

Rechtsgutachten

Die Eizellenspende in der Schweiz de lege lata und de lege ferenda

verfasst im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Zürich, im November 2013

aktualisiert im Januar 2014

Andrea Büchler

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Inhaltsverzeichnis..... | 2 |
| I. Einleitung | 4 |
| II. Die Eizellenspende im geltenden Recht der Schweiz und im Rechtsvergleich | 8 |
| 1. Internationales Recht..... | 8 |
| 2. Verfassungsrecht..... | 11 |
| a. Das Recht auf Fortpflanzung | 11 |
| b. Die verfassungsrechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin | 12 |
| 3. Das Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung..... | 14 |
| a. Das Verbot..... | 14 |
| b. Rechtsfolgen | 14 |
| 4. Eine kritische Betrachtung der Regelung de lege lata | 15 |
| a. Begründungen des Verbots..... | 15 |
| b. Natürlichkeit?..... | 17 |
| c. Kindeswohl | 18 |
| d. Gesundheitsrisiken und Instrumentalisierung der Spenderin | 24 |
| e. Zusammenfassung | 27 |
| III. Die Eizellenspende de lege ferenda: Eckpunkte einer möglichen Regelung | 28 |
| 1. Geltende Rahmenbedingungen | 28 |
| 2. Die Eizellenempfängerin | 28 |
| a. Zugang zur Eizellenspende | 28 |
| Indikationen | 28 |
| Zugangsbeschränkungen und Kindeswohl..... | 29 |
| Alter..... | 30 |
| b. Medizinische Untersuchungen und Beratung | 31 |
| c. Selektion von Keimzellen | 31 |
| 3. Die Eizellenspenderin..... | 33 |
| a. Gebote der Bioethik und Transplantationsmedizin | 33 |
| b. Einzelne Voraussetzungen | 34 |
| Beratung und Abklärung der Motive | 34 |
| Abklärungsteam | 35 |
| Informed consent..... | 36 |
| Spende zugunsten einer bestimmten Person..... | 36 |

| | |
|--|----|
| Egg sharing | 37 |
| Beschränkung der Eizellen und Zyklen..... | 38 |
| Medizinische Untersuchungen | 39 |
| Alter..... | 40 |
| c. Unentgeltlichkeit | 40 |
| 4. Abstammungsrechtliche Folgen..... | 41 |
| 5. Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung | 41 |
| 6. Weitere Aspekte | 44 |
| a. Embryonenspende | 44 |
| b. Social egg freezing..... | 46 |
| IV. Schlussfolgerungen und Empfehlungen | 50 |
| Die Eizellenspende im geltenden Recht der Schweiz und im Rechtsvergleich | 50 |
| Die Eizellenspende de lege ferenda: Eckpunkte einer möglichen Regelung | 52 |
| Literaturverzeichnis | 54 |
| Materialien..... | 65 |

I. Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Fortpflanzungsmedizin zahlreiche Verfahren zur Behandlung verschiedener Formen und Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen entwickelt. Dazu gehört auch die Eizellenspende. Im Jahr 1984 gelang erstmals die erfolgreiche Schwangerschaft und Geburt nach einer Eizellenspende.¹ Bei der Eizellenspende unterzieht sich eine Frau (die Eizellenspenderin) einer ovariellen Stimulationsbehandlung und Follikelpunktion, um die so erhaltenen Eizellen an andere Frauen (die Empfängerinnen) abzugeben.² Als Alternative werden von einer anderen Frau, die sich selbst einer In-Vitro-Fertilisation unterzieht, überzählige Eizellen zur Spende freigegeben (sogenanntes *egg sharing*).³ Die Eizellen werden extrakorporal befruchtet und anschliessend auf die Empfängerin transferiert, wobei für die Befruchtung in der Regel Samenzellen des Partners der Empfängerin oder bei gleichzeitiger Infertilität des Partners solche eines Spenders verwendet werden.⁴ Die Empfängerin trägt das genetisch nicht von ihr abstammende Kind aus, gebärt es und zieht es als „soziale Mutter“ auf.⁵

Im internationalen Vergleich finden sich vielfältige gesetzliche Normierungen zur Eizellenspende, und zwar sowohl hinsichtlich der Zulässigkeit als solcher wie auch hinsichtlich der konkreten Anwendungsbedingungen. Ein generelles Verbot kennen neben der Schweiz etwa Deutschland,⁶ Österreich,⁷ Norwegen⁸ sowie Italien.⁹ Andere Länder beschränken den Anwendungsbereich der Eizellenspende auf das *egg sharing*¹⁰ oder lassen die Eizellenspende nur entweder in einem altruistischen oder in einem kommerziellen Rahmen zu. Häufig sind gesetzliche Bestimmungen zur Begrenzung der Anzahl Lebendgeburten, die auf eine und dieselbe Eizellenspenderin zurückzuführen sind. Vielfach werden auch Voraussetzungen an die Eignung der Spenderin bezüglich Gesundheitszustand und Alter aufgestellt. Unterschiede zeigen sich schliesslich hinsichtlich der Handhabung der Anonymität der Eizellenspende.¹¹ Für die Vertragsstaaten der Europäischen Union ist die nicht anonyme Eizellenspende in dem Sinne vorgeschrieben, dass die Rückverfolgbarkeit der Spenderinnenidentität gewährleistet

¹ KENTENICH/UTZ-BILLING 229; COOK 123; vgl. auch die Übersicht über die „Meilensteine“ in der Entwicklung der Fortpflanzungsmedizin bei WISCHMANN 63.

² DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 288; SCHMIDT-RECLA/NOACK 482.

³ Vgl. dazu BERG 240 und URDL 13 f.

⁴ In letzterem Fall handelt es sich um eine „Embryonenspende“; siehe DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 288.

⁵ KENTENICH/UTZ-BILLING 229.

⁶ § 1 (1) 2 Embryonenschutzgesetz (EschG) vom 13. Dezember 1990.

⁷ § 3 (1) Fortpflanzungsmedizingesetz vom 1. Juli 1992.

⁸ § 2-18 des Fortpflanzungsmedizingesetzes vom 5. Dezember 2003 („Bioteknologiloven“).

⁹ Art. 4 Ziff. 3 des Gesetzes zur assistierten Reproduktion vom 19. Februar 2004 („Norme in materia di procreazione medicalmente assistita“).

¹⁰ Zum Beispiel Dänemark.

¹¹ Vgl. die tabellarischen Übersichten des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht.

sein muss.¹² Inzwischen haben sämtliche EU-Mitgliedstaaten die für die Umsetzung erforderlichen Vorschriften erlassen.¹³ In verschiedenen Staaten ist die Eizellenspende nicht gesetzlich geregelt, sondern allenfalls in standesrechtlichen Richtlinien reglementiert.¹⁴

Die unterschiedlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin im Allgemeinen und zur Eizellenspende im Besonderen haben zunehmend zum Phänomen der Kinderwunschbehandlung ausserhalb der eigenen Landesgrenzen geführt.¹⁵ Studien gehen davon aus, dass in Europa rund 80'000 Paare mit Kinderwunsch aufgrund der in ihrem Staat gültigen Gesetzeslage keine Möglichkeit der künstlichen Fortpflanzung haben.¹⁶ Als Folge dessen begeben sich viele solcher Paare ins Ausland, um die gewünschte Behandlung durchführen zu lassen.¹⁷ Es wird in diesem Zusammenhang etwa von „Reproduktionstourismus“ oder „Fortpflanzungstourismus“ gesprochen.¹⁸ Für die Europäische Union liegen erste konkrete Forschungsergebnisse vor. Die Patientinnen und Patienten in zahlreichen Spitälern in Belgien, Tschechien, Dänemark, Slowenien, Spanien und der Schweiz kamen aus insgesamt 49 Ländern.¹⁹ Die Zahl der betroffenen Paare wird auf mindestens 11'000 bis 14'000 geschätzt,²⁰ wobei die am häufigsten gewählte Behandlungsart die Eizellenspende sein soll.²¹ Aus dem deutschsprachigen Raum werden aufgrund der liberalen Gesetzeslage, der Infrastruktur sowie der Ausrichtung auf deutschsprachige Patientinnen und Patienten vor allem Kliniken in Spanien und Tschechien aufgesucht.²²

¹² Artikel 8 der Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (Europäische Geweberichtlinie).

¹³ Vgl. Überblick über die von den Mitgliedstaaten mitgeteilten nationalen Vorschriften (im Internet abrufbar unter <http://eur-lex.europa.eu>).

¹⁴ Keine gesetzliche Regelung kennen zum Beispiel Irland, Luxemburg, Malta oder Polen (vgl. European Commission Report, „3.1 Status of Reproductive Cell Donation“).

¹⁵ Bereits im Amstad-Bericht, 1089 ff. und in der Botschaft FMedG, 231 wurde auf die Gefahr des sogenannten „Fortpflanzungstourismus“ hingewiesen.

¹⁶ FERRARETTI ET AL. 262.

¹⁷ Andere denkbare Gründe sind beispielsweise Qualitäts- oder Kostenüberlegungen; vgl. TRAPPE 336 und DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 290.

¹⁸ Zur Vielfalt der Bezeichnungen und Beschreibungen vgl. KNOLL 69 f.

¹⁹ Vgl. MARTIN 380; SHENFIELD ET AL., Cross-border reproductive care, 1362.

²⁰ ESHRE Report 78; vgl. auch NASSAR/KATZORKE 187; die ESHRE hat im Jahr 2011 Richtlinien für die grenzüberschreitende Behandlung in der Fortpflanzungsmedizin erlassen, vgl. dazu SHENFIELD ET AL., ESHRE's good practice, 1625 ff.; in der Europäischen Union gilt seit dem Jahr 2011 zudem eine Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (die deutsche Fassung ist im Internet unter <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DE:PDF> abrufbar).

²¹ FERRARETTI ET AL. 262; THORN/WISCHMANN/BLYTH 1.

²² BERG 243; PECKS/MAASS/NEULEN, Grenzüberschreitung, 476; DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 293; ESHRE Report 77 ff.

Genaue Zahlen zur Häufigkeit von fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen im Ausland durch Schweizerinnen und Schweizer liegen nicht vor. Grobe Schätzungen gehen von mehreren Hundert Eizellenspenden ausserhalb der Schweiz aus.²³

Die Eizellenspende wirft in rechtlicher und ethischer Hinsicht besondere Frage auf: Das Verfahren der Eizellenspende rüttelt am Grundsatz *mater semper certa est*. Zwar gibt es seit jeher Kinder, die sowohl über eine biologische, als auch über eine soziale Mutter verfügen, die nicht identisch sind, die Spaltung zwischen der biologischen und der genetischen Mutterschaft allerdings ist eine Erfindung der Fortpflanzungsmedizin. Es stellt sich zudem die Frage, wie sich die Eizellenspende medizinethisch rechtfertigen lässt, handelt es sich doch um einen im Vergleich zur Samenspende sehr invasiven Eingriff, der sowohl psychisch als auch physisch anstrengend, schmerzhaft und stressreich sein kann sowie gesundheitliche Risiken mit sich bringt. Gesellschaftspolitisch tangiert die Eizellenspende Fragen der Familienplanung, von möglichen Erwerbsbiographien und letztlich die Verantwortung gegenüber Familien.

Für die Inanspruchnahme der Eizellenspende lassen sich nämlich heute vielseitige Gründe anführen. Zunächst gibt es aus medizinischer Sicht eine Vielzahl von Indikationsgebieten. Ursprünglich wurde die Eizellenspende nur bei Frauen angewendet, die zufolge fehlentwickelter Eierstöcke oder zufolge ovarieller Störungen nach Krebsbehandlungen oder vorzeitiger Menopause keine oder keine befruchtungsfähigen Eizellen produzieren konnten.²⁴ Die medizinische Indikation hat sich bis zum heutigen Zeitpunkt erheblich erweitert, wobei die früher klassischen Krankheitsbilder nunmehr eher selten vorliegen.²⁵ Verbreitet eingesetzt wird die Eizellenspende heute bei genetischen Erkrankungen und dem entsprechenden Risiko einer Übertragung oder bei wiederholt erfolglos gebliebenen künstlichen Befruchtungen im Rahmen von Fertilisationsverfahren.²⁶ Am häufigsten gelangt die Eizellenspende zur Anwendung bei altersbedingter Reduktion der Fruchtbarkeit, sei es, weil die zu behandelnden Frauen Empfängnischwierigkeiten haben, sei es, dass sich sowohl die Quantität als auch die Qualität der verfügbaren Eizellen verringert hat.²⁷ Bedingt durch die gesellschaftliche Entwicklung hat sich die Familienplanung zunehmend auf spätere Lebensphasen verschoben. Das Durchschnittsalter der gebärenden Frauen stieg in der Schweiz in den letzten Jahren kontinuierlich an und liegt mittlerweile bei deutlich über 30 Jahren.²⁸ Auf

²³ Schätzung der Reproduktionsmediziner Peter Fehr (500-1000), in: CHAPMAN, „Wo Schweizerinnen auch mit 50 noch schwanger werden“, Tages Anzeiger vom 9. Dezember 2012; Bruno Imthurn (einige Hundert), in: WIRZ, „Die Fortpflanzungsmedizin – ein Stiefkind der Politik“, NZZ vom 13. Januar 2009, oder Christian De Geyter (600) in: HEEB PERRIG, „Unser Gesetz ist veraltet“, Baslerstab vom 3. November 2010.

²⁴ BERG 239; URDL 13; vgl. auch ELSTER 226 f.

²⁵ DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 288.

²⁶ KENTENICH/UTZ-BILLING 229; DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 288.

²⁷ PAULSON ET AL. 2320.

²⁸ Vgl. Bundesamt für Statistik, Statistik über das Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt (im Internet abrufbar unter www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html).

eine psychosoziale Indikation berufen sich vor allem auch gleichgeschlechtliche Paare, die aufgrund ihrer Lebensform den Kinderwunsch nicht anders verwirklichen können.²⁹ Im Folgenden wird zunächst auf die Eizellenspende im geltenden Recht eingegangen, darauf, welche Gründe zum Verbot geführt haben und inwiefern das Verbot mit Blick auf höherrangige Normen und Erkenntnisse zu revidieren ist. Daran anschliessend wird dargelegt, welche Aspekte eine mögliche Zugangsregelung zu berücksichtigen hat.

²⁹ Vgl. DIEKÄMPER 298. Der schweizerische Gesetzgeber hat zu solchen Anwendungsgebieten der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im ablehnenden Sinne Stellung bezogen (vgl. Art. 3 Abs. 2 lit. a FMedG beziehungsweise Art. 28 PartG).

II. Die Eizellenspende im geltenden Recht der Schweiz und im Rechtsvergleich

Auf verschiedenen Normenebenen bestehen explizite Regelungen der Eizellenspende oder Grundsätze, welche auf ihre rechtliche Behandlung Einfluss nehmen.

1. Internationales Recht

Die einzelnen Staaten haben sehr unterschiedliche Regelungen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung getroffen, die jeweils von den innerstaatlich vorherrschenden weltanschaulichen und politischen Überzeugungen sowie dem jeweiligen kulturhistorischen Hintergrund geprägt sind.³⁰ Bis anhin ist es im Bereich der Fortpflanzungsmedizin nicht gelungen, international vereinheitlichte Rahmenbedingungen zu schaffen. Für die Schweiz bedeutsam sind primär das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin)³¹ sowie ein entsprechendes Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens von menschlichen Lebewesen (Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen).³² Im ersten Artikel der Biomedizinkonvention verpflichten sich die vertragsschliessenden Staaten zum Schutz der Würde und der Identität menschlichen Lebens und zur Gewährleistung der Wahrung der Integrität und der sonstigen Grundrechte und Grundfreiheiten bei der Anwendung von Biologie und Medizin. Als konkrete Schranke für die Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren verbietet Art. 4 der Biomedizinkonvention die Geschlechtswahl des zukünftigen Kindes, wenn dadurch nicht eine schwere, geschlechtsgebundene erbliche Krankheit vermieden werden soll. Die gleiche Einschränkung ist in Art. 5 Abs. 2 FMedG vorgesehen. Das in Art. 1 des obgenannten Zusatzprotokolls statuierte Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen unterscheidet sich von seinem materiellen Gehalt her nicht vom Klonverbot des Art. 119 Abs. 2 lit. a BV.³³

Auf völkerrechtlicher Ebene sind für die Schweiz auch im Bereich der Fortpflanzungsmedizin die Vorgaben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verbindlich. Die in dieser Konvention gewährleisteten Grundrechte sind in gleicher Weise verbindlich und unmittelbar anwendbar wie die in der Bundesverfassung verankerten Grundrechte.³⁴ In einigen seiner Entscheidungen hat sich der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) zu einem Recht auf Fortpflanzung geäußert. Der EGMR anerkennt das Recht auf Achtung der Entscheidung, Eltern zu werden oder nicht zu werden, und hat dieses Recht für ein verheiratetes Paar auf Art. 12 EMRK (Recht auf Eheschliessung und Familiengründung) und für Mitglieder

³⁰ KÜPKER 632; WEILERT 355.

³¹ Für die Schweiz in Kraft seit 1. November 2008 (SR 0.810.2; Biomedizinkonvention).

³² Für die Schweiz in Kraft seit 1. November 2008 (SR 0.810.21).

³³ AMSTUTZ/GÄCHTER 7; vgl. auch REUSSER/SCHWEIZER, N 20 zu Art. 119 BV.

³⁴ Vgl. statt vieler HÄFELIN/HALLER/KELLER 60.

einer nicht ehelichen Beziehung auf Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) gestützt.³⁵ Das Recht eines Paares, Kinder zu bekommen und dabei auch auf die Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung zurückzugreifen, wird in der Rechtsprechung des EGMR damit menschenrechtlich abgestützt.³⁶ Der inhaltliche Schutzbereich dieses Rechts wurde bislang jedoch noch nicht deutlich konturiert.³⁷ Einschränkungen eines Rechts auf Fortpflanzung ergeben sich bereits aus den angeführten Grundrechtsbestimmungen, und zwar bezüglich Art. 8 EMRK durch die in Abs. 2 derselben Bestimmung genannten Eingriffsvoraussetzungen³⁸ und in Art. 12 EMRK aus dem Vorbehalt der innerstaatlichen Gesetzgebung.³⁹ In ständiger Rechtsprechung belässt der EGMR den Mitgliedstaaten insbesondere hinsichtlich der Frage, ob ein Grundrechtseingriff in einer demokratischen Gesellschaft zur Verfolgung eines der in Art. 8 Abs. 2 EMRK aufgeführten Ziele notwendig ist, im Bereich der Fortpflanzungsmedizin einen grossen Beurteilungsspielraum.⁴⁰

Im Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsmedizingesetz von Österreich hat sich der EGMR mit der Frage auseinandergesetzt, ob und inwiefern das Verbot der In-Vitro-Fertilisation mit fremden Samen- und Eizellen das Grundrecht auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 EMRK verletzt. Die Kleine Kammer urteilte in ihrem Entscheid vom 1. April 2010, dass sowohl ein generelles Verbot des Embryotransfers nach Eizellenspende als auch ein Verbot der heterologen In-Vitro-Fertilisation mit dem von einem Dritten gespendeten Samen eine Verletzung von Art. 14 EMRK in Verbindung mit Art. 8 EMRK bedeute, weil es für diese Verbote keine objektive und angemessene Rechtfertigung gäbe.⁴¹ Die kleine Kammer leitete aus Art. 8 EMRK das Recht ab, ein Kind zu bekommen und sich zur Erfüllung des Kinderwunsches der Massnahmen der Fortpflanzungsmedizin zu bedienen.⁴² Die von der Republik Österreich in der Folge angerufene Grosse Kammer des EGMR hat in ihrem Urteil vom 3. November 2011 indessen einen Grundrechtsverstoss im Ergebnis verneint. Zur Begründung wurde zusammenfassend ausgeführt, dass die in der österreichischen Gesetzgebung vorgese-

³⁵ Evans gegen das Vereinigte Königreich, EGMR Urteil vom 7. März 2006, No 6339/05; Dickson gegen das Vereinigte Königreich, EGMR Urteil vom 4. Dezember 2007, No 44362; eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesen beiden Entscheidungen findet sich bei GALLUS 209 ff.

³⁶ GALLUS 224; RÜTSCH/WILDHABER 805; WOLLENSCHLÄGER 24.

