

Personal pdf file for

S. Schleissing, J. Kersten, C. J. Thaler, V. von Schönfeldt

With compliments of Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Ethical Issues Currently Being Discussed in Relation to Reproductive Medicine and the Laws Governing Reproductive Medicine

DOI 10.1055/s-0034-1368393

Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 436–440

For personal use only.
No commercial use, no depositing in repositories.

Publisher and Copyright:

© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0016-5751

Reprint with the
permission by
the publisher only



Ethical Issues Currently Being Discussed in Relation to Reproductive Medicine and the Laws Governing Reproductive Medicine

Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin und des Fortpflanzungsmedizinrechts in der aktuellen Diskussion

Authors

S. Schleissing¹, J. Kersten², C. J. Thaler³, V. von Schönfeldt³

Affiliations

¹ Institut Technik-Theologie-Naturwissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München, München

² Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Juristischen Fakultät der LMU München, München

³ Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Großhadern, Hormon- & Kinderwunschzentrum Großhadern, München

Key words

- reproductive medical law
- reproductive medicine
- parenthood ethic
- sperm and egg donation
- embryo donation

Schlüsselwörter

- Fortpflanzungsmedizinrecht
- Reproduktionsmedizin
- Ethos der Elternschaft
- Gametenspende
- Embryonenspende



Deutschsprachige
Zusatzinformationen
online abrufbar unter:
[www.thieme-connect.de/
ejournals/toc/gebfra](http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gebfra)

received 9. 10. 2013
revised 4. 2. 2014
accepted 6. 2. 2014

Bibliography

DOI [http://dx.doi.org/
10.1055/s-0034-1368393](http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368393)
Geburtsh Frauenheilk 2014; 74:
436–440 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0016-5751

Correspondence

**Dr. Viktoria von Schönfeldt,
PhD**

Hormon- & Kinderwunsch-
zentrum Großhadern
Klinik und Poliklinik für Frauen-
heilkunde und Geburtshilfe
Klinikum der Ludwig-Maxi-
milians-Universität München
Campus Großhadern
Marchioninstraße 15
81377 München
viktoria.schoenfeldt@
med.uni-muenchen.de

Abstract

Reproductive medicine laws in Germany currently mean that the relationship status of prospective parents is taken into consideration in decisions on whether their application for assisted reproduction is approved or rejected. In the light of new forms of shared parenthood, we should ask ourselves whether the current regulations are still an appropriate way of guaranteeing the best for the child. Current medical practices and their legal basis will be illustrated using the examples of sperm, egg and embryo donation. From an ethical perspective, the question at stake is to what extent an “Ethics of Parenthood” can make it possible to act responsibly with regard to the changes occurring in forms of shared parenthood. Such an ethics is aimed at supporting parents in realising the reproductive autonomy guaranteed in the German Constitution through social and ethical aspects of the child–parent relationship.

Introduction: Liberal Reproductive Medicine Legislation Which Fails to Assess Social and Ethical Consequences?

Time and again, the dynamics of the scientific and technical advances in medicine (see also **Table 1**) and changing societal attitudes to wanting children and relationships between partners give grounds to demand a modern, “up-to-date reproductive medicine law” in Germany [1]. On the other hand, there is doubt that such a law is necessary at all, with reference being made to the most recent amendment made to the German Embryo Protection Act (EPA), which introduced pre-implantation genetic diagnosis (PGD) [2]. In contrast to this, however, a group of six legal experts from Augsburg and Munich have put a draft reproductive medicine law up for discussion which suggests moving away from the “strategy

Zusammenfassung

Im Fortpflanzungsmedizinrecht in Deutschland entscheiden auch Bestimmungen des familiären Personenstands über die Zulassung oder Ablehnung von Wunscheltern zu einer assistierten Reproduktion. Angesichts neuer Formen geteilter Elternschaft stellt sich die Frage, ob die bestehenden Regelungen zur Gewährleistung des Kindeswohls noch zeitgemäß sind. Am Beispiel der Gameten- und Embryonenspende werden die aktuelle medizinische Praxis und ihr rechtlicher Hintergrund dargelegt. In ethischer Perspektive geht es um die Frage, inwieweit ein „Ethos der Elternschaft“ einen verantwortlichen Umgang mit den familiären Veränderungen geteilter Elternschaft ermöglicht. Eine solche Ethik will Eltern dabei unterstützen, dass die vom Grundgesetz gewährleistete reproduktive Autonomie durch sozial-ethische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung konkretisiert werden kann.

of outdated law” employed up until now [3]. The draft contains new regulations for artificial insemination, pre-implantation genetic diagnosis (PGD), sperm and egg donation, embryo transfer, surrogacy, and how to deal with “excess” embryos and clones. The authors of the so-called “Augsburg-Munich Draft of a Reproductive Medicine Act” justify the need for reform in that “the actual developments in technology have created many legal loopholes in embryo protection: The more outdated the EPA [Embryo Protection Act] becomes in terms of biotechnology, the more it loses its normative regulatory effect. This means that regulatory sovereignty moves from parliamentary legislators to professional medical bodies” [3]. Based on the “initial presumption that every person is completely free”, the draft law proposes an overall liberal regulation of reproductive medicine in Germany. Its declared intention is, firstly,

Table 1 Methods of assisted reproduction.

| | | |
|-----|---|---|
| 1. | Insemination | Insertion of prepared sperm into the uterus of the patient who would like to become pregnant |
| 2.1 | In vitro fertilisation (IVF) | Fertilisation of an egg cell with a sperm cell outside the female body in a cell culture dish ("in vitro") |
| 2.2 | Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) | IVF procedure during which a sperm cell is directly injected into an egg cell in order to fertilise it (especially for patients with extremely low sperm counts) |
| 3. | Embryo transfer | Transfer of an in vitro fertilised embryo into the uterus of the patient who would like to become pregnant (for example following cryopreservation) |
| 4. | Polar body diagnosis (PBD) | Investigation of the first (and, if possible, of the second) polar body following extracorporeal fertilisation, in order to determine any changes in the (haploid) female chromosome set before the embryo is formed. |
| 5. | Pre-implantation genetic diagnosis (PIGD) | Investigation of the embryonal or trophoctodermal cells of an in vitro conceived embryo in order to detect chromosomal changes or hereditary diseases |

to "take into account the relevant interests in the fundamental rights argument [...] – and not to exclude these prematurely, for example due to ethical, religious or other preferences" [3]. And indeed, neither the civil status of the parents nor societal attitudes towards the family and wanting children play any role in the draft law.

By making the assumption of freedom in the German Constitution and reproductive self-determination the starting point of their regulation proposal, the authors orient themselves towards an understanding of individual freedom which is drawn up "negatively" like the fundamental rights of the German Constitution as rights of defence of the individual against the state. Derived from these, they also assess elementary duties to protect in as far as they are relevant for the child's wellbeing. Nonetheless, issues of "positive" freedom, which apply themselves to the factors that enable individual freedom, are completely ignored. This makes sense if one wishes to avoid legislators being implicated in a dispute about the normativity of forms of family life. The "biopolitical compromise" which is aimed towards, is intended precisely to avoid excessive "standardisation of the biological" [3]. Of course, the question then arises as to how reproductive autonomy should be lived out nowadays in the light of pluralised forms of relationships, the complex issues of who should provide for families, and the fact that prospective parents can seek different reproductive medicine offers across borders.

