine umfassende psychologische, psychosoziale, medizinische und juristische Klärung und Beratung vorgesehen. Sie soll sicherstellen, dass sowohl die potenzielle Leihmutter (ggf. mit Partner) als auch die Wunscheltern psychisch stabil (daher psychologische Screeningverfahren) und somit der Komplexität einer Leihmutter-schaft gewachsen sind, dass sie über die medizinischen Risiken und die juristischen Folgen umfassend aufgeklärt sind und dass sie die komplexe zwischenmenschliche Dynamik, die vor dem Eingriff, während der Schwangerschaft und danach entstehen kann, verstehen und sich mit Respekt für alle Beteiligten darauf einlassen können (daher umfassende Beratung – auch gemeinsam – und Begleitung). Auch hier sollte das Wohl des zu zeugenden Kindes leitend sein, gleichzeitig jedoch das Wohl bereits vorhandener Kinder (z. B. Kinder der Leihmutter) und das Wohl der Leihmutter als derjenigen, die aufgrund der Schwangerschaft körperlich und jedenfalls zunächst auch psychisch die größten Belastungen trägt.

- Für den Fall, dass die Leihmutter-schaft in Deutschland zugelassen werden sollte, wäre eine entsprechende psychosoziale Aufklärung und Beratung sicherzustellen. Sollte es bei dem bestehenden Verbot der Leihmutter-schaft bleiben, sollte zumindest eine entsprechende Beratung straffrei möglich sein (vgl. Kap. 6.6).

7.4 Empfehlungen

- Wegen der medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Folgen für die betroffenen Personen und das zu zeugende Kind setzt die informierte Einwilligung in eine Kinderwunschbehandlung eine ausführliche Beratung voraus. Ziel der Beratung ist es, eine selbstbestimmte und verantwortliche Entscheidung zu ermöglichen.
- Die Beratung sollte neben den unmittelbar medizinischen Aspekten die Rechte und das kurz- und langfristige Wohl aller Beteiligten, vor allem des zukünftigen Kindes, berücksichtigen.
- Grundsätzlich ist diese Beratung ärztliche Aufgabe. Zusätzlich sollte eine unabhängige psychosoziale und ggf. rechtliche Beratung empfohlen werden.
- Bei Kinderwunschbehandlungen unter Beteiligung Dritter (z. B. Samenspender, Eizellspenderin) sowie vor Durchführung einer PID muss das Angebot einer unabhängigen psychosozialen Beratung verpflichtend sein.
- Das Beratungsangebot sollte für alle Beteiligten auch noch nach der Familienbildung niedrigschwellig vorgehalten werden.
- Die psychosoziale Beratung sollte über die Versicherungsgemeinschaft finanziert werden.

⁴⁰⁷ Vgl. Beier (2015).

8 Organisation und Finanzierung der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland

8.1 Institutionelle Aspekte

Einleitung

In § 121a SGB V ist die Durchführung assistierter Befruchtung und deren Genehmigung geregelt. Die zuständigen Behörden (meist Landesbehörden) können die Genehmigung Vertragsärztinnen und -ärzten, zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren, ermächtigten Ärztinnen und Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen oder zugelassenen Krankenhäusern erteilen. In § 27a SGB V werden die Erfordernisse zur Durchführung von Maßnahmen der assistierten Befruchtung näher beschrieben.

Das erste IVF-Kind in Deutschland wurde im Jahre 1982 in einer Universitätsfrauenklinik geboren. Auch in den Jahren danach wurden IVF-Behandlungen nahezu ausschließlich an Universitätskliniken angeboten. Diese Einrichtungen führten auch Forschungen zur assistierten Befruchtung durch. Im Laufe der Zeit verließen jedoch viele der an den Universitäten ausgebildeten Spezialistinnen und Spezialisten die Universitäten und gründeten privatwirtschaftlich organisierte Zentren für Fortpflanzungsmedizin. Diese Zentren sind oft finanziell lukrativ, weshalb einige von ihnen mittlerweile sogar von internationalen Finanzierungsfonds übernommen wurden. Zugleich wurden an den Universitäten mehr und mehr Behandlungseinrichtungen geschlossen.

Diese Entwicklung hat negative Auswirkungen auf die Forschung. Forschung zur Prävention, Diagnostik und Therapie der Infertilität findet in Deutschland – wenn überhaupt – fast ausschließlich an den

wenigen verbleibenden universitären Einrichtungen statt. Im internationalen Vergleich hat die Forschung in Deutschland nur einen geringen Stellenwert.⁴⁰⁸

Dies ist umso bedenklicher, als eine gute Forschungsdatenlage eine wesentliche Voraussetzung für eine hochwertige reproduktionsmedizinische Versorgung darstellt. Auch die adäquate Information der Behandlungssuchenden ist nur möglich, wenn ausreichend Daten zu den medizinischen und psychosozialen Auswirkungen und Begleiterscheinungen von Infertilitätsbehandlungen zur Verfügung stehen und zugleich die Qualität der Leistungsangebote erfasst wird. Dabei kommt es unter anderem darauf an, Forschungsdaten aus dem Ausland um regionale versorgungsbezogene Daten zu ergänzen und bevölkerungsbezogene kulturelle Eigenheiten einzubeziehen. In dieser Hinsicht ist die derzeit kleine Zahl von forschenden Einrichtungen auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin als besorgniserregend anzusehen, gerade auch mit Blick auf die in Kapitel 6.2.1 beschriebenen Forschungsdesiderate. So fehlen insbesondere systematische Langzeitstudien zu den Folgen von IVF und ICSI-Behandlungen, zu einzelnen Techniken wie der Kryokonservierung und zu den verwendeten Materialien, etwa den Kulturmedien.

Auch die psychosozialen Aspekte von Infertilitätsbehandlungen sind für den hiesigen Bevölkerungskreis noch wenig erforscht,⁴⁰⁹ stellen aber eine wesentliche

⁴⁰⁸ Vgl. Kentenich et al. (2012).

⁴⁰⁹ Zu wenigen Ausnahmen vgl. Passet-Wittig & Schneider (2018); Greil et al. (2011).

Voraussetzung für die rechtliche und berufsrechtliche Ausgestaltung neuer Verfahren sowie eine angemessene Beratung von Behandlungssuchenden dar. Systematische Anstrengungen sind nötig, um diese Defizite zu beheben.

Datenerfassung und Qualitätssicherung

Die reproduktionsmedizinische Versorgung in Deutschland fand im Jahre 2016 in 134 Zentren statt. 128 Zentren stellen ihre Daten zur Datenerfassung und Auswertung zur Verfügung. Grundlage hierfür bildet mittlerweile die „Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ (2018); sie verpflichtet alle Ärztinnen und Ärzte „zur Teilnahme an den von der zuständigen Landesärztekammer eingeführten Maßnahmen der Qualitätssicherung“, die allerdings ihrerseits sehr uneinheitlich ausgestaltet und nicht konkret auf das Deutsche IVF-Register (D·I·R) bezogen sind.

Das D·I·R erfasst Daten seit 1982. Es fungiert als Zusammenschluss der bundesdeutschen Zentren und wertet die Daten im Rahmen einer Qualitätssicherung aus, wobei die Zentren diese Auswertung finanzieren. Die Auswertung über alle beitragenden Zentren wird in Form eines Jahrbuchs für das jeweils zurückliegende Jahr veröffentlicht. Dieses Jahrbuch ist öffentlich zugänglich. In den letzten Jahren wurden Anstrengungen unternommen, die Daten auch für ein Laienpublikum verständlich aufzubereiten.

Das D·I·R strebt an, alle Daten prospektiv erfassen zu lassen, weil dies als relativ manipulationssichere Methode gilt. Dies gelang im Jahre 2017 zu 85,2 %. Die restlichen 14,8 % der Daten wurden von den Zentren retrospektiv eingegeben, vermutlich, weil der personelle Aufwand der prospektiven Eingabe recht hoch ist und auf eigene Kosten erfolgt. Hinzu kamen Datenerfassungsprobleme aufgrund eines neu eingesetzten Programms. Einige

wenige Zentren nehmen aus nicht weiter bekannten Gründen nicht an dieser Erfassung teil.

Es wurde kritisch darauf hingewiesen, dass eine durchgehend prospektive Erfassung der Daten aller Zentren für eine insgesamt verbesserte Datenqualität sorgen würde.⁴¹⁰ Zur Erreichung dieses Ziels hat das D·I·R in den letzten Jahren im Rahmen seiner Möglichkeiten Maßnahmen unternommen, unter anderem eine nachdrückliche Aufforderung der beteiligten Zentren. Kritisiert wird auch, dass keine zentrenbezogene Darstellung der Ergebnisse im D·I·R-Jahrbuch erfolgt, weshalb Patientinnen und Patienten keine Erfolgsdaten zur Bewertung einer bestimmten Behandlungseinrichtung abfragen können.⁴¹¹ Die für das D·I·R verantwortlichen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind sich dieses Problems bewusst, haben sich aber dennoch gegen eine solche Datenauswertung entschieden, weil sie befürchten, dass dies die Zentren unter Druck setzen könnte, Patientinnen und Patienten mit ungünstiger Prognose abzuweisen oder nicht in die Datenerfassung aufzunehmen.⁴¹²

Diese Bedenken ändern jedoch nichts daran, dass die zur Beurteilung und Sicherung von Qualität und Innovation erforderlichen Daten reproduktionsmedizinischer Behandlungen sowie psychosozialer Beratungen umfassender als bisher bei einer geeigneten Stelle zentral erfasst, ausgewertet und bereitgestellt werden sollten, nicht zuletzt, um Überdiagnostik und -therapie zu vermeiden.

⁴¹⁰ Vgl. Kadi & Wiesing (2016a, 2017).

⁴¹¹ Vgl. Kadi & Wiesing (2016b, 2017).

⁴¹² Vgl. Krüssel et al. (2016).

8.2 Finanzierung der Kinderwunschbehandlung

Sozialrechtliche Regelungen

Die gesetzlichen Grundlagen dafür, ob und inwieweit eine Kinderwunschbehandlung über die Sozialsysteme oder die Versicherungsgemeinschaft getragen wird, sind international unterschiedlich und reichen von einer Vollfinanzierung bis hin zu keinerlei finanzieller Unterstützung. In Deutschland gilt für gesetzlich Versicherte:⁴¹³ Nur das verheiratete Paar⁴¹⁴ bekommt 50 % der Leistungen für Insemination mit Stimulation, IVF und ggfs. ICSI erstattet. Frauen unter 25 und über 40 Jahren sowie Männer unter 25 und über 50 Jahren haben grundsätzlich keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, unabhängig von medizinischen Diagnosen und Erfolgsaussichten.⁴¹⁵

Bis 2003 wurden bei gesetzlich versicherten Ehepaaren vier Behandlungszyklen voll bezahlt, seitdem nur drei Zyklen zur Hälfte.⁴¹⁶ Das Bundesministerium für Fa-

milie, Senioren, Frauen und Jugend hat eine Bundesinitiative „Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit“ gestartet, welche den Bundesländern im Rahmen der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion“⁴¹⁷ einen Bundeszuschuss gewährt, wenn diese ebenfalls die Kinderwunschbehandlung finanziell unterstützen. Bisher hat dies zur finanziellen Unterstützung für betroffene Paare in den Ländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Brandenburg und Berlin geführt (Stand 4.3.2019).⁴¹⁸

Zudem ist es den Kassen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011⁴¹⁹ möglich, von sich aus mehr als drei Versuche zu finanzieren und/oder den finanziellen Eigenanteil der Paare zu reduzieren. Mit Stand vom 16.3.2018 haben 56 gesetzliche Krankenkassen die Zuschüsse teilweise auf 100 % erhöht.

Privat Versicherte erhalten in der Regel Erstattung für fortpflanzungsmedizinische Behandlungen. Dabei gilt in erster Linie das „Verursacherprinzip“: Wenn bei einem der Partner die Hauptursache für die Sterilität diagnostiziert wird, so muss dessen Versicherung in der Regel die Behandlung für das (Ehe-)Paar übernehmen.

413 In der Vergangenheit gab es wiederholt politische Initiativen, die Finanzierungsmodalitäten zu reformieren.

414 Für gesetzlich versicherte Ehepaare in Deutschland sind die entsprechenden Regelungen im § 27a SGB V fixiert. Die Ausführungsbestimmungen hierzu sind in den „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Maßnahmen der künstlichen Befruchtung“ geregelt, vgl. Richtlinien über künstliche Befruchtung (2017).

415 Dabei zahlt die gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich die Behandlungen am Körper der versicherten Person sowie die extrakorporalen Behandlungsmaßnahmen (BSG, Urteil v. 22.3.2005, Az. B 1 KR 11/03 R), unabhängig davon, wer „Verursacher“ ist.

416 Die Gesetzesänderung führte dazu, dass im Jahre 2003 vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung 80.434 IVF und ICSI-Punktionen in Deutschland durchgeführt wurden. Im Jahre 2004, nach der Gesetzesänderung, hatten sich die Zahlen halbiert (37.633). Deutsches IVF-Register (2018a). Es war zunächst versucht worden, über den Klageweg diese massive Einschränkung zu hinterfragen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28.2.2007 (Az. 1 BvL 5/03) hält jedoch fest, dass der Gesetzgeber die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für künstliche Befruchtung auf Ehepaare beschränken darf. Es wurde dem Gesetzgeber aber freigestellt, eine Änderung herbeizuführen. Auch die Begrenzung auf 50 % der Zuzahlung ist rechtmäßig und verstößt nicht gegen das Grundgesetz (Urteil des Bundessozialgerichts 2007, Az. B 1 KR 6/07R). Weiter wurden die Altersgrenzen bei Gericht überprüft. Es wurde aber auch hier festgehalten, dass eine Bezahlung nur rechtmäßig ist, wenn beide Ehepartner mindestens 25 Jahre alt sind (Urteil des LSG Rheinland-Pfalz 2006: Az. L 5 KR 240/06).

417 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012).

418 Informationen zu den Voraussetzungen in den verschiedenen Bundesländern können unter www.informationsportal-kinderwunsch.de abgerufen werden. So beträgt beispielsweise in Berlin der Zuschuss seitens des Landes für einen zweiten oder dritten Versuch für das IVF-Verfahren jeweils 800 Euro und für das ICSI-Verfahren jeweils 900 Euro. Dieses gilt in Berlin für Ehepaare und bei heterosexuellen nicht-verheirateten Paaren.

419 Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung („GKV-Versorgungsstrukturgesetz“) vom 22.12.2011, Bundesgesetzblatt (2011) 70, 2983–3022.

Finanzierung von Insemination und IVF/ICSI durch gesetzliche Krankenkassen

Wer erhält eine Finanzierung?

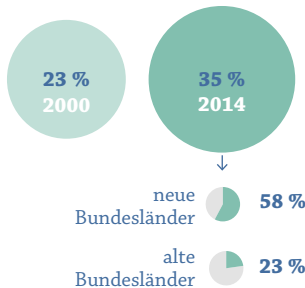


Beschränkung auf Ehe

In der Regel werden nur verheiratete Paare finanziell unterstützt.

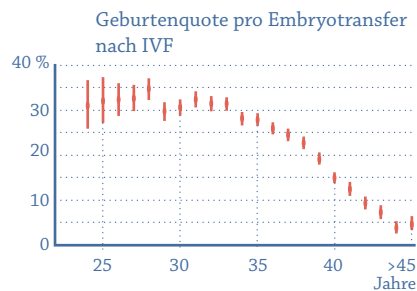
Diese Beschränkung entspricht nicht der gesellschaftlichen Realität: tendenziell werden in Deutschland immer mehr Kinder in nicht-ehelichen Partnerschaften geboren (siehe unten), vor allem in den neuen Bundesländern.

Nichtehelich geborene Kinder



Altersbeschränkung

Frauen unter 25 und über 40 Jahren sowie Männer unter 25 und über 50 Jahren haben keinen Anspruch auf finanzielle Unterstützung, unabhängig von individuellen medizinischen Diagnosen und Erfolgsaussichten.



Quelle: Deutsches IVF-Register (2018b)



Regionale Ungleichheit

In einigen Bundesländern gibt es Programme zur finanziellen Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen, so in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Hessen, Brandenburg und Berlin. Dies führt zu einer regional bedingten Ungleichheit bei der finanziellen Unterstützung von Paaren mit Kinderwunsch.



Was wird finanziert?

