

Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts

Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

2. Juli 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Anlass für die Diskussion in der Bioethikkommission	5
3	Naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen der assistierten Fortpflanzungshilfe.....	8
3.1	Basisinterventionen der assistierten Fortpflanzungshilfe	8
3.1.1	Hormonelle Stimulation der Eierstöcke und Verkehr zum optimalen Zeitpunkt.....	8
3.1.2	Insemination (IUI)	8
3.1.3	In-vitro-Fertilisation, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion, Assisted Reproductive Technologies mit Embryotransfer	9
3.2	Assistierte Fortpflanzungshilfe im heterologen System	10
3.2.1	Heterologe Insemination	10
3.2.2	Heterologe In-vitro-Fertilisation	10
3.3	Kryokonservierung	10
3.4	Präimplantationsdiagnostik.....	11
3.4.1	Untersuchungsmaterialien.....	11
3.4.2	Mosaikbildung	12
3.4.3	Untersuchungsmethoden für PID	13
3.4.4	Einsatzgebiete der PID	13
3.4.5	Naturwissenschaftlich-medizinische Problemfelder der PID.....	15
3.5	Für ART relevante Erkenntnisse aus der Epigenetik.....	15
4	Rechtliche Aspekte der Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts.....	16
4.1	Grundzüge der geltenden Rechtslage.....	16
4.2	Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen.....	18
4.2.1	Grundlagen.....	18
4.2.2	„Fortpflanzungsfreiheit“	18
4.2.3	Legitime Gründe für Einschränkungen der Fortpflanzungsfreiheit	19
4.2.4	Ausgewählte verfassungsrechtliche Problemzonen im geltenden FMedG.....	20

5	Ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin	35
5.1	Ethische Positionen	35
5.1.1	Zum Begriff der Menschenwürde	36
5.1.2	Das Recht auf Fortpflanzung und seine potentiellen Einschränkungen.....	36
5.1.3	Fragen der Gerechtigkeit und der Nicht-Diskriminierung	40
5.2	Fortpflanzungsmedizinische Methoden aus der Perspektive der Frau	41
5.2.1	Zu Kinderwunsch und unfreiwilliger Kinderlosigkeit.....	41
5.2.2	In-vitro-Fertilisation	42
5.2.3	Eizellspende und Leihmutterschaft	43
5.3	Abschließende Bemerkungen	43
6	Empfehlungen.....	44
6.1	Spezielle reproduktionsmedizinische Verfahren und Themen	44
6.1.1	Samenspende und Eizellspende	44
6.1.2	Medizinisch unterstützte Fortpflanzung außerhalb von Ehe und eheähnlichen Gemeinschaften.....	45
6.1.3	Präimplantationsdiagnostik	45
6.1.4	Embryonenspende	46
6.2	Qualitätsmanagement	46
7	Abweichende Auffassung.....	48
7.1	Vorwort	48
7.2	Ethische Überlegungen	48
7.2.1	Ethik und Anthropologie	48
7.2.2	Ethik und Recht	49
7.2.3	Der Wunsch nach dem eigenen Kind	49
7.2.4	Zur moralischen Relevanz der Technik und Qualitätssicherung	50
7.2.5	Das Wohl der Kinderwunschpatientin	50
7.2.6	Das Wohl der Eizellspenderin.....	51
7.2.7	Das Wohl des Kindes	52
7.2.8	Harm Reduction und die Verantwortung für die Ursachen zunehmender Sterilität	56
7.2.9	Das Dilemma mit überzähligen Embryonen	57
7.2.10	Interessen und Rechte Dritter	57
7.2.11	Präimplantationsdiagnostik	58
7.2.12	Das Phänomen des Reproduktionstourismus.....	60

7.3	Rechtliche Aspekte	62
7.3.1	Verfassungsrechtliche Bedenken	62
7.3.2.	Rechtsfragen aus der gängigen Praxis	72
7.4	Zusammenfassung und Empfehlungen	73
7.4.1	Reform nicht verfassungsrechtlich geboten	73
7.4.2	Schutz des Embryos	73
7.4.3	Erhöhte Verantwortung durch technische Möglichkeiten	74
7.4.4	Reproduktionstourismus und soziale Gerechtigkeit.....	74
7.4.5	Ursachenforschung und -bekämpfung.....	75
7.4.6.	Qualitätssicherung und Dokumentation	75
7.4.7	IVF im homologen System.....	76
7.4.8	Eizellspende	76
7.4.9	Beschränkung medizinisch unterstützter Fortpflanzung auf heterosexuelle Paare.....	76
7.4.10	Embryonenspende	77
7.4.11	Präimplantationsdiagnostik	77
8	Referenzen	79
9	Mitglieder der Bioethikkommission	100

1 Einleitung

In den letzten 30 Jahren sind wir Zeugen einer weltweiten enormen gesellschaftlichen Veränderung geworden: Elternschaft und Familie entsprechen im beginnenden 21. Jahrhundert nicht mehr ausschließlich dem althergebrachten Familienideal von Mutter, Vater und Kind. Nicht nur hat die Großfamilie ihre Bedeutung verloren. Eine zunehmende Zahl von Familien besteht nur aus einem Elternteil und Kind und es bilden sich „Patchworkfamilien“ unterschiedlichster Zusammensetzung. Auch die Rolle der Frau war und ist Veränderungen in unserer Gesellschaft unterworfen. Frauen suchen nicht nur vermehrt Erfüllung im Beruf, sie gehen auch anders mit Fragen der Familiengründung um. Der Bogen reicht hier von der Akzeptanz bewusst gewählter Kinderlosigkeit bis hin zu späten Schwangerschaften und der Aufspaltung in genetische und soziale Elternschaft sowie Gestationselternschaft (Austragen eines Kindes durch eine Leihmutter). Durch die Möglichkeiten, dass auch gleichgeschlechtliche Paare eine gesetzlich anerkannte Partnerschaft eingehen können - in Österreich seit Jänner 2010 - hat sich zusätzlich eine weitere Dimension dieser gesellschaftlichen Wirklichkeit ergeben. Der Familienbegriff muss angesichts der medizinischen und gesellschaftlichen Möglichkeiten grundlegend neu betrachtet und gegebenenfalls gesetzlich neu verankert werden.

Fragen des Lebensanfanges wie die Reproduktionsmedizin betreffen Entscheidungen, die zunehmend vom Einzelnen selbst verantwortet werden müssen, bei denen die traditionelle Funktion des Staates und seine Obsorge für den individuellen Körper und die Volksgesundheit eine andere geworden ist.¹ Es gilt, diese Änderungen zur Kenntnis zu nehmen und sich als Gesellschaft den globalen Herausforderungen offen zu stellen. Dies bedeutet weder, alles zuzulassen, noch alles kategorisch abzulehnen.

2 Anlass für die Diskussion in der Bioethikkommission

Gerade die Entstehungsgeschichte der Bioethikkommissionen ist eng mit den ethischen Fragen, die sich durch die Fortpflanzungsmedizin ergeben, verbunden. So war dieses Thema der Auslöser für die Einrichtung der ersten Bioethikkommission überhaupt, nämlich des französischen Comité Consultatif National d’Ethique im Jahre 1983 in Frankreich.² Auch die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat sich seit ihrer Gründung im Jahr 2001 schon mehrfach mit der Thematik der Reproduktionsmedizin befasst: hervorzuheben sind der Bericht zur Präimplantationsdiagnostik³ und der Entwurf zur Fortpflanzungsmedizinergesetz-Novelle⁴, beide aus dem Jahr 2004. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung ist in Österreich im Fortpflanzungsmedizinergesetz (FMedG BGBl 1992/275 idF BGBl I 010/111) geregelt. Dieses Gesetz, das für medizinische Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr gilt, wurde 1992 beschlossen und existiert heute – 20 Jahre danach – nahezu im noch gleichen Wortlaut.

Das Fortpflanzungsmedizinergesetz hat inhaltlich den gesellschaftlichen Änderungen der letzten 20 Jahre nicht Rechnung getragen, was in der Folge durch mehrere parallele Anlässe zur Diskussion innerhalb der Bioethikkommission geführt hat:

Einerseits kam es zu einem Verfahren gegen Österreich vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), bei dem das Verbot von Eizell- und Samenspenden bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) Gegenstand war. Der EGMR stellte in diesem Verfahren in erster Instanz – in der Kleinen Kammer – fest, dass das absolute Verbot der Eizellspende als auch das Verbot der IVF mit von dritter Seite gespendetem Samen gegen Artikel 14 (Diskriminierungsverbot) in Verbindung mit Artikel 8 (Recht auf Achtung des Familienlebens) der Europäischen Menschenrechts-Konvention (EMRK) verstößt. Das Verfahren war von zwei österreichischen Paaren, nachdem ihre Individualanträge vor dem Verfassungsgerichtshof im Jahre 1999 abgewiesen wurden, angestrengt worden. Die Bioethikkommission hat in der Folge in ihrer Sitzung vom April 2010 dieses – damals erstinstanzliche – Urteil (Entscheidung des EGMR vom 1. April 2010, S.H. und andere gegen Österreich) diskutiert und ist zum Entschluss gekommen, dass das österreichische Fortpflanzungsmedizingesetz der EMRK widerspricht, eine Reform des Gesetzes unausweichlich macht und dass diese Reform sich nicht nur auf eine punktuelle Korrektur der vom EGMR beanstandeten Regelungen beschränken sollte. Der Gesetzgeber solle vielmehr die Entscheidung des EGMR zum Anlass nehmen, auch andere Wertungswidersprüche im Fortpflanzungsmedizingesetz zu beseitigen. Die Bioethikkommission verwies in dieser Pressemitteilung⁵ auch auf ihre Stellungnahmen zur Präimplantationsdiagnostik aus dem Jahr 2004 und zur Forschung an humanen embryonalen Stammzellen aus dem Jahre 2009.

Im Oktober 2010 beauftragte Bundeskanzler Werner Faymann die Bioethikkommission, die ethischen Aspekte des Fortpflanzungsmedizingesetzes umfassend zu diskutieren. Als die auf Grund der dynamischen gesellschaftlichen Entwicklungen und innovativen medizinischen Techniken neu zu bewertenden Fragen wurden vor allem die folgenden definiert:

- Eizell- und Samenspende im Rahmen der In-vitro-Fertilisation (IVF), Embryonenspende,
- Künstliche Befruchtung außerhalb der Ehe und eheähnlicher Lebensgemeinschaften,
- Einsatz von Techniken der Präimplantationsdiagnostik (PID).

Gleichzeitig befasste sich auch der Oberste Sanitätsrat der Republik Österreich, ein Beratungsgremium für den Bundesminister für Gesundheit, mit dem Thema Reproduktionsmedizin. Im Fokus dieser Beratungen stand die Qualitätskontrolle der Fortpflanzungsmedizin: Themen wie Erfassung der Datenlage und Etablierung eines offiziellen österreichischen Registers sowie von Richtlinien für die Vermeidung von komplizierten Mehrlingsschwangerschaften zum Wohle von Mutter und Kind standen im Vordergrund dieser Betrachtungen. Das Dokument des Obersten Sanitätsrates floss in die Beratungen der Bioethikkommission schon auch deshalb ein, weil einzelne Mitglieder damit inhaltlich bzw. darüber hinaus durch Mitgliedschaft in beiden Gremien befasst waren.

Im November 2011 hat die von der Republik Österreich nach dem erstinstanzlichen Urteil in Folge angerufene Große Kammer des EGMR dieses o.a. Urteil jedoch nicht bestätigt, sondern vielmehr die Ansicht vertreten, dass diese Eingriffe in das Recht auf Privat- und Familienleben zulässig seien. Wichtig für Österreich und somit auch für die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt war aber – verkürzt gesagt – die Aussage des Gerichtshofes, dass er sich im

Anlassfall auf den Beurteilungszeitpunkt des Jahres 1999 beziehe, diese Beurteilung aber im Falle einer neuerlichen Prüfung auf Grund des Trends einer europäischen Liberalisierung anders aussehen könnte. Jedenfalls hat der Gerichtshof beanstandet, dass der österreichische Gesetzgeber während der letzten Jahre keine rechtspolitische Evaluierung des Fortpflanzungsmedizinrechts unternommen habe.

Unterstützend wurde im Juni 2011 von der Bioethikkommission in diesem Zusammenhang eine internationale Tagung in Wien veranstaltet, die zum Ziel hatte, diese Fragen aus juristischer, soziologischer, medizinischer sowie historischer Sicht zu beleuchten sowie die Meinung der Öffentlichkeit zu hören. Um auch Jugendlichen eine aktive Rolle in diesem Prozess zu geben, haben drei Schulen in Projektarbeiten die Themen "Fortpflanzungsmedizin und genetische Erkrankungen", "Fortpflanzungsmedizin außerhalb traditioneller Familienstrukturen" und "Fortpflanzung post mortem" aufgearbeitet. Zum Abschluss der Veranstaltung diskutierten die Gesundheitssprecher der im Parlament vertretenen Parteien über die Anforderungen an die Politik im Zusammenhang mit der Zukunft der Reproduktionsmedizin.

Im Juli 2011 stimmte im benachbarten Deutschland unter großer Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit die Mehrheit der Abgeordneten des Deutschen Bundestages für eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) an Embryonen, wenn Paare eine Veranlagung für eine schwerwiegende Erbkrankheit in sich tragen oder bei ihnen mit einer Tot- oder Fehlgeburt zu rechnen ist. Schon im März hatte der Deutsche Ethikrat eine mehrheitliche Stellungnahme für eine begrenzte Zulassung der PID veröffentlicht.⁶

Im Oktober 2011 wurde die Bioethikkommission turnusmäßig neu bestellt und in einer geringfügig anderen Zusammensetzung die Diskussion der ethischen Aspekte des Fortpflanzungsmedizingesetzes weitergeführt.

Beschleunigt wurde die Diskussion durch eine konkrete Anfrage des Verfassungsgerichtshofes im Februar 2012. Dieser wendete sich an die Bioethikkommission mit der Bitte um Stellungnahme in einem Gesetzesprüfungsverfahren. Die zu beantwortende Frage war, „ob und bejahendenfalls welche Umstände aus dem Blickwinkel der von der Bioethikkommission wahrzunehmenden Belange die derzeitige gesetzliche Beschränkung zulässiger Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin auf – erstens – nicht alleinstehende Partner (bzw. auf Ehegatten) – und zweitens – verschiedenen Geschlechts zu rechtfertigen vermögen.“ Die Bioethikkommission hat diese Stellungnahme im April 2012 beantwortet und veröffentlicht.⁷

Die Parallelität dieser Ereignisse verweist auf die Dringlichkeit der Befassung mit der Fortpflanzungsmedizin in Österreich. Es ist geboten, die einzelnen Begriffe und Probleme zu analysieren, zu bewerten und praktische Lösungsvorschläge zu erarbeiten und anzubieten. Im Zentrum dieser Debatte stehen die Interessen und das Wohlergehen der künftigen Kinder und die elterlichen Interessen sowie die reproduktive Autonomie, aber auch grundrechtliche Positionen.

3 Naturwissenschaftlich-medizinische Grundlagen der assistierten Fortpflanzungshilfe

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung wird seit über drei Jahrzehnten durchgeführt und ist weltweit etabliert. Es liegen nunmehr breite und gut dokumentierte Ergebnisse dieser sich weiter entwickelnden Technologie vor.

Eine grundsätzliche Problematik, die sich im Rahmen der assistierten Fortpflanzungshilfe stellt, ist der Zusammenhang zwischen hormoneller Stimulation und Frühgeburtlichkeit. Hormonelle Stimulation kann zum Heranreifen mehrerer Follikel führen. Im Fall einer nachfolgenden Kohabitation oder Insemination birgt dies die Gefahr einer Mehrlingsschwangerschaft.⁸ Die Frühgeburtenrate ist direkt proportional zur Mehrlingsrate. Zudem gilt: je höhergradig die Mehrlinge, desto früher kommt es zur Frühgeburt.⁹ Extreme Frühgeburtlichkeit ist mit Folgeproblemen wie Hirnblutungen, Schädigungen der Augen, späteren Entwicklungsstörungen und Behinderungen verbunden.¹⁰ Bereits Zwillingschwangerschaften gehen mit erhöhten Risiken einher.¹¹

Im Fall einer Mehrlingsschwangerschaft erhöht sich auch das Risiko für Mütter, insbesondere mit höherem maternalen Alter. Das Alter der Frau ist ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Entscheidung, wie viele Embryonen transferiert werden sollen.¹² Die Empfehlungen der IVF-Gesellschaften Österreichs zu medizinisch begründeter Transferpraxis sehen in medizinisch begründeten Fällen den Transfer von bis zu drei Embryonen vor.¹³ Der Single-Embryotransfer stellt jedoch die sicherste Vorbeugung gegen Mehrlingsschwangerschaften nach IVF dar.

3.1 Basisinterventionen der assistierten Fortpflanzungshilfe

3.1.1 Hormonelle Stimulation der Eierstöcke und Verkehr zum optimalen Zeitpunkt

Frauen, bei denen Eibläschen nicht in einem entsprechenden Monatszyklus heranreifen, benötigen eine hormonelle Stimulation ihrer Eierstöcke und ggf. eine Induktion des Eisprungs. Diese Schritte assistierter Konzeption werden sonographisch wie laborchemisch überwacht, um ein etwaiges Heranreifen mehrerer Follikel zu erkennen.

3.1.2 Insemination (IUI)

Insemination ist das Einbringen von Sperma in die Gebärmutterhöhle zum Zeitpunkt des Eisprungs. Ein Monitoring der Eibläschen und eine laborchemische Überprüfung der Hormonwerte sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Insemination. Werden mehrere Eibläschen und entsprechend höhere Östrogenwerte festgestellt, wird von einem Einbringen von Sperma Abstand genommen.

Die Indikationen zur Inseminationsbehandlung sind Spermioogramme, die insbesondere eine verminderte Progressivität der Spermien aufweisen, hormonelle Probleme der Frau, die eine Stimulationsbehandlung erforderlich machen, um den Eisprung einzuleiten, sowie ein positiver Sims-Humer-Test, der anzeigt, dass sich Spermien und Cervikalschleim nicht vertragen, so dass ein Hochwandern der Spermien aus dem hinteren Fornix der Scheide in die Gebärmutter

verhindert wird. Diese Probleme können über ein direktes Einbringen von Spermia in die Gebärmutterhöhle umgangen werden.

Die Insemination als wenig invasive und nebenwirkungsarme Intervention ist bei funktionstüchtigen Eileitern und ausreichend gutem Spermia in 5 und 15 % der Fälle erfolgreich. Die Erfolgchancen hängen insbesondere von der Qualität und der Praxis des medizinischen Personals ab.¹⁴

3.1.3 In-vitro-Fertilisation, Intrazytoplasmatische Spermieninjektion, Assisted Reproductive Technologies mit Embryotransfer

In-vitro-Fertilisation (IVF) ist die Befruchtung von Eizellen durch Spermien im Reagenzglas. Sie kommt als Intervention der assistierten Fortpflanzungshilfe dann zur Anwendung, wenn die Eileiter der Frau nicht durchgängig sind, eine Endometriose besteht, ein ausgeprägtes polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) vorliegt (man befürchtet das Heranreifen zu vieler Follikel und würde bei einer Inseminationsbehandlung deshalb höhergradige Mehrlinge produzieren) und bei eingeschränkten Spermioogrammen. Die Frau muss dazu hormonell stimuliert werden. 36 Stunden nach Ovulationsinduktion erfolgt ultraschallgezielt eine Punktion der Follikel über die Scheide. Die gewonnenen Eizellen werden mit Spermien in vitro befruchtet. Bei eingeschränkter Spermienqualität wird ein Spermium unter dem Mikroskop direkt in das Zytoplasma der Eizelle injiziert, man spricht von intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI). Das Vorgehen gleicht bis auf diesen Schritt dem der IVF.

Der Embryotransfer in die Gebärmutterhöhle der Frau kann zwischen dem 3. und 5. Tag (Blastozystentransfer) erfolgen. Je nach Zahl und Qualität der transferierten Embryonen steigt die Wahrscheinlichkeit für Mehrlingsschwangerschaften.¹⁵ Bei sorgfältig abwägender Transferpraxis lässt sich das Problem von Mehrlingsschwangerschaften minimieren. Der Single-Embryo-Transfer (SET), das Einbringen nur eines Embryos in die Gebärmutterhöhle führt nur in Ausnahmefällen zu einer Mehrlingsschwangerschaft.¹⁶ Zu erwähnen ist, dass auch bei nur zwei transferierten Embryonen, die Möglichkeit einer embryonalen Teilung besteht, wodurch „Hochrisiko-Drillinge“ entstehen können.

Eine Möglichkeit, bei der alle Embryonen, die zur Verfügung stehen, transferiert werden könnten – ohne sich auf das Risiko höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften einzulassen – wäre der Serielle Single-Embryo-Transfer (SSET), wobei eben seriell, hintereinander, nur jeweils ein Embryo pro Versuch übertragen wird. SSET reduziert die Schwangerschaftsraten kaum. Mehrlingsschwangerschaften werden dadurch jedoch weitgehend verhindert.¹⁷ Weiters ist davon auszugehen, dass SSET mit sechs Versuchen in Serie billiger kommt als vier Versuche ohne restriktive Transferpraxis.

3.2 Assistierte Fortpflanzungshilfe im heterologen System

3.2.1 Heterologe Insemination

Wenn eine Frau die nötigen Voraussetzungen zur natürlichen Konzeption erfüllt, kann von einem Spender Sperma direkt nach Masturbation und Aufarbeitung oder auch kryokonserviertes Spender-Sperma in die Gebärmutterhöhle eingebracht werden.

3.2.2 Heterologe In-vitro-Fertilisation

Die Reproduktionstechnologie IVF macht Samenspende, Eizellspende sowie Embryonenspende möglich.

Eizellspende erfordert das Gewinnen einer Eizelle von einer anderen Frau als der, in deren Gebärmutterhöhle die befruchteten Eizellen transferiert werden sollen. Eizellspenderinnen sind meistens junge Frauen mit einem guten biologisch-genetischen Potential. Eizellspenden können sowohl Fremdspenden sein, als auch innerhalb der Familie durchgeführt werden. Naturwissenschaftlich medizinisch ist das Vorgehen gleich. Die Spenderin muss eine hormonelle Stimulation, eine transvaginale Punktion und die damit assoziierten Risiken, wie eine etwaige Verminderung ihrer eigenen Eizellreserve in Kauf nehmen.¹⁸

Medizinische Indikationen wären eine Premature Ovarian Failure (POF) oder ein Verlust der Ovarien bzw. ihrer Funktion z.B. nach onkologischer Therapie. Eizellspende ermöglicht auch Frauen jenseits des biologisch reproduktiven Alters Embryonen implantiert zu bekommen - mit teilweise problematischen Konsequenzen für Schwangerschaftsverlauf, Geburt und auf diese Weise ausgetragene und geborene Kinder.¹⁹

Im Rahmen des „Egg sharing“ überlässt eine in einer IVF-Behandlung hormonell stimulierte Frau einen Teil der aus ihren Ovarien gewonnenen Eizellen einer Rezipientin, die nicht stimuliert wird (evtl. auch nicht stimuliert werden könnte) gegen eine finanzielle Abgeltung, gewöhnlich in Form einer Kostenreduktion für die eigene IVF-Behandlung. Die Spenderin könnte unter solchen Umständen der Gefahr einer Überstimulation ausgesetzt sein, weil Eizellen für zwei Frauen zur Verfügung stehen sollten. Ein Überstimulationssyndrom (OHSS) ist für die Spenderin gegebenenfalls gesundheits- bzw. lebensgefährdend.²⁰ Als Spenderin kommen nur Frauen mit guter eigener Eizellreserve und guter Eizellqualität in Frage.²¹

3.3 Kryokonservierung

Sperma und Embryonen können problemlos kryokonserviert werden.²² Mittlerweile können auch Eizellen mit Hilfe der Technik der Vitrifikation erfolgreich eingefroren und aufgetaut werden.²³ Dabei kommt die Frage auf, ob man in jüngeren Jahren nach Stimulation und Follikelpunktion seine eigene „Eizelle“ einfrieren möchte, um sie später, wenn eine Schwangerschaft angestrebt wird, für die Konzeption verwenden zu können (z.B. Social Egg Freezing).

3.4 Präimplantationsdiagnostik

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ermöglicht eine Beurteilung der Entwicklungsfähigkeit und der genetischen Ausstattung von künstlich befruchteten Embryonen, noch bevor sie in den Körper der Frau übertragen werden. Ein Sonderfall der PID ist die Polkörperdiagnostik, die vor Abschluss der Befruchtung erfolgt.²⁴ Dies bedeutet, dass die PID nur im Zuge einer künstlichen Befruchtung durchführbar ist, weil nur dann ein Embryo außerhalb des Körpers der Frau, also bevor es zur Implantation kommt, zur Testung zur Verfügung steht. Nach PID werden jene Embryonen, welche die Veränderung nach der im Test gesucht wird (in der Regel eine schwere erbliche Erkrankung) nicht aufweisen, in den Uterus der Frau übertragen.

Die Präimplantationsdiagnostik wird weltweit seit über 20 Jahren durchgeführt.²⁵ Ein Anwendungsgebiet ist speziell die Identifikation genetischer Abnormalitäten in der frühesten Phase der Reproduktion. Sie eröffnet bei Paaren neue Möglichkeiten.

Beispielsweise:

- für genetisch vorbelastete Frauen, deren Eileiter unterbunden ist, da zur Zeit der Unterbindung noch keine akzeptablen Diagnosemethoden für die spezifische genetische Erkrankung vorlagen;
- für genetisch vorbelastete Frauen, die aufgrund von Unfruchtbarkeit eine IVF-Behandlung durchführen lassen;
- für genetisch vorbelastete Frauen, die schon mehrfache Schwangerschaftsabbrüche nach einer Pränataldiagnostik durchlebt haben;
- für genetisch vorbelastete Frauen, die aufgrund religiöser oder moralischer Überlegungen keinen Schwangerschaftsabbruch wünschen.

PID wird heute in vielen Ländern, z.B. den USA, Kanada, China, Japan, Russland, Australien, Israel und in den meisten europäischen Ländern durchgeführt. Umfassende Erfahrung mit der klinischen Anwendung der PID innerhalb eines klar definierten gesetzlich geregelten Anwendungsspektrums haben Länder wie Großbritannien, Griechenland, Island, Niederlande, Belgien, Dänemark, Frankreich, Norwegen, Schweden, Spanien, Tschechien.²⁶

PID kann aus verschiedenen, in der Folge detailliert beschriebenen, Untersuchungsmaterialien durchgeführt werden.

3.4.1 Untersuchungsmaterialien

3.4.1.1 Polkörper

Die Polkörperdiagnostik ist eine Untersuchungsmethode zur indirekten genetischen Analyse von Eizellen. Polkörper sind Nebenprodukte, die bei der Zellteilung entstehen. Bei der Eizellentwicklung wird der doppelte Chromosomensatz auf einen einfachen Satz reduziert, welcher in der Eizelle verbleibt. Dabei entstehen die reife Eizelle und Polkörper, die später abgebaut werden und nicht Teil des weiteren Entwicklungsprozesses sind. Polkörper haben *keinen* Einfluss auf die embryonale Entwicklung. Zu beachten ist, dass nur die mütterliche

genetische Konstitution durch die Polkörperdiagnostik erfasst wird, wohingegen der väterliche Beitrag zur genetischen Konstitution des Embryos nicht detektiert werden kann.

Das Haupteinsatzgebiet der Polkörperdiagnostik ist der Nachweis chromosomaler Abnormalitäten mütterlicher Herkunft in den Eizellen. Für diese Fragestellung bietet die Polkörperdiagnostik eine geeignete Alternative zur Blastomerenbiopsie, da die Integrität des Embryos nicht gestört wird.²⁷

Die Polkörperdiagnostik wird allerdings auch schon zum Nachweis genetischer Dispositionen für verschiedene Syndrome, monogenetische Erkrankungen und familiäre Krebserkrankungen eingesetzt.

Die Polkörperdiagnostik wird derzeit in Österreich für bestimmte spezifische Fragestellungen angewandt.²⁸

3.4.1.2 Blastomeren

Bei der Blastomerenbiopsie werden dem Embryo in der Regel am dritten Tag im Sechs- bis Achtzell-Stadium eine bis zwei Zellen für die genetische Untersuchung entnommen. Die Methode beruht auf der Tatsache, dass alle Zellen des Embryos identische Genome tragen; allerdings weiß man heute, dass es in der Frühphase der Zellteilung beim Embryo zur sogenannten Mosaikbildung kommen kann; dies bedeutet, dass sich im selben Embryo Zellen mit unterschiedlichem genetischen Material befinden (siehe unten). Das Risiko einer Fehldiagnose auch aus nur einer Zelle ist heute sehr gering.²⁹

3.4.1.3 Blastozysten

Im Zuge der Embryogenese entsteht schließlich die Blastozyste (mit etwas über 100 Zellen), bestehend aus einer inneren Zellmasse (Embryoblast) und einer äußeren Zellschicht, dem Trophoblast, der später ausschließlich embryonales Hüll- und Nährgewebe (Plazenta) bildet. Bei der Blastozystenbiopsie kann man ungefähr am fünften Tag dem Embryo Trophoblastenzellen aus der äußeren Zellschicht entnehmen und zur Diagnostik heranziehen.³⁰ Wie bisher vorliegende Daten zeigen, ist der Schaden, der dem Embryo durch eine Blastozystenbiopsie zugefügt wird, gering. Außerdem ist bei Blastozysten ein Mosaizismus seltener.

3.4.2 Mosaikbildung

Unter einem Mosaik versteht man, dass in einem Organismus Zellen mit verschiedenen genetischen Anlagen vorhanden und nachweisbar sind. Auch in einem Embryo können sich in den verschiedenen Zellen unterschiedliche Chromosomensätze = Mosaik befinden. Bemerkenswert ist, dass in einer Studie gezeigt werden konnte, dass einige Embryonen, die in der PID-Analyse auffällige Chromosomensätze zeigten, sich selbst korrigieren konnten (Selbstkorrektur) und genetisch normale Embryonen generieren konnten.³¹ Bei der Polkörperdiagnostik hat das Auftreten von Mosaiken keine Relevanz.³²

3.4.3 Untersuchungsmethoden für PID

Welche genetischen Untersuchungsverfahren bei der PID zum Einsatz kommen, hängt von der Fragestellung ab. Numerische und strukturelle Chromosomenstörungen können mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Comparative Genomic Hybridization (CGH) untersucht werden. Im Rahmen der PID werden auch molekulargenetische Untersuchungsmethoden (Polymerase-Kettenreaktion (PCR)) angewandt und zunehmend werden neue hochempfindliche Sequenziermethoden eingesetzt. Für die Diagnostik monogenetischer Erkrankungen ist in der Regel ein spezifischer Mutationsnachweis erforderlich, der z.B. mittels PCR Analyse erfolgen kann.³³

3.4.4 Einsatzgebiete der PID

Vorausgeschickt werden muss hier, dass jene 1-2 Zellen, die dem Embryo für die PID entnommen werden, anschließend zerstört werden müssen. Wie Follow-up Daten von PID-Schwangerschaften jedoch zeigen, hat die Entnahme der Zelle(n) keine schwerwiegenden Auswirkungen auf Lebendgeburtenraten sowie auf die geborenen Kinder.³⁴ Aus diesem Grund – und natürlich wegen der Tatsache, dass sie darauf abzielt, spätere Schwangerschaftsabbrüche zu vermeiden – wird die PID heute als etablierte Alternative zur Pränataldiagnostik eingestuft.

3.4.4.1 Nachweis chromosomaler Abnormalitäten

Häufig wird die PID nach der künstlichen Befruchtung, aber vor Implantation des Embryos zum Nachweis chromosomaler Abnormalitäten in Zusammenhang mit hohem mütterlichem Alter, mehreren erfolglosen Versuchen assistierter Reproduktion oder rezidivierenden spontanen Aborten eingesetzt. Weltweit wird die PID vor allem zum Nachweis von Chromosomenstörungen bei fortgeschrittenem Alter eingesetzt: Etwa 50% aller Embryonen (bis über 70% bei Frauen über 35 Jahren) haben eine numerische Chromosomenveränderung (Aneuploidie; mehr oder weniger als 46 Chromosomen). Derzeit wird intensiv beforscht, welchen Paaren unter welchen Bedingungen eine PID im Sinne einer eventuell gesteigerten Implantationsrate und/oder einer gesenkten Fehlgeburtenrate helfen kann.³⁵

Im Zusammenhang mit strukturellen Chromosomenveränderungen wird die PID international überwiegend bei Eltern, die Träger einer sogenannten balancierten Translokation sind, die aber selbst keine Symptome haben und unauffällig sind, durchgeführt. Eine balancierte Translokation liegt dann vor, wenn sich bestimmte Chromosomenabschnitte „verschoben“ haben. Für die Nachkommen von Menschen mit balancierten Translokationen können schwerwiegende Folgen auftreten, wenn es im Zuge der Fortpflanzung zu einem unbalancierten Chromosomen-Status kommt, der entweder nicht mit extrauterinem Leben vereinbar ist (keine Implantation in die Gebärmutter oder Fehlgeburt) oder mit geistigen und körperlichen Fehlentwicklungen bei den Nachkommen einhergeht.³⁶

3.4.4.2 Geschlechtsselektion

Die PID wird auch zur Geschlechtsselektion bei geschlechtsgebundenen Erkrankungen eingesetzt.

In manchen Ländern wird die PID auch zur Geschlechtsbestimmung ohne Krankheitsindikation eingesetzt, eine Methode, die als soziale Geschlechtsselektion oder als „family balancing“ bezeichnet wird.³⁷

3.4.4.3 Nachweis von Mutationen bei monogenetischen Erkrankungen

Ein weiteres wichtiges Anwendungsgebiet der PID ist die Untersuchung von Paaren mit monogenetischen Erkrankungen in der Familie.³⁸ Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit fasst die 10-jährige PID-Erfahrung in Holland zusammen und stellt fest, dass am häufigsten X-chromosomale Erkrankungen, wie z.B. Fragiles-X Syndrom, Duchenne/Becker Muskeldystrophie und Hämophilie mit PID getestet wurden. Weitere Erkrankungen waren autosomal dominante Krankheiten, wie Chorea Huntington und myotone Dystrophie. Bei allen durchgeführten Tests gab es keine Fehldiagnose und keines der nach PID geborenen Babys wies die entsprechenden genetischen Veränderungen auf.³⁹

Darüber hinaus haben Geraedts und Mitarbeiter kürzlich gezeigt, dass die PID Paaren mit schweren, oftmals tödlichen mitochondrialen Erkrankungen, die mütterlicherseits vererbt werden, aber pränatal in der Regel nicht diagnostiziert werden können, eine gute Chance bieten könnte, gesunde Kinder zu bekommen.⁴⁰

3.4.4.4 Auswahl immunologisch passender (kompatibler) Embryonen

PID kann auch eingesetzt werden, um einen geeigneten Embryo auszuwählen, der sich zu einem Kind entwickelt, das als potentieller Gewebespende (Knochenmark, Nabelschnurblut) für ein in der Familie erkranktes anderes Kind benötigt wird. Im Rahmen der PID wird der Humanen Leukozytenantigen-Komplex (HLA-Komplex) des Embryos dem des erkrankten Kindes angepasst. Das Geschwisterkind kann durch die Knochenmark- oder Nabelschnurblutspende unter Umständen gerettet werden, ohne dass dem zweiten Kind körperlicher Schaden zugefügt wird. Es wird davon ausgegangen, dass heute weltweit vielleicht 200-300 solcher Retter-Geschwister („saviour sibling“) existieren.⁴¹

3.4.4.5 PID bei multifaktoriellen Erkrankungen

Bei den meisten Eigenschaften eines Menschen (auch körperliche Merkmale) und beim Großteil an bedeutsamen Erkrankungen spielen eine Vielzahl verschiedener Gene und Umweltfaktoren eine Rolle (multifaktoriell). All diese multifaktoriellen Eigenschaften entziehen sich prinzipiell einer sinnvollen aussagekräftigen genetischen Diagnostik und damit auch der PID. Eine PID zum Ausschluss multifaktorieller Erkrankungen bzw. zur Auswahl eines „Superkindes“ bzw. „Designer-Babys“ ist nicht möglich.

3.4.5 Naturwissenschaftlich-medizinische Problemfelder der PID

3.4.5.1 Sicherheit der Methode

Vor 20 Jahren, als die PID-Methode etabliert wurde, standen Befürchtungen im Raum, dass Diagnosemethoden, die auf einer so geringen Materialmenge (einer Zelle, DNA aus einer Zelle) basieren, ein hohes Risiko für Fehldiagnosen haben könnten. In den Anfängen wurde daher aufgrund dieser Befürchtungen bei der Diagnostik von monogenen Erkrankungen immer die Überprüfung des Ergebnisses mittels invasiver genetischer Pränataldiagnostik (Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie) empfohlen.⁴²

Die aktuellen wissenschaftlichen Daten zeigen aber, dass in einem Labor mit der erforderlichen materiellen und personellen Ausstattung und der entsprechenden Erfahrung mit genetischer Einzelzellendiagnostik die Spezifität und Sensitivität der PID vergleichbar zu anderen genetischen Diagnoseverfahren ist. Wie eine holländische Studie über den Zeitraum von 10 Jahren zeigte, gab es bei allen durchgeführten Tests keine Fehldiagnose und keines der nach PID geborenen Babys wies die entsprechenden genetischen Veränderungen auf.⁴³ In einer neuen prospektiven Studie wurde die Sicherheit des Chromosomen-Screenings bei PID mit Blastomeren (113 Biopsien) und Blastocysten (142 Biopsien) evaluiert. Die Ergebnisse ergaben eine 96%-ige prädiktive Aussagekraft der Chromosomenanalyse. Embryonen mit korrektem Chromosomensatz zeigten eine hohe nachhaltige Implantationsrate (41%), wohingegen Embryonen mit Aneuploidien sich in 96% aller Fälle nicht erfolgreich implantierten. Nur in 4% der Fälle war die Aneuploidie-Zuordnung nicht korrekt.⁴⁴ Aus der Studie lässt sich ableiten, dass der Implantationserfolg durch die Präimplantations-Chromosomenuntersuchung erhöht wird.

3.4.5.2 PID und Zahl der benötigten Embryonen

Im Vergleich zu IVF ohne PID bei genetisch unbelasteten Paaren, muss für die erfolgreiche Durchführung der PID z.B. bei familiärer Belastung mit der Notwendigkeit einer höheren Zahl an Embryonen gerechnet werden. Das ergibt sich aus der Tatsache, dass bei diesen Paaren ein Teil der Embryonen einen genetischen Defekt tragen wird und nach der PID nicht transferriert werden kann. Bei dem Einsatz von PID zur Identifikation von HLA-kompatiblen Retter-Geschwistern müssen ebenfalls mehr Embryonen generiert werden, damit das optimal passende Geschwister gefunden wird. In der Regel müssen über zwanzig Embryonen erzeugt werden.⁴⁵

3.5 Für ART relevante Erkenntnisse aus der Epigenetik

Der Begriff „Epigenetik“ ist als „erbliche Änderungen der Genexpression ohne Veränderung der Gensequenz“ definiert. Epigenetische Steuerung legt fest, wann und ob ein Gen aktiviert wird oder nicht. Erst durch diese Steuerung wird die komplexe Entwicklung eines Organismus ermöglicht.

Besonders im Rahmen von ICSI haben neuere Studien die Bedeutung epigenetischer Prozesse sowie möglichen Konsequenzen angedacht.⁴⁶ Eine Korrelation sehr seltener, auf epigenetischen Modifikationen basierender Entwicklungsdefekte wurde beschrieben.

Aufgrund der Natur epigenetischer Steuerungen wäre es möglich, dass epigenetische Veränderungen, die im Rahmen einer ART auftreten, auch im späteren Lebensalter zu Erkrankungen führen könnten.

In der Literatur beschrieben ist der Zusammenhang zwischen der hormonellen Dosis zur ovariellen Stimulation und aneuploider Embryonen. Eine Reduktion der hormonellen Dosis führt zu einer geringeren Zahl aneuploider Embryonen.⁴⁷

Die Prozesse der Befruchtung und frühen Embryonalentwicklung finden bei Assisted Reproductive Technologies mit Embryotransfer (ART-ET) in vitro statt, was Veränderungen des Milieus im Vergleich zu in vivo zur Folge hat. Kulturmedien können eine Deregulation der epigenetisch kontrollierten Expression von für das fetale Wachstum wichtigen Genen verursachen. Diese Veränderungen wurden in vitro nicht nur im embryonalen, sondern auch im extra-embryonalen Gewebe beobachtet.

Alle bisherigen Erkenntnisse bezogen auf IVF/ICSI beruhen auf theoretischen Überlegungen und teilweise auf Einzelbeobachtungen.