Since it was made aware of a lack of regulation in many problem areas of the German Embryo Protection Act of 1990, the German Medical Association (GMA) has been regulating assisted reproduction for years. In the amendment to the Association's (Draft) Directive from the year 2006, it is stated that they take into account "the debate in the public domain about the opportunities, legitimacy and ethical boundaries of reproductive medicine, the evolution of social values on family, marriage and relationships, and the criteria of medical ethics". [4]. The GMA therefore wishes to adapt the "outdated" but nonetheless valid legal regulations of the EPA to today's reality, first and foremost with the help of an ethical (and legal) reflection on the role of the doctor in assisted reproduction. By taking on regulations from the German Civil Code on the civil status of mother, father and child and by interpreting them in the context of the availment of assisted reproduction, the GMA takes a clear stance on the issue of social and value-based forms of life as factors enabling basic freedoms in the practice of assisted reproductive medicine. Of course, soon after publishing the amendment to its (Draft) Directive, the GMA had to respond to the question of whether it, by limiting heterogeneous insemination to heterosexual couples, still takes into account the reality of relationships as they are lived out nowadays [5]. The following discussion of the social and ethical implications of reproductive medicine addresses the question of

whether the fact that offers of sperm, egg and embryo donation are dependent on issues of civil status is still in keeping with today's reality. Even if one, like the Augsburg-Munich Draft of a Reproductive Medicine Act, argues in favour of a broad relinquishment of criminal sanctions in a future reproductive medicine law, it still remains to be determined whether this must necessarily involve the unlimited ethical approval of all permitted measures.*

Shared Parenthood Via Sperm, Egg and Embryo Donation

▼ Sperm donation Medical and legal aspects

In Germany, treating unwanted childlessness with sperm donation is permitted. To do this, prepared sperm cells from a man who is neither the husband nor the partner of the patient are used to induce pregnancy. The most common procedure is heterologous insemination (HI), during which the prepared donor sperm is injected directly into the womb of the patient who wishes to become pregnant. Donor sperm can also be used for more invasive methods of assisted reproduction (IVF and IVF/ICSI) and tends to be used for couples with extremely limited fertility or when the male partner is sterile. A less common reason for using the method is a genetic predisposition of the male partner which should not be passed on to the offspring.

Donor sperm for HI are usually procured from sperm banks which make their donors fulfil various requirements. In general, donors should be between 18 and 40 years old, in good health both physically and mentally and should have no hereditary diseases. The sperm bank documents the donor's personal details (name, date of birth, address, civil status, educational level, employment and other details) and keeps them for 30 years (§ 15 para. 2 German Transplant Act [TA]). Once they have reached the age of 18, all children have the right to find out about their genetic origins (§ 1598a of the German Civil Code; § 1600d of the German Civil Code; Article 7 of the UN Convention on Children's Rights [6]). This guarantees the right to know one's own genetic origins which the German Federal Constitutional Court derives

* The following reflections are based on discussions of the working group "Law and Ethics of Reproductive Medicine in Germany" at the Institute for Technology, Theology and Science (TTN). The authors would like to thank the participants Reiner Anselm, Julia Inthorn, Birgit Mayer-Lewis, Yasmin Mehraein and Michael Zichy. The results will be published as Volume 2 of the publication series "TTN Studien" [Studies in Technology, Theology and Science] by Nomos Publishers in March 2014.

from the right to protection of one's privacy [7]. Depending on the age of the patient, the chances of success are between 10 and 15% for each round of HI treatment. The cost of HI is not paid by German health insurance companies and must be paid by the couples themselves.

Heterosexual couples who have given consent for HI treatment to go ahead are subsequently not allowed to dispute paternity (§ 1600d of the German Civil Code). Only the children conceived by HI have the option of doing this. In the case of lesbian or single women, there is the problem that there is no second parent to whom legal paternity is transferred. In this case, both the prospective parents and the sperm donor run the risk of the donor being given paternity of the child. In the case of lesbian couples, the social mother can apply to adopt the baby as a stepchild following the birth in order to protect the donor from any legal implications. In Germany, this problematic has resulted in the GMA [4] and the Working Group for Heterogeneous Insemination [8] reserving treatment for heterosexual couples only, as the legal protection of the sperm donor is problematic in the constellations mentioned, and it cannot be clearly ruled out that even the doctor may be implicated in place of a legal father whose identity can no longer be determined.

Ethical issues

The child's right to know his/her own origins and the fact that sperm donations are reserved exclusively for "stable relationships" – for reasons of maintenance and inheritance law – make it clear that in the German legal system, parenthood is still understood as a biosocial form of living involving a mother and a father. This results in different binding effects of social parenthood on the one hand and biological/genetic parenthood on the other. While the former can in principle be ended, the latter lasts a lifetime. By excluding women who are in a same-sex relationship or no relationship at all from receiving heterogeneous insemination [4], the GMA is linking this medical practice to elementary parental duties which exist for the protection of the child's wellbeing for reasons of laws governing the protection of the private sphere and maintenance. However, the idea that only heterosexual couples should be given this right, for reasons of the successful psychosocial development of the child, seems questionable. For example, a representative study on the situation of children living with same-sex couples comes to the conclusion "that children and young people living in LGBT families develop just as well as children living in other types of family" [9]. In this context, the criticism that the current civil status regulations of the GMA no longer represent the life situations of same-sex partners/single parents, constitutes a significant objection. The question arises as to whether, in the light of this changing reality, the GMA should still encourage doctors to ensure that a stable relationship is forthcoming for reasons of the child's wellbeing. It is, of course, the right of the doctor to refuse assisted reproduction for conscientious reasons, for example due to fears for the child's wellbeing [4]. However, we should ask ourselves whether refusing reproductive assistance on the basis of the sexual orientation of the couple constitutes discrimination and disproportionately restricts reproductive autonomy [10]. Violations of the articles referring to equality (Art. 3 of the German Constitution), to the free development of personality (Art. 2 para. 1 and Art. 1 para. 1 of the German Constitution), and to the right to start a family (Art. 6 para. 1 of the German Constitution) are relevant in this regard. However, if one focuses exclusively on the wellbeing of the child, it is conceivable to insist in particular that the *couple* to be

parents are in a "stable" relationship – completely independently of the partners' sexual orientation. The consequence of this view would be that custody rights and maintenance duties in the case of assisted reproduction would be regulated in the same way as with adoption law. This would take into account the fact that, in the case of the biological father not being around, the parental bond to the child must be shaped in a lasting, reliable way.

If one focuses on the child's right to two parents, the issue of how to act in the case of heterologous insemination of single women remains unresolved. From the point of view of the child, who has the right to social support from both parents, it would be conceivable to allow other persons from the mother's support network (e.g. boyfriend or a relative) to take on the role of the absent social father, at least legally [10]. This would simultaneously decrease the potential risk of sperm donors being made responsible for providing for the child as social father in the event that the child filed a lawsuit. Especially if one had good reason to want to ensure the child's constitutional right to find out his/her biological origins, the biological father could be reasonably expected to go through with the potential encounter, as he would have to fear no legal responsibilities towards a child whose social father he never wished to become.

Egg donation Medical and legal aspects

In the case of egg donation, an embryo, which was created outside the body by fertilising a donated egg with a sperm from the partner, is transferred into the female patient in order to impregnate her. This is the only option available to women who would like to bear a child themselves, but whose ovarian reserves have been exhausted before this has been possible. Causes of the exhaustion of ovarian reserves can be age, a genetic predisposition, or previous gamete-damaging therapies – for example in the case of oncological diseases. Female patients who do not wish to use their own egg cells as they are afraid of passing on a genetic disease to their children, can also use donor eggs. However, egg donation is forbidden in Germany (§ 1 para. 1 No. 1 and 2 and para. 2 EPA) [16]. Nonetheless, independently of the issue of the legalisation of egg donation, the question of motherhood is clarified by § 1591 of the German Civil Code: The mother of a child is the woman who has borne said child.

