

# REPRODUKTIONSMEDIZIN IM EUROPÄISCHEN RECHTSVERGLEICH

Die Methoden und Anwendungen der Reproduktionsmedizin ermöglichen prinzipiell, in Kombination mit Genetik, Gentechnologie und Stammzellforschung nicht nur die genetische Ausstattung der mit ihrer Hilfe gezeugten Kinder zu verändern, sondern sie transformieren auch die herkömmlichen Vorstellungen von Elternschaft und Familie. Immer neue oder verfeinerte reproduktionsmedizinische Verfahren werden eingesetzt, und die künstliche Befruchtung ist mittlerweile zu einer medizinischen Routinetechnik gereift. Diese zeitigt allerdings ungewöhnliche Folgen. So gibt es Kinder, die fünf Elternteile haben: einen Samenspender und eine Eizellspenderin als genetische Eltern, die Frau, die das Kind als biologische Leihmutter austrägt, und als soziale Eltern schließlich das Paar, bei dem das Kind aufwächst.

Zudem ist es möglich, die künstlich befruchtete Eizelle vor der Einpflanzung einer medizinischen Eignungsprüfung (morphologisch oder genetisch) zu unterwerfen. Nicht nur das Geschlecht des Kindes kann vorher bestimmt, sondern es können auch Embryonen so ausgewählt werden, dass sie im Bedarfsfall ihren erkrankten Geschwistern als mögliche »Gewebe- oder Zelllieferanten« (»Rettungskinder« genannt) dienen können. Experten prognostizieren überdies, dass es in fünf bis 15 Jahren gelingen könnte, embryonale Stammzellen künstlich in menschliche Spermien und Eizellen umzuwandeln.

Etliche Methoden sind in Deutschland gesetzlich unzulässig. Doch in der klinischen Praxis scheinen die strengen Bestimmungen der hier einschlägigen Gesetze von den Fortpflanzungsmedizinern offensichtlich immer häufiger »liberal« ausgelegt zu werden. Auch in Deutschland werden Embryonen ausgewählt und einer Qualitätsprüfung unterzogen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass sich die wesentlichen Regelungsinhalte in diversen Gesetzen finden, insbesondere Arzneimittelgesetz, Stammzellgesetz, Embryonenschutzgesetz, Transplantationsgesetz, Gewebegesetz, Gendiagnostikgesetz sowie das Strafgesetzbuch. Dies führt zwangsläufig zu Disparitäten in der Gesetzesauslegung und in der praktischen Durchführung der reproduktionsmedizinischen Be-

handlung und damit einer Verunsicherung von Patienten und Ärzten.

Zum Tragen kommen in diesem Diskussionszusammenhang jedoch nicht nur rechtliche und ethische Argumente, sondern auch wirtschaftliche und demografische Faktoren. Allein in Deutschland wird der »Umsatz« der Reproduktionsmedizin auf ca. 100 Mio. Euro jährlich geschätzt. Und dieser Umsatz könnte noch größer ausfallen, wären die Reproduktionsmediziner in Deutschland nicht häufig »gezwungen«, Patientinnen bzw. Kinderwunschpaare an Kliniken ins Ausland zu überweisen, da dort z.B. reproduktionsmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden, die in Deutschland verboten sind. Weit über 1.000 Paare reisen somit jedes Jahr ins Ausland, um dort ihren Kinderwunsch zu realisieren, und insgesamt nehmen über 40.000 Paare jedes Jahr in Deutschland eine konkrete reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch (TAB 2010).

## DIE NATIONALEN RECHTSLAGEN UND REGULIERUNGEN

Zumeist wird anerkannt, dass die Freiheit zur Fortpflanzung ein grundlegendes Menschenrecht ist, welches nicht unverhältnismäßig beschränkt werden darf (Frommel et al. 2010, S. 96 f.). Die Reproduktionsmedizin ist ein Mittel zur Durchsetzung dieser

Freiheit zur Fortpflanzung, sie ebnet – bei natürlichen Hindernissen – den Weg für das Entstehen einer Schwangerschaft bzw. Geburt eines Kindes. Aus dieser Freiheit zur Fortpflanzung resultiert jedoch keine Pflicht des Staates, Fortpflanzungswilligen den Zugang zur Reproduktionsmedizin zu ermöglichen, er hat nicht die Pflicht, Methoden der Reproduktionsmedizin zu erlauben oder (z.B. durch Kostenübernahme) zu fördern. Ist aber staatlicherseits eine grundsätzliche Entscheidung zugunsten der Reproduktionsmedizin getroffen, dann unterliegen alle rechtlichen Beschränkungen der Reproduktionsmedizin bzw. ihren Techniken einem besonderen Begründungszwang und einer Verhältnismäßigkeitsprüfung (Simon et al. 2010). Genau dies hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) jüngst in seinem Urteil zur Reproduktionsmedizin in Österreich bekundet.

Im Zentrum dieses Beitrags stehen im Folgenden Fragen bzw. Aspekte, die sich auf den Status des Embryos, den Umgang mit überzähligen Embryonen (bzw. deren Vermeidung), auf mögliche Qualitätstests für einzupflanzende Embryonen (Polkörperdiagnostik, PID, eSET) sowie auf die Zulässigkeit von Eizell- und Samenspende bzw. der Leihmutterschaft beziehen. Kurz eingegangen wird auch auf Zusammenhänge zwischen den reproduktionstechnischen Methoden i.e.S. und Verfahren des Klonens sowie der Stammzellforschung. Die Auswahl der in den Vergleich einbezogenen Länder basiert darauf, welche Länder unter rechtspolitischer Perspektive europaweit interessant sind und ggf. gleichzeitig von der deutschen Regulierungssituation differieren.