50 %

Nur 50 % der Behandlungskosten werden übernommen

In der Regel wird nur die Hälfte der Kosten für die Behandlung übernommen.

Die Kosten pro Behandlung liegen oft im vierstelligen Bereich, wodurch finanzschwache Paare benachteiligt sind.



Nur drei Behandlungszyklen werden teilfinanziert

- unabhängig von der individuellen medizinischen Situation und den Erfolgsaussichten.

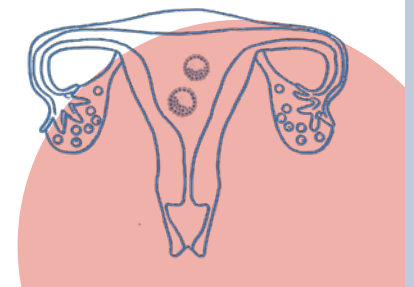
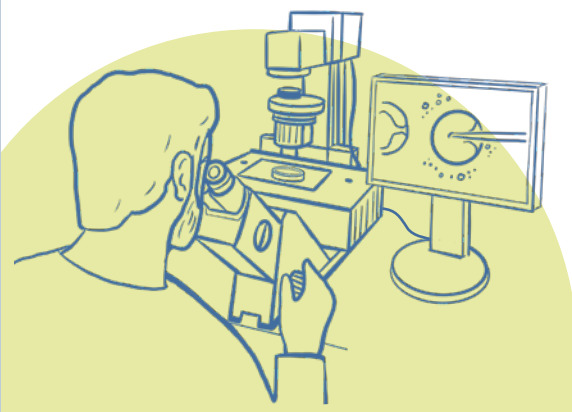


Kosten für die Konservierung werden nicht übernommen

Die Kostenübernahme für die Konservierung von Eizellen, Vorkernstadien und Embryonen ist im Rahmen der Kinderwunschbehandlung bislang nicht vorgesehen.

Entstehende Risiken

Wegen des Finanzierungsmodus werden in Deutschland häufig mehrere Embryonen pro Behandlungszyklus übertragen, (siehe auch Grafik eSET), um eine höhere Chance auf eine Geburt zu haben. Durch diese Entscheidung erhöht sich allerdings die Wahrscheinlichkeit für eine risikobehaftete Mehrlingsschwangerschaft.



Infertilitätsbehandlung und Krankheitsbegriff

Es ist umstritten, ob Infertilität als Krankheit im engeren Sinn zu verstehen ist. Die gesetzgeberische Einstufung der Kinderwunschbehandlung nicht als Behandlung einer Krankheit, sondern als eigenständiger Versicherungsfall im Leistungssystem der Krankenversicherung wurde vom Bundesverfassungsgericht nicht beanstandet.⁴²⁰ Am ehesten lässt sich dies für jene Personengruppen rechtfertigen, die aus Gründen des Lebensstils und der sexuellen Orientierung kinderlos bleiben müssten, wie etwa gleichgeschlechtliche Paare. Doch auch bei ihnen geht es zumindest um Gleichberechtigung im Hinblick auf die Ermöglichung eines Lebens mit Kindern. Diese Paare stellen in der Kinderwunschbehandlung allerdings eine Minderheit dar.

Mit Blick auf die wesentlich häufigeren Fälle, in denen der unerfüllte Kinderwunsch Folge einer organischen Funktionsstörung oder eines angeborenen Defekts ist, wird zur Begründung der Ablehnung des Krankheitswerts von Infertilität nicht selten darauf abgehoben, das Leid entstehe vorrangig durch den auf ein unmögliches Ziel ausgerichteten Wunsch der Frau bzw. des Paares und nicht durch die vorbestehende organische Störung. Dahinter verbirgt sich ein in der Frühphase der assistierten Reproduktion häufig verwendetes Argument,⁴²¹ Frauen, die solche Methoden in Anspruch nehmen, litten unter einem überwertigen und damit krankhaften Kinderwunsch. Empirisch gezeigt ist aber, dass Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch nicht häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung psychopathologische Störungen aufweisen.⁴²² Auch die sogenannte psychogene Sterilität ist ein extrem seltenes Phänomen. Tatsächlich ist – wie in Kapitel 2.3 gezeigt – die Mehrzahl der Formen von Infertilität auf organische Störungen zurückzuführen.

420 Vgl. BVerfGE 117, 316 (326 f.) sowie BVerfG, NJW 2009, 1733 (Nichtannahmebeschluss).

421 Vgl. Petersen (1985).

422 Vgl. Wischmann (2012).

Zwar gibt es in der Medizin keinen einheitlichen und objektiven Krankheitsbegriff, und die Einstufung eines Befundes als krankhaft impliziert immer auch evaluative und präskriptive Urteile.⁴²³ Doch ist zumindest in Analogie zu anderen anerkannten Krankheitszuständen kaum zu begründen, warum etwa eine auf einer Mukoviszidose beruhende Unfähigkeit des Mannes, reife Spermien zu erzeugen, nicht als Krankheit eingestuft werden soll.⁴²⁴ Wenngleich in Betracht zu ziehen ist, dass freiwillige Kinderlosigkeit in unserer Gesellschaft akzeptiert ist, so stellt doch das Leben mit Kindern für sehr viele Menschen ein wesentliches Element gelingenden Lebens dar. Unfreiwillige Kinderlosigkeit kann Studien zufolge das Ausmaß einer existenziellen Krise mit Krankheitswert annehmen.⁴²⁵ Nicht zuletzt steht dazu im Kontrast, dass die assistierte Befruchtung im Steuerrecht und im Arbeitsrecht als Heilbehandlung eingestuft wird.

Selbst wenn man aufgrund des Aspekts des sozialen Leidens am unerfüllten Kinderwunsch eine Einstufung lediglich im Grenzbereich von Krankheit für angemessen hält, handelt es sich bei Infertilität aufgrund organischer Funktionsstörungen doch auf jeden Fall um eine „Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht“⁴²⁶, und damit um eine Behinderung, die ebenfalls ethische und rechtliche Pflichten zum Nachteilsausgleich mit sich bringt. Dem staatlichen Förderauftrag zugunsten von Menschen mit Behinderung kommt aus dem Blickwinkel des Verfassungsrechts eine besondere Bedeutung zu.⁴²⁷ Dieser

423 Vgl. Wiesing (2004).

424 Zu Recht kritisch gegenüber der Begründung des mangelnden Krankheitswerts von Infertilität vgl. Huster (2012).

425 Vgl. dazu Rauprich et al. (2012).

426 BVerfGE 96, 288 (301) unter Übernahme des mittlerweile außer Kraft getretenen § 3 Abs. 1 S. 1 SchwbG.

427 Vgl. hierzu Sachs (2011), S. 1783 ff.

Förderauftrag sollte unter anderem dadurch erfüllt werden, dass faktische Barrieren beim Zugang zu reproduktionsmedizinischen Verfahren eingedämmt werden. Eine solche Barriere kann beispielsweise aus Finanzschwäche erwachsen. So kommen die Methoden der Fortpflanzungsmedizin für viele Betroffene faktisch nicht in Betracht, wenn die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht getragen werden.

Gleichzeitig gilt es, die Indikationsstellung im Bereich der Reproduktionsmedizin im Blick zu behalten und ggf. zu verbessern, um mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden. Gerade weil, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, in nicht wenigen Fällen Infertilität im Laufe eines Lebens variabel und von vielen Faktoren abhängig sein kann, stellt dies besondere Anforderungen an die Indizierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen. Hinzu kommt eine feststellbare Zunahme von ICSI-Behandlungen ohne männliche Subfertilität (siehe Kap. 6.2.1). Wie auch in anderen Bereichen der Medizin bedürfen solche Entwicklungen einer steten kritischen Überprüfung. Handlungsanleitend können insbesondere Richtlinien und Leitlinien sein, die den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens angemessen widerspiegeln, wobei auch der Arzthaftungsrechtsprechung zu Aufklärungsfehlern eine bedeutsame Kontrollfunktion zukommt.

Ehestatus

In den ersten Jahrzehnten der bundesverfassungsgerichtlichen Judikatur dominierte die Vorstellung, die eheliche Kleinfamilie biete die besten Voraussetzungen für die gesunde körperliche und seelische Fortentwicklung eines Kindes.⁴²⁸ Davon löste sich das Gericht in den 1980er Jahren – mit der bislang einzigen und in der Literatur zu Recht kritisierten Ausnahme im Bereich der assistierten Reproduktion, indem es nämlich die Bestimmung des

§ 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V für verfassungsgemäß erklärte, der zufolge entsprechende Leistungen auf Ehepaare beschränkt sind.⁴²⁹ Familien mit Kindern, bei denen die Eltern zwar verpartnert, aber nicht miteinander verheiratet sind, sind mittlerweile gesellschaftlich akzeptiert, auch mit Blick auf das Kindeswohl.

Eine zunehmend große Gruppe von Paaren im reproduktiven Alter ist nicht miteinander verheiratet und hat daher keinen Anspruch auf Bezahlung. Ganz generell zeigt die Statistik bezüglich aller geborenen Kinder in Deutschland, dass der Anteil der Kinder, die außerhalb einer Ehe geboren werden, deutlich zunimmt. Während 1960 in der Bundesrepublik nur 7% der Kinder außerhalb einer Ehe geboren wurden, stieg der Anteil im Jahre 2000 auf 23% und schließlich im Jahre 2016 bereits auf 35%.⁴³⁰ Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Im Osten lag der Anteil der außerhalb einer Ehe geborenen Kinder im Jahre 2014 bei 58%, im Westen bei 29%.⁴³¹

Generell ist es problematisch, unverheirateten Paaren die finanziellen Leistungen der Krankenkassen vorzuhalten, wenn man berücksichtigt, dass sie in allen anderen gesundheitlichen Fragen gleichgestellt sind. Es ist zu vermuten, dass sich aufgrund des höheren Prozentsatzes unverheirateter Paare in den neuen Bundesländern eine zusätzliche Benachteiligung der dort lebenden kinderlosen Paare ergibt.

429 BVerfGE 117, 316 (328): „Der Gesetzgeber durfte auch in typisierender Betrachtung die Ehe wegen ihres besonderen rechtlichen Rahmens als eine Lebensbasis für ein Kind ansehen, die den Kindeswohlbelangen mehr Rechnung trägt als eine nichteheliche Partnerschaft“. Eingehende Kritik: Brosius-Gersdorf (2010), S. 468 ff.

430 Vgl. Deutsches Ärzteblatt (2007); Fiedler et al. (2018), S. 5.

431 Vgl. Demografieportal des Bundes und der Länder (2016).

428 Vgl. BVerfGE 25, 167 (196); 76, 1 (51).

Altersbegrenzung

Bei Frauen unter 25 sowie über 40 Jahren werden Maßnahmen der assistierten Befruchtung aus Gründen der Altersbegrenzung nicht bezahlt. Auch wenn Frauen unter 25 Jahren grundsätzlich eine gute Fruchtbarkeit haben, gibt es einige junge Frauen, die kein Kind bekommen können, weil bei ihrem Partner ein erhebliches Fertilitätsproblem vorliegt oder bei der Frau selbst aufgrund früherer Operationen oder Infektionen die Methoden der assistierten Befruchtung angezeigt sind. Hier sollte eine Finanzierung in medizinisch begründeten Einzelfällen möglich sein.

Auch eine pauschale Altersgrenze bei Frauen von über 40 Jahren ist zu hinterfragen. Betrachtet man die Lebendgeburtenrate nach assistierter Befruchtung bei Frauen über 40 Jahren, so ergibt sich zwar eine verminderte Geburtenrate, diese rechtfertigt aber keinen generellen Ausschluss von der Finanzierung. In der zusammenfassenden Statistik für Deutschland (IVF) der Jahre 2012–2016 beträgt die Geburtenrate pro Embryotransfer bei 40-jährigen Frauen 15,0%, bei 41-jährigen Frauen immerhin noch 12,4% und bei 42-Jährigen 9,2%.⁴³²

Anzahl der Zyklen

Aus medizinischer Sicht gibt es keine Begründung für eine absolute Beschränkung der Anzahl der im GKV-System finanzierten Zyklen. Wesentlich ist vielmehr die kumulative Geburtenrate. Im Schnitt haben Paare eine Chance von 43% auf eine Lebendgeburt nach sechs vollständigen Behandlungszyklen. Diese Rate unterliegt je nach Alter der Frau und den vorliegenden Ursachen der Infertilität einer starken Schwankung. So hat beispielsweise eine 30-jährige Frau mit ungeklärter Kinderlosigkeit eine 46%ige Chance auf eine Lebendgeburt nach nur einer IVF- bzw. IVF/ICSI-Behandlung. Diese Chance auf

eine Lebendgeburt steigt auf 93% nach sechs Behandlungen. Eine 40-jährige Frau hat demgegenüber jedoch nur noch eine Chance von 11% auf eine Lebendgeburt im ersten Zyklus. Nach sechs Zyklen steigt diese Chance aber auf 41%.⁴³³

Aus diesen Zahlen lässt sich keine pauschale Aussage ableiten, wie viele Behandlungszyklen ein Paar medizinisch sinnvollerweise durchlaufen sollte. Diese Frage muss vielmehr im Anschluss an die genaue Analyse eines erfolglosen Behandlungszyklus im Arzt-Patienten-Gespräch und ggf. unter Einbeziehung externer psychosozialer Beratung des Paares individuell besprochen werden.

Eine Kryokonservierung von Vorkernstadien und Embryonen ist sinnvoll, um die Möglichkeit einer Schwangerschaft für die Patientin zu erhöhen und deren Belastung durch eine erneute Stimulation zu verhindern. Durch den Transfer jeweils nur eines Embryos bei gleichzeitiger Kryokonservierung der übrigen Vorkernstadien und/oder Embryonen lässt sich die Mehrlingsrate effektiv senken (siehe Kap. 6.2.2). Auch aus diesen Gründen ist eine Finanzierung der Kryokonservierung durch die Versicherungsgemeinschaft gerechtfertigt.

Fertilitätserhaltende Maßnahmen bei Krebserkrankungen und anderen schwerwiegenden Erkrankungen

Manche schwerwiegenden Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, können selbst oder durch ihre Therapie (Operation, Chemotherapie) eine deutliche Minderung der Fertilität bei Frau und Mann zur Folge haben. Die Kryokonservierung von Spermazellen, Eizellen, Hodengewebe und Eierstockgewebe sind etablierte Verfahren im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung und können daher in diesen Fällen angeboten werden.⁴³⁴ Diese Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion wer-

⁴³² Vgl. Deutsches IVF-Register (2018a).

⁴³³ Vgl. McLernon et al. (2016).

⁴³⁴ Vgl. <https://fertiprotekt.com/>

den derzeit nicht finanziert,⁴³⁵ obwohl ihre Erfolge gut dokumentiert sind⁴³⁶ und keine ethischen Argumente dagegen sprechen, den betroffenen Personen solche Verfahren anzubieten.⁴³⁷

Anders sieht es aus, wenn Eizellen allein deshalb kryokonserviert werden, um so die Verwirklichung des Kinderwunsches auf eine spätere Lebensphase verschieben zu können (Social Freezing). Die Gründe dafür sind vielfältig. Wenn Frauen auf dieses Angebot zurückgreifen, dann zu meist, weil es ihnen aktuell an einem geeigneten Partner fehlt, mit dem sie eine Familie gründen könnten.⁴³⁸

8.3 Empfehlungen

- Die zur Beurteilung und Sicherung von Qualität und Innovation erforderlichen Daten reproduktionsmedizinischer Behandlungen und ihrer langfristigen Folgen sollten umfassender als bisher und prospektiv bei einer geeigneten Stelle zentral erfasst, ausgewertet und bereitgestellt werden.
- Hierfür ist eine angemessene Finanzierung notwendig.
- Systematische medizinische und psychosoziale Langzeitforschungen sollten durchgeführt werden, vor allem auch mit Blick auf
 - die Gesundheit von Menschen, die mithilfe von Methoden der assistierten Reproduktion gezeugt wurden,
 - die Auswirkungen von Hormonstimulationen bei IVF-/ICSI-Behandlungen,
- die Entwicklung der Kinder und der Eltern-Kind-Beziehung bei verschiedenen Formen der Familienbildung mithilfe Dritter.
- Um der bestehenden sozialen Ungleichheit beim Zugang zu Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung entgegenzuwirken, sollten diese in vollem Umfang von der Versicherungsgemeinschaft finanziert werden, wenn sie medizinisch indiziert sind und eine realistische Aussicht auf Erfolg haben.
- Die Finanzierung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen sollte unabhängig vom Familienstand erfolgen.
- Männer und Frauen unter 25 sowie Frauen über 40 und Männer über 50 Jahren sollten nicht – wie bisher – generell von der Finanzierung von Maßnahmen der assistierten Befruchtung ausgeschlossen sein.
- Es liegen keine medizinischen Gründe vor, die Finanzierung grundsätzlich auf 3 Zyklen zu beschränken.
- Die Kryokonservierung von Gameten und Gewebe sollte finanziert werden, wenn sie wegen einer schwerwiegenden Erkrankung oder ihrer Therapie zum Erhalt der Fertilität notwendig ist.