4 Rechtliche Aspekte der Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts

4.1 Grundzüge der geltenden Rechtslage

Die Kriterien der Zulässigkeit einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung sind im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG), BGBl 1992/275 idF BGBl I 2010/111, geregelt. Das FMedG gilt für medizinische Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr (insbesondere durch Insemination oder In-vitro-Fertilisation – IVF).

Auf Grund des FMedG sind Maßnahmen der Reproduktionsmedizin nur in engen Grenzen erlaubt. Generell verboten ist – sofern in Österreich durchgeführt – jede Verwendung von Eizellen oder „entwicklungsfähigen“ (d.h. befruchteten) Zellen bei anderen Frauen als der Spenderin; das bedeutet ein Verbot der Eizellspende, der Embryonenspende und der „Leihmutterschaft“ (§ 3 Abs 3 FMedG). Begrenzt zulässig sind hingegen die künstliche Insemination und die IVF, die genauen Regelungen über Beratung, Einwilligung, Dokumentation sowie Berichts- und Meldepflichten an den Landeshauptmann unterliegen. Insemination und IVF sind jedoch nur subsidiär zulässig, wenn alle „möglichen und zumutbaren“ Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos waren (Infertilität) oder wenn Geschlechtsverkehr wegen einer schweren Infektionskrankheit (z.B. HIV) nicht zumutbar war. Die Entnahme der Keimzellen ist auch für eine künftige künstliche Fortpflanzung zulässig, wenn wegen eines körperlichen Leidens die Gefahr besteht, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr erzielt werden kann.

Insemination und IVF dürfen nur in einer Ehe oder „Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts“ und nur unter Verwendung der Eizellen und Samen der Ehegatten oder Lebensgefährten („homolog“) durchgeführt werden. Die einzige Ausnahme besteht hin-

sichtlich der Samenspende von Dritten. Dieser „Drittsamen“ darf zur „heterologen Insemination“ herangezogen werden, wenn der Ehemann oder Lebensgefährte nicht fortpflanzungsfähig ist. Die „heterologe“ IVF bleibt hingegen verboten.

Die Durchführung der „heterologen“ Insemination und der „homologen“ IVF darf nur in behördlich zugelassenen Krankenanstalten (einschließlich selbständiger Ambulatorien) erfolgen. „Homologe“ Inseminationen dürfen auch von jedem Facharzt für Gynäkologie in seiner Praxis durchgeführt werden. Voraussetzung für die Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung ist die Aufklärung und Beratung der Ehepartner bzw. Lebensgefährten über die Methode, die möglichen Folgen und Gefahren der Behandlung für die Frau und das gewünschte Kind sowie die schriftliche Zustimmung der Ehepartner bzw. die Zustimmung in Form eines Notariatsakts der Lebensgefährten. Generell gilt, dass die Zustimmung maximal ein Jahr alt sein darf.

Eine „heterologe“ Insemination unterliegt noch strengeren Zulässigkeitskriterien; die Zustimmung der Ehepartner bzw. Lebensgefährten bedarf jedenfalls eines Notariatsakts. Der Drittsamenspender darf seinen Samen nur unentgeltlich einer einzigen Krankenanstalt überlassen. Die Verwendung des Samens ist auf höchstens drei Ehen beschränkt. Es gilt ein Verbot der Verwendung von Samengemischen. Eine schriftliche und widerrufbare Zustimmung des Samenspenders ist erforderlich.

Ist eine „heterologe“ Insemination erfolgt, so besteht eine Vaterschaftsvermutung zugunsten des Ehepartners bzw. Lebensgefährten, während der Spender nicht als Vater festgestellt werden kann (folglich trifft ihn auch keine Unterhaltspflicht, und das Kind ist ihm gegenüber auch nicht erbberechtigt). Der Ehepartner kann die Ehelichkeit des Kindes auch nicht bestreiten. Den Arzt treffen umfassende Aufzeichnungspflichten (auch über Samenspender), die strenger Vertraulichkeit unterliegen; das Kind hat aber ab 14 Jahren ein Einsichtsrecht (Kenntnis der „genetischen Herkunft“, vgl. § 20 FMedG).

Eine In-vitro-Fertilisation darf ebenfalls nur in genehmigten Krankenanstalten und überdies niemals „heterolog“ vorgenommen werden. Der Frau dürfen nur so viele Eizellen entnommen werden, wie es für eine „aussichtsreiche und zumutbare“ Fortpflanzung notwendig ist; eine ziffernmäßige Beschränkung besteht allerdings nicht. Es bedarf einer schriftlichen Zustimmung der Ehegatten bzw. eines Notariatsaktes bei Lebensgefährten. Die Frau kann die Zustimmung bis zur Implantation widerrufen, der Mann hingegen nur bis zur Vereinigung von Ei- und Samenzellen (§ 8 Abs 4 FMedG). Unter gewissen Umständen besteht ein Anspruch auf Kostentragung durch den IVF-Fonds (IVF-Fonds-G).

„Überzählige“ Embryonen (die zwar befruchtet, aber nicht implantiert werden) dürfen weder weitergegeben (überlassen) noch beforscht oder sonst verwendet werden, auch eine „präinatale Adoption“ ist unzulässig (weil es sich dabei um eine verbotene Embryonenspende handeln würde). Samen und Eizellen dürfen unbefristet bis zum Widerruf oder Tod des Spenders, Embryonen hingegen bis zum Widerruf der Frau oder bis zum Tod eines Ehegatten oder Lebensgefährten, maximal aber 10 Jahre aufbewahrt werden, es besteht ein weitgehendes Überlassungs- und Vermittlungsverbot (näher § 17 Abs. 2 FMedG), von dem allerdings der „Arztwechsel“ ausgenommen ist (Weitergabe an zugelassene Krankenanstalten oder Ärzte zu Fortpflanzungszwecken).

Kein Arzt ist zur Durchführung oder Mitwirkung an einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung verpflichtet (Gewissensklausel des § 6 FMedG – gilt auch für Pflegepersonal). Überdies darf niemand wegen der Durchführung einer (zulässigen) medizinisch unterstützten Fortpflanzung oder der Mitwirkung daran (oder der Weigerung, eine solche durchzuführen oder daran mitzuwirken) „in welcher Art immer benachteiligt werden“ (Diskriminierungsverbot des § 6 Abs 2 FMedG).

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) wird im FMedG nicht ausdrücklich geregelt. Gem. § 9 Abs 1 FMedG dürfen entwicklungsfähige Zellen allerdings nur insoweit „untersucht und behandelt werden, als dies nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist“. Obwohl diese Bestimmung unterschiedliche Auslegungen zulässt, gilt die PID an der Blastozyste nach überwiegender Auffassung als unzulässig, sofern sie nicht auf den Ausschluss solcher genetischer Anomalien abzielt, die mit dem Eintritt einer Schwangerschaft überhaupt unvereinbar sind.⁴⁸ Nicht verboten ist hingegen die Polkörperdiagnostik.

4.2 Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen

4.2.1 Grundlagen

Den verfassungsrechtlichen Beurteilungsrahmen für das Fortpflanzungsmedizinrecht bilden vor allem das Grundrecht auf Privat- und Familienleben (Art 8 EMRK) sowie der verfassungsrechtliche Gleichheitssatz und die ihm innewohnenden Sachlichkeitsgebote und Diskriminierungsverbote (Art 7 B-VG, Art 14 EMRK). Darüber hinaus können – je nach Problemstellung – eine Reihe anderer verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte ins Spiel kommen, etwa das Recht, eine Familie zu gründen (Art 12 EMRK) oder die Freiheit der Wissenschaft (Art 17 StGG).

4.2.2 „Fortpflanzungsfreiheit“

Dass das Recht, genetisch eigene Kinder zu bekommen und sich zu diesem Zweck auch der Errungenschaften der Fortpflanzungsmedizin zu bedienen, als Ausdruck des Privat- und Familienlebens in den Schutzbereich des Art 8 EMRK fällt, wird sowohl von der Rechtsprechung⁴⁹ als auch im Schrifttum⁵⁰ seit langem anerkannt. Gesetzliche Beschränkungen und Verbote auf diesem Gebiet greifen daher in das Grundrecht gem. Art 8 Abs 1 EMRK ein. Daraus folgt, dass höchstpersönliche Entscheidungen im Bereich der Fortpflanzung auch und gerade dann, wenn diese moralisch unterschiedlich bewertet werden können, Gegenstand grundrechtlichen Schutzes sind, der erst nach Maßgabe des jeweiligen Gesetzesvorbehalts eingeschränkt werden darf. Dabei geht es – entgegen einem verbreiteten Missverständnis – nicht um ein „Recht auf ein Kind“. Bei der verfassungsrechtlichen Diskussion um die Zulassung reproduktionsmedizinischer Methoden steht nicht die Einräumung eines positiven Leistungsanspruches auf Bereitstellung oder Finanzierung dieser Methoden zur Debatte; es geht ausschließlich um die Frage, ob der Staat die Inanspruchnahme der de facto möglichen und medizinisch verfügbaren Methoden verbieten darf. Aus grundrechtlicher Perspektive hat man es also nicht mit

einem Leistungsanspruch, sondern mit einem Abwehranspruch gegenüber einer staatlichen Zugangsbarriere zu tun. Dieser Abwehranspruch ist nicht absolut, sondern einer Einschränkung zum Schutz anderer Rechtsgüter zugänglich. Solche Einschränkungen unterliegen aber spezifisch grundrechtlichen Anforderungen, die nicht schon durch den Hinweis auf „ethische Bedenken“ überspielt werden dürfen. Auch der Umstand, dass eine Erweiterung der zulässigen Methoden möglicherweise die Forderungen nach einer Ausdehnung der öffentlichen Finanzierung nach sich ziehen könnte, stellt für sich genommen keinen hinreichenden Grund für die Beibehaltung eines Verbots dar.

4.2.3 Legitime Gründe für Einschränkungen der Fortpflanzungsfreiheit

4.2.3.1 Verfassungsrechtliche Schutzpflichten

Tragfähige verfassungsrechtliche Gründe für eine Einschränkung privater Handlungsfreiheiten auf dem Gebiet der medizinisch unterstützten Fortpflanzung können sich zunächst aus verfassungsrechtlichen Schutzpflichten ergeben: Soweit diese reichen, ist der Gesetzgeber nicht nur berechtigt, sondern verfassungsrechtlich sogar verpflichtet, Einschränkungen vorzusehen, die zum Schutz bestimmter Verfassungsrechtsgüter notwendig sind. Solche Schutzpflichten bestehen insbesondere im Hinblick auf Grundrechte der mittels medizinisch unterstützter Methoden geborenen Kinder sowie der davon betroffenen Frauen (namentlich Schutz des Rechts auf Leben gem. Art 2 EMRK und der körperlichen und psychischen Unversehrtheit gem. Art 8 EMRK). Weil und soweit die durch Art 8 EMRK geschützten Rechtspositionen aber nicht absolut garantiert sind und in einem Spannungsverhältnis zu den (ebenfalls durch Art 8 EMRK geschützten) Freiheitsrechten fortpflanzungswilliger Personen (Fortpflanzungsfreiheit) stehen, kommt dem Gesetzgeber die Aufgabe zu, einen angemessenen Ausgleich zwischen den konfligierenden Rechtspositionen herzustellen.

Keine verfassungsrechtliche Schutzpflicht besteht zugunsten des Embryos, da dieser nach überwiegender Auffassung nicht Träger von Grundrechten ist. Diese Problematik wurde zwar zunächst nur zum Recht auf Leben (Art 2 EMRK) diskutiert und in der Rechtsprechung des VfGH auch entschieden (VfSlg 7400), doch kann für alle anderen Grundrechte nichts Abweichendes gelten. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat eine Grundrechtsträgerschaft des Embryos unter dem Titel des Art 2 EMRK im Ergebnis verneint.⁵¹ Der „Embryonenschutz“ ist daher für sich genommen kein verfassungsrechtlich vorgegebenes Schutzziel. Allerdings kann sich aus dem Gleichheitssatz ein Gebot ergeben, das (einfachgesetzliche) Schutzniveau zugunsten des Embryos nach sachlich nachvollziehbaren (insbesondere dem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechenden) Kriterien in abgestufter Weise auszugestalten.

Auch das europäische Unionsrecht enthält keine Regelungen, die als Grundlage eines spezifischen Embryonenschutzes im Zusammenhang der Reproduktionsmedizin gedeutet werden könnten. Daran hat sich auch durch das Urteil des EuGH in der Rechtssache Brüstle⁵² nichts geändert: In diesem Verfahren ging es ausschließlich um die Frage der Reichweite des Patentierungsverbotes für menschliche Embryonen und die Auslegung der RL 98/44/EG über den rechtlichen Schutz biotechnologischer Erfindungen.

4.2.3.2 Zulässige Gründe für eine Einschränkung der Fortpflanzungsfreiheit

Auch jenseits verfassungsrechtlicher Schutzpflichten darf der Gesetzgeber die Freiheit, zur Erfüllung eines Kinderwunsches alle angebotenen und dem Stand der Medizin entsprechenden Methoden der Fortpflanzungsmedizin in Anspruch zu nehmen, einschränken; er darf dies aber nur zum Schutz eines der in Art 8 Abs 2 EMRK aufgelisteten Schutzziele tun, von denen hier nur der Schutz der Gesundheit, der Rechte anderer sowie der Moral in Betracht kommen. Die gewählten rechtlichen Instrumente müssen zur Erreichung dieser Ziele überdies verhältnismäßig (Eignung, Erforderlichkeit im Sinne des Fehlens weniger eingreifender Alternativen, Angemessenheit) sein und auch sonst den Anforderungen des Gleichheitssatzes entsprechen. Das impliziert, dass jene Gefahren für konkrete Rechtsgüter, die durch eine grundrechtseinschränkende Regelung bekämpft werden sollen, nicht nur behauptet werden, sondern hinreichend realistisch und durch empirische Daten konkretisierbar sind. Aus alledem folgt schließlich auch, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Fortpflanzungsmedizin in kohärenter Weise und unter Vermeidung von Wertungswidersprüchen ausgestaltet sein müssen.

Über die – letztlich entscheidende – Frage, wie groß der dem Gesetzgeber zur Verfügung stehende „Beurteilungsspielraum“ bei der Bewältigung des Spannungsverhältnisses zwischen der Fortpflanzungsfreiheit einerseits und gegenläufigen Schutzgütern andererseits ist, besteht freilich kein Konsens, zumal die genaueren Kriterien für die „Weite“ dieses Beurteilungsspielraums und deren Verhältnis zueinander strittig sind. Das zeigt sich insbesondere in den völlig divergierenden Standpunkten, die den Urteilen der Kleinen und der Großen Kammer des EGMR im österreichischen Beschwerdefall S.H. zugrunde liegen.

4.2.4 Ausgewählte verfassungsrechtliche Problemzonen im geltenden FMedG

4.2.4.1 Allgemeines

Die folgende Übersicht beschränkt sich auf thematische Schwerpunkte, die durch den bisherigen Verlauf der verfassungsrechtlichen Diskussion nahe gelegt werden, sie erhebt nicht den Anspruch auf eine umfassende verfassungsrechtliche Bewertung des Fortpflanzungsmedizinrechts. Da die Bioethikkommission zu einigen Problembereichen des FMedG, namentlich zur Präimplantationsdiagnostik sowie zur Forschung mit embryonalen Stammzellen, bereits umfangreiche Stellungnahmen vorgelegt hat, kann ergänzend auf frühere Berichte verwiesen werden.

4.2.4.2 Unzulässige „heterologe“ Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (Eizellspende, heterologe IVF)

Die bisher in der Literatur formulierten – hier nicht im Detail nachzuzeichnenden – verfassungsrechtlichen Bedenken gegen das FMedG⁵³ betreffen nicht nur, aber vor allem das Verbot heterologer Methoden (Eizellspende, In-vitro-Fertilisation mit dem Samen Dritter), von dem lediglich die Insemination mit Fremdsamen ausgenommen ist. Im Vordergrund stehen – mit unterschiedlichen Akzentuierungen und Gewichtungen – Einwände unter dem Aspekt des Gleichheitssatzes sowie des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Hinblick auf Art 8 EMRK;

mitunter wird auch die Übereinstimmung der angestrebten Ziele mit den Schutzgütern des Art 8 Abs 2 EMRK in Zweifel gezogen.

Beim Verbot der Eizellspende steht – neben der Frage nach den legitimen Schutzziele und der Verhältnismäßigkeit iSd Art 8 Abs 2 EMRK – die gleichheitsrechtliche Dimension im Vordergrund: Unfruchtbaren Männern ist es grundsätzlich erlaubt, ihren Kinderwunsch durch Einsatz eines von dritter Seite gespendeten Samens zu erfüllen; Frauen hingegen dürfen den Mangel an befruchtungsfähigen eigenen Eizellen nicht dadurch überbrücken, dass sie auf Eizellen anderer Frauen zurückgreifen, um diese mit dem Samen ihres Partners zu befruchten. Die damit verbundene, am Geschlecht anknüpfende Ungleichbehandlung ist evident und legt schon für sich genommen den Verdacht der Unsachlichkeit nahe, der nur durch gewichtige Argumente für eine abweichende rechtliche Behandlung männlicher und weiblicher Keimzellen entkräftet werden könnte.

Auch das Verbot der heterologen IVF löst – über den Eingriff in die Fortpflanzungsfreiheit gem. Art 8 EMRK hinaus – gleichheitsrechtliche Bedenken aus: Es benachteiligt jene Paare, die wegen der Besonderheiten ihres Gesundheitszustandes auf eine der verbotenen Methoden (Samenspende Dritter bzw. Eizellspende zur IVF) angewiesen sind, in Relation zu anderen Personen, die aus Zufällen der biologischen Konstitution mit einer erlaubten Methode das Auslangen finden.

Die Motive des Gesetzgebers für das Verbot heterologer Methoden der IVF lassen sich im Wesentlichen in drei Gruppen zusammenfassen⁵⁴: Erstens die erhöhte Technikabhängigkeit („hoher technischer Aufwand“) und die „weitgehende Entfernung dieser Methoden von den Gegebenheiten der natürlichen Fortpflanzung“. Zweitens der Schutz des Kindeswohls gegenüber der „Möglichkeit der Schaffung ungewöhnlicher persönlicher Beziehungen“, etwa durch die „Aufspaltung der Mutterschaft“ in eine genetische und eine gebärende Mutter. Und drittens – vor allem mit Blick auf Eizellspende und Leihmutterschaft – der Schutz der Frauen vor „Belastung, Ausbeutung und Ausnützung“, etwa durch die Gefahren eines wirtschaftlichen Drucks zur Inkaufnahme erhöhter gesundheitlicher Risiken.

Diese Argumente überzeugen weder im Hinblick auf den Gleichheitssatz noch im Lichte des Art 8 Abs 2 EMRK:

- a) Die erhöhte „Technizität“ der Eizellgewinnung im Vergleich zur Samengewinnung und das eher resignative Argument des Gesetzgebers, dass die Samenspende „seit längerer Zeit“ praktiziert werde und ihr Verbot überdies „kaum überprüfbar“ wäre,⁵⁵ sind als Rechtfertigung für die Ungleichbehandlung schon im Ansatz fragwürdig. Die fehlende „Naturnähe“ einer Fortpflanzungsmethode ist für sich genommen noch kein ausreichender Grund für ein rechtliches Verbot, solange der „Naturferne“ und dem erhöhten technischen Aufwand nicht konkretisierbare Gefahren zugeordnet werden können, die gerade durch diese „Technizität“ hervorgerufen werden. Der lapidare Hinweis auf die „Gefahr von Missbräuchen“⁵⁶ reicht dafür nicht. Denn zum einen ist nicht ersichtlich, weshalb bestimmte – offenbar als unerwünscht angesehene – Verwendungsoptionen (z.B. die Forschung mit Keimzellen oder „überzähligen“ Embryonen) im Hinblick auf die Forschungsfreiheit überhaupt Gegenstand eines rechtlichen Verbotes sein sollen. Und zum anderen hängt das Gefährdungspotenzial, das sich aus der extrakorporalen Existenz von Keimzellen und Embryonen in Laborsituatio-

nen ergeben könnte, nicht von der (homologen oder heterologen) Herkunft der Zellen ab und könnte daher auch bei einer homologen IVF auftreten. Weshalb die „bisherige Praxis“ einen eigenständigen Rechtfertigungsgrund darstellen bzw. das Verbot der Samenspende unverhältnismäßig schwieriger zu kontrollieren sein soll als das Verbot der (auf ärztliche Unterstützung angewiesenen) Eizellspende, bleibt ebenfalls unklar. Gänzlich abwegig erscheint schließlich das im Ausschussbericht gegen ein Verbot der Fremdsamenspende (bei Aufrechterhaltung des Verbots der Eizellspende) angeführte Motiv, man wolle dadurch die unerwünschte Konsequenz vermeiden, dass „sich die beteiligten Paare ihren oft dringenden Kinderwunsch unter Außerachtlassung der gesetzlichen Schranken erfüllen lassen“⁵⁷: Wer die Gefahr eines Rechtsbruchs als ausreichenden Grund für eine ausnahmsweise Zulassung der Samenspende ansieht, muss sich entgegenhalten lassen, dass diese befremdliche Argumentationslogik gegen sämtliche Verbote des FMedG (und letztlich der Rechtsordnung insgesamt) ins Treffen geführt werden könnte.

- b) Auch das Argument, die mit der Zulassung der Eizellspende ermöglichte Aufspaltung zwischen sozialer bzw. rechtlicher und genetischer Elternschaft gefährde das Kindeswohl, vermag nicht zu begründen, weshalb diese Spaltung beim Samenspender hingenommen wird, nicht hingegen bei der Eizellspenderin. Dass die Situation in dieser Konstellation komplexer ist, weil es zusätzlich zu einer Trennung der gebärenden von der genetischen Mutter kommt, trifft zwar zu;⁵⁸ es ist aber nicht einzusehen, weshalb es für das Kind einen Nachteil darstellen soll, wenn es mit der gebärenden (und nach österreichischem Recht daher auch rechtlichen)⁵⁹ Mutter „nur“ durch die gemeinsame Schwangerschaft verwandt ist, während in Bezug auf den rechtlichen Vater im Fall der Samenspende nicht einmal diese Nähe gegeben ist (und bei der Adoption die Elternschaft beider Eltern gänzlich auf das soziale und rechtliche Band beschränkt ist).⁶⁰ Wenn die Vaterschaft des Mannes, der gar keine biologische Beziehung zu dem Kind hat, dem Kindeswohl nicht abträglich ist, muss gleiches umso mehr für die Mutterschaft der Frau gelten, die das Kind ausgetragen und geboren hat.

Ebenso wenig verfängt der Hinweis, das Verbot der Eizell- und Samenspende könne durch das Interesse des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung legitimiert werden.⁶¹ Zum einen ist schon die dahinter stehende Prämisse nicht nachvollziehbar, dass Schwierigkeiten beim Informationszugang über die eigene genetische Herkunft ausreichen könnten, um die Zeugung des Kindes überhaupt zu unterbinden. Und zum zweiten würde die Gefährdung dieses Informationsinteresses ja erst dann entstehen, wenn der Gesetzgeber bei der Eizellspende das Recht auf Kenntnis der „genetischen Herkunft“ einschränkt, während die Information über den Samenspender de lege lata gegenüber dem Kind offen gelegt werden muss.⁶² Das ließe sich aber unschwer dadurch vermeiden, dass auch gegenüber der Eizellspenderin ein vergleichbar differenzierter Informationsanspruch geschaffen wird, wie ihn das FMedG über den Samenspender bereits enthält.⁶³

Die Berufung auf das Kindeswohl vermag auch das Verbot der „heterologen“ Verwendung von Fremdsamen bei der IVF nicht zu tragen, zumal es sich lediglich um die Kombination zweier Verfahren (heterologe Insemination einerseits, homologe IVF andererseits) handelt, die jeweils für sich genommen ohnehin erlaubt sind. Welche spezifischen Bedrohungen des Kindeswohls gerade durch die Verknüpfung der Keimzellspende eines Dritten mit der Durchführung der Befruchtung „in vitro“ entstehen, ist nicht erkennbar, da zwischen der „re-

produktionsmedizinischen“ Vorgeschichte des künftigen Kindes und dessen Wohl kein plausibler Zusammenhang besteht. Das grundlegende Misstrauen des Gesetzgebers, der die Fortpflanzungsmedizin in einem prinzipiellen Spannungsverhältnis zum „Kindeswohl“ gesehen haben dürfte,⁶⁴ wird durch empirische Daten nicht gestützt: Langzeitstudien lassen vielmehr den Schluss zu, dass die Entwicklung „künstlich“ gezeugter Kinder nicht grundsätzlich anders verläuft als bei einer „natürlichen“ Zeugung.⁶⁵ Soweit das Verbot der heterologen IVF mit der Gefahr des „Missbrauchs“ begründet wird, müsste dabei – wie bereits erwähnt – unterschiedslos bei jeglicher IVF (und nicht bei bestimmten Methoden) angesetzt werden, weil diese Gefahren – selbst wenn sie sich erhärten lassen – durch den leichteren Zugriff im Labor und nicht durch die Herkunft der Keimzellen bedingt ist. Auch die Gefahr von Mehrlingsschwangerschaften wird nicht erst durch die vom FMedG verpönten Methoden hervorgerufen, sondern kann bei der homologen IVF ebenso auftreten.⁶⁶ Insoweit wird mit dem Schutz des „Kindeswohls“ zwar ein legitimes Schutzziel iSd Art 8 Abs 2 EMRK benannt; die dafür eingesetzten rechtlichen Verbote sind jedoch zur Erreichung dieses Ziels teils überschießend, teils werden sie vom Gesetz nicht in konsistenter Weise verfolgt.

- c) Zweifellos ist der Schutz der spendenden Frauen vor gesundheitlichen Risiken und wirtschaftlicher Ausbeutung ebenfalls ein legitimes Ziel. Zu seiner Verfolgung ist ein Totalverbot der Eizellspende aber nicht unbedingt erforderlich: Zwar stellt die Eizellspende und die dafür nötige hormonelle Vorbehandlung der Frau einen wesentlich belastenderen Eingriff in den weiblichen Körper dar als die leichter handhabbare Samenspende, was gewisse Differenzierungen durchaus rechtfertigen könnte. Für ein gänzlich Verbot der Eizellspende können diese Risiken aber nicht ins Treffen geführt werden, weil sich auch durch gelindere Mittel (Einwilligung, Aufklärung, Verbot der Kommerzialisierung, Vermittlungsverbot) sicherstellen lässt, dass der Eingriff rechtlich und faktisch mit dem freien Konsens der Spenderin geschieht und sie daher vor wirtschaftlicher Ausbeutung geschützt ist. Was schließlich die gesundheitlichen Risiken betrifft, ist nicht ersichtlich, weshalb jene rechtlichen Kautelen, unter denen etwa eine Lebendorganspende oder eine Gewebsspende nach dem Gewebesicherheitsgesetz zu therapeutischen Zwecken erlaubt ist, nicht ausreichen sollten, um eine Eizellspende zu Fortpflanzungszwecken zuzulassen. Die gesetzlichen Sicherungen zum Gesundheitsschutz der Spender, die bei der therapeutischen Verwendung von Körpersubstanzen allgemein akzeptiert werden, können auch eine Eizellspende rechtfertigen. Dazu kommt, dass der Schutz vor Belastungen der Spenderin nicht gegen die Überlassung ohnehin schon entnommener überzähliger Eizellen („egg sharing“) ins Treffen geführt werden kann: Diese ist aber ebenfalls verboten, obwohl in dieser Konstellation gar kein zusätzlicher körperlicher Eingriff stattfindet, der die Frau gesundheitlich belasten könnte.⁶⁷

4.2.4.3 Zur Bedeutung der Urteile des EGMR im Fall S.H.

Nachdem der VfGH im Jahr 1999 Individualanträge, das Verbot der heterologen IVF sowie des Embryotransfers nach Eizellspende wegen Verletzung der Art 8, 12 EMRK und Art 7 B-VG als verfassungswidrig aufzuheben, abgewiesen hatte⁶⁸, riefen die Beschwerdeführer den EGMR an, der den Fall im April 2010 in der (Kleinen) Kammer entschied: Der Gerichtshof sah sowohl im generellen Verbot des Embryotransfers nach Eizellspende (§ 3 Abs 3 FMedG) als auch im Verbot der heterologen IVF mit dem von Dritten gespendeten Samen (§ 3 Abs 1 FMedG) eine Verletzung des Diskriminierungsverbotes gemäß Art 14 iVm Art 8 EMRK, da es für diese Ver-

bote keine objektive und angemessene Rechtfertigung gäbe. Damit hat der EGMR den Vorwurf der Konventions- und Verfassungswidrigkeit, der gegen die einschlägigen Bestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes von der ganz überwiegenden Literatur – und entgegen der Auffassung des Verfassungsgerichtshofes – von Anfang an erhoben worden ist, zunächst deutlich – wenngleich mit Beschränkung auf den Diskriminierungsvorwurf – bestätigt, ohne auf das Beschwerdevorbringen zu Art 8 EMRK weiter einzugehen. Die von der Republik Österreich angerufene Große Kammer des EGMR hat sich dieser Auffassung im endgültigen Urteil vom 3. 11. 2011 allerdings nicht angeschlossen und eine Konventionsverletzung im Ergebnis verneint. Die in Rede stehenden Verbote griffen zwar nach Ansicht des EGMR in das Recht auf Privat- und Familienleben der Beschwerdeführer ein, doch sei dieser Eingriff im Lichte des Gesetzesvorbehalts gem. Art 8 Abs 2 EMRK zulässig. Allerdings beschränkte sich die Große Kammer auf den Aspekt des Art 8 EMRK und griff die gleichheitsrechtliche Problematik nicht gesondert auf.

Die Gründe, die die Große Kammer zu ihrer Entscheidung geführt haben, brauchen hier ebenso wenig im Detail erörtert werden wie deren Überzeugungskraft.⁶⁹ Eine entscheidende Rolle spielte dabei die Argumentationsfigur des nationalen „Beurteilungsspielraums“, den Österreich nicht überschritten habe. Dahinter steht letztlich die Zurücknahme der Kontrolldichte eines internationalen Gerichts zugunsten der – primär vom demokratisch legitimierten nationalen Gesetzgeber wahrzunehmenden – Autonomie der Mitgliedstaaten gerade in kontroversiellen und innerhalb der Europaratsstaaten uneinheitlich beurteilten bioethischen Fragestellungen. Wo die Grenzen dieses „Beurteilungsspielraums“ genau verlaufen, ist angesichts der Beweglichkeit der vom EGMR herangezogenen Kriterien freilich unklarer denn je.

Trotz der Erfolglosigkeit der Beschwerde im konkreten Fall S.H darf das Urteil der Großen Kammer aber nicht als Bestätigung der Verfassungskonformität des geltenden Fortpflanzungsmedizinrechts gedeutet werden. Das hat im Wesentlichen drei Gründe:⁷⁰

- (1) Der EGMR hat im Fall S.H. keine Aussage über die Verfassungs- und Konventionskonformität des geltenden FMedG getroffen, sondern lediglich eine Verletzung der EMRK im Zeitpunkt der letzten innerstaatlichen (verfassungsgerichtlichen) Entscheidung verneint. Relevanter Beurteilungszeitpunkt war also das Jahr 1999. Nichtsdestoweniger hat der EGMR zum Ausdruck gebracht, dass diese Beurteilung im Falle einer neuerlichen aktuellen Prüfung – insbesondere wegen des in der Zwischenzeit herausgebildeten europäischen Trends einer zunehmenden Liberalisierung im Sinne der Erlaubnis von Eizell- und Samenspende für die IVF⁷¹ – künftig anders ausfallen könnte. Ebenso deutlich hat der EGMR gerügt, dass der österreichische Gesetzgeber während der letzten Jahre keine rechtspolitische Evaluierung des Fortpflanzungsmedizinrechts unternommen hat.⁷²
- (2) Der EGMR beschränkte sich entsprechend seiner Zuständigkeit nach der EMRK auf eine Prüfung im Hinblick auf die EMRK. Für die Beurteilung der innerstaatlichen Verfassungsmäßigkeit kommen hingegen noch andere Verfassungsbestimmungen in Betracht (z.B. der Gleichheitssatz des B-VG), über die der EGMR nicht zu entscheiden hatte und über die er auch nicht entschieden hat.
- (3) Das Urteil des EGMR stützte sich weniger auf eine eigenständige positive Bewertung der für die österreichischen Verbote vorgebrachten Begründungen im Lichte des Art 8

EMRK als auf die Anerkennung des großen Beurteilungsspielraums der Mitgliedstaaten („margin of appreciation“), den Österreich nach Auffassung des Gerichtshofes nicht überschritten habe. Darin kommt eine Selbstbeschränkung des EGMR im Spannungsfeld zwischen internationaler Kontrolle und nationaler Autonomie zum Ausdruck: In ethisch und gesellschaftspolitisch strittigen Fragen, die in Europa unterschiedlich geregelt werden, sollen die maßgeblichen Bewertungen und Abwägungen primär von den zuständigen Organen der Mitgliedstaaten vorgenommen werden. Der EGMR ließ es also aus Gründen der Gewaltentrennung und der Subsidiarität bei einer Art „Grobprüfung“ bewenden. Die innerstaatlich zuständigen Behörden – also vor allem der Gesetzgeber selbst oder auch der in einem Normenprüfungsverfahren allenfalls neuerlich befasste VfGH – können sich freilich nicht in gleicher Weise auf jene judizielle Selbstbeschränkung zurückziehen, die der EGMR mit der subsidiären Kontrollfunktion eines europäischen Gerichts begründet hat.

Aus all diesen Erwägungen sollte der Ausgang des Verfahrens vor der Großen Kammer des EGMR nicht als Freibrief für die Aufrechterhaltung einer Rechtslage gedeutet werden, die nach überwiegender Einschätzung nach wie vor inkonsistent und verfassungswidrig ist.⁷³

4.2.4.4 Embryonenspende, Leihmutterschaft

- a) Eine gesetzliche Zulassung der Eizellspende würde es unter dem Aspekt des Gleichheitssatzes nahelegen, auch das Verbot der Embryonenspende zu überdenken: In diesem Fall wäre das Kind zwar mit keinem der beiden sozialen Elternteile durch ein genetisches Band verbunden. Unter dem Gesichtspunkt des Kindeswohls sprechen jedoch keine durchschlagenden Gründe dagegen, unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. Subsidiarität, Zustimmung beider „Eltern“) von jeglicher genetischen Beziehung zu den Eltern abzusehen, wie dies bei der Adoption ebenfalls möglich ist. Selbst wenn man grundsätzlich an der Vorstellung festhält, dass das Kind zumindest mit einem Elternteil genetisch verwandt sein sollte, wäre der durch den gänzlichen Entfall der genetischen Verwandtschaft verbundene Nachteil dadurch aufgewogen, dass die Zulassung der Embryonenspende den „überzähligen“ befruchteten Eizellen überhaupt erst eine „Überlebensperspektive“ an Stelle ihrer Vernichtung eröffnen würde. Auch aus der Sicht des Schutzes der Frau entsteht bei der Embryonenspende kein über die Eizellspende hinausgehendes Bedrohungspotenzial, das es rechtfertigen könnte, die Spende unbefruchteter Eizellen zu erlauben, die Spende befruchteter Embryonen hingegen nicht.
- b) Obgleich mit „Embryonenspende“ und „Leihmutterschaft“ dieselben Sachverhalte umschrieben werden, sind die von den handelnden Personen angestrebten Ziele (und die rechtlichen Folgen) unterschiedlich: Anders als bei der Embryonenspende, bei der die gebärende Frau nach der Intention der Beteiligten auch die soziale und rechtliche Mutter werden soll, ist bei der „Leihmutterschaft“ die Rückgabe des Kindes an die „biologische“ Mutter beabsichtigt. Diese steht freilich – soll es zum Gegenstand einer Rechtspflicht werden – mit dem zivilrechtlichen Grundsatz in Konflikt, wonach die gebärende Frau immer Mutter im Rechtssinn ist (§ 137b ABGB) und sie daher nicht mit rechtlichen Mitteln gezwungen werden kann, das von ihr geborene Kind vereinbarungsgemäß an die biologische Mutter herauszugeben. Die gesetzlichen Motive, das Kind nicht zum „Gegenstand einer Herausgabeverpflichtung“ und die Frau nicht zum Objekt der „Ausbeutung der Gebärfähigkeit“ zu machen,⁷⁴ erklären zwar

immer noch nicht, weshalb es dazu eines absoluten Verbotes der Leihmutterschaft bedarf. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist dem Gesetzgeber aber nicht entgegenzutreten, wenn er in der flankierenden Ergänzung des zivilrechtlichen Grundsatzes der Identität der gebärenden und der rechtlichen Mutter und zur Vermeidung eines rechtlichen Zwanges, das geborene Kind wieder „herauszugeben“, die Leihmutterschaft insgesamt nicht zugelassen hat. Die gebärende Frau hat zwar auch nach geltendem Recht unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, im Wege der Freigabe zur Adoption ihre rechtliche Mutterschaft nach der Geburt wieder abzugeben. Diese Entscheidung kann sie aber nach der Geburt frei und ohne Bindung an eine ex-ante entstandene Verpflichtung treffen. Dieser unterschiedliche normative Kontext kann es sachlich rechtfertigen, am „Verbot der Leihmutterschaft“ auch dann festzuhalten, wenn das Verbot der Überlassung befruchteter Eizellen an andere Frauen wegfiel. Eine verfassungsrechtliche Pflicht zum Verbot der Leihmutterschaft besteht nach der Judikatur des VfGH allerdings nicht;⁷⁵ insofern hat der Gesetzgeber einen rechtspolitischen Beurteilungsspielraum.

4.2.4.5 Beschränkung auf heterosexuelle Partnerschaften

Verfassungsrechtliche Bedenken wurden auch gegen § 2 Abs 1 FMedG erhoben, der die medizinisch unterstützte Fortpflanzung „nur in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts“ erlaubt. Homosexuelle Paare, die ohne medizinische Unterstützung keine Kinder zeugen können (– sei es, dass heterosexuelle Kontakte für sie nicht in Betracht kommen, sei es, dass sie unfruchtbar sind –), dürfen reproduktionsmedizinische Maßnahmen also nicht in Anspruch nehmen, und zwar selbst dann nicht, wenn sie ihre Beziehung als eingetragene Partnerschaft institutionell verfestigt haben. Im Effekt trifft dieses Fortpflanzungsverbot derzeit nur lesbische Frauen, die eine Insemination mit Samenspende vornehmen möchten. Die anderen für gleichgeschlechtliche Paare in Betracht kommenden Maßnahmen – IVF mit Samen- oder Eizellspende und Leihmutterschaft – sind nämlich nach geltendem Recht generell, also auch heterosexuellen Paaren verboten.

Der OGH hat den Ausschluss homosexueller Paare von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen beim VfGH als verfassungswidrig angefochten.⁷⁶ Begründend führt er insbesondere aus, dass der österreichische Gesetzgeber eingetragenen Partnern die Einzeladoption mit Zustimmung des Partners erlaubt (§ 181 Abs 1 ABGB), woraus zu schließen sei, dass die Einzeladoption durch einen eingetragenen Partner für sich genommen nicht grundsätzlich dem Kindeswohl widerspreche. Ebenso wie eine Adoption ein Eltern-Kind-Verhältnis erzeuge, das nicht auf eine biologische Verbindung rückführbar sei, ersetzt nach Ansicht des OGH auch die Fortpflanzungsmedizin eine auf natürlicher Fortpflanzung beruhende Familienbeziehung. Dass der Gesetzgeber die Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin – anders als die Adoption – heterosexuellen Paaren vorbehalte, sei daher nicht sachgerecht.