From a medical point of view, egg donation is not risk-free for the donor, as she must undergo controlled ovarian hyperstimulation treatment followed by follicular puncture. The ripe egg cells are usually cryopreserved so that it is not necessary to synchronise the patient's menstrual cycle with that of the donor. In most countries, egg donors receive financial compensation for their trouble (commercial donation); however altruistic donations are also possible from relatives or close friends. In some European countries, so-called "egg sharing" has become popular, as part of which women undergoing IVF/ICSI treatment donate some of their eggs in order to be partially or fully exempted from their own treatment costs in return. The health requirements demanded of the egg donor are similar to those involved in sperm donation, however the egg donor should not be older than 30 due to the increased risk of aneuploidy with age. As commercial donors in particular tend to be very young, chances of pregnancy are high – at up to 50% at each round of treatment. Due to the huge trouble that the egg donor has to go to, egg donation is associated with high financial costs for the prospective parents which cannot be reimbursed by German health insurance companies.

Ethical issues

The German Embryo Protection Act does not permit egg donation because, on the one hand, it leads to a splitting of genetic motherhood, and on the other hand because it leads to a splitting of biological and social motherhood. It has not been scientifically proven that egg donation puts the child's wellbeing at a higher risk than is the case with sperm donation. If one assumes that the quality of the relationship between parent and child is especially crucial for the positive identity development of the child, and that the child must of course be able to find out about his/her origins within this relationship, it is not very plausible that there should be a categorical difference to sperm donation in this regard. However, due to the more invasive nature of ovarian hyperstimulation and follicular puncture, the health risks for the egg donor must be weighed up appropriately. For this reason, the commercialisation of this treatment should not be permitted under any circumstances. This can be best achieved through "egg sharing" – the unpaid donation of excess egg cells – as it minimises commercial incentives.

Things are different, however, if a woman's own egg cells have been frozen for reasons relating to her life, in order to be thawed out at a "suitable" time for starting a family. This "social freezing" as a fertility reserve available for use at any time can lead to the optimisation of the plannability of a pregnancy made possible by reproductive medicine in such a way that it can be made to fit in with any life plans [11]. In addition to this, the success rate is lower once the age threshold of approx. 35 years is passed. After this age, there are higher health risks for the prospective mother and child. In general, the problem arises as to whether, by medicalising pregnancy, this process creates stronger incentives for wanting to solve problems of juggling career and family in a way which would be better addressed by social policy. A distinction must be made between this and the possibility of cryopreserving egg cells when younger women become seriously ill and fear that they may become infertile – for example due to cancer therapy. Even though the prospective parents are faced with significant psychological difficulties in this dramatic life situation, the vitrification of a patient's egg cells allows her to make decisions about her future later on [11].

Embryo donation Medical and legal aspects

Embryo donation involves a donated embryo being transferred into the uterus of the patient who wishes to become pregnant. This allows couples in which neither partner has any fertilisable gametes to be treated. Embryo donation can also be used to facilitate a pregnancy if one partner or both have a genetic condition which they do not want to pass on to their offspring, or following multiple miscarriages, or for lesbian couples and single women who wish to have a child but who either do not wish to or cannot use HI.

Conceiving embryos for the purposes of embryo donation is in principle not allowed by the German Embryo Protection Act (§ 1 para. 1 No. 2 EPA). The justification the law gives for this ban on embryo donation focuses on the wellbeing of the prospective child, whose ability to develop an identity is, in the eyes of the legislators, endangered by the split motherhood caused by embryo donation [12]. There is, however, no outright ban of embryo donation in the EPA: The pre-emptive punishment mentioned in § 1 para. 1 No. 2 of the EPA is intended to "make an outright ban of so-called embryo donation unnecessary. Such a ban in criminal law would not be without its associated concerns, at least in

those cases in which embryo donation offers the only way of preventing an embryo from dying" [12]. In this way, a loophole was consciously included in the EPA in order to avoid the throwing away of "excess" embryos. It would, however, also be conceivable to give them up for donation as long as they were not created due to a planned decision for this purpose before fertilisation took place. A heated debate is currently going on as to whether impregnated, pre-nucleotide oocytes are egg cells as defined by the EPA, which is especially linked to the question of to what extent the EPA contains a unified definition of fertilisation.

The embryos available for embryo donation originate from conventional IVF/ICSI treatments. For many couples, the number of impregnated egg cells in the pronuclear stage during IVF treatment is higher than the number required for the imminent embryo transfer. In this case, most couples decide to have cells in the pronuclear stage cryopreserved in order to keep them for another embryo transfer. If, once the family planning has been completed, additional cells in the pronuclear stage are still available, they can either be destroyed or given up for donation. The same applies to embryos which have been put into storage – in much smaller numbers – because it became impossible to transfer them into the woman for sudden medical or psychological reasons. The chance of success following the transfer of donated embryos is, to a great extent, dependent on the age of the donor and, according to data collected outside of Germany, is between 25 and 40% at each round of treatment.

The costs incurred by embryo donation are much lower than those incurred by egg donation, as the embryos already exist and just have to be approved for donation. The only costs incurred, therefore, are for storage following approval, preparation for the embryo transfer and the embryo transfer itself. Embryo donation *per se* is non-commercial; neither the donor nor the fertility centre responsible for storage receives *any* money for the approval or the placement of the embryos.

As is the case with egg donation, the women who carry the children to term enjoy legal certainty in terms of motherhood, while the legal safeguarding of the genetic father – similarly to with HI – remains problematic in the case of lesbian couples or single women.

Ethical issues

In principle, the creation of huge numbers of unneeded embryos should be avoided if at all possible. However, even if this principle is recognised, the issue of what to do with the excess embryos created in the context of reproductive medicine procedures still needs to be addressed. If embryo donation is conceived as an alternative to throwing the embryos away, this simultaneously broadens the therapy options available to women and men who are unable to have children. The most important point here is that embryo donation must always be completely voluntary and not for one's own profit. Neither the argument that the embryo must be "rescued", nor that of the desire of another couple to have children, nor the interests of reproductive medicine may be allowed to lead to a moral or legal duty to make a donation. For this reason, couples should only consider donating embryos or impregnated egg cells once it is absolutely certain that they will not be needed for further treatments for the donor couple themselves. In terms of the rights of the prospective child and the taking into account of its wellbeing, the requirements are similar to those involved in sperm/egg donation, while it should be emphasised that the prospective child is not genetically related to either of its parents, but possibly to siblings. In this case,

the guarantee that the child can find out about his/her origins must involve the right to contact one's own siblings – but: also other relatives?

On the Ethics of Responsible Parenthood

Reproductive medical practice in terms of sperm/egg and embryo donation results in diverse forms of shared parenthood, which involve new challenges for the current laws regulating assisted reproduction as included in the amended (Draft) Directive of the German Medical Association. Not only innovations in medical technology, but also changing social attitudes to wanting to have children and the make-up of families have resulted in the fact that the perception of what constitutes responsible ethics of parenthood is currently undergoing a transformation. If one focuses on the wellbeing of the prospective child when considering all these questions, as the German Medical Association rightly does, then we should nonetheless discuss whether this task of relationship ethics should rather be more the responsibility of the parents who are living together with their child [13]. The presumption that permanence and stability, which are central to our understanding of marriage and parenthood, will play a lesser role in same-sex relationships is disproved not least by the interest of more or less all same-sex couples in striving towards marriage-like forms of having their relationships recognised as binding by the law. But even if one – as demanded here – gives the ethics of responsible parenthood central importance in the perception of parental duties, this should not encourage people to underestimate the profound effects that traditional ideas of family can have on how people can construct an individual opinion of what kind of parents a couple would make. This is, of course, to a certain extent in conflict with the fundamental liberal character of the Augsburg-Munich Draft of a Reproductive Medicine Act, for which the perspective someone has of the parents does not represent an argument of constitutional law which justifies limiting the right to procreation. In this context, it is worth noting the judgment passed by the Grand Chamber of the European Court of Human Rights (ECHR) on the 03.11.2011 egg donation ban in Austria. The judgment did *not* confirm the condemnation of Austria by the judgment of a subordinate chamber, however it nonetheless criticised the lack of openness to change in terms of societal consensus in the field of reproductive medicine [14]. This is why, as pointed out by Hartmut Kreß, the “ordre public”, the opinions of state and society about good morals and public order [...] [are] not unchanging constants. Socio-cultural assessments change” [15]. This does not, however, mean that one should simply privatise the orientational function of traditional expectations of family and parenthood by no longer focussing on anything other than rights to “negative” freedom. In this way, the effort made by the GMA to interpret a consensus on ethical questions of the stability of relationships which orients itself towards the traditional idea of a family should not be underestimated, even if this consensus is changing – albeit slowly.