⁴³⁵ Derzeit gibt es politische Initiativen, eine solche Fertilitätsprotektion durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren.

⁴³⁶ Vgl. hierzu die aktuelle Leitlinie „Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen“ (2017).

⁴³⁷ Vgl. Wiesemann & Bernstein (2017).

⁴³⁸ Vgl. Baldwin et al. (2015); Bernstein (2016).

9 Literaturverzeichnis

- Ahn, N. & Mira, P. (2002). A Note on the Changing Relationship between Fertility and Female Employment Rates in Developed Countries. *Journal of Population Economics*, 15(4), 667–682.
- Alexy, R. (1985). *Theorie der Grundrechte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Allmendinger, J. & Haarbrücker, J. (2013). Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. *WZB Discussion Papers*, 2013–002.
- Arbeitskreis Abstammungsrecht (2017). *Abschlussbericht. Empfehlungen für eine Reform des Abstammungsrechts* (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Hrsg.) Köln: Bundesanzeiger Verlag. https://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/News/Artikel/07042017_AK_Abstimmung_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Abgerufen am 14.2.2019].
- Arnold, N. (Hrsg.) (2015). *Biowissenschaften und Lebensschutz: Der schwierige Dialog zwischen Wissenschaft und Kirche*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Badura, P. (2012). Artikel 6. In T. Maunz & G. Dürig (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar* (Stand des Gesamtwerks: 84. Lieferung 2018). München: C. H. Beck, S. 1–32.
- Balbo, N. & Barban, N. (2014). Does Fertility Behavior Spread among Friends? *American Sociological Review*, 79(3), 412–431. doi: 10.1177/0003122414531596.
- Baldwin, K. Culley, L. Hudson, N. Mitchell, H. (2015). Oocyte cryopreservation for social reasons: demographic profile and disposal intentions of UK users. *Reproductive BioMedicine Online*, 31(2), 239–245.
- Bals-Pratsch, M., Dittrich, R. & Frommel, M. (2010). Wandel der Implementation des Deutschen Embryonenschutzgesetzes. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 7(2), 87–95.
- Bayertz, K. (1985). Ethische, rechtliche und soziale Probleme technischer Eingriffe in die menschliche Reproduktion (Zugleich eine Übersicht über neuere Literatur). *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, 71(4), S. 524–544.
- Becker, G. S. (1991). *A treatise on the family*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Beck-Gernsheim, E. (2006). *Die Kinderfrage heute: Über Frauenleben, Geburtenrückgang und Kinderwunsch*. München: C. H. Beck.
- Beier, H. M. (1992). Die molekulare Biologie der Befruchtungskaskade und der beginnenden Embryonalentwicklung. *Annals of Anatomy – Anatomischer Anzeiger*, 174(6), 491–508. doi: 10.1016/S0940-9602(11)80311-0.
- Beier, H. M. (1998a). Entwicklung und Differenzierung des Embryos. Von der Fertilisation zur Implantation. *Der Gynäkologe*, 31(4), 307–315.
- Beier, H. M. (1998b). Definition und Grenze der Totipotenz. *Reproduktionsmedizin*, 14(1), 41–53. doi: 10.1007/s004440050021.
- Beier, H. M. (2002). Der Beginn der menschlichen Entwicklung aus dem Blickwinkel der Embryologie. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96, 351–361.
- Beier, H. M. (2013). Professor Sir Robert Geoffrey Edwards, Nobelpreisträger für Physiologie oder Medizin 2010, 1925–2013. *Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 10(3), 154–159.
- Beier, H. M., van den Daele, W., Diedrich, K., Dudenhausen, J. W., Felberbaum, R., Gigerenzer, ... te Velde, E. (2012). Medizinische und biologische Aspekte der Fertilität. In G. Stock, H. Bertram, A. Fürnkranz-Prskawetz, W. Holzgreve, M. Kohli & U. M. Staudinger (Hrsg.) *Zukunft mit Kindern*. Frankfurt am Main: Campus, 294–390.
- Beier, H. M., Bujard, M., Diedrich, K., Dreier, H., Frister, H., Kentenich, H., ... Zenner, H.-P. (2017). Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. Leopoldina Diskussion 13. Halle (Saale): Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften.
- Beier, K. & Wiesemann, C. (2013). Reproduktive Autonomie in der liberalen Demokratie – eine ethische Analyse. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.) *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen, praktische Anwendungen*. Münster: Mentis, S. 205–221.
- Beier, K. (2015). Surrogate Motherhood: A Trust-Based Approach. *Journal of Medicine and Philosophy*, 40(6), 633–652. doi: 10.1093/jmp/jhv024.
- Beier, K. (2018). Ethical objections about surrogacy in German debates: a critical analysis. In S. Mitra, T. Patel & S. Schicktanz (Hrsg.) *Cross-comparative perspectives on surrogacy and gamete donations: The Entanglements of Macro- and Micro-politics in India, Israel and Germany*. London, New York, Shanghai: Palgrave Macmillan, pp. 255–276.
- Beitzke, G. (1951). *Familienrecht – ein Studienbuch*. München: C. H. Beck.
- Belva, F., Bonduelle, M., Roelants, M., Michielsen, D., Van Steirteghem, A., Verheyen, G. & Tournaye, H. (2016). Semen quality of young adult ICSI offspring: the first results. *Human Reproduction*, 31, 2811–282.
- Belva, F., Roelants, M., De Schepper, J., Van Steirteghem, A., Tournaye, H. & Bonduelle, M. (2017a). Reproductive hormones of ICSI-conceived young adult men: the first results. *Human Reproduction*, 32(2), 439–446. doi: 10.1093/humrep/dew324.
- Belva, F., Roelants, M., Painter, R., Bonduelle M., Devroey P. & De Schepper, J. (2012). Pubertal development in ICSI children. *Human Reproduction*, 27, 1156–1161.

- Belva, F., Roelants, M., Vloeberghs, V., Schiettecatte, J., Evenepoel, J., Bonduelle, M. & de Vos, M. (2017b). Serum reproductive hormone levels and ultrasound findings in female offspring after intracytoplasmic sperm injection: first results. *Fertility and Sterility*, 107(4), 934–939. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.02.102.
- Berghäuser, G. (2015). *Das Ungeborene im Widerspruch*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Bergmann, S. (2014). *Ausweichrouten der Reproduktion. Biomedizinische Mobilität und die Praxis der Eizellspende*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bernstein, S. (2016). *Zwischen Technikglaube und Selbstbestimmung. Einfrieren von Eizellen gesunder Frauen in der ethischen Debatte*. Dissertation, Universitätsmedizin Göttingen. <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0028-8822-F> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Bertram, H., Bujard, M. & Rösler, W. (2011). Rush-hour des Lebens. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 8(2), 91–99.
- Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2005). *Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz*. Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz. https://jm.rlp.de/fileadmin/mjv/Themen/Bio-Ethik/2005-12-12_Fortpflanzungsmedizin_und_Embryonenschutz.pdf [Abgerufen am 14.2.2019].
- Blossfeld, H.-P., Klijzing, E., Mills, M. & Kurz, K. (Hrsg.) (2005). *Globalization, uncertainty and youth in society*. London: Routledge [u. a.].
- Blyth, E., Crawshaw, M., Frith, L. & Jones, C. (2012). Donor-conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. *Journal of Law and Medicine*, 19(4), 769–789.
- Bodri, D., Guillén, J. J., Polo, A., Trullenque, M., Esteve, C., Coll, O. (2008). Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. *Reproductive Biomed Online*;17, 237–243.
- Böckenförde-Wunderlich, B. (2002). *Präimplantationsdiagnostik als Rechtsproblem: Ärztliches Standesrecht, Embryonenschutzgesetz, Verfassung*. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A. & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22(6), 1506–1512. doi: 10.1093/humrep/dem046.
- Boivin, J., Griffiths, E. & Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *British Medical Journal*, 342, d223. doi: 10.1136/bmj.d223.
- Bonas, U., Friedrich, B., Fritsch, J., Müller, A., Schöne-Seifert, B., Steinicke, H., ... Winnacker, E.-L. (2017). Ethische und rechtliche Beurteilung des *genome editing* in der Forschung an humanen Zellen. Leopoldina Diskussion 10. Halle (Saale): Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften.
- Bonduelle, M., Bergh, C., Niklasson, A., Palermo, G. D. & Wennerholm, U.-B. (2004). Medical follow-up study of 5-year-old ICSI children. *Reproductive BioMedicine Online*, 9(1), 91–101. doi: 10.1016/S1472-6483(10)62116-5.
- Brazier, M., Campbell, A. & Golombok, S. (1998). *Surrogacy: review for the UK Health Ministers of current arrangements for payments and regulation*. London: Department of Health.
- Brezina, P. R. & Kutteh, W. H. (2015). Clinical applications of preimplantation genetic testing. *British Medical Journal*, 350, g7611. doi: 10.1136/bmj.g7611.
- Brosius-Gersdorf, F. (2010). Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung – Gesetzgebung im Spannungsfeld zwischen Grundrechtsschutz und Sicherung der Stabilität der Sozialversicherungssysteme. *Die Öffentliche Verwaltung*, 11, 465–474.
- Brosius-Gersdorf, F. (2013). Artikel 6. In H. Dreier (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 1: Präambel, Artikel 1–19* (3. Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck, S. 839–934.
- Brunhöber, B. (2010). In dubio pro libertate: die Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik als rechtsstaatliches Problem. *Onlinezeitschrift für Höchstgerichtliche Rechtsprechung zum Strafrecht*, 774(9), 412–417.
- Büchler, A. & Keller, H. (Hrsg.) (2016). *Family forms and parenthood: Theory and practice of Article 8 ECHR in Europe*. Cambridge, Antwerp, Portland: Intersentia.
- Büchler, A. & Parizer, K. (2017). Maternal Age in the Regulation of Reproductive Medicine – A Comparative Study. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 31(3), 269–290. doi: 10.1093/lawfam/ebx007.
- Bujard, M. (2011). *Geburtenrückgang und Familienpolitik: Ein interdisziplinärer Erklärungsansatz und seine empirische Überprüfung im OECD-Länder-Vergleich 1970–2006*. Baden-Baden: Nomos.
- Bujard, M. (2015). Kinderlosigkeit in Deutschland: Wie interagieren Bildung, Wohnort, Migrationshintergrund, Erwerbstätigkeit und Kohorte? *Zeitschrift für Familienforschung*, 27(3), 270–296. doi: 10.3224/zff.v27i3.21275.
- Bujard, M. & Diabaté, S. (2016). Wie stark nehmen Kinderlosigkeit und späte Geburten zu? Neue demografische Trends und ihre Ursachen. *Der Gynäkologe*, 49(5), 393–404. doi: 10.1007/s00129-016-3875-4.
- Bujard, M. & Passet, J. (2013). Wirkungen des Elterngelds auf Einkommen und Fertilität. *Zeitschrift für Familienforschung*, 2(25), 212–237.
- Bujard, M. & Ruckdeschel, K. (2018). Neue Normalität von Familie? Eine kurze Bestandsaufnahme. *Die Politische Meinung*, 552, 37–42. https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=6437f47e-4cf9-ab19-5470-44f7590468d8&groupId=252038 [Abgerufen am 27.2.2019]
- Bujard, M. & Thorn, P. (2018). Leihmutterchaft und Eizellspende. Schwierige Abwägung zwischen Fortpflanzungsfreiheit und Ausbeutungsgefahr. *Der Gynäkologe*, 51(8), 639–646.
- Bundesärztekammer (2018a). Beschluss der Bundesärztekammer über die Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. *Deutsches Ärzteblatt*, 155(22), A-1096. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198241/Beschluss-der-Bundesaeerztekammer-ueber-die-Richtlinie-zur-Entnahme-und-Uebertragung-von-menschlichen-Keimzellen-im-Rahmen-der-assistierten-Reproduktion> [Abgerufen am 16.1.2019].

- Bundesärztekammer (2018b). Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. *Deutsches Ärzteblatt*. DOI: 10.3238/arztbl.2018.Rili_assReproduktion_2018. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Ass-Reproduktion_Richtlinie.pdf [Abgerufen am 30.1.2019].
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018). *Zusammengefasste Geburtenziffer in Deutschland, 1871 bis 2016*. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Abgerufen von <https://www.bib.bund.de/Permalink.html?id=10241752> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012). *Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012*.
- Calhaz-Jorge, C., de Geyter, C., Kupka, M. S., de Mouzon, J., Erb, K., Mocanu, ... Gossens, V. (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE. The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Re-production and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 32(10), 1957–1973.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) & Department of Health and Human Services (DHHS) (2010). Reporting of Pregnancy Success Rates From Assisted Reproductive Technology (ART) Programs. *Federal Register*, 65(171), 53310–53316. <https://www.cdc.gov/art/pdf/2000-sep1-frn-definitions.pdf> [Abgerufen am 15.1.2019].
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion – Division of Reproductive Health] (2016). *2014 Assisted Reproductive Technology (ART). National summary report*. <http://www.cdc.gov/art/reports/> [Abgerufen am 19.2.2019]
- Chen, M., Wu, L., Zhao, J., Wu, F., Davies, M. J., Wittert, G. A., ... Heilbronn, L. K. (2014). Altered Glucose Metabolism in Mouse and Humans Conceived by IVF. *Diabetes*, 63(10), 3189–3198. doi: 10.2337/db14-0103.
- Ciccarelli, J. C. & Beckman, L. J. (2005). Navigating rough waters: an overview of psychological aspects of surrogacy. *The Journal of Social Issues*, 61(1), 21–43.
- Cieslak, J., Ivakhnenko, V., Wolf, G., Sheleg, S. & Verlinsky, Y. (1999). Three-dimensional partial zona dissection for preimplantation genetic diagnosis and assisted hatching. *Fertility and Sterility*, 71(2), 308–313.
- Coester-Waltjen, D. (1982). Rechtliche Probleme der für andere übernommenen Mutterschaft. *Neue Juristische Wochenschrift*, 45, 2528–2534.
- Coester-Waltjen, D. (2002). Reformüberlegungen unter besonderer Berücksichtigung familienrechtlicher und personenstandsrechtlicher Fragen. *Reproduktionsmedizin*, 18(4), 183–198. doi: 10.1007/s00444-002-0356-0.
- Coester-Waltjen, D. (2012). Artikel 6. In I. von Münch & P. Kunig (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 1: Präambel bis Art. 69* (6. Auflage). München: C. H. Beck, S. 542–626.
- Coester-Waltjen, D. (2013). Reproduktive Autonomie aus rechtlicher Sicht. In C. Wiesemann & A. Simon (Hrsg.) *Patientenautonomie: Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*. Münster: Mentis, S. 222–236.
- Coester-Waltjen, D. (2016). Was erlaubt das Recht? Ein Plädoyer für ein modernes Reproduktionsmedizin-gesetz. In C. Woopen (Hrsg.) *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Entwicklungen, Fragen, Kontroversen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 92–108.
- Conte, G. (2013). Strafbarkeit des deutschen Arztes bei Eizellspenden im Ausland. *Der Gynäkologe*, 46(11), 841–846. doi: 10.1007/s00129-013-3264-1.
- Council for Responsible Genetics (CTG) (2010). *Surrogacy in America*. <http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pagedocuments/kaevjoa1m.pdf> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Crawshaw, M., Daniels, K., Adams, D., Bourne, K., van Hooff, J.A.P., Kramer, W. ... Thorn, P. (2015). Emerging models for facilitating contact between people genetically related through donor conception: a preliminary analysis and discussion. *Reproductive Bio-medicine & Society Online* 1(2), 71–80. doi: 10.1016/j.rbms.2015.10.001.
- Crawshaw, M., Frith, L., van den Akker, O. Blyth, E. (2016). Voluntary DNA-based information exchange and contact services following donor conception: an analysis of service users' needs. *New Genetics and Society*, 35(4): 372–392. doi: 10.1080/14636778.2016.1253462.
- Czech, P. (2015). *Fortpflanzungsfreiheit: Das Recht auf selbstbestimmte Reproduktion in der Europäischen Menschenrechtskonvention*. Wien: Sramek.
- Dahdouh, E. M., Balayla, J., Audibert, F., Genetics Committee, Wilson, R. D., Audibert, F., ... Vallée-Pouliot, K. (2015a). Technical Update: Preimplantation Genetic Diagnosis and Screening. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, 37(5), 451–463.
- Dahdouh, E. M., Balayla, J. & García-Velasco, J. A. (2015b). Comprehensive chromosome screening improves embryo selection: a meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 104(6), 1503–1512. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.08.038.
- Damschen, G. & Schönecker, D. (Hrsg.) (2002). *Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies, Kontinuums, Identitäts- und Potentialitätsargument*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Daniels, K. R., Grace, V. M. & Gillett, W. R. (2011). Factors associated with parents' decisions to tell their adult offspring about the offspring's donor conception. *Human Reproduction*, 26(10), 2783–2790.
- Daumler, D., Chan, P., Lo, K. C., Takefman, J. & Zelkowitz, P. (2016). Men's knowledge of their own fertility: a population-based survey examining the awareness of factors that are associated with male infertility. *Human Reproduction*, 31(12), 2781–2790. doi: 10.1093/humrep/dew265.
- Daunderer J. & Molter E. (2014). Mehr Rechtssicherheit: „Deutscher Mittelweg“ bei Reproduktionsmedizin nicht strafbar. *Arzt- und Medizinrecht kompakt*, 9, 9.
- Daunderer, J. (2014). Reproduktionsmedizin in Deutschland – kein Grund sich zu verstecken. *gynae* 07/08/2014, 15–17.
- Davies, M. J., Moore, V. M., Willson, K. J., van Essen, P., Priest, K., Scott, H., ... Chan, A. (2012). Reproductive Technologies and the Risk of Birth Defects. *New England Journal of Medicine*, 366(19), 1803–1813. doi: 10.1056/NEJMoa1008095.