³⁷ MÜLLER-TERPITZ 23; vgl. auch NOVAK 65.

³⁸ „Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer“; vgl. ausführlich BREITENMOSER/WILDHABER, N 587 ff. zu Art. 8 EMRK.

³⁹ “[...], nach den innerstaatlichen Gesetzen, welche die Ausübung dieses Rechts regeln, [...]“; vgl. eingehend dazu GRABENWARTER/PABEL 276 ff.; siehe auch FROWEIN/PEUKERT, N 1 zu Art. 12 EMRK.

⁴⁰ Zur sogenannten „Margin-of-appreciation-Doktrin“ vgl. MEYER-LADEWIG, N 119 zu Art. 8 EMRK und WEILERT 357; ferner BERNAT, Rechtssache S. H., 332 sowie GALLUS 213 f.

⁴¹ S.H. und andere gegen Österreich, EGMR (KK) Urteil vom 1. April 2010, No 57813/00.

⁴² Vgl. Ziff. 60 des Urteils: „The Court therefore considers that the right of a couple to conceive a child and to make use of medically assisted procreation for that end comes within the ambit of Article 8, as such a choice is clearly an expression of private and family life.“

hene Beschränkung vor dem Hintergrund des in Europa fehlenden Konsenses bezüglich der Zulässigkeit einzelner fortpflanzungsmedizinischer Methoden und im Lichte des in Art. 8 Abs. 2 EMRK verankerten Gesetzesvorbehaltes nicht konventionswidrig sei.⁴³ Relevanter Beurteilungszeitpunkt für dieses Urteil war das Jahr 2000, in welchem sich die Beschwerdeführer an den Gerichtshof gewandt haben, sodass nicht auszuschliessen ist, dass das Gericht bei einer neuerlichen Überprüfung mit Blick auf die in Europa seither zu beobachtende Liberalisierungstendenz anders entscheiden würde.⁴⁴ Der EGMR hat die Mitgliedstaaten denn auch aufgerufen, in Bereichen, in welchen sich Wissenschaft und Recht schnell entwickeln, die Gesetzgebung laufend zu überarbeiten.⁴⁵

In der Fortpflanzungsmedizinische Gesetzgebung widerspiegelt sich – wie gesehen – die kulturelle und ideologische Vielfalt der einzelnen Gesellschaften. Nach der dargestellten Rechtsprechung des EGMR ist ungewiss, für wie lange der staatlichen Gesetzgebung der eingeräumte Beurteilungsspielraum noch zustehen wird.⁴⁶ Innerhalb der Europäischen Union wurden schon seit einiger Zeit in einzelnen für die Fortpflanzungsmedizin relevanten Bereichen Schritte zu einer Rechtsvereinheitlichung eingeleitet. Am 31. März 2004 erliessen das Europäische Parlament und der Europäische Rat die sogenannte Geweberichtlinie,⁴⁷ deren vorrangiges Ziel die Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für menschliche Gewebe und Zellen ist, die zur Verwendung bei Menschen bestimmt sind.⁴⁸ Bei den Richtlinien handelt es sich um verbindliches Recht der Europäischen Union, das von den Mitgliedstaaten umgesetzt werden muss und dadurch in den Mitgliedstaaten verbindlich wird.⁴⁹ Gemäss Artikel 12 der Geweberichtlinie streben die Mitgliedstaaten danach, freiwillige und unentgeltliche Spenden von Geweben und Zellen sicherzustellen und einer Kommerzialisierung entgegen zu wirken.⁵⁰ Zugelassen ist einzig eine Entschädigung, die „streng“⁵¹ auf den Ausgleich der in Verbindung mit der Spende entstandenen Ausgaben und Unannehmlichkeiten

⁴³ S.H. und andere gegen Österreich, EGMR Urteil (GK) vom 3. November 2011, No 57813/00.

⁴⁴ Vgl. Ziff. 96 des Urteils: „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 fertilization, which reflects an emerging European consensus.“

⁴⁵ Vgl. Ziff. 118 des Urteils: „(...), 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.“

⁴⁶ Vgl. WEILERT 358 f.

⁴⁷ Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen (EU-Geweberichtlinie).

⁴⁸ Erwägungsgrund (31) der EU-Geweberichtlinie sowie die Zweckumschreibung in deren Artikel 1.

⁴⁹ Zur Verbindlichkeit von Richtlinien und den Gestaltungsmöglichkeiten der Mitgliedstaaten vgl. BREITENMOSER/HUSHEER 144 ff.

⁵⁰ Gemäss Erwägungsgrund (19) der EU-Geweberichtlinie soll die Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Spende zu einem hohen Sicherheitsstandard und damit zum Schutz der Gesundheit der Menschen beitragen; vgl. BERG 241 und GRAUMANN 181.

⁵¹ „Strictly“ in der englischen beziehungsweise „rigoureusement“ in der französischen Fassung der Richtlinie.

beschränkt sein soll. In der Europäischen Union bestehen zudem Festlegungen über die erforderlichen Untersuchungshandlungen bei der Verwendung von Keimzellen im Rahmen von Massnahmen der medizinisch unterstützten Befruchtung.

2. Verfassungsrecht

a. Das Recht auf Fortpflanzung

Das schweizerische Bundesgericht hat bereits früh entschieden, dass der Kinderwunsch eine elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung darstellt, und hat ihn unter den Schutz des in Art. 10 Abs. 2 BV verankerten Grundrechts der persönlichen Freiheit gestellt.⁵² Das Bundesgericht führte zur Begründung aus, es bedeute für viele Menschen eine zentrale Sinngebung ihres Lebens, Kinder zu haben und aufzuziehen. Die ungewollte Kinderlosigkeit werde von Personen, die aus organischen Gründen keine Kinder haben könnten oder für die eine natürliche Zeugung wegen genetischer Belastung oder angesichts der gesundheitlichen Risiken für die Kinder nicht verantwortbar erscheine, als schwere Belastung erlebt.⁵³ Nach dieser Rechtsprechung gelten staatliche Regelungen, welche den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin und damit die Verwirklichung des Wunsches nach Kindern einschränken, als Grundrechtseingriff.⁵⁴ War diese Auffassung zunächst auch nicht unumstritten,⁵⁵ so ist der Kinderwunsch beziehungsweise der Wunsch nach Elternschaft inzwischen überwiegend als grundlegender Aspekt der Persönlichkeitsentfaltung beziehungsweise der individuellen Selbstbestimmung anerkannt.⁵⁶

Nach der skizzierten Rechtsprechung greift jede Beschränkung der fortpflanzungsmedizinischen Verfahren in das Grundrecht der persönlichen Freiheit ein.⁵⁷ Das Bundesgericht hat in Bezug auf die Frage des Grundrechtseingriffs nicht zwischen verschiedenen künstlichen Fortpflanzungstechniken differenziert.⁵⁸ Daraus ist zu folgern, dass der Schutz der persönlichen Freiheit auch die Verbote heterologer Fortpflanzungsverfahren wie der Eizellenspende umfasst.⁵⁹ Einschränkungen in der persönlichen Freiheit sind – wie alle anderen Grundrechtseingriffe – zulässig, soweit sie auf einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage beruhen, im öffentlichen Interesse liegen und

⁵² BGE 115 Ia 234 (zum damaligen St. Galler Fortpflanzungsmedizingesetz) und BGE 119 Ia 460 (zum damaligen Basler Fortpflanzungsmedizingesetz); die beiden Entscheidungen betrafen nicht die Zulässigkeit der Eizellenspende. Eingehend zur grundrechtlichen Einordnung des Kinderwunsches KUHN 54 ff.

⁵³ BGE 115 Ia 247 E. 5a sowie mit ähnlichem Wortlaut BGE 119 Ia 475 E. 5a.

⁵⁴ KUHN 57 f.; AMSTUTZ/GÄCHTER 3.

⁵⁵ Vgl. etwa HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und persönliche Freiheit, 342 und SANDOZ/MEXIN 453 ff.,

⁵⁶ AMSTUTZ/GÄCHTER 4; MANDOFIA/GUILLOD 214; KIENER/KÄLIN 147; KUHN 59; MÜLLER/SCHEFER 223.

⁵⁷ BGE 115 Ia 247 E. 5a: “Die Beschränkung des Zugangs zu den modernen Methoden künstlicher Fortpflanzung berührt die Beschwerdeführer daher in ihrem Verfassungsrecht der persönlichen Freiheit”.

⁵⁸ BGE 115 Ia 247 E. 5a; BGE 119 Ia 475 E. 5a; vereinzelt wurde im Schrifttum die Auffassung vertreten, der Schutz der persönlichen Freiheit beschränke sich auf die natürliche Zeugung oder Fortpflanzungsverfahren mit eigenen Keimzellen; vgl. dazu HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und persönliche Freiheit, 342 und DERS., Künstliche Fortpflanzung und Grundrechte, 132 f.

⁵⁹ KUHN 63 f.; STEINER/ROGGO 477.

verhältnismässig sind.⁶⁰ Wie das Bundesgericht in seinen grundlegenden Entscheidungen ausgeführt hat, kann die Beurteilung des öffentlichen Interesses und der Verhältnismässigkeit von Eingriffen in ein Grundrecht nicht allgemein für sämtliche Methoden der Fortpflanzungsmedizin erfolgen.⁶¹ Die Art und Weise der Verwirklichung des Kinderwunsches ist demnach erst bei der Beurteilung der Zulässigkeit von Beschränkungen insofern von Bedeutung, als je nach der in Frage stehenden Behandlungsart öffentliche Interessen oder Grundrechte Dritter restriktive Bedingungen ihrer Inanspruchnahme rechtfertigen können.⁶² Neben den generellen Voraussetzungen für den Eingriff in ein Freiheitsrecht sind diejenigen Bedingungen und Einschränkungen zu beachten, die sich unmittelbar aus der Verfassung ergeben.⁶³

b. Die verfassungsrechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin

Einzelne Vorgaben für die Fortpflanzungsmedizin finden sich auf Verfassungsebene. Art. 119 Abs. 1 BV schützt den Menschen vor Missbräuchen der Fortpflanzungsmedizin. Bei dieser Bestimmung handelt es sich um einen programmatischen Zweckartikel.⁶⁴ Dadurch werden sowohl der Bund als auch die Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten verpflichtet, die missbräuchliche Anwendung der Fortpflanzungsmedizin zu verhindern.⁶⁵ Die Verfassung definiert nicht, was unter „Missbräuchen“ zu verstehen ist. Anhaltspunkte für die Bestimmung des Begriffes lassen sich aus den Zielvorgaben sowie den in Art. 119 Abs. 2 BV aufgeführten Schranken gewinnen.⁶⁶ Schutz vor Missbrauch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die spezifischen Gefahren der Fortpflanzungsmedizin erkannt und durch geeignete Schutzvorkehrungen vermieden werden.⁶⁷ Das vom Verfassungsgeber gewählte Missbrauchskonzept macht deutlich, dass die Methoden der Fortpflanzungsmedizin grundsätzlich zulässig sind und deren Inanspruchnahme dem verantwortungsvollen Entscheid der Bürger und Bürgerinnen überlassen werden sollte.⁶⁸ Eine reine Verbotsgesetzgebung wäre daher mit der Verfassung nicht vereinbar.⁶⁹ Dadurch wird jedoch nicht ausgeschlossen, dass die Verfassung selbst oder aber die gestützt darauf erlassene Gesetzgebung sachlich begründete Verbote einzelner Verfahren ausspricht. Die Verfassung selber formuliert einzelne Verbote, die überwiegend unmittelbar anwendbar sind.⁷⁰

⁶⁰ Art. 36 BV; zu den Voraussetzungen von Grundrechtseingriffen im Einzelnen vgl. HÄFELIN/HALLER/KELLER 96 ff. sowie KIENER/KÄLIN 88 ff.

⁶¹ BGE 115 Ia 248 E. 5b; BGE 119 Ia 478 5d.

⁶² KUHN 71 und 107 f.

⁶³ Vgl. BGE 119 Ia 491 E. 8c.

⁶⁴ BIAGGINI, N 2 zu Art. 119 BV; REUSSER/SCHWEIZER, N 4 zu Art. 119 BV; vgl. auch BGE 119 Ia 476 E. 5b.

⁶⁵ AUBERT, N 7 zu Art. 119 BV; Botschaft BV, 335.

⁶⁶ BIAGGINI, N 3 zu Art. 119 BV, KUHN 342.

⁶⁷ GÄCHTER/RÜTSCHKE 119; REUSSER/SCHWEIZER, N 9 zu Art. 119 BV.

⁶⁸ Botschaft FMedG, 214.

⁶⁹ BIAGGINI, N 3 zu Art. 119 BV; vgl. auch Botschaft FMedG, 225, wonach absolute Verbote grundsätzlich als unverhältnismässig beurteilt werden müssten, weil das mit dem Verbot angestrebte Ziel mit weniger drastischen Mitteln und Kontrollen erreicht werden könne.

⁷⁰ KUHN 345.

In Art. 119 Abs. 2 BV werden die materiellen Vorgaben umschrieben, welche vom Gesetzgeber bei der Regelung der Fortpflanzungsmedizin beachtet werden müssen. Zunächst dürfen Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung überhaupt nur subsidiär in Anspruch genommen werden, wenn entweder Unfruchtbarkeit oder die Gefahr der Übertragung einer schweren Krankheit besteht. In dieser Bestimmung sind auch explizite Einschränkungen für die Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren enthalten. So sind etwa alle Arten des Klonens und Eingriffe in das Erbgut menschlicher Keimzellen und Embryonen verboten und das Eindringen und Verschmelzen von nichtmenschlichem Keim- und Erbgut in menschliches Keimgut wird untersagt (Art. 119 Abs. 2 lit. a und b BV). Art. 119 Abs. 2 lit. c BV hält einerseits fest, dass die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung nur angewendet werden dürfen, wenn die Unfruchtbarkeit oder die Gefahr der Übertragung einer schweren Krankheit nicht anders behoben werden kann, nicht aber um beim Kind bestimmte Eigenschaften herbeizuführen oder um Forschung zu betreiben. Andererseits wird die Befruchtung menschlicher Eizellen ausserhalb des Körpers der Frau nur unter den vom Gesetz festgelegten Bedingungen für zulässig erklärt und ausdrücklich normiert, dass nur so viele menschliche Eizellen ausserhalb des Körpers der Frau zu Embryonen entwickelt werden dürfen, als ihr sofort eingepflanzt werden können. Die Embryonenspende und alle Arten von Leihmutterchaft werden schliesslich untersagt (Art. 119 Abs. 2 lit. d BV).

Art. 119 BV entspricht von seinem Inhalt her im Wesentlichen der Vorläufervorm von Art. 24^{novies} aBV.⁷¹ Diese Bestimmung enthielt ein wörtlich gleichlautendes Verbot der Embryonenspende und aller Formen von Leihmutterchaft. Sowohl bei der älteren als auch der jüngeren Fassung fällt auf, dass demgegenüber die Eizellenspende nicht schon auf der Verfassungsebene verboten wurde.⁷² Die Gründe lassen sich anhand der Materialien nicht eindeutig bestimmen. In die Verfassung sollten die wichtigsten Kriterien und Voraussetzungen für die Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren aufgenommen werden.⁷³ Als eine solche Richtlinie ist der Grundsatz zu bezeichnen, dass das künstlich gezeugte Kind mindestens von einer der beiden Personen, die seine rechtlichen Eltern sind, auch genetisch abstammt.⁷⁴ Im Gegensatz zur Eizellenspende erfüllt die Embryonenspende diese der Verfassungsnorm zugrunde liegende Rahmenbedingung nicht, weil sie bewirkt, dass künstlich ein Kind gezeugt wird, welches weder mit seiner sozialen Mutter noch mit seinem sozialen Vater genetisch verwandt ist.⁷⁵ Ausserdem wurde die Befürchtung geäussert, die Embryonen-

⁷¹ Botschaft BV, 335; zur Entstehungsgeschichte von Art. 24^{novies} aBV vgl. ausführlich SCHWEIZER, N 1 ff. zu Art. 24^{novies} aBV.

⁷² Eine nach der Annahme von Art. 24^{novies} aBV am 18. Januar 1994 eingereichte Volksinitiative „zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)“ sah ein ausdrückliches Verbot sämtlicher heterologer Verfahren vor; vgl. BBl 1997 I 335 und Botschaft FMedG, 217 und 219.

⁷³ Botschaft FMedG, 221.

⁷⁴ Botschaft FMedG, 253; vgl. auch AUBERT, N 23 zu Art. 119 BV.

⁷⁵ Botschaft FMedG, 253; SCHWEIZER, N 82 zu Art. 24^{novies} aBV.

spende könne zu einer leichtfertigen Erzeugung „überzähliger“ Embryonen führen.⁷⁶ Insgesamt kann der Schluss gezogen werden, dass das Verbot der Embryonenspende Ausdruck der im Zeitpunkt der Entstehung von Art. 24^{novies} aBV beziehungsweise von Art. 119 BV vorherrschenden gesellschaftlichen Auffassung über die Missbrauchsgefahren entsprach, vor denen der Mensch geschützt werden sollte. Ob neben der Samenspende auch die Eizellenspende zuzulassen sei, sollte dagegen von der Ausführungsgesetzgebung festgelegt werden.⁷⁷

3. Das Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung

a. Das Verbot

Seit dem 1. Januar 2001 sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der künstlichen Fortpflanzung im Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998 (FMedG) geregelt. Nach Art. 4 FMedG ist die Eizellenspende verboten, die Samenspende hingegen ist erlaubt (Art. 18 ff. FMedG).⁷⁸ Das Gesetz behandelt folglich verschiedene heterologe Verfahren ungleich.

b. Rechtsfolgen

Das Fortpflanzungsmedizingesetz sanktioniert die Widerhandlung gegen einzelne Bestimmungen mit Strafen. So wird nach Art. 37 lit. c FMedG mit Haft oder mit Busse bis CHF 100'000.– bestraft, wer in der Schweiz vorsätzlich gespendete Eizellen verwendet, mit gespendeten Eizellen und gespendeten Samenzellen einen Embryo entwickelt oder einen gespendeten Embryo auf eine Frau überträgt. Wer sich im Ausland einer Behandlung mittels Eizellenspende unterziehen lässt, kann in der Schweiz dagegen strafrechtlich nicht belangt werden.

Wie gesehen, wird trotz (oder besser: wegen) des Verbots der Eizellenspende im Inland nicht selten ein solches Verfahren im Ausland in Anspruch genommen. Sofern die Geburt in der Schweiz erfolgt und das Kindesverhältnis nach Schweizer Recht entsteht, bleibt die Eizellenspende in der Schweiz ohne rechtliche Folgen. Das Kindesverhältnis zwischen dem Kind und der Mutter entsteht nach Art. 252 Abs. 1 ZGB von Gesetzes wegen durch die Geburt. Das Zuordnungskriterium der Geburt gilt auch dann, wenn wie im Falle der Eizellenspende die genetische Abstammung eine andere ist.⁷⁹ Der Gesetzgeber ging von der untrennbaren Einheit von Geburt und Abstammung aus, die Spaltung in eine genetische und eine biologische Mutterschaft findet keine Berücksichtigung. Die rechtliche Zuordnung zur biologischen Mutter ist unanfechtbar.⁸⁰ Allerdings hat das Kind meines Erachtens ein Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung, das sich aus Artikel 7 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über

⁷⁶ Botschaft FMedG, 253; Amstad-Bericht, 1093; KUHN 352; vgl. zu diesem Argument auch KRAMER 63.

⁷⁷ Botschaft FMedG, 215.

⁷⁸ Im Vernehmlassungsverfahren wurde das Verbot der Eizellenspende kontrovers und ausgiebig diskutiert, vgl. Botschaft FMedG, 238.

⁷⁹ FOUNTOULAKIS 261; HEGNAUER, Kindesrecht, Rz. 3.04.

⁸⁰ BSK ZGB I-SCHWENZER, N 9 zu Art. 252 ZGB; MEIER/STETTLER 215 f.

die Rechte der Kinder⁸¹ ableitet, aber auch Teil der geschützten Persönlichkeit (Art. 28 ZGB) ist. Das Recht auf Kenntnis der Abstammung wird vom Bundesgericht als elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung anerkannt und ist damit vom Schutzbereich von Art. 10 Abs. 2 BV erfasst.⁸² Für das durch die Verfahren der Fortpflanzungsmedizin gezeugte Kind wird das Kenntnisrecht durch Art. 119 Abs. 2 lit. g BV dahingehend konkretisiert, dass ein verfassungsmässiges Recht auf Zugang zu den Daten über die eigene Abstammung statuiert wird.⁸³ Freilich scheitert die Durchsetzung dieses Rechts häufig daran, dass das Kind nicht weiss, dass es eine andere genetische Abstammung hat und am Fehlen entsprechender Unterlagen im Ausland.