Der Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen begegnet tatsächlich verfassungsrechtlichen Bedenken. Das FMedG greift mit diesem Verbot nicht nur in die durch Art 8 EMRK garantierte Fortpflanzungsfreiheit der betroffenen Paare ein. Noch schwerer wiegt, dass dieses Verbot Menschen allein aufgrund ihrer sexuellen Orientierung benachteiligt, also aufgrund eines Merkmals, das – ebenso wie z.B. Geschlecht, Hautfarbe oder Religion – die Identität eines Menschen maßgeblich prägt,

das sich nicht zumutbar ändern lässt und das noch immer Teile der Gesellschaft zu vorurteilsbeladenen Eigenschaftszuschreibungen veranlasst. Rechtliche Benachteiligungen aufgrund solcher Merkmale stehen von Verfassung wegen unter Diskriminierungsverdacht: Sie sind dem Gesetzgeber nur erlaubt, wenn eine solche Benachteiligung bei vorurteilsfreier Betrachtung zur Erreichung eines triftigen Zieles unbedingt erforderlich ist. Das gilt zum einen nach Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK, wobei der EGMR dem Gesetzgeber hier einen gewissen Beurteilungsspielraum einräumt, solange sich in den Mitgliedstaaten kein einheitlicher Trend entwickelt hat. Ohne eine solche Einschränkung verbietet Diskriminierungen zum anderen Art 7 B-VG, der als rein innerstaatlicher Gleichheitssatz nicht der Jurisdiktion des EGMR unterliegt und dessen Strenge auch nicht durch einen fehlenden Konsens anderer Staaten abgemildert wird. Für den Ausschluss homosexueller Paare von der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen wird eine Vielzahl von Gründen ins Treffen geführt. Diese Gründe erfüllen aber, wie die Bioethikkommission bereits in ihrer Stellungnahme an den VfGH dargetan hat,⁷⁷ die strengen Anforderungen der Diskriminierungsverbote nicht:

- (1) Keine taugliche Rechtfertigung kann zunächst aus der Aussage der Materialien gewonnen werden, gleichgeschlechtliche Paare seien „wegen der damit verbundenen Mißbrauchsgefahr („Leihmutterschaft“)“⁷⁸ von medizinisch assistierten Zeugungshilfen auszuschließen. Die Gefahren, die mit einer Leihmutterschaft möglicherweise einhergehen, wehrt das FMedG ohnedies durch das absolute Verbot der Leihmutterschaft ab. Gleichgeschlechtlichen Paaren auch alle anderen Formen der Reproduktionsmedizin zu untersagen, ist durch den bloßen Hinweis auf eine „Mißbrauchsgefahr“ nicht plausibel begründbar. Denn bei vorurteilsfreier Betrachtung weist nichts darauf hin, dass homosexuelle Menschen stärker als heterosexuelle zu einem Missbrauch neigen, etwa dazu, rechtliche Verbote wie jenes der Leihmutterschaft zu umgehen.
- (2) Die Materialien zum FMedG führen weiters allgemein aus, durch die Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin sollen keine „ungewöhnliche[n] persönliche[n] Beziehungen“ geschaffen werden, die sich „von den Bedingungen und Folgen der natürlichen Fortpflanzung weit entfernen“.⁷⁹ Damit könnte auch gemeint sein, es sei „nicht normal“ (d.h. ungewöhnlich), wenn ein gleichgeschlechtliches Paar ein Kind hat. Das rechtfertigt den Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin aber nicht: Denn von der Norm abzuweichen, d.h. *anders* zu sein, ist gerade das Recht, das die Diskriminierungsverbote den Bürgern einräumen.
- (3) Das Entstehen „ungewöhnlicher“ Beziehungen könnte einen Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Fortpflanzungsmedizin allerdings rechtfertigen, wenn diese Beziehungen für das Wohl der Kinder mit realen und schwerwiegenden Gefahren verbunden wären. Tatsächlich werden solche Gefahren bisweilen behauptet; wissenschaftlich erwiesen sind sie aber nicht, im Gegenteil: Wie eine Vielzahl von repräsentativen und auch auf Langzeitbeobachtung beruhenden Studien zeigt, unterscheiden sich Kinder aus gleichgeschlechtlichen Partnerschaften nicht wesentlich von Kindern, die bei verschiedengeschlechtlichen Paaren aufwachsen. Zu nennen ist hier aus der jüngeren Vergangenheit nur beispielsweise eine im Auftrag des deutschen Bundesministeriums für Justiz erstellte Untersuchung zu 693 Kindern und Jugendlichen, für die zum einen 1059 Elternteile (zum Teil telefonisch, zum Teil in persönlichen Interviews) befragt wurden, zum anderen 119 Kinder und Jugend-

liche und zudem 29 von den Eltern unabhängige Experten (u.a. aus Lehrberufen und Beratungsstellen).⁸⁰ Die Studie resümiert, „dass sich Kinder und Jugendliche in Regenbogenfamilien ebenso gut entwickeln wie Kinder in anderen Familienformen. [...] Entscheidend für die Entwicklung der Kinder ist nicht die Struktur der Familie, sondern die Qualität der innerfamiliären Beziehungen.“⁸¹ Dieses Ergebnis wird auch durch *Langzeitstudien* bestätigt, so etwa durch eine in Großbritannien durchgeführte Untersuchung, die Kinder vom frühen Schulalter bis in das junge Erwachsenenalter beobachtet hat,⁸² und eine in den USA erstellte Studie, die Kinder von ihrer Geburt bis zum 17. Lebensjahr begleitet.⁸³ Methodischen Bedenken, die gegen empirische Studien dieser Art verschiedentlich erhoben werden, geht eine in Skandinavien publizierte Meta-Analyse nach: Sie hat 23 Studien ausgewertet, die zwischen 1978 und 2000 in Belgien, den Niederlanden, Dänemark, dem Vereinigten Königreich und Nordamerika publiziert wurden und die insgesamt 615 Kinder lesbischer Mütter und homosexueller Väter im Alter zwischen 1,5 und 44 Jahren im Vergleich zu 387 Kindern aus traditionellen Familien erfassen. Diese Meta-Analyse kommt zum Ergebnis, dass die 23 ausgewerteten Studien *ungeachtet ihrer unterschiedlichen Methodik* allesamt denselben Schluss zulassen: „children raised by lesbian women do not experience adverse outcomes compared with other children. The same holds for children raised by gay men, but more studies should be done.“⁸⁴ Gestützt auf eine Reihe von Studien stellt schließlich auch die American Psychological Association fest: „beliefs that lesbian and gay adults are not fit parents have no empirical foundation“.⁸⁵ Angesichts dieses, hier nur durch einige beispielhafte Studien belegten, insgesamt aber sehr breiten Forschungsstandes⁸⁶ erscheint die Annahme, Kinder gleichgeschlechtlicher Paare seien in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, als ein Vorurteil, solange derartige Beeinträchtigungen nicht durch valide und gleich repräsentative Gegenstudien belegt werden. Ausgehend davon sind entwicklungspsychologische Bedenken nicht geeignet, den Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu rechtfertigen.

- (4) Dabei wird nicht verkannt, dass Kinder aus gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften zum Teil auch Diskriminierungserfahrungen machen, die seelisch belastend sein können.⁸⁷ Auf Vorurteilen und Intoleranz beruhende Reaktionen von Teilen der Gesellschaft rechtfertigen es aber keinesfalls, gleichgeschlechtlichen Paaren die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbieten; sonst müsste man alle Menschen, die (z.B. wegen ihres Migrationshintergrundes, ihrer Hautfarbe, ihrer Religion, aufgrund einer Behinderung) einer diskriminierten Gruppe angehören, von medizinisch unterstützter Fortpflanzung ausschließen. Die Zeugung von Kindern nur deshalb zu untersagen, weil sie dem Risiko gesellschaftlicher Diskriminierung ausgesetzt sein könnten, wäre nicht verallgemeinerungsfähig und daher inakzeptabel.
- (5) Der Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare kann auch nicht mit dem Argument gerechtfertigt werden, Kinder solcher Paare hätten nur einen Elternteil im rechtlichen Sinn – das Kind eines lesbischen Paares nur eine Mutter, das Kind eines männlichen homosexuellen Paares nur einen Vater – und damit nur eine obsorgepflichtige Person. Das kann für ein Kind zwar nachteilig sein; diesen Nachteil kann der Gesetzgeber aber beseitigen, indem er – was angesichts der erwähnten Forschungen zum Kindeswohl auch nahe liegt – die Partnerin der Kindesmutter (den Partner des Kindesvaters) als Elternteil im rechtlichen Sinn anerkennt, wie das z.B. im englischen Human Fertilisation and Embryology Act 2008 ge-

schieht: Dann hätte auch das Kind gleichgeschlechtlicher Paare zwei obsorgepflichtige Elternteile im rechtlichen Sinn. Jedenfalls erschiene es unangemessen, eine so gravierende Freiheitsbeschränkung wie das Verbot der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen mit Umständen zu begründen, die der Gesetzgeber selbst herbeigeführt hat und die er ohne weiteres beseitigen kann. Davon abgesehen lässt der Gesetzgeber die Vaterlosigkeit auch bei auf natürlichem Weg gezeugten Kindern zu, wenn er der Mutter ausdrücklich das Recht einräumt, den Namen des Vaters zu verschweigen (§ 163a Abs 1 ABGB). Warum die Vaterlosigkeit eines Kindes dann gerade bei lesbischen Paaren so schädlich sein soll, dass die Zeugung eines solchen Kindes gesetzlich verboten werden muss, ist nicht zu sehen.

- (6) Gegen die Öffnung der Reproduktionsmedizin für homosexuelle Paare kann auch nicht eingewendet werden, diese Paare würden sich häufiger trennen als heterosexuelle Paare, was für Kinder belastend sei. Diese Annahme steht nicht nur im Widerspruch zur Judikatur des EGMR, nach der gleichgeschlechtliche Paare ebenso wie verschiedengeschlechtliche Paare in der Lage sind, stabile, bindende Beziehungen einzugehen.⁸⁸ Dass homosexuelle Paare sich häufiger trennen als heterosexuelle, lässt sich auch nicht auf eine belastbare Datenlage stützen. Zwar existiert eine für Norwegen und Schweden erstellte Studie, die bei homosexuellen Paaren tatsächlich eine höhere Trennungshäufigkeit konstatiert.⁸⁹ Die Autoren dieser Studie führen dies aber zum einen u.a. darauf zurück, dass homosexuelle Paare häufig keine Kinder haben, die Beziehungen bekanntlich stabilisieren,⁹⁰ weshalb diese Trennungsrate im vorliegenden Zusammenhang gerade nicht aussagekräftig ist. Zum anderen liegen z.B. für Dänemark Zahlen vor, die der schwedischen Studie gerade entgegengesetzt sind: Danach werden nur 17% homosexueller Beziehungen getrennt, während die Trennungsrate bei heterosexuellen Paaren mit 46% fast dreimal so hoch ist.⁹¹
- (7) Nicht belegbar und daher als Argument nicht tauglich ist auch die Annahme, homosexuelle Menschen seien nicht in der Lage oder nicht bereit, Kinder um ihrer selbst willen anzunehmen. Ebenso wenig kann ein tragfähiges Argument aus der Annahme gewonnen werden, bei homosexuellen Paaren, die sich ein Kind wünschen, stehe der eigene Fortpflanzungswunsch im Vordergrund. Zum einen hat jeder Mensch, der sich ein eigenes Kind wünscht, definitionsgemäß – und daher unabhängig von seiner sexuellen Orientierung – auch den Wunsch sich fortzupflanzen. Zum anderen ist nicht zu sehen, warum dieser Fortpflanzungswunsch dem Wohl des Kindes, das in Erfüllung dieses Wunsches gezeugt wird, abträglich sein sollte.
- (8) Der Öffnung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen für homosexuelle Paare steht auch Art 7 der Kinderrechtskonvention nicht entgegen, nach dem jedes Kind das Recht hat, seine Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden. Die Lehre nimmt zum Teil an, dass aus Art 7 für die moderne Fortpflanzungsmedizin von vornherein nichts folge, weil dieses Thema von den verhandelnden Vertragsparteien bewusst ausgeklammert worden sei.⁹² Selbst wenn man dies verneint, ist aber zu beachten, dass das in Art 7 normierte Recht nicht absolut besteht, sondern nur „soweit möglich“. Dieser Passus wurde in Art 7, wie die Entstehungsgeschichte zeigt, auf Betreiben jener Staaten eingefügt, die eine anonyme Adoption erlauben;⁹³ umso mehr muss es dann aber zulässig sein, dass jemand für die Zeugung seines Kindes medizinische Unterstützung in Anspruch nimmt und dieses Kind in

der Folge betreut, wenn das Kind zudem – wie das in Österreich der Fall ist – einen Anspruch hat, ab seinem 14. Lebensjahr zu erfahren, wer sein anderer genetischer Elternteil ist (§ 20 Abs 2 FMedG).⁹⁴ Wohl aus diesem Grund hat Österreich zur Kinderrechtskonvention in dieser Hinsicht auch keinen Vorbehalt abgegeben, obwohl die Ratifikation dieser Konvention kurz nach der Kundmachung des FMedG erfolgte, dessen Regelungen den Beteiligten also gewiss präsent waren.⁹⁵ Der in § 20 Abs 2 FMedG normierte Anspruch des Kindes zu erfahren, wer sein genetischer Vater ist, müsste selbstverständlich auch Kindern homosexueller Paare zustehen.

- (9) Unbegründet ist auch die Sorge, die Reproduktionsmedizin müsse, wenn sie für lesbische Paare geöffnet wird, zur Vermeidung von Diskriminierungen auch männlichen homosexuellen Paaren erlaubt werden, was zur Zulassung der – unerwünschten – Leihmutterschaft zwingt. Solange das Verbot der Leihmutterschaft (wie derzeit) generell besteht, knüpft es weder unmittelbar an die sexuelle Orientierung oder das Geschlecht an noch richtet es sich mittelbar gerade gegen homosexuelle männliche Paare. Zwar schließt das Verbot der Leihmutterschaft homosexuelle männliche Paare anders als lesbische Paare von der einzigen für sie in Betracht kommenden reproduktionsmedizinischen Maßnahme aus. Dass sich homosexuelle männliche Paare – anders als lesbische Paare – nur mit Hilfe einer Leihmutter fortpflanzen können, begründet zwischen ihnen aber einen Unterschied, der nicht auf Vorurteilen, sondern auf biologischen Gegebenheiten beruht. Dieser Unterschied ist zudem wesentlich für das aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht zu beanstandende Ziel,⁹⁶ Frauen vor dem mit einer Leihmutterschaft einhergehenden Anspruch auf „Herausgabe“ eines Kindes und vor möglicher Ausbeutung zu schützen. Dieser wesentliche Unterschied rechtfertigt es, die Leihmutterschaft weiterhin zu verbieten und damit im Effekt nur homosexuelle männliche Paare von der medizinisch unterstützten Fortpflanzung auszuschließen. Dieses Verbot wäre daher keine Diskriminierung homosexueller männlicher Paare.
- (10) Schließlich kann gegen die Öffnung der Reproduktionsmedizin für homosexuelle Paare auch nicht eingewendet werden, dass homosexuelle Paare dann ebenso wie heterosexuelle Paare Anspruch auf finanzielle Unterstützung durch den Staat hätten. Ob und inwieweit der Staat die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen finanziell unterstützt, ist ihm durch die Verfassung nicht vorgegeben. Wenn er sich aber entschließt, eine Unterstützung zu gewähren, muss er dies selbstverständlich diskriminierungsfrei tun. Homosexuelle Menschen hier auszuschließen, obwohl sie ebenso wie heterosexuelle Menschen Steuern und Sozialversicherungsbeiträge zahlen, wäre daher verfassungswidrig. Dass homosexuelle Menschen bei der Gewährung finanzieller Unterstützungen nicht diskriminiert werden dürfen, kann aber kein tauglicher Grund sein, sie – zur Vermeidung der Kosten einer Unterstützung – schon eine Stufe früher zu diskriminieren, ihnen also jene Maßnahmen zu verbieten, für die die Unterstützung gewährt wird.

Bei vorurteilsfreier Betrachtung kann der Ausschluss homosexueller Paare von der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen daher weder mit einer nicht näher bestimmten Missbrauchsgefahr (1) noch unter Hinweis auf die Ungewöhnlichkeit dadurch entstehender familiärer Beziehungen (2) noch mit dem Kindeswohl (3-8) noch mit der Ge-

fährdung des Leihmutterverbots (9) und auch nicht mit der Vermeidung allenfalls entstehender Folgekosten (10) gerechtfertigt werden.

4.2.4.6 Beschränkung auf (aufrechte) Partnerschaften

Das Erfordernis des § 2 Abs 1 FMedG, wonach eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur in einer Ehe oder (verschiedengeschlechtlichen) Lebensgemeinschaft zulässig ist, wird in der Literatur dahingehend ausgelegt, dass reproduktionsmedizinische Verfahren nur „in“ einer aufrechten Partnerschaft erlaubt sind, nicht jedoch nach deren Auflösung (sei es durch Tod eines Partners oder durch Trennung).⁹⁷ Daraus folgt unter anderem, dass befruchtete kryokonservierte Embryonen selbst bei vorliegender Zustimmung nicht mehr transferiert werden dürfen (und daher vernichtet werden müssen), sobald sich die „Wunscheltern“ trennen oder einer von ihnen stirbt.⁹⁸ An diesem strikten Ergebnis sind zwar im Hinblick auf die Trennung lebender Partner begründete Zweifel vorgebracht worden;⁹⁹ im Hinblick auf den Tod eines Partners steht das FMedG einer Implantation aber eindeutig entgegen, da die Zulässigkeit der Aufbewahrung „entwicklungsfähiger Zellen“ jedenfalls mit dem Tod des Ehegatten oder Lebensgefährten endet (§ 17 Abs 1 FMedG).

Dass es für diese Einschränkung hinreichend gewichtige sachliche Gründe gibt, kann bezweifelt werden. Die vom Gesetzgeber vorgebrachten Ziele – nämlich Vermeidung von „Generationsprüngen“¹⁰⁰ und Sicherung einer „dauerhaften Beziehung zu beiden Elternteilen“¹⁰¹ – vermögen diese Verbote nicht zu tragen: Das Motiv der Vermeidung von „Generationsprüngen“ erscheint zwar unter dem Aspekt des Kindeswohls legitim; der Gefahr allzu großer Zeiträume zwischen Befruchtung und Geburt ist aber schon durch die maximale Aufbewahrungsfrist für Embryonen (höchstens zehn Jahre: § 17 Abs 1 FMedG) hinreichend vorgebeugt. Ein Anknüpfen an den Tod des Partners ist hierfür nicht notwendig und in Relation zum erklärten Ziel überschießend. Was das Motiv der Sicherung einer dauerhaften Beziehung des Kindes zu beiden Elternteilen betrifft, ist nicht einzusehen, weshalb an diesem Ziel sogar um den Preis der Verhinderung des Geborenwerdens festgehalten werden muss, zumal eine „dauerhafte“ familiäre Beziehung zu zwei Elternteilen auch bei der natürlichen Fortpflanzung mit rechtlichen Mitteln nicht effektiv sichergestellt werden kann.

Aus diesen Erwägungen ließe sich auch das in § 2 Abs 1 FMedG aufgestellte Erfordernis der Partnerschaft dem Grunde nach hinterfragen: Die Beschränkung der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen auf Paare begründen die Materialien zum FMedG mit demselben Argument wie die Beschränkung auf verschiedengeschlechtliche Paare: Alleinstehenden Frauen sollen „wegen der damit verbundenen Mißbrauchsgefahr („Leihmutterchaft“) keine medizinisch assistierten Zeugungshilfen geleistet werden“.¹⁰² Zur Überzeugungskraft dieses Arguments kann auf das oben 4.2.4.5 (1) Gesagte verwiesen werden: Das im FMedG ohnedies statuierte Leihmutterverbot schließt im Effekt zwar alleinstehende Männer von der einzigen für sie in Betracht kommenden reproduktionsmedizinischen Maßnahme aus. Dass das FMedG darüber hinaus aber auch alleinstehenden Frauen jede andere Form der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, insbesondere die Insemination verbietet, kann mit der Gefahr eines „Missbrauchs“ nicht erklärt werden. Vor allem ist nicht zu sehen, dass die Neigung zu Missbrauch und Rechtsbruch bei alleinstehenden Frauen größer wäre als bei Frauen, die in einer Partnerschaft leben.

Angesichts des oben 4.2.4.5 (3) referierten Forschungsstandes rechtfertigen es auch entwicklungspsychologische Bedenken nicht, alleinstehenden Frauen die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbieten. Da für die Entwicklung eines Kindes nicht die Zusammensetzung der Familie, sondern die innerfamiliäre Beziehungsqualität entscheidend ist, können sich Kinder alleinstehender Frauen ebenso günstig entwickeln wie Kinder in „traditionellen“ Familien.

Hinzu kommt auch im vorliegenden Zusammenhang, dass der Gesetzgeber der Mutter eines natürlich gezeugten Kindes ausdrücklich das Recht einräumt, den Namen des Vaters zu verschweigen (§ 163a Abs 1 ABGB). Es ist nicht zu sehen, warum dann die Vaterlosigkeit für ein mit medizinischer Unterstützung gezeugtes Kind so nachteilig sein soll, dass es gerechtfertigt wäre, die Zeugung dieses Kindes zu verbieten.

Nicht nachvollziehbar ist die Annahme, die Bindung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen an eine Partnerschaft sei erforderlich, um zu verhindern, dass alleinstehende Personen ein Kind nur zeugen, um eine Schwangerschaft zu erleben oder um ihrer Pädophilie nachzugehen.¹⁰³ Warum gerade mit medizinischer Unterstützung gezeugte Kinder oder Kinder Alleinstehender einem erhöhten Missbrauchsrisiko ausgesetzt sein sollten, ist nicht zu sehen. Es darf vielmehr als bekannt vorausgesetzt werden, dass Kinder sexuellen Übergriffen (jenseits der spezifischen Gefährdungen in Internaten und Heimen) auch in „traditionellen“ Familien ausgesetzt sind.

Das Recht des Kindes, seine Eltern zu kennen, steht einer Öffnung der Reproduktionsmedizin für Alleinstehende ebenso wenig entgegen wie einer Öffnung für homosexuelle Paare. Denn einem mit medizinischer Unterstützung gezeugten Kind wäre selbstverständlich unabhängig davon, ob seine Mutter in einer Partnerschaft lebt oder alleinstehend ist, das Recht einzuräumen, ab seinem 14. Lebensjahr zu erfahren, wer sein genetischer Vater ist (siehe schon jetzt § 20 Abs 2 FMedG).

Zusammengefasst sprechen daher gute Gründe dafür, die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Maßnahmen auch für alleinstehende Personen zu öffnen. Wegen des Verbots der Leihmutterchaft kämen diese Maßnahmen dann freilich nur für alleinstehende Frauen in Betracht.

4.2.4.7 Präimplantationsdiagnostik

Aus § 9 Abs 1 FMedG, der eine Untersuchung und Behandlung entwicklungsfähiger Zellen nur insoweit erlaubt, als dies zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist, folgt nach ganz überwiegender Ansicht ein Verbot der Präimplantationsdiagnose an der Blastozyste. Nicht verboten ist hingegen die Polkörperdiagnostik, da sie nicht an befruchteten Eizellen (sondern am Polkörper) stattfindet. Inhaltlich ebenfalls nicht eingeschränkt sind alle Arten der Pränataldiagnostik bei bereits bestehender Schwangerschaft, sofern die allgemeinen medizinrechtlichen Erfordernisse für medizinische Untersuchungen eingehalten werden; auch die spezielleren Regeln des GTG betreffend (pränatale) genetische Untersuchungen beschränken die Zulässigkeit pränataldiagnostischer Methoden nicht. Unter bestimmten Voraussetzungen werden diese auch als Leistung der Sozialversicherung gewährt.

Diese gänzlich abweichende rechtliche Regelung von Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik ist nach wie vor mit dem Vorwurf eines massiven Wertungswiderspruchs konfrontiert, der nach ganz überwiegender verfassungsrechtlicher Auffassung weder mit dem Gleichheitssatz noch mit Art 8 EMRK in Einklang zu bringen und daher verfassungswidrig ist.¹⁰⁴ Da sich die Pro- und Kontraargumente zur PID in den letzten Jahren ebenso wenig verändert haben wie die relevante Rechts- und Verfassungslage, kann auf den ausführlichen Bericht der Bioethikkommission zur Präimplantationsdiagnose vom Juli 2004 und die mehrheitliche Empfehlung zugunsten einer begrenzten Zulassung der PID verwiesen werden.

Auf vier Punkte sei ergänzend hingewiesen:

- a) Wenn es zutrifft, dass durch die Weiterentwicklung pränataldiagnostischer Methoden neue und schnellere Diagnosemöglichkeiten in frühen Phasen der Schwangerschaft bestehen und dadurch möglicherweise das Indikationssegment für eine PID schmaler wird,¹⁰⁵ dann mag dies zwar die gesellschaftliche Nachfrage nach PID mindern. Am gesetzlichen Reformbedarf in Bezug auf die PID ändert diese Entwicklung aber nichts. Die sachlich nicht gerechtfertigten Differenzierungen und Wertungswidersprüche verschwinden nicht schon dadurch, dass die potenziellen Anwendungsfälle der PID geringer werden.
- b) Nach einem Urteil des deutschen Bundesgerichtshofs, in dem das Höchstgericht eine Strafbarkeit der PID mittels Blastozystenbiopsie nach dem deutschen Embryonenschutzgesetz verneint hat,¹⁰⁶ beschloss der deutsche Bundestag eine gesetzliche Neuregelung, die inhaltlich zu einer eingeschränkten Zulässigkeit der PID führt.¹⁰⁷ Diese Änderung der deutschen Rechtslage hat zwar für Österreich keine unmittelbare rechtliche Bedeutung. Sie belegt aber einen gewissen Liberalisierungstrend in Deutschland, der bei der Einschätzung des gesamteuropäischen Standards – und damit mittelbar auch bei der Auslegung des Art 8 EMRK und des nationalen Beurteilungsspielraums auf diesem Gebiet – berücksichtigt werden kann.
- c) In seinem Urteil vom 26. 5. 2011 im Fall R.R. gegen Polen¹⁰⁸ hat der EGMR (soweit ersichtlich erstmals) zur Zulässigkeit einer staatlichen Zugangsbeschränkung zu Methoden der Pränataldiagnostik entschieden und im Ergebnis eine Verletzung der Rechte gem. Art 8 EMRK (Privatleben) und Art 3 EMRK (Verbot unmenschlicher und erniedrigender Behandlung) bejaht. Eine Kernaussage des Urteils geht dahin, dass ein Konventionsstaat, der Schwangerschaftsabbrüche (hier: aus embryopathischer Indikation) in bestimmten Situationen erlaubt, der Frau auch einen effektiven Zugang zu Informationen über die Gesundheit des Fötus ermöglichen muss, die für die Ausübung der persönlichen Entscheidungsfreiheit in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch relevant sind. Wenn, so der Gerichtshof weiter, das nationale Recht Abtreibungen in Fällen einer Fehlbildung des Fötus erlaubt, dann müssen auch angemessene gesetzliche und verfahrensrechtliche Regelungen bestehen, um zu garantieren, dass Schwangere relevante, volle und verlässliche Informationen über die Gesundheit des Ungeborenen erhalten.¹⁰⁹

Trotz des ganz anders gelagerten Sachverhalts und der Ungewissheit über den Ausgang des Verfahrens vor der Großen Kammer des EGMR bestätigt das Urteil die in der verfassungsrechtlichen Literatur und in der Stellungnahme der Bioethikkommission 2004 schon bisher vertretene Auffassung, dass die Entscheidung einer Frau über den Beginn oder die

Fortsetzung einer Schwangerschaft von ihrem Recht auf Privatleben gem Art 8 EMRK erfasst ist und dass diese Entscheidungsfreiheit auch ein Recht auf Zugang zu den für die Entscheidung relevanten Gesundheitsinformationen einschließt. Diese Verknüpfung zwischen einem Entscheidungsrecht und einem Informationsanspruch strahlt auch auf die verfassungsrechtliche Beurteilung der Rechtslage auf dem Gebiet der PID aus: Denn wenn § 8 Abs 4 FMedG der Frau bis zur Einpflanzung das uneingeschränkte Entscheidungsrecht über die Implantation der befruchteten Eizelle gewährleistet, ihr aber gleichzeitig jeglichen diagnostischen Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen mittels PID verwehrt, dann entstehen gegen diese Entkopplung von Entscheidungsrecht und Informationsrecht vergleichbare Bedenken im Lichte des Art 8 EMRK wie in dem vom EGMR entschiedenen Fall R.R gegen Polen. Zwar könnte dieses Informationsrecht unter den Voraussetzungen des Art 8 Abs 2 EMRK wieder eingeschränkt werden; es ist aber nicht erkennbar, welche Schutzgüter es rechtfertigen könnten, der Frau zwar die Entscheidung über die Implantation zu überlassen, sie aber gleichzeitig gesetzlich dazu zu zwingen, diese Entscheidung im „diagnostischen Blindflug“ zu treffen bzw. auf einen späteren Schwangerschaftsabbruch nach (zulässiger) Pränataldiagnostik zu verschieben.

- d) Die Frage nach den zulässigen Indikationen für eine PID und den erlaubten Untersuchungszielen stellt sich nach geltendem Recht nicht. Weil und sofern – von geringfügigen Ausnahmen abgesehen (z.B. Diagnostik von Anomalien, die mit dem Eintritt einer Schwangerschaft unvereinbar sind) – aus § 9 Abs 1 FMedG ein generelles Verbot von Untersuchungen am Embryo abgeleitet wird, die nicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich sind, gilt dieses Verbot unabhängig von den jeweiligen Motiven und Zielen der PID. Es umfasst also sowohl Untersuchungen zur Feststellung von genetischen Krankheitsdispositionen als auch Untersuchungen auf andere Merkmale (etwa die Feststellung einer bestimmten Gewebeverträglichkeit im Hinblick auf eine künftige Eignung als Gewebsspender zugunsten erkrankter Geschwister – sog „saviour sibling“).

Bei einer Lockerung des derzeitigen Verbots wird zu klären sein, ob die Zulässigkeit der PID an bestimmte – und gegebenenfalls an welche – Indikationen geknüpft werden soll. In diesem Punkt besteht ein gewisser rechtspolitischer Spielraum. Aus verfassungsrechtlicher Sicht ist aber davon auszugehen, dass die Wahl der Gründe, aus denen eine Frau bzw. ein Paar eine PID vornehmen lässt, als Ausdruck ihrer Privatautonomie grundsätzlich ihrer höchstpersönlichen Entscheidung überlassen ist und insoweit auch in den Schutzbereich des Art 8 EMRK fällt. Ein gesetzlicher Ausschluss einzelner Begründungen und Indikationen (z.B. eine Beschränkung auf die Diagnose von Krankheitsdispositionen) bedürfte daher wieder einer spezifischen Rechtfertigung gem. Art 8 Abs 2 EMRK. Ein verfassungsrechtliches Hindernis, die PID auch zur Auswahl des zu implantierenden Embryos zum Schutz Dritter zuzulassen, besteht jedenfalls dann nicht, wenn sichergestellt ist, dass die spätere Gewebespende den gleichen rechtlichen Bedingungen und Kautelen unterliegt wie eine Gewebespende zwischen Geschwistern ohne eine derartige „reproduktionsmedizinischen“ Vorgeschichte. Bei lebensbedrohlich erkrankten Geschwistern sprechen verfassungsrechtliche Schutzpflichten aus Art 2 und Art 8 EMRK eher für als gegen die Zulassung einer solchen „Rettungsindikation“.¹¹⁰

4.2.4.8 Gewinnung embryonaler Stammzellen für Forschungszwecke

Das Verbot des § 9 Abs 1 FMedG, entwicklungsfähige Zellen für andere Zwecke als solche der Herbeiführung einer Schwangerschaft zu untersuchen und zu behandeln, schließt auch ein Verbot der anderweitigen Verwendung jener entwicklungsfähigen Zellen ein, die – weshalb auch immer – nicht mehr für die Erzielung einer Schwangerschaft verwendet werden können. Damit ist auch die Verwendung „überzähliger“ Embryonen für Forschungszwecke, namentlich die Gewinnung embryonaler Stammzellen, in Österreich verboten. Da die Embryonen wegen des Verbots des Embryotransfers auch nicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einer anderen Frau verwendet werden dürfen (§ 3 Abs 1 FMedG) und die Aufbewahrungsdauer mit höchstens zehn Jahren begrenzt ist (§ 17 Abs 2 FMedG), müssen diese Embryonen nach Fristablauf vernichtet werden.

Gegen dieses Verbot der Gewinnung embryonaler Stammzellen aus Embryonen, die ohnehin der Vernichtung preisgegeben sind, bestehen nach wie vor erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken: Es zielt primär auf die Verhinderung der Forschung (und nicht auf den Existenzschutz des Embryos)¹¹¹ und bildet daher einen „intentionalen Eingriff“ in die Forschungsfreiheit gem Art 17 StGG. Ein solcher intentionaler Eingriff müsste durch ein gegenläufiges Verfassungsrechtsgut legitimiert werden. Dafür ist aber keine verfassungsrechtliche Grundlage in Sicht. § 9 Abs 1 FMedG steht daher im begründeten Verdacht der Verfassungswidrigkeit.¹¹² Das gilt umso mehr für Beschränkungen der Forschung mit (nicht befruchteten) Keimzellen (Samen, Eizellen, Hoden- und Eierstockgewebe): Diese unterliegen zwar – sofern sie nicht für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden – nicht dem Manipulationsverbot des § 9 Abs 1 FMedG und folglich auch keinem Forschungsverbot; die in § 17 Abs 2 FMedG vorgesehenen Beschränkungen der Überlassung zugunsten bestimmter Gesundheitseinrichtungen behindern aber den Zugang von anderen Forschungsinstitutionen zu diesen Geweben.

5 Ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin

Die ethische Diskussion über Möglichkeiten, Zulässigkeit und Grenzen der modernen Fortpflanzungsmedizin hat auf die verfassungs- und grundrechtlichen Aspekte Bedacht zu nehmen. Sie stellt jedoch gegenüber der rechtswissenschaftlichen Analyse und Beurteilung eine eigenständige Betrachtungsweise dar.

5.1 Ethische Positionen

Die Diskussion allgemeiner ethischer Probleme der Fortpflanzungsmedizin lässt erkennen, dass es eine Vielzahl von ethischen Perspektiven und Zugängen gibt. Dies wurde bereits in den beiden Stellungnahmen der Bioethikkommission zur PID (2004) und zur Forschung an humanen embryonalen Stammzellen (2009) dargelegt.

Eine ethische Beurteilung der Fortpflanzungsmedizin muss sich stets dessen bewusst bleiben, dass zwischen Moral und Ethik deutlicher zu unterscheiden ist als dies in öffentlichen Debatten meist der Fall ist. Ethik ist eine kritische Theorie der Moral. Während Moral ein System von Regeln, Normen und Prinzipien aufstellt, das Gebote und Verbote enthält, fragt die Ethik nach den Gründen und der Legitimität dieser Gebote und Verbote. Während Moral aus kulturellen,

geschichtlichen und sozialen Gründen eine hohe Relativität aufweist (man vergleiche Moralsysteme westeuropäischer Provenienz mit solchen aus anderen Kulturen), ist die Relativität der Ethik in den jeweiligen Methoden der Argumentationen begründet. Sie formuliert Prinzipien, Normen und Methoden zur Beurteilung moralischer Überzeugungen und Wertsysteme. Ihre Aufgabe ist es nicht, im Diskurs einer pluralistischen Gesellschaft, eine bestimmte moralische Position durchzusetzen, sondern die verschiedenen moralischen Positionen kritisch zu analysieren und zu gewichten.

Die ethische Beurteilung von Ansätzen und Projekten der Fortpflanzungsmedizin hängt daher auch nicht davon ab, ob diese in einer bestimmten Gesellschaft konsensfähig sind oder auf Widerspruch stoßen. Sie beruht vielmehr auf Normen und Prinzipien, anhand derer moralische Überzeugungen zu prüfen und deren Konsequenzen im konkreten Anwendungsbereich zu beurteilen sind.

5.1.1 Zum Begriff der Menschenwürde

Außer Frage stehen aber der Respekt vor der Menschenwürde sowie der Respekt vor der Fortpflanzungsfreiheit. Auch wenn der Begriff der Menschenwürde in der jüngsten Diskussion verschieden interpretiert und begründet wird, sollte der Respekt davor, nicht zuletzt auch wegen des Zusammenhangs von Menschenrechten und Menschenwürde, im Vordergrund stehen. Deshalb ist es eher zweitrangig einer wie auch immer gearteten Argumentationslinie zur Begründung der Menschenwürde den Vorrang zu geben. Weder eine Verankerung der Würde in der „inhärenten Natur des Menschen“ in der Schöpfungstheologie noch eine solche, die sich auf die Freiheit und Vernunftfähigkeit des Menschen beruft, aber auch nicht eine Begründung, die die Würde als Gestaltungsauftrag auslegt, sind in diesem Zusammenhang notwendig.

Deshalb muss der genannte Respekt vor der Menschenwürde sowohl der Frau wie auch dem zukünftigen Kind gegenüber gewahrt werden. Es ist selbstverständlich, dass dabei differenzierte ethische Fragestellungen entstehen, die eng mit individuellen Interessen aber auch mit Fragen der gesellschaftlichen Entwicklung und Wertentscheidungen verbunden sind.

Die Bioethikkommission hat bereits in der genannten Stellungnahme zur Forschung an humanen embryonalen Stammzellen (2009) eine ausführliche Diskussion zum ontologischen, moralischen und rechtlichen Status des Embryos geführt. Dabei ist gemäß der verschiedenen Stadien der Schwangerschaft für beide, Mutter und Kind, durchaus auch auf das Argument einer differenzierten biologischen Entwicklung und der darauf Bezug nehmenden Schutzwürdigkeit Bedacht zu nehmen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass nicht nur die Menschenwürde und die Menschenrechte fortpflanzungswilliger Paare oder Einzelpersonen und der zu erwartenden Kinder sondern, im Fall der Eizell- oder Samenspende sowie der Leihmutterchaft, die Menschenwürde Dritter zu berücksichtigen ist.

5.1.2 Das Recht auf Fortpflanzung und seine potentiellen Einschränkungen

In der Folge stellt sich die Frage nach einem gesellschaftlichen Konsens in Fragen von Familie, Ehe und Nachkommenschaft: Wie weit darf unter Berufung auf einen vermeintlichen gesellschaftlichen Konsens oder auf das Fehlen eines solchen das Recht des Einzelnen auf die

Inanspruchnahme assistiver Methoden der Fortpflanzungsmedizin eingeschränkt werden? Lassen sich aus den faktisch eingetretenen gesellschaftlichen Veränderungen im Bereich von Familie und Elternschaft normative Kriterien für die ethische und rechtliche Beurteilung des Einsatzes moderner Fortpflanzungsmedizin ableiten? Lässt sich z.B. aus dem Umstand, dass es eine große Zahl von Einelternfamilien oder unterschiedlichen Konstellationen von Patchworkfamilien gibt, der Schluss ziehen, dass solche Verhältnisse durch eine Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes zu fördern sind?

Hier entsteht das ethische Problem einer möglichen Kollision zwischen dem Recht auf Fortpflanzung und der Beachtung des Wohles des zukünftigen Kindes: Wie ist das Kindeswohl – notabene: das Wohl von Kindern, die noch gar nicht gezeugt sind – zu bestimmen und zu schützen? Kann dieses Wohl zukünftiger Kinder gegenüber dem Recht auf Fortpflanzung bereits geborener Menschen zum Gegenstand einer Güterabwägung gemacht werden, oder hat es in jedem Fall Vorrang vor der reproduktiven Autonomie? Der ethische Aspekt eines derartigen Interessenskonfliktes sollte in behutsamer Weise einer sorgfältigen Diskussion unterzogen werden, die auch biologische und soziale Realitäten berücksichtigt.

Das Problem der Zusammenführung der Beachtung des Kindeswohls sowie der Interessen der Frau findet sich im Konzept der relationalen Autonomie. Es ist eine Antwort der feministischen Philosophie auf ein Konzept der Autonomie, das die Freiheit individueller Entscheidungen in den Vordergrund stellt.¹¹³ Es geht davon aus, dass die Interessen von Menschen nicht als losgelöst von ihren sozialen Bindungen und ihrer sozialen Umwelt gedacht werden können und diese ihre moralische Entscheidungen formen, prägen und beeinflussen.¹¹⁴ Als normatives Prinzip verweist es auf die Notwendigkeit die Bedürfnisse der Anderen in die eigene Freiheitsentscheidung zu integrieren. Im Kontext der Fortpflanzungsmedizin geht relationale Autonomie über das Selbstbestimmungsrecht der behandelten Frauen bzw. des Paares hinaus und bezieht sich auf das betroffene Kind und den späteren Erwachsenen und verpflichtet, die sozialen, psychologischen und gesundheitlichen Bedingungen des Heranwachsens mit zu bedenken.¹¹⁵ Gleichzeitig spricht man dem Ansatz relationaler Autonomie folgend dem Embryo oder Fötus keine moralische oder ontologische Position zu, die völlig losgelöst von der Bedeutung ist, die er für die bereits geborenen Menschen hat.

Der Begriff des Kindeswohls entstammt ursprünglich dem juristischen Diskurs, hat aber zunehmend in der Medizinethik große Bedeutung erlangt. Er steht im Spannungsfeld von gegenwärtigen und zukünftigen Interessen des Kindes, von „Kinderwille“, Kinderrecht und elterlichen Pflichten.¹¹⁶ Wie immer man diesen Begriff fasst, ist festzuhalten, dass die wichtigste Voraussetzung, um das Wohl des Kindes zu garantieren, eine liebevolle Bezugsperson ist, die aus dieser Einstellung heraus auch den Anspruch des Kindes auf Fürsorge, Beistand und Unterhalt gewährleistet. Die psychoanalytische Entwicklungspsychologie lehrt uns, dass ein gewünschtes und geliebtes Kind zu sein, die beste Voraussetzung für körperliche und seelische Gesundheit im späteren Leben ist. Schicksalsschläge, Trennungen, etc. werden dann eher bewältigt.