- Davies, M. J., Rumbold, A. R., Marino, J. L., Willson, K., Giles, L. C., Whitrow, M. J., ... Moore, V. M. (2017). Maternal factors and the risk of birth defects after IVF and ICSI: a whole of population cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(10), 1537–1544. doi: 10.1111/1471-0528.14365.
- De Geyter, C., Calhaz-Jorge, C., Kupka, M. S., Wyns, C., Mocanu, E., Motrenko, T. ... Embryology (2018). ART in Europe, 2014: results generated from European registries by ESHRE: The European IVF-monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 33(9), 1586–1601. doi: 10.1093/humrep/dey242.
- De Lacey, S., Peterson, K. & McMillan, J. (2015). Child interests in assisted reproductive technology: How is the welfare principle applied in practice? *Human Reproduction*, 30(3), 616–624.
- De Neubourg, D., Bogaerts, K., Wyns, C., Albert, A., Camus, M., Candeur, M., ... D'Hooghe, T. (2013). The history of Belgian assisted reproduction technology cycle registration and control: a case study in reducing the incidence of multiple pregnancy. *Human Reproduction*, 28(10), 2709–2719. doi: 10.1093/humrep/det269.
- De Rycke, M., Goossens, V., Kokkali, G., Meijer-Hoogeveen, M., Coonen, E. & Moutou, C. (2017). ESHRE PGD Consortium data collection XIV–XV: cycles from January 2011 to December 2012 with pregnancy follow-up to October 2013[†]. *Human Reproduction*, 32(10), 1974–1994. doi: 10.1093/humrep/dex265.
- Dederer, H.-G. (2013). Stammzellpatente: causa finita? *GRUR – Gewerblicher Rechtsschutz und Urheberrecht*, 115(4), 352–355.
- DeGrazia, D. (2014). *Creation Ethics. Reproduction, Genetics, and Quality of Life*. New York: Oxford University Press.
- Demografieportal des Bundes und der Länder (2016). Zahlen und Fakten: Immer mehr nichteheliche Geburten. http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Nichteheliche_Geburten.html [Abgerufen am 15.1.2019].
- Deutscher Ethikrat (2016). *Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung*. Berlin: Deutscher Ethikrat. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-embryospende-embryooption-und-elterliche-verantwortung.pdf> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Deutsches Ärzteblatt (2007). Unverheiratete Paare mit Kindern in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 104, B 540–B 541.
- Deutsches IVF-Register (2018a). Jahrbuch 2017. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 15(5–6), 216–249.
- Deutsches IVF-Register (2018b). Jahrbuch 2017. Modifizierter Nachdruck aus *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 15(5–6).
- Diedrich, K., Felberbaum, R., Griesinger, G., Hepp, H., Kreß, H. & Riedel, U. (2008). *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Diel, A. (2014). *Leihmutterchaft und Reproduktionstourismus*. Frankfurt am Main: Metzner.
- Dorneck, C. (2018). *Das Recht der Reproduktionsmedizin de lege lata und de lege ferenda*. Baden-Baden: Nomos.
- Dreier, H. (2013a). *Bioethik – Politik und Verfassung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Dreier, H. (Hrsg.) (2013b). Vorbemerkungen vor Artikel 1 GG. In H. Dreier (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 1: Präambel, Artikel 1–19* (3. Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck, S. 42–153.
- Duden, K. (2015). *Leihmutterchaft im Internationalen Privat- und Verfahrensrecht: Abstammung und ordre public im Spiegel des Verfassungs-, Völker- und Europarechts*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Dunson, D. B., Baird, D. D. & Colombo, B. (2004). Increased Infertility With Age in Men and Women: *Obstetrics & Gynecology*, 103(1), 51–56. doi: 10.1097/01.AOG.0000100153.24061.45.
- Dürig, G. (1958). Artikel 2 Absatz 2. In T. Maunz & G. Dürig (Hrsg.) *Grundgesetz. Kommentar* (Stand des Gesamtwerkes: 32. Lieferung 1996). München: C. H. Beck, S. 77–114.
- Edelmann, R. J. (2004). Surrogacy: the psychological issues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(2), 123–136. doi: 10.1080/0264683042000205981.
- Engel, M. (2014). Internationale Leihmutterchaft und Kindeswohl. *ZEuP – Zeitschrift für europäisches Privatrecht*, 3, 538–561.
- Ergebnisprotokoll des 2. Mannheimer Juristisch-Reproduktionsbiologisch/-medizinischen DVR-Workshops vom 1.3.2005. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2005*, 198–202. <https://www.kup.at/kup/pdf/5330.pdf> [Abgerufen am 15.1.2019].
- ESHRE Capri Workshop Group (2005). Fertility and ageing. *Human Reproduction Update*, 11(3), 261–276. doi: 10.1093/humupd/dmio06.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2013). Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 99(7), 1838–1841. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.02.042.
- Europäisches Parlament (2015). Entschließung des Europäischen Parlaments vom 17. Dezember 2015 zu dem Jahresbericht über Menschenrechte und Demokratie in der Welt 2014 und zur Politik der Europäischen Union in diesem Bereich (2015/2229(INI)). <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2015-0470&language=DE&ring=A8-2015-0344> [Abgerufen am 30.1.2019].
- Everingham, S. G., Stafford-Bell, M. A. & Hammarberg, K. (2014). Australians' use of surrogacy. *The Medical Journal of Australia*, 201(5), 270–273. doi: 10.5694/mja13.11311.
- Fausser, B. C. J. M., Devroey, P., Diedrich, K., Balaban, B., Bonduelle, M., Delemarre-van de Waal, H. A., ... Wells, D. (2014). Health outcomes of children born after IVF/ICSI: a review of current expert opinion and literature. *Reproductive BioMedicine Online*, 28(2), 162–182. doi: 10.1016/j.rbmo.2013.10.013.
- Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen* (2017). Leitlinie der DGGG, DGU, DGRM (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/082). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-082l_S2k_Fertilitaets-erhaltung-bei-onkologischen-Therapien_2017-12.pdf [Abgerufen am 15.1.2019].

- Fiedler, C., Klüsener, S., Sulak, H. (2018). Bevölkerung in Deutschland. Beilage zur *Geographischen Rundschau* 11/2018. https://www.bib.bund.de/Publikation/2018/pdf/Beilage_Bevolkerung-in-Deutschland-Geographische-Rundschau.pdf;jsessionid=EFCAB392A82DECB5F68F2D772D62F76A.1_cid380?__blob=publicationFile&v=2 [Abgerufen am 27.2.2019]
- Finkelstein, A., Mac Dougall, S., Kintominas, A. & Olsen, A. (2016). Surrogacy Law and Policy in the U.S.: A National Conversation Informed by Global Lawmaking. *Report of the Columbia Law School, Sexuality & Gender Law Clinic*.
- Fitzgerald, O., Harris, K., Paul, R. & Chambers, G. (2017). *Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2015*. Sydney: National Perinatal Epidemiology and Statistics Unit, the University of New South Wales Sydney. <https://npsu.unsw.edu.au/sites/default/files/npsu/surveillances/Assisted%20Reproductive%20Technology%20in%20Australia%20and%20New%20Zealand%202015.pdf> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Frister, H. (2012). Die „Dreierregel“ im Embryonenschutzgesetz. *Gesundheit und Pflege*, 2(1), 10–13.
- Frister, H. (2014). Der lange Weg zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik. In Dekan der Juristischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Hrsg.) *Wissenschaftsrecht und Wissenschaftspraxis*. Baden-Baden: Nomos, S. 115–133.
- Frister, H. (2016). Wider die Doppelmoral im Recht der Fortpflanzungsmedizin. *medstra* 6, 321–322.
- Frommel, M. (2002). Embryonenselektion – Ethische, verfassungsrechtliche und strafrechtliche Problematik. *Reproduktionsmedizin*, 18(4), 158–182.
- Frommel, M. (2004). Auslegungsspielräume des Embryonenschutzgesetzes. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1(2), 104–111.
- Frommel, M. (2010). Der Streit um die Auslegung des Embryonenschutzgesetzes. In U. Neumann & F. Herzog (Hrsg.) *Festschrift für Winfried Hassemer*. Heidelberg: C.F. Müller, S. 831–849.
- Frommel, M. (2011). *Juristisches Gutachten zur Frage der Zulässigkeit der Freigabe kryokonservierter befruchteter Eizellen (2-PN Stadien) durch die Inhaber, des Auftauens mit Einverständnis des Spenderpaars und der extrakorporalen Weiterkultivierens zum Zwecke der Spende an eine Frau, von der die Eizelle nicht stammt*. (Gutachten). Kiel: Institut für Sanktionenrecht und Kriminologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. https://www.netzwerk-embryonenspende.de/recht/gutachten_frommel_embryonenspende.pdf [Abgerufen am 14.2.2019].
- Frommel, M. (2015). Können kryokonservierte Oozyten im 2-Pronuclei-Stadium für die Embryonenspende freigegeben werden? In J. Taupitz, F. Geisthövel, D. Coester-Waltjen, H. Frister, M. Frommel, S. Gerke, ... C. Thaler (Hrsg.) *V. Mannheimer Workshop zur Fortpflanzungsmedizin: Ein juristischer Diskurs zur Präimplantationsdiagnostik und Embryonenspende auf der Basis neuerer reproduktionsbiologischer Prämissen*. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 12(2), 52–53.
- Gassner, U. M., Dorneck, C., Kersten, J., Krüger, M., Lindner, J. F., Rosenau, H. & Schroth, U. (2013). *Fortpflanzungsmedizingesetz: Augsburg-Münchener Entwurf*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Gauthier, A. H. (2007). The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. *Population Research and Policy Review*, 26, 323–346. doi: 10.1007/s11113-007-9033-x.
- Gerhard, U., Knijn, T. & Weckwert, A. (2003). *Erwerbstätige Mütter. Ein europäischer Vergleich*. München: C. H. Beck.
- Gnoth, C., Godehardt, E., Frank-Herrmann, P., Friol, K., Tigges, J. & Freundl, G. (2005). Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*, 20(5), 1144–1147. doi: 10.1093/humrep/deh870.
- Goedeke, S., Daniels, K. & Thorpe, M. (2016). Embryo donation and counselling for the welfare of donors, recipients, their families and children. *Human Reproduction*, 31(2), 412–418. doi: 10.1093/humrep/dev304.
- Goedeke, S., Daniels, K., Thorpe, M. & Du Preez, E. (2015). Building extended families through embryo donation: the experiences of donors and recipients. *Human Reproduction*, 30(10), 2340–2350. doi: 10.1093/humrep/dev189.
- Goisis, A., Remes, H., Martikainen, P., Klemetti, R., Myrskylä, M. (2019). Medically assisted reproduction and birth outcomes: a within-family analysis using Finnish population registers. *The Lancet* (Available online 14 January 2019). doi: 10.1016/S0140-6736(18)31863-4.
- Golombok, S. (2015). *Modern families: Parents and children in new family forms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. & Jadv, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(6), 653–660. doi: 10.1111/jcpp.12015.
- Golombok, S., Jadv, V., Lycett, E., Murray, C. & MacCallum, F. (2005). Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Human Reproduction*, 20(1), 286–293. doi: 10.1093/humrep/deh585.
- Golombok, S., Zadeh, S., Imrie, S., Smith, V. & Freeman, T. (2016). Single mothers by choice: Mother-child relationships and children's psychological adjustment. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 409–418. doi: 10.1037/fam0000188.
- Grabenwarter, C. & Pabel, K. (2016). *Europäische Menschenrechtskonvention: ein Studienbuch*. München: C.H. Beck.
- Graumann, S. (2016). Eizellspende – Beitrag zur Selbstbestimmung oder Ausbeutung von Frauen? In C. Woopen (Hrsg.) *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, Entwicklungen, Fragen, Kontroversen*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 62–73.
- Greil, A. L., McQuillan, J., Lowry, M. & Shreffler, K. M. (2011). Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of US women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 87–94. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.023.
- Griesinger, G. (2009). Reproduktionsmedizin in Europa und Deutschland: Aktuelle Situation. *Der Gynäkologe*, 42(7), 487–494. doi: 10.1007/s00129-009-2337-7.
- Griesinger, G., Felberbaum, R., Hepp, H. & Diedrich, K. (2008). Reproduktionsmedizin in Deutschland und im internationalen Vergleich. In K. Diedrich, R. Felberbaum, G. Griesinger, H. Hepp, H. Krefß & U. Riedel (Hrsg.) *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, S. 22–61.