4. Eine kritische Betrachtung der Regelung de lege lata

Das Fortpflanzungsmedizingesetz befindet sich in Revision. Gegenstand der Revision ist die Präimplantationsdiagnostik, wobei der Bundesrat den Regelungsentwurf samt dazugehöriger Botschaft im Juni 2013 ans Parlament überwiesen hat.⁸⁴ Im Dezember 2012 hat Nationalrat Jacques Neiryck zudem zusammen mit sieben Mitunterzeichnenden eine parlamentarische Initiative mit dem Titel „Die Eizellenspende zulassen“ eingereicht. Zur Begründung des Vorstosses wurde ausgeführt, dass es weder einen biologischen noch einen ethischen Grund gäbe, zwischen der Samenzelle und der Eizelle zu unterscheiden. Um unfruchtbaren Paaren zu helfen, solle auch die Spende von Eizellen erlaubt sein.⁸⁵ Es ist davon auszugehen, dass sich das Parlament im Rahmen der Beratungen zur Revisionsvorlage zur Fortpflanzungsmedizin auch mit der Zulässigkeit einzelner Praktiken befassen wird. In den letzten Jahrzehnten hat sich das gesellschaftliche und medizinische Umfeld stark gewandelt, so dass eine Überprüfung des Verbots in der Tat notwendig erscheint.

a. Begründungen des Verbots

Bei der Ausarbeitung des Bundesgesetzes war die Regelung der Eizellenspende heftig umstritten.

Das Verbot wird in der Botschaft wie folgt begründet:

„Im Falle der Eispende wird die Mutterschaft aufgespalten zwischen genetischer Mutter einerseits und biologisch-gebärender, sozialer und rechtlicher Mutter andererseits. Im Vernehmlassungsverfahren ist in den einen Stellungnahmen geltend gemacht worden,

⁸¹ UN-Kinderrechtskonvention, für die Schweiz in Kraft seit 26. März 1997 (SR 0.107); Artikel 7 der UN-Kinderrechtskonvention ist in der Schweiz unmittelbar anwendbar, vgl. BGE 125 I 262 E. 3c/bb; BGE 128 I 71 E. 3.2.2.

⁸² HÄFELIN/HALLER/KELLER 118.

⁸³ BÜCHLER/RYSER 8; REUSSER/SCHWEIZER, N 41 ff. zu Art. 119 BV; zahlreiche ausländische Gesetzgebungen haben inzwischen ähnliche Ansprüche des Kindes verankert, vgl. KOCH 46.

⁸⁴ Botschaft zur Änderung der Verfassungsbestimmung zur Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV) sowie des Fortpflanzungsmedizingesetzes (Präimplantationsdiagnostik) vom 7. Juni 2013, BBl 2013 5853 ff. (Botschaft Präimplantationsdiagnostik).

⁸⁵ Parlamentarische Initiative Nr. 12.487 „Die Eizellenspende zulassen“ (eingereicht am 4. Dezember 2012).

dass die Beziehung zwischen der schwangeren Frau und dem in ihr heranwachsenden Keimling intensiver und damit eher geeignet sei, seelisch Konflikte auszulösen, als bei der Samenspende die Beziehung zwischen dem sozialen Wunschvater und dem später von der Frau geborenen Kind. Das Wissen, genetisch ein fremdes Kind auszutragen, könne sich während der Schwangerschaft nachteilig auswirken. Zudem erschwere das allfällige Wissen des Kindes, abstammungsmässig zwei Mütter zu haben, die Identitätsfindung und beeinträchtige die Persönlichkeitsentfaltung erheblich.

Die anderen Stellungnahmen sehen in einem Verbot der Eispende eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung der gespaltenen Mutterschaft gegenüber der gespaltenen Vaterschaft, die vor Artikel 4 der Bundesverfassung nicht standzuhalten vermöge. Vom Adoptionsbereich her wisse man, dass eine gespaltene Mutterschaft dem Kind nicht schade. Habe die soziale und rechtliche Mutter zusätzlich das Kind noch ausgetragen, so sei zu erwarten, dass die Beziehung zwischen ihr und dem Kind noch enger sei als bei einem Adoptivkind.

Für den Bundesrat ist entscheidend, dass die medizinisch unterstützte Fortpflanzung nicht zu Familienverhältnissen führen sollte, die von dem, was sonst natürlicherweise möglich ist, abweichen. Das Erfordernis der Eindeutigkeit der Mutterschaft bei der Geburt, das im Satz „*mater semper certa est*“ zum Ausdruck kommt, sollte nicht preisgegeben werden. Dies gilt umso eher, als die Eispende bis heute nur vereinzelt praktiziert worden ist, so dass es – anders als bei der heterologen Insemination – auch kaum wissenschaftliche Untersuchungen über ihre Auswirkungen gibt. Die Spaltung der Vaterschaft in einen genetischen und in einen sozial-rechtlichen Vater durch Insemination mit Spendersamen hat im Gegensatz zur Eispende bei natürlichen Zeugungsvorgängen eine Parallele: Dass der genetische Vater rechtlich nicht die Verantwortung für sein Kind übernimmt, dass insbesondere der Ehemann der das Kind gebärenden Frau nicht notwendigerweise dessen leiblicher Vater sein muss, ist eine Erfahrungstatsache. Dementsprechend kann man auch nicht von einer Diskriminierung der Frau sprechen“.⁸⁶

Die gegenüber der Eizellenspende sowohl im Zeitpunkt des Erlasses des Fortpflanzungsmedizingesetzes als auch in der seither weitergeführten Diskussion geäusserten Vorbehalte kreisen schwergewichtig um drei unterschiedliche Problemkreise. Einmal wird vorgebracht, die Eizellenspende entferne sich weitgehend von der natürlichen menschlichen Fortpflanzung und könne deshalb nicht gerechtfertigt werden. Ein zweiter Einwand gründet auf der Überzeugung, dass das Wohl des zu zeugenden Kindes vor den Gefahren geschützt werden müsse, die seiner Identitätsentwicklung durch das Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Mutterschaft drohen. Schliesslich wird aus dem Blickwinkel der Spenderin argumentiert, die Eizellenspende instrumentalisieren den weiblichen Körper und setze sie gesundheitlichen Belastungen sowie einem erhöhten Risiko von Ausnutzung und Ausbeutung aus. In den folgenden Ausführungen soll der Frage nachgegangen werden, ob die genannten Bedenken ein gesetzliches Verbot der Eizellenspende nach wie vor überzeugend zu begründen vermögen.

⁸⁶ Botschaft FMedG, 254 f.

b. Natürlichkeit?

Gegen die Zulassung der Eizellenspende wird regelmässig vorgebracht, die mit der Eizellenspende geschaffenen Familienverhältnisse würden in der Natur keine Entsprechung finden. Tatsächlich ist mit der Eizellenspende ein in der Menschheitsgeschichte gänzlich neues Phänomen verbunden: genetische und biologische Mütterlichkeit stimmen nicht überein. Ohne die Mitwirkung der Fortpflanzungsmedizin kann es zu einem solchen biologischen Geschehen nicht kommen. Elternschaft ist in der modernen europäischen Verwandtschaftskonzeption zwar tief in biologischen Strukturen verwurzelt und wird durch den natürlichen Reproduktionsprozess definiert. Dennoch war Elternschaft noch nie ein einfaches Abbild biologischer Realitäten.⁸⁷

Die Fortpflanzungsmedizin dient in erster Linie der Verwirklichung des Kinderwunsches von Paaren, deren Unfruchtbarkeit auf andere Weise nicht überwunden werden kann (Art. 5 Abs. 1 lit. a FMedG). Die künstliche Fortpflanzung an sich ist „unnatürlich“, sodass die Dichotomie der Natürlichkeit und der Unnatürlichkeit in diesem Zusammenhang paradox und unpassend erscheint.⁸⁸ Konsequenterweise hätten sich die aus Respekt vor dem natürlichen Zeugungsvorgang⁸⁹ vorgetragenen Einwände jedenfalls gegen sämtliche Möglichkeiten der Behebung der Unfruchtbarkeit richten müssen. Die In-Vitro-Fertilisation von männlichen und weiblichen Keimzellen ist ebenfalls insofern „unnatürlich“, als sie nur dank technischer Hilfsmittel bewerkstelligt werden kann. Daran ändert nichts, dass die heterologe Insemination im Zeitpunkt der Schaffung des Fortpflanzungsmedizingesetzes bereits seit längerem praktiziert wurde.⁹⁰ Es offenbart sich hier die eigentliche argumentative Schwäche des Natürlichkeitsgedankens: Die Kategorie der „Natürlichkeit“ ist nicht akkurat konturierbar, sondern stets auch von kulturellen und entwicklungsgeschichtlichen Veränderungen abhängig.⁹¹ Es lässt sich von einem universellen Standpunkt aus schlicht kein taugliches Mass bestimmen, um „natürliche“ von „unnatürlichen“ Verhaltensweisen zu unterscheiden.

Überdies begegnet das Natürlichkeitsargument im Kontext der Legitimierung eines gesetzlichen Verbots rechtstheoretischen Bedenken. Das „Natürliche“ ist für sich genommen nicht schutzwürdig und kann es solange nicht sein, als das natürlich Vorgefundene nicht auch das normativ Bestimmende ist. Von dem, was natürlicherweise vorkommt, soll und kann indessen nicht auf das moralisch wünschbare und erst recht nicht auf das normativ zu bestimmende geschlossen werden.⁹² Die Berufung des Gesetzgebers auf die in der Lebenswirklichkeit anzutreffenden und zu beobachtenden Vorgänge zur Legitimierung von Zugangsbeschränkungen in der Fortpflanzungsmedizin

⁸⁷ Vgl. BÜCHLER 1175 und PELET 72.

⁸⁸ Vgl. KUHN 231.

⁸⁹ Zur Bedeutung der „natürlichen Zeugung“ als Grundbedingung der menschlichen Entwicklung vgl. Amstad-Bericht, 1082.

⁹⁰ Vgl. Botschaft FMedG, 254.

⁹¹ Vgl. HEYDER 20 ff. und WEINKE 75 ff.

⁹² SEELMANN 244; STEINER/ROGGO 477 mit weiteren Nachweisen; auf diese Problematik wurde auch schon im Rahmen der parlamentarischen Debatte hingewiesen, vgl. AB 1997 S 683 Votum SR RHINOW.

entspricht aus dieser Sicht einem unzulässigen Schluss vom Sein auf das Sollen.⁹³ Umgekehrt kann die Samenspende sicherlich nicht schon deshalb als rechtlich und moralisch unbedenklich eingestuft werden, weil Kinder tatsächlich auch ausserhalb einer Ehe gezeugt werden. Ein öffentliches Interesse daran, das – wie auch immer zu definierende – „Natürliche“ als eine Art gesellschaftlichen Selbstverständnisses zu bewahren, gibt es nicht.⁹⁴ Folglich erfüllt die Bewahrung von sogenannten „natürlichen“ Verhältnissen die Anforderungen nicht, die angesichts von Art. 36 BV an die mit der Einschränkung von Freiheitsrechten verfolgten Ziele gestellt werden müssen. Um als eigenständiger Rechtfertigungsgrund für ein Verbot eines bestimmten Verfahrens gelten zu können, müssten neben deren „Unnatürlichkeit“ konkrete dadurch hervorgerufene Gefährdungen aufgezeigt werden können.

c. Kindeswohl

Der Gesetzgeber hat das Kindeswohl zum wichtigsten Grundsatz bei der Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren erklärt.⁹⁵ Gemäss Art. 3 Abs. 1 FMedG dürfen Fortpflanzungsverfahren nur angewendet werden, wenn das Kindeswohl gewährleistet ist. Das Kindeswohl gewährleisten sollten auch die verschiedenen Verbote einzelner Verfahren wie dasjenige der Eizellenspende. Dabei wird das Prinzip des Kindeswohls unter mehreren Gesichtspunkten relevant.⁹⁶ Zum einen ist zu klären, ob die Eizellenspende im Vergleich zur natürlichen Zeugung ein besonderes Risiko für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes aufweist. Die Eizellenspende müsste dann ausgeschlossen sein, wenn sie für das dadurch zu zeugende Kind mit hoher oder überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Gesundheitsschädigung führen würde oder deren Risikohaftigkeit noch gänzlich unerforscht wäre.⁹⁷ Zum anderen wurden – wie schon erwähnt – alle Formen gespaltener Mutterschaft als Gefährdung für die psychosoziale Entwicklung des Kindes betrachtet, weil sie zu natürlich nicht möglichen Familienverhältnissen führten.

Misstrauen und Zweifel gegenüber der Sicherheit der angewendeten Verfahren bestehen seit den frühen Anfängen der Fortpflanzungsmedizin. Wohl ebenso lange beschäftigt sich die medizinische Forschung mit allfälligen gesundheitlichen Auswirkungen auf die so gezeugten Kinder. Durch die zunehmende Invasivität der Techniken wurde insbesondere ab den 1990er-Jahren die Frage nach der Fehlbildungsrate dis-

⁹³ KUHN 231 f.; RÜTSCHKE/WILDHABER 806; STARCK 37; pointiert ferner BERNAT, Kommentar, 389 ff., 396: „[...] es ist noch nie überzeugend gelungen, die von Menschenhand unberührte Natur als Vorbild für moralische und rechtliche Wertungen in den Dienst zu nehmen.“

⁹⁴ RÜTSCHKE 521; kritisch auch GÄCHTER/RÜTSCHKE 122.

⁹⁵ Vgl. die Medienmitteilung des Bundesamtes für Justiz vom 4. Dezember 2000 anlässlich des Inkrafttretens des Fortpflanzungsmedizingesetzes mit der Überschrift „Wohl des Kindes ist oberster Grundsatz der medizinisch unterstützten Fortpflanzung“ (im Internet abrufbar unter www.bj.admin.ch/content/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2000/4.html).

⁹⁶ Die grundsätzliche Problematik des Kindeswohlbegriffs im Bereich der Fortpflanzungsmedizin soll an dieser Stelle ausgeklammert werden; vgl. dazu etwa COESTER-WALTJEN, Gutachten, 45 f.; KUHN 227 f.; MÜLLER-TERPITZ 20; ROBERTSON 13 ff.

⁹⁷ Amstad-Bericht, 1029 ff.; HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und Grundrechte, 135; KUHN 228 f.

kutiert.⁹⁸ Es liegt zu dieser Thematik inzwischen eine kaum mehr überblickbare Anzahl von Studien vor, die aufgrund von verschiedenen methodischen Ansätzen nicht leicht zu interpretieren sind.⁹⁹ Nach dem heutigen Wissenstand muss davon ausgegangen werden, dass die Fehlbildungsrate bei künstlich gezeugten Kindern signifikant höher ist als bei Kindern, die natürlich geboren wurden.¹⁰⁰ Absolut betrachtet ist das Risiko für ein Kind mit Fehlbildungen jedoch gering.¹⁰¹ Noch nicht im Einzelnen geklärt sind die Ursachen, wobei insbesondere umstritten ist, ob die höheren Fehlbildungsraten bei den Kindern auf die fortpflanzungsmedizinische Methode als solche oder aber auf die Infertilität der Eltern zurückzuführen ist.¹⁰² Verschiedentlich wird das erhöhte Risiko für Fehlbildungen nach der Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin deshalb mit dem generell bei Sub- oder Infertilität häufigeren Auftreten angeborener Fehlbildungen assoziiert.¹⁰³ Bezüglich des Einflusses der auch bei der Eizellenspende erforderlichen ovariellen Stimulation auf die Fehlbildungsrate liegen keine verlässlichen Forschungsdaten vor.¹⁰⁴ Greifbare Anhaltspunkte für ein bei der Eizellenspende im Vergleich zu anderen herkömmlichen Verfahren erhöhtes Fehlbildungsrisiko konnten bislang jedoch noch nicht festgestellt werden. Es wird denn auch davon ausgegangen, dass bei sorgfältiger Anamnese der Eizellspenderin grundsätzlich kein erhöhtes Risiko für Erkrankungen oder Fehlbildungen besteht.¹⁰⁵ Die Eizellenspende gilt als erfolgreiches und sicheres Verfahren und hat sich international zu einem Standardverfahren ent-

⁹⁸ Vgl. LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften, 551.

⁹⁹ Vgl. zu den Schwierigkeiten bei der Interpretation der Forschungsdaten DIEDRICH/BANZ-JANSEN/LUDWIG 110, REVERMANN/HÜSSING 102 ff. sowie WUNDER 35.

¹⁰⁰ Es wird angenommen, dass das Fehlbildungsrisiko bei der Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren gegenüber natürlichen Schwangerschaften um rund 30 % erhöht ist, vgl. LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften, 551 und REVERMANN/HÜSSING 115 ff. je mit Hinweisen auf gross angelegte Metaanalysen. Aus dem neueren Forschungsmaterial seien zudem die nachfolgenden Studien erwähnt: WEN ET AL., Birth defects in children conceived by in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a meta-analysis, *Fertil Steril* 2012 (6), 1331 ff. und SCHERRER ET AL., Systemic and Pulmonary Vascular Dysfunction in Children Conceived by Assisted Reproductive Technologies, *Circulation* 2012 (15), 1890 ff.; des Weiteren HANSEN ET AL., Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects – A systematic review, *Human Reproduction* 2005/20 (2), 328 ff.; REEFHUIS ET AL., Assisted reproductive technology and major structural birth defects in the United States, *Human Reproduction* 2009/24 (2), 360 ff.; DAVIES ET AL., Reproductive Technologies and the Risk of Birth Defects, *New England Journal of Medicine* 2012/366 (19), 1803 ff.; TARARBIT ET AL., The risk for four specific congenital heart defects associated with assisted reproductive techniques: a population-based evaluation, *Human Reproduction* 2013/28 (2), 367 ff.

¹⁰¹ Bei einer natürlichen Konzeption ist bei jeder 15. Schwangerschaft mit einer schweren Fehlbildung zu rechnen, nach der Anwendung künstlicher Zeugungsmethoden bei jeder 12. Schwangerschaft; vgl. WUNDER 34.

¹⁰² Eine Kausalität zwischen den Fehlbildungen und den Techniken der Fortpflanzungsmedizin konnte nicht belegt werden; vgl. LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften, 551 und die unter Fn. 100 zitierte Studie von REEFHUIS ET AL.

¹⁰³ Vgl. DE GEYTER 682 f.; REVERMANN/HÜSSING 140.

¹⁰⁴ LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften, 551.

¹⁰⁵ MAIER ET AL. 19; ZOLL 131.

wickelt.¹⁰⁶ Nicht anders als die in der Schweiz erlaubten Techniken gehört die Eizellenspende daher zu den erprobten und etablierten Fortpflanzungsverfahren.

Die schwerwiegendste Komplikation bei allen fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen ist für das Kind wie auch für die Frau die hohe Anzahl der Mehrlingsschwangerschaften.¹⁰⁷ Mehrlingsschwangerschaften sind – unabhängig von der Art der Zeugung – als Risikoschwangerschaften zu betrachten, weil sie mit einer erhöhten Gefahr von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen einhergehen.¹⁰⁸ Studien zufolge ist bei Mehrlingen insbesondere das Risiko von schweren Fehlbildungen erhöht.¹⁰⁹ Die hohe Zahl von Mehrlingsschwangerschaften ist vor allem auch auf die Bestrebungen zurückzuführen, zur Optimierung der Schwangerschaftsraten mehrere Embryonen gleichzeitig zu übertragen.¹¹⁰ Ein anderer Risikofaktor ist das zunehmende Alter der Mütter, da mit steigendem Alter natürliche Zwillingsschwangerschaften häufiger zu beobachten sind.¹¹¹ In Deutschland waren im Jahre 2010 bis zu 40 % der künstlich gezeugten Kinder Mehrlinge.¹¹² In der Europäischen Union wurden nach den aktuellsten verfügbaren Zahlen 19,4 % der Geburten nach künstlicher Fortpflanzung als Zwillingsgeburten und 0,8 % als Drillingsgeburten angegeben, während nach Eizellenspende 26,8 % Zwillingsgeburten sowie 0,6 % Drillingsgeburten zu verzeichnen waren.¹¹³ Von allen Geburten nach medizinisch unterstützter Zeugung in den USA im Jahre 2009 waren 43,7 % Zwillingsgeburten sowie 3,6 % Drillingsgeburten oder höhergradige Mehrlingsgeburten.¹¹⁴ Es wird angenommen, dass ein Drittel der nach der Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren zu beobachtenden Zunahme der Mehrlingsschwangerschaften auf ovarielle Stimulationsbehandlungen zurückzuführen sind.¹¹⁵ Die Mehrlingsrate nach Eizellenspende weicht nicht signifikant von derjenigen bei konventioneller In-Vitro-Fertilisation ab.¹¹⁶ Mehrlingsschwangerschaften sind somit ein grundsätzliches Problem aller Verfahren der künstlichen Fortpflanzung und kein spezi-

¹⁰⁶ Vgl. KENTENICH/PIETZNER 67 f.; SÖDERSTRÖM-ANTILLA ET AL. 483.