## DEUTSCHLAND

Die Reproduktionsmedizin hat mit dem am 1. Januar 1991 in Kraft ge-

tretenen Embryonenschutzgesetz (ESchG) eine gesetzliche Regelung erfahren. Es handelt sich hierbei nach Ansicht etlicher Experten um einen politisch durchsetzbaren »Minimalkonsens«. Dabei geht es nicht um eine rechtsgestaltende, positive Regelung der Reproduktionsmedizin im Sinne eines Fortpflanzungsmedizinergesetzes, sondern um ein strafrechtliches Verbotsgesetz, welches im Hinblick auf das zentrale Ziel, den Lebensschutz des Embryos zu gewährleisten und darüber hinaus bestimmte Konfliktlagen zu verhindern bzw. sittliche Moralvorstellungen zu wahren, (lediglich) bestimmte Techniken der Reproduktionsmedizin und missbräuchliche Verwendungsweisen der Reproduktionsmedizin unter Strafandrohung verbietet (Lehmann 2007, S. 12 ff.).

Erlaubt bzw. nicht verboten sind nach dem ESchG u.a. fast alle homologen und heterologen Maßnahmen der In-vivo- und In-vitro-Fertilisation: die Insemination, die Gameten-Intrafallopian-Transferbehandlung (GIFT), die In-vitro-Fertilisation (IVF), die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), die In-vitro-Maturation (IVM), die (Kryo-)Konservierung von Keimzellen, Ovar- und Hodengewebe, von Eizellen im sogenannten Pronukleusstadium (2-Pronuklei-Stadium) sowie Embryonen im Furchungs- und Blastocystenstadium.

Folgende ausdrückliche Verbote sind im ESchG enthalten:

- › Herbeiführung einer gespaltenen Mutterschaft (u.a. Verbot der Eizellspende oder Leihmutterschaft);
- › Erzeugung und Verwendung von Embryonen zu fremdnützigen Zwecken, insbesondere Forschungszwecken;
- › Herbeiführung einer Mehrlingschwangerschaft mit mehr als drei Embryonen;
- › zielgerichtete Erzeugung von überzähligen Embryonen (Verbot der Vorratshaltung von Embryonen);
- › Geschlechtswahl des zukünftigen Kindes;
- › wissentliche künstliche Befruchtung mit dem Samen eines Verstorbenen bzw. Verwendung der Eizellen einer Verstorbenen;
- › Entwicklung von Chimären oder Hybriden unter Verwendung mindestens eines menschlichen Embryos oder einer menschlichen Keimzelle;
- › Methoden des reproduktiven Klonens.

Zudem finden sich weitere Beschränkungen, z.B. Befruchtung einer Keimzelle mit künstlich veränderter Erbinformation sowie heterologe Maßnahmen zur Fertilisation, die nur ausnahmsweise bei entsprechender medizinischer Indikation und nach positivem Votum der zuständigen Ethikkommission erlaubt ist.

Grundsätzlich erlaubt ist die Samenspende, auch die heterologe Verwendung von Fremdsperma. Voraussetzung ist stets die schriftliche Einverständniserklärung der Wunscheltern sowie des Samenspenders. Die Verwendung anonymen Samens oder eines »Samencocktails«, also einer Mischung von Spermien verschiedener Spender, ist zwar nicht strafbar, nach überwiegender Ansicht ist die Verwendung aber sittenwidrig, da hierdurch das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung verletzt wird. Nicht erlaubt ist es, eine menschliche Samenzelle zur Befruchtung zu verwenden, sofern deren Erbinformation zuvor verändert worden ist.

Die Eizellspende ist verboten, um eine gespaltenen Mutterschaft zu vermeiden. Dies wird damit begründet, dass sich Samen- und Eizellspende durch eine unterschiedliche »Eingriffstiefe« bei der Keimzellgewinnung auszeichnen.

Zudem sei bei der Samenspende »lediglich« der genetische Vater ein anderer als der soziale, während bei der Eizellspende die genetische und die austragende Mutter unterschiedlich seien. Das Verbot der Eizellspende wird jedoch kontrovers diskutiert bzw. als diskriminierend angesehen, zumal es auch medizinische Indikationen gibt, die für die Eizellspende sprechen. Die Ersatzmutterschaft ist ebenfalls verboten. Eine reproduktionsmedizinische Behandlung eines männlichen Homosexuellen ist danach nicht möglich. Doch auch das Verbot der Ersatzmutterschaft wird von Experten als verfassungsrechtlich bedenklich angesehen, insbesondere mit Blick auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (Simon et al. 2010, S. 42).

Grundsätzlich erlaubt das ESchG in einem gewissen Umfang auch elektive Maßnahmen. Bei der Polkörperbiopsie handelt es sich um eine Entnahme und Überprüfung des Polkörpers, den befruchtete Eizellen im Vorkernstadium bilden, und der den halben weiblichen Chromosomensatz enthält. Auf diese Weise lassen sich zumindest Chromosomenanomalien und Erbkrankheiten von mütterlicher Seite ausschließen. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) kann vergleichsweise umfassender Auskunft geben. Sie ist in Deutschland bislang nicht gesetzlich geregelt. Zwar wird sie im ESchG von verschiedenen Vorschriften erfasst, aber nicht ausdrücklich verboten. Die Rechtswissenschaft ist hier gespalten, der Gesetzgeber hat sich bislang nicht abschließend geäußert, und auch im Gendiagnostikgesetz wurde keine Regelung zur PID getroffen. Diese Unsicherheit hat dazu geführt, dass die PID in Deutschland nicht bzw. nur einzeln durchgeführt wird. Der Bundesgerichtshof (BGH) hingegen hat in seiner Entscheidung vom 6. Juli 2010 (5 tR 386/09) befunden, dass nur eine PID an totipotenten Zellen verboten

ist. Bei einer PID an nichttotipotenten Zellen, also an pluripotenten Zellen, wie im Falle einer Blastocystenbiopsie, könne weder aus den Bestimmungen des ESchG noch aus dem Gendiagnostikgesetz ein solches Verbot abgeleitet werden. Der BGH stellt aber zugleich klar, dass die unbegrenzte Selektion anhand genetischer Merkmale durch die von ihm vorgenommene Interpretation nicht zulässig wird.