Fragwürdig sind Behauptungen, wonach Kinder aus extrakorporaler Befruchtung häufiger als natürlich gezeugte Kinder psychisch auffällig wären. Wenn Kinder an psychischen Problemen leiden, dann wohl kaum als Folge der fortpflanzungsmedizinischen Technik, sondern weil es in

der Eltern-Kind-Beziehung aufgrund des lange unerfüllten Kinderwunsches traumatisierende Faktoren gibt.¹¹⁷

Fragwürdig ist es auch, das Kindeswohl an eine spezifische Familienkonstellation zu binden. Wie bereits in der Stellungnahme der Bioethikkommission zu Gesetzesprüfungsverfahren G 47/11 des Verfassungsgerichtshofs ausführlich argumentiert und belegt, unterscheiden sich Kinder und Jugendliche aus gleichgeschlechtlichen Partnerschaften nicht wesentlich von Kindern und Jugendlichen, die bei verschiedengeschlechtlichen Paaren aufwachsen. Internationale Studien zeigen auch, dass nicht zwingend ein gleichgeschlechtliches Elternpaar für die Entwicklung der psychosexuellen Identität des Kindes problematische Konsequenzen haben muss.¹¹⁸

Die besondere Bedeutung, die der ethische Diskurs zur Fortpflanzungsmedizin dem Kindeswohl beimisst schließt freilich nicht jene ethischen Fragestellungen aus, die Frauen bzw. Paare mit Kinderwunsch betreffen: Wie weit reicht das Recht auf Reproduktion, wie weit die reproduktive Autonomie und wie weit die Ansprüche, welche die Menschen mit Kinderwunsch an die Allgemeinheit und das Gesundheitssystem stellen dürfen? Schließt das Recht auf eigene Kinder auch das Recht auf bestimmte Kinder ein? Das Recht, das Geschlecht des Kindes zu bestimmen, oder seine Hautfarbe, seine kognitiven und körperlichen Eigenschaften? Gibt es ein Recht auf ein gesundes Kind? Und dürfen, um dieses vermeintliche Recht zu verwirklichen, Embryonen im Reagenzglas selektiert oder Föten, die eine Krankheit, eine Behinderung oder auch nur eine genetische Disposition für eine mögliche Erkrankung in späteren Lebensjahren aufweisen, abgetrieben werden? Ist es andererseits ethisch vertretbar, wenn Menschen mit einer Körperbehinderung wie Gehörlosigkeit ganz bewusst alles unternehmen, um ein Kind zu bekommen, das ebenfalls gehörlos ist, mit der Begründung, es handle sich gar nicht um eine Behinderung, sondern um eine natürliche Varianz mit eigener Kultur?

Im Rechtsteil dieser Stellungnahme wird argumentiert, dass es sich beim Recht sich fortpflanzungsmedizinischer Methoden zu bedienen nicht um einen Leistungsanspruch sondern um einen Abwehranspruch gegenüber einer staatlichen Zugangsbarriere handelt, der seine Grenzen in verfassungsrechtlichen Schutzpflichten findet. Aus ethischer Perspektive bedarf die Frage nach dem „Recht auf ein Kind“ und insbesondere dem „Recht auf ein gesundes Kind“ einer sorgfältigen Erörterung.

Einen wichtigen Stellenwert hat hier das Konzept der „Harm reduction“. Dieses beschreibt die Verpflichtung Risiko, Schaden und Leiden für die Betroffenen zu minimieren.¹¹⁹ Risiko, Schaden und Leiden kann das zukünftige Kind, das unfruchtbare Paar, unter Berücksichtigung der besonderen Belastung der Frau, sowie die Gesellschaft betreffen. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist dabei das Wohl (Benefizienzprinzip / Nichtschadensprinzip) von Frauen, Paaren und ihren zukünftigen Kindern. Zentrale Fragen sind: Welche körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen können in Kauf genommen werden; welche sind verantwortbar, sowohl für die betroffene Frau, als auch für ihr Kind bzw. ihre Kinder (Benefizienzprinzip / Nichtschadensprinzip).

Als aus ethischer Perspektive zu bedenken wird auch die erhöhte Technikabhängigkeit („hoher technischer Aufwand“) reproduktionsmedizinischer Maßnahmen und die weitgehende Entfernung dieser Methoden von den Gegebenheiten der natürlichen Fortpflanzung betrachtet.

Welche Normativität dem „Natürlichen“ zukomme ist seit langem Gegenstand der philosophischen Diskussion. Birnbacher¹²⁰ problematisiert das Argument der Natürlichkeit mit dem Verweis darauf, dass dann ja im Extremfall auch lebenswichtige medizinische Interventionen abgelehnt werden müssten. Lena et al.¹²¹ argumentieren, dass „der argumentative Rekurs auf die Natürlichkeit unbestimmt und willkürlich, somit in keiner Diskussion tragbar sei“.

Wenn aus ethischer Perspektive auch nicht von einem „Recht auf ein gesundes Kind“ gesprochen werden kann, so ist auf die Notwendigkeit zu verweisen, das Wohl der Frau bzw. des Paares sowie des zukünftigen Kindes zu bedenken. Dies wiederum erfordert, das Ausmaß des bei einer Behinderung oder schweren Erkrankung zu erwartenden Leids des potentiell betroffenen Kindes sowie seiner Eltern zu antizipieren.¹²² Gleichzeitig ist auf die Verpflichtung der Nicht-Diskriminierung Bedacht zu nehmen. Auch wenn es kein „Recht auf ein gesundes Kind“ gibt, bedeutet die Wahrung des Grundsatzes der Nicht-Diskriminierung, dass die Bedingungen für die Geburt eines gesunden Kindes über den Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Methoden zu gewährleisten ist.

Das Konzept der „Harm reduction“ erhält eine spezielle Brisanz im Zusammenhang mit der Möglichkeit, die Anwendung von PID auf die Zeugung von so genannten „Rettungsgeschwistern“ zu erweitern; dies sind Kinder, die in Familien geboren werden, in denen ein älteres Kind an einer schweren Krankheit leidet, die durch eine kompatible Gewebstransplantation (z.B. Knochenmark) geheilt werden kann. Die Eltern eines solchen Kindes können sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen, im Zuge derer nur jene Embryonen implantiert werden, die Immunkompatibilität mit dem bereits geborenen kranken Kind aufweisen (d.h. zu keiner Abstoßungsreaktion bei der geplanten Gewebstransplantation führen). Gegen eine solche Ausweitung wird zum einen mit dem Hinweis auf eine zu hohe Gefahr der Instrumentalisierung eines Menschen für Zwecke eines anderen argumentiert.¹²³ Dem kann, wie Sheldon und Wilkinson betonen, entgegengehalten werden, dass alle Kinder aus einer Fülle von „instrumentalen“ Gründen gezeugt werden:

„[...] for example, “completing a family”, being a playmate for an existing child, saving a marriage, delighting prospective grandparents, or providing an heir. Perhaps these things are different from creating a saviour sibling but, if they are, the difference *isn't* that they are any less “instrumental” for in all these cases, the child is used as a means”.¹²⁴

Ein Problem würde nur dann entstehen, wenn das Kind ausschließlich aus instrumentellen Gründen gezeugt würde.

Ein weiteres Argument gegen die Zeugung von „Rettungsgeschwistern“ ist die mögliche Notwendigkeit einer weiteren lebensrettenden Gewebe- oder Organspende, die im Laufe des späteren Lebens möglicherweise erforderlich werden kann und zu einem nicht zu bewältigenden Druck auf den möglichen Spender führen könnte. Devolter¹²⁵ verweist hier auf die Möglichkeit auf jene Standards zurückzugreifen, die gelten würden, wäre das Spenderkind bereits am Leben. Während die Entnahme von Nabelschnurblut sowie Knochenmarksspenden als akzeptabel gelten, wird die Spende einer Niere bei Kindern generell als zu risikoreich betrachtet und daher abgelehnt.

Welchen Einfluss der Zeugungsgrund dauerhaft auf die Identität und psychische Entwicklung des „Rettungskindes“ selbst und das Verhältnis der Geschwister untereinander haben wird, ist aufgrund der relativ geringen Zahl der Fälle und der Neuheit der Methode noch nicht klar festzustellen. Auch hier gilt jedoch, dass eine liebevolle Umgebung für beide heranwachsende Kinder und der kompetente Umgang der Eltern und anderer Betreuer mit dem speziellen Verhältnis der Kinder die wichtigste Voraussetzung für eine gelungene Entwicklung darstellt und nicht der „Sachverhalt an sich“ einen Schaden darstellt (siehe auch Abschnitt 4.2.4 zum Begriff des Kindeswohls).

5.1.3 Fragen der Gerechtigkeit und der Nicht-Diskriminierung

Darüber hinaus ist es in einer pluralen Gesellschaft notwendig, Beschränkungen der Erfüllung des Kinderwunsches auf spezifische Familienkonstellationen kritisch zu hinterfragen sowie dem Gebot der Nicht-Diskriminierung Rechnung zu tragen. Dies betrifft aber vor allem den Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Fortpflanzungsmedizin, sowie das Verbot heterologer Methoden (Eizellspende, In-vitro-Fertilisation mit dem Samen Dritter), von dem lediglich die Insemination mit Fremdsamen bei Paaren, deren männlicher Teil zeugungsunfähig ist, ausgenommen ist.

Dies betrifft auch das Problem der Gerechtigkeit sowohl im Hinblick auf die genannte Diskriminierung wie auch im Hinblick auf die sogenannte Teilhabegerechtigkeit im Sinne einer Unterstützung durch die Solidargemeinschaft. Das Problem der Gerechtigkeit stellt nicht allein eine zentrale Frage der politischen Philosophie dar, sondern ist aufgrund des gegenwärtigen Standes des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt.¹²⁶ Jedenfalls kann vom zentralen Begriff der *Justitia Universalis* und ihrer Unterteilung in eine *Justitia Legalis Communativa* und *Distributiva* ausgegangen werden, wobei letztere für den bioethischen Problembereich besonders wichtig ist. Auch wenn neuere Theorien einen Ausgleich zwischen Gleichheit und Verschiedenheit der Bedürfnisse und Leistungen fordern, kann im allgemeinen davon ausgegangen werden, dass jene Regelungen, die einem allgemeinen Zustimmungsverfahren unterworfen sind, als gerecht beurteilt werden.¹²⁷

Wie bereits argumentiert, ist die Einschränkung von IVF-Behandlungen auf ausschließlich in der Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaften lebende Frauen nicht begründbar, sondern beruht auf Ideologien („Partnerschaft als Garant für Kindeswohl“¹²⁸). Eine Ausweitung medizinisch unterstützter Fortpflanzung auf homosexuelle Paare mit der Einschränkung auf lesbische Beziehungen und alleinstehende Frauen wäre im Sinne der Gleichbehandlung sowie im Sinne einer Unterstützung durch die einer Solidargemeinschaft angemessenen Verteilungsgerechtigkeit zu befürworten. Sie ist als ethisch unbedenklich anzusehen, solange der Kinderwunsch und das Wohlbefinden des Kindes im Mittelpunkt stehen.

Damit würde auch dem zunehmenden Medizintourismus eine Grenze gesetzt. Tatsächlich hat das derzeit in Österreich geltende Verbot der künstlichen Befruchtung außerhalb der Ehe oder eheähnlicher Lebensgemeinschaften zur Entwicklung eines rasch wachsenden Schwarzmarktes (v.a. In-vivo-Fertilisation) und eines zunehmenden Medizintourismus (In-vitro-Fertilisation) geführt. Medizintourismus ist aufgrund der hohen Kosten sowie des langzeitlichen Aufwands der Prozeduren nur Besserverdienenden vorbehalten und stellt damit eine Diskriminierung von ökonomisch schlechter gestellten Frauen und Paaren dar. Zudem soll Situationen entgegen-

gewirkt werden, in denen Frauen oder Paare aus Kostengründen billige und teils unseriöse Angebote zur Behandlung im Ausland annehmen, weil ihnen der Zugang zu solchen Behandlungen im Inland nicht möglich ist.

Die Stellungnahme der Bioethikkommission zu Gesetzesprüfungsverfahren G 47/11 des Verfassungsgerichtshofs verweist darauf, dass die Gefahren, die möglicherweise mit einer Leihmutterschaft einhergehen, ohnedies durch das FMedG, abgewehrt werden. Dieses gilt gleichermaßen für heterosexuelle und homosexuelle Paare und schließt homosexuelle männliche Paare im Effekt von der einzigen für sie in Betracht kommenden reproduktionsmedizinischen Maßnahme aus. Aus einer ethischen Perspektive ist auf die vielfältigen und komplexen mit einer Leihmutterschaft verbundenen sozialen, psychischen und rechtlichen Probleme zu verweisen (siehe auch Abschnitt 2.4.2).

5.2 Fortpflanzungsmedizinische Methoden aus der Perspektive der Frau

Aus der vornehmlichen und unmittelbaren Betroffenheit von Frauen folgt, dass diesen bezüglich der Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Methoden eine umfassende Entscheidungs- und Handlungskompetenz im Sinne der relationalen Autonomie zugestanden werden muss. Das erfordert allerdings Beratung und Unterstützung. Voraussetzung dafür ist, dass die kritische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, aber auch den Grenzen der Fortpflanzungsmedizin in die Aus- und Weiterbildung der Fortpflanzungsmediziner und Fortpflanzungsmedizinerinnen selbst integriert wird, um diesen die Wahrnehmung gesellschaftlicher und ethischer Verantwortung im Dialog mit den Betroffenen zu ermöglichen.

Aus ethischer Perspektive geht es vorrangig um die Achtung des Rechts der Frau auf körperliche und psychische Integrität sowie des Rechts auf Selbstbestimmung, das wie bereits ausgeführt, auch die Rechte anderer Betroffener, insbesondere des zukünftigen Kindes, einschließt. Es geht um den Schutz der Frauen vor Belastung, Ausbeutung und Ausnützung.

5.2.1 Zu Kinderwunsch und unfreiwilliger Kinderlosigkeit

Der unerfüllte Kinderwunsch kann nicht nur ein persönliches Trauma sein, das die Partnerschaft belastet, sondern auch heute noch als stigmatisierend empfunden werden, als gesellschaftlicher Makel.

Die Kinderlosigkeit kann ganz unterschiedliche medizinische oder auch psychische Ursachen haben. Es hängt von den Betroffenen selbst und von ihrem sozialen Umfeld ab, wie sie die ungewollte Kinderlosigkeit erleben und deuten, ob als therapiebedürftige Krankheit, ob als eine Art von Behinderung oder Schicksal, das sie als Herausforderung begreifen, ein alternatives Lebenskonzept zu entwickeln. Dabei ist zu bedenken, dass Kinder in unserer Gesellschaft vielfältige und wichtige Funktionen haben. Sie werden häufig immer noch als Beweis der Männlichkeit des Vaters gesehen; sie nähren die uralte menschliche Fantasie von der Unsterblichkeit. Für viele Frauen sind Schwangerschaft, Geburt und das Aufziehen von Kindern eine wichtige oder die einzige Möglichkeit, ihre weibliche Identität zu spüren oder zu demonstrieren. Die subjektiv belastenden Affekte eines unerfüllten Kinderwunsches, wie ohnmächtige Wut, Schuld- und Schamgefühle der betroffenen Frauen, werden durch die Kommentare und Reak-

tionen von Freunden und Bekannten wie Neugier, Mitleid und Verachtung noch verschärft, wie in wissenschaftlichen Untersuchungen psychosomatisch-gynäkologischer Einrichtungen publiziert.¹²⁹ Die Macht des Kinderwunsches zeigt sich besonders auch darin, sich demütigenden, oft schmerzhaften und kostspieligen fruchtbarkeitstechnologischen Verfahren zu unterziehen, um sich diesen Wunsch zu erfüllen.

Vor diesem Hintergrund ist unfreiwillige Kinderlosigkeit als physisches und/oder psychisches Leiden zu sehen. Zur Erfüllung des Kinderwunsches haben Betroffene ein Recht auf umfassende, klare und interaktive Information betreffend alle Risiken und Belastungen, eventuell geplanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, um eine möglichst autonome Entscheidung treffen zu können. Die ärztliche Beratung hat nicht-direktiv und das Wertesystem der Frau (des Paares) respektierend zu sein. Sie hat auch der Tatsache unbewusster Motive auf Seiten der Frau (des Paares) Rechnung zu tragen und Vorurteile anzusprechen, etwa die Annahme, dass Sexualität notwendigerweise mit Muttersein verknüpft sein muss. Zum anderen kann „Unexplained Infertility“, d.h. Kinderlosigkeit ohne somatisches Substrat, eine Maskierung für andere Leidenszustände (für Vorstellungen von Mangel, Defekt, der Illusion, ein Kind würde alle anderen Probleme lösen) sein und dementsprechend sollte das diagnostische Prozedere zwingend eine psychologische psychosomatische Konsultation einschließen.

5.2.2 In-vitro-Fertilisation

Die Gesundheitsrisiken für die Frau sind in erster Linie mit der Eizellgewinnung verbunden. Nicht nur aus medizinischer sondern auch aus ethischer Perspektive geht es um eine Minimierung der Belastungen der Frau, die durch hormonelle Stimulationen entstehen. Ebenfalls wünschenswert ist die Reglementierung von Inseminationsbehandlungen zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften. Diese führen zu vermehrten Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und sind mit dem Risiko von Schädigungen der zukünftigen Kinder verbunden. Ebenso ist zu fragen, welche Implikationen postmenopausale Schwangerschaften für zukünftige Mütter, Kinder und die Gesellschaft haben. Für die Frauen bedeutet sie eine erhöhte Inzidenz für Präeklampsie, Diabetes und eine erhöhte Rate an Kaiserschnitten zu akzeptieren.¹³⁰ Für die so entstehenden Kinder stellt sich außer möglichen gesundheitlichen Schädigungen, die etwa als Folge extremer Frühgeburtlichkeit und intrauterine Mangelversorgung entstehen können, das Problem, dass ihre Mutter bzw. ihr Vater u.U. nicht mehr eine ausreichend lange Lebensspanne haben, um ihr Kind aufziehen zu können. Aus ethischer Sicht ist eine Abwägung von Erfolgchancen und Risiken einer IVF unerlässlich.

Ein weiteres Problem ist die Tatsache, dass die Rate von Schwangerschaften, die mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes endet, im Bereich der Fortpflanzungsmedizin nach wie vor unter 20 Prozent liegt. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fortpflanzungsmedizin das Leiden am unerfüllten Kinderwunsch noch zusätzlich verstärken kann. Der Versuch, das Leiden an ungewollter Kinderlosigkeit mit Hilfe moderner Reproduktionsmedizin zu beenden, kann so erst recht zum Leidensweg werden. An seinem Ende steht nicht selten der schmerzvolle Abschied vom Traum vom eigenen Kind, die Trauer, die durchlebt werden muss, bevor überhaupt ein alternativer Lebensentwurf in Angriff genommen werden kann, sei es mit oder ohne Kinder.

5.2.3 Eizellspende und Leihmutterschaft

Fragen des Schutzes der Frauen vor Belastung, Ausbeutung und Ausnützung stellen sich insbesondere im Zusammenhang mit Eizellspende und Leihmutterschaft, etwa durch die Gefahren eines wirtschaftlichen Drucks zur Inkaufnahme erhöhter gesundheitlicher Risiken. Es „handelt sich tendenziell um die Ausbeutung von unterprivilegierten Frauen durch privilegierte Frauen“¹³¹ und Paare, wenn zur Erfüllung des Kinderwunsches auf die körperlichen Ressourcen anderer Frauen zurückgegriffen wird. Es kann nicht völlig ausgeschlossen werden, dass die finanzielle Situation und eine unzureichende Aufklärung über die Risiken die Frauen dazu bringt, ihre Gesundheit zu gefährden. Deshalb sind die Bedingungen, die zu einer freiwilligen Zustimmung zu einer Eizellspende führen, besonders sorgfältig zu prüfen.

In Großbritannien werden so genannte „egg-sharing“ Programme angeboten, wobei Frauen, die bereit sind übrige Eizellen an andere Frauen abzugeben, die IVF kostenlos oder kostengünstiger angeboten wird. Auch hier stellt sich aus ethischer Sicht die Frage nach möglichen zusätzlichen Belastungen der Spenderinnen, die sich häufig ohne eine solche Vergünstigung keine IVF leisten können und deshalb ungeachtet möglicher Vorbehalte allein aufgrund ökonomischer Motive einem „egg-sharing“ zustimmen.

Im Namen des Rechts auf psychische Integrität stellt sich zudem die Frage, ob die Praxis der anonymen Samenspende mit dem Wohlergehen des Kindes vereinbar ist. Hier ist anzumerken, dass in den letzten Jahren in ganz Europa eine Tendenz zur Abschaffung der Anonymität der Samenspende zu beobachten ist. Die rechtliche Abwägung der Interessen des spendenden Mannes, der anonym bleiben möchte, und dem Recht des zukünftigen Kindes auf Information über seinen genetischen Vater fällt immer häufiger zugunsten des letzteren aus. Dies betrifft auch die Eizellspende. Das Wissen um die eigene genetische Herkunft, scheint wichtig für die eigene Identität vieler Menschen zu sein.

Mit einer „Leihmutterschaft“ sind vielfältige und komplexe ethische, soziale, psychische und rechtliche Probleme verbunden. Das zentrale hier zu berücksichtigende ethische Argument ist der Schutz der Frau vor dem mit einer Leihmutterschaft einhergehenden Anspruch auf „Herausgabe“ eines Kindes und vor möglicher Ausbeutung.

5.3 Abschließende Bemerkungen

Insgesamt ist zu betonen, dass einer paternalistischen Bevormundung derjenigen, die fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen durch rigorose Gesetze, welche die reproduktive Autonomie mit Rücksicht auf eine weltanschaulich partikulare Auffassung oder ein bestimmtes Familienbild einschränkt, eine klare Absage zu erteilen ist. In Anbetracht des gesellschaftlichen Wandels von Familien- und Lebensformen, der teilweise in einem Wechselverhältnis mit der Entwicklung der modernen Reproduktionsmedizin steht, kann der Staat nicht ein bestimmtes Familienbild vorschreiben und seine Befolgung gesetzlich erzwingen wollen.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass die Berufung auf die Natur als normativen Anhaltspunkt nicht mehr als Argument genügt, wenn doch die Veränderung der vermeintlichen „Natur“

durch menschliche Praxis zum medizinischen Alltag gehört. Es müssen spezifischere Abwägungen angestellt werden, die einerseits von der Relativität der Autonomie, dem Prinzip der „Harm reduction“ sowie der Teilhabegerechtigkeit ausgehen, andererseits den komplexen psychosozialen Dimensionen der unterschiedlichen „Betroffenheiten“ Genüge tun.

6 Empfehlungen

Aufgrund der vorangegangenen Überlegungen kommt die Bioethikkommission zu folgenden Empfehlungen, die neben medizinisch-juridischen Gesichtspunkten vor allem aus der Perspektive einer ethischen Beurteilung stammen.

6.1 Spezielle reproduktionsmedizinische Verfahren und Themen

6.1.1 Samenspende und Eizellspende

1. Die Bioethikkommission hält die unterschiedliche Behandlung der Samenspende bei In-vivo-Fertilisation und In-vitro-Fertilisation für nicht gerechtfertigt und empfiehlt die Zulassung der Samenspende auch für In-vitro-Behandlungen (zur Frage, welche Personen zu diesen Maßnahmen Zugang haben sollen, siehe 6.1.2).
2. Die Bioethikkommission empfiehlt, die Eizellspende für Frauen mit ovarieller Insuffizienz (innerhalb der biologisch-reproduktiven Phase) zuzulassen und sie damit hinsichtlich der Zugänglichkeit der Samenspende gleichzustellen.
3. Aufgrund der problematischen Schwangerschafts- und Geburtsverläufe bei Frauen jenseits des biologisch-reproduktiven Alters, ist im Hinblick auf die erheblichen Risiken für die betroffenen Frauen wie der möglichen zukünftigen Kinder von einer Eizellspende abzusehen. Ebenso ist die Altersdifferenz von Mutter und Kind zu beachten. Für Eizellspenderinnen ist eine entsprechende Altersgrenze festzulegen.
4. Das bestehende Gewinnverbot für Gewebsspenden sollte auch im Rahmen der Eizellspende aufrecht bleiben, um das Prinzip der freien Einwilligung nach Aufklärung aufrecht erhalten zu können. Die freie Einwilligung ist in diesem Zusammenhang so zu verstehen, dass sie auch die Freiheit von wirtschaftlichen und sozialen Zwängen bzw. Anreizen (bzw. deren Minimierung im Sinne des Konzepts der „Harm Reduction“) einschließt. Dies ist durch rechtliche Normen zu realisieren, die sicherstellen, dass sie einkommensschwachen Frauen und Paaren keine größeren Anreize zur Gametenspende bieten als Frauen und Paaren mit durchschnittlichem oder hohem Einkommen.
5. Die Bioethikkommission empfiehlt, dass die bestehenden Regelungen betreffend Einsicht und Auskunft in Bezug auf biologische Elternschaft sowohl für die Samenspende Dritter bei IVF als auch für die Eizellspende übernommen werden.

6.1.2 Medizinisch unterstützte Fortpflanzung außerhalb von Ehe und eheähnlichen Gemeinschaften

1. Der Zugang zur Fortpflanzungsmedizin sollte sowohl für alleinstehende Frauen als auch für lesbische Paare geöffnet werden.
2. Die rechtliche Stellung der Eltern im Falle lesbischer Paare ist zu klären. So sollte langjährige soziale Elternschaft in Fällen, wie dem Tod der biologischen Mutter bei lesbischen Paaren, durch die Ermöglichung der Adoption oder eine andere familienrechtliche Lösung (z.B. die Partnerin der Mutter wird automatisch Zweit-Elternteil) Rechnung getragen werden.
3. Homosexuelle männliche Paare benötigen für die Fortpflanzung eine „Leihmutter“. Aufgrund der vielfältigen und komplexen mit einer „Leihmutterschaft“ verbundenen sozialen, psychischen und rechtlichen Probleme empfiehlt die Bioethikkommission, von einer Öffnung des Zugangs zur Fortpflanzungsmedizin für homosexuelle Paare abzusehen. Ebenfalls nicht wünschenswert aus den genannten Gründen wäre der Zugang der Leihmutterschaft für Alle. Zentrales ethisches Argument ist dabei der Schutz der Frau vor dem mit einer Leihmutterschaft einhergehenden Anspruch auf „Herausgabe“ eines Kindes und vor möglicher Ausbeutung.
4. Die Bioethikkommission empfiehlt, für männliche homosexuelle Paare die Möglichkeit einer Adoption zu eröffnen.

6.1.3 Präimplantationsdiagnostik

1. Aus Sicht der Bioethikkommission scheint im Rahmen einer Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes die Zulassung der PID am Embryo überfällig, um Paaren mit einer genetischen Disposition für eine schwere Erkrankung, die in absehbarer Zeit nicht therapeutisch zu behandeln ist, die Möglichkeit zu eröffnen, ein Kind zur Welt zu bringen, das von der speziellen genetischen Disposition nicht betroffen ist. Die Zulassung zu einer PID ist in einem solchen Fall als eine Einzelfallentscheidung zu betrachten.
2. Eine PID durch genetische Untersuchung von Zellen des Embryos in vitro vor seinem intrauterinen Transfer soll in jenen Fällen zulässig sein, wenn
 - nach mehreren Anwendungen der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), möglicherweise aufgrund des Transfers nicht überlebensfähiger Embryonen, keine Schwangerschaft herbeigeführt werden konnte, oder - eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine genetisch bedingte Fehl- oder Totgeburt des Embryos oder Föten vorliegt, oder
 - aufgrund der genetischen Disposition der Eltern oder eines Elternteiles für deren Nachkommen eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer schwerwiegenden Erbkrankheit vorliegt.
3. Paare, die prinzipiell nicht unfruchtbar sind aber ein solches genetisches Risiko tragen, sollten für eine IVF zugelassen werden und die Unterstützung des IVF-Fonds in Anspruch nehmen können.

4. Die Gefahr der breiten Selektion („Designerbabys“) im Rahmen der PID am Embryo sieht die Bioethikkommission derzeit nicht, da eine PID nur im Rahmen einer IVF durchgeführt werden kann, und diese immer „ultima ratio“ sein sollte.
5. Es sollte grundsätzlich möglich sein, die PID mit dem Ziel durchzuführen, einen nach seiner Geburt als Spender von Zellen, Gewebe oder Organen für ein Geschwisterkind geeigneten Embryo auszuwählen. Allerdings rät die Bioethikkommission, diese Möglichkeit auf besondere Fälle zu beschränken, in denen keine andere Möglichkeit der Lebensrettung besteht und die betroffenen Familien eingehend zu beraten und in ihren weiteren Entscheidungen zu begleiten.

6.1.4 Embryonenspende

1. Die Bioethikkommission empfiehlt, die Möglichkeiten der Legalisierung der Embryonenspende für Frauen bzw. Paare, deren Bemühung der Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr bisher erfolglos gewesen und aktuell aussichtslos ist, mit der ausdrücklichen Einwilligung des spendenden Paares kritisch zu untersuchen.
2. Darüber hinaus empfiehlt die Bioethikkommission, eine Studie über die Erfahrungen und Meinungen von Paaren, die bereits ihren Kinderwunsch erfüllt haben, aber noch überzählige Embryonen kryokonserviert haben, zu möglichen Alternativen – Embryonenspende, Widmung für Forschungszwecke oder Transfer zu einem ungünstigen Zeitpunkt im Zyklus – in Auftrag zu geben.

6.2 Qualitätsmanagement

1. Die Bioethikkommission empfiehlt, die Regelungen der IVF-Gesellschaften Österreichs bezüglich der maximal zu transferierenden Zahl von Embryonen bei IVF- ICSI- und Kryozyklen unbedingt einzuhalten. Die Reglementierung von hormonellen Stimulationen sowie Inseminationsbehandlungen zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften (Praxis und Fortbildung) gehört ebenfalls in diesen Problembereich.
2. Die Bioethikkommission empfiehlt, die Einrichtung eines Registers zur Erfassung der qualitativen (Zustand von Kindern und ihren Müttern) und quantitativen (Geburtenrate nach assistierter Konzeption) Baby-take-home Rate.
3. Generell erfordern alle reproduktionsmedizinischen Maßnahmen: die sorgfältige Aufklärung und psychologische Beratung der Behandlung suchenden Frauen oder Paare, die sorgfältige Indikationsstellung vor jeder Intervention sowie ein Vorgehen das vom Ziel der „Harm reduction“ geleitet ist: Abwägung von Recht auf assistierte Fortpflanzungshilfe zur Erfüllung eines Kinderwunsches und der Inkaufnahme von Konsequenzen für Frauen, Paare und deren Kinder.
4. Eine institutionalisierte und regelmäßige Evaluierung der Ergebnisse der Fortpflanzungsmedizin ist über Verordnungen zu regeln und die entsprechenden Mittel sind bereitzustellen, insbesondere auch für psychosomatische und sozialwissenschaftliche Studien.
5. Komplizierte Schwangerschaften, wie sie die IVF-Schwangerschaften sind, sollten nach Möglichkeit in einem Schwerpunktspital begleitet werden.

6. Die Bioethikkommission empfiehlt, zum Problem der „unexplained Infertility“ (Kinderlosigkeit ohne somatisches Substrat) weitere Studien durchzuführen und für eine entsprechende Implementierung in der Praxis zu sorgen.
7. Da die IVF/ICSI (und natürlich auch PID) operative Eingriffe im weiteren Sinn darstellen, sollte bei einem negativen Ausgang (Abort bzw. intrauteriner Fruchttod) eine Obduktion verpflichtend gefordert und möglichst in einem Register geführt werden (Qualitätsmanagement nach dem Vorbild des Deutschen IVF-Registers).

Dr. Christiane Druml
Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger
Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits
Priv.-Doz. Dr. Diana Bonderman
Univ.-Prof. DDr. Michael Fischer
Primarius Dr. Ludwig Kaspar
Dr. Maria Kletecka-Pulker
Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller
Primaria Univ.-Prof. DDr. Barbara Maier
Univ.-Prof. Dr. DI. Christine Mannhalter
Univ.-Prof. Dr. Barbara Prainsack
Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser
Univ.-Prof. DDr. Michaela Strasser
Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner
Univ.-Prof. Dr. Ernst Wolner

7 Abweichende Auffassung

7.1 Vorwort

Im Oktober 2010 wurde die Bioethikkommission von Bundeskanzler Werner Faymann ersucht, relevante Aspekte des Fortpflanzungsmedizingesetzes aus ethischer Sicht zu diskutieren.¹³² Da sich in der sehr kontrovers geführten Diskussion kein Kompromiss abzeichnete, haben sich die Verfasser der hier vertretenen Position auf eine eigene Stellungnahme geeinigt. Die Unterschiede liegen sowohl in der ethischen, als auch in der rechtlichen Beurteilung der anstehenden Fragen, woraus sich abweichende Empfehlungen ergeben.

7.2 Ethische Überlegungen

Ethische Überlegungen in der Reproduktionsmedizin folgen Prinzipien und Werten wie sie für die individuelle und soziale Gestaltung des menschlichen Lebens allgemein grundlegend sind. Im weitesten Sinn geht es darum zu fragen, wie Menschen in ihrer Würde und wie grundlegende Rechte des Menschen im Kontext der modernen reproduktionsmedizinischen Verfahren zu wahren und zu schützen sind. Allgemein anerkannte bioethische Prinzipien sind der Respekt vor Selbstbestimmung, das Wohltunsprinzip, das Nicht-Schadens-Prinzip sowie das Prinzip der Gerechtigkeit.¹³³

Ethische Probleme entstehen, wenn Rechte oder Prinzipien gegeneinander abgewogen werden müssen bzw. wenn Ansprüche verschiedener Interessensträger miteinander in Konflikt treten. Interessensträger im Bereich der Reproduktionsmedizin sind im Wesentlichen die Frauen bzw. Paare mit Kinderwunsch, die eine solche Technik in Anspruch nehmen wollen, die Kinder, die durch solche Verfahren gezeugt und geboren werden, sowie schließlich Dritte wie Eizell- oder Samenspenden und andere durch die Spende betroffene Personen.

7.2.1 Ethik und Anthropologie

Gerade im Bereich der Reproduktionsmedizin zeigt sich, dass die konkrete Auslegung der genannten Prinzipien und Rechte immer wieder von anthropologischen Prämissen abhängig ist, die in einer Gesellschaft umstritten sein können. Zu diesen gehört z.B. die Frage, ab wann genau ein menschliches Wesen für uns zu einem eigenständigen Bezugspunkt moralischer Achtung und Verantwortung wird. Zudem sind, wie gerade auch in der Bioethik immer mehr bewusst wird, moralische Vorstellungen und ethische Reflexionen in eine kulturelle Matrix eingebettet, die Strukturen des Denkens und Argumentierens sowie die Plausibilität bestimmter Grundwerte zur Verfügung stellt.

Die Unterstützer dieser Auffassung sind der Meinung, dass sich auch von Interessen, Rechten und moralisch relevanten „Verletzungen“ des vorgeburtlichen Lebens sprechen lässt, auch wenn offen bleiben mag, was dies für den Einzelfall bzw. für konkrete Konfliktsituationen bedeutet.

7.2.2 Ethik und Recht

Das Verhältnis von Ethik und Recht kann in modernen demokratischen Gesellschaften mindestens auf folgende zwei Weisen bestimmt werden: Zum einen lässt sich die Aufgabe von Ethik darin sehen, einen durch die Verfassung verbindlich vorgegebenen Rahmen weiter zu füllen. Zum anderen kann ihre Funktion aber auch darin liegen, grundsätzliche normative Überlegungen unabhängig und im Vorfeld rechtlicher Regulierungen anzustellen.

Verfassungsgüter unterliegen einer Interpretationsgeschichte, die auch eine ethische Dimension hat. Aus diesem Grund werden in diesem Votum ethische Überlegungen den rechtlichen vorgeordnet, ohne dadurch die Bedeutung der Verfassungsgemäßheit konkreter rechtlicher Regelungen zu übersehen. Gibt es in Gesellschaften in wichtigen Fragen unterschiedliche ethische Auffassungen, was gerade in bioethischen Fragen immer wieder der Fall ist, kommt dem Recht die Aufgabe zu, einen fairen Ausgleich zu schaffen, der einerseits Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht, nach ihren je eigenen, frei gewählten Überzeugungen zu leben, und der andererseits bestimmte minimale moralische Standards nicht unterschreitet.

7.2.3 Der Wunsch nach dem eigenen Kind

Reproduktionsmedizin versucht, Menschen mithilfe bestimmter medizintechnischer Methoden zu einem eigenen Kind zu verhelfen, wenn ihnen dies auf natürlichem Weg nicht möglich ist. Grundsätzlich ist der Wunsch, eigene Kinder zu bekommen, nicht nur zu achten, sondern auch zu fördern, und zwar nicht nur aufgrund eines unmittelbaren Interesses der Gesellschaft selbst an Reproduktion, sondern vor allem im Hinblick auf die Pflicht, das Gelingen individueller Lebensentwürfe zu respektieren und zu unterstützen.

Bei der Unterstützung der Erfüllung eines Kinderwunsches mittels ART müssen insbesondere drei ethische Gesichtspunkte beachtet werden:

(1) Die Erfüllung des Kinderwunsches hat meist einen Preis, der moralisch gegen den erhofften Gewinn abgewogen werden muss. Entsprechende Überlegungen betreffen die Gefährdung der Gesundheit der Frau, die geringe Erfolgsquote, mögliche Mehrlingsschwangerschaften, überzählige Embryonen, sowie die Hereinnahme von Dritten in das familiäre System und die damit verbundene Zumutung einer mehrfachen Elternschaft für das Kind.

(2) Sobald das Kind „in die Welt gesetzt“ ist, hat es einen Anspruch darauf, um seiner selbst willen geliebt und geachtet und nicht instrumentalisiert zu werden.

(3) Für die Abwägung der zumutbaren Belastungen für das Kind (siehe Pkt. 7.2.5) spielt eine wesentliche Rolle, dass es hier nicht wie bei Adoption darum geht, *ex post* für eine schon bestehende Situation, für die man selbst keine Verantwortung trägt, die bestmögliche Lösung zu finden, sondern eine bestimmte Situation *ex ante* bewusst zuzulassen und zu verantworten. Die für Adoption geltenden Grundsätze sind daher nicht unmittelbar auf Fragen der ART übertragbar, vielmehr ist die Gesellschaft berechtigt, die bestmöglichen Rahmenbedingungen für die Entwicklung der zu zeugenden Kinder berücksichtigen zu wollen.

7.2.4 Zur moralischen Relevanz der Technik und Qualitätssicherung

Auch wenn die Freiheit jedes Menschen, sich fortzupflanzen, unbestritten ist (Art 8 Abs 1 EMRK), entsteht dort, wo die hochkomplexen Techniken der ART in Anspruch genommen werden, moralisch in mehrfacher Hinsicht eine neue Situation:

Es kommt im Vergleich zu früheren Methoden zu einem stärkeren Dazwischentreten Dritter, wodurch deren Mitverantwortung und im weiteren Sinn die Mitverantwortung der Gesellschaft steigen. Sie betrifft einerseits die Techniken und ihre Ambivalenzen selbst, aber eben auch eine Verantwortungsübernahme für das Kindeswohl.¹³⁴

ART vermag zwar bestimmte Probleme zu lösen, schafft dafür aber eine ganze Reihe neuer. Diese bestehen nicht nur in bestimmten individuellen Risiken der Technik (z.B. Risiken der hormonellen Stimulation), sondern sind allgemein-gesellschaftlicher Natur. So tauchen im Gefolge der ART unweigerlich Fragen der Qualitätskontrolle und von Eigentumsrechten auf, die unserer gewöhnlichen Einstellung gegenüber menschlichem Leben zuwider laufen.

Insofern Techniken Teil der allgemeinen Kultur werden, kann es für Einzelne schwierig werden, sich ihnen zu entziehen. Eine den Grundrechten verbundene Gesellschaft muss darauf achten, wie die Freiheit jener geschützt werden kann, die bestimmte Techniken nicht für sich in Anspruch nehmen wollen.

Aus all dem ergibt sich eine Mitverantwortlichkeit der Gesellschaft für Reproduktionstechniken. Diese können nicht als ein völlig neutrales Technikangebot angesehen werden, das durch aufgeklärte und autonome Bürgerinnen und Bürger in Anspruch genommen wird. Vielmehr kann es sein, dass sich Regulierungen nahe legen, die von jenen abweichen, die für die „natürliche“ Reproduktion gelten.