Conclusion

A liberal reproductive medicine law in particular requires issues of civil status to be thought about ethically in terms of their relevance for medical practice, as does the demand to keep oneself “up-to-date” in this regard.

Conflict of Interest

None.

References

- Rosenau H, Hrsg. Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. In: Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht 11. Baden-Baden: Nomos; 2012
- Bals-Pratsch M, Dittrich R, Frommel M. Wandel in der Implementation des Deutschen Embryonenschutzgesetzes. J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7: 87–95
- Gassner U, Kersten J, Krüger M et al. Fortpflanzungsmedizingesetz, Augsburg-Münchener-Entwurf. Tübingen: Mohr Siebeck; 2013: 19–21, 30
- Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A1392–A1403
- Thorn P, Wischmann T. Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer 2006. Ethik Med 2008; 5: 39–44
- UN-Kinderrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989, für Deutschland in Kraft getreten am 05.04.1992 (Bekanntmachung vom 10.07.1992 – BGBl. II S.990)
- Bundesverfassungsgericht BVerfGE 79, 256 (268 f.); 117, 202 (225)
- Hammel A, Bispink G, Katzorke T et al. Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung von Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006. J Reproduktionsmed Endokrinol 2006; 3: 166–174
- Rupp M, Hrsg. Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. In: Bundesministerium der Justiz, Hrsg. Rechtstatsachenforschung. Köln: Bundesanzeiger-Verlag; 2009: 308
- Fischer T. Ethische Aspekte der donogenen Insemination. Kassel: university press; 2012: 86–98
- Kreß H. Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenvitrikation: Neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin aus ethischer Sicht. J Reproduktionsmed Endokrinol 2013; 10: 163–167
- Bundesregierung 1989, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG), 25.10.1989. Deutscher Bundestag-Drucksache 11/5460, 8
- Wiesemann C. Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. München: C.H. Beck; 2006
- European Court of Human Rights. Pressemitteilung des Kanzlers, ECHR 221 2011, 3.11.2011, 4. Online: https://europa-kolleg-hamburg.de/fileadmin/user_upload/documents/aktuelle_meldungen/Grand_Chamber_judgment_S.H._and_others_v._Austria_-_German_version_03.11.11.pdf; last access: 19.04.2014
- Kreß H. Ethik Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungsethik und Grundrechten. In: Diedrich K et al., Hrsg. Reproduktionsmedizin. Heidelberg: Springer; 2013: 651–670, 666
- Kentenich H, Griesinger G. Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte. J Reproduktionsmed Endokrinol 2013; 10: 273–278

Ethische Fragen der Reproduktionsmedizin und des Fortpflanzungsmedizinrechts in der aktuellen Diskussion

Ethical Issues Currently Being Discussed in Relation to Reproductive Medicine and the Laws Governing Reproductive Medicine

Autoren

S. Schleissing¹, J. Kersten², C. J. Thaler³, V. von Schönfeldt³

Institute

¹ Institut Technik-Theologie-Naturwissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München, München

² Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Juristischen Fakultät der LMU München, München

³ Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Großhadern, Hormon- & Kinderwunschzentrum Großhadern, München

Schlüsselwörter

- Fortpflanzungsmedizinrecht
- Reproduktionsmedizin
- Ethos der Elternschaft
- Gametenspende
- Embryonenspende

Key words

- reproductive medical law
- reproductive medicine
- parenthood ethic
- sperm and egg donation
- embryo donation

eingereicht 9.10.2013

revidiert 4.2.2014

akzeptiert 6.2.2014

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1368393>
 Geburtsh Frauenheilk 2014; 74: 1–6 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Dr. Viktoria von Schönfeldt, PhD
 Hormon- & Kinderwunschzentrum Großhadern
 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München
 Campus Großhadern
 Marchioninistraße 15
 81377 München
 viktoriaschoenfeldt@med.uni-muenchen.de

Zusammenfassung

Im Fortpflanzungsmedizinrecht in Deutschland entscheiden auch Bestimmungen des familiären Personenstands über die Zulassung oder Ablehnung von Wunscheltern zu einer assistierten Reproduktion. Angesichts neuer Formen geteilter Elternschaft stellt sich die Frage, ob die bestehenden Regelungen zur Gewährleistung des Kindeswohls noch zeitgemäß sind. Am Beispiel der Gameten- und Embryonenspende werden die aktuelle medizinische Praxis und ihr rechtlicher Hintergrund dargelegt. In ethischer Perspektive geht es um die Frage, inwieweit ein „Ethos der Elternschaft“ einen verantwortlichen Umgang mit den familiären Veränderungen geteilter Elternschaft ermöglicht. Eine solche Ethik will Eltern dabei unterstützen, dass die vom Grundgesetz gewährleistete reproduktive Autonomie durch sozial-ethische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung konkretisiert werden kann.

Einleitung: ein liberales Fortpflanzungsmedizinrecht ohne sozialethische Folgenabschätzung?

Die Dynamik der vom naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt geprägten Medizin (vgl. auch **Tab. 1**), aber auch die veränderten gesellschaftlichen Einstellungen zu Kinderwunsch und Partnerbeziehung geben immer wieder Anlass, ein modernes, „zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinrecht“ zu fordern [1]. Andererseits wird bezweifelt, ob ein solches Gesetz überhaupt notwendig ist, und insofern beispielhaft auf die jüngste Änderung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) verwiesen, mit der die Präimplantationsdiagnostik (PID) eingeführt wurde [2]. Im Gegensatz dazu hat jedoch eine Gruppe von 6 Augsburger und Münchner Juristen den Entwurf eines Fortpflanzungsmedizingesetzes zur Diskussion

Abstract

Reproductive medicine laws in Germany currently mean that the relationship status of prospective parents is taken into consideration in decisions on whether their application for assisted reproduction is approved or rejected. In the light of new forms of shared parenthood, we should ask ourselves whether the current regulations are still an appropriate way of guaranteeing the best for the child. Current medical practices and their legal basis will be illustrated using the examples of sperm, egg and embryo donation. From an ethical perspective, the question at stake is to what extent an „Ethics of Parenthood“ can make it possible to act responsibly with regard to the changes occurring in forms of shared parenthood. Such an ethics is aimed at supporting parents in realising the reproductive autonomy guaranteed in the German Constitution through social and ethical aspects of the child–parent relationship.

gestellt, der eine Abkehr von der bisherigen „Strategie veralteten Rechts“ vorschlägt [3]. Darin sind Neuregelungen für die künstliche Befruchtung, die Präimplantationsdiagnostik (PID), die Samen- und Eizellspende, den Embryonentransfer und die Leihmutterchaft sowie für den Umgang mit „überzähligen“ Embryonen und dem Klonen enthalten. Den Reformbedarf begründen die Autoren des sogenannten „Augsburg-Münchner Entwurfs“ damit, dass „die faktische Technikentwicklung den Embryonenschutz insgesamt rechtlich durchlöchert hat: Je mehr das ESchG [Embryonenschutzgesetz] biotechnisch veraltet, desto mehr verliert es seine normative Steuerungskraft. Damit verschiebt sich die Regelungshoheit vom parlamentarischen Gesetzgeber zu den ärztlichen Standesorganisationen“ [3]. Ausgehend von der „lückenlosen Ausgangsvermutung zugunsten der Freiheit jedermanns“ kommt der Ge-

Tab. 1 Methoden der assistierten Reproduktion.