In engem Zusammenhang mit der PID steht auch die Frage nach der Rechtmäßigkeit des elektiven Single-Embryo-Transfers (eSET), bei dem lediglich ein Embryo (aus mehreren durch IVF gezeugten Embryonen) nach morphologischer Beurteilung ausgewählt und in die Gebärmutter der Patientin transferiert wird. Dieses Vorgehen soll die Behandlung optimieren und zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von Schwangerschaft und Geburt führen, bei gleichzeitig größtmöglicher Reduktion des Risikos einer für Mutter und Kind gefährlichen Mehrlingsschwangerschaft. Teilweise wird die Ansicht vertreten, dass der eSET verboten sei, da mehr Eizellen befruchtet werden als übertragen werden sollen (Schulz 2008, S. 33 f.). Andererseits ist es nach überwiegender Ansicht wegen der »Ausfallrisiken« grundsätzlich erlaubt, mehr Eizellen zu befruchten, obwohl nach ESchG maximal drei Embryonen innerhalb eines Zyklus übertragen werden dürfen (Taupitz 2008).

Zusammengefasst: Erlaubt sind die Polkörperdiagnostik, die PID an pluripotenten Zellen, ebenso die Kryokonservierung, die Samenspende und die anonyme Samenspende bei der intrauterinen Insemination. Verboten sind Eizellspenden, die Embryospende sowie die Leihmutterchaft.

## BELGIEN

Belgien hat insoweit eine »liberale« Regelung (Königliche Verordnung vom

Februar 1999), als es im Hinblick auf den Zugang zu den Reproduktionstechnologien weder eine obere Altersgrenze noch die Notwendigkeit einer heterosexuellen Beziehung gibt. Samen-, Eizell- und Embryospende werden zwar rechtlich nicht geregelt, können aber durchgeführt werden. Nach dem Gesetz über die Forschung von in vitro gezeugten Embryonen vom 11. Mai 2003 ist die Forschung an Embryonen innerhalb der ersten 14 Tage grundsätzlich zulässig, insbesondere wenn sie zu einem therapeutischen Zweck beiträgt. Nach § 4 ist sogar die Erzeugung von Embryonen in vitro zu Forschungszwecken zulässig, die ansonsten grundsätzlich verboten ist, wenn sich das Forschungsziel nicht anderweitig, z.B. durch die Forschung an sogenannten überzähligen Embryonen, erreichen lässt.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, anonyme Samen-, Eizell- und Embryospende, ebenso bekannte Samen- und Eizellspende; nicht geregelt ist die Leihmutterchaft.

## DÄNEMARK

Im Juni 2006 wurde das Recht der medizinisch-technisch assistierten Reproduktion (von 1997) reformiert. Ungeplante Kinderlosigkeit wird seitdem durch das »Barnløshedsloven« (Kinderlosigkeitsgesetz) reguliert. Nicht nur verheiratete und unverheiratete Paare, sondern auch alleinstehende Frauen und lesbische Paare können nunmehr behandelt werden, wobei Frauen nicht älter als 45 Jahre sein dürfen. Sämtliche entnommenen Eizellen können befruchtet und bis zu sieben Tage im Labor weitergezüchtet werden. Bis zu drei befruchtete Eizellen dürfen in die Gebärmutter transferiert werden. Befruchtete Eizellen können maximal fünf Jahre kryokonserviert werden – oder bis zum 46. Geburtstag der Frau. Bisher werden die Kosten für fünf Zyklen bei der IVF vollständig durch die

nationale Krankenversicherung ersetzt. Im Mai 2010 beschloss die Regierung, die Kostenerstattung deutlich einschränken zu wollen. Dies wäre insofern ein einschneidender Eingriff, weil Dänemark bisher die weitaus höchste Rate an IVF-Kindern europaweit hat (4,9 %).

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, anonyme Samen-, Eizell- sowie die Embryospende; bekannte Samen- und Eizellspende sind verboten (bei Durchführung der ART durch Ärzte, Hebammen ist die Durchführung der Insemination mit Fremdsamen erlaubt), ebenso die Leihmutterchaft.