¹⁰⁷ ADAMSON/BAKER 517 ff.; DE GEYTER 679; LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen, 313; LÜTHY 943 f.; REYNOLDS ET AL. 1043 ff.; ROBERTSON 10.

¹⁰⁸ SCHRÖER/WEICHERT 334 f.; vgl. zu den möglichen Komplikationen im Einzelnen auch HOVATTA 707 ff. sowie zu psychosozialen Risiken beim Übergang zur Elternschaft KOWALCEK 464 ff.

¹⁰⁹ REVERMANN/HÜSSING 116; zu weiteren Risiken von Mehrlingsschwangerschaften und zu den Folgeproblemen auch WEBLUS ET AL. 187.

¹¹⁰ KOWALCEK 463; KRESS, Ethik, 660.

¹¹¹ LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen, 313; Schätzungen zufolge ist die Zunahme der Mehrlingsschwangerschaften zu rund einem Viertel auf das steigende Alter der Mütter zurückzuführen, vgl. LÜTHI 946 mit Hinweis auf entsprechende Studien.

¹¹² Vgl. Deutsches IVF Register, Jahrbuch 2011, Nachdruck aus Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2012/9 (6), 1 ff., 18.

¹¹³ Vgl. FERRARETTI ET AL., The European IVF-monitoring (EIM), and Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Assisted reproductive technology in Europe, 2009: results generated from European registers by ESHRE, Human Reproduction 28 (9), 2318 ff.

¹¹⁴ Assisted Reproductive Technology Surveillances – United States 2009. Surveillance Summaries (im Internet abrufbar unter www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6107a1.htm).

¹¹⁵ HAZEKAMP ET AL. 1217 ff.; LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen, 313.

¹¹⁶ WIGGINGS/MAIN 2002 ff.

fisch aus der Eizellenspende resultierendes Risiko. Demgegenüber konnte ein statistisch höheres Risiko für schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruck und für Präeklampsie als maternale Komplikation festgestellt werden, wobei in der Diskussion über die Ursachen neben immunologischen Faktoren auch eine zugrunde liegende ovarielle Dysfunktion genannt werden.¹¹⁷

Der Gesetzgeber hat im Fortpflanzungsmedizingesetz insbesondere der Problematik der Mehrlingsschwangerschaften durch die Aufnahme verschiedener Bestimmungen Rechnung getragen. Zunächst werden die behandelnden Ärzte durch Art. 6 Abs. 1 lit. c FMedG verpflichtet, das betroffene Paar sorgfältig über das Risiko einer allfälligen Mehrlingsschwangerschaft zu informieren.¹¹⁸ Art. 7 Abs. 3 FMedG sieht alsdann vor, dass das Verfahren im Falle eines erhöhten Risikos einer Mehrlingsschwangerschaft nur durchgeführt werden darf, wenn das Paar auch mit der Geburt von Mehrlingen einverstanden ist. Über die Sicherung der arztrechtlich bedeutsamen Entscheidungsfreiheit soll ausdrücklich gewährleistet sein, dass eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung bei Paaren unterbleibt, die sich nur ein Kind wünschen.¹¹⁹ Zur Vermeidung von höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften verbietet schliesslich Art. 17 FMedG die Übertragung von mehr als drei Embryonen innerhalb eines Behandlungsvorgangs. Ausserhalb des Körpers dürfen nur so viele imprägnierte Eizellen zu Embryonen entwickelt werden, als innerhalb eines Zyklus für die Herbeiführung einer Schwangerschaft erforderlich sind.¹²⁰ Durch diese Bestimmungen sollten einerseits höhergradige Mehrlingsschwangerschaften verhindert werden und andererseits die Problematik der überschüssigen Embryonen relativiert werden.¹²¹ Gleichzeitig hat der Gesetzgeber einen Mehrfachtransfer von Embryonen nicht gänzlich ausschliessen wollen, um damit die Chancen auf eine erfolgreiche Nidation zu erhöhen.¹²² Für die konkrete Handhabung der Eizellenspende in der Praxis liesse sich aus analogen Überlegungen ein vergleichbarer Rahmen setzen. Den mit der Eizellenspende verbundenen Risiken kann demnach – wie bei den bereits zulässigen Methoden auch – durch eine gesetzliche Reglementierung Rechnung getragen werden. Die bei der Anwendung der Eizellenspende feststellbaren Gefahren für die physische Integrität des zu zeugenden Kindes sind jedenfalls nicht derart, dass sie als tragende Begründung für ein gesetzliches Verbot überzeugen würden.

Zum anderen stellt sich die Frage, ob bei Inanspruchnahme der Eizellenspende die Lebensbedingungen des Kindes mit schwerwiegenden psychosozialen Risiken belastet sein würden. Der Gesetzgeber fokussiert nämlich seine Bestrebungen, das Kindeswohl

¹¹⁷ BERG 246; DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 292; REVERMANN/HÜSSING 112 f.; STOOP/NEKKEBROECK/DEVROEY 42 ff.; TRANQUILLI 1265; PECKS/MAASS/NEULEN, Eizellenspende, 23 ff.; VAN DER HOORN ET AL. 705 f.; WIGGINGS/MAIN 2002 ff.

¹¹⁸ Vgl. Botschaft FMedG, 257 f.

¹¹⁹ Botschaft FMedG, 260.

¹²⁰ Vgl. auch Art. 119 Abs. 2 lit. c BV, wonach nur so viele menschliche Eizellen ausserhalb des Körpers der Frau zu Embryonen entwickelt werden dürfen, als ihr sofort eingepflanzt werden können.

¹²¹ Botschaft FMedG, 266; vgl. dazu auch REUSSER/SCHWEIZER, N 33 zu Art. 119.

¹²² Botschaft FMedG, 260.

zu schützen, nicht nur auf den Zeugungsvorgang als solchen, sondern auch auf die späteren Lebensbedingungen des Kindes. Insbesondere sollen psychosoziale Belastungen im künftigen Leben des Kindes vermieden werden.¹²³ Die Elternschaft und Kindesentwicklung nach der Anwendung fortpflanzungsmedizinischer Verfahren wird seit längerem wissenschaftlich erforscht. Eine Mehrzahl der vorhandenen Studien kam zum Ergebnis, dass sich die psychische, motorische und soziale Entwicklung künstlich gezeugter Kinder nicht substantiell von derjenigen natürlich gezeugter Kinder unterscheidet.¹²⁴ Es konnten auch noch keine empirisch fundierten Nachweise dafür gefunden werden, dass sich die Eltern-Kind-Beziehung nicht normal entwickelt.¹²⁵ Eine in Finnland durchgeführte Studie konnte aufzeigen, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung nicht davon abhängt, ob das Kind genetisch nur von der Mutter oder nur vom Vater abstammt.¹²⁶ Die wegen der Spaltung der Mutterschaft befürchteten Identitätsfindungsschwierigkeiten liessen sich nicht empirisch erhärten. Als wissenschaftlich anerkannt gelten darf hingegen, dass die Identitätsfindung des Kindes durch das Zurückhalten von Informationen über die besonderen Umstände seiner Entstehung und Abstammung negativ beeinflusst werden kann.¹²⁷ Namentlich konnte festgestellt werden, dass die zufällige Entdeckung der eigenen Herkunftsgeschichte zu Enttäuschung und Beeinträchtigungen der Beziehungsqualität führt.¹²⁸ Wie häufig künstlich gezeugte Kinder von ihren Eltern tatsächlich informiert werden, ist nicht bekannt. Bevor deswegen zu einem Verbot der Eizellenspende geschritten wird, gilt es im Sinne der Verhältnismässigkeit aber zunächst, den Anspruch von Kindern auf Aufklärung über seine genetischen Eltern rechtlich abzusichern.¹²⁹

Aus Sicht des Kindeswohls sprechen keine überzeugenden Gründe gegen die Zulässigkeit der Eizellenspende. Der Rückgriff auf das Kindeswohl vermag zudem nicht nachvollziehbar zu begründen, weshalb die Spaltung zwischen sozialer beziehungsweise rechtlicher und genetischer Elternschaft beim Samenspender, nicht aber bei der Eizellenspenderin hingenommen wird. Deshalb weckt das Verbot der Eizellenspende auch unter gleichheitsrechtlichen Aspekten nicht unerhebliche Bedenken. Die Ungleichbehandlung von Mann und Frau bei der Spende von Keimzellen ist nur dann mit der Verfassung zu vereinbaren, wenn biologische Unterschiede diese zwingend erfordern beziehungsweise eine Gleichbehandlung absolut ausschliessen.¹³⁰ Die Eizellenspende weist gegenüber der Samenspende die Besonderheit auf, dass das Kind durch die

¹²³ Botschaft FMedG, 254; vgl. auch KRAMER 62 und PELET 72.

¹²⁴ Vgl. die zusammenfassende Darstellung bei SIMONI 67 und bei REVERMANN/HÜSSING 155 f.; siehe ferner SÖDERSTRÖM-ANTTILA 30 f.

¹²⁵ GOLOMBOK/READINGS ET AL. 230 ff.; GREENFELD/KLOCK 477 ff.; MURRAY/MACCALLUM/GOLOMBOK 610 ff.; vgl. auch THORN 86 ff.

¹²⁶ GOLOMBOK/MURRAY ET AL. 519 ff.; vgl. auch COOK 128 ff. und HERRMANN 155 f.

¹²⁷ BERG 250; RUSCH 58 f.; SIMONI 64 ff.

¹²⁸ FRITH 821; GOLOMBOK/BREWAEYS/GIAVAZZI 830 ff.; MCGEE/BRAKMAN/GURKMANKIN 2035.

¹²⁹ Für die Samenspende enthält das Fortpflanzungsmedizingesetz bereits Regelungen zum Informationsanspruch, vgl. Art. 27 und Art. 24 FMedG.

¹³⁰ So die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichts, vgl. etwa BGE 108 Ia 29 E. 5a und BGE 129 I 269 E. 3.2.

Herkunft der Eizelle genetisch mit der spendenden Frau und durch die Schwangerschaft und die Geburt biologisch mit der austragenden Frau verwandt ist. Die in diesem Zusammenhang häufig aufgeworfene Frage nach der rechtlichen Zuordnung des Kindes stellt sich unter dem geltenden schweizerischen Abstammungsrecht nicht. Das Kindesverhältnis zwischen dem Kind und der Mutter entsteht nach Art. 252 Abs. 1 ZGB von Gesetzes wegen durch die Geburt.¹³¹ Am herkömmlichen Entstehungsgrund der Mutterschaft hat der Einsatz der modernen Fortpflanzungsmedizin nicht zu rütteln vermocht,¹³² und die rechtliche Mutterschaft liesse sich auch bei Zulassung der Eizellenspende unter Ausschluss von Anfechtungsklagen klarstellen. Dass ein Kind einen Nachteil erleidet, wenn es nach einer durch Eizellenspende erfolgten Zeugung mit der gebärenden und damit auch rechtlichen Mutter aufwächst, konnte bislang wissenschaftlich nicht belegt werden. Bei der heterologen Samenspende wird gar hingenommen, dass sich die Beziehung des Kindes zum Vater im Rechtssinne ausschliesslich auf das soziale und rechtliche Band beschränkt.¹³³ Von daher gesehen müsste der Eizellenspende an sich aufgeschlossener gegenübergetreten werden.¹³⁴ Der im Gesetzgebungsverfahren wiederholt vorgebrachten Behauptung, die Einheit der Mutterschaft sei für die spätere Entwicklung wichtiger als diejenige der Vaterschaft,¹³⁵ fehlt es an wissenschaftlicher Evidenz. Die Spaltung zwischen sozialer und biologischer Mutterschaft stellt keine biologisch fundierte Andersartigkeit dar, an welcher die Ungleichbehandlung von Samen- und Eizellenspende zulässigerweise anknüpfen könnte.¹³⁶ Entgegen verschiedenen Meinungsäusserungen von Befürwortern eines Verbots der Eizellenspende¹³⁷ dispensiert schliesslich der Umstand, dass aufgrund dieser Zugangsbeschränkung in der überwiegenden Anzahl der Fälle ein Paar und nicht eine Einzelperson seinen Kinderwunsch nicht verwirklichen kann, nicht von einer näheren Auseinandersetzung mit der Gleichheitsproblematik. Die allenfalls gemeinsame Betroffenheit ist lediglich eine Folgeerscheinung der vorliegend im Vordergrund des Interesses stehenden Tatsache, dass es für eine Frau ohne funktionsfähige Keimzellen

¹³¹ Grundsatz “mater semper certa est”; vgl. statt vieler HEGNAUER, Kindesrecht, Rz. 3.02.

¹³² BÜCHLER 1178; RUSCH 72/73; vgl. auch BSK ZGB I-SCHWENZER, N 9 zu Art. 252 ZGB; FOUNTOULAKIS 261; MEIER/STETTLER 115.

¹³³ Vgl. BERNAT, Anmerkung, 89.

¹³⁴ So BEITZ 221; BERNAT, Rechtsfragen, 221 und HEUN 61; ähnlich auch WEYRAUCH 127 mit dem Hinweis, dass die gebärende Frau durch Schwangerschaft und Geburt die Chance zu einem persönlichen Beziehungsaufbau habe und daher beide Wunscheltern eng an das Kind gebunden seien.

¹³⁵ Vgl. nur AB 1998 N 1331 (Votum BR KOLLER) sowie AB 1997 S 681 (Votum SR BIERI, wonach die weibliche Eizelle weit mehr “Lebenspotential” beinhalte als eine männliche Samenzelle).

¹³⁶ BEN-AM 179 f.; KUHN 289 und 360; STEINER/ROGGO 480; offengelassen von REUSSER/SCHWEIZER, N 28 zu Art. 119 BV; siehe sodann für das deutsche Recht HEUN 61, MÜLLER-GÖTZMANN 255 f., REINKE 129 ff. sowie ZIMMERMANN 116 und für das österreichische Recht NOVAK 71 f. sowie Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts vom 2. Juli 2012, 25 f.; a.M. BEITZ 221.

¹³⁷ Vgl. aus den parlamentarischen Beratungen etwa AB 1998 N 1330 (Votum NR DORMANN); siehe ferner die abweichende Auffassung in der Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts vom 2. Juli 2012, 64.

im Gegensatz zu einem Mann mit der gleichen gesundheitlichen Einschränkung keine Möglichkeit der Anwendung der Fortpflanzungsmedizin gibt.

d. Gesundheitsrisiken und Instrumentalisierung der Spenderin

Anders als bei den gesetzlich erlaubten Fortpflanzungstechniken ist bei der Eizellenspende neben der Kinderwunschpatientin und ihrem Partner eine zusätzliche Person involviert. Bei der Eizellenspende handelt es sich um einen invasiven Eingriff, der psychisch und physisch anstrengend ist, schmerzhaft sein kann und auch nicht frei von gesundheitlichen Risiken ist.¹³⁸ Am schwersten wiegt das Risiko eines ovariellen Hyperstimulationssyndroms als Folge einer zu Beginn des Verfahrens durchgeführten Hormonbehandlung.¹³⁹ Die hormonelle Behandlung soll die Aktivität der Eierstöcke anregen, damit die Zyklen von Spenderin und Empfängerin synchronisiert werden und möglichst viele Eizellen gewonnen werden können.¹⁴⁰ Beim ovariellen Hyperstimulationssyndrom handelt es sich um eine relativ häufig auftretende Komplikation, wobei die Häufigkeitszahlen je nach Schweregrad der Ausprägung zwischen rund 0,5 % und 5,0 % variieren.¹⁴¹ In schweren Fällen können die Folgeerscheinungen für die betroffene Frau lebensbedrohlich oder sogar tödlich sein.¹⁴² In Bezug auf weitere befürchtete Risikofaktoren wie ein als Folge der Hormonbehandlung erhöhtes Risiko für Krebserkrankungen oder negative Auswirkungen auf die eigene Fruchtbarkeit der Eizellenspenderin lässt der gegenwärtige medizinische Wissensstand keine abschliessende Aussage zu.¹⁴³ Die Entnahme der Eizellen erfolgt nach dem heutigen Stand der Technik schliesslich durch eine ultraschall-gesteuerte, vaginale Follikelpunktion.¹⁴⁴ Dabei handelt es sich um einen invasiven Eingriff, der mit operativen Risiken sowie Risiken durch eine Sedierung oder Narkose verbunden ist.¹⁴⁵ Die am häufigsten auftretenden Komplikationen sind vaginale Blutungen oder Blutungen innerhalb des Bauchraumes,¹⁴⁶ welche gemäss statistischen Angaben aus Deutschland in seltenen Fällen eine stationäre Behandlung oder eine operative Nachversorgung erforderlich machten.¹⁴⁷ Die Eizellenspende ist zusammenfassend mit ernsthaften Gesundheitsrisiken für die Spenderin verbunden, wobei das körperliche Risiko zufolge der Weiterentwicklung der reproduktionsmedizinischen Verfahren wesentlich verringert werden

¹³⁸ So die Charakterisierung der Eizellenspende durch die englische Regulierungsbehörde Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA).

¹³⁹ Ausführlich HESS/KRÜSSEL/BASTON-BÜST 318 ff.; REVERMANN/HÜSSING 105 ff.

¹⁴⁰ GRAUMANN 177; SCHRÖDER/SOYKE 118; vgl. auch die Dokumentation „Third-party Reproduction. A Guide for Patients“ der American Society of Reproductive Medicine.

¹⁴¹ BERG 246; BINDER/GRIESINGER/KIESEL 203; BÜNDGEN ET AL. 40; LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen, 306.

¹⁴² HESS/KRÜSSEL/BASTON-BÜST 322; KATZORKE ET AL. 555; KENTENICH/UTZ-BILLING 233; REVERMANN/HÜSSING 105.

¹⁴³ BERG 246 f.; GRAUMANN 178; REVERMANN/HÜSSING 109 f.

¹⁴⁴ RÖSING/NEULEN 81; ausführlich auch LUDWIG 210 ff.

¹⁴⁵ Vgl. LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen, 306 f.

¹⁴⁶ BÜNDGEN ET AL. 40.