- Guckes, B. (1997). *Das Argument der schiefen Ebene. Schwangerschaftsabbruch, die Tötung Neugeborener und Sterbehilfe in der medizinethischen Diskussion*. Stuttgart: G. Fischer.
- Guerif, F., le Gouge, A., Giraudeau, B., Poindron, J., Bidault, R., Gasnier, O. & Royere, D. (2007). Limited value of morphological assessment at days 1 and 2 to predict blastocyst development potential: a prospective study based on 4042 embryos. *Human Reproduction*, 22(7), 1973–1981. doi: 10.1093/humrep/dem100.
- Günther, H.-L. (2014). In H.-L. Günther, J. Taupitz & P. Kaiser (Hrsg.) *Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Guo, X. Y., Liu, X. M., Jin, L., Wang, T. T., Ullah, K., Sheng, J. Z. & Huang, H. F. (2017). Cardiovascular and metabolic profiles of offspring conceived by assisted reproductive technologies: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 107(3), 622–631. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.12.007.
- Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R. A. & Bhattacharya, S. (2011). Defining infertility – a systematic review of prevalence studies. *Human Reproduction Update*, 17(5), 575–588. doi: 10.1093/humupd/dmro15.
- Habbema, J. D. F., Eijkemans, M. J. C., Leridon, H. & te Velde, E. R. (2015). Realizing a desired family size: when should couples start? *Human Reproduction*, 30(9), 2215–2221. doi: 10.1093/humrep/dev148.
- Hanevik, H. I., Hessen, D. O., Sunde, A. & Breivik, J. (2016). Can IVF influence human evolution? *Human Reproduction*, 31(7), 1397–1402. doi: 10.1093/humrep/dew089.
- Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Milne, E., de Klerk, N. & Bower, C. (2013). Assisted reproductive technology and birth defects: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 19(4), 330–353. doi: 10.1093/humupd/dmt006.
- Harper, J. C., Geraedts, J., Borry, P., Cornel, M. C., Dondorp, W., Gianaroli, L., ... Macek, M. (2014). Current issues in medically assisted reproduction and genetics in Europe: research, clinical practice, ethics, legal issues and policy. *Human Reproduction*, 29(8), 1603–1609. doi: 10.1093/humrep/deu130.
- Harper, J. C., Kennett, D. & Reisel, D. (2016). The end of donor anonymity: how genetic testing is likely to drive anonymous gamete donation out of business. *Human Reproduction*, 31(6), 1135–1140. doi: 10.1093/humrep/dew065.
- Harper, J., Coonen, E., De Rycke, M., Fiorentino, F., Geraedts, J., Goossens, V., ... Vesela, K. (2010). What next for preimplantation genetic screening (PGS)? A position statement from the ESHRE PGD Consortium steering committee. *Human Reproduction*, 25(4), 821–823. doi: 10.1093/humrep/dep476.
- Hayashi, K., Ohta, H., Kurimoto, K., Aramaki, S., Saitou, M. (2011). Reconstitution of the mouse germ cell specification pathway in culture by pluripotent stem cells. *Cell*, 146(4), 519–532. doi: 10.1016/j.cell.2011.06.052.
- Hayashi, K., Ogushi, S., Kurimoto, K., Shimamoto, S., Ohta, H., Saitou, M. (2012). Offspring from oocytes derived from in vitro primordial germ cell-like cells in mice. *Science*, 338 (6109), 971–975. doi: 10.1126/science.1226889.
- Heinemann, T., Dederer, H.-G. & Cantz, T. (Hrsg.) (2015). *Entwicklungsbiologische Totipotenz in Ethik und Recht: Zur normativen Bewertung von totipotenten menschlichen Zellen*. Göttingen: V & R Unipress.
- Helmerhorst, F. M., Perquin, D. A. M., Donker, D. & Keirse, M. J. N. C. (2004). Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systematic review of controlled studies. *British Medical Journal*, 328(7434), 261. doi: 10.1136/bmj.37957.560278.EE.
- Helms, T. (2010). Die künstliche Befruchtung aus familienrechtlicher Sicht – Probleme und Perspektiven. In A. Röthel, M. Löhnig & T. Helms (Hrsg.) *Ehe, Familie, Abstammung – Blicke in die Zukunft*. Frankfurt am Main: Wolfgang Metzner Verlag, S. 49–70.
- Helms, T. (2015). Abstammung nach in Kalifornien durchgeführter Leihmutterchaft, Anmerkung zu BGH v. 10.12.2014 – XII ZB 463/13, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, 245–246.
- Helms, T. (2016). Rechtliche, biologische und soziale Elternschaft – Herausforderungen durch neue Familienformen, Gutachten F zum 71. Deutschen Juristentag. München: C. H. Beck.
- Henking, T. (2010). *Wertungswidersprüche zwischen Embryonenschutzgesetz und den Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs am Beispiel des Verbots der Präimplantationsdiagnostik*. Baden-Baden: Nomos.
- Heun, W. (2013). Artikel 3. In H. Dreier (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 1: Präambel, Artikel 1–19* (3. Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck, S. 457–543.
- Hieb, A. E. (2005). *Die gespaltene Mutterchaft im Spiegel des deutschen Verfassungsrechts: die verfassungsrechtliche Zulässigkeit reproduktionsmedizinischer Verfahren zur Überwindung weiblicher Unfruchtbarkeit; ein Beitrag zum „Recht auf Fortpflanzung“*. Berlin: Logos-Verlag.
- Höffe, O. (2015). *Kritik der Freiheit: das Grundproblem der Moderne*. München: C. H. Beck.
- Höffe, O. (Hrsg.) (2003). *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Horse, K., Smith, N., Norcross, S., Ghevaert, L. & Jones, S. (2015). *Surrogacy in the UK: Myth busting and reform Report of the Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform*. Surrogacy UK Working Group on Surrogacy Law Reform.
- Huber, J. (2009). *Totipotenz – überfordertes Kriterium der Schutzwürdigkeit? Eine naturphilosophische Untersuchung zu den biologischen Grundlagen eines normativ gewordenen Begriffs*. Münster: LIT Verlag.
- Hübner, H. (1964/1975). § 1353 BGB. In J. von Staudinger (Hrsg.) *Kommentar zum BGB. Bd. 4: Familienrecht, Teil 1* (10./11. Auflage). Berlin: J. Schweitzer Verlag, S. 86–109.
- Hufen, F. (2001). Präimplantationsdiagnostik aus verfassungsrechtlicher Sicht. *Medizinrecht*, 19(9), 440–451. doi: 10.1007/s003500100522.
- Hufen, F. (2017). *Staatsrecht II: Grundrechte* (6. Auflage). München: C. H. Beck.
- Human Fertilisation and Embryology Act 2008: Remedial Order (2017). <https://hansard.parliament.uk/commons/2017-11-29/debates/17112933000019/HumanFertilisationAndEmbryologyAct2008RemedialOrder> [Abgerufen am 5.2.2019].
- Human Fertilisation and Embryology Authority (2016). *Fertility treatment 2014. Trends and figures*. www.hfea.gov.uk.

- Human Fertilisation and Embryology Authority (2018). *Fertility treatment 2014–2016 – Trends and figures*. Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). <https://www.hfea.gov.uk/media/2563/hfea-fertility-trends-and-figures-2017-v2.pdf> [Abgerufen am 15.1.2019].
- Huntriss, J., Balen A. H., Sinclair, K. D., Brison, D. R., Picton, H. M., Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2018). Epigenetics and Reproductive Medicine. Scientific Impact Paper No. 57. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(13). doi: 10.1111/1471-0528.15240.
- Huster, S. (1993). *Rechte und Ziele: zur Dogmatik des allgemeinen Gleichheitssatzes*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Huster, S. (2009). Die Leistungspflicht der GKV für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung und der Krankheitsbegriff. *Neue Juristische Wochenschrift*, 1713–1715.
- Huster, S. (2012). Die Relativität des juristischen Krankheitsbegriffs. In O. Rauprich & J. Vollmann (Hrsg.) *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag, S. 37–59.
- Ilioi, E. C., Jadva, V. & Golombok, S. (2015). A longitudinal study of families created by reproductive donation: follow-up at adolescence. *Fertility and Sterility*, 104(3), e26. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.07.079.
- Imrie, S. & Jadva, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in relation and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online*, 29(4), 424–435. doi: 10.1016/j.rbmo.2014.06.004.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jadva, V., Blake, L., Casey, P. & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 27(10), 3008–3014. doi: 10.1093/humrep/des273.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W. & Golombok, S. (2009). The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Human Reproduction*, 24(8), 1909–1919. doi: 10.1093/humrep/dep110.
- Jadva, V., Imrie, S. & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: A longitudinal study of psychological wellbeing and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373–379. doi: 10.1093/humrep/deu339.
- Jarass, H. D. (2016a). Artikel 3 und Artikel 6. In H. D. Jarass & B. Pieroth (Hrsg.) *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland: Kommentar* (14. Auflage). München: C. H. Beck, S. 110–166, S. 248–279.
- Jarass, H. D. (2016b). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union: Unter Einbeziehung der vom EuGH entwickelten Grundrechte, der Grundrechtsregelungen der Verträge und der EMRK: Kommentar* (3. Auflage). München: C. H. Beck.
- Jarett, T. (2018). *Children: surrogacy, and single people and parental orders (UK)* (Briefing Paper). House of Commons Library.
- Jegutidse, S. (2017). Russische Föderation. In J. Rieck (Hrsg.) *Ausländisches Familienrecht. Eine Auswahl von Länderdarstellungen*. 16. Ergänzungslieferung. München: C. H. Beck.
- Kadi, S. & Wiesing, U. (2015). Uninformed Decisions? The Online Presentation of Success and Failure of IVF and Related Methods on German IVF Centre Websites. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75(12), 1258–1263. doi: 10.1055/s-0035-1558297.
- Kadi, S. & Wiesing, U. (2016a). Das Deutsche IVF-Register als Instrument zur Dokumentation der assistierten Reproduktionstechnologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(6), 680–684. doi: 10.1055/s-0042-108576.
- Kadi, S. & Wiesing, U. (2016b). Antwort auf den Kommentar des Vorstands des Deutschen IVF-Registers. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(6), 688–689. doi: 10.1055/s-0042-108897.
- Kadi, S. & Wiesing, U. (2017). Well-informed by national registers? A comparison of national ART registers in Germany, France and the United Kingdom. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(6), 465–471. doi: 10.1080/13625187.2017.1416600.
- Källén, B., Finnström, O., Lindam, A., Nilsson, E., Nygren, K.-G. & Otterblad Olausson, P. O. (2010a). Congenital malformations in infants born after in vitro fertilization in Sweden. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 88(3), 137–143. doi: 10.1002/bdra.20645.
- Källén, B., Finnström, O., Lindam, A., Nilsson, E., Nygren, K.-G., Otterblad Olausson, P. O. (2010b). Cancer risk in children and young adults conceived by in vitro fertilization. *Pediatrics*, 126(2), 270–276. doi: 10.1542/peds.2009-3225.
- Kamphuis, E. I., Bhattacharya, S., van der Veen, F., Mol, B. W. J., Templeton, A. & for the Evidence Based IVF Group (2014). Are we overusing IVF? *British Medical Journal*, 348(28.1), g252. doi: 10.1136/bmj.g252.
- Karnein A. (2013). *Zukünftige Personen. Eine Theorie des ungeborenen Lebens von der künstlichen Befruchtung bis zur genetischen Manipulation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Katzorke, T. (2007). Donogene Insemination. *Der Gynäkologe*, 40(10), 807–812. doi: 10.1007/s00129-007-2049-9.
- Katzorke, T., Propping, D. & Tauber, P. F. (1981). Results of donor artificial insemination (AID) in 415 couples. *International Journal of Fertility*, 26(4), 260–266.
- Kawwass, J. F., Crawford, S., Hipp, H. S., Boulet, S. L., Kissin, D. M., Jamieson, D. J., ... Zhang, Y. (2016). Embryo donation: national trends and outcomes, 2000 through 2013. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 747.e1-747.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.050.
- Kentenich, H. & Griesinger, G. (2013). Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 10(5–6), 273–278.
- Kentenich, H., Brähler, E., Kowalcek, I., Strauß, B., Thorn, P., Weblus, A. J., ... Stöbel-Richter, Y. (Hrsg.) (2014). *Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Kentenich, H., Diedrich, K., Griesinger, G., Hilland, U., Jonat, W. & Nieschlag E. (2012). Forschung und Weiterbildung im Bereich der Fortpflanzungsmedizin stärken. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 9(1), 70–72.
- Kettner, L. O., Henriksen, T. B., Bay, B., Ramlau-Hansen, C. H. & Kesmodel, U. S. (2015). Assisted reproductive technology and somatic morbidity in childhood: a systematic review. *Fertility and Sterility*, 103(3), 707–719. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.12.095.
- Kingreen, T. & Poscher, R. (2015). *Grundrechte. Staatsrecht II* (begründet von B. Pieroth und B. Schlink) (31. Auflage). Heidelberg: C.F. Müller.
- Kingreen, T. (2004). Familie als Kategorie des Sozialrechts. *Juristenzeitung*, 59(19), 938–948.
- Klausen, T., Juul Hansen, K., Munk-Jørgensen, P. & Mohr-Jensen, C. (2017). Are assisted reproduction technologies associated with categorical or dimensional aspects of psychopathology in childhood, adolescence or early adulthood? Results from a Danish prospective nationwide cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 771–778. doi: 10.1007/s00787-016-0937-z.
- Knoepfler, N. (2012). *Der Beginn der menschlichen Person und bioethische Konfliktfälle: Anfragen an das Lehramt*. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Koch, C., Massimini, M., Boly, M. & Tononi, G. (2016). Neural Correlates of Consciousness: Progress and Problems. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 307–321.
- Koch, H.-G. (2004). Maßnahmen zur Effizienzsteigerung bei medizinisch unterstützter Fortpflanzung aus rechtlicher und rechtsvergleichender Sicht. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, (1), 24–27.
- Konietzka, D. & Kreyenfeld, M. (Hrsg.) (2013). *Ein Leben ohne Kinder: Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Kopeika, J., Thornhill, A. & Khalaf, Y. (2015). The effect of cryopreservation on the genome of gametes and embryos: principles of cryobiology and critical appraisal of the evidence. *Human Reproduction Update*, 21(2), 209–227. doi: 10.1093/humupd/dmu063.
- Kreß, H. (2007). Präimplantationsdiagnostik. Ethische, soziale und rechtliche Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(2), 157–167. doi: 10.1007/s00103-007-0136-7.
- Kreß, H. (2013). Ethik: Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungsethik und Grundrechten. In K. Diedrich, M. Ludwig & G. Griesinger (Hrsg.) *Reproduktionsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 651–670.
- Kreß, H. (2015). Präimplantationsdiagnostik in der pluralistischen Gesellschaft im Licht des Toleranzgebots. Mit kritischen Bemerkungen zu den Befugnissen der Ethikkommissionen. In M.-E. Geis, M. Winkler & C. Bickenbach (Hrsg.) *Die Kultur der Verfassung*. München: C. H. Beck, S. 43–52.
- Kreß, H. (2016a). Heutige Kinderwunschmedizin an einer Wegscheide. Vorwirkende Schutzrechte von Kindern als normatives Kriterium. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, (92), 232–235.
- Kreß, H. (2016b). Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik. *Gynäkologische Endokrinologie*, 14, 131–134.
- Kreß, H. (2018). *Staat und Person*. Politische Ethik im Umbruch des modernen Staates. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kreyenfeld, M. & Konietzka, D. (Hrsg.) (2017). *Childlessness in Europe: contexts, causes, and consequences*. Berlin: Springer Open.
- Krones, T., Schlüter, E., Neuwohner, E., El Ansari, S., Wissner, T. & Richter, G. (2006). What is the preimplantation embryo? *Social Science & Medicine*, 63(1), 1–20. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.12.014.
- Krüssel, J.-S., Tandler-Schneider, A. & Czeromin, U. (2016). Kommentar des Vorstands des Deutschen IVF-Registers zum Artikel „Das Deutsche IVF-Register als Instrument zur Dokumentation der assistierten Reproduktionstechnologien“ von S. Kadi und U. Wiesing. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(6), 685–687. doi: 10.1055/s-0042-108695.
- Kuijsten, A. (2002). Variation and Change in the Forms of Private Life in the 1980s. In F.-X. Kaufmann, A. Kuijsten, H.-J. Schulze & K. P. Strohmeier (Hrsg.) *Family Life and Family Policies in Europe. Volume 2: Problems and Issues in Comparative Perspective*. Oxford: University Press, S. 19–68.
- Kupka, M. S., Ferraretti, A. P., de Mouzon, J., Erb, K., D’Hooghe, T., Castilla, J. A., ... Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (2014). Assisted reproductive technology in Europe, 2010: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 29(10), 2099–2113. doi: 10.1093/humrep/deu175.
- Lagercrantz, H. (2014). The emergence of consciousness: Science and ethics. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(5), 300–305. doi: 10.1016/j.siny.2014.08.003.
- Lamba, N., Jadv, V., Kadam, K. & Golombok, S. (2018). The psychological well-being and prenatal bonding of gestational surrogates. *Human Reproduction*, 33(4), 646–653. doi: 10.1093/humrep/dey048.
- Landwehr, C. (2017). *Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik*. Berlin: Springer.
- Lange-Boettcher, P. (2004). *Schwangerschaftsrate türkischer Migrantinnen im Rahmen der Kinderwunschsprechstunde spontan oder durch Reproduktionsmedizin*. Dissertation, Humboldt-Universität Berlin.
- Langenfeld, C. (2015). Artikel 3 Absatz 3. In T. Maunz & G. Dürig (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar* (Stand des Gesamtwerkes: 84. Lieferung 2018). München: C. H. Beck, S. 1–60.
- Lansac, J. & Royere, D. (2001). Follow-up studies of children born after frozen sperm donation. *Human Reproduction Update*, 7(1), 33–37. doi.org/10.1093/humupd/7.1.33.
- Law Commission (o. J.). *Surrogacy*. <https://www.lawcom.gov.uk/surrogacy/> [Abgerufen am 21.1.2019].
- Lazaraviciute, G., Kauser, M., Bhattacharya, S., Haggarty, P. & Bhattacharya, S. (2014). A systematic review and meta-analysis of DNA methylation levels and imprinting disorders in children conceived by IVF/ICSI compared with children conceived spontaneously. *Human Reproduction Update*, 20(6), 840–852. doi: 10.1093/humupd/dmu033.
- Lehmann, M. (2007). *Die In-vitro-Fertilisation und ihre Folgen: Eine verfassungsrechtliche Analyse*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Lesthaeghe, R. (2010). The Unfolding Story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, 36(2), 211–251. doi: 10.1111/j.1728-4457.2010.00328.x.