## FRANKREICH

Frankreichs Regulierung und Praxis beruht im Wesentlichen auf drei zentralen »Bioethik«-Gesetzen aus dem Jahr 1994, die alle fünf Jahre novelliert werden (sollen); allerdings ist die Revision von 2009 nicht vorgenommen worden. Diese Gesetze haben grundlegend zur Durchführung klinischer und biologischer Verfahren gewirkt, indem sie mit IVF, Embryotransfer, künstlicher Befruchtung sowie gleichartigen Techniken die Zeugung außerhalb natürlicher Verfahren ermöglichen. Dabei werden ART-Verfahren nur für heterosexuelle, verheiratete oder mindestens seit zwei Jahren eheähnlich lebende Paare im gebärfähigen Alter erlaubt. Im Falle des Todes eines Partners müssen die gefrorenen Gameten bzw. Embryonen von dem überlebenden Partner an ein anderes unfruchtbares Paar weitergereicht oder vernichtet werden. Dabei darf der Embryo nur mit Gameten entstehen, die mindestens von einem der beiden Partner stammen. In Ausnahmefällen darf das Geschlecht von Fötus oder Embryo bestimmt werden, wenn entsprechende Krankheitsgefährdungen vorliegen. Die PID ist nur in seltenen Fällen erlaubt, insbesondere bei hohem Risiko der Übertragung

einer schweren Krankheit. Die Gameten- oder Embryospende wird bei völliger Sterilität oder auch bei einem Risiko der Übertragung einer genetischen Krankheit als »letztes Mittel« eingesetzt. Die Kosten der Behandlungen werden grundsätzlich von den Krankenkassen übernommen. Einschränkungen sind zum Beispiel die Altersbegrenzung von Frauen (43 Jahre), außerdem werden nur sechs Inseminationen und vier IVF-Zyklen finanziert.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, anonyme Samen-, Eizell- sowie Embryospende; nicht erlaubt sind bekannte Samen- und Eizellspende, auch die Leihmutterchaft ist verboten.

## GROSSBRITANNIEN

Die Human Fertilisation Authority (HFEA) ist die zuständige Regulierungsbehörde für ART-Maßnahmen. Die HFEA lizenziert sowohl die Technologien als auch die entsprechenden Behandlungszentren, die allen – auch alleinstehenden Frauen, und ohne Altersbegrenzung – zur Verfügung stehen. Sie kontrolliert und überwacht die etwa 100 Kliniken in Großbritannien sowie alle Forschungsvorhaben. Nach dem Human Fertilisation and Embryology Act von 1990 ist es erlaubt, Sperma, Eizellen und Embryonen zu spenden, wobei geringfügige Zahlungen an die Spender zur Deckung ihrer Kosten und Unannehmlichkeiten erlaubt sind. Die Leihmutterchaft ist erlaubt, sofern sie nicht kommerzialisiert wird. Seit 2000 können geklonte Embryonen geschaffen werden, um daraus Stammzellen für die Forschung zu gewinnen. Im Zuge dessen erteilte die HFEA eine erste therapeutische Klonlizenzen für das International Centre for Life an der Newcastle Universität, die es erlaubt, menschliche embryonale Stammzellen mithilfe des Kerntransfers somatischer Zellen zu erschaffen, um auf diese Weise Therapien gegen schwere Krankhei-

ten wie Alzheimer oder Diabetes zu entwickeln. Das reproduktive Klonen ist jedoch verboten.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, anonyme Samen- und Embryospende (alle Gametenspenden müssen für volljährige Kinder identifizierbar sein) sowie Leihmutterchaft. Die anonyme Eizellspende ist nicht erlaubt.

## IRLAND

Die Republik Irland hat keine spezifischen Rechtsvorschriften zur Reproduktionsmedizin. Als grundlegender Leitfaden für ethisches Verhalten und die jeweiligen praktischen Verfahrensweisen gelten die vom Irish Medical Council im Jahr 1999 herausgegebenen »General Medical Council Guidelines«. Eine Behandlung der Unfruchtbarkeit ist für verheiratete Paare vorgesehen, sofern Spermien oder Eizellen zu einem späteren Zeitpunkt für diejenigen verwendet werden, von denen sie stammen. In diesem Sinn müssen Ärzte Paare umfassend beraten. Techniken wie die IVF sollten nur verwendet werden, wenn Alternativen ausgeschlossen sind. Jede befruchtete Eizelle muss für eine Implantation verwendet werden und darf nicht mutwillig zerstört werden. In den Leitlinien heißt es weiter: »Die bewusste und vorsätzliche Zerstörung des ungeborenen Kindes ist berufliches Fehlverhalten.« Sperma, Eizellen und Embryonen zu spenden ist ebenso zulässig wie eine Leihmutterchaft.

Zusammengefasst: Die PID ist nicht geregelt, Kryokonservierung ist erlaubt, ebenso anonyme Samen- und Eizellspende; nicht geregelt sind Embryospende und Leihmutterchaft ebenso wie bekannte Samen- und Eizellspende.

## ITALIEN

Erst seit 2004 wird die ART durch ein Gesetz geregelt, welches Kinder-

wunschbehandlungen auf »stabile, zusammenlebende, heterosexuelle Paare im gebärfähigen Alter« beschränkt. Damit sind Alleinerziehende, homosexuelle Paare und Frauen außerhalb des gebärfähigen Alters von diesen Verfahren ausgeschlossen. Auch darüber hinaus ist das Gesetz sehr restriktiv, da es außereheliche Spende (Samen/Eizellen) verbietet und ebenso die Kryokonservierung für eine Verwendung nach dem Tod eines Ehegatten. Auch für die wissenschaftliche Forschung wird dies ausgeschlossen. Erlaubt ist die Befruchtung von maximal drei Eizellen zur Einpflanzung in die Gebärmutter. Pränatales Screening und die PID sind verboten. Durch die neue Gesetzgebung werden Klonen, Stammzellgewinnung, Leihmutterchaft und jegliche Forschung an menschlichen Embryonen mit hohen Sanktionen vollständig verboten. Davon betroffen sind allerdings nicht die Paare, sondern nur Ärzte oder andere Beteiligte, die dies vornehmen. Erlaubt ist allerdings die klinische und experimentelle Forschung am Embryo, wenn sie dazu dient, mit therapeutischen und diagnostischen Zielen die Gesundheit des Embryos selbst zu verbessern, sofern es keine alternativen Verfahren gibt.