¹⁴⁷ Deutsches IVF Register, Jahrbuch 2011, Nachdruck aus Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 12/9 (6), 1 ff., 31.

konnte.¹⁴⁸ Für die Beurteilung insbesondere der längerfristigen Folgen fehlen jedoch noch aussagekräftige Untersuchungen.¹⁴⁹

Die Eizellenspenderin trägt nach dem Ausgeführten gravierende gesundheitliche Risiken und Belastungen, ohne dass dadurch ein Beitrag an ihr gesundheitliches Wohlergehen geleistet würde. Das Verfahren ist zudem aufwändig und anspruchsvoll. Diese namentlich für die medizinethische Bewertung relevante Ausgangslage unterscheidet sich von derjenigen bei der körperlich weit weniger belastenden Samenspende.¹⁵⁰ Gewisse Differenzierungen bei der Behandlung der beiden Keimzellenspenden sind daher durchaus angezeigt, können aber ein Verbot der Eizellenspende nicht rechtfertigen. Es ist vorab darauf hinzuweisen, dass die nicht von einer anderen Frau stammenden Eizellen für eine In-Vitro-Fertilisation verwendet werden dürfen. Die künftig Schwangere kann in den für die Gewinnung der Eizellen erforderlichen Eingriff einwilligen, der nicht anders verläuft und nicht weniger Risiken birgt als bei einer Fremdeizelle.¹⁵¹ Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass auch eine Spenderin in den Eingriff einwilligen können muss und dieser dadurch legitimiert wird.¹⁵² Es lassen sich keine überzeugenden Gründe anführen, weshalb der betroffenen Frau diese Entscheidung im Gegensatz zur Rechtslage bei erlaubten medizinischen Behandlungen zum Wohle eines Dritten (z.B. Organspende) von vornherein verwehrt bleiben soll. Zu einer abweichenden Einschätzung kann auch nicht der Umstand führen, dass die Transplantation von Organen durch lebende Personen ausschliesslich der Abwendung einer Lebensgefahr oder der Lebensverlängerung bei einem anderen Menschen dient.¹⁵³ Die Methoden der Fortpflanzungsmedizin helfen, neues Leben entstehen zu lassen. Weshalb das eine Ansinnen als schützenswerter angesehen werden müsste als das andere, ist angesichts der Vielzahl der zu beachtenden Aspekte nur schwer zu begründen.¹⁵⁴ Weil der Eingriff nicht mit einem therapeutischen Nutzen für die Spenderin gerechtfertigt werden kann und damit mit dem in der Medizinethik zentralen Gebot der Nichtschädigung¹⁵⁵ in Konflikt gerät, muss der selbstbestimmten und freien Einwilligung der Patientin und deren vorangehenden Aufklärung höchste Priorität beigemessen werden. Dadurch lässt sich ein hinreichender Schutz der Eizellenspenderin gewährleisten,¹⁵⁶ sodass ein gänzliches Verbot der Eizellenspende auch unter diesem Gesichtspunkt nicht erforderlich ist.

¹⁴⁸ THORN 96.

¹⁴⁹ DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 294; GRAUMANN 178 f.

¹⁵⁰ Vgl. auch KATZ 772 f.

¹⁵¹ Vgl. STEINER/ROGGO 479.

¹⁵² Beim sogenannten *egg sharing* bleibt der Spenderin ein zusätzlicher körperlicher Eingriff ohnehin erspart, da bereits entnommene und überzählige Eizellen zur Anwendung gelangen; siehe LURGER 136.

¹⁵³ In diese Richtung hat der Österreichische Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung zur Aufhebung des Verbots der Eizellenspende argumentiert (Entscheidungsgrund II./B.2.6.4).

¹⁵⁴ REINKE 131 f., der sich grundsätzlich gegen die Zulässigkeit der damit angesprochenen Abwägung zwischen dem Nutzen und dem Risiko eines Eingriffs ausspricht; vgl. dazu auch STEINER/ROGGO 480.

¹⁵⁵ Vgl. dazu ausführlich BEAUCHAMPS/CHILDRESS 149 ff.

¹⁵⁶ Vgl. allgemein zum Erfordernis der Einwilligung MANAĚ 79 ff.

Auf der Ebene von Beratung und Aufklärung sind schliesslich problematische Aspekte wie die zuweilen befürchtete Instrumentalisierung und Ausbeutung oder das Vorliegen von die freie Entscheidung beeinträchtigenden Drucksituationen zu diskutieren. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass verschiedene Faktoren den Entscheid zur Einwilligung in eine Eizellenspende beeinflussen können. Einerseits wird in diesem Kontext auf die Gefahr eines Eizellenhandels auf Kosten von sozial und wirtschaftlich schlechter gestellten Frauen hingewiesen, die sich zu sehr von finanziellen Motiven leiten lassen.¹⁵⁷ Andererseits wird befürchtet, dass die sorgfältige Aufklärung der Spenderinnen unter den ökonomischen Interessen der Fertilitätskliniken leiden könnte, namentlich wenn die Nachfrage nach Eizellen das Angebot übersteigt.¹⁵⁸ Denkbar ist schliesslich, dass sich Frauen gerade in verwandtschaftlichen Beziehungen unter einen besonderen Druck gesetzt fühlen könnten, sich auf eine Eizellenbehandlung einzulassen. Die schweizerische Bundesverfassung geht davon aus, dass die Kommerzialisierung von Samen- oder Eizellen mit der Menschenwürde nicht vereinbar sei, und untersagt jeglichen Handel mit menschlichen Keimzellen.¹⁵⁹ Dass einzelne unseriöse Anbieter ihre Praktiken nicht nach diesem Grundsatz ausrichten, lässt sich nicht absolut vermeiden, auch nicht durch ein Verbot der Eizellenspende. Wie die Grosse Kammer des EGMR im bereits erwähnten Urteil aus dem Jahre 2011 festgestellt hat, kann Missbrauchsgefahren auch durch gesetzliche Regulierung und nicht ausschliesslich durch ein Verbot vorgebeugt werden.¹⁶⁰ Zu denken wäre diesbezüglich in erster Linie an gesetzliche Vorkehrungen, welche in Nachachtung des verfassungsmässigen Grundgedankens den unentgeltlichen Charakter der Eizellenspende sicherstellen könnten, indem sie die zu leistenden Vergütungen auf einen blossen Aufwandsersatz begrenzen. Von einer selbstbestimmten Entscheidung ist nur auszugehen, wenn hinreichend Gewähr dafür besteht, dass sich die Patientin nicht aus wirtschaftlichen, sozialen oder anderweitigen Gründen zur Behandlung zu fremdnützigen Zwecken gezwungen fühlt. In die Pflicht zu nehmen wären damit vor allem die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, welche die Motivation der Spenderin vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Verhältnisse vertieft abzuklären haben werden. Der Gefahr eines Eizellenhandels könnte schliesslich durch gesetzliche Bestimmungen zu Vermittlungstätigkeiten und Werbeaktivitäten begegnet werden. In der Gesamtheit liesse sich durch die erwähnten medizinischen Massnahmen ein Rahmen schaffen, in welchem der Eingriff auf der selbstbestimmten Einwilligung der Eizellenspenderin beruht und diese vor wirtschaftlicher Ausbeutung geschützt wird.

¹⁵⁷ BERG 245 und 252; BEITZ 223 f.; CHECK 606; HERRMANN 162; PINSART 188 f.

¹⁵⁸ BRODDE, Die Jagd nach den Eizellen, in: Greenpeace Magazin 2006 (3), 72 ff., 75; SCHINDLE, Rohstoff für das Mutterglück, in: DIE ZEIT vom 18. Januar 2007; GRAUMANN 182 f.

¹⁵⁹ AUBERT, N 24 zu Art. 119 BV; REUSSER/SCHWEIZER, N 37 zu Art. 119 BV.

¹⁶⁰ S.H. und andere gegen Österreich, EGMR Urteil (GK) vom 3. November 2011, No 57813/00, Ziffer 77: „[...] Furthermore, potential abuse, which undoubtedly has to be combated, is not a sufficient reason for prohibiting a specific procreation technique as a whole, if there exists the possibility to regulate its use and devise safeguards against abuse. [...]“; zustimmend COESTER-WALTJEN, Entscheidbesprechung, 957.

e. Zusammenfassung

Das schweizerische Bundesgericht hat bereits vor Inkrafttreten des Fortpflanzungsmedizingesetzes den Wunsch nach Kindern als eine elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung anerkannt und ihn unter den Schutz der persönlichen Freiheit gestellt. Der schweizerische Gesetzgeber hat sich sodann im Grundsatz eindeutig zugunsten der Zulässigkeit fortpflanzungsmedizinischer Techniken bekannt. Es gibt zahlreiche ungewollt kinderlose Eltern, denen nur mittels einer Eizellenspende geholfen werden kann. Ein Verbot eines bestimmten Fortpflanzungsverfahrens hat sich an die in der Bundesverfassung für alle Einschränkungen von Freiheitsrechten vorgegebenen Schranken zu halten. Die vorangegangenen Ausführungen haben aufgezeigt, dass diese Voraussetzungen beim Verbot der Eizellenspende nicht erfüllt sind und die vom Gesetzgeber dafür angefügten Begründungen nicht aufrechterhalten werden können. Einerseits sind weder die Bewahrung von als „natürlich“ angesehenen Verhältnissen noch die mit Verweis auf das Kindeswohl angestrebte Sicherstellung der Einheit der Mutterschaft als rechtfertigendes Eingriffsziel zu qualifizieren. Zudem bestehen keine sachlich stichhaltigen Gründe, die eine Ungleichbehandlung der Samenspende und der Eizellenspende rechtfertigen könnten. Zuletzt sind der Schutz der Eizellenspenderin vor Missbrauch und Ausbeutung zwar legitime Handlungsziele, doch erweist sich ein Verbot in dieser Hinsicht als unverhältnismässig. Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass das Verbot der Eizellenspende sowohl die persönliche Freiheit der betroffenen Paare als auch das Gebot der Gleichbehandlung verletzt. Daraus folgt, dass die Eizellenspende (auch) in der Schweiz zuzulassen ist.

III. Die Eizellenspende de lege ferenda: Eckpunkte einer möglichen Regelung

1. Geltende Rahmenbedingungen

Das Bundesgesetz über die medizinisch assistierte Fortpflanzung enthält einige Normen, die den Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Verfahren regeln und begrenzen. Von zentraler Bedeutung ist Art. 3 Abs. 1 FMedG, wonach fortpflanzungsmedizinische Verfahren nur angewendet werden dürfen, wenn das Kindeswohl gewährleistet ist. Der Gesetzgeber hat sich verschiedener Strategien bedient, um diese allgemeine Handlungsanweisung zu realisieren: Der Zugang zur medizinisch assistierten Fortpflanzung ist streng reguliert, die Selektion von Keimzellen ist eingeschränkt und das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ist gewährleistet. Die nachfolgenden Überlegungen gehen davon aus, dass eine Regelung zur Zulassung der Eizellenspende sich in das rechtliche Korsett des Fortpflanzungsmedizingesetzes einpassen muss, das heisst, dass die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen auch für sie Geltung beanspruchen sollen.

2. Die Eizellenempfängerin

Das FMedG erklärt das Kindeswohl zur leitenden Maxime der Fortpflanzungsmedizin (Art. 3 Abs. 1 FMedG). Was dies genau bedeutet und ob dies gerechtfertigt ist, sei an dieser Stelle dahin gestellt. Eine Regelung der Eizellenspende, die sich in das bestehende Gesetz widerspruchsfrei einfügt, muss sich allerdings an diesem Prinzip beziehungsweise an dessen verschiedenen Ausprägungen orientieren.

Die Frage, inwiefern die Eizellenspende gewisse Risiken für den Embryo birgt, wurde bereits erörtert. Das Behandlungsziel liegt in der Geburt eines gesunden Kindes. Ist dieses Ziel durch die Eizellenspende gefährdet, muss diese unterbleiben. Ein spezifisch mit der Eizellenspende zusammenhängendes Risiko für den Embryo besteht allerdings nicht.

a. Zugang zur Eizellenspende

Es stellt sich zunächst die Frage, wer im Falle der grundsätzlichen Zulassung der Eizellenspende zu dieser Zugang haben soll.

Indikationen

Die Inanspruchnahme eines fortpflanzungsmedizinischen Verfahrens muss gemäss Art. 5 Abs. 1 FMedG indiziert sein: Ein fortpflanzungsmedizinisches Verfahren darf nur angewendet werden, wenn damit die Unfruchtbarkeit eines Paares überwunden werden soll und die anderen Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind (lit. a); oder die Gefahr, dass eine schwere, unheilbare Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, anders nicht abgewendet werden kann (lit. b).

Die klinische Definition der Infertilität umfasst eine Funktionseinschränkung des Reproduktionssystems. In der medizinischen Praxis wird von Unfruchtbarkeit gesprochen, wenn innerhalb eines oder zweier Jahre bei regelmässigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Schwangerschaft eintritt.¹⁶¹ Den verschiedenen langen Zeiträumen liegen unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten des Eintretens von natürlichen Schwangerschaften zugrunde. Dabei ist zu beachten, dass die Schwangerschaftschance wegen der raschen Abnahme der Fertilität bei über 35-jährigen Frauen stark sinkt und etwa im Falle der vorzeitigen Menopause sogar gleich null ist.¹⁶² Die etablierte Definition der Unfruchtbarkeit¹⁶³ bedarf daher in Bezug auf die Eizellenspende insofern einer Modifizierung, als ein Zuwarten mit ersten Abklärungen für eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung in Fällen, in welchen die Fruchtbarkeit offensichtlich nicht mehr gegeben ist, nicht sinnvoll ist.¹⁶⁴

Die weitere gesetzliche Indikation der Verhinderung einer schweren, unheilbaren Krankheit¹⁶⁵ wird hingegen auch den Zugang zur Eizellenspende klar eingrenzen.

Zugangsbeschränkungen und Kindeswohl

Weiter enthält das FMedG eine Konkretisierung des Kindeswohlgrundsatzes in der Bestimmung, wonach Fortpflanzungsverfahren nur bei Paaren angewendet werden dürfen, die aufgrund ihres Alters und ihrer persönlichen Verhältnisse voraussichtlich bis zur Volljährigkeit des Kindes für dessen Pflege und Erziehung sorgen können (Art. 3 Abs. 2 lit. b FMedG). Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung stehen zudem nur Paaren offen, zu denen ein Kindesverhältnis im Sinne der Art. 252-263 ZGB begründet werden kann. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollen alleinstehende Personen oder gleichgeschlechtliche Paare keinen Zugang zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung haben. Personen in eingetragener Partnerschaft ist der Zugang zur Fortpflanzungsmedizin zudem ausdrücklich verwehrt (Art. 28 PartG). Auch wenn diese Zugangsbeschränkungen fragwürdig sind, insbesondere das Verbot für gleichgeschlechtliche Paare mit dem Kindeswohl nicht begründet werden kann,¹⁶⁶ der Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Verfahren vielmehr grundsätzlich ein Gebot der Gleichbehandlung wäre,¹⁶⁷ sind Eizellenspende und Samenspende diesbezüglich gleich zu regeln.

¹⁶¹ Botschaft FMedG, 255.

¹⁶² Vgl. IMTHURN/MAURER-MAJOR/STILLER 125.

¹⁶³ BIAGGINI, N 14 zu Art. 119 BV; REUSSER/SCHWEIZER, N 29 f. zu Art. 119 BV; kritisch zur Auslegung des Begriffs „Unfruchtbarkeit“ COPUR 120.

¹⁶⁴ IMTHURN/MAURER-MAJOR/STILLER 125.

¹⁶⁵ AUBERT, N 19 zu Art. 119 BV; GÄCHTER/RÜTSCHKE 120; SCHMID 58; vgl. auch Botschaft FMedG, 255 f.

¹⁶⁶ Vgl. etwa COPUR 188 ff.; KUHN 364 f. und RÜTSCHKE 526 sowie für das deutsche Recht MÜLLER-GÖTZMANN 330 ff.

¹⁶⁷ Gemäss Art. 8 Abs. 2 BV darf niemand wegen seiner Lebensform diskriminiert werden, wobei damit in erster Linie die sexuelle Orientierung einer Person geschützt werden soll. Der Ausschluss gleichgeschlechtlicher Paare von der Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Methoden begegnet deshalb gewichtigen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Dasselbe gilt für die Regelung, wonach nur verheiratete Paare Zugang zu heterologen Verfahren der Fortpflanzungsmedizin haben (Art. 3 Abs. 3 FMedG für die Samenspende). Auch diese Zugangsbeschränkung lässt sich mit dem Kindeswohl nicht rechtfertigen. Verlässliche familialen Strukturen sind für das Kindeswohl von zentraler Bedeutung.¹⁶⁸ Kinder sind in hohem Masse auf emotionale Zuwendung in stabilen sozialen Beziehungen angewiesen.¹⁶⁹ Nun ist es aber gesichertes Erkenntnis, dass die Rechtsform der Ehe keine Stabilität mehr zu garantieren vermag, dies ungeachtet der tatsächlich gestiegenen Scheidungsziffer deshalb, weil die eheliche Beziehung heute ohne Weiteres einvernehmlich aufgelöst oder einseitig gekündigt werden kann.¹⁷⁰ Es besteht keine Gewähr, dass nach abgeschlossener medizinisch assistierter Fortpflanzung die eheliche Gemeinschaft fortgeführt wird. Das Kindeswohlargument beinhaltet auch eine realitätsfremde Stigmatisierung nichtehelicher Lebensgemeinschaften als kindeswohlgefährdend. Jedenfalls ist die Ehe weder eine notwendige, noch eine hinreichende Bedingung für das Kindeswohl. Das geltende Fortpflanzungsmedizin-gesetz verharrt im institutionellen Denken des 19. Jahrhunderts, verschliesst sich dem Wandel familialer Wirklichkeiten und ist Ausdruck der ungewöhnlichen Persistenz des normativen Leitbildes der natürlichen Einheit biologischer und sozialer Elternschaft, die in der Ehe ihre unauftrennbare Erfüllung finden soll. Sozialwissenschaftliche Studien belegen eindrücklich, dass für die Entwicklung der Kinder nicht die Struktur der Familie, sondern die Qualität der innerfamilialen Beziehungen entscheidend ist.¹⁷¹ Insbesondere aus der Scheidungsforschung ist bekannt, dass Kinder durch Zerrüttung und Veränderungen von Familien mitunter erheblich belastet werden können und dass familiäre Veränderungen die kognitive Entwicklung und die Gesundheit der Kinder stärker beeinflussen als die Struktur der Familie an sich.¹⁷² Der generelle Ausschluss von nichtehelichen Paaren vom Zugang zu heterologen Verfahren der Fortpflanzungsmedizin ist meines Erachtens zu überdenken, in diesem Zusammenhang muss es allerdings bei der Feststellung bleiben, dass Eizellenspende und Samenspende gleich zu behandeln sind.

Alter

Der Gesetzgeber legt Wert darauf, dass das Kind von seinen künftigen Eltern möglichst lange betreut werden kann.¹⁷³ Was das Kriterium des Lebensalters anbelangt, gilt bei der Mutter aufgrund des geltenden Verbots der Eizellenspende (Art. 4 FMedG) das Klimakterium als natürlich gegebene Altersgrenze für eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung. Die Festsetzung einer starren Altersgrenze wurde demgegenüber abge-

¹⁶⁸ Ausführlich BODENMANN 119 ff. und CAVANAGH/HUSTON 563 ff.; vgl. auch SIMONI 8.

¹⁶⁹ Vgl. nur DETTENBORN 52 f. und BAVERIA, 144.

¹⁷⁰ Art. 111 ff. ZGB.

¹⁷¹ Vgl. etwa AMATO 83 und RUPP 308.

¹⁷² FamKomm Scheidung/SCHREINER, Anh. Psych., N 36 ff.; SIMONI, 49 f.; siehe auch BODENMANN 75 ff.

¹⁷³ Gemäss Art. 3 Abs. 2 lit. b FMedG dürfen fortpflanzungsmedizinische Verfahren nur bei Paaren angewendet werden, die aufgrund ihres Alters und ihrer persönlichen Verhältnisse voraussichtlich bis zur Volljährigkeit des Kindes für dessen Pflege und Erziehung sorgen können.

lehnt.¹⁷⁴ Zahlreiche Spitäler behandeln Frauen bis zum einem Alter von rund 43 Jahren, zumal eine spätere Behandlung kaum mehr Aussicht auf Erfolg hat.

Wird das Verbot der Eizellenspende aufgehoben, stellt sich die Frage nach dem Höchstalter der Frau, welche die Eizellenspende empfängt, neu, denn die Austragung eines Embryos, der mit einer gespendeten Eizelle gezeugt wurde, ist auch noch in fortgeschrittenem Alter möglich.