Für die Beurteilung der Arbeit in der Reproduktionsmedizin sowie deren ethischer Bewertung ist schließlich die Qualitätssicherung eine *conditio sine qua non*. Die Datenerfassung ist bisher in Österreich rudimentär. Es gibt die Schwangerschaftsrate der über den IVF-Fonds abgewickelten Zyklen (IVF, ICSI, Kryozyklen), aber keine Daten zu den privat durchgeführten Zyklen. Weder deren Anzahl noch deren Ergebnisse sind bekannt.

Um einen suffizienten Überblick über die Reproduktionsmedizin in Österreich zu bekommen, ist jedoch die Erfassung aller Schwangerschaften (auch jener mit Fremdsamenspende *in vivo*) in einem IVF-Register erforderlich. Vorbild könnte das deutsche Modell sein. Insbesondere sollten darin auch die Schwangerschaftsverläufe (Aborte, Abbrüche, embryonale/fetale Reduktion, Zustand der Frau und des Kindes, etc.) erfasst werden.

7.2.5 Das Wohl der Kinderwunschpatientin

Als wesentliche Interessensträgerin ist die Frau (resp. das Paar) in den Blick zu nehmen, die (das) sich ein Kind wünscht (siehe Pkt 7.2.3). Dabei sind sowohl psychologische, wie auch physische Aspekte der Gesundheit zu beachten, deren Kenntnis für eine unabhängige, wesentliche Einwilligung in ein reproduktionsmedizinisches Verfahren im Sinne eines *informed consent* vorausgesetzt werden muss.

7.2.5.1 Ergänzende psychologische Aspekte

Wie Studien zeigen, kann die Nichterfüllung eines Kinderwunsches Stress verursachen, der vergleichbar ist mit dem Verlust eines Partners oder dem Tod eines Kindes. Unterschätzt werden aber nicht nur die Auswirkungen eines unerfüllten Kinderwunsches, sondern auch jene der oft erfolglosen Kinderwunschbehandlung.¹³⁵ Es ist wichtig, die Möglichkeit einer erfolglosen Therapie von Anfang an in den Beratungsprozess mit einzubeziehen und gegebenenfalls die Akzeptanz eines Lebens ohne leibliche Kinder von Anfang an zu fördern. Dies ist aus ethischer Sicht insbesondere deswegen zu fordern, da sich laut Studien die Lebenszufriedenheit von Paaren mit und ohne erfüllten Kinderwunsch langfristig nur unwesentlich unterscheidet.¹³⁶ Erhebungen zeigen, dass bisherige Informationsangebote zu den Verfahren der assistierten Reproduktion fast durchgängig die psychosozialen Auswirkungen sowohl der Fertilitätsstörungen als auch der reproduktionsmedizinischen Verfahren vernachlässigen. Die kumulativen Erfolgsraten im Sinne einer Lebendgeburt pro initiiertem IVF-/ICSI-Zyklus bzw. Kryotransfer und die erhöhte Fehlgeburtsraten werden in diesem Zusammenhang fast nie dargestellt.¹³⁷

7.2.5.2 Ergänzende physische Aspekte

Gesundheitlich-körperliche Risiken für die Frau bestehen u.a. aufgrund der hormonellen Stimulation, der Punktion zur Gewinnung der Eizellen sowie der allgemeinen Risiken bei gehäuft vorkommenden Mehrlingsschwangerschaften. Ein erhöhtes Krebsrisiko durch die hormonelle Behandlung wird kontrovers diskutiert.¹³⁸ Zuletzt lässt eine Studie ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs vermuten.¹³⁹

Schwangere nach Eizellspende haben im Vergleich zu sonstigen IVF-Patientinnen ein erhöhtes Risiko für einen schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruck und für Präeklampsie, nicht nur bei den ohnehin erhöhten Mehrlingsschwangerschaften.¹⁴⁰ Laut einer Metaanalyse von 28 Publikationen, die im deutschen Ärzteblatt 2011 publiziert wurde, ergibt sich ein erhebliches Risiko für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (HES)¹⁴¹ nach Eizellspende, die bis zu einer derartig hohen Gesundheitsgefährdung der Mutter führen können, dass die Schwangerschaft beendet werden muss.¹⁴² Gerade dies ist für Frauen mit ausgeprägten Kinderwunsch schwer zu akzeptieren, insbesondere dann, wenn sich der Fetus an der Grenze zur Lebensfähigkeit bewegt.

Diskutiert wird auch eine erhöhte Müttersterblichkeit im Zusammenhang mit der Eizellspende,¹⁴³ die auf das erhöhte Alter der Patientinnen zurückgeführt wird.

7.2.6 Das Wohl der Eizellspenderin

Die Eizellspende ist gesondert zu betrachten, weil sie eine zusätzliche Person – nämlich die Eizellspenderin – zur Patientin macht und erheblichen gesundheitlichen Risiken aussetzt. Entsprechende Nutzen-Risiko-Abwägungen sind schon allein aufgrund einer allgemeinen medizinischen Ethik geboten. Die Kenntnis gesundheitlicher Risiken ist zudem erforderlich, um eine informierte Entscheidung im Sinne eines informed consent zu sichern. Zusätzliche Voraussetzungen für die Legitimität einer medizinischen Behandlung sind, dass der Beitrag zum gesundheitlichen Wohlergehen voraussichtliche Risiken und Belastungen überwiegt und dass

das Wohlergehen der Patientin im Mittelpunkt steht. Bei der ethischen Abwägung ist kritisch zu bedenken, dass ein unerfüllter Kinderwunsch zwar krankheitsbegründet sein kann, selbst aber keine Krankheit ist und die Patientin nicht die Spenderin ist.¹⁴⁴

Für eine Eizellspende werden zuerst die Zyklen der Spenderin und der Empfängerin medikamentös aufeinander abgestimmt. Durch entsprechende hormonelle Stimulation wird die Spenderin dazu gebracht, mehrere Eizellen zu produzieren, sodass schließlich mittels Punktion durch die Scheidenwand zehn bis zwölf Eizellen¹⁴⁵ gewonnen werden können. Diese Behandlung ist mit ernstzunehmenden gesundheitlichen Risiken bis hin zur Lebensgefahr¹⁴⁶ sowie dem Risiko einer relevanten Verminderung der eigenen Eizellreserven verbunden. Insbesondere bei zumeist jungen, an sich fruchtbaren Eizellspenderinnen wird vor dem Risiko der Überstimulation gewarnt, da das Risiko für ein Hyperstimulationssyndrom gerade bei jüngeren Frauen und geringem Körpergewicht sowie bei starker Stimulation erhöht ist.¹⁴⁷ Ein erhöhtes Krebsrisiko durch die Hormonbehandlung kann nicht ausgeschlossen werden.¹⁴⁸ Dem steht gegenüber, dass durch finanzielle Anreize das Interesse für erhöhte Stimulation gezielt gesteigert wird.

Mehrfach wird kritisiert, dass valide Studien über die Langzeitfolgen für Eizellspenderinnen fehlen. „Völlig unbekannt sind zurzeit die Situation der Eizellspenderinnen und Leihmütter, die ihre ‚Dienste‘ deutschen Paaren zur Verfügung stellen, sowie die langfristigen körperlichen und psychischen Folgen für diese Frauen.“, heißt es etwa in einem Bericht des Büro für Technikfolgen-Abschätzung des deutschen Bundestages.¹⁴⁹ So auch Graumann, die insbesondere darauf hinweist, dass bisherige Studien mit Kinderwunschpatientinnen gemacht wurden, deren Familienplanung in der Regel nach der Behandlung abgeschlossen ist und die durchschnittlich deutlich älter sind als Eizellspenderinnen. Deswegen könnten sie nicht für die typischerweise jungen Eizellspenderinnen herangezogen werden, für die ihre eigener Kinderwunsch noch offen ist.

7.2.7 Das Wohl des Kindes

Insbesondere im Hinblick auf das Kindeswohl ist von einem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Menschenbild auszugehen, wie es sich im vergangenen Jahrhundert in der Medizin durchgesetzt hat.¹⁵⁰ Ein solches Menschenbild fordert einerseits die Berücksichtigung unmittelbar gesundheitlicher Risiken der ART, andererseits aber auch die Auseinandersetzung mit möglichen psychologischen und sozialen Konsequenzen insbesondere bei heterologer IVF. Schon allein die Annahme eines komplexen Systems einander beeinflussender biologisch-genetischer, psychischer und sozialer Faktoren im Menschen lässt vermuten, dass die Frage der genetischen Herkunft für den Menschen nicht marginal ist, sondern die psychische und soziale Ebene beeinflusst bzw. sich dort manifestiert.

7.2.7.1 Gesundheitliche Aspekte

Das größte gesundheitliche Risiko infolge reproduktionsmedizinischer Behandlungsverfahren für Frauen und Kinder liegt in der hohen Zahl von Mehrlingsschwangerschaften und -geburten.

Gemäß mehrerer Studien und Metaanalysen weisen aber auch durch IVF gezeugte Einlinge ein erhöhtes Risiko für Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, eine für die Schwangerschaftswoche unterdurchschnittliche Größe, die Einweisung in eine Neugeborenenintensivstation sowie perinatale Sterblichkeit auf, und zwar auch dann, wenn das mütterliche Alter und die Erstlingsgeburtssrate korrigierend berücksichtigt werden. Somit erscheint es als gesichert, dass nach reproduktionsmedizinischer Behandlung das Risiko für perinatale Komplikationen erhöht ist.¹⁵¹

Insbesondere bei ICSI-Verfahren bleiben Bedenken bis heute bestehen, welche sich hauptsächlich auf das Argument konzentrieren, dass suboptimales Spermium die normalen evolutionären Hindernisse für die Befruchtung umgeht und deshalb zu genetischen Fehlern beim Nachwuchs führt. Davies et al (2012)¹⁵² weisen etwa nach, dass es insbesondere bei dieser Methode zu einer höheren Schädigungsrate der Kinder kommt. Die Hauptkritikpunkte an der Verwendung der ICSI sind: (1) Vererbung genetischer Mutationen für männliche Unfruchtbarkeit¹⁵³ (2) potentieller DNA Schaden am Spermium von unfruchtbaren Männern, (3) Mangel daran, die Ursache für männliche Unfruchtbarkeit zu testen, (4) sowie genomische imprinting Defekte.

Zu bedenken ist weiters, dass bei der Eizellspende die erhöhte Gefahr von Schwangerschaftserkrankungen bei der Empfängerin auch zu einem gegenüber homologer ART gesteigerten Risiko für die Kinder durch Frühgeburt bzw. Mangelentwicklung führt.

Ein erhebliches ethisches Problem im Zusammenhang mit Mehrlingsschwangerschaften ist der Fetozid oder fetale Reduktion. Darunter versteht man Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, durch Tötung einzelner Feten ein Fortbestehen der Schwangerschaft mit einer niedrigeren Zahl der Feten zu bewirken und so deren Chancen auf Lebensfähigkeit zu steigern und die gesundheitlichen Risiken für die Mutter zu senken. Getötet werden ohne Selektion die am besten zugänglichen Feten,¹⁵⁴ die bis zur Geburt der übrigen im Körper der Frau verbleiben.

Zudem sehen die Verfasser dieser Auffassung die Risiken eines fehlerhaften Imprinting kritischer als unter Pkt. 3.5 dargestellt: Unter Imprinting versteht man die selektive Aktivierung oder Deaktivierung bestimmter Gene, die entweder vom Vater oder der Mutter ererbt wurden, im kindlichen Genom. Vermittelt wird diese Veränderung der Genfunktionen durch epigenetische Mechanismen, also erblichen Änderungen der Genexpression ohne Veränderung der Gensequenz. Da bei Kindern mit Erkrankungen, die auf fehlerhaftes Imprinting zurückzuführen sind, überdurchschnittlich häufig eine ART-Behandlung zu ihrer Zeugung durchgeführt wurde und zudem kritische Phasen des Imprintings in denjenigen Entwicklungsstadien durchlaufen werden,¹⁵⁵ in denen bei der assistierten Reproduktion Eizellen in vitro gehandhabt werden, besteht der Verdacht, dass ART-Techniken ursächlich an der Entstehung von Imprintingdefekten beteiligt sein könnten.¹⁵⁶ Fehlerhaftes Imprinting in der menschlichen Entwicklung könnte zu schwerwiegenden Erkrankungen führen, wie z.B. dem Beckwith–Wiedemann Syndrom (BWS)¹⁵⁷, dem Angelman Syndrom (AS)¹⁵⁸, dem Silver–Russell Syndrom (SRS)¹⁵⁹ und dem Retinoblastom¹⁶⁰. Vor allem die hormonelle Stimulation zur Gewinnung der Eizellen könnte einen Einfluss auf genetisches Imprinting in der embryonalen Entwicklung bis hin zu fetalen Wachstumsstörungen haben, wie Studien an Mäusen bereits belegen.¹⁶¹ Denkbar ist aber auch, dass Ursachen in der elterlichen Infertilität liegen. Hinsichtlich jener möglicher Erkrankungen des späteren Lebensalters, bei denen epigenetische Faktoren beschrieben werden,¹⁶²

sollten jedenfalls Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt und in einem IVF-Register erfasst werden.

Insgesamt sind qualitativ hochwertige Studien erforderlich, um die Aussagekraft der bisherigen Ergebnisse zu erhöhen und offene Fragen insbesondere im Hinblick auf fehlerhaftes Imprinting zu beantworten. Dies setzt allerdings ein entsprechend valide bestücktes IVF-Register voraus. Zu unterstützen sind daher alle Forderungen betreffend eines verbesserten Qualitätsmanagements, insbesondere jene nach der Einrichtung eines validen IVF-Registers.

7.2.7.2 Psychologische und soziale Konsequenzen

Experten sind der Meinung, dass grundsätzlich jede Form der Elternschaft zum Gelingen aber auch zum Scheitern einer positiven Kindesentwicklung führen kann. Nach Helmut Figdor lassen sich jedoch drei wesentliche Eckpunkte für die höchste Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung nennen:¹⁶³

1. Die Kenntnis der eigenen Herkunft und Entwicklungsgeschichte, sowie
2. das Aufwachsen in einer stabilen emotionalen Beziehung
3. in Kombination mit der konstanten Erfahrung zu Personen beiderlei Geschlechts.

Die Bezugspersonen beiderlei Geschlechts müssen dafür nicht miteinander verbunden, aber im Bezug zum Kind konstant greifbar sein, sodass sich diese Person regelmäßig mit dem Kind auseinandersetzt und sich das Kind in ihr „spiegeln“ kann.

7.2.7.2.1 Kenntnis der Herkunft

Aus Erfahrungen der Adoptionsforschung geht hervor, dass die Identitätsfindung eines Kindes durch das Zurückhalten von Informationen über seine Herkunft ungünstig beeinflusst wird und Geheimnisse in der Familie nachteilige Wirkungen auf Kinder haben können.¹⁶⁴ Es lässt aufhorchen, dass trotz 20-jähriger Praxis vergleichbare Untersuchungen für Kinder nach Gametenspende fehlen.¹⁶⁵

In der Diskussion wird in diesem Zusammenhang zumeist darauf verwiesen, dass dem Kind das Recht zugestanden werden sollte, ab Erreichung eines gewissen Alters die Identität seiner genetischen Eltern zu erfahren. Dieses Recht ist jedoch praktisch wenig gesichert, da seine Inanspruchnahme davon abhängt, ob die sozialen Eltern überhaupt bereit sind, ihr Kind entsprechend aufzuklären. Dies scheint bei Kindern nach Samen- bzw. Eizellspende kaum der Fall zu sein.¹⁶⁶ Lässt man Ei- und Samenfremdspende zu, müsste daher über eine gesetzliche Aufklärungspflicht der Eltern nachgedacht werden.

Andererseits zeigen internationale Erfahrungen, dass die Aufhebung der Anonymität des Spenders oder der Spenderin die Spendenbereitschaft für Gameten zurückgehen lässt. Auch dies muss als weiterer Hinweis für die Problematik der hier bewusst geschaffenen verwandtschaftlichen Relationen beachtet werden.

Die Annahme von Gameten Dritter im Zuge von künstlicher Reproduktion hat im Übrigen im Rahmen einer systemischen Betrachtung weitreichende und tiefgreifende Folgen für *alle* Beteiligten und nicht nur für das betroffene Kind: für die Wunscheltern, die Spender und deren

Partner, sowie für bereits geborene oder künftige Kinder der Eltern und der Spender.¹⁶⁷ Wie die Diskussion um das Recht des Kindes auf Aufklärung über seine genetische Herkunft und das Interesse vieler Spender an Anonymität zeigt, werden hier oft nur schwer lösbare Konflikte bewusst geschaffen.

Als positiv empfunden¹⁶⁸ wird daher eine umfangreiche Beratung vor einer Gametenspende, um das Wohl aller Beteiligten, vor allem jedoch das Wohl des zu zeugenden Kindes bestmöglich zu berücksichtigen. Die Entscheidung zu einer Gametenspende sollte auf einem informed consent beruhen, der sowohl aktuelle als auch langfristige Implikationen dieser Familienbindung für alle Beteiligten berücksichtigt.

7.2.7.2.2 Bezugspersonen beiderlei Geschlechts

Eine weitere Überlegung betrifft die Frage, wie weit Bezugspersonen beiderlei Geschlechts im Namen des Kindeswohls wichtig sind.

Entgegen den Ausführungen unter 4.2.4.5 sind die Verfasser dieses Votums nicht der Meinung, dass nach derzeitiger empirischer Datenlage das Kindeswohl in homosexuellen Beziehungen oder bei Alleinerziehenden gleichermaßen gewahrt wird wie bei stabilen heterosexuellen Beziehungen. Die bisherige empirische Datenlage ist nämlich aus wesentlichen Gründen nicht so aussagekräftig wie weitgehend behauptet. So leiden ältere Studien, die den Vorteil einer längerfristigen Beobachtung haben, unter sehr geringen Fallzahlen. Praktisch alle Studien sind zudem self-selecting (keine zufällige Auswahl der befragten/untersuchten Personen).¹⁶⁹ Dies trifft insbesondere auf die National Longitudinal Lesbian Family Study zu.

Die neuere Studie von *Rupp* (2009) hat zwar höhere Fallzahlen, beruht aber zum Großteil auf telefonischen Interviews von Eltern, die sich selbst gemeldet haben und die selbst ihre Erziehungsqualitäten bzw. die Entwicklung ihrer Kinder einschätzen.¹⁷⁰ Die geringe Zahl direkter Befragungen von betroffenen Kindern (N=119) ist kaum aussagekräftig. Die zusätzlich durchgeführten Interviews mit 29 Experten aus den Bereichen Justiz, Verbänden, Jugendamt, Schule und Beratungsstellen erscheint den Autoren der Studie selbst zwar aufschlussreich, statistisch jedoch nicht repräsentativ. So verfügten die sechs Befragten aus den Jugendämtern über Erfahrungen in insgesamt zehn Fällen und die Befragten aus dem Schulbereich in jeweils ein bis drei Fällen.

Man muss sich zudem bewusst machen, dass die Erhebung des Kindeswohls über die Befragung von (gleichgeschlechtlichen) Eltern gegenwärtig im Kontext einer gesellschaftlich hoch engagierten und emotionalisierten Debatte über die Rechte von homosexuellen Menschen und Paaren erfolgt.

Kritisch gesehen wird in der Literatur auch die Geschwindigkeit, mit welcher sich die Aussagen diverser Studien über homosexuelle Elternschaften von „geringfügig weniger geeignet“ über „gleichsam ident“ zu „besser geeignet“ verändert haben, während man in der Adoptionsforschung nachhaltig konsistente Unterschiede zwischen adoptierten und biologischen Kindern aufweist und auf diese reagiert.¹⁷¹ Gerade aufgrund der geringen Fallzahlen wird daher vor schnellen Schlüssen gewarnt.

Zudem lassen sich in der wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Diskussion zwei Tendenzen beobachten, die in ihrer Widersprüchlichkeit zu denken geben. Während auf der einen Seite die These verfochten wird, dass die klassische Familienkonstellation (Vater-Mutter-Kind) keinerlei Mehrwert für die Entwicklung des Kindes hat, stehen wir auf der anderen Seite vor einem Trend, den Vater aufgrund seiner prägenden Rolle mehr in die Kindererziehung einzubeziehen (Stichwort: Vaterkarenz), bzw. dem Kind das Recht einzuräumen, Vater und Mutter zu sehen. Auf wissenschaftlicher Ebene stehen den Studien über die Entwicklung von in lesbischen Partnerschaften aufwachsenden Kindern Studien gegenüber, welche die Rolle des Vaters bzw. sein Fehlen als wesentlich für die Entwicklung des Kindes hervorheben.

7.2.7.3 Schicksal der Föten und Embryonen

Der Begriff Kindeswohl und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten werden in der gängigen Diskussion ausschließlich auf das geborene Kind bezogen und nicht auf Embryonen und Föten. Für jene in der Gesellschaft, die für einen umfassenden Lebensschutz von der Empfängnis an eintreten, ist das „Kindeswohl“ von Beginn an berührt, woraus sich andere Abwägungen bzw. andere Grenzen für moralisch vertretbares Handeln und damit auch andere Bewertungen hinsichtlich der ART ergeben. Aber gerade auch dort, wo man nicht für einen strikten Lebensschutz von Beginn an eintritt, fehlen differenzierte moralische Maßstäbe des Umgangs mit dem werdenden Leben, der ja nicht einfach willkürlich sein kann. Die Verfasser dieses Votums plädieren daher dafür, auch das Wohl von Embryonen und Föten in die Abwägungen und in die daraus folgenden Regulierungen der ART mit einzubeziehen.

7.2.8 Harm Reduction und die Verantwortung für die Ursachen zunehmender Sterilität

Schon 1989 forderte das Europäische Parlament die Kommission verstärkt auf, Ursachenforschung hinsichtlich der Zunahme von Unfruchtbarkeit und der Möglichkeiten einer Vorbeugung und Heilung zu initiieren.¹⁷² Tatsächlich scheint es aber vielmehr Interesse zu geben, die verschiedenen Techniken der Reproduktionsmedizin weiterzuentwickeln, als sich mit der Erforschung der Sicherheit, Risiken und Folgen der Verfahren auseinanderzusetzen.¹⁷³

Ein wesentlicher Faktor der wachsenden Unfruchtbarkeit ist das steigende Durchschnittsalter der Erstgebärenden in Industrieländern. Zunehmend werden zudem Sub- und Infertilität als eigene Risikofaktoren für eine ungünstige gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind während der Schwangerschaft und Geburt gewertet.¹⁷⁴

Angesichts der geringen Erfolgsquoten der ART und ihrer vielfältigen negativen Nebeneffekte (Belastungen der Frau; Risiken für das Kind; überzählige Embryonen; Mehrlingsschwangerschaften; Kommerzialisierungstendenzen u.a.) legt das Prinzip der Harm Reduction es nahe, sich grundlegender damit zu beschäftigen, wie die Nachfrage nach ART eingedämmt werden kann. Harm Reduction sollte damit nicht nur für die sekundäre Eindämmung der Folgen von ansonsten unhinterfragten Entwicklungen im reproduktionsmedizinischen Bereich gelten, sondern *auch* als Forderung verstanden werden, vor allem die Forschung bezüglich der Ursachen der zunehmenden Infertilität und des zunehmenden späten Kinderwunsches stärker voran zu treiben und gesellschaftspolitische Anreize zur Senkung des Erstgebärendenalters zu machen. Dazu gehören auch die breitere Aufklärung und Diskussion über die Versprechen der

ART und ihre zum Teil starken ökonomischen Motive,¹⁷⁵ um gerade dieser Dimension von Verantwortung gerecht zu werden, die ja ansonsten im Gesundheitsbereich als Prinzip des Vorrangs von Prävention durchaus präsent ist.

7.2.9 Das Dilemma mit überzähligen Embryonen

Der moralische Status von befruchteten menschlichen Eizellen bzw. Früh-Embryonen ist bekanntermaßen gesellschaftlich umstritten. Es besteht Konsens, dass es sich auf der biologischen Ebene um Menschenleben in sehr frühem Stadium handelt.¹⁷⁶ Kontrovers wird jedoch diskutiert, ob es in diesem Frühstadium an der menschlichen Würde partizipiert, respektive welcher Rechtsschutz ihm zusteht.

Für die Frage des praktischen Umgangs mit frühen Embryonen ist nicht nur die philosophisch-anthropologische Frage entscheidend, ob diesem Leben Person-Status zukommt, sondern die pragmatische, ob eine „Freigabe“ dieses frühen menschlichen Lebens für Forschung und kommerzielle biotechnologische Verwertung nachhaltig mit einem unbedingten Respekt vor der menschlichen Würde in allen anderen Lebensphasen vereinbar ist. Jenseits des intuitiven Ansatzes, dass die Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens während der Schwangerschaft ansteige bzw. erst nach der Geburt gegeben sei, lassen sich keine substantiellen, strikt verallgemeinerbaren Gründe für eine verschiedenartige Behandlung menschlichen Lebens in verschiedenen Phasen seiner Entwicklung angeben (wie z.B. Intention bei der Zeugung; Akzeptanz durch Mutter oder Gesellschaft; faktisch vorhandene kognitive Kompetenzen; Eintritt in die Sprachgemeinschaft bei der Geburt).

Trotz intensiver bioethischer Diskussionen konnten die hier aufgetretenen Auffassungsunterschiede in den letzten Jahren und Jahrzehnten nicht beseitigt werden, was auch für die Zukunft nicht zu erwarten ist. Dazu kommt, dass die embryonale Stammzellforschung bislang die in sie gesetzten großen Erwartungen bezüglich revolutionärer Heilbehandlungen nicht erfüllt hat und damit die Dringlichkeit der Forschung nicht mehr wie früher behauptet werden kann.

Angesichts dieses Befunds plädiert das vorliegende Votum für eine Beibehaltung des Schutzes des frühen menschlichen Embryos und folglich einer Beibehaltung des Verbots der Freigabe von überzähligen Embryonen für die Forschung. Zusätzlich wäre eine notwendige Konsequenz, sich im Rahmen des Qualitätsmanagement im Bereich der ART ernsthaft um eine Vermeidung überzähliger Embryonen zu bemühen. Klare Richtlinien und vor allem vorlaufende Transparenz (sorgfältige ärztliche Aufklärung) sollten Klientinnen und Klienten in dieser umstrittenen Frage ein informiertes Gewissensurteil ermöglichen. Von Seiten der ART sollte weiter intensiv an der Kryokonservierung von Gameten, insbesondere der Eizelle, gearbeitet werden, wodurch sich das Entstehen von überzähligen Embryonen vermeiden ließe. Diese Entwicklung ließe auch die generelle Übertragung von nur einem Embryo möglich werden. Jedenfalls sollte die Option der seriellen Befruchtung bei Bedarf Kinderwunschpaaren angeboten werden.

7.2.10 Interessen und Rechte Dritter

Ei- und Samenfremdspende sind nicht nur im Hinblick auf das kindliche Wohl problematisch. Auch wenn Samenspender oft wenig Interesse an einer Beziehung zu ihrem genetischen Kind

haben und ihre Anonymität gewahrt wissen wollen, stellt sich doch die Frage, wie zu entscheiden wäre, wenn z.B. Eizellspenderinnen im Ernstfall Ansprüche bzw. Rechte im Hinblick auf ihr genetisches Kind anmelden. Misst man der genetischen Verwandtschaft grundsätzlich eine Bedeutung zu, dann ergeben sich daraus nicht nur Rechte für die Kinder – diese werden bereits wahrgenommen –, sondern auch für die Eltern bzw. auch für eventuell existierende Halbgeschwister. Es erscheint inkonsistent in anderen Situationen (Scheidung; zunächst nicht bekannter Vater) den genetischen Vätern/Eltern zunehmend Rechte einzuräumen, im Rahmen von Ei- und Samenfremdspende darin aber kein Problem zu sehen.

Konsensual werden gravierende Konflikte in diesem Zusammenhang nur bei der Leihmutter-schaft (Nicht-Herausgabe des Kindes) anerkannt, weswegen diese verboten bleiben soll. Auch wenn das Austragen einer Schwangerschaft gewöhnlich eine besondere emotionale Bindung zum Kind bewirkt, ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass analoge Konflikte nicht auch im Rahmen von Ei- und Samenfremdspende auftreten. Entsprechend ist auch zu erwarten, dass bei einer Zulassung der Fremdspende von Samen- bzw. Eizellen in vitro das Verbot der Leihmutter-schaft kaum aufrecht erhalten werden kann.

7.2.11 Präimplantationsdiagnostik

Für eine ausführliche Darstellung der Pro und Contra-Argumente zur Präimplantationsdiagnostik (PID) kann auf die Stellungnahme der Bioethikkommission¹⁷⁷ aus dem Jahr 2004 und jene des deutschen Ethikrats¹⁷⁸ aus dem Jahr 2011 verwiesen werden. Die Haltung zur PID ist stark von der grundsätzlichen Einstellung zum Status des frühen menschlichen Embryos abhängig. Diese bestimmt nicht unwesentlich das Gewicht der in der Diskussion vorgebrachten Argumente.

Auch wenn in Einzelfällen und auf den ersten Blick eine PID im Vergleich zu Pränataldiagnostik (PND) mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch bei positivem Befund das geringere Übel darzustellen scheint, bleiben nach wie vor folgende Bedenken:

- a) Von ihrem Grundansatz her dient die PID, anders als die PND, nie der Therapie sondern immer der Selektion. Eine Heilung des von einem genetischen Defekt betroffenen Embryos ist nicht vorgesehen.¹⁷⁹
- b) Sie führt zu einem gesteigerten Bedarf an Eizellen und Embryonen, die verbraucht werden.
- c) Ob PID tatsächlich zu einer höheren Schwangerschaftsrate nach Fehlgeburten führen kann, ist weiterhin fraglich.¹⁸⁰

Laut ESHRE bewegen sich die Schwangerschaftsraten pro Embryotransfer nach PID in der gleichen Größenordnung wie nach IVF ohne PID.¹⁸¹ Die überwiegende Zahl der präimplantativen genetischen Untersuchungen wird derzeit als Aneuploidie-Screening (PGS) durchgeführt, um den Erfolg von IVF-Behandlungen zu erhöhen. Es hat sich allerdings inzwischen gezeigt, dass PGS entgegen früheren Erwartungen zumindest unter Verwendung von Blastomerenbiopsien und FISH-Analyse nicht zu einer Verbesserung der Geburtenrate

führt.¹⁸² Dies konnte auch durch jüngere Studien nicht entkräftet werden, da diese nicht auf kontrollierten Studien bzw belastbaren Daten beruhen.¹⁸³

Um den mangelnden Erfolgsraten mit Blastomerenbiopsien und FISH-Analyse entgegenzuwirken, werden mittlerweile DNA-Arrays (Multiplex-Chips) eingesetzt, um mehrere Gene bzw. alle Chromosomen zu erfassen.¹⁸⁴ Allerdings führen gerade diese Untersuchungsverfahren zu ethisch schwierigen Fragen,¹⁸⁵ gewinnt man damit doch eine sehr weitreichende Information über den genetischen Zustand des Embryos. Es ist nicht zu sehen, wie hier eine Abgrenzung zwischen letalen Aneuploidien und solchen, die mit dem Leben vereinbar sind,¹⁸⁶ sichergestellt werden kann. Wie die Geburtszahlen zeigen, ist kaum davon auszugehen, dass ein Embryo, bei dem etwa eine Trisomie 21 erkannt wird, geboren wird.¹⁸⁷

- d) Angesichts dieser Studienlage und Ergebnissen aus Tierversuchen, die eine gesteigerte Wahrscheinlichkeit von Erkrankungen nach PID nahelegen,¹⁸⁸ ist zu befürchten, dass das Verfahren selbst Schäden verursacht, die insbesondere auch für die Entwicklung geborener Kinder maßgeblich sein könnten. Die bisherigen Studien sprechen jedenfalls für eine vertiefte Forschung, bevor eine Zulassung – zumindest im Hinblick auf das Wohl des betroffenen Kindes – überhaupt verantwortet werden könnte.
- e) Auch das Argument, dass PID Schwangerschaftsabbrüche vermeiden soll, überzeugt nicht:

PID gibt keine Sicherheit, dass das betroffene Kind gesund ist. Zum einen werden nur einzelne genetische Dispositionen getestet, zum anderen kann es aufgrund von Mosaikbildung zu einer fehlerhaften Diagnose kommen. Daher bleibt eine nachfolgende PND erforderlich.

Zudem lassen sich einige Frauen, die ansonsten auf eine Schwangerschaft verzichtet hätten, überhaupt erst auf eine künstliche Befruchtung ein, wenn sie die Möglichkeit haben, die betroffenen Embryonen nach einer PID zu verwerfen.

Das Argument, dass PID Spätabbrüche verhindert, gilt daher nur beschränkt, werden durch PID doch auch erst falsche Hoffnungen gestärkt und überhaupt erst Embryonen gezeugt, die es ohne PID gar nicht gegeben hätte.

- f) Internationale Erfahrungen¹⁸⁹ zeigen, dass eine beschränkte Zulassung der PID nicht aufrecht erhalten werden kann. Die von Befürwortern oft vorgebrachten Argumente der Teilhabegerechtigkeit und der Betroffenheitskompetenz sprechen ebenfalls gegen eine langfristig beschränkbare Zulassung. Gerade die erwähnten DNA-Arrays bieten Untersuchungsmöglichkeiten, denen mit diesen Argumenten bei starken Elternwünschen nicht entgegengetreten werden wird.
- g) Die PND und der embryopathische Spätabbruch rechtfertigen die PID nicht, vor allem da ein antizipierter Konflikt im Unterschied zu einem aktuellen Konflikt ja gerade ermöglicht, rechtzeitig Alternativen in Anspruch zu nehmen. Tatsächlich ist aber das ethische Problem in erster Linie nicht die Nicht-Zulässigkeit der PID, sondern die Zulässigkeit des Spätabbruchs aufgrund embryopathischer Indikation bis unmittelbar vor der Geburt. Diese sollte überdacht werden.¹⁹⁰

- h) Durch die PID kommt es zu einem wesentlichen Paradigmenwechsel im Umgang mit der Reproduktionsmedizin. Im Vordergrund steht nicht mehr der therapeutische Ansatz, die Fruchtbarkeitsstörungen eines Paares zu überwinden, um ihnen den Kinderwunsch schlechthin zu ermöglichen, sondern ein selektiver Ansatz, demnach nur bestimmte Kinder gewünscht werden. Die bedingungslose Entscheidung für ein behindertes Kind wird dadurch noch schwieriger werden als dies bisher schon war.¹⁹¹

Schon aus grundsätzlichen Bedenken empfiehlt es sich daher am bestehenden Verbot der PID festzuhalten. Aber selbst im Fall einer Nicht-Berücksichtigung dieser Argumente bleibt der Gewinn einer Einführung der PID aufgrund der obigen Überlegungen fraglich. Zudem lässt die Empfehlung für eine „beschränkte“ Zulassung der PID unter Pkt 6.1.3 zahlreiche Fragen offen:

- a) Wie soll die beschränkte Zulassung nachhaltig gesichert werden? Eine genaue Definition der die PID begrenzenden Handlungsschranken fehlt. Die für die Zulassung angeführten Gründe des Medizintourismus, der Betroffenheitskompetenz sowie des unterschiedlichen Schutzniveaus des Embryos in vivo rechtfertigen eine beschränkte Zulassung gerade nicht.
- b) Welche Kontrollmöglichkeiten gibt es für die Beschränkung? Der die PID beschränkende Wille des Gesetzgebers läuft Gefahr, in der Vollziehung eine Ausweitung zu erfahren.¹⁹²
- c) Wie soll die freie Entscheidung der betroffenen Paare im medizinischen Alltag gesichert werden? Welchen Maßstäben muss eine ergebnisoffene Beratung genügen, um eine Entscheidung auf Basis umfassender medizinischer, ethischer und psychosozialer Information zu garantieren? Ist die Freiwilligkeit noch gegeben, wenn die PID von den Krankenkassen getragen wird oder wird nicht die Entscheidungsautonomie insbesondere von Frauen durch den steigenden Druck zu einer Qualitätskontrolle im Rahmen der Fortpflanzung zunehmend reduziert?
- d) Wie kann angesichts neuer Screening-Möglichkeiten verhindert werden, dass es zu Überschussinformation kommt, die schwerwiegende Folgeprobleme mit sich bringt (zusätzliche Selektionsmöglichkeit; Informationsgefälle zwischen Arzt und Patientin; Haftungsfragen; unzulässige Patientenforderungen)?
- e) Wie kann entgegengewirkt werden, dass Kürzungen im Sozial-, Pflege- und Bildungsbereich für Kinder mit Behinderungen bzw. schweren Krankheiten nicht zu einem gesteigerten gesellschaftlichen und individuellen Druck in Richtung PID führen?

7.2.12 Das Phänomen des Reproduktionstourismus

Eine Liberalisierung der ART wird häufig damit begründet, dass ansonsten ein Medizintourismus gefördert wird, der nur Wohlhabenden offen steht und so diskriminierend wirkt. Um einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten, müsse daher ein kontrollierter Zugang im eigenen Land geschaffen werden.

Näher besehen setzt diese Argumentation zum einen voraus, dass die Leistung, um die es geht, grundsätzlich als moralisch vertretbar angesehen wird. Analogien aus anderen Bereichen zeigen aber, dass dort, wo in der moralischen Ablehnung einer Praxis Konsens besteht (etwa beim Organhandel, bei Umweltstandards oder auch niedrigeren Arbeits- und Sozialleistungen), der Tourismus (resp. die Abwanderung) gerade nicht als Argument für eine Liberalisierung dient.

Zum anderen würde eine beschränkte Freigabe der Eizellspende, wie sie unter Pkt 6.1.1 empfohlen wird, das Problem nicht lösen. So reisen Frauen aus Großbritannien, obwohl die Eizellspende dort erlaubt ist, in andere Länder, weil aufgrund der Aufhebung der Spenderanonymität ein signifikanter Rückgang der Spendebereitschaft eingetreten ist.¹⁹³ Amerikanerinnen reisen trotz liberaler Regelung im Heimatland aus finanziellen Gründen zur Behandlung ins Ausland (Südafrika, Spanien oder Griechenland), wo nur etwa 10% der heimischen Kosten anfallen. Es ist deshalb unwahrscheinlich, dass eine beschränkte Zulassung vor allem der Eizellspende (nicht-kommerziell und nicht-anonym) den Reproduktionstourismus zum Verschwinden bringt. Wichtige medizinethische und biopolitische Weichenstellungen sollten deshalb *unabhängig* von solchen Überlegungen erfolgen.

Dem kann auch nicht auf Basis eines Gebotes sozialer Gerechtigkeit begegnet werden. Zum einen ist es immer so, dass sich flexiblere, finanziell besser gestellte Personen eher im Ausland Behandlungen organisieren können, die im Inland verboten sind. Wollte man nun nicht auch im Ausland getätigte Behandlungen verbieten, so muss dieses Ungleichgewicht hingenommen werden, um die Entscheidungsautonomie des demokratisch gewählten Gesetzgebers eines Landes über Fragen dieser ethischen Dimension zu sichern.

Zum anderen ist zu vergegenwärtigen, welche gravierenden Probleme in den betroffenen Ländern im Zusammenhang mit dem Medizintourismus entstehen.

Die steigende Nachfrage und der zunehmende Mangel an Eizellen – auch aufgrund der Forschung – in Industrieländern haben zu einem internationalen Eizellhandel und einem Fruchtbarkeitstourismus geführt, bei dem es um viel Geld geht. Dies kann dazu führen, dass auf Kosten der Basisversorgung der Bevölkerung für ausländische Patienten technologieintensive Angebote bereit gestellt werden und im eigenen Gesundheitssystem benötigte Fachkräfte in den privaten Sektor abwandern, von dem die lokale Bevölkerung wiederum wegen der hohen Preise ausgeschlossen ist (etwa in Thailand oder Indien).¹⁹⁴

Spenderinnen werden offensiv mit Werbekampagnen gesucht. Das bedeutet nicht nur ein systematisches Unterwandern des Kommerzialisierungsverbots der europäischen Gewebegerichtlinie.¹⁹⁵ Es führt auch dazu, dass sich reiche Frauen aus dem Westen auf Kosten von ärmeren Frauen aus dem Osten ihren Kinderwunsch erfüllen. Zudem kommt es regelmäßig zu einem Interessenskonflikt zwischen Kinderwunsch-Praxen und dem Recht der Spenderinnen auf umfassende Aufklärung. Auch zeigt die Erfahrung, dass ohne finanzielle Anreize das Angebot an Eizellspenden rapide abnimmt.

Bei Zulassen der Eizellspende ist davon auszugehen, dass aufgrund eines Mangels an „innerstaatlich verfügbaren“ Eizellen diese bald aus dem Ausland importiert werden müssten. Eine Gesellschaft, welche die Eizellspende zulassen will, kann und sollte dies in verantwortlicher

Weise jedoch nur tun, wenn es europaweit geltende und rechtlich präzise Regelungen zum Schutz der Spenderinnen und des Rechts auf Kenntnis der Abstammung gibt.¹⁹⁶ Da der Schutz der Eizellspenderin und der Schutz der Kenntnis auf Abstammung derzeit aber in keinem Staat sichergestellt ist, muss von einer Zulassung abgesehen werden.