Zusammengefasst: Erlaubt ist die Befruchtung von drei Eizellen zur sofortigen Übertragung in die Gebärmutter. Verboten sind PID, Kryokonservierung (ausgenommen das Einfrieren von Eizellen) und alle anderen Verfahren.

## NIEDERLANDE

Zwar gibt es seit dem 24. Oktober 1997 den sogenannten »Medical Treatment Act« mit grundsätzlichen Rahmenbedingungen, von den dortigen Regelungen zu unterscheiden ist allerdings in der Praxis die stark auf die Rechte des Individuums orientierte Gesetzgebung, in deren Rahmen die Reproduktion als Element des Privatlebens angesehen und entsprechend ge-

schützt wird. Schutz der Privatsphäre und Datenschutzgedanke werden somit für die IVF und die Mitwirkung von Dritten übertragen. Der Familienstand begrenzt nicht den Zugang zu einer ART-Maßnahme; lediglich eine obere Altersgrenze von 40 bzw. 42 Jahren ist zu beachten. Samen-, Eizell- und Embryospende sind erlaubt, auch die Leihmutterchaft, sofern sie nicht kommerziell genutzt wird. Die sexuelle Selektion aus nichtmedizinischen Gründen ist ausgeschlossen. Auch homosexuelle Männer und Frauen können derartige Verfahren in Anspruch nehmen.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, bekannte Samen- und Eizellspende, Embryospende und Leihmutterchaft; anonyme Samen- und Eizellspende sind ausgeschlossen,

## ÖSTERREICH

Grundsätzlich ist die Zulässigkeit reproduktionsmedizinischer Technologien durch das im Juni 1992 in Kraft getretene Fortpflanzungsmedizinengesetz geregelt. Geändert wurde es durch das im Jahr 2000 in Kraft getretene IVF-Fonds-Gesetz. Darin wird die Kostenübernahme der IVF durch die öffentliche Hand geregelt (die zu 70 % vom »IVF-Fonds« getragen werden). Die Kostenübernahme ist auf vier ART-Veruche beschränkt. Erlaubt ist die IFV in einer Ehe- oder eheähnlichen Gemeinschaft, die Frau soll jünger als 40 und der Mann jünger als 50 Jahre sein. Es dürfen nur Eizellen und Samen von Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden. Für die künstliche Insemination darf nur dann der Samen eines Dritten verwendet werden, sofern der Ehegatte oder Lebensgefährte nicht zeugungsfähig ist. Im Vergleich zu anderen Ländern ist Österreich einen »Mittelweg« gegangen. Trotzdem hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im Falle »S.H. and others vs. Austria« am 1. April 2010

eine Grundsatzentscheidung getroffen (Application no. 57813/00), die sich auf alle europäischen Länder auswirken kann (wenn die Entscheidung gegen den eingelegten Widerspruch Bestand hat). Die Entscheidung richtet sich gegen die in Österreich verbotene Eizell- und Samenspende von Dritten bei der IVF. Der EGMR stellt fest, dass das österreichische Verbot ein Verstoß gegen Art. 14 (Diskriminierungsverbot) in Verbindung mit Art. 8 (Recht auf Achtung des Familienlebens) darstellt, wie sie vom EGMR geregelt sind.

Zusammengefasst: PID ist mithilfe der Polkörperdiagnostik erlaubt, ebenso die Kryokonservierung und die Samenspende (jedoch identifizierbar für volljährige Kinder) bei der intrauterinen Insemination. Verboten sind anonyme Eizell- und Samenspenden, die Embryospende sowie die Leihmutterchaft.

## SCHWEDEN

Das IVF-Gesetz vom 1. Januar 1989 bildet die rechtliche Grundlage für die reproduktionsmedizinische Praxis. Die IVF ist für heterosexuelle Paare im Rahmen der Ehe oder einer eheähnlichen Beziehung verfügbar. Die Paare müssen eigenes Spermium und eigene Eizellen verwenden. Seit dem 1. Juli 2005 ist auch die Befruchtung von homosexuellen Frauen erlaubt. Leihmutterchaft und Embryospende sind nicht erlaubt. Eine Altersgrenze ist auf staatlicher Ebene nicht vorgesehen, aber die verschiedenen Bezirksräte haben die obere Altersgrenze bei Frauen auf 35 bis 37 Jahre (je nach individueller Voraussetzung) festgelegt. Verboten sind das Klonen von Embryonen und Eizellen. Das Gesetz über Maßnahmen für die Forschung oder Behandlung befruchteter menschlicher Eizellen von 1991 regelt im Unterschied dazu die Forschung hinsichtlich der Fortpflanzung und der Embryonenentwicklung. Das Gesetz regelt außerdem die Lagerung von Embryonen, wobei Embryo-

nen über fünf Jahre hinweg kryokonserviert werden können. Die Forschung darf nur innerhalb von 14 Tagen nach der Befruchtung und mit Zustimmung des Spenders erfolgen. Dabei darf keine genetische Veränderung des Embryos versucht werden. Nach einem Forschungseingriff muss der Embryo vernichtet werden.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID und Kryokonservierung sowie Samen- und Eizellspende. Verboten sind anonyme Samen- sowie die Embryospende, ebenso die Leihmutterchaft.