- Li, Z., Wang, A. Y., Bowman, M., Hammarberg, K., Farquhar, C., Johnson, L., ... Sullivan, E. A. (2018). ICSI does not increase the cumulative live birth rate in non-male factor infertility. *Human Reproduction*, *33*(7), 1322–1330. doi: 10.1093/humrep/dey118.
- Lilie, H. (2006). Neue rechtliche Konfliktfelder der Reproduktionsmedizin: Probleme der Dreierregel. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, *6*(73–675).
- Lipp, V. (2015). In A. Laufs, C. Katzenmeier & V. Lipp (Hrsg.) *Arztrecht* (7. Auflage). München: C. H. Beck.
- Löhnig, M. (2017). Die Leihmutterchaft in der aktuellen Rechtsprechung. *Neue Zeitschrift für Familienrecht*, *12*, 546–549.
- Luci-Greulich, A. & Thévenon, O. (2013). The Impact of Family Policies on Fertility Trends in Developed Countries. *European Journal of Population*, *29*(4), 387–416. doi: 10.1007/s10680-013-9295-4.
- Lück, D. & Ruckdeschel, K. (2015). Was ist Familie? Familienleitbilder und ihre Vielfalt. In N. F. Schneider, S. Diabaté & K. Ruckdeschel (Hrsg.) *Familienleitbilder in Deutschland*. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 61–76.
- Ludwig, A. K. & Ludwig, M. (2018). Wie geht es den Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung? *Der Gynäkologe*, *51*(8), 653–658.
- Lundsberg, L. S., Pal, L., Garipey, A. M., Xu, X., Chu, M. C. & Illuzzi, J. L. (2014). Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women. *Fertility and Sterility*, *101*(3), 767–774. e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.006.
- Lutjen, P., Trounson, A., Leeton, J., Findlay, J., Wood, C. (1984). The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, *(307)*5947, 174–175.
- Luy, M. & Pöttsch, O. (2010). Schätzung der tempobereinigten Geburtenziffer für West- und Ostdeutschland, 1955–2008. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, *(35)*3, 569–604. doi: 10.4232/10.CPoS-2010-14de.
- Mains, L., Zimmerman, M., Blaine, J., Stegmann, B., Sparks, A., Ansley T. & Van, V. B. (2010). Achievement test performance in children conceived by IVF. *Human Reproduction* *25*, 2605–2611.
- Maio, G. (Hrsg.) (2007). *Der Status des extrakorporalen Embryos: Perspektiven eines interdisziplinären Zugangs*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Makrigiannakis, A., Petsas, G., Toth, B., Relakis, K. & Jeschke, U. (2011). Recent advances in understanding immunology of reproductive failure. *Journal of Reproductive Immunology*, *90*(1), 96–104. doi: 10.1016/j.jri.2011.03.006.
- Marquis, D. B. (1989). Why Abortion is Immoral. *Journal of Philosophy* *86*, 183–202.
- Mastenbroek, S., Twisk, M., van Echten-Arends, J., Sikkema-Raddatz, B., Korevaar, J. C., Verhoeve, H. R., ... van der Veen, F. (2007). In Vitro Fertilization with Preimplantation Genetic Screening. *New England Journal of Medicine*, *357*(1), 9–17. doi: 10.1056/NEJMoA067744.
- Mayer-Lewis, B. (2015). Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des SARA-Projektes. In B. Mayer-Lewis & M. Rupp (Hrsg.) *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven*. Opladen: Barbara Budrich, S. 187–217.
- Mayer-Lewis, B. (2016). Familiengründung im Kontext reproduktionsmedizinischer Angebote. In A. Sieben & G. Mey (Hrsg.) *Schwerpunktthema: Elternschaft als relationale Praxis. Journal für Psychologie*, *24*(1), 91–124.
- McLernon, D. J., Steyerberg, E. W., te Velde, E. R., Lee, A. J. & Bhattacharya, S. (2016). Predicting the chances of a live birth after one or more complete cycles of in vitro fertilisation: population based study of linked cycle data from 113 873 women. *British Medical Journal*, *355*, i5735. doi: 10.1136/bmj.i5735.
- Meister, T. A., Rimoldi, S. F., Soria, R., von Arx, R., Messerli, F. H., Sartori, C., ... Rexhaj, E. (2018). Association of Assisted Reproductive Technologies with arterial hypertension during adolescence. *Journal of the American College of Cardiology*, *72*(11), 1267–1274. doi: 10.1016/j.jacc.2018.06.060.
- Merkel, R. (2002). *Forschungsobjekt Embryo: Verfassungsrechtliche und ethische Grundlagen der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen*. München: dtv.
- Messerlian, C., Maclagan, L. & Basso, O. (2013). Infertility and the risk of adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*, *28*(1), 125–137. doi: 10.1093/humrep/des347.
- Michelmann, H.-W. (2000). Der programmierte Misserfolg Die Dilemmasituation der deutschen Reproduktionsmedizin. *Reproduktionsmedizin*, *16*(3), 181–182. doi: 10.1007/s004440000183.
- Middelburg, K. J., Heineman, M. J., Bos, A. F. & Hadders-Algra, M. (2008). Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI-a systematic review. *Human Reproduction Update* *14*(3), 219–231. doi: 10.1093/humupd/dmn005.
- Miller, W. B., Severy, L. J. & Pasta, D. J. (2004). A Framework for Modelling Fertility Motivation in Couples. *Population Studies*, *58*(2), 193–205. doi: 10.1007/s004440000183.
- Mitterauer, M. & Sieder, R. (Hrsg.) (1977). *Vom Patriarchat zur Partnerschaft: Zum Strukturwandel der Familie* (4. Auflage). München: C. H. Beck.
- Montag, M., Toth, B. & Strowitzki, T. (2013). New approaches to embryo selection. *Reproductive Bio-Medicine Online*, *27*(5), 539–546. doi.org/10.1016/j.rbmo.2013.05.013.
- Montag, M., van der Ven, K., Delacrétaz, G., Rink, K. & van der Ven, H. (1998). Laser-assisted microdissection of the zona pellucida facilitates polar body biopsy. *Fertility and Sterility*, *69*(3), 539–542. doi: 10.1016/S0015-0282(97)00538-4.
- Mücl, S. (2010). Ehe und Familie. In D. Merten & H.-J. Papier (Hrsg.) *Handbuch der Grundrechte in Deutschland und Europa. Bd. VI/1. Europäische Grundrechte I*. Heidelberg: Müller, S. 191–216.
- Müller-Terpitz, R. (2006). Der Embryo ist Rechtsperson, nicht Sache. *Zeitschrift für Lebensrecht*, *34*–42.
- Müller-Terpitz, R. (2007). *Der Schutz des pränatalen Lebens: eine verfassungs-, völker- und gemeinschaftsrechtliche Statusbetrachtung an der Schwelle zum biomedizinischen Zeitalter*. Tübingen: Mohr Siebeck.

- Müller-Terpitz, R. (2017). Embryonenbegriffe im deutschen und europäischen Recht. In D. Sturma, B. Heinrichs & L. Honnefelder (Hrsg.) *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd. 22*. Berlin/New York: Walter de Gruyter, S. 87–156.
- Müller-Terpitz, R. (2018). In A. Spickhoff (Hrsg.) *Medizinrecht* (3. Auflage) München: C. H. Beck.
- (Muster)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer vom 19. Mai 2006. – Novelle 2006 – *Deutsches Ärzteblatt*, 103(20), A 1392–A 1403. https://www.laekb.de/files/148A75DCED/Muster_Richtlinie_Durchfuehrung_assistierte_Reproduktion.pdf [Abgerufen am 16.1.2019].
- Mynarska, M., Matysiak, A., Rybińska, A., Tocchioni, V. & Vignoli, D. (2015). Diverse paths into childlessness over the life course. *Advances in Life Course Research*, 25, 35–48. doi: 10.1016/j.alcr.2015.05.003.
- Nahman, M. R. (2016). Romanian IVF: a brief history through the ‚lens‘ of labour, migration and global egg donation markets. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 79–87. doi: 10.1016/j.rbms.2016.06.001.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Fertility problems: assessment and treatment. Clinical guideline 156*. <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg156/> [Abgerufen am 14.2.2019]
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Deutsche Akademie der Technikwissenschaften & Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2015). *Chancen und Grenzen des genome editing/The opportunities and limits of genome editing*. Halle (Saale).
- Neidert, R. (2004). Gesetzliche Statik und wissenschaftliche Dynamik in der Reproduktionsmedizin. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1(2), 100–103.
- Neidert, R. (2006). Embryonenschutz im Zwiespalt zwischen staatlichem Gesetz und ärztlicher Lex artis. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 39(3), 85–87.
- Neidert, R. (2007). „Entwicklungsfähigkeit“ als Schutzkriterium und Begrenzung des Embryonenschutzgesetzes. *Medizinrecht*, 25(5), 279–286. doi.org/10.1007/s00350-007-1926-5.
- Netzwerk Embryonenspende (o. J.). *Leitidee und Ziele des Vereins*. <https://www.netzwerk-embryonenspende.de/ziele/ziele.html> [Abgerufen am 15.1.2019].
- Nicolaidis, P. & Petersen, M. B. (1998). Origin and mechanisms of non-disjunction in human autosomal trisomies. *Human Reproduction*, 13(2), 313–319. doi: 10.1093/humrep/13.2.313.
- Niemöhlmann, H. (1974). Artikel 2. In I. v. Münch (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 1: Artikel 1–20*. Frankfurt am Main: Athenäum, S. 75–117.
- OECD (o. J.). *OECD Family Database: Childlessness* (SF 2.5 Childlessness). http://www.oecd.org/els/family/SF_2-5-Childlessness.pdf [Abgerufen am 14.2.2019].
- Osmanagaoglu, K., Collins, J., Kolibianakis, E., Tournaye, H., Camus, M., van Steirteghem, A. & Devroey, P. (2002). Spontaneous pregnancies in couples who discontinued intracytoplasmic sperm injection treatment: a 5-year follow-up study. *Fertility and Sterility*, 78(3), 550–556.
- Pandey, S., Shetty, A., Hamilton, M., Bhattacharya, S. & Maheshwari, A. (2012). Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 18(5), 485–503. doi: 10.1093/humupd/dms018.
- Passet-Wittig, J. & Schneider, N. F. (2018). Imaginability of adoption, foster care, and life without a(nother) child and stress in women and men in fertility treatment. *Journal of Health Psychology* [online first]. doi: 10.1177/2F1359105318758857.
- Passet-Wittig, J. (2017). *Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin: eine sozialwissenschaftliche Analyse von Paaren in Kinderwunschbehandlung*. Opladen: Barbara Budrich.
- Pecks, U., Maass, N. & Neulen, J. (2011). Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck. *Deutsches Ärzteblatt* 108(3), 23–31. doi: 10.3238/arztebl.2011.0023.
- Pennings, G. (2017). Disclosure of donor conception, age of disclosure and the well-being of donor offspring. *Human Reproduction*, 32(5), 969–973. doi: 10.1093/humrep/dex056.
- Petersen P. (1985). Sondervotum. In Bericht der gemeinsamen Arbeitsgruppe des Bundesministers für Forschung und Technologie und des Bundesministers der Justiz: In-vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie. Schweitzer Verlag: München, S. 59–60.
- Philipov, D. & Bernardi, L. (2012). Konzepte und Operationalisierungen von reproduktiven Entscheidungen. *Comparative Population Studies*, 2(36), 531–572.
- Pichl, A. (2015). Entwicklungsbiologische Totipotenz und das ethische Potentialitätsargument. In J. S. Ach, R. Denkhaus & B. Lüttenberg (Hrsg.) *Forschung an humanen Stammzellen*. Berlin: LIT Verlag, S. 29–57.
- Podlech, A. (1971). *Gehalt und Funktionen des allgemeinen verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Pötzsch, O. (2018). Aktueller Geburtenanstieg und seine Potenziale. *Wirtschaft und Statistik*, 3, 72–89.
- Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology & Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine (2012). Elective single-embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 97(4), 835–842. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.11.050.
- Psychotherapie-Richtlinie (2017): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses* über die Durchführung der Psychotherapie in der Fassung vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016, in der Fassung vom 24. November 2016 (Bundesanzeiger AT 15.02.2017 B2), in Kraft getreten am 16.2.2017 https://www.kbv.de/media/sp/2016_06_16_PT_RL_2016_11_24_2017_02_16_neu.pdf [Abgerufen am 1.2.2019].
- Püttner, G. & Brühl, K. (1987). Fortpflanzungsmedizin, Gentechnologie und Verfassung. *Juristenzeitung*, 42(11), 529–536.
- Qin, J., Liu, X., Sheng, X., Wang, H. & Gao, S. (2016). Assisted reproductive technology and the risk of pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a meta-analysis of cohort studies. *Fertility and Sterility*, 105(1), 73–85. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.09.007.
- Radbruch, G. (1973). *Rechtsphilosophie* (E. Wolf & H.-P. Schneider, Hrsg.) (8. Auflage). Stuttgart: Koehler.