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | Insemination | Einbringen von aufbereitetem Spermia in den Uterus der Kinderwunschpatientin |
| 2.1 | In-vitro-Fertilisation (IVF) | Befruchtung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des weiblichen Körpers in einer Zellkulturschale („in vitro“) |
| 2.2 | intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) | Verfahren der IVF, bei dem eine Samenzelle direkt in eine Eizelle injiziert wird, um diese zu befruchten (v. a. bei stark eingeschränkten Spermioigrammbefunden) |
| 3. | Embryotransfer | Übertragung eines in vitro erzeugten Embryos in den Uterus der Kinderwunschpatientin (ggf. nach Kryokonservierung) |
| 4. | Polkörperdiagnostik (PKD) | Untersuchung des 1. (und wenn möglich auch des 2.) Polkörpers nach einer extrakorporalen Befruchtung zur Feststellung einer Veränderung des (haploiden) weiblichen Chromosomensatzes vor Bildung des Embryos |
| 5. | Präimplantationsdiagnostik (PID) | Untersuchung embryonaler oder trophektodermaler Zellen eines in vitro erzeugten Embryos auf chromosomale Veränderungen oder Erberkrankungen |

setzentwurf so zu einer insgesamt liberalen Regulierung der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Seine erklärte Absicht ist es, zunächst einmal die „einschlägigen Interessen im grundrechtlichen Argumentationsschema [...] zu erfassen – und sie nicht vorschnell auszublenden, etwa aus ethischen, religiösen oder sonstigen Präferenzen“ [3]. Und in der Tat: Fragen des Personenstands von Eltern oder gesellschaftliche Einstellungen zu Familie und Kinderwunsch spielen in dem Entwurf keine Rolle. Indem die Autoren die Freiheitsvermutung des Grundgesetzes (GG) und die reproduktive Selbstbestimmung zum Ausgangspunkt ihres Regulierungsvorschlags machen, orientieren sie sich an einem Verständnis individueller Freiheit, das sich „negativ“ wie die Grundrechte des Grundgesetzes als Abwehrrechte des Einzelnen gegenüber dem Staat entwirft. Davon abgeleitet bewerten sie auch elementare Schutzpflichten, wie sie für das Kindeswohl von Bedeutung sind. Gleichwohl werden Fragen „positiver“ Freiheit, die sich den Ermöglichungsbedingungen individueller Freiheit widmen, vollständig ausgeblendet. Das macht Sinn, wenn man vermeiden will, dass der Gesetzgeber beim Thema Fortpflanzung in einen Streit um die Normativität familialer Lebensformen hineingezogen wird. Der angestrebte „biopolitische Kompromiss“ will ja gerade eine übermäßige „Normierung des Biologischen“ vermeiden [3]. Freilich stellt sich dann die Frage, wie reproduktive Autonomie heute angesichts pluralisierter Partnerschaftsformen, komplexer Fragen familiärer Daseinsvorsorge und national entgrenzter Angebote der Reproduktionsmedizin von den Eltern eines gewünschten Kindes gelebt werden soll.

Unter Hinweis auf die fehlende Regulierung vieler Problembereiche im ESchG aus dem Jahre 1990 regelt die Bundesärztekammer (BÄK) seit Jahren die assistierte Reproduktion. In der Novelle zur ihrer (Muster-)Richtlinie aus dem Jahre 2006 wird darauf hingewiesen, dass sie dabei „die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik“ berücksichtigt [4]. Die zeitgemäße Anpassung der zwar „veralteten“, gleichwohl geltenden gesetzlichen Regelungen des ESchG will die BÄK also v. a. mithilfe einer (rechts-)ethischen Reflexion über die Rolle des Arztes bei der assistierten Fortpflanzung erreichen. Indem die BÄK dabei Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) über den Personenstand von Mutter, Vater und Kind übernimmt und im Hinblick auf die Inanspruchnahme assistierter Reproduktion auslegt, nimmt sie zur Frage sozialer und wertgebundener Lebensformen als Ermöglichungsbedingungen grundrechtlicher Freiheitsrechte bei der Praxis assistierter Fortpflanzungsmedizin ausdrücklich Stellung. Freilich musste sich die BÄK schon kurz

nach der Veröffentlichung der Novelle ihrer (Muster-)Richtlinie die Frage stellen lassen, ob sie z. B. mit ihrer Beschränkung der donogenen Insemination auf heterosexuelle Paare noch die Realität gelebter Partnerschaften erfasst [5]. Die folgenden Ausführungen zu sozialem Implikationen der Reproduktionsmedizin diskutieren am Beispiel der Gameten- und Embryonenspende die Frage, inwiefern die Bindung dieser Angebote an Personenstandsfragen noch „zeitgemäß“ sind. Auch wenn man wie der Augsburg-Münchner Entwurf für einen weitgehend strafrechtlichen Sanktionsverzicht bei einem zukünftigen Fortpflanzungsmedizingesetz plädiert, bleibt zu erörtern, ob dies schon eine uneingeschränkte ethischen Billigung aller zugelassenen Maßnahmen nach sich ziehen muss*.

Geteilte Elternschaft durch Gameten- und Embryonenspende

▼ Samenspende

Medizinische und rechtliche Aspekte

Eine Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit mit Spendersamen ist in Deutschland erlaubt. Hierzu werden aufbereitete Samenzellen eines Mannes, der nicht der Ehemann oder der Partner ist, zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet. Das häufigste Verfahren ist die donogene Insemination (DI), bei welcher der aufbereitete Spendersamen direkt in die Gebärmutter der Kinderwunschpatientin eingebracht wird. Spendersamen kann auch für invasivere Maßnahmen der assistierten Reproduktion (IVF und IVF/ICSI) verwendet werden und kommt v. a. bei Paaren mit deutlich eingeschränkter Fertilität oder Sterilität des männlichen Partners zur Anwendung. Seltener wird als Grund für die Inanspruchnahme eine genetische Disposition des männlichen Partners, die nicht an die Nachkommen weitergegeben werden soll, angeführt.

Spendersamen zur DI wird üblicherweise über Samenbanken bezogen, die unterschiedliche Ansprüche an ihre Samenspenden stellen. Grundsätzlich sollten Spender zwischen 18 und 40 Jahre alt sein, körperlich und seelisch gesund und keine übertragbaren

* Die folgenden Überlegungen gehen auf Diskussionen des Arbeitskreises „Recht und Ethik der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“ am Institut Technik-Theologie-Naturwissenschaften (TTN) zurück. Die Autoren danken den Teilnehmern Reiner Anselm, Julia Inthorn, Birgit Mayer-Lewis, Yasmin Mehraein und Michael Zichy. Die Ergebnisse werden im März 2014 als Band 2 der Schriftenreihe „TTN-Studien“ im Nomos-Verlag veröffentlicht.

Krankheiten haben. Die Samenbank dokumentiert die persönlichen Daten des Spenders (Name, Geburtsdatum, Adresse, Familienstand, Ausbildung, Beruf und weitere Daten zur Person) und verwahrt diese für eine Frist von 30 Jahren (§ 15 Abs. 2 Transplantationsgesetz [TPG]). Alle Kinder haben nach Erreichen des 18. Lebensjahrs das Recht auf Auskunft ihre genetische Herkunft betreffend (§ 1598a BGB; § 1600d BGB; Artikel 7, UN-Kinderrechtskonvention [6]). Damit wird das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung gewährleistet, das vom Bundesverfassungsgericht aus dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht hergeleitet wird [7]. Die Erfolgsaussichten bei einer DI liegen, abhängig vom Alter der Patientin, zwischen 10 und 15% pro Behandlungszyklus. Die Kosten für eine DI sind nicht erstattungsfähig und von den Paaren selbst zu tragen.