Es bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, die Frage des Alters der Eizellenempfängerin gesetzlich zu behandeln:

Zum einen könnte man es bei der bereits heute bestehenden Regelung belassen, wonach vorausgesetzt wird, dass es den Eltern grundsätzlich möglich sein muss, ihre Verantwortung bis zur Volljährigkeit des Kindes auszuüben. Diese Regelung könnte als Ausgangspunkt für die Behandlungsrichtlinien und Praxis der Kliniken dienen. Zum andern könnte der Gesetzgeber eine explizite Altersgrenze in das Gesetz aufnehmen. Zum Beispiel legt das israelische Recht fest, dass die Eizellenempfängerin zwischen 18 und 53 Jahre alt sein muss.¹⁷⁵

Meines Erachtens ist von einer gesetzlich fixierten, starren Altersanforderung für die Empfängerin abzusehen. Eine *best practice* der Behandlung der Eizellenspende muss verschiedene Aspekte berücksichtigen und insbesondere die Situation der betroffenen Personen im Einzelfall mit in die Betrachtung einbeziehen. Eine Altersgrenze nur für Frauen ist zudem kaum gerechtfertigt, wenn es darum geht, sicherzustellen, dass die Eltern ihre Verantwortung bis zur Volljährigkeit des Kindes wahrnehmen können. Schliesslich ist der Rückgriff auf die „Natur“ als Altersgrenze im Kontext der medizinisch assistierten Fortpflanzung paradox, gilt es doch mit der Eizellenspende gerade die Bürden und Schwierigkeiten, welche die Natur der Frau auferlegt, zu überwinden.¹⁷⁶ Das Klimakterium kann deshalb im Kontext der Eizellenspende nicht als allgemeine und absolute Altersgrenze gelten.

b. Medizinische Untersuchungen und Beratung

Die notwendigen medizinischen Untersuchungen bei einer potentiellen Eizellenempfängerin sind vergleichbar mit denjenigen, die für eine reguläre In-Vitro-Fertilisation durchgeführt werden müssen. Allerdings ist es im Zusammenhang mit der Eizellenspende von besonderer Bedeutung, das Paar psychologisch zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen.

c. Selektion von Keimzellen

Nach geltendem Recht ist die negative Selektion von Keimzellen erlaubt, wenn die Gefahr der Übertragung einer schweren, unheilbaren Krankheit auf die Nachkommen

¹⁷⁴ Botschaft FMedG, 251.

¹⁷⁵ § 13 (e) Ova Donation Law vom 7. Juni 2010 (5770-2010); die überwiegende Mehrheit der die Eizellenspende zulassenden Ländern beschränkt sich dagegen auf die Festlegung eines Mindest- und Maximalalters für die *Spenderin*.

¹⁷⁶ BÜCHLER 1182.

nicht anders abgewendet werden kann (Art. 5 Abs. 2 FMedG). Im Sinne einer positiven Selektion darf bei der Auswahl gespendeter Samenzellen die Blutgruppe und die Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung des Spenders mit dem Mann, zu dem ein Kindesverhältnis begründet werden soll, im Interesse des Kindeswohls berücksichtigt werden (Art. 22 Abs. 4 FMedG). Zur letztgenannten Bestimmung führt die Botschaft aus, dass ein ähnliches Aussehen zur besseren Integration des Kindes in die Familie beitrage. Seien zum Beispiel beide Wunscheltern blauäugig, so wäre gestützt auf die Vererbungslehre für Dritte sofort erkennbar, dass der soziale Vater nicht der genetische Vater des Kindes sein könne, wenn dieser braune Augen habe. Es gehe hier auch um den Schutz der Intim- und Privatsphäre der Familie: Für Dritte solle nicht sofort ersichtlich sein, dass nicht der Ehemann der Mutter, sondern ein Dritter der Vater des Kindes sei.¹⁷⁷ Auch hier also soll das „natürliche“ Ideal vorgetäuscht werden, in der Annahme, dass sich die Integration des Kindes in die Familie einfacher gestaltet, wenn nach aussen nicht ersichtlich ist, dass die genetische Verbindung zu einem Elternteil fehlt.

Diese Regelungen lassen sich analog auch auf die Eizellenspende anwenden, zumal Gründe für eine unterschiedliche Behandlung von Samen- und Eizellenspende kaum ersichtlich sind. Kritisch anzumerken ist allerdings folgendes: Eine Adoptivfamilien betreffende Studie aus dem Jahr 2012 hat sich mit den Schutzfaktoren und Risikofaktoren befasst, die zum Gelingen beziehungsweise zum Scheitern von Adoptionen führen. Die Autoren der Studie weisen zwar auf direkte Reaktionen oder indirekte Ressentiments hin, die vor allem Eltern mit Adoptivkindern anderer Hautfarbe erfahren, ein empirischer Zusammenhang zwischen der Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung und der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung konnte jedoch nicht festgestellt werden.¹⁷⁸ Die äusserliche Verschiedenheit von Kindern und ihren Eltern scheint damit vielmehr einer von vielen Faktoren in der komplexen familialen und sozialen Dynamik zu sein.¹⁷⁹

Die strenge Beschränkung der Keimzellenselektion beziehungsweise der Auswahl der Spenderperson ist auf medizinethische Überzeugungen in Kontinentaleuropa zurückzuführen, wonach jeder Selektion, die nicht medizinisch indiziert und nicht im Dienste des Kindeswohls steht, eine eugenische Motivation zugrunde liegt und damit eine Diskriminierung innewohnt. In den USA hingegen stehen den potentiellen Eizellenempfängerinnen umfangreiche Datenbanken zur Verfügung, die eine Auswahl der Spenderin nicht nur anhand äusserlicher Merkmale, sondern auch mit Bezug auf Ausbildung, Intelligenzquotient, Familiengeschichte, Charaktereigenschaften, besondere Fähigkeiten, Religion oder politische Überzeugung ermöglichen. Es ist bekannt, dass auf dem Campus der renommierten und exklusiven US-amerikanischen Universitäten offensiv potentielle Eizellenspenderinnen angeworben und für deren

¹⁷⁷ Botschaft FMedG, 268.

¹⁷⁸ GABRIEL/KELLER 20.

¹⁷⁹ Vgl. SIMONI 39 und 81.

Eizellen Höchstpreise bezahlt werden.¹⁸⁰ Inwiefern auch in der Schweiz solche den potentiellen Empfängerinnen zugängliche Datenbanken errichtet werden sollen, bedarf intensiver gesellschaftlicher und medizinethischer Diskussion.

3. Die Eizellenspenderin

Die mit der Eizellenspende einhergehende Behandlung bedeutet – wie oben dargelegt wurde – mitunter eine beträchtliche physische und psychische Belastung für die Spenderin. Zwar ist das Recht auf Fortpflanzung hoch zu gewichten, die konkrete Behandlung allerdings hat der Gesundheit aller Beteiligten Priorität einzuräumen. Das medizinische Personal, welches die Eizellenspenderin betreut, hat sein Handeln an ihren Bedürfnissen auszurichten.

a. Gebote der Bioethik und Transplantationsmedizin

Bei der Eizellenspende handelt es sich um einen Eingriff in die körperliche Integrität, der nicht zu Therapiezwecken der Spenderin, sondern zu Gunsten einer anderen Frau oder eines anderen Paares erfolgt. Die Eizellenspende ist in dieser Hinsicht kaum mit der Samenspende zu vergleichen, zumal der Eingriff wesentlich intensiver ist und gesundheitliche Risiken nicht gänzlich ausgeschlossen werden können. Die Eizellenspende kann aber durchaus mit der Lebendspende von Organen, Zellen oder Geweben verglichen werden. Das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen vom 8. Oktober 2004 regelt in seinen Art. 12 ff. die Lebendspende, wobei die Spende von Keimzellen, imprägnierten Eizellen und Embryonen im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ausdrücklich von dessen Geltungsbereich ausgeschlossen ist (Art. 2 Abs. 2 lit. d Transplantationsgesetz). Dennoch können und müssen nicht zuletzt im Sinne der Einheit und Kohärenz der Rechtsordnung die dort getroffenen Entscheidungen in die Überlegungen betreffend eine Zulassungsregelung der Eizellenspende miteinbezogen werden.¹⁸¹

Bei der Eizellenspende wie bei der Transplantationsmedizin stehen drei zentrale Gebote der Medizinethik zueinander im Widerspruch. Erstens das Prinzip, Gutes zu tun, das den Arzt dazu verpflichtet, alles in seiner Macht Stehende zu unternehmen, um die Gesundheit der Patientin, hier der Empfängerin, zu wahren und zu fördern.¹⁸² Zweitens das Prinzip, nicht zu schaden, welches dem Arzt auferlegt, alles zu unterlassen, was der Patientin schaden könnte, so auch eine medizinisch nicht indizierte, stets mit gewissen Risiken verbundene Eizellenentnahme bei der Spenderin.¹⁸³ Und drittens schliesslich das Autonomieprinzip, das den Arzt dazu anhält, den autonom gebildeten Willen der

¹⁸⁰ BERG 243 f.; COVINGTON/GIBBONS 1001 ff.; MARTIN 382; HYUN 629 f.; vgl. auch JARDINE, „Welches Kind hätten Sie gerne?“, Spiegel online (im Internet abrufbar unter www.spiegel.de/sptv/reportage/a-111153.html).

¹⁸¹ In diese Richtung äussern sich auch STEINER/ROGGO 480 und REINKE 130 f. für das deutsche Recht.

¹⁸² „Wohltätigkeits-Prinzip“; vgl. dazu ausführlich BEAUCHAMPS/CHILDRESS 197 ff.

¹⁸³ „Nichtschädigungs-Prinzip“; ausführlich dazu BEAUCHAMPS/CHILDRESS 149 ff.

Spenderin zu respektieren.¹⁸⁴ Weil der Eingriff in die körperliche Integrität nicht mit dem therapeutischen Nutzen für die Spenderin gerechtfertigt werden kann, und das ärztliche Personal grundsätzlich der Patientin nicht schaden darf, stellen sich bei der Entnahme von Zellen bei lebenden Personen besondere Fragen. Nur eine freie und informierte Zustimmung der Spenderin vermag den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Art. 28 Abs. 2 ZGB), allerdings ist die Zustimmung zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung, um die hormonelle Behandlung und die operative Eizellenentnahme zu rechtfertigen.

b. Einzelne Voraussetzungen

Im Einzelnen sind folgende Überlegungen von Bedeutung:

Beratung und Abklärung der Motive

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Zulässigkeit der Entnahme der Eizellen muss der Spendewunsch der Spenderin sein. Zugleich sind allerdings die damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und psychosozialen Belastungen in die Erwägungen miteinzu beziehen.¹⁸⁵

Besondere Aufmerksamkeit gebührt der umfassenden und sorgfältigen Abklärung der Gründe für die Bereitschaft zu einer Eizellenspende. Die Motive können sehr unterschiedlich sein, im Vordergrund stehen wohl Sorge und Verantwortung, altruistische Erwägungen, aber auch Sinngebung und Selbstbestätigung beziehungsweise das Erleben von Selbstwirksamkeit. Im Zusammenhang mit der Lebendspende halten die SAMW-Richtlinien folgendes fest: „Die Beurteilung im Einzelfall, ob und inwieweit ein sozialer, psychischer oder moralischer Druck die Motivation des Spenders so weit beeinflusst, dass nicht mehr von Freiwilligkeit gesprochen werden kann, ist für Aussenstehende manchmal nicht einfach. In jedem Fall sollte der Spender seine Motivation dem Abklärungsteam gegenüber plausibel begründen können; wobei dies nicht im Beisein des potentiellen Empfängers erfolgen darf.“¹⁸⁶

Ziel und Inhalt der psychosozialen Abklärung im Zusammenhang mit der Lebendspende werden wie folgt umschrieben: „In der Abklärung muss geprüft werden, ob der Spender urteilsfähig ist und sein Entscheid auf ausreichender Information beruht, ob er über ausreichende soziale und psychische Stabilität verfügt und ob sein Entscheid freiwillig erfolgt. Die Abklärung soll insbesondere nachfolgende Aspekte beinhalten: Urteilsfähigkeit; Motivation für die Organspende, insbesondere Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit; psychosoziale Anamnese; Verlauf des Entscheidungsprozesses; bisheriger Umgang mit psychosozialen Stress; derzeitige Lebensumstände (soziales Netz, Beruf, Finanzen);

¹⁸⁴ Vgl. allgemein GÄCHTER/RÜTSCHKE 73 ff. sowie spezifisch für die Fortpflanzungsmedizin KENTENICH/UTZ-BILLING 232 f. und KRESS, Ethik, 658.

¹⁸⁵ Zu Inhalt und Ausgestaltung einer psychosozialen Beratung vgl. etwa KENTENICH/TANDLER-SCHNEIDER 1144 ff.; REVERMANN/HÜSSING 174 ff. und THORN/WISCHMANN 147 ff.

¹⁸⁶ Ziff. II.5.1 der SAMW Richtlinien und Empfehlungen zur Lebendspende von soliden Organen vom 20. Mai 2008 (im Internet abrufbar unter www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Lebendspende_D_08.pdf).

Beziehung zum Empfänger; Erwartungen des Spenders im Zusammenhang mit der Organspende; Wissen um Nutzen und Risiken einer Spende für den Spender; Wissen um Nutzen und Risiken der Spende für den Empfänger.“¹⁸⁷

Ähnliches muss auch für die Eizellenspende gelten. Zwar ist bei der Gestaltung der Abklärung zu berücksichtigen, dass die Spende von Eizellen nur bedingt mit der Lebendspende von soliden Organen vergleichbar ist, zumal letztere einen intensiveren und folgenreicheren Eingriff voraussetzt. Eine psychosoziale Abklärung allerdings ist auch im Zusammenhang mit der Eizellenspende notwendig, weil die psychischen und physischen Belastungen der Spenderin sowohl durch das Verfahren wie auch die möglichen Folgen der Spende keineswegs vernachlässigbar sind. Es wird Aufgabe der SAMW und anderer Organisationen sein, eine *best practice* für die Überprüfung, ob der Entscheid tatsächlich informiert und autonom erfolgt, in Form von Richtlinien und Empfehlungen festzulegen und zu gewährleisten.

Abklärungsteam

Zum ersten mit Blick auf die Art und die Schwere des Eingriffs und zum zweiten wegen der möglichen Befangenheit des behandelnden Arztes (er könnte ein berufliches oder finanzielles Interesse an der Durchführung des Verfahrens haben; er hat möglicherweise zahlreiche Patientinnen, welche eine Eizellenspende wünschen) ist es meines Erachtens erforderlich, die Überprüfung der Motive und des Vorhandenseins eines *informed consent* nicht allein dem behandelnden Arzt zu überlassen, sondern eine Person, welche nicht in das fortpflanzungsmedizinische Verfahren involviert ist, miteinzubeziehen. Zwar muss wohl nicht unbedingt eine interdisziplinär zusammengesetzte Kommission mit der Überprüfung der Zustimmung beauftragt werden,¹⁸⁸ aber mindestens eine Person, die Unabhängigkeit genießt, sollte konsultiert werden und die Gespräche begleiten. Als Vorbild kann Art. 10 Transplantationsverordnungen dienen, wonach eine unabhängige und erfahrene Fachperson sich zu vergewissern hat, dass die Lebendspende freiwillig und unentgeltlich erfolgt und dies dokumentieren muss. Wird die betreffende Frau als Spenderin abgelehnt, so hat sie das Recht, eine Zweitmeinung einzuholen.

Ein leicht anderer Ansatz zur Gewährleistung der Freiwilligkeit der Spende besteht in der Etablierung einer verbindlichen Form der Beratung zur Abklärung des Spenderwillens und deren Integration in die fortpflanzungsmedizinische Behandlung. Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen sind verpflichtet, die Spenderin auf die Möglichkeit

¹⁸⁷ Ziff. II.6.1 der SAMW Richtlinien und Empfehlungen zur Lebendspende von soliden Organen vom 20. Mai 2008 (im Internet abrufbar unter www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Lebendspende_D_08.pdf).

¹⁸⁸ Nach israelischem Recht muss eine Kommission der Spende zustimmen, in welcher beide Geschlechter in gleicher Weise vertreten sind. Sie umfasst einen Klinikleiter, einen Gynäkologen, einen klinischen Psychologen, einen Sozialarbeiter, einen Anwalt und einen Vertreter der Öffentlichkeit oder eine religiöse Autorität, je nach Wunsch der potentiellen Spenderin; vgl. § 12 (b) Ova Donation Law vom 7. Juni 2010 (5770-2010); vgl. dazu The Law Library of Congress, Reproduction and Abortion: Law and Policy – February 2012.

der Beratung aufmerksam zu machen. Solche Beratungen werden von entsprechend qualifizierten Fachkräften durchgeführt, die sowohl personell als auch finanziell unabhängig ist. Sie sind einer Dokumentationspflicht unterstellt. Die Beratung kann entweder für obligatorisch erklärt werden oder es ist zumindest festzulegen, dass die Spenderin nicht vorgängig gültig auf deren Inanspruchnahme verzichten kann. Um die Entscheidung reflektieren zu können, ist zudem der Spenderin eine gewisse Zeitspanne einzuräumen zwischen der ärztlichen Aufklärung beziehungsweise der unabhängigen Beratung und der Abgabe der Einverständniserklärung.¹⁸⁹

Informed consent

Die Einwilligung muss aufgeklärt und schriftlich (für die Samenspende vgl. Art. 18 FMedG) erfolgen. Besonderes Augenmerk ist der Aufklärung der Spenderin geschuldet.¹⁹⁰ Die Information muss umfassend sein: Die Spenderin muss über die medizinischen, psychologischen und juristischen Folgen der Eizellenspende sowie über die Auswirkungen sowohl einer erfolgreichen als auch einer erfolglosen Behandlung aufgeklärt werden. Sie ist über den operativen Eingriff und dessen Auswirkungen, über die kurz- und langfristigen Risiken, die möglichen Nebenwirkungen der Hormonbehandlung und über die Verwendung der Eizellen zu informieren (vorbildhaft ist Art. 9 Transplantationsverordnung). Auch die rechtlichen Implikationen sind zu erläutern. Für den Fall, dass sich die Spenderin und die Empfängerin kennen, wird zudem vorgeschlagen, die Bedeutung der Spende für ihre gegenseitige Beziehung und die Beziehung zwischen der Spenderin und dem Kind zu thematisieren. Angeregt wird schliesslich, dass gemeinsam Fragen der Geheimhaltung oder Aufklärung des Kindes besprochen werden.¹⁹¹

Spende zugunsten einer bestimmten Person

Es stellt sich weiter die Frage, ob Eizellen für eine bestimmte, allenfalls auch verwandte Person gespendet werden können oder gar gespendet werden müssen. Die Eizellenspende zugunsten einer bestimmten Person ist beispielweise in Spanien verboten,¹⁹² in Israel hingegen erlaubt, allerdings nur ganz ausnahmsweise zugunsten einer verwandten Person.¹⁹³ Das Transplantationsgesetz lässt die gerichtete Spende von

¹⁸⁹ Vgl. England Code of Practice, 8th Edition, April 2012, 5.6.

¹⁹⁰ Die existierenden Richtlinien in den verschiedenen Ländern äussern sich ausführlich zur Information der Spenderin, vgl. zu England Code of Practice, 8th Edition, April 2012, 11.30 ff.

¹⁹¹ THORN 93 ff.; vgl. auch die Empfehlungen der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) zur Gametenspende (im Internet abrufbar unter [www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Practice_Guidelines/Guidelines_and_Minimum_Standards/2008_Guidelines_for_gamete\(1\).pdf](http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/News_and_Publications/Practice_Guidelines/Guidelines_and_Minimum_Standards/2008_Guidelines_for_gamete(1).pdf)) oder die sich zwar primär auf die Samenspende beziehenden, in wesentlichen Aspekten jedoch auf die Eizellenspende zu übertragenden Richtlinien des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (im Internet abrufbar unter www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/richtlinien.pdf).

¹⁹² Artículo 5 Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

¹⁹³ § 12 (f) Ova Donation Law vom 7. Juni 2010 (5770-2010).

Organen, Geweben oder Zellen zu.¹⁹⁴ Darin ist auch die Spende zugunsten naher Verwandter eingeschlossen. Es bestehen meines Erachtens keine guten Gründe, die Spende zugunsten bestimmter Personen zu untersagen. Geht es um die Eizellen, ist es für die Beteiligten allenfalls von einiger Bedeutung, dass die Spenderin dem Kreis der Verwandten angehört. Spendet zum Beispiel die Schwester, ist eine gewisse „genetische Integration“ in die Familie sichergestellt. Gleichzeitig entsteht damit Konfliktpotential, das sich auf das Kind negativ auswirken kann. Die Eizellenspende zugunsten einer verwandten Person stellt demnach besondere Anforderungen an die sorgfältige Klärung der verschiedenen Motive und Erwartungen der beteiligten Personen und an die Beziehungen zwischen diesen. Analog zur Samenspende (Art. 22 Abs. 3 FMedG) darf jedenfalls zwischen den Personen, von denen die Keimzellen stammen, kein Ehehindernis nach Art. 95 ZGB bestehen, das heisst, dass die Schwester oder die Mutter des Ehemannes der Eizellenempfängerin nicht zu ihren Gunsten spenden darf.