International gesehen besteht vielmehr die soziale Pflicht einem weiteren Anwachsen des internationalen Eizellhandels entgegen zu wirken und die Bevölkerung allgemein sowie die betroffenen Paare durch das medizinische Personal im Besonderen über die Tragweite der Implikationen aufzuklären.

7.3 Rechtliche Aspekte

7.3.1 Verfassungsrechtliche Bedenken

Nach eingehender Prüfung kommen die Verfasser dieser Stellungnahme zu dem Schluss, dass eine Reform des FMedG aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht geboten ist.

Insbesondere nach den Entscheidungen S.H. v Austria (GK)¹⁹⁷ und Brüstle¹⁹⁸ begegnen das Verbot der IVF mit fremden Keimzellen, die Beschränkung der IVF auf heterosexuelle Paare oder das Verbot der Präimplantationsdiagnostik keinen derart wesentlichen Bedenken, als dass ihre Aufhebung verfassungsrechtlich geboten wäre. Vielmehr kommt dem Gesetzgeber ein Gestaltungsspielraum zu, innerhalb dessen er aufgrund unterschiedlicher, auch ethischer Überlegungen die zulässigen Möglichkeiten medizinisch assistierter Reproduktion bestimmen kann. Dazu nun im Einzelnen:

7.3.1.1 Zum Beurteilungsspielraum des nationalen Gesetzgebers

Zur Überprüfung der Verfassungskonformität der Beschränkung des FMedG auf homologe Methoden der In-vitro-Fertilisation sind die einschlägigen Entscheidungen des VfGH und des EGMR maßgeblich. Entgegen einiger, wenn auch wiederholt geäußelter, Rechtsansichten ist aus Sicht der Verfasser zu betonen, dass der EGMR in S.H. v Austria (GK) nicht nur die Argumentation der ersten Instanz verworfen und Aussagen zum Jahr 1999 getroffen hat, sondern auch eine wesentliche Bewertung des Beurteilungsspielraums des österreichischen Gesetzgebers für das Jahr 2011 getroffen hat.

Bei der Beurteilung der Entscheidung der Großen Kammer des EGMR in S.H. v Austria sind nämlich zwei Zeitebenen zu unterscheiden:

Hinsichtlich der Frage, ob die angefochtenen Bestimmungen des FMedG gegen Art 8 EMRK verstoßen, ging der EGMR tatsächlich vom Zeitpunkt der Entscheidung des VfGH im Jahre 1999 aus.

Bei der Frage zum Umfang des Beurteilungsspielraums, der dem Gesetzgeber bei der Grenzziehung zur Wahrung der Schutzziele des Abs 2 zu Verfügung steht, ging der EGMR allerdings vom Jahr 2011 aus. Angesichts sensibler moralischer und ethischer Fragen vor dem Hintergrund rascher medizinischer und wissenschaftlicher Entwicklungen und mangels etablierten

Regelungsstandards zwischen den Mitgliedstaaten sei – trotz eines sich aktuell entwickelnden Konsenses – weiterhin von einem weiten Beurteilungsspielraum auszugehen.¹⁹⁹ Der sich abzeichnende europäische Trend einer zunehmenden Liberalisierung im Sinne der Erlaubnis von Eizell- und Samenspende für die IVF wird von der Großen Kammer daher explizit nicht als ausreichend bewertet, um einen europäischen Regelstandard anzunehmen.²⁰⁰ Vielmehr ist angesichts der sich ständig neu ergebenden medizinischen Entwicklungen und der Sensibilität der betroffenen Fragen weiterhin von einem weiten Beurteilungsspielraum auszugehen.

Die Aufforderung des EGMR an die Vertragsstaaten, die von ihnen im Bereich der Reproduktionsmedizin getroffenen Regelungen stetig zu überprüfen, ist in diesem Zusammenhang nicht als Wertung zu verstehen, sondern vielmehr als Hinweis darauf, dass die vom EGMR getroffene Beurteilung, wie auch jene des Gesetzgebers, nicht „in Stein gemeißelt“²⁰¹ ist, sondern sich aufgrund neuerer Entwicklungen in die eine, wie aber auch in die andere Richtung ändern kann.

Der weite Beurteilungsspielraum enthebt die staatlichen Organe daher nicht von der Aufgabe zu prüfen, ob die 1992 getroffene Grenzziehung des Gesetzgebers im FMedG weiterhin dem Erforderlichkeits- (und damit Verhältnismäßigkeits-) Gebot des Art 8 Abs 2 EMRK und des österreichischen Gleichheitssatzes entspricht.

Tatsächlich aber kommen die Verfasser zu dem Schluss, dass die 1992 angeführten Bedenken zur medizinisch assistierten Fortpflanzung allgemein und zu heterologen Methoden im Besonderen weiterhin Gültigkeit haben. Eine zurückhaltende Vorgangsweise bei der Zulassung medizinisch assistierter Fortpflanzung scheint daher weiterhin geboten.

Hauptkritikpunkte der derzeit geltenden Beschränkung auf das homologe System bei der In-vitro-Fertilisation sind zum einen die Ungleichbehandlung von Fremdsamenspende in vivo und in vitro und zum anderen das Verbot der Eizellspende. Beides erscheint jedoch nachvollziehbar und insbesondere als Mittel zum Schutz des Kindeswohls gerechtfertigt.

7.3.1.2 Zum Kindeswohl als legitimes Schutzziel

Wesentlich für die Zulassungsbeschränkung auf das homologe System war das Kindeswohl, welches insbesondere durch die Vermeidung gespaltener Elternschaften und gesundheitlicher Risiken gesichert werden sollte.

Das Kindeswohl ist unbestritten ein legitimes Schutzziel iSd Art 8 Abs 2 EMRK.²⁰² Aufgrund des Einsatzes künstlicher Techniken und der Mitwirkung Dritter an der Zeugung eines Menschen trifft den Gesetzgeber zudem eine höhere Verantwortung im Hinblick auf das Wohlergehen des zu zeugenden Kindes.²⁰³ Es ist daher gerechtfertigt, nach dem Vorsichtsprinzip²⁰⁴ Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die gedeihliche Entwicklung des Kindes am ehesten gewährleisten können. Im Unterschied zum bereits gezeugten Kind überwiegt hier nicht das Interesse, überhaupt zu leben, sondern die Verantwortung, für gedeihliche Entwicklungsmöglichkeiten soweit möglich im Vorhinein zu sorgen.

Von Kritikern der Kindeswohlprüfung in diesem Zusammenhang wird vorgebracht, dass das Interesse eines Kindes, überhaupt geboren zu werden, sowie die Annahme, dass jedes Leben

lebenswert sei, eine Prüfung einer glücklichen Zukunft verbiete. Diese hehren Ansätze sind nicht hoch genug zu schätzen. In den Fragen der künstlichen Befruchtung tragen sie allerdings nicht, weil es ja gerade nicht um ein bereits gezeugtes Kind geht, dem ein Interesse daran zugebilligt werden kann, geboren zu werden. Vielmehr ist mit dem VfGH festzuhalten, dass es vor der Befruchtung einer bestimmten Eizelle mit einer bestimmten Samenzelle schlechthin an einem Individuum fehlt, das denkmöglich „vor seiner Existenz geschützt“ oder dem ein wie immer geartetes „Interesse“ an seiner Existenz zugerechnet werden könnte.²⁰⁵

Wie unter Pkt 7.2.7.1 aufgezeigt, sind IVF-Kinder schon im homologen System derzeit noch erhöhten Risiken ausgesetzt. Schon deswegen scheint eine zurückhaltende Zulassung medizinisch assistierter Fortpflanzung weiterhin geboten.²⁰⁶ Diese Bedenken gelten zwar für die künstliche Befruchtung im Allgemeinen, gefährden aber nichts destotrotz in jedem einzelnen Fall das Wohl eines Kindes. Jede weitere Ausdehnung verstärkt daher nicht nur die Ungewissheit der noch nicht ausreichend erforschten Folgen,²⁰⁷ sondern auch die bereits bekannten Probleme.

Zusätzlich zu den allgemeinen Risiken der medizinisch assistierten Fortpflanzung kommen bei einem heterologen System aber noch weitere wesentliche Bedenken hinzu. Zum einen führt jedes heterologe System zu einer Aufspaltung der Elternschaft in eine genetische, biologische und rechtlich-soziale. Zum anderen sind insbesondere bei der Eizellspende besondere gesundheitliche Risiken auch im Hinblick auf das Kindeswohl hervorzuheben.

7.3.1.3 Zur gespaltenen Elternschaft durch das heterologe System

Ein Hauptanliegen des Gesetzgebers bei der beschränkten Zulassung der medizinisch assistierten Fortpflanzung war die Vermeidung ungewöhnlicher persönlicher Beziehungen durch die Aufspaltung der Elternschaft in eine genetische, austragende und rechtlich-soziale. Man befürchtete insbesondere, dass dies trotz eindeutiger rechtlicher Regelungen zu schwersten psychischen Konflikten sowohl für das Kind als auch für die beteiligten Frauen führen könnte.²⁰⁸

Art 24 Abs 3 EU Grundrechtscharta und Art 2 Abs 1 BVG Kinderrechte sehen daher vor, dass jedes Kind Anspruch auf regelmäßige persönliche Beziehungen und direkte Kontakte zu beiden Elternteilen hat. Diese Bestimmungen gehen zurück auf Art 7 UN Kinderrechtskonvention (KRK), welche Kindern das Recht einräumt, ihre Eltern nicht nur zu kennen, sondern soweit möglich, auch von ihnen betreut zu werden. Dies setzt zum einen die Kenntnis der Eltern voraus. Zum anderen aber geht es dabei nicht nur um einen beliebigen Rechtsanspruch, sondern um ein dahinter liegendes zentrales „Interesse“ des Kindes, um eine wenn auch nicht unerlässliche, so doch wesentliche Bedingung gelingender Identität.

Die Formulierung „soweit möglich“ des Art 7 UN KRK wollte die Sicherung dieses Interesses auch nicht wieder aushöhlen, sondern nur jene Fälle ausschließen, in denen die Eltern aus faktischen Gründen tatsächlich unbekannt sind wie etwa bei Findelkindern. Diese strenge Interpretation erkennt man auch in der Mahnung des UN Komitees für die Wahrung der Rechte des Kindes betreffend Babyklappen, mit der Österreich nicht nur aufgefordert wurde, sicherzustellen, dass Namen und Identität der biologischen Eltern dokumentiert werden, damit das

Kind später Zugang zu diesen Informationen hat, sondern sogar Babyklappen ganz zu unterbinden.²⁰⁹

Das FMedG versucht in diesem Zusammenhang insofern auf das Kindeswohl Rücksicht zu nehmen, als dem Kind das Recht zugestanden wird, ab Erreichung eines gewissen Alters, die Identität seiner genetischen Eltern zu erfahren. Dieser Versuch ist jedoch ungenügend, hängt die Inanspruchnahme dieses Auskunftsrechts doch wesentlich davon ab, ob die biologisch/sozialen Eltern überhaupt bereit sind, ihr Kind entsprechend aufzuklären, was selten der Fall ist (siehe dazu Pkt 7.2.7.2.1).

Von Befürwortern der Zulassung heterologer IVF-Methoden wird unter Verweis auf Patchwork-Beziehungen, Alleinerziehende sowie Adoptions- und Pflegeelternschaft immer wieder darauf hingewiesen, dass „ungewöhnliche“ Familienbeziehungen heute schon Gang und Gebe sind. Diese Vergleiche überzeugen jedoch nicht:

Auch wenn unbestritten ist, dass es bei der Beurteilung der Auswirkungen von Patchwork-Beziehungen und gespaltener Elternschaft keine Rolle spielen darf, ob Kinder aus diesen Strukturen von anderen Personen aufgezogen, gemieden oder sonst diskriminiert werden, ja derartigen Behandlungen von der Gesellschaft bei Bedarf auch mit Hilfe der Rechtsordnung selbstverständlich entgegengewirkt werden muss, gilt, dass die Tatsache als solche nichts darüber aussagt, ob diese Entwicklung auch erstrebenswert (fact-value Dichotomie) und zum Wohle des Kindes ist. Vielmehr betrachten die meisten Betroffenen selbst ihre Situation nicht als ideal und von vornherein anzustreben. Genau in dieser zeitlichen Komponente liegt aber der wesentliche Unterschied für die Beurteilung der Zulassung der künstlichen Befruchtung.

Aus dem gleichen Grund trägt auch der Vergleich mit Adoption- und Pflegeelternschaft nicht. Wie schon der VfGH hervorhebt, knüpft die Adoption an sozialen Verhältnissen an, die sich schon vor der Adoption eingestellt haben, während eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung auf die Zeugung und Geburt eines Kindes abzielt.²¹⁰ Auch der EGMR anerkennt kein allgemeines Recht auf ein Kind und unterscheidet insbesondere die Fortpflanzungsfreiheit vom Recht auf Adoption.²¹¹ Während der Gesetzgeber im Fall der Adoption und Pflegeelternschaft zum Wohle des bereits geborenen Kindes im Zuge individueller Prüfung die beste Betreuungsmöglichkeit gleichsam ex post ermöglichen soll, ist er bei der Zugangsregelung zur künstlichen Befruchtung in der Lage, belastende Konstellationen ex ante zu vermeiden.

Will der Gesetzgeber daher nach dem Vorsichtsprinzip²¹² Rahmenbedingungen schaffen, welche die gedeihliche Entwicklung des Kindes am ehesten gewährleisten, ist er berechtigt, sich an den höchsten Wahrscheinlichkeiten für dieses Ziel zu orientieren. Diese sind wie unter Pkt. 7.2.7.2 ausgeführt, die Kenntnis der eigenen Herkunft sowie das Aufwachsen in einer stabilen emotionalen Beziehung mit Personen beiderlei Geschlechts.²¹³

Die vorausschauende Vermeidung gespaltener Familienstrukturen ist daher ein berechtigtes Anliegen des Gesetzgebers im Hinblick nicht nur auf das Wohl des betroffenen Kindes, sondern auch auf jenes seiner Nachkommen.

7.3.1.4 Zur unterschiedlichen Behandlung von Fremdsamenspenden in vivo und in vitro

Gemäß § 3 Abs 1 FMedG dürfen für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur die Ei- und Samenzellen der Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden. Davon ausgenommen ist laut Abs 2 die Methode der Insemination, also des Einbringens von Samen in die Geschlechtsorgane der Frau, bei der auch Samen eines Dritten verwendet werden dürfen.

Obwohl diesbezügliche Bedenken hauptsächlich am Beispiel der Mutterrolle dargestellt wurden, war dem Gesetzgeber durchaus bewusst, dass das Problem der Aufspaltung der Elternschaft natürlich auch bei der Verwendung von Fremdsamen im Zuge der Insemination besteht.

Umso befremdlicher wirken auf den ersten Blick die Gründe, mit denen der Gesetzgeber zu erklären versucht, warum die Insemination mit Fremdsamen als Ausnahme vom homologen System zugelassen bleiben soll. Weder das Argument, dass diese Praktiken seit längerer Zeit bestehen,²¹⁴ noch die Tatsache, dass ein Verbot kaum zu kontrollieren sei, da es sich um ein verhältnismäßig einfaches Verfahren handle,²¹⁵ mögen aufs Erste genügen, eine unterschiedliche rechtliche Behandlung zu rechtfertigen.

Jedenfalls aber lassen die angeführten Gründe im Gegensatz zu einem weit verbreiteten Ansatz nicht den Schluss zu, dass der Gesetzgeber die Aufspaltung der Elternschaft durch die Verwendung von Fremdsamen im Zuge der Insemination gebilligt, geschweige denn gutgeheißen habe. An keiner Stelle argumentiert der Gesetzgeber, dass die aufgespaltene Vaterschaft für das Kind nicht abträglich wäre. Vielmehr fand er sich in einer Situation wieder, die aus ähnlich heiklen Diskussionen wohl bekannt ist: da ein Verbot der Methode aufgrund des einfachen Verfahrens nicht möglich sei, wäre es nicht geeignet, das berechtigte Interesse des Kindes an einer ungeteilten Elternschaft zu sichern, was der VfGH im Übrigen deswegen auch als verfassungsrechtlich bedenklich einstufte.²¹⁶ Indem der Gesetzgeber die Durchführung der Methode jedoch nur in einer zugelassenen Krankenanstalt erlaubt – was angesichts des einfachen medizinischen Verfahrens an sich nicht notwendig wäre – versucht er zumindest das Interesse des Kindes auf Information über seinen genetischen Vater zu sichern, da nur auf diese Weise jedenfalls die Erfassung des Samenspenders kontrolliert werden kann.

Tatsächlich also rechtfertigt gerade die unterschiedliche Technizität der Methoden das Verbot. Denn während die Insemination mit Fremdsamen schon fast durch jedermann durchgeführt werden könnte, kann eine Behandlung in vitro nur an spezialisierten Instituten vorgenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber sowohl die Zulassung derartiger Institute wie auch die dort durchgeführten Methoden grundsätzlich in wirksamer Weise kontrollieren kann, weswegen ein Verbot der Verwendung von Fremdsamen im Zuge einer In-vitro-Fertilisation wirksam verfolgt werden kann und daher ein geeignetes Mittel ist, das Interesse eines Kindes auf ungeteilte Elternschaft zu sichern.

7.3.1.5 Zum Verbot der Eizellspende

Will man das Interesse eines Kindes auf ungeteilte Elternschaft sichern, so muss auch die Eizellspende verboten werden. Aufgrund der technischen Anforderungen dieser Behandlung ist ein Verbot auch wirksam kontrollierbar und daher ein geeignetes Mittel, das Interesse des Kindes auf ungeteilte Elternschaft zu sichern.

Die im Zuge der Insemination in vivo eingeräumte Möglichkeit eines Auskunftsrecht des Kindes über den Namen des Samenspenders ist zudem nur als schwaches Mittel zu werten, dem Interesse des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung zu begegnen. Als Auskunftsrecht ist es dem Kind ja nur dann dienlich, wenn dieses überhaupt Kenntnis davon hat, dass es genetisch von einem fremden Samenspender stammt.²¹⁷ Es ist daher als Kompromiss zwischen den Interessen der Eltern und des Kindes zu werten und nicht als Garantie eines verfassungsgesetzlichen Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung.

Unabhängig davon ist nicht zu erkennen, warum gerade das Verbot der Eizellspende dem Gleichheitsgrundsatz widersprechen soll. Die Möglichkeit, dass im Zuge der In-vivo-Insemination fremde Spermazellen verwendet werden dürfen, im Zuge der In-vitro-Fertilisation aber keine fremden Eizellen verwendet werden dürfen, knüpft zwar an eine durch das Geschlecht gegebenen Tatsache an, betrifft aber Männer wie Frauen gleichermaßen, da es immer das heterosexuelle Paar ist, das durch diese Maßnahme daran gehindert wird, seinen Kinderwunsch zu verfolgen.

Auch die Tatsache, dass die Frage, ob eine erlaubte medizinische Methode zur Anwendung kommen kann, von der Besonderheit des Gesundheitszustandes bzw. der zufälligen biologischen Konstitution des betroffenen Paares abhängt, kann per se noch nicht gleichheitswidrig sein, ist dies doch der gesamten Individualmedizin systemimmanent und grundsätzlich wünschenswert.

Offensichtlich ist hingegen, dass es tatsächlich gewichtige Unterschiede zwischen der Verwendung von Ei- und Spermazellen im Zuge der künstlichen Befruchtung gibt, die grundsätzlich eine Ungleichbehandlung der Verwendung von männlichen bzw. weiblichen Gameten rechtfertigen würden. Diese liegen bei der Eizellspende insbesondere im erhöhten technischen Aufwand und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken für die Frau sowie im Schutz der Frauen vor Belastung, Ausbeutung und Ausnützung.

Während das erforderliche Spermium entweder durch Masturbation oder Entnahme aus dem Hoden gewonnen werden kann, muss die Eizellspende nach hormoneller Stimulation durch eine transvaginale Punktion gewonnen werden. Neben der Empfängerin wird vor allem auch die Spenderin erheblichen Risiken ausgesetzt (siehe dazu die Pkt. 3.1.3, 3.2.2, 7.2.5 und 7.2.6), deren langfristige körperlichen und psychischen Folgen vollkommen unerforscht sind.²¹⁸ Damit ist die Situation der Eizellspenderin weithin ungeklärt, was bedeutet, dass eine umfassende Aufklärung über die Risiken nicht möglich ist.

Im Hinblick auf die mangelnde Aufklärung ist die weitgehend geforderte Freiwilligkeit bei der Eizellspende höchst kritisch zu betrachten. Zudem kommt die Erfahrung, dass es schnell zu einem Engpass an Spenden kommt, wo der „Aufwandersatz“ nicht interessant genug ist. Auch ein Verwandtschaftsverhältnis garantiert die Freiwilligkeit nicht. Im Gegenteil: Gerade aus einer verwandtschaftlichen Beziehung kann sich eine besondere Drucksituation ergeben.²¹⁹

Ob die Variante des egg-sharing besser geeignet ist, die Freiwilligkeit zu sichern, ist sehr fraglich. In vielen Fällen wird ein hoher finanzieller Anreiz durch Halbierung der Kosten für das eigene IVF-Verfahren gesetzt. Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko zur Überstimulation. So kann für einen finanziell benachteiligte Spenderin in einem egg-sharing Programm die

Freiwilligkeit ihres informed consent eingeschränkt sein, denn bilden sich nicht genügend Eizellen, hat sie die Schwierigkeit, dass ihre eigene IVF nicht finanziert ist.²²⁰ Ein Problem, dass durch eine öffentliche Finanzierung nicht behoben, sondern vielmehr unzulässig verschleiert werden würde. Kommt es zu unterschiedlichen Erfolgsraten bei den beiden Frauen oder zu gesundheitlichen Problemen bei den Betroffenen bzw. ihren Kindern, können sich daraus zusätzliche psychische Probleme ergeben.

Angesichts dieser massiven Bedenken hinsichtlich Aufklärung, Ausbeutung und gesundheitlicher Risiken der Betroffenen ist kein gelinderes Mittel zum Schutz der berechtigten Interessen zu sehen als ein Beibehalten des Verbots der Eizellspende.

7.3.1.6. Zur Beschränkung reproduktionsmedizinischer Verfahren auf heterosexuelle Paare

Wesentlicher Beweggrund bei der Einführung des FMedG war die Bekämpfung und Heilung von Störungen der menschlichen Fruchtbarkeit.²²¹ Dieser therapeutische Ansatz kann zum einen das in Kauf nehmen des technischen Aufwands und der gesundheitlichen Risiken im homologen System rechtfertigen, zum anderen ist er aber auch der wesentliche Unterschied gegenüber IVF-Verfahren bei homosexuellen Paaren und alleinstehenden Personen. Während bei jenen Paaren, die derzeit zur IVF zugelassen sind, eine Befruchtung nach Heilung ihrer Fruchtbarkeitsstörung grundsätzlich möglich wäre, wäre dies bei homosexuellen Paaren (wie auch bei alleinstehenden Personen) aufgrund ihrer biologischen Disposition nicht der Fall. Die Durchführung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen bei homosexuellen Paaren und Alleinerziehenden ist daher nicht als therapeutische, sondern vielmehr als wunscherfüllende Medizin zu werten, was eine stärkere Berücksichtigung von Interessen Dritter rechtfertigt.

Wie unter Punkt 7.2.7.2.2. ausführlich dargestellt, ist die Studienlage zum Kindeswohl bei homosexuellen Paaren längst nicht so aussagekräftig wie unter Punkt 4.2.4.5 behauptet. Vielmehr bestätigen neuere Studien die Erkenntnisse aus der Adoptionsforschung, dass die Kenntnis der eigenen Herkunft sowie das Aufwachsen in einer stabilen emotionalen Beziehung zu Personen beiderlei Geschlechts für eine positive Entwicklung des Kindes am wahrscheinlichsten sind.

Sowohl die rechtliche Möglichkeit der Mutter, den Vater nicht bekannt zu geben, als auch die Möglichkeit einer Einzeladoption durch einen eingetragenen Partner sind Momente, die erst nach der Zeugung des Kindes zum Tragen kommen und daher seinem Überlebensinteresse dienlich sein können. Zudem kommt gerade bei der Einzeladoption dazu, dass durch das Bewilligungsverfahren in jedem Einzelfall das Wohl des Kindes besonders berücksichtigt werden kann.²²² Auch die Verpflichtung, dass der eingetragene Partner einer derartigen Einzeladoption zustimmen soll, dient wohl vornehmlich dem Wohl des Kindes, das ja im gemeinsamen Haushalt leben wird.

Ein zusätzlicher kritischer Aspekt im Hinblick auf die Zulassung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen für alleinstehende Personen sind zahlreiche Studien, die gerade alleinerziehende Personen als besonders armutsgefährdet sehen.²²³ Dass die Gründe für die Armutsgefährdung teilweise „hausgemacht“ sind und durch entsprechende gesellschaftspolitische Maßnahmen abgefedert werden könnten,²²⁴ mag angesichts der drückenden Realität und mittelfristig nicht zu erwartenden Änderung an der rechtlichen Abwägung des Kindeswohls nichts zu ändern.

Homosexuellen Paaren und alleinstehenden Personen ist es biologisch gesehen unmöglich, sich mit ihren eigenen Keimzellen fortzupflanzen. Diese Unmöglichkeit akzeptiert der OGH in 3 Ob 147/10d bei homosexuellen Männern als biologisch bedingte „Diskriminierung“ und folgert daraus, dass unterschiedliche Sachverhalte unterschiedlich geregelt werden können. Tatsächlich erscheint aber fraglich, warum gerade die reproduktionsmedizinische Fortpflanzung bei Männern anders bewertet werden sollte als bei Frauen. In beiden Fällen wären die Partner an sich nicht fähig sich fortzupflanzen, sondern sind auf Keimzellen Dritter angewiesen. Der einzige Unterschied liegt in der Möglichkeit von Frauen, das Kind während der Schwangerschaft auszutragen. Gesteht man aber lesbischen Paaren zu, sich durch Fremdsamen fortzupflanzen, verlässt man den therapeutischen Ansatz des FMedG. Es ist höchst zweifelhaft, ob allein das Argument der Schwangerschaftsbeziehung zum Kind verhindert, dass das Verbot der Leihmutterschaft aufrecht bleibt. Wird nämlich der therapeutische Ansatz verworfen, so müssen die Argumente erst gefunden werden, warum eine Frau, die keine Gebärmutter hat, nicht auch von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen mithilfe einer Leihmutter Gebrauch machen soll. Schon jetzt wird argumentiert, dass das Verbot der Leihmutterschaft verfassungsrechtlich nicht geboten sei.

Aufgrund der massiven Bedenken gegen die Eizellspende sowie die Sorge um die Ausbeutung der Frau und das Kindeswohl bei der Leihmutterschaft, gilt es am Verbot der Leihmutterschaft festzuhalten. Gleichzeitig scheinen jene Faktoren, die der Wahrscheinlichkeit nach bei einer ex-ante Betrachtung am ehesten einer gedeihlichen Entwicklung des Kindes dienen, nur durch die Beschränkung der reproduktionsmedizinischen Verfahren auf das homologe System gesichert.

Sowohl für die nachhaltige Beibehaltung des Verbots der Leihmutterschaft, als auch für die Sicherung jener Faktoren, die ex ante für das Kindeswohl am besten geeignet sind, ist daher ein Verbot reproduktionsmedizinischer Verfahren für homosexuelle Paare und alleinstehende Personen bei vorurteilsfreier Betrachtung zur Zielerreichung nicht nur ein geeignetes, objektiv nachvollziehbares Mittel, sondern auch erforderlich.

7.3.1.7. Zur Embryonenspende

Eine Auseinandersetzung mit der Embryonenspende wäre wünschenswert. Rechtlich gesehen ist in diesem Fall von einem Interesse des bereits gezeugten Kindes am Leben auszugehen, das allerdings abgewogen werden muss mit dem Interesse, nicht instrumentalisiert zu werden. Zudem muss kritisch betrachtet werden, dass mangels entsprechender Nachfrage eine Embryonenspende weder das Problem der überzähligen Embryonen löst, noch ein Anreiz gesetzt werden würde, die Zahl der überzähligen Embryonen zu reduzieren. Sollte man die Embryonenspende zulassen, so müssten sich die Regelungen an den Bestimmungen für eine Adoption orientieren.

7.3.1.8. Zum Verbot der Präimplantationsdiagnostik

Hauptargument für die Zulassung der PID ist die unterschiedliche rechtliche Behandlung zwischen diagnostischer Maßnahmen vor Embryonentransfer (PID) und jenen im Mutterleib (PND), die als verfassungswidriger Wertungswiderspruch betrachtet wird.

Hierbei werden aber wesentliche Unterschiede übersehen:

Pränataldiagnostische Untersuchungen am Embryo im Mutterleib sind ohne die gezielte Zeugung von Embryonen möglich. Präimplantative Untersuchungen setzen aber die gezielte Zeugung überzähliger Embryonen gerade für diese Untersuchungen voraus. Embryonen werden gerade deswegen gezeugt, weil man sie, sofern sie genetisch auffällig oder überflüssig sind, verwerfen wird. Diese teleologische Verknüpfung ist eine Instrumentalisierung des beginnenden menschlichen Lebens, der zur Wahrung der Menschenwürde und des Grundrechts auf Nicht-Diskriminierung wegen Behinderung entgegengewirkt werden muss.

Das in der EU Grundrechtcharta manifestierte Gebot der Achtung der Menschenwürde steht seit Brüstle nunmehr auch eindeutig dem extrakorporalen Embryo zu.²²⁵ Der EuGH geht in der Begründung des Urteils von einer umfassenden Schutzpflicht gegenüber dem Embryo aus und betont, dass jede menschliche Eizelle vom Stadium ihrer Befruchtung an ein „menschlicher Embryo“ iSd RL 98/44/EG ist (Rz 38) und der menschliche Körper in allen Phasen seiner Entstehung und Entwicklung zur Gewährleistung der Würde und Unversehrtheit des Menschen nicht patentierbar ist (Rz 6 = RL 98/44/EG, Erwägung 16). Wie der EuGH deutlich macht, fordert der Schutz der Würde des geborenen Menschen und seiner Grundrechte auch eine gewisse Berücksichtigung des Schutzes des Embryos, insbesondere eine Verhinderung seiner Instrumentalisierung für die Interessen Dritter und zwar unabhängig davon, ob der Embryo per se nun als Grundrechtsträger iSd EMRK oder des österreichischen BVG zu sehen ist oder nicht.

Auch wenn diese Entscheidung zum Patentrecht ergangen ist, ist darauf hinzuweisen, dass der EuGH unter dem Gesichtspunkt der Homogenität seiner Judikatur in anderen Lebenssachverhalten von dieser grundlegenden Wertung nicht abweichen wird können und der somit festgelegte weite Embryonenbegriff zukünftig auch auf andere ethisch sensible Rechtsfelder in Europa ausstrahlen dürfte.²²⁶

Zudem kommt, dass die Behauptung des unterschiedlichen Schutzniveaus des Embryos in vitro zum Embryo in vivo nur in Bezug auf die Mutter zutrifft. Nur der Mutter wird eingeräumt, sich nach Abwägung beider Lebensrechte und in der speziellen Situation einer angenommenen Alternativlosigkeit gegen das Kind entscheiden zu können. Gegenüber dem Zugriff Dritter steht der Embryo in vivo jedoch unter dem vollen Schutz der Gesetze.

Entgegen der unter Pkt. 4.2.4.7.c) vertretenen Ansicht, weist auch der Fall R.R. gegen Polen wesentliche Unterschiede gegenüber der PID auf, weswegen aus dieser Entscheidung vorerst für ein verfassungsrechtliches Gebot einer Zulassung der PID nichts gewonnen werden kann.²²⁷

Die in dieser Rechtssache zu beurteilenden pränataldiagnostischen genetischen Untersuchungen unterscheiden sich in ihrer Konsequenz wesentlich von Untersuchungen vor Embryonentransfer. Wie der EGMR selbst ausführlich darstellt, ist die Ermöglichung pränataldiagnostischer genetischer Untersuchungen nicht gleichzusetzen mit dem Zugang zu einer Abtreibung selbst,²²⁸ vielmehr können PND-Untersuchungen deswegen in Betracht gezogen werden, um Verdachtsmomente hinsichtlich einer Fehlentwicklung zu zerstreuen, bereits vorgeburtliche Therapiemöglichkeiten einzusetzen, das Geburtsetting entsprechend zu

adaptieren bzw. sich auf die besonderen Bedürfnisse des Kindes einzustellen. In all diesen Fällen führt die Diagnose nicht zum Abbruch der Schwangerschaft. Gerade hierin liegt aber der wesentliche Unterschied zur PID, die ja gezielt durchgeführt wird, um Embryonen nach gewissen Kriterien zu selektieren.

Polen (wie auch Österreich) räumt einer Frau das Entscheidungsrecht ein, einen (Spät)abbruch ihrer Schwangerschaft durchführen zu lassen, wenn sie nach entsprechend gesicherter Diagnose ein schwer behindertes Kind erwartet. Es ist nachvollziehbar, dass dieses Recht auch das Recht umfasst, jene Untersuchungen durchführen zu lassen, welche die für eine derartige Entscheidung gesicherte Diagnose liefern. Insofern kann richtigerweise von einer Verknüpfung des Entscheidungsrechts mit einem vorgelagerten Informationsrecht gesprochen werden.

Das österreichische FMedG räumt einer Frau jedoch gerade nicht das Recht ein, den Transfer eines Embryos aufgrund gewisser Kriterien zu verweigern (§ 8 Abs 4 iVm § 9 FMedG). Vielmehr besteht nur die allgemeine Möglichkeit, den Transfer von Embryonen abzulehnen. Ein konkreter Informationsanspruch hinsichtlich des genetischen Gesundheitszustands des einzelnen Embryos kann aus dieser allgemeinen Entscheidungsfreiheit daher gerade nicht abgeleitet werden.

Die unterschiedliche Behandlung der Untersuchungen ist zudem insbesondere durch die Zeitkomponente der verschiedenen Sachverhalte gerechtfertigt, aus der sich divergierende Handlungsmöglichkeiten in der jeweiligen Konfliktsituation ergeben. Während es bei der Frage des embryopathischen Spätabbruchs um einen aktuellen Konflikt der Interessen der Frau und des Kindes geht, der völlig unabhängig von der gezielten Zeugung des Kindes entstehen kann, geht es bei der Frage präimplantativer Untersuchungen um einen antizipierten Konflikt, dem ausgewichen werden kann, indem auf die gezielte Zeugung verzichtet oder das Risiko einer Behinderung bzw. Erkrankung in Kauf genommen wird. Aufgrund dieser unterschiedlichen Sachverhalte kann die Bewertung der kollidierenden Interessen, zu denen auch der Schutz der Menschenwürde und des Rechts auf Nicht-Diskriminierung wegen Behinderung zu zählen sind, unterschiedlich ausfallen.

Nochmals unterschieden werden muss schließlich die Möglichkeit, präimplantative Untersuchungen zur Auswahl eines „Rettungskindes“ anzustellen. In diesen Fällen werden die Embryonen nicht nur deswegen gezeugt und untersucht, um einen bestimmten Gesundheitszustand zu Gunsten des gewünschten Kindes selbst zu prüfen, sondern um als Spender für einen Dritten zu Verfügung zu stehen. Warum diese noch gesteigerte Form der Instrumentalisierung jedes einzelnen der überzählig gezeugten Embryonen vor dem Hintergrund des Menschenwürdegebotes nicht noch eher für eine stärkere Berücksichtigung ihrer Interessen spricht, sondern bei lebensbedrohlich erkrankten Geschwistern verfassungsrechtlich sogar geboten sein soll, lässt sich nicht erkennen.

Ein verfassungsrechtliches Gebot der Zulassung präimplantativer Untersuchungen kann aus alledem jedenfalls nicht abgeleitet werden.

7.3.2. Rechtsfragen aus der gängigen Praxis

Während daher keine verfassungsrechtliche Notwendigkeit zur Reform des FMedG gesehen werden kann, weist die gängige Praxis der Reproduktionsmedizin in Österreich jedoch Fragen auf, die durch eine Novellierung berücksichtigt werden sollten. Diese betreffen zum einen die unter Pkt. 6.2. ausgeführten dringenden Forderungen nach Maßnahmen zur Qualitätssicherung, insbesondere nach einem umfangreicheren IVF-Register.

Zum anderen aber zeigen die folgenden exemplarisch angeführten Problembereiche, wo es derzeit in der Umsetzung und Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des FMedG allem Anschein nach Verbesserungsbedarf gibt:

7.3.2.1 Anzahl der erforderlichen Embryonen

Laut § 10 FMedG dürfen bei der Vereinigung von Ei- mit Samenzellen außerhalb des Körpers einer Frau nur so viele Eizellen befruchtet werden, wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung innerhalb eines Zyklus für eine aussichtsreiche und zumutbare medizinisch unterstützte Fortpflanzung notwendig sind. Auch wenn diese Formulierung klug gewählt ist, weil sie eine Reaktion auf die wissenschaftlichen Entwicklungen möglich macht, scheint es in der Praxis schwierig zu sein, sie zu kontrollieren. Zum einen lässt in diesem Zusammenhang die hohe Zahl an überzähligen Embryonen aufhorchen. Zum anderen ist nicht erkennbar, wie beispielsweise höhere Erfolgsraten bei der Kryokonservierung von Eizellen im Hinblick auf die für die Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderliche Zahl von befruchteten Embryonen berücksichtigt werden. Die Tatsache, dass die Verletzung des § 10 FMedG keinen Verwaltungsstraftatbestand erfüllt, ist der Kontrolle jedenfalls nicht dienlich.

7.3.2.2 Vermittlungsverbot

§ 21 FMedG verbietet die Vermittlung von entwicklungsfähigen Zellen, Samen- und Eizellen für medizinisch unterstützte Fortpflanzung sowie von Frauen als Leihmutter. Da schon die Vermittlung selbst verboten ist, sind bereits die organisatorischen Vorgespräche für die Vermittlung einer Eizellspende, jedenfalls aber die Durchführung vorbereitender medizinischer Behandlungen für eine Eizellspende in Österreich vom Straftatbestand umfasst. Dem kann auch als Folge des Territorialprinzips des Verwaltungsstrafrechts nicht entgegengehalten werden, dass die Eizellspende selbst im Ausland durchgeführt wird. Angesichts dieses umfassenden Vermittlungsverbots macht es stutzig, dass führende österreichische IVF-Zentren die Vermittlung und Vorbereitung von Eizellspenden im Ausland scheinbar ungeahndet anbieten.

7.3.2.3 Polkörperanalyse

§ 9 Abs 1 FMedG verbietet die Untersuchung und Behandlung von Samen- und Eizellen, die für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen, insoweit dies nicht nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich ist. Für den Rechtsanwender ergibt sich hier eine Diskrepanz zwischen Wort- und Sinninterpretation. Rein nach der Wortinterpretation ist nicht vorbehaltlos nachvollziehbar, warum die Polkörperanalyse erlaubt sein soll, ist doch nach naturwissen-

schaftlicher Beschreibung davon auszugehen, dass zur Gewinnung der Polkörper die Eizelle anders behandelt werden muss, als zur Herbeiführung einer Schwangerschaft notwendig. Teleologisch ist gegen die Zulassung der Polkörperanalyse jedoch insoweit nichts einzuwenden, als sie zu einer Selektion der unbefruchteten Eizelle führt, da diesfalls keine Interessen des Embryos konfliktieren. Es empfiehlt sich daher, bei einer Novellierung des FMedG die Polkörperanalyse, insofern sie zu einer Selektion der unbefruchteten Eizelle führt, ausdrücklich zuzulassen.

7.3.2.4 Judikatur des OGH

Wie schwierig es sich gestaltet, den Patientenwillen im Zusammenhang mit dem Embryonentransfer zu sichern, zeigt auch die Judikatur des OGH. In 6 Ob 148/08 w²²⁹ verweigert der OGH Schadenersatz in Höhe des Unterhalts für einen Drilling, der einer Frau entgegen einer ausdrücklichen Vereinbarung zwischen den Eltern und dem behandelnden Arzt transferiert wurde. Dabei soll an dieser Stelle nicht auf die umfangreiche Debatte zu wrongful birth respektive conception eingegangen werden. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, dass der behandelnde Arzt im zu Grunde liegenden Sachverhalt explizit gegen den Willen der Frau gehandelt hat, als er Drillinge statt Zwillinge eingepflanzt hat, weswegen wohl kaum von einer Einwilligung in eine ärztliche Heilbehandlung gesprochen werden kann, was auch strafrechtlich relevant, jedenfalls aber besser kontrolliert werden müsste.