## SCHWEIZ

In der Schweiz stellt das Bundesgesetz für die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998 die gesetzliche Grundlage für die reproduktionsmedizinischen Verfahren dar. Erlaubt sind diese für Paare im gebärfähigen Alter im Rahmen der Ehe oder einer eheähnlichen heterosexuellen Beziehung. Gespendeter Samen darf nur bei Ehepaaren verwendet werden. Eine posthume Zeugung eines Embryos mit dem Spermium des verstorbenen Ehegatten ist verboten. Die Spende von Spermium und Eizellen ist erlaubt, eine Embryospende und Leihmutterchaft ist verboten, ebenso das Embryonen- und Eizellenklonen.

Zusammengefasst: Erlaubt ist die Polkörperdiagnostik, nicht jedoch die PID. Anonyme Samen-, Eizell- und Embryospende sowie Leihmutterchaft sind verboten; erlaubt ist die bekannte Samenspende.

## SPANIEN

Die Maßnahmen der Reproduktionsmedizin sind durch ein Gesetz vom 28. Dezember 1988 über die Spende und die Verwendung von menschlichen Embryonen und Föten bzw. deren Zellen, Geweben und Organen geregelt. Das spanische Recht beschränkt

nicht den Zugang zur Behandlung von Unfruchtbarkeit nach dem Familienstand. Auch alleinstehende Frauen können behandelt werden, wenn sie älter als 18 Jahre sind, Altersbeschränkungen nach oben gibt es nicht. Posthume Empfängnis durch künstliche Besamung mit Spermia des verstorbenen Ehegatten oder Lebenspartners ist zulässig, wenn die Einwilligung des Verstorbenen innerhalb von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt seines Todes belegt wurde. Samen- und Eizellspenden sind erlaubt. Die Leihmutter ist zwar nicht verboten, aber die gebärende Mutter ist auch die rechtliche. Die Spende wird anonym behandelt. Das Embryonen- und Eizellenklonen ist verboten. Nur in wenigen autonomen Regionen (z.B. Katalonien) werden die Kosten für die IVF von den Krankenversicherungen erstattet.

Zusammengefasst: Erlaubt sind PID, Kryokonservierung, anonyme Samen-, Eizell- und die Embryospende. Verboten sind bekannte Samen- und Eizellspende sowie (mit Einschränkungen) die Leihmutter.

## ZUSAMMENFASSENDE EINSCHÄTZUNG

Ein Überblick über die Regulierungen zeigt, dass die medizinisch-technischen Verfahren der Reproduktionsmedizin im europäischen Vergleich – obwohl im Wesentlichen gleich – nicht in gleicher Weise von der Reproduktionsmedizin eingesetzt bzw. von Kinderwunschpaaren in Anspruch genommen werden können. Insgesamt ist die Rechtslage in Europa weit ausdifferenziert. Dieser Verschiedenheit liegen im Wesentlichen unterschiedliche historische Entwicklungen sowie kulturelle, religiöse, soziale, politische und ökonomischen Aspekte zugrunde. Allerdings wird auf europäischer Ebene seit einiger Zeit versucht, diese Unterschiede in den Rechtsmaterien zu harmonisie-

ren. Insbesondere spielt hier der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte eine wichtige Rolle – wie z.B. seine Entscheidung vom 1. April 2010 gezeigt hat, in der das Verbot der Eizell- und Samenspende als Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot bezeichnet wird. Es ist evident, dass damit das Tor für mögliche bzw. notwendige regulatorische Änderungen im Bereich der Reproduktionsmedizin weit aufgestoßen wurde – nicht nur für das originär betroffene Österreich, sondern auch für andere Länder. Unmittelbar relevant ist dies insbesondere für die PID, die Samen- und Eizellspende und die Kryokonservierung von Embryonen.

## SONDERFALL PID

Am Beispiel der drei Länder Belgien, Frankreich und Großbritannien soll exemplarisch die aktuelle Situation hinsichtlich der gesetzlichen Regelung und Praxis der PID beleuchtet werden. In allen drei Ländern ist die PID zwar zugelassen und auch die (Stammzell-) Forschung an – nach durchgeführter PID – gespendeten Embryonen gestattet, dennoch ergeben sich erhebliche Unterschiede in der rechtlichen Aus-

gestaltung und Durchführungspraxis, insofern jedes der drei Länder einen eigenen Weg gefunden hat, Reproduktionstechnologie und Embryonenforschung zu regulieren (TAB 2010).

Der belgische Weg zeichnet sich durch eine weitgehende Nichtregulierung aus. Die medizinische Reproduktionstechnologie sowie die PID werden in allen wesentlichen Belangen durch die reproduktionsmedizinischen Zentren autonom geregelt (wenn auch in enger freiwilliger Kooperation mit lokalen Ethikkommissionen). Die Zentren für assistierte Reproduktion entwickelten sich von Anfang an sehr rasch, da zunächst keine besonderen Lizenzierungsverfahren existierten. Aufgrund fehlender rechtlicher Einschränkungen legen sie ihr spezifisches Angebotspektrum an Behandlungsverfahren selbst fest. Auf die Qualitätssicherung wird gleichwohl hoher Wert gelegt. Aufgrund der freizügigen Zulassungspraxis kam es in Belgien rasch zu »Überkapazitäten«, was Belgien weltweit – aber vor allem auch für betroffene Paare aus EU-Ländern mit restriktiveren Regelungen – attraktiv machte. Bereits vor zehn Jahren kamen 30 % aller Patientinnen/ Paare aus dem Ausland (und 60 % al-

ABB. ÜBERSICHT DER VERBOTSTATBESTÄNDE IN EUROPA (AUSWAHL)

Land	Eizellspende	Präimplantationsdiagnostik	morphologische Embryonenauswahl
Belgien	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Dänemark	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Deutschland	verboten	(verboten)	(verboten)
Frankreich	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Großbritannien	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Italien	verboten	verboten	verboten
Niederlande	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Österreich	verboten	verboten	erlaubt
Spanien	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Schweden	verboten	erlaubt	erlaubt
Schweiz	verboten	verboten	verboten
Irland	(erlaubt)	(ungeregelt)	(ungeregelt)

Quelle: eigene Zusammenstellung

ler Empfängerinnen einer Eizellspende), und die Hälfte der Frauen, die sich einer PID am größten belgischen ART-Zentrum, dem »Centrum voor Reproductieve Geneeskunde« (CRG), unterzogen, kamen aus Deutschland (Nippert 2006).