Egg sharing

Ebenso wenig gibt es meines Erachtens Gründe, das *egg sharing* zu untersagen, das heisst die Möglichkeit, die im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation gewonnenen überzähligen Eizellen zu spenden. Tatsächlich ist in einigen Rechtsordnungen nur diese Form der Eizellenspende erlaubt. Beim *egg sharing* ist insbesondere darauf zu achten, dass die In-Vitro-Fertilisationsbehandlung der Spenderin durch die Spende nicht kompromittiert wird. Zwischen der behandelnden Klinik und der Patientin muss im Rahmen einer Vereinbarung festgehalten werden, wie viele Behandlungszyklen vom *egg sharing*-Programm umfasst sein sollen. Ebenso muss im Vorfeld festgelegt werden, welche Anzahl Eizellen im Minimum für das *egg sharing* erforderlich ist und wie die Eizellen auf die Patientin und die allfällige Empfängerin aufzuteilen sind. Für den Fall, dass zu wenige Eizellen gewonnen werden können, ist der Spenderin insbesondere die Wahl zu lassen, ob sie alle Eizellen für ihre eigene Behandlung verwenden möchte. Die Patientin soll nicht gezwungen werden, sich im Interesse der eigenen Behandlung dadurch einem höheren Gesundheitsrisiko auszusetzen, dass durch den überdosierten Einsatz von Stimulationsmedikamenten die Entwicklung einer möglichst hohen Anzahl von Eizellen zu erreichen versucht wird.¹⁹⁵ Schliesslich muss das Recht der Patientin zum jederzeitigen Widerruf der Einverständniserklärung gewährleistet sein. Die Problematik wird sich namentlich bei Fragen der Entschädigung für die Eizellenspende stellen. So ist es beispielsweise in England üblich, dass der Patientin als Entgelt die Kosten der eigenen Behandlung ganz oder teilweise erlassen werden.¹⁹⁶ Wird dieses Entschädigungsmodell übernommen, sind Vorkehrungen zu treffen, damit die Patientin sich nicht aus Sorge vor negativen finanziellen Konsequenzen gegen den Abbruch einer

¹⁹⁴ Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2001, BBl 2002 29 ff., 97.

¹⁹⁵ Vgl. HENG 160; JOHNSON 1916.

¹⁹⁶ Section 12 (e) des Human Fertilisation and Embryology Act mit Verweis auf die einschlägige Direktive (direction nr. 0001) der Human Fertilisation and Embryology Authority: vgl. dazu BLYTH, *Egg sharing*, 3254 und JOHNSON 1912.

nicht mehr gewollten Behandlung entscheidet. Wurde bereits mit den Vorbereitungen begonnen, sollen die entstandenen Kosten von der behandelnden Klinik getragen werden. Muss die In-Vitro-Fertilisationsbehandlung der Patientin nach der Gewinnung der Eizellen aus medizinischen Gründen ausgesetzt werden, sollen nach Wahl der Spenderin alle Eizellen gespendet werden und sie soll dafür im Rahmen eines späteren Behandlungszyklus von der Vergünstigung oder dem Preiserlass profitieren können.

Beschränkung der Eizellen und Zyklen

Weiter stellt sich die Frage nach der Anzahl Eizellen, die gespendet werden können. Für die Samenspende besteht die Regelung, dass die Spermazellen eines Spenders für die Erzeugung von höchstens acht Kindern verwendet werden dürfen (Art. 22 Abs. 2 FMedG). Diese Regelung dient insbesondere familien- und gesundheitspolitischen Zwecken.¹⁹⁷ Sie kann durchaus auch für die Eizellenspende übernommen werden, reicht aber nicht aus. Bei der Eizellenspende ist darüber hinaus eine Regelung vorzusehen, welche der gesundheitlichen Belastung der Spenderin Rechnung trägt. Es besteht die Möglichkeit, entweder eine Höchstzahl von Zyklen vorzusehen, welche der Eizellen-spende dienen oder die Zahl der Eizellen zu beschränken, die gespendet werden können (insgesamt oder/und pro Zyklus). Freilich können die beiden Beschränkungen auch kombiniert werden.¹⁹⁸ Über die langfristigen Folgen der Eizellbehandlung lassen sich – wie bereits erwähnt – noch keine sicheren Aussagen treffen. In den verfügbaren Studien findet sich jedoch eine Tendenz zu einer Risikoerhöhung bei einer über viele Behandlungszyklen angewendeten hormonellen Stimulationsbehandlung.¹⁹⁹ Letztlich wird es Aufgabe der behandelnden Ärzte sein, bei jeder Patientin konkret zu entscheiden, in welcher Häufigkeit und in welcher Dosierung der Einsatz der Stimulationsbehandlung unter dem Aspekt der Gesundheitsgefährdung vertretbar erscheint. Der Erfassung von Risikopatientinnen sowie einem individuell angepassten Stimulationsregime kommt als Präventionsmassnahme im Zusammenhang mit der Vermeidung beziehungsweise der Verminderung der Überstimulationsrisiken äusserste Wichtigkeit zu.²⁰⁰ Nicht abschliessend geklärt sind auch mögliche Spätfolgen des Eingriffs zur Entnahme der Eizellen. Bisher wurden indessen Einzelfälle bekannt, in welchen als Folge mehrmaliger Eizellpunktionen Vernarbungen der Eierstöcke zu verzeichnen waren.²⁰¹ Zudem konnte aufgezeigt werden, dass die Schmerzhaftigkeit des Eingriffs mit der Zahl der gewonnenen Eizellen korreliert.²⁰² Auch hier liegt es in der Verantwortung der Ärzte und Ärztinnen, im Einzelfall die geeigneten Vorkehrungen für einen optimalen Gesundheitsschutz zu treffen.

¹⁹⁷ Botschaft FMedG, 268.

¹⁹⁸ Nach israelischem Recht zum Beispiel können Frauen bis zu vier Spendezyklen durchlaufen und ihnen können maximal 20 Eizellen entnommen werden; vgl. dazu GRUENBAUM ET AL. 42.

¹⁹⁹ CORDES ET AL. 198 ff.; vgl. auch DOR ET AL. 324 ff.

²⁰⁰ Vgl. HESS/KRÜSSEL/BASTON-BÜST 323 und 325.

²⁰¹ Vgl. GRAUMANN 178.

²⁰² Vgl. LUDWIG 211.

Medizinische Untersuchungen

Rechtsvergleichend bestehen umfangreiche Richtlinien und Empfehlungen darüber, welche Anforderungen eine potentielle Eizellenspenderin erfüllen muss und welche Untersuchungen durchzuführen sind.²⁰³ Analog zur Samenspende ist eine generelle Regelung vorzusehen, wonach Spenderinnen nach medizinischen Gesichtspunkten sorgfältig ausgewählt werden müssen (für die Samenspende Art. 19 Abs. 1 FMedG). Die medizinischen Voruntersuchungen müssen sich allerdings im Falle der Eizellenspende nicht nur auf die Eignung als mögliche Spenderin beziehen, sondern ebenso die körperlichen Voraussetzungen für ein möglichst komplikationsloses Überstehen der verschiedenen Phasen des medizinischen Eingriffs umfassen (zum Beispiel die erwartete Reaktion auf die hormonelle Behandlung, Fragen im Zusammenhang mit der Narkose). Besondere Risiken sind auszuschliessen. Konkretisierende Vorgaben sind in Form von Verordnungen, Richtlinien und Empfehlungen vom Gesetzgeber und von den fachlich zuständigen Organisationen zu erlassen.

Die Europäische Kommission hat im Jahr 2006 gestützt auf die Geweberichtlinie namentlich Vorschriften über die Testung von Keimzellen erlassen.²⁰⁴ Bei Keimzellenspenden, die nicht vom Partner oder der Partnerin stammen, ist vorgeschrieben, dass Serum- oder Plasmaproben des Spenders auf HIV 1 und 2, auf Hepatitis B und C sowie auf Syphilis getestet werden. Bei Spendern, die selber oder deren Partner aus Gebieten mit hoher Verbreitung stammen, sind zudem Antikörpertests bezüglich des HTLV-I Virus (humanes T-Lymphotrope Virus) vorzunehmen. Je nach Vorgeschichte des Spenders und den Merkmalen der gespendeten Gewebe beziehungsweise Zellen können zusätzliche Tests (z.B. Malaria) erforderlich werden. Ein genetisches Screening ist schliesslich zur Prüfung des Übertragungsrisikos von in der Familie bekannten Erbkrankheiten unter der Voraussetzung vorgesehen, dass die betroffene Person einer solchen Untersuchung zustimmt.²⁰⁵ Die in der Richtlinie vorgesehenen Mindestanforderungen werden nach Einschätzung der Europäischen Kommission in allen berichtstattenden Ländern erfüllt, wobei einige der Mitgliedstaaten (von denjenigen, die auch Eizellenspende erlauben, sind beispielsweise Frankreich, Dänemark, Ungarn oder Spanien zu nennen) strengere Schutzmassnahmen und weitere Testverfahren eingeführt haben.²⁰⁶ In den USA haben verschiedene Behörden und Fachverbände

²⁰³ Vgl. zum Beispiel die Guidelines for oocyte donation der ASRM (im Internet abrufbar unter www.asrm.org/Guidelines/) oder Ziffer 11 des im Jahr 2009 erlassenen und im Jahr 2012 zuletzt revidierten "Code of practice" der englischen Human Fertilisation and Embryology Authority (im Internet abrufbar unter www.hfea.gov.uk/docs/8th_Code_of_Practice.pdf).

²⁰⁴ Richtlinie 2006/17/EG der Europäischen Kommission vom 8. Februar 2006 zur Durchführung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich technischer Vorschriften für die Spende, Beschaffung und Testung von menschlichen Geweben und Zellen.

²⁰⁵ Artikel 4 Abs. 2 Buchstabe a) in Verbindung mit Anhang III (Auswahlkriterien und vorgeschriebene Labortests für Spender von Keimzellen) Ziffer 3 (Spenden von Dritten) der Richtlinie 2006/17/EG.

²⁰⁶ Vgl. Mitteilung der Europäischen Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen vom 6. Januar 2010

Regelwerke publiziert, die ähnliche Testverfahren vorsehen, wie sie in der Europäischen Union gelten.²⁰⁷

Alter

Schliesslich sei noch anzumerken, dass meiner Ansicht nach die Eizellenspenderin nicht nur urteilsfähig, sondern auch volljährig sein muss. Zwar ist dies für die Samenspende nicht gesetzlich vorgeschrieben, die Komplexität der Entscheidung zur Eizellenspende allerdings verlangt zwingend die volle Handlungsfähigkeit der Betroffenen. Der Entscheid ist zudem absolut höchstpersönlicher Natur und damit vertretungsfeindlich. Ein maximales Spendealter wird sich in der Praxis etablieren müssen. Die Eizellenspende von über 35-jährigen Frauen dürfte wegen der verminderten Qualität der Eizellen kaum in Frage kommen.²⁰⁸

c. Unentgeltlichkeit

Der Grundsatz der Unentgeltlichkeit einer Spende ist sowohl im internationalen Recht, auf Verfassungs-, wie auf Gesetzesebene verankert. Auch die EU-Geweberichtlinie geht vom Grundsatz der Unentgeltlichkeit der Spende aus und sieht einzig eine Aufwandsentschädigung vor. Die Höhe der Aufwandentschädigung kann einen grossen Einfluss auf die Spendebereitschaft haben – dies zumindest legen Berichte nahe. Die Bedingungen, unter denen eine Entschädigung gewährt werden kann, legen die Mitgliedstaaten fest.²⁰⁹ Verbreitet sind die Erstattung von Reise- und Arztkosten und die Entschädigung für den allenfalls erlittenen Verdienstausschluss.²¹⁰ Ob die Aufwandentschädigung in allen Fällen derart bemessen ist, dass eine finanzielle Motivation nicht im Vordergrund stehen dürfte, ist schwierig zu beurteilen. Fest steht jedenfalls, dass solche Entschädigungszahlungen von Land zu Land variieren und beispielsweise in Spanien (ca. € 900.–) und Tschechien (ca. € 800.–) deutlich höher liegen als in anderen europäischen Ländern.²¹¹ In England ist die Kompensation auf etwas mehr als CHF 1000.- beschränkt.²¹² Dass von einer Entschädigung in dieser Höhe keine finanziellen Anreize ausgehen, lässt sich jedenfalls dann nicht behaupten, wenn sie – wie im Falle

über die Anwendung der Geweberichtlinie, Ziffer 2.5.1 (KOM [2009] 708; im Internet abrufbar unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUri-Serv/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0708:FIN:DE:HTML>).

²⁰⁷ So etwa die Richtlinien der ASRM oder der US Food and Drug Administration (FDA); vgl. dazu McGRATH/SAUER 237 ff.; NURUDEEN/LEVINE/THORNTON II 32 f.

²⁰⁸ Nach israelischem Recht dürfen Eizellenspenderinnen nicht älter als 34 Jahre sein (§ 12 [f] Ova Donation Law vom 7. Juni 2010 [5770-2010]); nach dem englischen Human Fertilisation and Embryology Act 2008 darf die Spendeperson maximal 36 Jahre alt sein.

²⁰⁹ BERG 241/242.

²¹⁰ Zweiter Bericht der Europäischen Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die freiwillige unentgeltliche Spende von Geweben und Zellen vom 17. Juni 2011 (KOM [2011] 352; im Internet abrufbar unter <http://eur-lex.europa.eu/LexUri-Serv/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0352:FIN:DE:PDF>).

²¹¹ Vgl. DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 294; GRAUMANN 182; SPIEWAK, Für ein Baby nach Prag, in: DIE ZEIT vom 3. November 2011.

²¹² Ziff. 6 ff. Gamete and embryo donation direction, nr. 0001.

von Tschechien – höher ist als das monatliche Durchschnittseinkommen.²¹³ In den USA ist die Eizellenspende demgegenüber bereits hochgradig kommerzialisiert, werden an die Spenderinnen doch Summen von bis zu mehreren Zehntausend US-Dollars bezahlt.²¹⁴ Die American Society for Reproductive Medicine empfiehlt zwar eine maximale Kompensation von 5000 US-Dollars pro Eizellenentnahme; in der Praxis werden aber weit höhere Summen geboten und verlangt. Verbindliche Regulierungen zur Höhe der Entschädigungen und zur Sicherung des primär altruistischen Charakters der Eizellenspende gibt es – soweit ersichtlich – zumindest auf Bundesebene nicht.²¹⁵

In der Schweiz wird die Gesetzgebung klären müssen, welche Positionen im Kontext der Eizellenspende Aufwand darstellen, der entschädigt werden kann. Für die Lebendspende hält Art. 6 Transplantationsgesetz fest, dass Erwerbsausfall, unmittelbarer Aufwand und Schäden, welche die Person durch die Entnahme erleidet, ersetzt werden können. Auch eine nachträgliche symbolische Geste der Dankbarkeit verletzt das Unentgeltlichkeitsgebot nicht. Mit Blick auf die Intensität des Eingriffs der Eizellenentnahme scheinen Entschädigungen in der Höhe von CHF 1000.- durchaus begründet oder begründbar.

4. Abstammungsrechtliche Folgen

Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass gleich wie bei der Samenspende nicht die Spenderin, sondern die Eizellenempfängerin rechtlicher Elternteil sein soll. Dies erfordert im Zusammenhang mit der Mutterschaft keine gesetzliche Anpassung, zumal nach Art. 252 ZGB das Kindesverhältnis zwischen Mutter und Kind mit der Geburt des Kindes entsteht. Dennoch sind klärende Bestimmungen, wonach die Mutterschaft weder von der Mutter noch vom Kind angefochten werden kann, sinnvoll.

5. Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Aus der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung ist bekannt, dass das Wissen um die eigene biologische Herkunft unabhängig von der kindesrechtlichen Zuordnung eine wesentliche Voraussetzung für die Identitätsfindung und die Persönlichkeitsentfaltung ist.²¹⁶ Tatsächlich ist das völker- und verfassungsrechtlich

²¹³ Vgl. die von der UBS herausgegebene Studie "Preise und Löhne – Ein Kaufkraftvergleich rund um die Welt" (Ausgabe 2012).

²¹⁴ Vgl. ARONS 7; BERG 244 f.; COVINGTON/GIBBONS 1001 ff.; DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU 294; ELSTER 230 f.; MCGRATH/SAUER 238; SPAR 1289 f.; STEINBOCK 259 f.; siehe ferner auch GOESSMANN, Eizellen von US-Studentinnen: Smarte Blondinnen bevorzugt, in: Spiegel online (im Internet abrufbar unter www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/eizellen-von-us-studentinnen-smarte-blondinen-bevorzugt-a-433941.html).

²¹⁵ Vgl. ARONS/CHEN 11; DOWNIE/BAYLIS 224 f.; einen Überblick über die gliedstaatlichen Regelungen findet sich bei REICH/SWINK 26 ff.; die Ethische Kommission der ASRM erachtete in einem Report aus dem Jahr 2007 Entschädigungszahlungen von mehr als USD 10'000 als unangemessen ("not appropriate"), vgl. ASRM Ethics Committee Report, Financial compensation of oocyte donors, Fertility and Sterility 88 (2), 305 ff., 308.

²¹⁶ Vgl. die Nachweise bei BÜCHLER/RYSER 5 und bei SIMONI 64 ff.

garantierte Recht, Auskunft über seine genetische Abstammung zu erhalten, ein wesentlicher Aspekt des Wohls des Kindes.²¹⁷ Da eine Frau dank der Eizellenspende Keimgut von beliebigen Dritten austragen kann, erlangt die Frage nach einem allfälligen Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung eine ganz neue Dimension.²¹⁸

Der in der Schweiz unmittelbar anwendbare Artikel 7 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte der Kinder (KRK) gewährt jedem Kind soweit möglich das Recht, seine Eltern zu kennen.²¹⁹ Für Kinder, die durch Verfahren der künstlichen Fortpflanzung gezeugt wurden, stützt sich dieser Anspruch ausdrücklich auf Art. 119 Abs. 2 lit. g BV. Konkretisierend räumt Art. 27 Abs. 1 FMedG dem Kind das uneingeschränkte Recht ein, ab Vollendung des 18. Lebensjahres Auskunft über die äussere Erscheinung und die Personalien des Samenspenders zu verlangen. Soweit möglich wird der Spender vorgängig einer Auskunftserteilung informiert. Lehnt dieser den persönlichen Kontakt ab, so ist das Kind auf die Persönlichkeitsrechte des Spenders und den Anspruch seiner Familie auf Schutz hinzuweisen. Beharrt das Kind auf der Auskunft bezüglich des Spenders, so wird ihm diese erteilt (Art. 27 Abs. 3 FMedG). Zur besseren Durchsetzbarkeit des Anspruchs des Kindes auf Kenntnis seiner eigenen Abstammung hat der Gesetzgeber in Art. 24 FMedG die Pflicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes verankert, die Samenspende auf zuverlässige Weise zu dokumentieren.²²⁰

Die in Art. 27 Abs. 1 FMedG getroffene Regelung stellt einen Wertungsentscheid des Gesetzgebers dar, wonach dem Informationsanspruch des Kindes gegenüber dem allenfalls bestehenden Wunsch der leiblichen Eltern beziehungsweise des Samenspenders auf Anonymität der Vorrang einzuräumen ist, und zwar unabhängig von den Gründen, welche zum Verfahren der künstlichen Fortpflanzung geführt haben.²²¹ In Bezug auf noch nicht volljährige Kinder bestimmt das Gesetz, dass diese jederzeit Auskunft über alle Daten des Spenders verlangen können, wenn sie ein schutzwürdiges Interesse daran haben (Art. 27 Abs. 2 FMedG). Minderjährigen werden die gewünschten Auskünfte erst nach einer Interessenabwägung erteilt. Nach Auffassung des Gesetzgebers sollte durch das Erfordernis eines besonderen Interesses auch der Schutz der Familie des die Auskunft verlangenden Kindes berücksichtigt werden.²²² Das Auskunftsverfahren erfährt eine ausführliche Regelung in Art. 21 ff. der Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedVo).