Heterosexuelle Paare, die in die Behandlung mit einer DI eingewilligt haben, können die Vaterschaft im Anschluss nicht mehr anfechten (§ 1600d BGB). Lediglich den mittels DI gezeugten Kindern bleibt dies möglich. Bei lesbischen oder allein stehenden Frauen ergibt sich das Problem, dass es zunächst keinen zweiten Elternteil gibt, auf den die juristische Vaterschaft übergeht. Hier tragen die Wunscheltern und der Samenspender das Risiko einer Vaterschaft des Spenders. In einer lesbischen Partnerschaft kann die soziale Mutter zur juristischen Absicherung des Spenders nach der Geburt eine Stiefkindadoption anstreben. Diese Problematik hat in Deutschland dazu geführt, dass hier die BÄK [4] und der Arbeitskreis für Donogene Insemination [8] eine Behandlung grundsätzlich heterosexuellen Paaren vorbehalten, da die juristische Absicherung des Samenspenders in den genannten Konstellationen problematisch ist und nicht eindeutig ausgeschlossen werden kann, dass eventuell sogar der Arzt anstelle eines nicht mehr zu ermittelnden gesetzlichen Vaters tritt.

Ethische Fragen

Das kindliche Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung und die Eingrenzung der Samenspende – aus Gründen des Unterhalts- und Erbrechts – auf „stabile Partnerschaften“ verdeutlichen, dass Elternschaft in unserem Rechtsgefüge nach wie vor als biosoziale Lebensform von Vater und Mutter verstanden wird. Dabei ergeben sich unterschiedliche Bindungswirkungen zwischen sozialer Elternschaft auf der einen und biologischer bzw. genetischer Elternschaft auf der anderen Seite. Während Erstere prinzipiell kündbar ist, besteht Letztere ein Leben lang. Indem die BÄK eine heterologe Insemination bei Frauen ausschließt, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben [4], bindet sie die ärztliche Praxis an elementare Elternpflichten, die zum Schutz des Kindeswohls aus persönlichkeits- und unterhaltsrechtlichen Gründen bestehen. Ob darüber hinaus aus Gründen einer gelingenden psychosozialen Entwicklung des Kindes exklusiv an heterosexuellen Partnerschaften festgehalten werden sollte, erscheint allerdings fraglich. So kommt eine repräsentative Studie zur Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften zum Schluss, „dass sich Kinder und Jugendliche in Regenbogenfamilien ebenso gut entwickeln wie Kinder in anderen Familienformen“ [9]. Vor diesem Hintergrund bedeutet die Kritik, die geltenden statusrechtlichen Regeln der BÄK bildeten die Lebenspraxis von gleichgeschlechtlichen Partnern bzw. von Alleinerziehenden nicht mehr ab, einen erheblichen Einwand. Es stellt sich die Frage, ob die Ärzteschaft angesichts dieser veränderten Realität durch die BÄK immer noch angehalten werden sollte, das Bestehen einer stabilen Partnerschaft aus Gründen des kindlichen Wohlergehens sicherzustellen. Zwar gehört es zum originären Frei-

heitsrecht des Arztes, eine assistierte Reproduktion aus Gewissensgründen, z.B. wegen einer befürchteten Beeinträchtigung des Kindeswohls, abzulehnen [4]. Allerdings ist es diskussionswürdig, ob die Vorenthaltung reproduktiver Unterstützung aus Gründen der sexuellen Orientierung eines Paares nicht eine Diskriminierung darstellt und die reproduktive Autonomie unverhältnismäßig einschränkt [10]. Verletzungen des Gleichheitssatzes (Art. 3 GG), der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) sowie des Rechtes auf Familiengründung (Art. 6 Abs. 1 GG) stehen damit im Raum. Fokussiert man dagegen ausschließlich auf das Wohlergehen des Kindes, dann wäre es denkbar, v.a. auf das „stabile“ Bestehen eines als Eltern fungierenden Paares abzustellen – und dies ganz unabhängig von der sexuellen Orientierung der Partner. Es läge in der Konsequenz dieser Auffassung, das Sorgerecht und die Unterhaltspflichten bei der assistierten Reproduktion analog dem Adoptionsrecht zu regeln. Damit würde der Notwendigkeit Rechnung getragen, dass die elterliche Bindung an das Kind bei Wegfall der biologischen Vaterschaft auf Dauer verlässlich gestaltet werden muss.

Rückt man in dieser Weise den Anspruch eines Kindes auf 2 Elternteile in den Mittelpunkt, bleibt allerdings die Frage zu klären, wie mit einer heterologen Insemination von allein stehenden Frauen umzugehen ist. Aus Sicht des Kindes, das Anspruch auf soziale Unterstützungsmaßnahmen durch beide Elternteile hat, wäre es denkbar, die Stellvertretung des fehlenden sozialen Vaters durch andere Personen aus dem Umfeld der Mutter (z.B. einen Freund oder einen Verwandten) zumindest rechtlich einnehmen zu lassen [10]. Damit ließe sich zugleich das potenzielle Risiko für Samenspender eindämmen, im Falle einer Klage durch das Kind auch als sozialer Vater mit allen Pflichten für den Unterhalt haftbar gemacht werden zu können. Gerade wenn mit guten Gründen an der Sicherstellung des verfassungsrechtlichen Auskunftsrechts des Kindes im Hinblick auf seine biologische Herkunft festgehalten werden soll, wird die dadurch mögliche Begegnung mit dem biologischen Vater diesem zumutbar sein, weil er keine Rechtspflichten gegenüber einem Kind zu befürchten hat, dessen sozialer Vater er nie sein wollte.

Eizellspende

Medizinische und rechtliche Aspekte

Im Fall der Eizellspende wird einer Wunschmutter zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ein Embryo übertragen, der aus der extrakorporalen Befruchtung einer gespendeten Eizelle mit einer Samenzelle des Partners hervorgegangen ist. Frauen, deren ovarielle Reserve vor Erfüllung ihres Kinderwunschs erschöpft ist, bleibt lediglich diese Option, wenn sie selber ein Kind gebären möchten. Ursachen für die Erschöpfung der ovariellen Reserven können neben dem Alter und genetischer Disposition auch vorangegangene keimzellschädigende Therapien sein, z.B. bei onkologischen Erkrankungen. Auch Patientinnen, die aufgrund einer genetischen Erkrankung und der Angst, diese auf ihre Kinder zu übertragen, die eigenen Eizellen nicht nutzen wollen, könnten auf eine Eizellspende zurückgreifen. Allerdings ist die Eizellspende in Deutschland verboten (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und Abs. 2 ESchG) [16]. Gleichwohl ist unabhängig von der Frage einer Legalisierung der Eizellspende die Mutterschaft durch § 1591 BGB geklärt: Mutter eines Kindes ist die Frau, die es geboren hat.

Aus medizinischer Sicht ist die Eizellspende für die Spenderin nicht risikofrei, da sich diese einer kontrollierten ovariellen Stimulationsbehandlung mit anschließender Follikelpunktion un-

terziehen muss. Die reifen Eizellen werden im Regelfall kryokonserviert, wodurch die Notwendigkeit einer Zyklussynchronisation mit der Eizellspenderin entfällt. Die Eizellspenderin erhält in den meisten Ländern eine finanzielle Kompensation für ihren Aufwand (kommerzielle Spende); es gibt aber auch die Möglichkeit der altruistischen Spende an Verwandte oder enge Bekannte. In machen europäischen Ländern hat sich bereits das sog. „Egg sharing“ durchgesetzt, bei dem Frauen, die sich einer IVF oder IVF/ICSI-Behandlung unterziehen, einen Teil ihrer Eizellen zur Spende freigeben und im Gegenzug die eigenen Behandlungskosten ganz oder teilweise erlassen bekommen. Die Anforderungen an die Gesundheit der Eizellspenderin sind ähnlich wie bei der Samenspende; allerdings sollte eine Eizellspenderin aufgrund des altersabhängig steigenden Aneuploidierisikos nicht älter als 30 Jahre sein. Da v.a. kommerzielle Spenderinnen in der Regel sehr jung sind, sind die Schwangerschaftschancen mit bis zu 50% pro Behandlungszyklus sehr hoch. Wegen ihres großen Aufwands ist die Eizellspende mit hohen Kosten für die Wunscheltern verbunden, die nicht erstattungsfähig sind.