- Ramm, T. (1989). Die Fortpflanzung – ein Freiheitsrecht? *Juristenzeitung*, 44, 861–874.
- Rauprich, O., Berns, E. & Vollmann, J. (2012). Kinderwunschbehandlung aus Sicht von Patienten, Experten und der Allgemeinbevölkerung. In O. Rauprich & J. Vollmann (Hrsg.) *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: LIT Verlag, S. 121–213.
- Reichmann, J., Nijmeijer, B., Hossain, M. J., Eguren, M., Schneider, I., Politi, A. Z., ... Ellenberg, J. (2018). Dual-spindle formation in zygotes keeps parental genomes apart in early mammalian embryos. *Science*, 361(6398), 189–193. doi: 10.1126/science.aar7462.
- Reinke, M. (2008). *Fortpflanzungsfreiheit und das Verbot der Fremdeizellspende*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Reiß, M. (2010). Eine Zellentnahme ohne Berührung – Zutreffendes und Widersprüchliches in der Entscheidung des BGH zur Strafbarkeit der Präimplantationsdiagnostik. *Onlinezeitschrift für Höchstgerichtliche Rechtsprechung zum Strafrecht*, 774(9), 418–423.
- Renzikowski, J. (2004). Embryonenauslese und „Dreierregel“. *Gynäkologische Endokrinologie*, 2(3), 172–178. doi: 10.1007/s10304-004-0078-1.
- Reuß, P. M. (2016). Muss das Kind einen Vater haben? – Einige Überlegungen zur Elternschaft alleinstehender Frauen durch medizinisch-assistierte Reproduktion. *StAZ*, S. 353–363.
- Richter, I. (2001). Artikel 6. In E. Denninger (Hrsg.) *Kommentar zum Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland* (3. Auflage). Neuwied: Luchterhand, S. 1–64.
- Richtlinien über künstliche Befruchtung (2017). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung* in der Fassung vom 14.8.1990, zuletzt geändert am 16.3.2017 (Bundesanzeiger AT 1.6.2017 B4), in Kraft getreten am 2.6.2017 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1402/KB-RL_2017-03-16_iK-2017-06-02.pdf [Abgerufen am 16.1.2019].
- Rimm, A. A., Katayama, A. C. & Katayama, K. P. (2011). A meta-analysis of the impact of IVF and ICSI on major malformations after adjusting for the effect of subfertility. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(8), 699–705. doi: 10.1007/s10815-011-9583-z.
- Robbers, G. (2010). Artikel 6. In H. v. Mangoldt, F. Klein & C. Starck (Hrsg.) *Das Bonner Grundgesetz* (Bd. 1, 6. Auflage). München: Franz Vahlen.
- Robertson, J. A. (1996). *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossi, B. V., Abusief, M. & Missmer, S. A. (2016). Modifiable Risk Factors and Infertility: What Are the Connections? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(4), 220–231. doi: 10.1177/1559827614558020.
- Röthel, A. (2018). Autonomie als Bezugspunkt für eine Kritik der rechtlichen Regulierung des Zugangs zu reproduktiven Verfahren. In S. Baer & U. Sacksofsky (Hrsg.) *Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen*, Baden-Baden: Nomos, S. 215–228.
- Rumbold, A. R., Moore, V. M., Whitrow, M. J., Oswald, T. K., Moran, L. J., Fernandez, R. C., ... Davies, M. J. (2017). The impact of specific fertility treatments on cognitive development in childhood and adolescence: a systematic review. *Human Reproduction*, 32(7), 1489–1507. doi: 10.1093/humrep/dex085.
- Sachs, M. (2011). Allgemeine und besondere Gleichheitssätze. In K. Stern, J. Dietlein & M. Sachs (Hrsg.) *Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland Band IV/2: Die einzelnen Grundrechte*. München: C. H. Beck, S. 1433–1846.
- Saliger, F. (2007). Das Dammbbruchargument in Medizinrecht und Medizinethik. *Jahrbuch für Recht und Ethik*, 15, S. 633–656.
- Sanders, A. (2017). Was ist eine Familie? – Der EGMR und die Mehrelternschaft. *Neue Juristische Wochenschrift*, 13, 925–927.
- Sartorius, G. A. & Nieschlag, E. (2010). Paternal age and reproduction. *Human Reproduction Update*, 16(1), 65–79. doi: 10.1093/humupd/dmp027.
- Savasi, V. M., Mandia, L., Laoreti, A. & Cetin, I. (2016). Maternal and fetal outcomes in oocyte donation pregnancies. *Human Reproduction Update*, 22(5), 620–633. doi: 10.1093/humupd/dmw012.
- Schächinger, M. (2014). *Menschenwürde und Menschheitswürde: Zweck, Konsistenz und Berechtigung strafrechtlichen Embryonenschutzes*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Scherrer, U., Rimoldi, S. F., Rexhaj, E., Stuber, T., Duplain, H., Garcin, S., ... Sartori, C. (2012). Systemic and Pulmonary Vascular Dysfunction in Children Conceived by Assisted Reproductive Technologies. *Circulation*, 125(15), 1890–1896. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.071183.
- Schilling, G. (1995). Zur Problematik familiärer Geheimnisse am Beispiel der heterologen Insemination. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 45(1), 16–23.
- Schmidt, L., Münster, K. & Helm, P. (1995). Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 102, 978–984.
- Schneider, H., Husslein, P. & Schneider, K.-T. M. (Hrsg.) (2016). *Die Geburtshilfe* (5. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schöne-Seifert, B. & Stier, M. (2013). The Argument from Potentiality in the Embryo Protection Debate: Finally „Depotentialized“? *The American Journal of Bioethics*, 13(1), 19–27.
- Schöne-Seifert, B. (1990). Philosophische Überlegungen zu „Menschenwürde“ und Fortpflanzungs-Medizin. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 44(3), 442–473.
- Schöne-Seifert, B. (1999). Präimplantationsdiagnostik und Entscheidungsautonomie: Neuer Kontext – altes Problem. *Ethik in der Medizin*, 11(Suppl1), S. 87–98. doi: 10.1007/PL00008312.
- Schöne-Seifert, B. (2002). Contra Potentialitätsargument: Probleme einer traditionellen Begründung für embryonalen Lebensschutz. In G. Damschen & D. Schönecker (Hrsg.) *Der moralische Status menschlicher Embryonen. Pro und contra Spezies, Kontinuums, Identitäts- und Potentialitätsargument*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 169–185.

- Schöne-Seifert, B., Ach, J. S. & Siep, L. (2006). Totipotenz und Potentialität: Zum moralischen Status von Embryonen bei unterschiedlichen Varianten der Gewinnung humaner embryonaler Stammzellen. Gutachten für das Kompetenznetzwerk Stammzellforschung NRW. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, S. 261–321.
- Schröder, A. K., Schroers, U., Katalinic, A., Diedrich, K. & Ludwig, M. (2003). Mehrlinge nach assistierter Reproduktion – Einschätzung des Risikos durch Betroffene und Nicht-Betroffene. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 63(4), 356–363. doi: 10.1055/s-2003-39244.
- Schumann, E. (2012). Familienrechtliche Fragen der Fortpflanzungsmedizin im Lichte des Grundgesetzes. In H. Rosenau (Hrsg.) *Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinengesetz für Deutschland*. Baden-Baden: Nomos, S. 155–201.
- Schumann, E. (2014). Elternschaft nach Keimzellspende und Embryooption. *Medizinrecht*, 32, 736–749.
- Schumann, E. (2016). Fortpflanzungsmedizin (Reproduktionsmedizin). In H.-J. Rieger, F. J. Dahm, C. Katzenmeier, G. Steinhilper & Stellpflug, M. (Hrsg.) *Heidelberger Kommentar Arztrecht – Krankenhausrecht – Medizinrecht*. 66. Aktualisierung 11/2016, Rn. 36 ff.
- Sergentanis, T. N., Diamantaras, A.-A., Perlepe, C., Kanavidis, P., Skalkidou, A. & Petridou, E. T. (2014). IVF and breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 20(1), 106–123. doi:10.1093/humupd/dmt034.
- Shankaran, S. (2014). Outcomes from infancy to adulthood after assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility*, 101(5), 1217–1221. doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.03.049.
- Sheard, C., Cox, S., Oates, M., Ndukwe, G. & Glazebrook, C. (2007). Impact of a multiple, IVF birth on post-partum mental health: a composite analysis. *Human Reproduction*, 22(7), 2058–2065. doi: 10.1093/humrep/dem123.
- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferraretti, A. P., Nyboe Andersen, A., de Wert, G., ... the ESHRE Taskforce on Cross Border Reproductive Care (2010). Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361–1368. doi: 10.1093/humrep/deq057.
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J., Devroey, P., de Wert, G. & Tarlatzis, B. (2005). ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, 20(10), 2705–2707. doi: 10.1093/humrep/dei147.
- Sina, S. (1997). Recht auf Elternschaft? Überlegungen zum Nahmani-Urteil des israelischen Supreme Court v. 12.9.1996 über die Frage der Zulässigkeit der Fortsetzung einer In-vitro-Fertilisation bei entgegenstehendem Willen eines Ehepartners, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht*, 862–866.
- Single parent surrogacy (2018): The Government must heed Parliament's warning. *BioNews*, 25.3.2018, https://www.bionews.org.uk/page_135005 [Abgerufen am 21.1.2019].
- Slama, R., Hansen, O. K. H., Ducot, B., Bohet, A., Sorensen, D., Giorgis Allemand, L., ... Bouyer, J. (2012). Estimation of the frequency of involuntary infertility on a nation-wide basis. *Human Reproduction*, 27(5), 1489–1498. doi: 10.1093/humrep/deso70.
- Söderström-Anttila, V. (2001). Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human Reproduction Update*, 7(1), 28–32. doi: 10.1093/humupd/7.1.28.
- Söderström-Anttila, V., Foudila, T., Ripatti, U. R. & Sieberg, R. (2001). Embryo donation: outcome and attitudes among embryo donors and recipients. *Human Reproduction*, 16(6), 1120–1128. doi: 10.1093/humrep/16.6.1120.
- Söderström-Anttila, V., Miettinen, A., Rotkirch, A., Nuojua-Huttunen, S., Poranen, A.-K., Sälevaara, M. & Suikkari, A.-M. (2016a). Short- and long-term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity-release and known oocyte donors. *Human Reproduction*, 31(3), 597–606. doi: 10.1093/humrep/dev324.
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U.-B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B. & Bergh, C. (2016b). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260–276. doi: 10.1093/humupd/dmvo46.
- Spranger, T. M. (2001). Verfassungsrechtliche Aspekte der Präimplantationsdiagnostik. *Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis*, 266–271.
- Staessen, C., Verpoest, W., Donoso, P., Haentjens, P., Van der Elst, J., Liebaers, I. & Devroey, P. (2008). Preimplantation genetic screening does not improve delivery rate in women under the age of 36 following single-embryo transfer. *Human Reproduction*, 23(12), 2818–2825. doi: 10.1093/humrep/den367.
- Statistisches Bundesamt (2013). *Geburtstrends und Familiensituation in Deutschland*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Scheidungsstatistik*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2016a). *Alter der Mütter*. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneBioAlter.html [Abgerufen am 14.2.2019]
- Statistisches Bundesamt (2016b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2016c). *Bei jeder dritten Geburt sind Eltern nicht verheiratet*. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/12/PD16_461_126.html [Abgerufen am 5.1.2017]
- Statistisches Bundesamt (2017). *Kinderlosigkeit, Geburten und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2016*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2018). *Zusammengefasste Geburtenziffern (je Frau) nach Staatsangehörigkeit der Mutter*. Wiesbaden: Destatis.
- Stock, G., Bertram, H., Fürnkranz-Prskawetz, A., Holzgreve, W., Kohli, M. & Staudinger, U. M. (Hrsg.) (2012). *Zukunft mit Kindern: Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Stoop, D., Vercammen, L., Polyzjos, N. P., de Vos, M., Nekkebroeck, J. & Devroey, P. (2012). Effect of ovarian stimulation and oocyte retrieval on reproductive outcome in oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1328–1330. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.03.012.
- Storgaard, M., Loft, A., Bergh, C., Wennerholm, U., Söderström-Anttila, V., Romundstad, L., ... Pinborg, A. (2017). Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(4), 561–572. doi: 10.1111/1471-0528.14257.

- Sunde, A., Brison, D., Dumoulin, J., Harper, J., Lundin, K., Magli, M. C., ... Veiga, A. (2016). Time to take human embryo culture seriously. *Human Reproduction*, *31*(10), 2174–2182. doi:10.1093/humrep/dew157.
- Sutcliffe, A. G., Peters, C. J., Bowdin, S., Temple, K., Reardon, W., Wilson, L., ... Maher, E. R. (2006). Assisted reproductive therapies and imprinting disorders – a preliminary British survey. *Human Reproduction* *21*, 1009–1011. doi: 10.1093/humrep/dei405.
- Svahn, M. F., Hargreave, M., Nielsen, T. S. S., Plessen, K. J., Jensen, S. M., Kjaer, S. K. & Jensen, A. (2015). Mental disorders in childhood and young adulthood among children born to women with fertility problems. *Human Reproduction*, *30*(9), 2129–2137. doi: 10.1093/humrep/dev172.
- Tagesspiegel (2018). Weniger Adoptionen in Deutschland, aber mehr Kinder von „Leihmüttern“, 20.02.2018. <https://www.tagesspiegel.de/wirtschaft/kinderwunsch-weniger-adoptionen-in-deutschland-aber-mehr-kinder-von-leihmuettern/20974454.html> [Abgerufen am 15.1.2019].
- Taupitz, J. & Hermes, B. (2015a). Embryonenschutzgesetz: „Dreierregel“ oder „Deutscher Mittelweg“? *Der Gynäkologe*, *48*(2), 169–174. doi: 10.1007/s00129-014-3524-8.
- Taupitz, J. & Hermes, B. (2015b). Eizellspende verboten – Embryonenspende erlaubt? *Neue Juristische Wochenschrift*, 1802–1807.
- Taupitz, J. & Hermes, B. (2015c). Neuregelung der PID – an der medizinischen Praxis vorbei? *Medizinrecht*, *33*(4), 244–248. doi: 10.1007/s00350-015-3956-8.
- Taupitz, J. & Theodoridis, A. (2018). Das Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen. *Medizinrecht*, *7*, 457–466.
- Taupitz, J. (1991). *Die Standesordnungen der freien Berufe: Geschichtliche Entwicklung, Funktionen, Stellung im Rechtssystem*. Berlin, Boston: De Gruyter. doi: org/10.1515/9783110907452.
- Taupitz, J. (2001). Die Spielräume der Verfassung. *sueddeutsche.de*. <http://www.sueddeutsche.de/kultur/jochen-taupitz-die-spielraeume-der-verfassung-1.414637> [Abgerufen am 1.3.2019].
- Taupitz, J. (2014). In H.-L. Günther, J. Taupitz & P. Kaiser (Hrsg.) *Embryonenschutzgesetz: juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Taupitz, J. (2017). Aneuploidiescreening im Rahmen der PID: In Deutschland erlaubt? *Gynäkologische Endokrinologie*, *15*(2), 164–166. doi: 10.1007/s10304-017-0118-2.
- Taupitz, J. (2019). Verbot der Eizellspende – „modern“ interpretiert? *Neue Juristische Wochenschrift* *72*(6), 337–340.
- Teman, E. (2009). Embodying Surrogate Motherhood: Pregnancy as a Dyadic Body-project. *Body & Society*, *15*(3), 47–69. doi: 10.1177/1357034X09337780.
- Testa, M. R. (2012). Family Sizes in Europe: Evidence from the 2011 Eurobarometer Survey. https://www.oew.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/EDRP/edrp_2012_02.pdf [Abgerufen am 14.2.2019].
- The Practise Committee of the American Society for Reproductive Medicine & Practise Committee of the Society of Assisted Reproductive Technology (2013). Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, *99*(1), 47–62.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.09.037.
- Thomale, C. (2015). *Mietmutterchaft: eine international-privatrechtliche Kritik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Thomale, C. (2017). Das Kinderwohl ex ante – Straßburger zeitgemäße Betrachtungen zur Leihmutterchaft (EGMR, S. 631). *IPRax*, *6*, 583–589.
- Thorn, P. & Wischmann, T. (2008). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, *5*(3), 147–152.
- Thorn, P. & Wischmann, T. (2010). Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, *7*(5), 394–402.
- Thorn, P. (2015). Die Zukunft der psychosozialen Kinderwunschberatung – neue Themenbereiche, neue Zielgruppen, neue Formen. In B. Mayer-Lewis & M. Rupp (Hrsg.) *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektive*. Opladen: Barbara Budrich, S. 219–236.
- Toth, B., Jeschke, U., Rogenhofer, N., Scholz, C., Würfel, W., Thaler, C. J. & Makrigiannakis, A. (2010). Recurrent miscarriage: current concepts in diagnosis and treatment. *Journal of Reproductive Immunology*, *85*(1), 25–32. doi: 10.1016/j.jri.2009.12.006.
- Tschudin, S. & Griesinger, G. (2012). Leihmutterchaft. *Gynäkologische Endokrinologie*, *10*(2), 135–138. doi: 10.1007/s10304-012-0475-9.
- Turkgeldi, E., Yagmur, H., Seyhan, A., Urman, B. & Ata, B. (2016). Short and long-term outcomes of children conceived with assisted reproductive technology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *207*, 129–136. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.10.010.
- Turner, A. J. & Coyle, A. (2000). What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction*, *15*(9), 2041–2051. doi: 10.1093/humrep/15.9.2041.
- Twisk, M., Mastenbroek, S., van Wely, M., Heineman, M. J., van der Veen, F. & Repping, S. (2006). Preimplantation genetic screening for abnormal number of chromosomes (aneuploidies) in vitro fertilisation or intracytoplasmic sperm injection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD005291.pub2.
- Ulmer, M. (2016). In E. Eichenhofer & U. Wenner (Hrsg.) *Kommentar zum Sozialgesetzbuch V* (2. Auflage). Köln: Luchterhand Verlag.
- Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, *42*(1), 1–59.
- Van den Akker, O. B. A. (2005). A longitudinal pre-pregnancy to post-delivery comparison of genetic and gestational surrogate and intended mothers: confidence and genealogy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *26*(4), 277–284.
- Van den Akker, O. B. A. (2007a). Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reproduction*, *22*(8), 2287–2295. doi: 10.1093/humrep/dem155.