In Frankreich schränken hingegen die 1994 verabschiedeten (und 2004 novellierte) »Bioethikgesetze« die professionelle Autonomie der Anbieter von ART, PND und PID erheblich ein: Es existieren ein striktes Regelwerk für die Zulassung und die Anwendung dieser Verfahren sowie effektive Überwachungsinstrumente. Auch der Zugang für potenzielle Nutzer dieser Verfahren wird nach klaren soziodemografischen Merkmalen eingeschränkt: ART und PID gelten nur dann als »legitime Heilverfahren« und werden als solche zu 100 % von den Krankenkassen erstattet, wenn sie weibliche oder männliche Unfruchtbarkeit behandeln oder die Weitergabe schwerer genetisch bedingter Erkrankungen/Behinderungen an das zukünftige Kind vermeiden. Für eine PID sind außerdem nur heterosexuelle Paare, die entweder verheiratet sind oder seit mindestens zwei Jahren in einer festen Partnerschaft leben, zugelassen. Immerhin wird die PID als Heilbehandlung anerkannt und vollständig von den Krankenversicherungen erstattet (Nippert 2006). Jährlich werden durchschnittlich ca. 100 PID durchgeführt, die schätzungsweise zu 10 bis 20 Geburten pro Jahr führen (mit leicht steigender Tendenz).

Großbritannien schließlich gilt als das Mutterland der PID, die dort entwickelt und 1990 eingeführt wurde. Hier wurde auch erstmals (1989) innerhalb der EU ein Gesetz erlassen, das alle einschlägigen Aspekte von ART, PID und Embryonenforschung regelt, der »Human Fertilisation and Embryology Act«. Mit diesem Gesetz hat sich Großbritannien eine relativ freizügige Regelung in diesen Bereichen gegeben. Nur

wenig später wurde auf der Grundlage dieses Gesetzes eine zentrale Einrichtung, die »Human Fertilisation and Embryology Authority« (HFEA), gegründet, der die Regulierung, Lizenzierung und Überwachung von ART und Embryonenforschung obliegt und die sich aus Mitteln des Department of Health (DoH) bzw. aus erhobenen Lizenzgebühren finanziert. Die HFEA wacht z.B. darüber, dass ein Zentrum, das PID anbietet, grundsätzlich ein multidisziplinäres Team (bestehend aus Fachärzten für Reproduktionsmedizin, Embryologen, klinischen Genetikern, genetischen Beratern, Zyto- und Molekulargenetikern) vorhält (Nippert 2006).

Dafür, ob eine PID angeboten bzw. durchgeführt werden kann, ist die subjektive Wahrnehmung des Risikos durch das Paar ein wesentlicher Faktor: Es kommt u.a. sehr darauf an, wie das betroffene Paar das Ausmaß der potenziellen Störung/Erkrankung eines Kindes und die mögliche familiäre Belastung durch ein solches Kind einschätzt (Nippert 2006). Zudem legt der »Code of Practice« fest, wem eine PID überhaupt angeboten werden kann und wie die Patienten zu informieren und zu beraten sind: So kann sie nur Frauen angeboten werden, die älter als 35 Jahre sind, die häufiger Aborte hatten, oder Frauen, bei denen mehrere vorausgehende IVF-Versuche erfolglos waren. Je nach Fall kann die Festlegung der Prioritäten anders ausfallen. Infolgedessen stellt die Durchführung einer PID (die immerhin für mehr als 50 monogene Erkrankungen zugelassen ist) immer eine Einzelfallentscheidung dar, die letztlich durch die HFEA getroffen wird. Auch die Finanzierung einer PID durch den »National Health Service« erfolgt erst nach einer individuellen Beurteilung des jeweiligen Falles: Dabei sollten allenfalls drei PID-Behandlungszyklen finanziert werden.

Diese Praxis ist in Großbritannien nicht unbestritten, die öffentliche Ak-

zeptanzbasis für PID ist durchaus fragil und der »public trust« keineswegs sichergestellt: Nach einer 2005 vom Daily Telegraph veröffentlichten Befragung befürworteten zwar 51 % der Befragten, »dass Eltern und Ärzte das Recht haben sollten, von nach IVF gezeugten Embryonen diejenigen auszuwählen, die die geringste Chance haben, bestimmte Erkrankungen zu entwickeln«; jedoch lehnten immerhin 31 % dies ab, während 18 % unentschieden waren (Nippert 2006, S. 81). Angesichts der rasch fortschreitenden Entwicklungen im Bereich der ART-Technologien und der neuen Forschungsmöglichkeiten erscheint vielen Experten und Betroffenen die Regulierungsbasis oft als zu vage, auf der die HFEA ihre Entscheidungen treffen muss.