Ethische Fragen

Das ESchG erklärt die Eizellspende für nicht zulässig, weil sie zu einer Aufteilung von genetischer Mutterschaft auf der einen, biologischer und sozialer Mutterschaft auf der anderen Seite führt. Ob im Vergleich mit der Samenspende eine Eizellspende das Kindeswohl stärker gefährdet, ist wissenschaftlich nicht belegt. Geht man davon aus, dass für eine positive Identitätsentwicklung des Kindes v.a. die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung ausschlaggebend ist, innerhalb derer es dem Kind natürlich auch möglich sein muss, seine Herkunft und Abstammung zu erfahren, so ist wenig plausibel, warum an dieser Stelle ein kategorialer Unterschied zur Samenspende bestehen sollte. Allerdings sind aufgrund der größeren „Eingriffstiefe“ des invasiven Verfahrens von ovarieller Stimulation und Follikelpunktion die gesundheitlichen Risiken für die Eizellspenderin entsprechend zu gewichten. Deshalb sollte eine Kommerzialisierung dieser Behandlung ausgeschlossen sein. Diesem Anliegen kann man etwa durch das „Egg sharing“, also der unentgeltlichen Spende überzähliger Eizellen, am ehesten entsprechen, weil damit kommerzielle Anreize minimiert werden.

Anders liegen die Dinge, wenn eigene Eizellen aus biografischen Motiven eingefroren werden, um zu einem „geeigneten“ Zeitpunkt der Familiengründung wieder aufgetaut werden zu können. Dieses „social freezing“ als jederzeit verfügbare Fertilitätsreserve kann dazu verleiten, die durch die Fortpflanzungsmedizin ermöglichte Planbarkeit einer Schwangerschaft in einer Weise zu optimieren, die für keine lebensgeschichtlichen Kontingenzen mehr offen ist [11]. Zudem reduziert sich mit der Überschreitung einer Altersschwelle von ca. 35 Jahren die Erfolgsrate. Damit gehen für die Wunschmutter und das potenzielle Kind gesundheitlich höhere Risiken einher. Grundsätzlich stellt sich das Problem, ob mit diesem Prozess verstärkte Anreize dafür geschaffen werden, durch eine Medikalisation von Schwangerschaft Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf eine Weise lösen zu wollen, die besser auf sozialpolitischem Wege angegangen werden sollten. Davon ist die Möglichkeit einer Kryokonservierung von Eizellen zu unterscheiden, wenn jüngere Frauen schwer erkranken und z.B. aufgrund einer Krebstherapie befürchten müssen, unfruchtbar zu werden. Auch wenn in dieser dramatischen Lebenssituation erhebliche psychologische Schwierigkeiten auf die Wunscheltern zukommen, ermöglicht es die Vitrifika-

tion von Eizellen einer Patientin, Entscheidungsspielräume für die eigene Zukunft offenzuhalten [11].

Embryonenspende

Medizinische und rechtliche Aspekte

Bei der Embryonenspende wird ein gespendeter Embryo in den Uterus der Wunschmutter übertragen. So können Paare behandelt werden, bei denen beide Partner keine befruchtungsfähigen Gameten (mehr) haben. Auch wenn bei einem oder beiden Partnern eine genetische Erkrankung, die nicht an die Nachkommen weitergeben werden soll, vorliegt, oder nach wiederholten Fehlgeburten kann eine Embryonenspende eine Schwangerschaft ermöglichen; ebenso bei Paaren in einer lesbischen Beziehung und allein stehenden Frauen mit Kinderwunsch, die nicht auf eine DI zurückgreifen wollen oder können.

Die Erzeugung von Embryonen für eine Embryonenspende wird vom ESchG grundsätzlich untersagt (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Die Gesetzesbegründung für dieses Verbot der Embryonenspende rückt das anzunehmende Kindeswohl in den Mittelpunkt, dessen Identitätsfindung nach der Auffassung des Gesetzgebers aufgrund einer durch Embryonenspende gespaltenen Mutterschaft gefährdet wird [12]. Allerdings kennt das ESchG kein generelles Verbot der Embryonenspende: Die Vorfeldbestrafung nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG soll „ein generelles Verbot der sog. Embryonenspende entbehrlich machen. Ein derartiges strafrechtliches Verbot wäre nämlich zumindest in den Fällen nicht unbedenklich, in denen die Embryonenspende die einzige Möglichkeit bietet, den Embryo vor einem Absterben zu bewahren“ [12]. Insofern hat das ESchG bewusst eine Strafbarkeitslücke geschaffen, um das Verwerfen „überzähliger“ Embryonen zu verhindern. Es wäre aber auch denkbar, diese zur Spende freizugeben, sofern ihre Herbeiführung nicht auf einen planmäßigen Entschluss vor Einleitung der Befruchtung zurückgeht. Inwiefern imprägnierte, pränukeotide Oozyten Eizellen im Sinne des ESchG sind, wird gegenwärtig strittig diskutiert, was v.a. mit der Frage zusammenhängt, inwiefern das ESchG einen einheitlichen Begriff der Befruchtung kennt.

Die Embryonen, die für die Embryonenspende zur Verfügung stehen, entstammen konventionellen IVF/ICSI-Behandlungen. Bei vielen Paaren übersteigt die Anzahl an imprägnierten Eizellen im Vorkernstadium während einer IVF-Behandlung die derjenigen, die für den bevorstehenden Embryotransfer vonnöten sind. In diesem Fall entscheiden sich die meisten Paare zunächst für eine Kryokonservierung dieser Vorkernstadien, um sie für einen weiteren Embryotransfer vorzuhalten. Sollten nach Abschluss der Familienplanung nun weitere Vorkernstadien vorhanden sein, können diese entweder vernichtet oder zur Spende freigegeben werden. Gleiches gilt für Embryonen, die – in deutlich geringerer Zahl – gelagert sind, weil eine Rückübertragung aufgrund plötzlicher medizinischer oder psychologischer Gründe der Frau unmöglich wurde. Die Erfolgswahrscheinlichkeit nach Übertragung gespendeter Embryonen ist weitgehend vom Alter der Spenderin abhängig und liegt ausländischen Daten nach zwischen 25 und 40% pro Behandlungszyklus.

Die Kosten, die durch eine Embryonenspende entstehen, sind deutlich geringer als bei der Eizellspende, da die Embryonen bereits vorhanden sind und für die Spende lediglich freigegeben werden müssen. Es fallen also nur Kosten für die Lagerung nach der Freigabe, die Vorbereitung des Embryotransfers und den Embryotransfer selber an. Die Embryonenspende *per se* ist nicht kommerziell; die Spender oder das lagernde Kinderwunschen-

trum erhalten *kein* Geld für die Freigabe oder Vermittlung der Embryonen.

Analog der Eizellspende besteht für die austragenden Frauen hinsichtlich der Mutterschaft Rechtssicherheit, während die juristische Absicherung des genetischen Vaters – ähnlich wie bei einer DI – bei einer Embryonenspende an lesbische oder allein stehende Frauen problematisch bleibt.