Diese stichprobenartig aufgezeigten Problemfelder zeigen Alles in Allem, wie schwierig sich die Kontrolle gesetzlicher Rahmenbedingungen in einem technisch hoch komplexen Gebiet wie der Reproduktionsmedizin gestaltet. Das rechtfertigt keineswegs ein pauschales Verbot, muss aber bei der Abwägung und Ausgestaltung rechtlicher Rahmenbedingungen mitberücksichtigt werden.

7.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

7.4.1 Reform nicht verfassungsrechtlich geboten

Wie unter Pkt. 7.3.1 ausgeführt ist insbesondere unter Berücksichtigung der Judikatur des EGMR und EuGH eine verfassungsrechtliche Notwendigkeit einer Reform des FMedG nicht erkennbar. Vielmehr hat der österreichische Gesetzgeber einen weiten Beurteilungsspielraum, ob und wie er den Zugang zu reproduktionsmedizinischen Maßnahmen regelt. Dabei spielt die ethische Abwägung konfliktierender Interessen eine wesentliche Rolle.

7.4.2 Schutz des Embryos

Auch vorgeburtliches menschliches Leben hat Interessen und Rechte und kann moralisch relevante Verletzungen erfahren. Die Entscheidung des EuGH (Brüstle-Urteil), demnach das Menschenwürdegebot auch den extrakorporalen Embryo umfasst, hat über den konkreten Sachverhalt hinaus Relevanz für andere Fragen des Umgangs mit dem menschlichen Embryo.

1. In der laufenden Diskussion sollte daher nicht nur das Kindeswohl geborener Kinder, sondern auch das Wohl von Embryonen und Föten mit konfligierenden Interessen abgewogen werden.
2. Die Entstehung überzähliger Embryonen sollte vermieden werden. Die Kryokonservierung von Eizellen sollte vorangetrieben werden und sodann die serielle Befruchtung von Eizellen für Kinderwunschpatientinnen als Option verpflichtend angeboten werden.
3. Am Verbot der verbrauchenden Embryonenforschung sollte festgehalten werden. Zudem sollte der Import embryonaler Stammzellen ausdrücklich verboten werden.

7.4.3 Erhöhte Verantwortung durch technische Möglichkeiten

Aufgrund der Künstlichkeit des Eingriffs ergibt sich bei der Reproduktionsmedizin eine höhere Verantwortung als bei der natürlichen Fortpflanzung. Neben ihrem Potential, bestimmte Probleme zu lösen, schafft die Reproduktionsmedizin eine ganze Reihe neuer.

1. Im Zusammenhang mit künstlichen Reproduktionstechniken können und müssen daher immer wieder andere bzw. höhere moralische Standards gefordert werden als für „natürliche“ Reproduktion.

7.4.4 Reproduktionstourismus und soziale Gerechtigkeit

Ethisch kritische Maßnahmen müssen unabhängig davon bewertet werden, ob sie in anderen Ländern zugelassen sind oder nicht. Eine Maßnahme, die moralisch wie rechtlich abzulehnen ist, kann auch durch einen Alternativtourismus nicht gerechtfertigt werden. Zudem wird in concreto das Problem des Reproduktionstourismus durch eine beschränkte Freigabe reproduktionsmedizinischer Maßnahmen wie der unentgeltlichen Eizellspende nicht gelöst. Vielmehr endet ein Gebot sozialer Gerechtigkeit nicht im eigenen Land, sondern muss die Auswirkungen des zunehmenden Mangels an Eizellen und des dadurch begründeten Handels in Schwellenländern berücksichtigen.

1. Dem Problem des Reproduktionstourismus muss durch internationale Anstrengungen entgegengewirkt werden, die verhindern, dass der Mangel an Eizellen zu einem Anwachsen des Eizellhandels und zu einer damit verbundenen Ausbeutung von Frauen, vor allem in Schwellenländern, führt.
2. International besteht die soziale Pflicht, einem weiteren Anwachsen des internationalen Eizellhandels entgegen zu wirken und die Bevölkerung allgemein sowie die betroffenen Paare im Besonderen über die Tragweite der Implikationen aufzuklären.

7.4.5 Ursachenforschung und -bekämpfung

Harm Reduction bedeutet nicht nur die sekundäre Eindämmung negativer Folgen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen, sondern vor allem die primäre Reduktion des Bedarfs. Ein wesentlicher Grund für die steigende Unfruchtbarkeit ist das steigende Durchschnittsalter der Erstgebärenden in Industrieländern. Oft wird aus gewollter Kinderlosigkeit eine ungewollte. Weitere mögliche Ursachen für die steigende Unfruchtbarkeit sind bis dato viel zu wenig erforscht. Psychisch belastend und oft unterschätzt sind nicht nur der unerfüllte Kinderwunsch, sondern auch eine erfolglose Kinderwunschbehandlung. Studien belegen, dass sich die Lebenszufriedenheit von Paaren mit und ohne erfüllten Kinderwunsch langfristig nur unwesentlich unterscheidet.

1. Unterstützt werden Forderungen nach intensiveren Forschungsanstrengungen zu den Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit.
2. Angesichts des steigenden Durchschnittsalters der Erstgebärenden sollten zudem Anreize für eine Vorverlagerung des Kinderwunsches gesetzt werden.
3. Die Versprechen der Reproduktionsmedizin und ihre zum Teil ökonomischen Motive sollten in der Öffentlichkeit stärker kritisch diskutiert werden.
4. Die Möglichkeit einer erfolglosen Therapie und alternativer Lebensoptionen sollte von Anfang an in den Beratungsprozess integriert werden.

7.4.6. Qualitätssicherung und Dokumentation

Gesundheitliche Risiken bei der IVF ergeben sich vor allem durch die erhöhte Häufigkeit von Mehrlingsschwangerschaften. Aber auch IVF-Einlinge weisen ein höheres gesundheitliches Risiko auf.

1. Fetozide zur Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften sind unbedingt zu vermeiden.
2. Die unter Pkt. 6.2 angeführten Forderungen zum Qualitätsmanagement werden begrüßt und unterstützt.
3. Durchgeführt und im geforderten IVF-Register ebenso erfasst werden sollten zudem Vorsorgeuntersuchungen möglicher Erkrankungen des späteren Lebensalters, bei denen epigenetische Faktoren beschrieben sind.
4. Insgesamt sollte die sozialwissenschaftliche Basis zur Erforschung der Auswirkungen der bestehenden gesetzlichen Regelungen sowie der weiteren Entwicklungen im Bereich der Reproduktionsmedizin durch geeignete statistische Grundlagen sowie ausreichend finanzielle Mittel verbessert werden, damit alle embryonenbezogenen Vorgänge von ethischer Brisanz und gesellschaftlichem Konfliktpotenzial (insbesondere PID, IVF, PND und Schwangerschaftsabbruch) mit quantitativen und qualitativen sozialwissenschaftlichen Methoden erforscht werden können.

7.4.7 IVF im homologen System

Um die Aufspaltung der Elternschaft zu vermeiden, hat der Gesetzgeber bewusst nur die Verwendung von Gameten des heterosexuellen Paares für medizinisch unterstützte Fortpflanzung mit Ausnahme der donogenen Insemination zugelassen. Durch Koppelung der Zulassung der donogenen Insemination mit ihrer Durchführung an Krankenanstalten hat der Gesetzgeber nicht die Aufspaltung der Elternschaft akzeptiert, sondern versucht, zumindest das Interesse des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft zu sichern. Ein Auskunftsrecht hinsichtlich des Samenspenders genügt allerdings nicht, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

1. Das Verbot der Gametenspende durch Dritte für IVF-Verfahren sollte beibehalten werden.
2. Vor einer Fremdsamenspende in vivo sollten alle Beteiligten im Hinblick auf die familiensystemischen Folgen umfangreich beraten werden.
3. Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen bzw. biologischen Eltern sollte stärker gesichert werden. Eine Auskunftspflicht sollte diskutiert werden.

7.4.8 Eizellspende

Neben der Konsequenz einer gespaltenen Elternschaft für das betroffene Kind ist die Eizellspende für die Spenderin mit erheblichen Risiken verbunden. Mangels Studien sind Langzeitfolgen unbekannt, weswegen eine ausreichende Aufklärung über damit verbundene Risiken derzeit nicht möglich ist. Auch die Kinderwunscherpatientin ist bei einer Eizellspende höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Die Freiwilligkeit einer Eizellspende kann angesichts immer möglicher finanzieller Anreize, aber auch aufgrund der Gefahr familiären Drucks nicht zufriedenstellend gesichert werden. Das Problem des Reproduktionstourismus wird auch durch eine beschränkte Freigabe der Eizellspende nicht grundsätzlich gelöst (Kauf von Eizellen im Ausland). Ein Verbot der Eizellspende ist keine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Der Schutz der Eizellspenderin und der Schutz der Kenntnis auf Abstammung sind bis dato in keinem Staat ausreichend sicher gestellt.

1. Am Verbot der Eizellspende sollte daher ausnahmslos festgehalten werden.
2. Zudem sollte das Verbot der Vermittlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen sowie von Personen im Sinne des § 21 FMedG stärker kontrolliert werden.
3. International sollte sich Österreich dafür einsetzen, die Situation der Eizellspenderin zu verbessern sowie das Recht der Kinder auf Kenntnis ihrer Herkunft zu sichern.

7.4.9 Beschränkung medizinisch unterstützter Fortpflanzung auf heterosexuelle Paare

Mit der Zulassung medizinisch unterstützter Fortpflanzung für homosexuelle Paare und allein-erziehende Personen würde der Gesetzgeber den therapeutischen Ansatz des FMedG zugunsten einer wunscherfüllenden Medizin verlassen, was eine stärkere Berücksichtigung von Interessen Dritter rechtfertigt. Das Kindeswohl ist unbestritten ein Schutzziel, dass Beschränkungen der reproduktionsmedizinischen Verfahren rechtfertigt. Die Tatsache, dass es immer

mehr Patchwork-Beziehungen und Alleinerziehende gibt, sagt noch nichts darüber aus, ob diese Entwicklung (weder von den Betroffenen noch von der Gesellschaft) wünschenswert ist. Grundsätzlich ist jede Form der Elternschaft geeignet, eine gedeihliche Entwicklung der Kinder zu ermöglichen. Die Erfahrung aus der Adoptionsforschung wie auch umfassende jüngere Studien zeigen jedoch, dass die höchste Wahrscheinlichkeit für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes dann gegeben ist, wenn es seine Herkunft kennt und in einer stabilen emotionalen Beziehung zu Personen beiderlei Geschlechts aufwächst. Die mangelnde oder erst spät erlangte Kenntnis der eigenen genetischen bzw. biologischen Herkunft belastet das Kindeswohl. Die empirische Datenlage zum Kindeswohl bei homosexuellen Paaren bzw. alleinstehenden Personen ist insbesondere aufgrund methodischer Mängel nicht so aussagekräftig wie weitgehend behauptet. Nach wie vor ist daher von einem Interesse des Kindes an ungeteilter und gegengeschlechtlicher Elternschaft auszugehen.

1. Die Beschränkung medizinisch unterstützter Fortpflanzung auf heterosexuelle Paare sollte beibehalten werden.

7.4.10 Embryonenspende

1. Eine Auseinandersetzung mit der Embryonenspende wäre wünschenswert, wobei das Überlebensinteresse des gezeugten Embryos mit dem Interesse, nicht instrumentalisiert zu werden, abgewogen werden muss. Zudem muss bewusst sein, dass dadurch das Problem der überzähligen Embryonen kaum gemindert werden kann.
2. Das Verbot der Leihmutterschaft muss unbedingt beibehalten werden.

7.4.11 Präimplantationsdiagnostik

Die PID ist weder Therapie noch reine Diagnostik, sondern immer Selektion des betroffenen Embryos. Aus derzeitiger Sicht steigert PID die Erfolgsrate bei IVF-Verfahren wegen ungeklärter Unfruchtbarkeit nicht, könnte aber die Entwicklung des untersuchten Embryos gefährden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine beschränkte Zulassung der PID nicht aufrechterhalten werden kann. Nicht die NICHT-Zulassung der PID ist das ethische wie rechtliche Problem, sondern die Zulässigkeit des Spätabbruchs aufgrund embryopathischer Indikation bis unmittelbar vor der Geburt. Die Situation von Rettungskindern ist noch weitgehend unerforscht. Zudem ist in keiner Weise nachvollziehbar, warum angesichts der gesteigerten Instrumentalisierung der überzähligen Embryonen die PID im Falle des Rettungskindes sogar geboten sein sollte. Die Empfehlung für eine beschränkte Zulassung der PID lässt zahlreiche Fragen hinsichtlich der Kontrolle und Absicherung der Beschränkung sowie der Garantie der Freiwilligkeit offen. Immer mehr geraten jene Frauen und Paare unter Druck, die selektive vorgeburtliche Untersuchungen nicht in Anspruch nehmen.

1. Beibehalten des Verbots der Präimplantationsdiagnostik mit ausdrücklicher Ausnahme der Polkörperanalyse, insofern sie zur Selektion unbefruchteter Eizellen führt.
2. Überdenken der Zulässigkeit des Spätabbruchs aufgrund embryopathischer Indikation bis unmittelbar vor der Geburt.

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck
ao. Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mazal
Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran MA
em RA Dr. Stephanie Merckens
Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

8 Referenzen

- ¹ Memmi, D. (2003). Governing through speech. The new state administration of bodies. *Social Research* 70(2):645-58.
- ² Abrufbar unter: <http://www.ccne-ethique.fr/> (4. Juli 2012).
- ³ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415> (4. Juli 2012).
- ⁴ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004). Entwurf, Fortpflanzungsmedizingesetz-Novelle 2004. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=1112> (4. Juli 2012).
- ⁵ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2010). Pressemitteilungen. 13.04.2010. Bioethikkommission fordert grundlegende Reform des Fortpflanzungsrechts. Abrufbar unter: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__39208/mode__ft/3460/default.aspx (4. Juli 2012).
- ⁶ Deutscher Ethikrat 2011. Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ⁷ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2012). Beschränkungen des Anwendungsbereiches des Fortpflanzungsmedizingesetzes auf verschiedengeschlechtliche Paare – Stellungnahme der Bioethikkommission an den VfGH vom 16. 4. 2012. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=47392> (4. Juli 2012).
- ⁸ Maier, B.; Reitsamer-Tontsch, S.; Jäger, T.; Schreiner, B. (2011). Geburten und Kinder nach assistierter Fortpflanzungshilfe. Eine retrospektive Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Mehrlingsschwangerschaften an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Salzburg (2000 bis 2009) mit einer Hochrechnung für Österreich. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 215(5):187-93.
- ⁹ ACOG Practice Bulletin Nr. 56 (2005). Mehrlingsschwangerschaften: Komplizierte Zwillings- Drillings- und höhergradige Mehrlingsschwangerschaft. *Frauenarzt* 46:1012-23.
- ¹⁰ Doyle, P.; Beral, V.; Maconochie, N. (1992). Preterm delivery, low birth weight and small-for-gestational-age in live-born singleton babies resulting from In-Vitro-Fertilisation. *Human Reproduction* 7(3):425-8.
- Friedler, S.; Mordel, N.; Lipitz, S.; Masiach, S.; Glezermann, M.; Laufer, N. (1994). Perinatal outcome of triplet pregnancies following assisted Reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 11(9):459-62.
- Healy, D.L.; Breheny, S.; MacLachlan, V. et al. (2004). Optimizing outcome in assisted reproduction reducing multiple pregnancy. *International Congress Series* 1266:119-25.
- Moeser, C.; Jäger, T.; Weisser, C.; Minnich, B.; Staudach, A.; Steiner, H. (2008). Aufnahmegründe und Aufenthaltsdauer von Zwillingen und Drillingen im Neonatologiezentrum in Abhängigkeit vom Konzeptionsmodus. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 68:1-7.
- Scholz, S.; Bartholomäus, I.; Grimmer, H.; Kentenich, H.; Obladen, M. (1999). Problems of multiple Birth after ART: Medical psychological, social and financial Aspects, *Human Reproduction* 14(12):2932-7.
- Urdl, W.; Felberbaum, R.; Küppker, W. (2007). Problem der Mehrlingsschwangerschaft nach assistierter Reproduktion. *Gynäkologische Endokrinologie* 4:212-8.
- ¹¹ Bernasko, J.; Lynch, L.; Lapinski, R.; Berkowitz, R.L. (1997). Twin pregnancies conceived by assisted reproductive techniques. *Obstetrics & Gynecology* 89(3):368-72.

Helmerhorst, F.M.; Perquin, D.A.M.; Donker, D.; Keirse, M.J.N.C. (2004). Perinatal outcome of singletons and twins after assisted conception: a systemic review of controlled studies. *British Medical Journal* 328(7434):261-4.

Hasenöhr, G.; Steiner, H.; Maier, B. (2007). Entbindung von Mehrlingen, insbesondere von Zwillingen. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau* 47(2):70-5.

¹² Lawlor, D.A.; Nelson, S.M. (2012). Effect of age on decisions about the numbers of embryos to transfer in assisted conception: a prospective study. *Lancet* 379(98 15):521-7.

¹³ OEGRM-Mitteilungen (2010). Empfehlungen zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen: Gemeinsame Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, der Österreichischen IVF-Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 7:8-9.

Spitzer, D.; Freude, G.; Urdl, W. (2011) Überarbeitete Empfehlung zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen. *Speculum* 29:8-10.

¹⁴ Peuker, A.; Hitzl, W.; Jäger, T.; Maier, B.; Staudach, A. (2007). Homologe intrauterine Insemination. Förderung oder Hindernis auf dem Weg zum erfüllten Kinderwunsch? *Gynäkologische Endokrinologie* 5: 97-101.

¹⁵ Gerris, J.; De Neubourg, D.; Mangelschots, K.; Van Royen, E.; Van de Meerssche, M.; Valkenburg, M. (1999). Prevention of twin pregnancy after in-vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection based on strict embryo criteria: a prospective randomized clinical trial. *Human Reproduction* 14(10):2581-7.

Templeton, A. (2004). The multiple epidemic: The Role of the Assisted Reproductive Technologies. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 190(4):894-8.

Thurin, A.; Hardarson, T.; Hausken, J.; Jablonowska, B.; Lundin, K.; Pinborg, A.; Bergh, C. (2005). Predictors of ongoing implantation in IVF in a good prognosis group of patients. *Human Reproduction* 20(7):1876-80.

¹⁶ Gerris, J.; De Neubourg, D.; Mangelschots, K.; Van Royen, E.; Van de Meerssche, M.; Valkenburg, M. (1999). Prevention of twin pregnancy after in-vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection based on strict embryo criteria: a prospective randomized clinical trial. *Human Reproduction* 14(10):2581-7.

Martikainen, H.; Tiitinen, A.; Tomás, C.; Tapanainen, J.; Orava, M.; Tuomivaara, L.; Vilska, S.; Hydén-Granskog, C.; Hovatta, O. and the Finnish ET Study Group (2001.) One versus two embryo transfer after IVF and ICSI: a randomized study. *Human Reproduction* 16(9):1900-3.

Pandian, Z.; Templeton, A.; Serour, G.; Bhattacharya, S. (2005). Number of embryos for transfer after IVF and ICSI: a Cochrane review. *Human Reproduction* 20(10):2681-7.

Stillman, R.J.; Richter, K.S.; Banks, N.K.; Graham, J.R. (2009). Elective single embryo transfer: A 6-year pro implantation of 784 single blastocyst transfers and the influence of payment method on patient choice. *Fertility and Sterility* 92(6):1895-906.

Thurin, A.; Hausken, J.; Hillensjö, T. et al. (2004). Elective single-embryo transfer versus double-embryo transfer in in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine* 351(23):2392-402.

Tiitinen, A.; Unkila-Kallio, L.; Halttunen, M.; Hyden-Granskog, C. (2003). Impact of elective single embryo transfer on the twin pregnancy rate. *Human Reproduction* 18(17):1449-53.

¹⁷ Lukassen, H.G.M.; Braat, D.D.; Wetzels, A.M.M.; Zielhuis, G.A.; Adang E.M.M.; Scheenjes, E.; Kremer, J.A.M. (2005). Two cycles with single embryo transfer versus one cycle with double embryo transfer: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 20(3):702-8.

Tempelton, A. (2000). Avoiding multiple Pregnancies in ART: Replace as many Embryos as you like – one at a time. *Human Reproduction* 15(8):1662.

¹⁸ Ahuja, K.K.; Simons, E.G.; Edwards, R.G. (1999). Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Human Reproduction* 14(4):279-84.

Black, J.J. (2010). Egg donation: issues and concerns. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing* 35(3):132-7.

Klein, J.U.; Sauer, M.V. (2010). Ethics in Egg Donation: Past, Present and Future. *Seminars in reproductive medicine* 28(4):322-8.

Thum, M.Y.; Gafar, A.; Wren M; Faris, R.; Ogunyemi, B.; Korea, L.; Scott, L.; Abdallah, H.I. (2003). Does egg-sharing compromise the chance of donors or recipients achieving a live birth? *Human Reproduction* 18(11):2363-7.

¹⁹ Reis, S.; Troncoso, C.; Bosch, E.; Serra, V.; Remohi, J.; Pellicer, A. (2005). Age and uterine receptiveness: predicting the outcome of Oocyte Donation Cycles. *Journal of clinical endocrinology and metabolism* 90(7):4399-404.

²⁰ Ahuja, K.K.; Simons, E.G.; Edwards, R.G. (1999). Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Human Reproduction* 14(4):279-84.

²¹ Faddy, M.; Gosden, R.; Ahuja, K.K.; Elder, K. (2011). Egg sharing for assisted conception: a window on oocyte quality. *Reproductive BioMedicine Online* 22(1):88-93.

²² Veeck, L.; Bodine, R.; Clarke, R.; Berrios, R.; Libraro, J.; Moschini, R.; Zaninovic, N.; Rosenwaks, Z. (2004). High pregnancy rates can be achieved after freezing and thawing human blastocysts. *Fertility and Sterility* 82(5):1418-27.

²³ Cobo, A.; Diaz, C. (2011). Clinical application of oocyte vitrification: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertility and Sterility* 96(2):277-85.

²⁴ Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012). S 11.

²⁵ Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.

²⁶ Gethmann, C.F.; Huster, S. (Hrsg) (2010). *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*. München.

Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).

Corveleyn, A.; Morris, M.A.; Dequeker, E.; Sermon, K.; Davies, J.L.; Antiñolo, G.; Schmutzler, A.; Vanecek, J.; Nagels, N.; Zika, E.; Palau, F.; Ibarreta, D. (2008). Provision and quality assurance of preimplantation genetic diagnosis in europe. *European Journal of Human Genetics* 16(3):290-9.

Soini, S. (2007). Preimplantation genetic diagnosis (PGD) in Europe: Diversity of legislation a challenge to the community and its citizens. *Medicine and Law* 26(2):309-23.

Thomas, C. (2006). Preimplantation genetic diagnosis: Development and regulation. *Medicine and Law* 25(2):365-78.

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2012). Präimplantationsdiagnostik. Rechtliche Aspekte. Abrufbar unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/pid/rechtliche-aspekte> (24. Juli 2012).

- ²⁷ Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.
- ²⁸ Hengstschläger, M.; Feichtinger, W. (2005). The first preimplantation diagnosis in Austria. *Wiener Klinische Wochenschriften* 117:725-7.
- ²⁹ Xu, K.; Montag, M. (2012). New perspectives on embryo biopsy: not how, but when and why? *Seminars in Reproductive Medicine* 30(4):259-66.
- ³⁰ Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- Harper, J.C.; Delhanty, J.D.A.; Handyside, A.H. (eds) (2001). *Preimplantation genetic diagnosis*. Chichester UK.
- Geraedts, J.; Montag, M.; Magli, M.C.; Repping, S.; Handyside, A.; Staessen, C.; Harper, J.; Schmutzler, A.; Collins, J.; Goossens, V.; van der Ven, H.; Vesela, K.; Gianaroli, L. (2011). Polar body array CGH for prediction of the status of the corresponding oocyte. Part I: clinical results. *Human Reproduction* 26(11):3173-80.
- ³¹ Barbash-Hasan, S.; Frumkin, T.; Malcov, M.; Yaron, Y.; Cohen, T.; Azem, F.; Amit, A.; Ben-Yosef, D. (2009). Preimplantation aneuploid embryos undergo self-correction in correlation with their developmental potential. *Fertility and Sterility* 92(3):890-6.
- Grau, N.; Eschrich, L.; Martín, J.; Rubio, C.; Pellicer, A.; Escribá, M. (2011). Self-correction in tripronucleated human embryos. *Fertility and Sterility* 96(4): 951-6.
- ³² Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.
- ³³ Verlinsky, Y.; Kuliev, A. (2005). *Atlas of preimplantation genetic diagnosis*. New York/London.
- Hengstschläger, M. (2008). Zellbiologische, genetische und epigenetische Grundlagen. In: Rager, G. (Hrsg) (2008). *Beginn, Personalität und Würde des Menschen*. Freiburg/München.
- ³⁴ Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.
- ³⁵ Handyside, A.H. (2011). PGD and aneuploidy screening for 24 chromosomes by genome-wide SNP analysis: seeing the wood and the trees. *Reprod Biomed Online*. 23(6):686-91.
- Hengstschläger, M. (2006). Präimplantationsdiagnostik – der aktuelle Stand. *Speculum-Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe* 24:9-14. Hengstschläger 2006.
- Bisignano, A.; Wells, D.; Harton, G.; Munné, S. (2011). PGD and aneuploidy screening for 24 chromosomes: advantages and disadvantages of competing platforms. *Reprod Biomed Online*. 23(6):677-85.
- Harton, G.; Braude, P.; Lashwood, A.; Schmutzler, A.; Traeger-Synodinos, J.; Wilton, L.; Harper, J.C.; European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) PGD Consortium. (2011). ESHRE PGD consortium best practice guidelines for organization of a PGD centre for PGD/preimplantation genetic screening. *Human Reproduction* 26(1):14-24.
- ³⁶ Harper, J.C.; Coonen, E.; De Rycke, M.; Harton, G.; Moutou, C.; Pehlivan, T.; Traeger-Synodinos, J.; Van Rij, M.C.; Goossens, V. (2010). ESHRE PGD Consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008. *Human Reproduction* 25(11):2685-707.

Keymolen, K.; Staessen, C.; Verpoest, W.; Liebaers, I.; Bonduelle, M. (2012). Preimplantation genetic diagnosis in female and male carriers of reciprocal translocations: clinical outcome until delivery of 312 cycles. *European Journal of Human Genetics* 20(4):3760-80.

Hengstschläger, M.; Feichtinger, W. (2006). Präimplantationsdiagnostik in Österreich: Polkörperdiagnostik versus Blastomerbiopsie. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 4:256.

³⁷ Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.

Harper, J.C.; Coonen, E.; De Rycke, M.; Harton, G.; Moutou, C. ; Pehlivan, T. ; Traeger-Synodinos, J. ; Van Rij, M.C.; Goossens, V. (2010). ESHRE PGD Consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008. *Human Reproduction* 25(11):2685-707.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Ethics (2007). ACOG Committee Opinion # 360. Sex Selection. *ObstetGynecol* 109: 475–8.

Hall, S.; Reid, E.; Marteau, T.M. (2006). Attitudes towards sex selection for non-medical reasons: a review. *Prenatal Diagnosis* 26(7):619–26.

Hank, C.; Kohler, H.P. (2000). Gender preferences for children in Europe: empirical results from 17 countries. *Demogr Res* 2:1.

³⁸ Geraedts, J.P.; DeWert, G.M. (2009). Preimplantation genetic diagnosis. *Clinical Genetics* 76(4):315-25.

Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.

Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.

Harper, J.C.; Coonen, E.; De Rycke, M.; Harton, G.; Moutou, C. ; Pehlivan, T. ; Traeger-Synodinos, J. ; Van Rij, M.C.; Goossens, V. (2010). ESHRE PGD Consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008. *Human Reproduction* 25(11):2685-707.

³⁹ de Die-Smulders C.E.; Land, J.A.; Dreesen, J.C.; Coonen, E.; Evers, J.L.; Geraedts, J.P. (2004). Results from 10 years of preimplantation-genetic diagnostics in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.* 148(50):2491-6.

⁴⁰ Hellebrekers, D.M.; Wolfe, R.; Hendrickx, A.T.; de Coo, I.F.; de Die, C.E.; Geraedts, J.P.; Chinnery, P.F.; Smeets, H.J.(2012). PGD and heteroplasmic mitochondrial DNA point mutations: a systematic review estimating the chance of healthy offspring. *Human Reproduction Update.* 18(4):341-9.

⁴¹ Madanamoothoo, A. (2011). Saviour-sibling and the psychological, ethical and judicial issues that it creates: should English and French legislators close the Pandora's Box? *European Journal of Health Law.* 18(3):293-303.

Goussetis, E.; Constantoulakis, P.; Kitra V. ; Peristeri, I. ; Mastrominas, M. ; Baka, M.; Papadimitropoulos, M. ; Karamolegos, C.; Paisiou, A.; Vasilatou-Kosmidis, H.; Graphakos, S. (2011). Successful bone marrow transplantation in a pediatric patient with chronic myeloid leukemia from a HLA-identical sibling selected by preimplantation HLA testing. *Pediatr Blood Cancer.* 57(2):345-7.

Sparrow, R.; Cram, D. (2010). Saviour embryos? preimplantation genetic diagnosis as a therapeutic technology. *Reproductive BioMedicine Online* 20(5):667-74.

Strong, K. A.; Jordens, C. F.; Kerridge, I. H.; Little, J. M.; Ankeny, R. A. (2011). It's time to reframe the savior sibling debate. *AJOB Primary Research* 2(3):13-25.

⁴² Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.

Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.

Harper, J.C.; Coonen, E.; De Rycke, M.; Harton, G.; Moutou, C. ; Pehlivan, T. ; Traeger-Synodinos, J. ; Van Rij, M.C.; Goossens, V. (2010). ESHRE PGD Consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008. *Human Reproduction* 25(11):2685-707.

⁴³ de Die-Smulders C.E.; Land, J.A.; Dreesen, J.C.; Coonen, E.; Evers, J.L.; Geraedts, J.P. (2004). Results from 10 years of preimplantation-genetic diagnostics in The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk.* 148(50):2491-6.

⁴⁴ Scott, R.T. Jr; Ferry, K.; Su, J.; Tao, X.; Scott, K.; Treff, N.R. (2012). Comprehensive chromosome screening is highly predictive of the reproductive potential of human embryos: a prospective, blinded, nonselection study. *Fertility and Sterility* 97(4):870-5.

⁴⁵ Simpson, J.L. (2010). Preimplantation genetic diagnosis at 20 years. *Prenatal Diagnosis* 30(7):682-95.

Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.

Harper, J.C.; Coonen, E.; De Rycke, M.; Harton, G.; Moutou, C. ; Pehlivan, T. ; Traeger-Synodinos, J. ; Van Rij, M.C.; Goossens, V. (2010). ESHRE PGD Consortium data collection X: cycles from January to December 2007 with pregnancy follow-up to October 2008. *Human Reproduction* 25(11):2685-707.

⁴⁶ Davies, M.J.; Moore, V.M.; Willson, K.J.; Van Essen, P.; Priest, K.; Scott, H.; Haan, E.A.; Chan, A. (2012). Reproductive technologies and the risk of birth defects. *New England Journal of Medicine* 366(19):1803-13.

⁴⁷ Baart, E.B.; Martini, E.; Eijkemans, M.J.; Van Opstal, D.; Beckers, N.G.; Verhoeff, A.; Macklon, N.S.; Fauser, B.C. (2007). Milder ovarian stimulation for in-vitro fertilization reduces aneuploidy in the human preimplantation embryo: a randomized controlled trial. *Human Reproduction* 22(4):980-8.

⁴⁸ Zum Meinungsstand zuletzt: Mayrhofer, M. (2011). Recht der Fortpflanzungsmedizin. Reformen verfassungsrechtlich geboten? In: Lienbacher, G.; Wielinger, G. (Hrsg). *Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011.* Wien/Graz. S 355 ff.

⁴⁹ VfSlg 15.632/1999. EGMR (GK) 4. 12. 2007, Dickson gg Vereinigtes Königreich, Nr 44362/04, RJD 2007-XIII. Z 66. EGMR (GK) 10. 4. 2007, Evans gg Vereinigtes Königreich, Nr 6339/05, Z 71 f. EGMR (GK) 3. 11. 2011, S.H. gg Österreich, Nr 57.813/00, Z 88.

⁵⁰ Statt vieler: Mayrhofer, M. (2003). *Reproduktionsmedizinrecht.* Wien/Graz. S 144 ff.

Mayrhofer, M. (2011). Recht der Fortpflanzungsmedizin. Reformen verfassungsrechtlich geboten? In: Lienbacher, G.; Wielinger, G. (Hrsg 2011). *Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011.* Wien/Graz. S 358 ff.

Kopetzki, C. (2003). Rechtliche Aspekte des Embryonenschutzes. In: Körtner, U.; Kopetzki, C. (Hrsg). *Embryonenschutz – Hemmschuh für die Biomedizin?* Wien. S 56.

Grabenwarter, C.; Pabel, K (2012). *Europäische Menschenrechtskonvention.* 5. Aufl. München/Basel/Wien. § 22 Rn. 8.

Wiederin, E.(2002). Art 8 EMRK. In: Korinek, K.; Holoubek, M. (Hrsg) (2002). *Österreichisches Bundesverfassungsrecht.* 5. Lfg. Rn. 42.

Bernat, E. (2010). Rechtsprechung. §3 FMedG verletzt Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK. Anmerkung. Recht der Medizin 3:88-90.

Bernat, E. (2012). Rechtsprechung. Fortpflanzungsmedizin und Grundrechte. §3 FMedG; Art 8,14 EMRK. Anmerkung. Zeitschrift für Ehe und Familienrecht 1:24-8. S 26ff.

⁵¹ Nachweise bei: Kopetzki, C. (2002). Art 2 EMRK. In: Korinek, K.; Holoubek, M. (Hrsg) (2002). Österreichisches Bundesverfassungsrecht. 5. Lfg. Rn 15 ff.

Kneihs, B. (2007). Art 2 EMRK. In: Kneihs, B.; Lienbacher, G. (Hrsg) (2007). Kommentar Bundesverfassungsrecht. 5. Lfg. Rn 8.

⁵² EuGH 18. 10. 2011, C-34/10, Brüstle/Greenpace.

⁵³ Vgl statt vieler: Bernat, E. (2000). Fortpflanzungsfreiheit, Privatleben und die EMRK. Anmerkungen zu VfGH 14. 10. 1999. Juridikum 2:114-8.

Bernat, E. (2000). Gesetzliche Einschränkungen der Fortpflanzungsmedizin. Anspruch auf Achtung des Privatlebens. Gleichheitssatz. Anmerkung. Medizinrecht 8:389-96. S394.

Bernat, E. (2002). A Human Right to Reproduce Non-Coitally? A Comment on the Austrian Constitutional Court's Judgement of 14 October 1999. University of Tasmania Law Review 21(1):20-38.

Bernat, E. (2010). Rechtsprechung. §3 FMedG verletzt Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK. Anmerkung. Recht der Medizin 3:88-90.

Bernat, E. (2012). Rechtsprechung. Fortpflanzungsmedizin und Grundrechte. §3 FMedG; Art 8,14 EMRK. Anmerkung. Zeitschrift für Ehe und Familienrecht 1:24-8. 26ff.

Bernat, E. (2012). S.H. et al gegen Österreich: Ein Schritt vorwärts, ein Schritt zurück. In: Rosenau, H. (Hrsg) (2012). Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinrecht für Deutschland. Baden-Baden.

Coester-Waltjen, D. (2000). Fortpflanzungsmedizin. EMRK und österreichische Verfassung. Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 10:598-9.

Dujmovits, E. (2002). Gesetzgebung im Wandel? In: Kopetzki, C.; Mayer, H. (Hrsg). Biotechnologie und Recht. Wien. S 105 ff.

Lurger, B. (2000). Das Fortpflanzungsmedizingesetz vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof. Deutsches und Europäisches Familienrecht 2:134-43. S 138 ff.

Mayrhofer, M. (2003). Reproduktionsmedizinrecht. Wien/Graz. S 167 f.

Mayrhofer, M. (2011). Recht der Fortpflanzungsmedizin. Reformen verfassungsrechtlich geboten? In: Lienbacher, G.; Wielinger, G. (Hrsg). Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011. Wien/Graz. S 358 ff.

Novak, R. (2000). Fortpflanzungsmedizingesetz und Grundrechte. In: Bernat, E. (Hrsg) (2000). Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik. Wien. S 72.

⁵⁴ RV 216 BlgNR 18. GP 11. 17 f. Diese Motive wurden im Verfahren vor dem EGMR noch weiter konkretisiert.

⁵⁵ 216 BlgNR 18. GP 13. 490 BlgNR 18. GP 2.

⁵⁶ 216 BlgNR 18. GP 17.

⁵⁷ 490 BlgNR 18. GP 2.

⁵⁸ Coester-Waltjen, D. (2010). Beschwerde Nr. 57813/00: S.H. u.a. / Österreich. Art. 8, 14 EMRK, § 3 österr. FMedG: Verbot der Eispende verstößt gegen EMRK. Anmerkung. Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 12:957.

⁵⁹ Vgl. § 137b ABGB: „Mutter ist die Frau, die das Kind geboren hat.“

⁶⁰ Dazu auch: Bernat, E. (2010). Rechtsprechung. §3 FMedG verletzt Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK. Anmerkung. Recht der Medizin 3:88-90. S 89.

⁶¹ Zu diesem Argument der österreichischen Regierung im Verfahren vor dem EGMR vgl. EGMR 3. 11. 2011, S.H. gegen Österreich (Z 67).

⁶² § 20 Abs 2 FMedG: Auskunftsrecht des Kindes ab dem 14. Lebensjahr.

⁶³ Dafür würde es genügen, eine dem § 20 FMedG entsprechende Regelung (Aufzeichnungs- und Informationspflichten über den Samenspender) auch in Bezug auf die Eizellspenderin zu erlassen. Vgl. Lurger, B. (2000). Das Fortpflanzungsmedizingesetz vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof. Deutsches und Europäisches Familienrecht 2:134-43. S 140.

⁶⁴ Vgl. z.B. 216 BlgNR 18. GP 11.

⁶⁵ Umfassende Nachweise bei: Bernat, E. (2000). Gesetzliche Einschränkungen der Fortpflanzungsmedizin. Anspruch auf Achtung des Privatlebens. Gleichheitssatz. Anmerkung. Medizinrecht 8:389-96. S 396.

Bernat, E. (2012). S.H. et al gegen Österreich: Ein Schritt vorwärts, ein Schritt zurück. In: Rosenau, H. (Hrsg) (2012). Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinrecht für Deutschland. Baden-Baden. S 19 ff.

⁶⁶ Lurger, B. (2000). Das Fortpflanzungsmedizingesetz vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof. Deutsches und Europäisches Familienrecht 2:134-43. S 139.

⁶⁷ Vgl. Lurger, B. (2000). Das Fortpflanzungsmedizingesetz vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof. Deutsches und Europäisches Familienrecht 2:134-43. S 136.

⁶⁸ VfSlg 15.632/1999. Für eine umfassende Diskussion in Folge dieser Entscheidung vgl. die Beiträge in: Bernat, E. (Hrsg) (2000). Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik. Wien.

⁶⁹ Kritisch zur Begründung – auch mit Hinweisen auf die Rezeption des Urteils in den Medien – insb. Bernat, E. (2012). S.H. et al gegen Österreich: Ein Schritt vorwärts, ein Schritt zurück. In: Rosenau, H. (Hrsg) (2012). Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinrecht für Deutschland. Baden-Baden. S 10 ff.

Bernat, E. (2012). Rechtsprechung. Fortpflanzungsmedizin und Grundrechte. §3 FMedG; Art 8,14 EMRK. Anmerkung. Zeitschrift für Ehe und Familienrecht 1:24-8.

Cornides, J. (2011). Eizellspende: Der EGMR zieht die Notbremse. Zeitschrift für Lebensrecht 4:116-21.

Vasek, M. (2012). Rechtsprechung Grundrechte. Art 8, 14 EMRK, § 3 FMedG. Anmerkung. Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht 1:5.

Pöschl, M. (2012). Rechtsprechung. § 3 Abs 1 FMedG verletzte Art 8 EMRK im Jahr 1999 nicht. Anmerkung. Recht der Medizin 2:72-5.

⁷⁰ Dazu: Kopetzki, C. (2011). Nochmals: Fortpflanzungsmedizinrecht verfassungswidrig! Recht der Medizin 6:209.