## SITUATION IN DEUTSCHLAND

Die Reproduktionsmedizin wird in Deutschland durch verschiedene Gesetze und Verordnungen reguliert, wobei bestimmte Regeln allgemeingültig für unterschiedliche Bereiche der Medizin gelten und im Zusammenspiel mit spezialgesetzlichen Regeln zu einer Unübersichtlichkeit und auch zu Widersprüchen führen können. Auch ist das Recht der Reproduktionsmedizin wegen verschiedener Unklarheiten bzw. Bestimmtheitsmängel im ESchG zum Teil durch eine Rechtsunsicherheit bezüglich verschiedener neuer Techniken der Reproduktionsmedizin geprägt (Vogt 2008, S. 18 ff.). Einige Unklarheiten des ESchG könnten sich nach Ansicht von Simon et al. (2010, S. 4) durch Auslegung beseitigen lassen. Diese Möglichkeiten werden von Teilen der Rechtsprechung und der Rechtswissenschaft auch durchaus genutzt. Dabei ist eine zunehmende Tendenz festzustellen, die medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritte und die heute offene und überwiegend positive Haltung der Gesellschaft zur Reproduktionsmedizin aufzunehmen und die Regeln des ESchG – dort, wo

dies möglich ist – weit auszulegen. Die jüngste Rechtsprechung in Deutschland, insbesondere das Urteil des BGH zur PID vom 6. Juli 2010, steht damit überwiegend im Einklang.

Veränderte gesellschaftliche Moralvorstellungen, neue wissenschaftliche Erkenntnisse und der Fortschritt auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin bereiten offensichtlich den Boden, einige der im ESchG enthaltenen Verbote infrage zu stellen (Döhmen/König 2008, S. 684). Dies gilt insbesondere für die Anwendung bestimmter Techniken der Reproduktionsmedizin, wie z.B. den elektiven Single-Embryo-Transfer (eSET) oder die PID (Neidert 2010). Es ist ganz offensichtlich notwendig, dass die Gesellschaft und insbesondere der Gesetzgeber nach Lösungen suchen, die einer Erweiterung der rechtlichen »Grauzone« effektiv entgegenwirken. Speziell das Embryonenschutzgesetz ist inzwischen 20 Jahre alt. Es ist deshalb sinnvoll zu überprüfen, ob das Gesetz dem aktuellen »state of the art« der reproduktionsmedizinischen Entwicklung noch standhält und gewährleistet, Paare mit unerfülltem Kinderwunsch auch in Deutschland nach dem derzeitigen besten medizinischen Standard zu behandeln (Diedrich 2008, S. 9). Riedel (2008, S. 12) merkt an, dass auch das Strafrecht mit seinen kasuistischen Verbotsnormen zu statisch sei und die Weiterentwicklung der reproduktionsmedizinischen Wissenschaft und Technik nicht integrieren könne. Es sei fragmentarisch, unflexibel und bereits deswegen notgedrungen lückenhaft, zumal wenn es sich wie hier um die Regelung einer sich ständig weiter entwickelnden medizinischen Technologie handelt.

Vor dem zuvor geschilderten Hintergrund wird jedenfalls von vielen Experten und Organisationen nicht nur eine Spezifizierung der geltenden Rechtspraxis gefordert, sondern zumeist auf eine umfassende Novellierung der Gesetzeslage und ggf. die Schaffung eines

einheitlichen Fortpflanzungsmedizingesetzes gedrungen – wobei nicht selten auch auf die Erfolge und hohe Akzeptanz der von Deutschland abweichenden rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in anderen Ländern verwiesen wird.

## LITERATUR

Diedrich, K. (2008): Einleitung. In: Diedrich, K., Felberbaum, R., Griesinger, G., Hepp, H., Kreß, H., Riedel, U.: Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich – Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung. Berlin, S. 8–10

Döhmen, G., König, K. (2008): Die Problematik des Reproduktionstourismus – Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. In: *Frauenarzt* 49(8), S. 684–687

Frommel, M., Taupitz, J., Ochsner, A., Geisthövel, F. (2010): Rechtslage der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 7, S. 6–105

Lehmann, M. (2007): Die In-vitro-Fertilisation und ihre Folgen. Eine verfassungsrechtliche Analyse. Bonn

Neidert, R. (2010): Embryonenschutz im Zwiespalt zwischen staatlichem Gesetz und ärztlicher lex artis. In: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 4(3), S. 85–87

Nippert, I. (2006): Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin

Riedel, U. (2008): Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. In: Diedrich, K., Felberbaum, R., Griesinger, G., Hepp, H., Kreß, H., Riedel, U.: Reproduktionsmedizin im internatio-

nen Vergleich – Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung. Berlin, S. 11–21

Schulz, S. (2008): Eins statt Drei: Verstoß gegen das Embryonenschutzgesetz. In: *GID* 190, S. 33–35

Simon, J.W., Paslack, R., Robiński, J. (2010): Rechtliche Rahmenbedingungen für die Anwendung reproduktionsmedizinischer Interventionen. (unveröffentlicht). St. Jean de Saverne u.a.O.

TAB (Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag) (2010): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen. TAB-Arbeitsbericht Nr. 139 (im Druck). Berlin

Taupitz, J. (2008): Therapeutisches Klonen. In: Günther, H.-L., Taupitz, J., Kaiser, P. (Hg.): Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Einführungen. Stuttgart, S. 88–111

Vogt, B. (2008): Methoden der künstlichen Befruchtung. »Dreierregel« versus »Single Embryo Transfer: Konflikt zwischen Rechtslage und Fortschritt der Reproduktionsmedizin im Vergleich mit sieben europäischen Ländern. *Recht & Medizin* 87, Frankfurt

## KONTAKT

Dr. Christoph Revermann  
030/28491109  
revermann@tab.beim-bundestag.de