- Van den Akker, O. B. A. (2007b). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Human Reproduction Update*, 13(1), 53–62. doi.org/10.1093/humupd/dml039.
- Van der Hoorn, M. L. P., Lashley, E. E. L. O., Bianchi, D. W., Claas, F. H. J., Schonkeren, C. M. C. & Scherjon, S. A. (2010). Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 16(6), 704–712. doi: 10.1093/humupd/dmq017.
- Van der Ven, H., Montag, M. & van der Ven, K. (2002). Schwangerschaft nach Polkörperbiopsie und Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) der Chromosomen 13, 16, 18, 21 und 22. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62(6), 585–588. doi: 10.1055/s-2002-32420.
- Van Eekelen, R., Scholten, I., Tjon-Kon-Fat, R. I., van der Steeg, J. W., Steures, P., Hompes, P., ... van Geloven, N. (2017). Natural conception: repeated predictions over time. *Human Reproduction*, 32(2), 346–353. doi: 10.1093/humrep/dew309.
- Van Zyl, L. (2002). Intentional parenthood: responsibilities in surrogate motherhood. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 10(2), 165–175. doi: 10.1023/A:1016550002211.
- Veiga, A., Sandalinas, M., Benkhalifa, M., Boada, M., Carrera, M., Santaló, J., ... Ménéz, Y. (1997). Laser blastocyst biopsy for preimplantation diagnosis in the human. *Zygote*, 5(4), 351–354.
- Vermeiden, J., Bernardus, R. & Barrahus, N. (2013). Are imprinting disorders more prevalent after human in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection? *Fertility and Sterility*, 99(3), 642–651.
- Verpoest, W., Staessen, C., Bossuyt, P. M., Goossens, V., Altarescu, G., Bonduelle, M., ... Sermon, K. (2018). Preimplantation genetic testing for aneuploidy by microarray analysis of polar bodies in advanced maternal age: a randomized clinical trial. *Human Reproduction*, 33(9), 1767–1776. doi: 10.1093/humrep/dey262.
- Vogt, B. (2008). *Methoden der künstlichen Befruchtung: „Dreierregel“ versus „Single Embryo Transfer“: Konflikt zwischen Rechtslage und Fortschritt der Reproduktionsmedizin in Deutschland im Vergleich mit sieben europäischen Ländern*. Frankfurt am Main: Lang.
- Voigt, F. (Hrsg.) (2010). *Religion in bioethischen Diskursen*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Von Coelln, C. (2014). Artikel 6. In M. Sachs (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar* (7. Auflage) München: C. H. Beck, S. 356–399.
- Von Huebner, D. & Vlachopoulos, G. (2017). Griechenland. In J. Rieck (Hrsg.) *Ausländisches Familienrecht. Eine Auswahl von Länderdarstellungen*. 16. Ergänzungslieferung. München: C. H. Beck.
- Von Mangoldt, H. (1949). Grundrechte und Grundsatzzfragen des Bonner Grundgesetzes. *Archiv des öffentlichen Rechts*, 75(3), 273–290.
- Wagenaar K., Ceelen M., van Weissenbruch M. M., Knol D. L., Delemarre-van de Waal, H. A., Huisman J. (2008). School functioning in 8- to 18-year-old children born after in vitro fertilization. *European Journal of Pediatrics*, 167(11), 1289–1295. doi: 10.1007/s00431-008-0677-2.
- Wapler, F. (2010). Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften mit Kindern. In D. Funcke & P. Thorn (Hrsg.) *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern*. Bielefeld: transcript, S. 115–159.
- Wapler, F. (2014). Familie und Familienschutz im Wandel – zur Entwicklung des Familienbegriffs im öffentlichen Recht. *Rechtswissenschaft. Zeitschrift für rechtswissenschaftliche Forschung*, 57–87.
- Weiske, K., Sauer, T. & Bals-Pratsch, M. (2017). PID in Deutschland: Die Instanz der Ethikkommissionen – Betrachtungen aus ethischer Perspektive. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 14(3), 107–112.
- Wen, J., Jiang, J., Ding, C., Dai, J., Liu, Y., Xia, Y., ... Hu, Z. (2012). Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 97(6), 1331–1337.e4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.02.053.
- Wiesemann, C. (2008). Der Embryo im Kontext. Warum die Biopolitik die menschlichen Beziehungen nicht vergessen darf. In G. Bockenheimer-Lucius, P. Thorn & C. Wendehorst (Hrsg.) *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag; S. 81–88.
- Wiesemann, C. & Bernstein, S. (2017). Ethische Aspekte der Kryokonservierung von Eizellen oder Ovarialgewebe bei fertilitätsbedrohender Therapie. In T. N. Fehm, M. Fleisch & J.-S. Krüssel (Hrsg.) *Fertilitätserhalt in der Gynäkoonkologie*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 214–225.
- Wiesemann, C. (2006). *Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen: eine Ethik der Elternschaft*. München: C. H. Beck.
- Wiesing, U. (2004). Kritische Anmerkungen zu einer Krankheitsdefinition anhand objektiver Kriterien. In N. Mazouz, M. Werner & U. Wiesing (Hrsg.) *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung*. Baden-Baden: Nomos, S. 47–56.
- Wilson C. L., Fisher J. R., Hammarberg K., Amor, D. J., Halliday, J. L. (2011). Looking downstream: a review of the literature on physical and psychosocial health outcomes in adolescents and young adults who were conceived by ART. *Human Reproduction* 26(5), 1209–1219. doi: 10.1093/humrep/der041.
- Wippermann, C. (2014). *Kinderlose Frauen und Männer – Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) <https://www.bmfsfj.de/blob/94130/bc0479bf5f54e5d798720b32f9987bf2/kinderlose-frauen-und-maenner-ungewollte-oder-gewollte-kinderlosigkeit-im-lebenslauf-und-nutzung-von-unterstuetzungsangeboten-studie-data.pdf> [Abgerufen am 14.2.2019].
- Wischmann, T. (2012). Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen. Ihre Relevanz für die Finanzierung von Kinderwunschbehandlungen. In O. Rauprich & J. Vollmann (Hrsg.) *Die Kosten des Kinderwunsches. Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen*. Münster: Lit, S. 21–35.

- Wischmann, T. & Thorn, P. (2014). *Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/templates/pdf/Abschlussbericht_Erhebung_Psychosoziale_Kinderwunschberatung_2012.pdf [Abgerufen am 10.1.2019]
- Wittreck, F. (2015). Artikel 74. In H. Dreier (Hrsg.) *Grundgesetz: Kommentar. Bd. 2: Artikel 20–82* (3. Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck, S. 1843–1919.
- Wolff, H. A. (2005). Ehe und Familie in Europa. *Europarecht*, 6, 721–734.
- World Health Organization (2002). *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction. Report of a meeting on „Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction“ held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17–21 September 2001*. Geneva. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590300.pdf> [Abgerufen am 14.2.2019].
- World Health Organization (2012). *WHO-Laborhandbuch zur Untersuchung und Aufarbeitung des menschlichen Ejakulates* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Youssef, M. A. F. M., van der Veen, F., Al-Inany, H. G., Mochtar, M. H., Griesinger, G., Aboulfoutouh, I. & van Wely, M. (2014). Gonadotropin-releasing hormone agonist versus HCG for oocyte triggering in antagonist-assisted reproductive technology. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD008046.pub4
- Zadeh, S., Ilioi, E. C., Jadva, V. & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099–1106. doi: 10.1093/humrep/dey088.
- Zandstra, H., Van Montfoort, A. & Dumoulin, J. (2015). Does the type of culture medium used influence birthweight of children born after IVF? *Human Reproduction*, 30 (3), 530–542. doi: 10.1093/humrep/deu346.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*, 92(5), 1520–1524. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.09.009.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2016). *Umgang mit medizinischen Angeboten im Ausland. Ethische und rechtliche Fragen des „Medizintourismus“*. <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/medizintourismus/> [Abgerufen am 5.3.2019].
- Zielinska, A. P. & Schuh, M. (2018). Double trouble at the beginning of life. Dual-spindle assembly in early embryos can compromise mammalian development. *Science* 361, 128–129. doi: 10.1126/science.aau3216.

10 Abkürzungsverzeichnis

AG	Amtsgericht
ART	assistierende reproduktionsmedizinische Techniken
ASRM	American Society for Reproductive Medicine
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAnz	Bundesanzeiger
BayLSG	Bayerisches Landessozialgericht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BFH	Bundesfinanzhof
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKiD	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
DGRM	Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNA	Desoxyribonukleinsäure
D·I·R	Deutsches IVF-Register
EGBGB	Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ESchG	Embryonenschutzgesetz
eSET	elective Single-Embryo-Transfer
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht
FISH	Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung
FMedG	Fortpflanzungsmedizingesetz
FSH	Follikelstimulierendes Hormon
GG	Grundgesetz
GRCh	Grundrechte-Charta der Europäischen Union

HFEA	Human Fertilisation and Embryology Authority
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IVF	In-vitro-Fertilisation
lit.	litera (Buchstabe)
Ls.	Leitsatz
LSG	Landessozialgericht
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht
medstra	Zeitschrift für Medizinstrafrecht
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NZFam	Neue Zeitschrift für Familienrecht
OLG	Oberlandesgericht
PID	Präimplantationsdiagnostik
PKD	Polkörperdiagnostik
Rn.	Randnummer
RNA	Ribonukleinsäure
SaRegG	Samenspenderregistergesetz
SART	Society of Assisted Reproductive Technology
SET	Single-Embryo-Transfer
SGB	Sozialgesetzbuch
TFR	Total Fertility Rate
TPG	Transplantationsgesetz

11 Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Jochen Taupitz (Sprecher der AG)	Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim
Prof. Dr. Dr. Henning M. Beier	Institut für Molekulare und Zelluläre Anatomie, Universitätsklinikum RWTH Aachen
Dr. Martin Bujard	Forschungsdirektor des Bereichs „Familie und Fertilität“, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)
Prof. Dr. Klaus Diedrich	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
Prof. Dr. Horst Dreier	Lehrstuhl für Rechtsphilosophie, Staats- und Verwaltungsrecht, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Prof. Dr. Helmut Frister	Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Prof. Dr. Otfried Höffe	Philosophisches Seminar, Eberhard Karls Universität Tübingen
Prof. Dr. Heribert Kantenich	Fertility Center Berlin
Prof. Dr. Hartmut Kreß	Evangelisch-Theologische Fakultät, Abteilung Sozialethik, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel	Universitäres interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD)
Prof. Dr. Eva Schumann	Institut für Grundlagen des Rechts sowie Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen
Prof. Dr. Thomas Strowitzki	Abt. Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Christian J. Thaler	Hormon- und Kinderwunschzentrum, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität-München
Dr. Petra Thorn	Praxis für Paar- und Familientherapie/Psychosoziale Kinderwunsch- beratung, Mörfelden
Prof. Dr. Claudia Wiesemann	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Wissenschaftliche Referentinnen und Referenten:

Dr. Henning Steinicke	Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
Dr. Stefanie Westermann	Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina

12 Aktuelle und ehemalige Mitglieder der Arbeitsgruppe

Aktuelle Mitglieder der AG:

Prof. Dr. Dr. Henning M. Beier	Institut für Molekulare und Zelluläre Anatomie, Universitätsklinikum RWTH Aachen
Dr. Martin Bujard	Forschungsdirektor des Bereichs „Familie und Fertilität“, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)
Prof. Dr. Klaus Diedrich	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
Prof. Dr. Horst Dreier	Lehrstuhl für Rechtsphilosophie, Staats- und Verwaltungsrecht, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Prof. Dr. Helmut Frister	Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Prof. Dr. Konrad Hilpert	Katholisch-Theologische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München
Prof. Dr. Otfried Höffe	Philosophisches Seminar, Eberhard Karls Universität Tübingen
Prof. Dr. Walter Jonat	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
Prof. Dr. Heribert Kantenich	Fertility Center Berlin
Prof. Dr. Hartmut Kreß	Evangelisch-Theologische Fakultät, Abteilung Sozialethik, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. Jan-Steffen Krüssel	Universitäres interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD)
Prof. Dr. Annika K. Ludwig	Praxis für Frauengesundheit und Pränatalmedizin, Hamburg
Prof. Dr. Eva Schumann	Institut für Grundlagen des Rechts sowie Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen
Prof. Dr. Thomas Strowitzki	Abt. Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Klaus Tanner	Systematische Theologie und Ethik, Ruprechts-Karls-Universität Heidelberg
Prof. Dr. Jochen Taupitz (Sprecher der AG)	Institut für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim
Prof. Dr. Christian J. Thaler	Hormon- und Kinderwunschzentrum, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität-München
Dr. Petra Thorn	Praxis für Paar- und Familientherapie/Psychosoziale Kinderwunsch- beratung, Mörfelden
Prof. Dr. Claudia Wiesemann	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen
Prof. Dr. Rüdiger Wolfrum	Max-Planck-Institut für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht, Heidelberg

Ehemalige Mitglieder der AG:

Prof. Dr. Claus Bartram	Institut für Humangenetik, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg (AG-Mitglied bis Dezember 2016)
Prof. Dr. Ute Gerhard	Institut für Soziologie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main (AG-Mitglied bis Dezember 2016)
Prof. Dr. Marion Kiechle	Direktorin der Frauenklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München (AG-Mitglied bis März 2018)
PD Dr. Susanne Lettow	Institut für Philosophie, FU Berlin (AG-Mitglied bis Dezember 2016)
Prof. Dr. Peter Propping †	Institut für Humangenetik, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (AG-Mitglied bis April 2016)
Prof. Dr. Florian Steger	Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm (AG-Mitglied bis Dezember 2016)
Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard Karls Universität Tübingen (AG-Mitglied bis August 2016)
Prof. Dr. Hans-Peter Zenner	Universitätsklinikum Tübingen (AG-Mitglied und Sprecher bis Februar 2018)
Prof. Dr. Christiane Woopen	Forschungsstelle Ethik, Universitätsklinikum Köln (AG-Mitglied bis August 2018)

13 Gutachterinnen und Gutachter

Prof. em. Dr. Dagmar Coester-Waltjen	Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales Privat- und Prozessrecht, Georg-August-Universität Göttingen
Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert	Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. Bettina Toth	Universitäts-Klinik für Gynäkologische Endokrinologie & Reproduktionsmedizin Innsbruck (Österreich)
apl. Prof. Dr. Tewes Wischmann	Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Die Akademien danken allen Autorinnen und Autoren sowie Gutachterinnen und Gutachtern sehr herzlich für Ihre Beiträge.

Ausgewählte Publikationen der Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung

2019

Biomasse im Spannungsfeld zwischen Energie- und Klimapolitik
ISBN: 978-3-8047-3917-8

2018

Privatheit in Zeiten der Digitalisierung
ISBN: 978-3-8047-3642-9

Artenrückgang in der Agrarlandschaft
ISBN: 978-3-8047-3932-1

Künstliche Photosynthese
ISBN: 978-3-8047-3644-3

2017

Verbraucherpolitik für die Energiewende
ISBN: 978-3-8047-3666-5

Rohstoffe für die Energiewende: Wege zu einer sicheren und nachhaltigen Versorgung
ISBN: 978-3-8047-3664-1

Das Energiesystem resilient gestalten: Maßnahmen für eine gesicherte Versorgung
ISBN: 978-3-8047-3668-9

Social Media und digitale Wissenschaftskommunikation: Analyse und Empfehlungen zum Umgang mit Chancen und Risiken in der Demokratie
ISBN: 978-3-8047-3631-3

Promotion im Umbruch
ISBN: 978-3-8047-3633-7

2016

Additive Fertigung
ISBN: 978-3-8047-3676-4

Wissenschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung bevölkerungsweiter Längsschnittstudien
ISBN: 978-3-8047-3552-1

2015

Mit Energieszenarien gut beraten
ISBN: 978-3-8047-3507-1

Flexibilitätskonzepte für die Stromversorgung 2050
ISBN: 978-3-8047-3503-3

Chancen und Grenzen des *genome editing*
ISBN: 978-3-8047-3493-7

Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?
ISBN: 978-3-8047-3427-2

Alle Publikationen der Schriftenreihe sind auf den Internetseiten der Akademien als
kostenfreies PDF-Dokument verfügbar.

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.
Nationale Akademie der Wissenschaften

Union der deutschen Akademien der Wissenschaften e. V.

Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 472 39-867
Fax: (0345) 472 39-839
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org

Berliner Büro:
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin

Geschwister-Scholl-Straße 2
55131 Mainz
Tel.: (06131) 218528-10
Fax: (06131) 218528-11
E-Mail: info@akademienunion.de

Berliner Büro:
Jägerstraße 22/23
10117 Berlin

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Union der deutschen Akademien der Wissenschaften unterstützen Politik und Gesellschaft unabhängig und wissenschaftsbasiert bei der Beantwortung von Zukunftsfragen zu aktuellen Themen. Die Akademiemitglieder und weitere Experten sind hervorragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem In- und Ausland. In interdisziplinären Arbeitsgruppen erarbeiten sie Stellungnahmen, die nach externer Begutachtung vom Ständigen Ausschuss der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina verabschiedet und anschließend in der *Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung* veröffentlicht werden.

Schriftenreihe zur wissenschaftsbasierten Politikberatung

ISBN: 978-3-8047-3423-4