⁷¹ EGMR 3. 11. 2011 (GK), S.H. gegen Österreich (Z 96): „The Court would conclude that there is now a clear trend in the legislation of the Contracting States towards allowing gamete donation for the purpose of *in vitro* fertilisation, which reflects an emerging European consensus.“

⁷² EGMR 3. 11. 2011 (GK), S.H. gegen Österreich (Z 117 f): „Nevertheless the Court observes that the Austrian parliament has not, until now, undertaken a thorough assessment of the rules governing artificial procreation, taking into account the dynamic developments in science and society noted above. [...] The Government have given no indication that the Austrian authorities have actually followed up this aspect of the ruling of the Constitutional Court. In this connection the Court reiterates that the Convention has always been interpreted and applied in the light of current circumstances (...). Even if it finds no breach of Article 8 in the present case, the Court considers that this area, in which the law appears to be continuously evolving and which is subject to a particularly dynamic development in science and law, needs to be kept under review by the Contracting States.“

⁷³ Dazu zuletzt (mit unterschiedlichen Akzenten): Bernat, E. (2010). Rechtsprechung. §3 FMedG verletzt Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK. Anmerkung. Recht der Medizin 3:88-90.

Bernat, E. (2012). Rechtsprechung. Fortpflanzungsmedizin und Grundrechte. §3 FMedG; Art 8,14 EMRK. Anmerkung. Zeitschrift für Ehe und Familienrecht 1:24-8. S 26.

Bernat, E. (2012). S.H. et al gegen Österreich: Ein Schritt vorwärts, ein Schritt zurück. In: Rosenau, H. (Hrsg) (2012). Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinrecht für Deutschland. Baden-Baden.

Vasek, M. (2012). Rechtsprechung Grundrechte. Art 8, 14 EMRK, § 3 FMedG. Anmerkung. Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht 1:5.

Mayrhofer, M. (2011). Recht der Fortpflanzungsmedizin. Reformen verfassungsrechtlich geboten? In: Lienbacher, G.; Wielinger, G. (Hrsg). Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011. Wien/Graz. S 367ff.

Kopetzki, C. (2011). Nochmals: Fortpflanzungsmedizinrecht verfassungswidrig! Recht der Medizin 6:209.

⁷⁴ 216 BlgNR 18. GP 10 („Ausbeutung der Gebärfähigkeit“, „Herabwürdigung zum Gegenstand einer Herausgabeverpflichtung“).

⁷⁵ VfGH 14. 12. 2011, B 13/11 (Rz 24): „Die Regelungen des FMedG [...] sind weder Bestandteil der österreichischen Grundrechtsordnung, noch sind sie – auch soweit sie Leihmutterschaften nicht zulassen – verfassungsrechtlich geboten.“

⁷⁶ OGH 22. 3. 2011, 3Ob147/10d.

⁷⁷ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2012). Beschränkung des Anwendungsbereiches des Fortpflanzungsmedizingesetzes auf verschiedengeschlechtliche Paare – Stellungnahme der Bioethikkommission an den VfGH vom 16. 4. 2012. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=47392> (4. Juli 2012).

⁷⁸ RV 216 BlgNR 18. GP 11.

⁷⁹ RV 216 BlgNR 18. GP 11.

⁸⁰ Rupp, M. (2009). Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Köln.

⁸¹ Rupp, M. (2009). Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Köln. S 308.

⁸² Golombok, S.; Badger, S. (2010). Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers, at early adulthood. *Human Reproduction* 25(1):150-157. S 150: “The female-headed families were found to be similar to the traditional families on a range of measures of quality of

parenting and young adults' psychological adjustment. Where differences were identified between family types, these pointed to more positive family relationships and greater psychological wellbeing among young adults raised in female-headed homes". S 156: ...“the quality of family relationships matters more than the way in which a family is formed.”

- ⁸³ Gartrell, N.; Bos, H. (2010). US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents. *PEDIATRICS* 126(1):28-36. S 28: “According to their mothers' reports, the 17-year-old daughters and sons of lesbian mothers were rated significantly higher in social, school/academic, and total competence and significantly lower in social problems, rule-breaking, aggressive, and externalizing problem behavior than their age-matched counterparts in Achenbach's normative sample of American youth. Within the lesbian family sample, no Child Behavior Checklist differences were found among adolescent offspring who were conceived by known, as-yet-unknown, and permanently unknown donors or between offspring whose mothers were still together and offspring whose mothers had separated.”
- ⁸⁴ Anderssen, N.; Amlie, C.; Ytterøy, E. (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents: A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology* 43(4):335-51, S 335.
- ⁸⁵ American Psychological Association (2004). *Sexual Orientation, Parents & Children*, Adopted by the APA Council of Representatives. July 28 & 30. Abrufbar unter: <http://www.apa.org/about/policy/parenting.aspx> (4. Juli 2012).
- ⁸⁶ Zahlreiche weitere Nachweise finden sich z.B. bei: Rupp, M. (2009). *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Köln. S 23 ff.
- ⁸⁷ Nachweise bei: Rupp, M. (2009). *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Köln. S 26 f, 203 ff, 257 ff, 306 f.
- ⁸⁸ EGMR 24. 6. 2010, Schalk und Kopf gegen Österreich.
- ⁸⁹ Andersson, G.; Noack, T.; Seierstad, A.; Weedon-Fekjær, H. (2004). The Demographics of Same-Sex „Marriages“ in Norway and Sweden. In Digoix; Festy (Hrsg) (2004). *Same sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A Focus on cross-national differentials*. Paris. S 247.
- ⁹⁰ Andersson, G.; Noack, T.; Seierstad, A.; Weedon-Fekjær, H. (2004). The Demographics of Same-Sex „Marriages“ in Norway and Sweden. In Digoix; Festy (Hrsg) (2004). *Same sex couples, same-sex partnerships, and homosexual marriages: A Focus on cross-national differentials*. Paris. S 262. In diesem Sinn z.B. auch: Rauchfleisch, U. (2011). *Schwule. Lesben. Bisexuelle. Lebensweisen, Vorurteile, Einsichten*. 4. Auflage, Göttingen. S 34 f.
- ⁹¹ Jones, M. (1997). Lessons from a Gay Marriage Despite stereotypes of gay relationships as short-lived, gay unions highlight the keys to success, *Psychology today* 30(3):22.
- ⁹² Verschraegen, B. (1996). *Die Kinderrechtskonvention*. Wien. S 54.
- ⁹³ Dorsch, G. (1994). *Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes*. Berlin. S 152.
- ⁹⁴ Siehe auch schon oben 4.1 sowie 4.2.4.2 b.
- ⁹⁵ Die Ratifikationsurkunde wurde im August 1992 hinterlegt (BGBl 1993/7), also nur zwei Monate nach der Kundmachung des FMedG im BGBl 1992/275.
- ⁹⁶ Siehe schon oben 4.2.4.4. b.
- ⁹⁷ MwN Mayrhofer, M. (2003). *Reproduktionsmedizinrecht*. Wien/Graz. S 55.
- ⁹⁸ Mayrhofer, M. (2003). *Reproduktionsmedizinrecht*. Wien/Graz. S 55.

⁹⁹ MwN Riedl, K. (2008). Embryonenimplantation nach Scheidung? Zeitschrift für Ehe- und Familienrecht 3:84-8.

¹⁰⁰ RV 216 BlgNR 18. GP 11, 22.

¹⁰¹ RV 216 BlgNR 18. GP 11, 15.

¹⁰² RV 216 BlgNR 18. GP 11.

¹⁰³ Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (2012). Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes. *Imago Hominis* 19(2): 82-83. S 82: „Wenn die Erfüllung des Kinderwunsches um jeden Preis mit der Selbstverwirklichung der Person gerechtfertigt wird, [...] öffnet dies Tür und Tor für einen unkontrollierten Missbrauch, insbesondere bei alleinstehenden Personen. Wer kann denn kontrollieren, zu welchem Zweck das Kind letztlich erzeugt wurde (ein Wunschkind, das Erleben der Schwangerschaft, für einen Pädophilen usw.)?“

¹⁰⁴ Vgl. zum Meinungsstand: Mayrhofer, M. (2011). Recht der Fortpflanzungsmedizin. Reformen verfassungsrechtlich geboten? In: Lienbacher, G.; Wielinger, G. (Hrsg). *Öffentliches Recht. Jahrbuch 2011*. Wien/Graz. S371 ff.

Bernat, E. (2006). Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik: Gibt es ein Recht auf informierte Fortpflanzung? In: Kern, R.; Wadle, E.; Schroeder, K.-P.; Katzenmeier, C. (Hrsg) (2006). *Humaniora. Medizin – Recht – Geschichte. Festschrift für Adolf Laufs*. Heidelberg. S 687 ff.

¹⁰⁵ Dazu z.B.: Huber, J. (2011). Präimplantationsdiagnostik: Hat man bioethisch relevante reproduktionsmedizinische Innovationen übersehen? *Soziale Sicherheit* 11:528-33.

¹⁰⁶ BGH 6. 7. 2010, 5 StR 386/09.

¹⁰⁷ Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG) vom 21. 11. 2011, dBGBI 2011 I Nr 58, S 2228.

¹⁰⁸ EGMR 26. 5. 2011, R.R. gegen Polen. Appl Nr 27.617/04 (deutsche Übersetzung in NLMR 3/2011-EGMR, 149). Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig.

¹⁰⁹ EGMR, R.R gegen Polen (Z 200).

¹¹⁰ Gegen die Annahme eines verfassungsrechtlichen Verbots der Zulassung der PID zur Hervorbringung eines geeigneten Gewebsspenders auch: Bernat, E. (2006). Pränatale Diagnostik und Präimplantationsdiagnostik: Gibt es ein Recht auf informierte Fortpflanzung? In: Kern, R.; Wadle, E.; Schroeder, K.-P.; Katzenmeier, C. (Hrsg) (2006). *Humaniora. Medizin – Recht – Geschichte. Festschrift für Adolf Laufs*. Heidelberg. S 694 ff.

¹¹¹ RV 216 BlgNR 18. GP 20.

¹¹² Näher: Kopetzki, C. (2002). Grundrechtliche Aspekte der Biotechnologie am Beispiel des therapeutischen Klonens. In: Kopetzki, C.; Mayer, H. (Hrsg) (2002). *Biotechnologie und Recht*. Wien. S 53 ff.

Kopetzki, C. (2008). Stammzellforschung in Österreich. In: Körtner, U.; Kopetzki, C. (Hrsg) (2008). *Stammzellforschung – Ethische und rechtliche Aspekte*. Wien/ New York. S 292 ff.

ebenso (zu einem Verbot bestimmter Zweige der embryonalen Stammzellforschung): Walter, R.; Mayer, H.; Kucko-Stadlmayer, G. (2007). *Bundesverfassungsrecht*. 10. Aufl. Wien. Rz 1507.

Für Einzelheiten der Begründung darf auf die eingehende Stellungnahme der Bioethikkommission verwiesen werden: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2009). *Forschung an humanen embryonalen Stammzellen*. Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=34240> (4. Juli 2012).

- ¹¹³ Mackenzie, C.; Stoljar, N. (2000). Introduction: Autonomy Reconfigured. In: Mackenzie, C.; Stoljar, N. (eds) (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*. New York.
- ¹¹⁴ Baylis, F.; Kenny, N.P.; Sherwin, S. (2008). A Relational Account of Public Health Care Ethics. *Public Health Ethics* 1(3):196-209.
- Prainsack, B.; Buyx, A. (2011). *Solidarity: Reflections on an emerging concept in Bioethics*. Nuffield Council on Bioethics. Abrufbar unter: http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/NCOB_Solidarity_report_FINAL.pdf (4. Juli 2012).
- ¹¹⁵ Ehrich et al. verwenden das Konzept der relationalen Autonomie für eine Analyse von Beratungsgesprächen zur PID: Ehrich, K.; Williams, C.; Farsides, B.; Sandall, J.; Scott, R. (2007). Choosing embryos: ethical complexity and relational autonomy in staff accounts of PGD. *Social Health Illness* 29(7):1091-106.
- Maier, B. (2006). *Autonomy: An ethical analysis on the background of decision-making in prenatal diagnosis*. In: Wieser, B.; Karner, S.; Berger, W. (eds) (2006). *Prenatal Testing. Individual Decision or Distributed Action?* München/Wien.
- ¹¹⁶ Giesinger, J. (2011). *Kindeswohl und die Würde des Kindes aus Sicht der Philosophie*. Abrufbar unter: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:9RQERbbgwfQJ:scholar.google.com/+Johannes+Giesinger+%282011%29.+Kindeswohl&hl=de&as_sdt=0,5 (4. Juli 2012).
- ¹¹⁷ Wagenaar, K.; Huisman, J.; Cohen-Kettenis, P. T.; Adelemaere-Van De Waal, H. (2008). An overview of studies on early development, cognition, and psychosocial well-being in children born after in vitro fertilization. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 29(3):219-30.
- Barnes, J.; Sutcliffe, A.G.; Kristoffersen, I.; Loft, A.; Wennerholm, U.; Tarlatzis, B.C.; Bonduelle, M. (2004). The influence of assisted reproduction on family functioning and children's socio-emotional development: Results from a european study. *Human Reproduction* 19(6):1480-7.
- ¹¹⁸ Tasker, F. (2005). *Lesbian Mothers, Gay Fathers, and Their Children: A Review*. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 26(3):224-40.
- Green, R. (1978). Sexual identity of 37 children raised by homosexual or transsexual parents. *American Journal of Psychiatry* 135(6):692-7.
- Anderssen, N.; Amlie, C.; Ytterøy, E. (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents: A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology* 43(4):335-51.
- Heineman, T.V. (2004). *A Boy and Two Mothers: New Variations on an Old Theme or a New Story of Triangulation? Beginning Thoughts on the Psychosexual Development of Children in Non traditional Families*. *Psychoanalytic Psychology* 21(1):99-115.
- Fitzgerald, B. (1999). *Children of Lesbian and Gay Parents: A Review of the Literature*. *Marriage and Family Review* 29:57-75.
- Patterson, Ch.J. (2000). *Children of Lesbian and Gay Parents*. *Current Directions in Psychological Science* 15(5):241-4.
- ¹¹⁹ Inciardi, J. A.; Harrison, L.D. (2000). *Harm reduction: national and international perspectives*. Thousand Oaks, California.
- ¹²⁰ Birnbacher, D. (2006). *Natürlichkeit*. Berlin/New York.

- ¹²¹ Solveig L.; Heyder, C.; Stroop, B. (2012). Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. *Ethik in der Medizin* 24(1):77-80.
- ¹²² Stroop, B. (2011). Vorgeburtliche Wohlergehenstests? Diagnostische Verfahren vor der Geburt und die Antizipation des zukünftigen Wohls. Reprints of the Centre for Advanced Study in Bioethics. Münster.
- ¹²³ Siehe auch: Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ¹²⁴ Sheldon, S.; Wilkinson, S. (2004). Should selecting saviour siblings be banned? *Journal of Medical Ethics* 30(6):533-7.
- ¹²⁵ Devolter, K. (2005). Preimplantation HLA typing: having children to save our loved ones. *Journal of Medical Ethics* 31(10):582-6.
- ¹²⁶ Powers, M.; Faden, R. (2006). *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. New York.
- Houtepen, R.; Ter Meulen, R. (2000). The Expectation(s) of Solidarity: Matters of Justice, Responsibility and Identity in the Reconstruction of the Health Care System. *Health Care Analysis* 8(4):355-76.
- ¹²⁷ Vergleiche die Gerechtigkeitstheorien von: Rawls, J. (1975). *Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt.
- Höffe, O. (2010). *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*. 4. durchgesehene Aufl. München.
- Walzer, M. (1994). *Sphären der Gerechtigkeit*. Frankfurt/New York.
- ¹²⁸ Heineman, T.V. (2004). A Boy and Two Mothers: New Variations on an Old Theme or a New Story of Triangulation? Beginning Thoughts on the Psychosexual Development of Children in Non traditional Families. *Psychoanalytic Psychology* 21(1):99-115.
- ¹²⁹ Zum Beispiel: Fiegl, J. (2008). *Unerfüllter Kinderwunsch: Das Wechselspiel von Körper und Seele*. München.
- ¹³⁰ Paulson, R.J.; Boostanfar, R. Saadat, P. et al. (2002). Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in women of advanced reproductive age. *The Journal of the American Medical Association* 288(18):2320-3.
- ¹³¹ Graumann, S. (2003). Fortpflanzungsmedizin aus ethischer Sicht – alte und neue Fragen. In: Düwell, M.; Steigleder, K. (Hrsg) (2003). *Bioethik*. Frankfurt.
- ¹³² Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2010). Pressemitteilung vom 12.10.2010. Abrufbar unter: http://www.bundeskanzleramt.at/site/cob__40983/mode__ft/3460/default.aspx (7. September 2012).
- ¹³³ Beauchamp, T.; Childress J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York.
- ¹³⁴ RV 216 BlgNR 18. GP 11. Ähnlich wie im Adoptions- und Pflegschaftsrecht übernimmt der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung Verantwortung über das soziale Umfeld, in welches Kinder vermittelt, resp. geboren werden.
- ¹³⁵ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 12.
- ¹³⁶ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 152f.

- ¹³⁷ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 235.
- ¹³⁸ Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 246f.
- ¹³⁹ van Leeuwen, F.E.; Klip, H.; Mooij, T.M.; van de Swaluw, A.M.; Lambalk, C.B.; Kortman, M.; Laven, J.S.; Jansen, C.A.; Helmerhorst, F.M.; Cohlen, B.J.; Willemsen, W.N.; Smeenk, J.M.; Simons, A.H.; van der Veen, F.; Evers, J.L.; van Dop, P.A.; Macklon, N.S.; Burger, C.W. (2011). Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. *Human Reproduction* 26(12):3456-65. S 3456: "Ovarian stimulation for IVF may increase the risk of ovarian malignancies, especially borderline ovarian tumors. More large cohort studies needed to confirm these findings and to examine the effect of IVF treatment characteristics."
- ¹⁴⁰ Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 246.
- ¹⁴¹ Hypertonie oder Präeklampsie, ein Krankheitsbild, das mit Ödemen, Bluthochdruck, Eiweiß im Harn, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und erhöhten Leberwerten einhergehen kann. Außerdem kann es zu Wachstumsverzögerungen des Fötus kommen.
- ¹⁴² Pecks, U; Maass, N; Neulen, J. (2011). Ovocyte donation: a risk factor for pregnancy-induced hypertension – a meta-analysis and case series. *Dtsch Ärztebl Int.* 108(3):23-31. S 23: „Gegenüber natürlichen Schwangerschaften haben Schwangere nach Eizellspende u.a. ein 6,6 mal so großes Risiko für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen.“
- ¹⁴³ Braat, D.D.; Schutte, J.M.; Bernardus, R.E.; Mooij, T.M.; van Leeuwen, F.E. (2010). Maternal death related to IVF in the Netherlands 1984-2008. *Human Reproduction* 25(7):1782-6. S 1782: "the high maternal mortality in IVF pregnancies is probably related to the high number of multiple pregnancies and to the fact that (donor egg) IVF is successfully used in woman who are older."
- ¹⁴⁴ Graumann, S. (2008). Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 179.
- ¹⁴⁵ Diese Zahl kann jedoch je nach Behandlung auch viel höher sein.
- ¹⁴⁶ Aus England werden über fünf Todesfälle berichtet, die im Rahmen einer Eizellspende aufgetreten sind : s Pkt 3.1.3 und 3.2.2
- Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen.
- Spar, D. (2007). The egg trade – making sense of the market for human oocytes. *New England Journal of Medicine* 256(13):1289f-91.
- ¹⁴⁷ Graumann, S. (2008). Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und

rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 178f.

- ¹⁴⁸ Graumann, S. (2008). Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 178.

Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 246.

Van Leeuwen, F.E. et al 2011. Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. *Human Reproduction* 26(12):3456-65.

- ¹⁴⁹ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 238.

- ¹⁵⁰ Egger, J. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin* 16(2):3-12.

- ¹⁵¹ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 122.

- ¹⁵² Davies, M.J.; Moore, V.M.; Willson, K.J.; Van Essen, P.; Priest, K.; Scott, H.; Haan, E.A.; Chan, A. (2012). *New England Journal of Medicine* 366(19):1803-13.

- ¹⁵³ Bei Anwendung der ICSI Methode wegen erblicher männlicher Infertilität wird diese auf Buben übertragen. Vgl auch Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. S 238.

- ¹⁵⁴ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 135.

- ¹⁵⁵ Morgan, H., Santos, F., Green, K., Dean, W., Reik, W. (2005). Epigenetic reprogramming in mammals. *Hum Mol Genet* 14:R47–R58.

- ¹⁵⁶ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 121f u S 144.

Iliadou, A.N.; Janson, P.C.; Cnattingius, S. (2011). Epigenetics and assisted reproductive technology. *Journal of Internal Medicine* 270(5):414-20.

- ¹⁵⁷ DeBaun, M.; Niemitz, E.; Feinberg, A. (2003). Association of in vitro fertilization with Beckwith-Wiedemann syndrome and epigenetic alterations of LIT1 and H19. *American Journal of Human Genetics* 72(1):156–160.

Gicquel, C. ; Gaston, V. ; Mandelbaum, J. ; Siffroi, J. ; Flahault, A. ; Le Bouc, Y. (2003). In vitro fertilization may increase the risk of Beckwith-Wiedemann syndrome related to the abnormal imprinting of the KCN1OT gene. *American Journal of Human Genetics* 72(5): 1338–41.

Maher, E.; Afnan, M.; Barratt, C. (2003). Epigenetic risks related to reproductive technologies: Epigenetics, imprint-

ing, ART and icebergs? *Human Reproduction* 18(12):2508–11.

Maher, E.; Brueton, L.; Bowdin, S.; Luharia, A.; Cooper, W.; Cole, T.; Macdonald, F.; Sampson, J.; Barratt, C.; Reik, W.; Hawkins, M. (2003). Beckwith-Wiedemann syndrome and assisted reproduction technology (ART). *Journal of Medical Genetics* 40(1):62–4.

¹⁵⁸ Cox, G.; Burger, J.; Lip, V.; Mau, U.; Sperling, K.; Wu, B.; Horsthemke, B. (2002). Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *American Journal of Human Genetics* 71(1):162–4.

Orstavik, K.; Eiklid, K.; van der Hagen, C.; Spetalen, S.; Kierulf, K.; Skjeldal, O.; Buiting, K. (2003). Another case of imprinting in a girl with Angelman Syndrome who was conceived by intracytoplasmic sperm injection. *American Journal of Human Genetics* 72(1):218–9.

¹⁵⁹ Svensson, J.; Bjornstahl, A.; Ivarsson, S. (2005). Increased risk of Silver-Russell syndrome after in vitro fertilization? *Acta Paediatrica* 94(8):1163–1165.

Kagami, M.; Nagai, T.; Fukami, M.; Yamazawa, K.; Ogata, T. (2007). Silver-Russell syndrome in a girl born after in vitro fertilization: Partial hypermethylation at the differentially methylated region of PEG1/MEST. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 24(4):131–6.

Douzgou, S.; Mingarelli, R.; Tarani, L.; De Crescenzo, A.; Riccio, A. (2008). Silver-Russell syndrome following in vitro fertilization. *Pediatric and Developmental Pathology* 11(4):329–31.

¹⁶⁰ Moll, A.; Imhof, S.; Cruysberg, J.; Schouten-van Meeteren, A.; Boers, M.; van Leeuwen F.E. (2003). Incidence of retinoblastoma in children born after in-vitro fertilization. *Lancet* 361(9354):309–10.

Lee, I.; Finger, P.; Grifo, J.; Rausen, A.; Rebarber, A.; Barad, D. (2004). Retinoblastoma in a child conceived by in vitro fertilization. *British Journal of Ophthalmology* 88(8):1098–9.

¹⁶¹ Van der Auwera, I.; D'Hooghe, T. (2001). Superovulation of female mice delays embryonic and fetal development. *Human Reproduction* 16(6):1237–43.

Van der Auwera, I.; Pijnenborg, R.; Koninckx, P. (1999). The influence of in-vitro culture versus stimulated and untreated oviductal environment on mouse embryo development and implantation. *Human Reproduction* 14(10):2570–4.

Ertzeid, G.; Storeng, R. (2001). The impact of ovarian stimulation on implantation and fetal development in mice. *Hum Reprod* 16(2): 221–5.

¹⁶² Etwa dysontogenetische Tumore, Diabetes Mellitus und metabolische Syndrome, autoimmune Erkrankungen, Allergien, Erkrankungen des Herz/Kreislaufs Systems bzw. Demenzen.

¹⁶³ So auch dem Inhalt nach: Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. *Social Science Research* 41:752-70. S 766: "... the NFSS also clearly reveals that children appear most apt to succeed well as adults – on multiple counts and across a variety of domains – when they spend their entire childhood with their married mother and father and especially when the parents remain married to the present day".

¹⁶⁴ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 238.

Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 250.

mit Hinweis auf: Golombok, S. (1997). Parenting and secrecy issues related to children of assisted reproduction. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 14(7):375-8.

Wiemann, I. (2011). *Wie viel Wahrheit braucht mein Kind?* Rowohlt Taschenbuch Verlag. S 125ff.

aber auch EGMR v 13.7.2006, Jäggi gg die Schweiz. Newsletter Menschenrechte 2006/4. S 197.

¹⁶⁵ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 238.

Berg G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown.* Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 250.

mit Hinweisen auf ESHRE 2001, Söderström-Anttila et al 2006 und Sauer/Kavic 2006.

¹⁶⁶ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 164f.

Wiemann, I. (2011). *Wie viel Wahrheit braucht mein Kind?* Rowohlt Taschenbuch Verlag. S 148

mit Hinweis auf Thorn, P. (1999). Wunschkind e.V. stellt sich vor. *IVF-News* 2:5-6.

Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown.* Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 250.

mit Hinweis auf Murray, C.; Golombok, S. (2003). To tell or not to tell: the decision-making process of egg-donation parents. *Human Fertility* 6(2): 89-95.

¹⁶⁷ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 13.

¹⁶⁸ dazu ua Berichte abrufbar unter: www.spendenkinder.de (9. September 2012).

¹⁶⁹ Zur Kritik an der Methodik einschlägiger Studien zuletzt: Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. *Social Science Research* 41:752-70. S 753.

¹⁷⁰ Vonholdt, Ch. Das Kindeswohl nicht im Blick – Eine kritische Auseinandersetzung mit der Studie „Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften“ [Rupp]. Abrufbar unter http://www.dijg.de/homosexualitaet/adoptionsrecht/kindeswohl-nicht-im-blick-homosexuelle/?sword_list%5B0%5D=adoption (9. August 2012).

¹⁷¹ Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. *Social Science Research* 41:752-70. S 754: “Suffice it to say that the pace at which the overall academic discourse surrounding gay and lesbian parents comparative competence has shifted – from slightly-less adept to virtually identical to more adept – is notable, and rapid. By comparison, studies of adoption – a common method by which many same-sex couples (but more heterosexual ones) become parents – have repeatedly and consistently revealed important and wide-ranging differences, on average, between adopted children and biological ones. In fact, these differences have been so pervasive and consistent that adoption experts now emphasize that „acknowledgment of difference“ is critical for both parents

and clinicians when working with adopted children and teens. This ought to give social scientists studying gay parenting outcomes pause, especially in light of concerns noted above small sample sizes and the absence of a comparable recent documented improvement in outcomes from youth in adopted families and stepfamilies.”

- ¹⁷² Entschließung des Europäischen Parlaments zur künstlichen In-vivo- und In-vitro-Befruchtung, Dok. A2-372/88. ABl. C 96/171 (172).
- ¹⁷³ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 234.
- ¹⁷⁴ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 142 u S 231.
- ¹⁷⁵ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technisches Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 236.
- ¹⁷⁶ EuGH 18.10.2011, C-34/10, Brüstle/Greenpeace.
- ¹⁷⁷ Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2004). Präimplantationsdiagnostik (PID). Abrufbar unter: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=6415> (4. September 2012).
- ¹⁷⁸ Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ¹⁷⁹ Insb. hier wird der Dreiklang von Diagnose, Therapie und Prophylaxe, der ein Grundsatz ärztlichen Handelns ist, auseinanderdividiert.
- ¹⁸⁰ Lenzen-Schulte, M. (2012). Als Hilfe fürs Wunschkind. FAZ. 19.7.2012. Abrufbar unter <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/praeimplantationsdiagnostik-als-hilfe-fuers-wunschkind-11823264.html> (10. August 2012).
- ¹⁸¹ Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. S 28. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ¹⁸² Mastenbroek, S.; Twisk, M.; Van Echten-Arends, J.; Sikkema-Raddatz, B.; Korevaar, J.; Verhoeve, H.; Vogel, N.; Arts, E.; De Vries, J.; Bossyt, M.; Buys, Ch.; Heineman, M.; Repping, S.; Van der Veen, F. (2007). In vitro fertilization with preimplantation genetic screening. *New England Journal of Medicine* 357(1):9-17. S 9: “Preimplantation genetic screening did not increase but instead significantly reduced the rates of ongoing pregnancies and live births after IVF in woman of advanced maternal age.”
- ¹⁸³ Stephenson, M.; Goddijn, M. (2011). A critical look at the evidence does not support PGD for translocation carriers with a history of recurrent losses. *Fertility and Sterility* 95(1):e1. mit Kritik an Fischer, J.; Colls, p.; Escudero, T.; Munné, S. (2010). Preimplantation genetic diagnosis (PGD) improves pregnancy outcome for translocation carriers with a history of recurrent losses. *Fertility and Sterility* 94(1):283-9.
- Fischer, J.; Colls, p.; Escudero, T.; Munné, S. (2010). Preimplantation genetic diagnosis (PGD) improves pregnancy outcome for translocation carriers with a history of recurrent losses. *Fertility and Sterility* 94(1):283-9.
- Musters, A.; Repping, S.; Korevaar, J.; Mastenbroek, S.; Limpens, J.; Van der Veen, F.; Goddijn, M. (2011). Pregnancy outcome after preimplantation genetic screening or natural conception in couples with unexplained recurrent miscarriage: a systematic review of the best available evidence. *Fertility and Sterility* 2011;95(6):2153-7.

- ¹⁸⁴ Munné, S.; Howles, C.M.; Wells, D. (2009). The role of preimplantation genetic diagnosis in diagnosing embryo aneuploidy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 21(5):442-9. S 442: "The optimal strategy for aneuploidy screening using preimplantation genetic diagnosis seems to be blastocyst biopsy at 5 days and comprehensive chromosome analysis (comparative genomic hybridization, array comparative genomic hybridization, single-nucleotide polymorphism array)."
- ¹⁸⁵ Harper, J.C.; Sengupta, S.B. (2012). Preimplantation genetic diagnosis: State of the ART 2011. *Human Genetics* 131(2):175-86.
- ¹⁸⁶ Deutscher Ethikrat (2011). Präimplantationsdiagnostik. S 31. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ¹⁸⁷ Dies wird insb. durch Erfahrungen mit der PND bestätigt. Auch sprechen die Geburtenzahlen für sich: wurden im Jahr 1984 noch 32 Kinder mit Down-Syndrom geboren, waren es 2004 nur mehr 11. Quelle: Statistik Austria.
- ¹⁸⁸ Siehe etwa Yu, Y.; Wu, J.; Fan, Y.; Lv, Z.; Guo, X.; Zhao, C.; Zhou, R.; Zhang, Z.; Wang, F.; Xiao, M.; Chen, L.; Zhu, H.; Chen, W.; Lin, M.; Liu, J.; Zhou, Z.; Wang, L.; Huo, R.; Zhou, Q.; Sha, J. (2009). Evaluation of blastomere biopsy using a mouse model indicates the potential high risk of neurodegenerative disorders in the offspring. *Mol Cell Proteomics*. 8(7):1490-500. Demnach wurden bei Versuchen mit Mäusen nach einer PID Veränderungen beschrieben, die eine gesteigerte Wahrscheinlichkeit von chronisch neurodegenerativen Erkrankungen nahelegen.
- ¹⁸⁹ Etwa in Frankreich, Großbritannien, Schweden, siehe dazu etwa Deutscher Ethikrat 2011. S. 75ff. Abrufbar unter: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> (4. Juli 2012).
- ¹⁹⁰ Das ethische Dilemma der embryopathischen Indikation wurde nicht zuletzt in der umfangreichen Debatte um die wrongful birth Judikatur offensichtlich. Kritisch ist vor allem die Indikation aufgrund einer Behinderung an sich, aber auch der Zeitfaktor, der angesichts immer präziserer pränataler Untersuchungsmethoden im Frühstadium einer Schwangerschaft vollkommen überzogen scheint.
- ¹⁹¹ Maio, G. (2011). Ein Paradigmenwechsel. Zur Diskussion über die Präimplantationsdiagnostik. *Herder Korrespondenz* 11:576–81.
- ¹⁹² Siehe dazu die Diskussion in Deutschland zur Umsetzungsverordnung, die auch durch Einrichtung von Ethikkommissionen zur Zulassung im Einzelfall nicht verhindert werden konnte.
- ¹⁹³ Nachweise bei Berg G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. *Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3)*. Universitätsverlag Göttingen. S 242.
- ¹⁹⁴ Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. *Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3)*. Universitätsverlag Göttingen. S 242f.
- ¹⁹⁵ Graumann, S. (2008). Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. *Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3)*. Universitätsverlag Göttingen. S 182f.
- ¹⁹⁶ Riedel, U. (2011). Rechtliche Fragen zur Eizellspende. In: Eizellspende – Dokumentation der Studientagung v 17.11.2011. Aktion Leben Österreich. S 42. Vortrag abrufbar unter <http://www.rechtsanwaeltinriedel.de/pdf/Eizellspende> (9. August 2012).
- ¹⁹⁷ EGMR 3.11.2011 (GK), S.H. gegen Österreich.

¹⁹⁸ EuGH 18.10.2011, C-34/10, Brüstle/Greenpeace.

¹⁹⁹ Gärnter, S.; Mayrhofer, M. (2012). Verbot heterologer Techniken der Reproduktionsmedizin mit EMRK vereinbar. Zeitschrift für Energie- und Technikrecht. 1: 60-4.

EGMR 3.11.11 (GK), S.H. gegen Österreich, Z 96f.: "The Court would conclude that there is now a clear trend in the legislation of the Contracting States towards allowing gamete donation for the purpose of in vitro fertilisation, which reflects an emerging European consensus. That emerging consensus is not, however, based on settled and long-standing principles established in the law of the member States but rather reflects a stage of development within a particularly dynamic field of law and does not decisively narrow the margin of appreciation of the State. Since the use of IVF treatment gave rise then and continues to give rise today to sensitive moral and ethical issues against a background of fast-moving medical and scientific developments, and since the questions raised by the case touch on areas where there is not yet clear common ground amongst the member States, the Court considers that the margin of appreciation to be afforded to the respondent State must be a wide one ...".

²⁰⁰ Grabenwarter, Ch; Pabel, K.(2012).Europäische Menschenrechtskonvention. Wien. S 231.

²⁰¹ Gärnter, S.; Mayrhofer, M. (2012). Verbot heterologer Techniken der Reproduktionsmedizin mit EMRK vereinbar. Zeitschrift für Energie- und Technikrecht. 1: 60-4. S 63.

²⁰² vgl. Art 24 EU-Grundrechtscharta; Art 3 UN Kinderrechtskonvention; Art 1 BVG Kinderrechte.

²⁰³ RV 216 BlgNR 18. GP 11.

²⁰⁴ siehe dazu etwa Okresek, W. (1998). MRK-Entscheidungen, EGMR 23.4.1997, Nr. 75/1995/581/667 im Fall X, Y und Z gegen Vereinigtes Königreich. Österreichische Juristen-Zeitung 53(7):271-4. Z 47.

²⁰⁵ VfSlg. 15.632, 2.6.3.

²⁰⁶ so auch RV 216 BlgNR 18. GP 11 und VfSlg. 15.632, 2.4.2.3.

²⁰⁷ siehe dazu die zahlreichen Verweise in Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. S 147, S 234 und S 237.

²⁰⁸ RV 216 BlgNR 18. GP 13.

²⁰⁹ UN Komitee für die Rechte des Kindes, Report on the 38. Session, CRC/C/146, 19.7.2005, 252 (p 52).

²¹⁰ VfSlg 15.632, 2.6.2.

²¹¹ Gärnter, S.; Mayrhofer, M. (2012). Verbot heterologer Techniken der Reproduktionsmedizin mit EMRK vereinbar. Zeitschrift für Energie- und Technikrecht. 1: 60-4. S 64 mit Hinweis auf EGMR 22.1.2008, E.B. v Frankreich.

²¹² siehe dazu etwa Okresek, W. (1998). MRK-Entscheidungen, EGMR 23.4.1997, Nr. 75/1995/581/667 im Fall X, Y und Z gegen Vereinigtes Königreich. Österreichische Juristen-Zeitung 53(7):271-4.

²¹³ so auch im Ergebnis die Studie von Regnerus, M. (2012). How different are the adult children of parents who have same-sex relationships? Findings from the New Family Structures Study. Social Science Research 41:752-70. Demnach sich Kinder als Erwachsene am besten behaupten, wenn sie die gesamte Kindheit bei ihren miteinander verheirateten Vater und Mutter verbracht haben, insbesondere wenn die Eltern weiterhin verheiratet sind, siehe Fn 163.

²¹⁴ Rv 216 BlgNr 18. GP 13.

²¹⁵ 490 BlgNr 18. GP 2.

²¹⁶ VfSlg 15.632, 2.6.1.2.

- ²¹⁷ Ein Umstand, der bei lesbischen Paaren dem Kind bald ersichtlich ist, weswegen die unter Pkt. 7.3.1.4. angeführte Argumentation für lesbische Paare nicht gleichermaßen herangezogen werden kann.
- ²¹⁸ Revermann, Ch.; Hüsing, B. (2011). TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen. Edition Sigma. Berlin. S 232.
- Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 249 f.
- ²¹⁹ Schindele, E.; Zimmermann, I. (2007). Rohstoff für das Mutterglück. Die Zeit 04/2007.
- ²²⁰ Berg, G. (2008). Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, Ch. (Hrsg) (2008). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttinger Schriften zum Medizinrecht (Band 3). Universitätsverlag Göttingen. S 241ff.
- ²²¹ RV 216 BgNR 18. GP 8.
- ²²² Insbesondere in diesem Punkt sind die Überlegungen des OGH in 3 Ob 147/10d zu ergänzen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich der OGH in seiner Vorlage an den VfGH noch auf die Entscheidung der Kleinen Kammer bezieht. Die diametral anderslautende Beurteilung des EGMR in 2. Instanz (GK) ist daher in der Begründung mit zu berücksichtigen.
- ²²³ Dazu etwa eine Pressemeldung der SPÖ Bundesorganisation zu einer Studie des Sozialministeriums über die Situation alleinerziehender Frauen mit Kindern unter 15 Jahren, OTS0206 v 1.6.2011; Prud'homme, N. (2003). Armutsfalle Einelternfamilie. Abrufbar unter: http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise (9. September 2012).
- ²²⁴ Siehe dazu etwa den Forderungskatalog der Österreichischen Plattform für Alleinerziehende. Abrufbar unter http://www.alleinerziehende.org/index.php?option=com_content&task=view&id=133&Itemid=115 (9. August 2012).
- ²²⁵ Zum Würdeschutz des extrakorporalen Embryos schon Mayrhofer, M. (2003). Reproduktionsmedizinrecht. Wien/Graz. S 118 mwV.
- ²²⁶ Schneider, I. (2011). Das EuGH-Urteil „Brüstle versus Greenpeyce“ (Rs. C-34/10): Bedeutung und Implikationen für Europa. Zeitschrift für geistiges Eigentum / Intellectual Property Journal 3: 475-510. S 479.
- ²²⁷ Zudem müsste die Aussage des EGMR, demnach es europaweit keinen Konsens hinsichtlich des Beginns menschlichen Lebens gebe, angesichts der eindeutigen Definition des EuGH zum Embryo im Fall Brüstle eine neue Beurteilung erfahren.
- ²²⁸ EGMR 26.5.2011, R.R. gegen Polen (Z 205).
- ²²⁹ Leischner, A. (2009). Keine Arzthaftung nach vereinbarungswidrigem Einsetzen von drei statt zwei Embryonen und anschließender Geburt von gesunden Drillingsen. RdM-LS 2009/5. Recht der Medizin 1:20.

9 Mitglieder der Bioethikkommission

Dr. Christiane Druml

Univ.-Prof. Mag. Dr. Markus Hengstschläger

Univ.-Prof. Dr. h.c. Dr. Peter Kampits

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Priv.-Doz. Dr. Diana Bonderman

Univ.-Prof. DDr. Michael Fischer

Primarius Dr. Ludwig Kaspar

ao. Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner

Dr. Maria Kletecka-Pulker

Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki

Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller MPH

Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Körtner

Primaria Univ.-Prof. DDr. Barbara Maier

Univ.-Prof. Dr. DI. Christine Mannhalter

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mazal

Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran MA

em. RA Dr. Stephanie Merckens

Univ.-Prof. Dr. Magdalena Pöschl

Univ.-Prof. Dr. Barbara Prainsack

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser

ao. Univ.-Prof. DDr. Michaela Strasser

Dr. Klaus Voget

Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

Univ.-Prof. Dr. Ernst Wolner