Ethische Fragen

Prinzipiell sollte die Erzeugung überzähliger Embryonen weitestgehend vermieden werden. Doch selbst bei Anerkennung dieses Grundsatzes ist zu klären, wie mit der Überzahl umzugehen ist, die im Kontext reproduktionsmedizinischer Verfahren entsteht. Wird eine Embryonenspende als Alternative zur Verwerfung konzipiert, geht damit gleichzeitig eine Erweiterung reproduktionsmedizinischer Therapieoptionen für Frauen und Männer mit unerfülltem Kinderwunsch einher. Im Mittelpunkt steht hier zunächst die unbedingte Freiwilligkeit und Uneigennützigkeit einer Embryonenspende. Weder das Argument der „Rettung“ des Embryos, noch der Kinderwunsch eines anderen Paares, noch das Interesse der Reproduktionsmedizin dürfen zu einer moralischen oder rechtlichen Verpflichtung einer Spende führen. Deshalb sollte die Abgabe von Embryonen oder imprägnierten Eizellen erst dann erwogen werden, wenn sicher ausgeschlossen ist, dass diese für weitere Behandlungen des Spenderpaares benötigt werden. Bezüglich der Rechte des potenziellen Kindes bzw. der Beachtung des Kindeswohls sind die Anforderungen denen einer Gametenspende vergleichbar, auch wenn herausgehoben werden muss, dass das Wunschkind mit keinem seiner Elternteile, aber möglicherweise mit weiteren Geschwistern genetisch verwandt ist. Hier wird die Sicherstellung des Wissens um die eigene Abstammung auch den Anspruch beinhalten müssen, sich mit den eigenen Geschwistern – aber: auch weiteren Verwandten? – in Beziehung setzen zu können.

Zur Ethik verantwortlicher Elternschaft

Die fortpflanzungsmedizinische Praxis bei Gameten- und Embryonenspende hat vielfältige Formen einer geteilten Elternschaft zur Folge, welche die bestehenden Regeln assistierter Reproduktion, wie sie in der novellierten (Muster-)Richtlinie der BÄK fixiert sind, vor neue Herausforderungen stellen. Aber nicht nur medizintechnische Innovationen, sondern auch veränderte soziale Einstellungen zu Kinderwunsch und Familienbildung haben dazu geführt, dass sich die Wahrnehmung eines verantwortlichen Ethos der Elternschaft von Paaren mit Kinderwunsch gegenwärtig verändert. Stellt man bei allen diesen Fragen das prospektive Kindeswohl in den Mittelpunkt, wie dies die BÄK zu Recht tut, dann bleibt gleichwohl zu diskutieren, ob die Übernahme dieser beziehungsethischen Aufgabe in Zukunft nicht stärker in die Verantwortung derjenigen Eltern zu stellen ist, die mit ihrem Kind ein gemeinsames Leben führen [13]. Die Annahme, dass dabei Fragen der Dauerhaftigkeit und Stetigkeit, wie sie für das bürgerliche Verständnis von Ehe und Elternschaft zentral sind, eine geringere Rolle spielen werden, wird nicht zuletzt durch das Interesse gleichgeschlechtlicher Partnerschaften dementiert, die alle mehr oder weniger eheähnliche Rechtsformen zur verbindlichen Regelung ihrer Lebensverhältnisse anstreben. Aber auch, wenn man – wie hier gefordert – dem Ethos verantwortlicher Elternschaft eine Zentralstellung bei der Wahrnehmung elterlicher Pflichten einräumt, sollte dies nicht dazu ver-

führen, die prägenden Wirkungen traditioneller Vorstellungen von Familie für den Aufbau einer individuellen Perspektive von Paaren als Eltern zu unterschätzen. Dies steht freilich in einer gewissen Spannung zum liberalen Grundcharakter des Augsburg-Münchner Entwurfs, für den die Elternperspektive kein verfassungsrechtliches Argument ist, um das Recht auf Fortpflanzung einzuschränken. Vor diesem Hintergrund ist das Urteil der Großen Kammer des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) zum Verbot der Eizellspende in Österreich vom 03.11.2011 bemerkenswert, das die Verurteilung Österreichs durch ein untergeordnetes Kammerurteil *nicht* bestätigte, gleichwohl aber eine Offenheit für Veränderungen beim gesellschaftlichen Konsens auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin anmahnte [14]. Mit Hartmut Kreß kann man darum festhalten, dass der „ordre public“, die staatlich-gesellschaftlichen Auffassungen über die guten Sitten und die öffentliche Ordnung, [...] keine statischen Größen [sind]. Soziokulturelle Bewertungen verändern sich“ [15]. Das bedeutet aber eben gerade nicht, die Orientierungsfunktion traditioneller Erwartungen an Familie und Elternschaft einfach zu privatisieren, indem man nur mehr auf Rechtsansprüche „negativer“ Freiheit fokussiert. Insofern ist das Bemühen der BÄK bei der Auslegung eines an der familialen Normalität orientierten Konsensus über ethische Fragen der Stabilität von Partnerschaften nicht gering zu schätzen, auch wenn sich dieser – langsam – verändert.

Schlussfolgerung

▼ Gerade ein liberales Fortpflanzungsmedizinengesetz benötigt eine ethische Reflexion von Personenstandsfragen in ihrer Relevanz für die ärztliche Praxis sowie die Aufforderung, sich diesbezüglich auf den „aktuellen“ Stand zu bringen.

Interessenkonflikt

▼
Nein.

Literatur

- 1 Rosenau H, Hrsg. Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinengesetz für Deutschland. In: Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht 11. Baden-Baden: Nomos; 2012
- 2 Bals-Pratsch M, Dittrich R, Frommel M. Wandel in der Implementation des Deutschen Embryonenschutzgesetzes. J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7: 87–95
- 3 Gassner U, Kersten J, Krüger M et al. Fortpflanzungsmedizinengesetz, Augsburg-Münchner-Entwurf. Tübingen: Mohr Siebeck; 2013: 19–21, 30
- 4 Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A1392–A1403
- 5 Thorn P, Wischmann T. Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer 2006. Ethik Med 2008; 5: 39–44
- 6 UN-Kinderrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989, für Deutschland in Kraft getreten am 05.04.1992 (Bekanntmachung vom 10.07.1992 – BGBl. II S.990)
- 7 Bundesverfassungsgericht BVerfGE 79, 256 (268 f.); 117, 202 (225)
- 8 Hammel A, Bispink G, Katzorke T et al. Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung von Spendensamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006. J Reproduktionsmed Endokrinol 2006; 3: 166–174
- 9 Rupp M, Hrsg. Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. In: Bundesministerium der Justiz, Hrsg. Rechtstatsachenforschung. Köln: Bundesanzeiger-Verlag; 2009: 308

- 10 Fischer T. Ethische Aspekte der donogenen Insemination. Kassel: university press; 2012: 86–98
- 11 Kreß H. Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenvitrifikation: Neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin aus ethischer Sicht. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2013; 10: 163–167
- 12 Bundesregierung 1989, Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – ESchG), 25.10.1989. Deutscher Bundestag-Drucksache 11/5460, 8
- 13 Wiesemann C. Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. München: C.H. Beck; 2006
- 14 *European Court of Human Rights*. Pressemitteilung des Kanzlers, ECHR 221 2011, 3.11.2011, 4. Online: https://europa-kolleg-hamburg.de/fileadmin/user_upload/documents/aktuelle_meldungen/Grand_Chamber_judgment_S.H._and_others_v._Austria_-_German_version_03.11.11.pdf; Stand: 19.04.2014
- 15 Kreß H. Ethik Reproduktionsmedizin im Licht von Verantwortungs-ethik und Grundrechten. In: Diedrich K et al., Hrsg. *Reproduktionsmedizin*. Heidelberg: Springer; 2013: 651–670, 666
- 16 Kantenich H, Griesinger G. Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2013; 10: 273–278