Die eigene genetische Herkunft ist ein besonders wichtiger Aspekt der persönlichen Identität und das Interesse an einer entsprechenden Kenntniserlangung muss grund-

²¹⁷ Vgl. z. B. Jäggi v. Switzerland, EGMR-Urteil vom 13. Juli 2006, No 58757/00; BGE 134 III 243 E. 5.2.1 und BGE 137 I 158 E. 3.4.1; ein entsprechender Anspruch ergibt sich aus dem von Art. 8 EMRK geschützten Recht auf persönliche Identität und Entwicklung.

²¹⁸ BUCHLI-SCHNEIDER 79; HAUSHEER/AEBI-MÜLLER 231.

²¹⁹ BGE 125 I 262 E. 3c/bb; BGE 128 I 71 E. 3.2.2.

²²⁰ BÜCHLER 448; LEUKART 586.

²²¹ AEBI-MÜLLER 96.

²²² Vgl. Botschaft FMedG, 274.

sätzlich hoch eingestuft werden.²²³ Das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung muss freilich auch das Recht auf Kenntnis der genetischen mütterlichen Herkunft umfassen.²²⁴ Es gibt jedenfalls keinerlei Gründe, die Samenspende und die Eizellenspende diesbezüglich unterschiedlich zu behandeln.

Allerdings sei angemerkt, dass faktisch dem Kind auch der vorbildlichste Aufklärungsanspruch nichts nützt, wenn es weder vom entsprechenden Recht noch von den einschlägigen Akten weiss. Das Fortpflanzungsmedizingesetz wollte es bewusst der Verantwortung der Eltern überlassen, ob und wann sie das Kind über die Tatsache der künstlichen Zeugung aufklären.²²⁵ Wie häufig künstlich gezeugte Kinder von ihren Eltern tatsächlich informiert werden, ist nicht bekannt.²²⁶ Die Inanspruchnahme und die Durchsetzung des gesetzlichen Kenntnisrechts erscheinen damit wenig gesichert. Aus psychosozialer Sicht konnte nachgewiesen werden, dass sich die Information weder auf das betroffene Kind noch auf das Eltern-Kind-Verhältnis ungünstig auswirkt, wohingegen die zufällige Entdeckung zu Enttäuschung und Beeinträchtigungen der Beziehungsqualität führt.²²⁷ Es wird deshalb vereinzelt vorgeschlagen, im Falle elterlicher Untätigkeit die behandelnden Kliniken zu verpflichten, dem Kind nach Erreichen eines bestimmten Alters direkt die nötigen Informationen zukommen zu lassen.²²⁸

Die Pflicht der Eltern, das Kind über seine Entstehungsgeschichte aufzuklären, ergibt sich aus Art. 272 ZGB, wobei diese nur freiwillig erfüllbar ist.²²⁹ Eine direkte Information des Kindes ist ein übermässiger Eingriff in die Privatsphäre und in den elterlichen Verantwortungsbereich.²³⁰ Das Informationsrecht des Kindes und dessen entwicklungspsychologische und familiendynamische Bedeutung bei einer gewünschten heterologen Behandlung sollte aber wenigstens möglichst frühzeitig in den ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsprozess integriert werden.²³¹ Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Kliniken einige Jahre nach der Behandlung mit den Eizellenempfängerinnen wieder Kontakt aufnehmen und diese auf ihre Pflicht, das Kind, aufzuklären, ansprechen und ihnen Unterstützung anbieten.

²²³ BGE 134 III 244 E. 5.2.2.

²²⁴ SCHWENZER 821.

²²⁵ Botschaft FMedG, 271.

²²⁶ Gemäss einer im Jahr 2001 veröffentlichten Studie von GOLOMBOK/BREWAEYS/GIAVAZZI waren lediglich 8,6 % der durch donogene Insemination gezeugten Kinder im Alter von 11 beziehungsweise 12 Jahren über diesen Sachverhalt informiert, wobei sich 69,9 % der Eltern definitiv gegen eine Aufklärung des Kindes entschieden haben (GOLOMBOK/BREWAEYS/GIAVAZZI 836 f.).

²²⁷ GOLOMBOK/BREWAEYS/GIAVAZZI 838; FRITH 821; MCGEE/BRAKMAN/GURKMANKIN 2035.

²²⁸ In diese Richtung etwa COWDEN 121 und 122 f. mit der Begründung, dass die Aufklärung schon aus Respekt vor dem Kind erfolgen müsse.

²²⁹ BÜCHLER/RYSER 15; vgl. auch BSK ZGB I-SCHWENZER, N 5 und N 9 zu Art. 272 ZGB.

²³⁰ So betrachtet BERNAT, Der anonyme Vater, 174 eine staatlich verordnete Aufklärung bei Kindern, die keinen Grund für Zweifel an der biologischen Abstammung haben müssen, für ein unzulässiges „Aufdrängen“ der Wahrheit.

²³¹ Vgl. BLYTH, Donor insemination, 171 f.; THORN/WISCHMANN 148; KENTENICH/TANDLER-SCHNEIDER 1150.

Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung ist ein höchstpersönliches Recht, dessen Geltendmachung nach den allgemeinen Grundsätzen des Art. 28 ZGB nicht Volljährigkeit, sondern lediglich Urteilsfähigkeit voraussetzt. Das durch das Fortpflanzungsmedizingesetz vorgegebene Verfahren zur Austeilung von Auskunft ist langwierig und bietet insofern eine gewisse Gewähr dafür, dass das Kind nicht voreilig und nicht unüberlegt ein Auskunftsgesuch stellt.²³² Ansonsten gibt es kaum eine Rechtfertigung, um dem Kind die über seine genetische Abstammung verfügbaren Informationen vorzuenthalten, entspricht doch eine generelle Vorrangigkeit seiner Wissensbedürfnisse einer konsequenten Weiterführung der Rechtsentwicklung in der jüngsten Vergangenheit.²³³

Zwar mehren sich die europäischen Rechtsordnungen, die dem Kind eine Klärung seiner genetischen Abstammung ermöglichen – dies nicht zuletzt aufgrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR)²³⁴ –, allerdings ist die anonyme Eizellenspende nach wie vor verbreitet. Es ist insbesondere ein Zusammenhang auszumachen zwischen der Zahl der fortpflanzungsmedizinischen Verfahren unter Inanspruchnahme fremder Eizellen und der Anonymität der Spende: In Ländern, die den Grundsatz der Anonymität kennen, wird weit häufiger die Eizellenspende in Anspruch genommen als in Ländern, die zwingend die Offenlegung der Spenderin vorsehen.²³⁵ Dies kann allerdings kein Argument sein, um das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung einzuschränken, im Gegenteil, die Schweiz muss sich der gesamteuropäischen Entwicklung in Richtung einer allgemeinen und uneingeschränkten Geltung dieses fundamentalen Rechts auch mit Bezug auf die Eizellenspende anschliessen.

Die Geweberichtlinie der EU gibt zwingend vor, dass die Rückverfolgbarkeit jeder Keimzellenspende zu dokumentieren ist, um jederzeit die Feststellung der Identität des Spenders oder der Spenderin zu gewährleisten.²³⁶

6. Weitere Aspekte

Im Umfeld der Zulassung der Eizellenspende stellen sich zahlreiche weitere Fragen, die mit dieser mehr oder weniger eng verknüpft sind. Zwei davon seien an dieser Stelle erörtert.

a. Embryonenspende

Das Fortpflanzungsmedizingesetz verbietet in Art. 4 neben der Eizellenspende auch die Embryonenspende und die Leihmutterschaft. Während die Leihmutterschaft spezifische Fragen aufwirft – dies insbesondere mit Bezug auf die (heute rechts- und sitten-

²³² LEUKART 595.

²³³ BÜCHLER/RYSER 20 f.; zurückhaltender dagegen BESSON 149 ff.

²³⁴ Vgl. z.B. Odièvre v. Frankreich, EGMR-Urteil vom 13. Februar 2003, No 42326/98 und Jäggi v. Switzerland, EGMR-Urteil vom 13. Juli 2006, No 58757/00.

²³⁵ Vgl. etwa BLYTH, Donor insemination, 165 ff.

²³⁶ Artikel 8 der EU-Geweberichtlinie, der eine Aufbewahrungsfrist von mindestens 30 Jahren nach der klinischen Verwendung vorsieht.

widrige²³⁷) Verpflichtung der Leihmutter, einen Embryo im Auftrag einer anderen Person auszutragen –, die eine von der Eizellenspende verschiedene Behandlung rechtfertigen, sind mit der Embryonenspende ähnliche Aspekte angesprochen wie mit der Eizellenspende. Es fragt sich demnach, ob mit der Zulassung der Eizellenspende ohne weiteres auch die Zulassung der Embryonenspende einhergehen muss.

Zahlreiche Rechtsordnungen, welche die Eizellenspende erlauben, ermöglichen auch die Embryonenspende, wenn die Indikation der Unfruchtbarkeit sowohl beim Mann wie bei der Frau vorliegt, so zum Beispiel Belgien²³⁸ und die Niederlande.²³⁹ Frankreich allerdings erlaubt die Eizellenspende, jedoch nur ganz ausnahmsweise die Embryonenspende.²⁴⁰

Der Verfassungsgeber hat zwischen der Eizellenspende und der Embryonenspende unterschieden: Während er zur Eizellenspende geschwiegen hat, hat er die Embryonenspende ausdrücklich verboten (Art. 119 Abs. 2 lit. d BV). Die Zulassung der Embryonenspende würde deshalb eine Verfassungsänderung erfordern. Es können allerdings durchaus auch sachliche Gründe angeführt werden, um nur die Eizellenspende zuzulassen. Die Tatsache, dass bei der Embryonenspende keinerlei genetische Verbindung zum Paar, das sich ein Kind wünscht, bestehen würde, ist zwar für sich alleine kein Indiz für eine Kindeswohlgefährdung, rückt das Verfahren aber dennoch in die Nähe der Adoption, die eigene und strenge Regeln kennt.

Dennoch überwiegen die Gründe, die Embryonenspende und die Eizellenspende gleich zu behandeln. Mit Hilfe der Embryonenspende kann sich ein Paar den Kinderwunsch auch dann erfüllen, wenn weder die Frau noch der Mann über funktionsfähige Keimzellen verfügen. Unter geltendem Recht kann es selbst diejenigen Embryonen nicht für eine Schwangerschaft nutzen, die im Rahmen einer In-Vitro-Fertilisation entstanden sind, dafür aber nicht mehr eingesetzt werden können. Unter dem Aspekt des Kindeswohls sprechen keine überzeugenden Gründe dagegen, auf eine genetische Verbindung zu den Eltern ganz zu verzichten. Ein damit allenfalls verbundener seelischer Konflikt ist – wie die Adoptionsforschung gezeigt hat – bewältigbar.²⁴¹ Die Embryonenspende wirft insgesamt aus Sicht der Eltern-Kind-Beziehung und deren rechtlichen Einordnung keine grundsätzlich anderen Fragen auf, als sie bereits im

²³⁷ Gemäss überwiegender Lehre sind Leihmutterverträge nichtig, weil sie den höchstpersönlichen Bereich berühren und damit eine übermässige Bindung im Sinne von Art. 27 Abs. 2 ZGB bedeuten; vgl. BEN-AM 89 ff.; BSK OR I-HUGUENIN, N 44 zu Art. 19/20 OR; BSK ZGB I-SCHWENZER, N 10 f. zu Art. 252 ZGB.

²³⁸ «Loi relative à la procréation médicalement assistée et la destination des embryons surnuméraires et des gamètes» vom 6. Juli 2007; zusätzliche Reglementierungen beziehen sich vorwiegend auf die Zulassung von fortpflanzungsmedizinischen Zentren (z.B. die entsprechende königliche Verordnung vom 15. Februar 1999), enthalten jedoch keine Beschränkung der Verfahren.

²³⁹ «Bill containing rules relating to the use of gametes and embryos» vom 20. Juni 2002; die grundsätzlich zu beachtenden Rahmenbedingungen werden im «Medical Treatment Act» vom 24. Oktober 1997 geregelt.

²⁴⁰ Beispielsweise bei völliger Sterilität oder bei Risiken der Übertragung von genetischen Krankheiten; siehe L2141-3, L2141-7 und L2141-9 Code de la Santé public.

²⁴¹ Vgl. KUHN 351, der zudem darauf hinweist, dass das Kind bei einer Embryonenspende im Gegensatz zur Adoption eine engere Bindung zur biologischen und sozialen Mutter hat.

Zusammenhang mit der Eizellenspende zu beantworten waren.²⁴² Insofern wäre es nur konsequent, wenn neben der Eizellenspende auch die Embryonenspende zugelassen würde.²⁴³ Dem im Gesetzgebungsverfahren häufig gehörten Argument, die Zulassung der Embryonenspende könnte zu einer leichtfertigen Erzeugung überzähliger Embryonen und entsprechendem Missbrauch führen,²⁴⁴ lässt sich mit weniger einschneidenden Mitteln als einem Verbot jeglicher Embryonenübertragung begegnen.²⁴⁵ Aus Sicht des Schutzes der die Eizelle spendenden Frau schliesslich kann in der Embryonenspende kein über die Eizellenspende hinausgehendes Gefährdungspotential erblickt werden.²⁴⁶ Im Fall der Embryonenspende ist allerdings der umfassenden Beratung, Aufklärung und Begleitung des Paares besondere Beachtung zu schenken.

b. Social egg freezing

Im Zusammenhang mit der Eizellenspende wird regelmässig diskutiert, ob die rechtlichen Schranken, die für das Konservieren von Eizellen bestehen, zu revidieren sind und insbesondere ob und wie das *social egg freezing* gefördert oder unterstützt werden soll und kann. An dieser Stelle kann die Thematik nicht umfassend und abschliessend behandelt werden; einige kursorische Bemerkungen müssen ausreichen. Die Nachfrage nach fremden Eizellen zur Verwirklichung des Kinderwunsches ist eng mit den verändernden gesellschaftlichen Bedingungen verbunden: Seit Jahren steigt das Alter der Frau bei der Erstgeburt. Eine nicht unbeachtliche Zahl von Frauen bringt das erste Kind im Alter von über 35 Jahren zur Welt. Die gestiegene Lebenserwartung, veränderte Frauenbilder, Ansprüche an die eigene berufliche Laufbahn, Unsicherheiten mit Bezug auf die Partnerschaft und insbesondere mit Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind für diese Entwicklung verantwortlich.²⁴⁷ Mit zunehmendem Alter schwindet die Fruchtbarkeit. Nicht nur nimmt die Zahl der monatlich herangereiften Follikel ab dem Alter von 35 Jahren rapide ab, auch sind die Eizellen häufiger von Chromosomenanomalien betroffen.²⁴⁸ Es ist das Alter der Eizelle und nicht dasjenige der Gebärmutter, das in einem Zusammenhang mit der Häufigkeit von Fehlgeburten steht.²⁴⁹

²⁴² COESTER-WALTJEN, Gutachten, 116.

²⁴³ Aus diesem Grund sprach sich bereits im Jahr 1988 die Mehrheit der Eidgenössischen Expertenkommission Humangenetik und Reproduktionsmedizin für die Zulassung der Embryonenspende aus; vgl. Amstad Bericht, 1093.

²⁴⁴ Botschaft FMedG, 253; Amstad-Bericht, 1093 f;

²⁴⁵ Vgl. KUHN 352 und WENDEHORST 147 ff.; nach § 1 Abs. 1 Nr. 6 des deutschen Embryonenschutzgesetzes ist die Entnahme eines Embryos nur strafbar, wenn dieser auf eine andere Frau übertragen oder zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck verwendet wird.

²⁴⁶ Vgl. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt zur Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts vom 2. Juli 2012, 28.

²⁴⁷ Vgl. LOCKWOOD 338.

²⁴⁸ Vgl. LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften, 552 f.; MOLLOY ET AL. 248; VON WOLFF 393.

²⁴⁹ Vgl. zur Bedeutung der Qualität der Eizellen in der fortpflanzungsmedizinischen Praxis und zu den verschiedenen Testverfahren BEYER/DIEDRICH 226 ff.; vgl. auch REYNOLDS ET AL. 1047.

Das *social egg freezing* ist ein Angebot zur Erhaltung der Fruchtbarkeit oder eher: zur Erhaltung der Möglichkeit, auch in höherem Alter mit eigenen Eizellen und einer In-Vitro-Fertilisation eine Familie zu gründen. Einer Frau werden nach der hormonellen Stimulation operativ Eizellen entnommen, diese werden eingefroren, um sie möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt für die Befruchtung zu verwenden.²⁵⁰ Es ist zu vermuten, dass bei einfachem Zugang zum *social egg freezing* die Nachfrage nach einer Eizellenspende geringer wäre: Die Frau wäre mitunter nicht auf fremde Eizellen angewiesen.

Während das *egg freezing* aus medizinischen Erwägungen, zum Beispiel im Vorfeld einer Chemotherapie, bereits seit längerer Zeit Akzeptanz findet,²⁵¹ wirft das *egg freezing* (einzig) aus Gründen der Familienplanung zahlreiche Fragen auf.

Das *social egg freezing* ist nach geltendem Recht grundsätzlich möglich: Nach Art. 15 Abs. 1 FMedG ist die Konservierung der Keimzellen mit dem Einverständnis der Person, von welcher sie stammen, erlaubt. Da die Konservierung der Eizellen kein fortpflanzungsmedizinisches Verfahren im Sinne von Art. 2 lit. a FMedG ist, zumal sie nicht unmittelbar der Herbeiführung einer Schwangerschaft dient, muss im Zeitpunkt der Eizellenentnahme und Konservierung keine Indikation nach Art. 5 FMedG vorliegen.²⁵² Auch die Zugangsbeschränkungen (Art. 3 Abs. 2 FMedG) finden keine Anwendung. Dennoch besteht für das *social egg freezing* kein förderliches rechtliches Umfeld, dies aus zwei Gründen: Erstens dürfen Eizellen in der Regel nur maximal fünf Jahre konserviert werden (Art. 15 Abs. 1 FMedG).²⁵³ Nach Art. 15 Abs. 2 FMedG kann ausnahmsweise eine längere Konservierungsdauer vereinbart werden, und zwar „mit Personen, die im Hinblick auf die Erzeugung eigener Nachkommen ihre Keimzellen konservieren lassen, weil eine ärztliche Behandlung, der sie sich unterziehen, oder eine Tätigkeit, die sie ausüben, zur Unfruchtbarkeit oder zu einer Schädigung des Erbgutes führen kann“. Zweitens muss im Zeitpunkt der Benutzung der konservierten Eizellen die medizinische Indikation, das heisst Unfruchtbarkeit, vorliegen. Konkret bedeutet dies, dass auf die „jüngeren“ Eizellen nur zurückgegriffen werden kann, wenn eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege nicht mehr möglich erscheint. Zudem gelten die allgemeinen Voraussetzungen der Zulassung zu einem fortpflanzungsmedizinischen Verfahren.

Mit der Revision des Fortpflanzungsmedizingesetzes im Zusammenhang mit der Präimplantationsdiagnostik ist eine Änderung des Art. 15 FMedG geplant. Danach ist auf Antrag der betroffenen Person eine Verlängerung der Konservierungsdauer um weitere fünf Jahre möglich.²⁵⁴ Der Widerspruch zwischen dem eigentlichen Zweck des *social egg*

²⁵⁰ Vgl. zu den angewendeten Techniken VON WOLFF 394 und LIEBERMANN/NAWROTH 234 ff.

²⁵¹ In der Botschaft FMedG, 263 f. wird ein medizinisches Bedürfnis nach Konservierung menschlicher Keimzellen ausdrücklich anerkannt.

²⁵² So auch TETTAMANTI Rz. 31.

²⁵³ Zur Entstehungsgeschichte der Fünfjahresfrist vgl. TETTAMANTI Rz. 40 und Botschaft FMedG, 264.

²⁵⁴ Vgl. Art. 15 Abs. 1 des Entwurfs über die Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes sowie Botschaft Präimplantationsdiagnostik, 5932 f.

freezing, in fortgeschrittenem Alter „jüngere“ Eizellen zur Verfügung zu haben,²⁵⁵ und der Grundidee des Gesetzes, wonach die Unterstützung der Fortpflanzungsmedizin nur dann zur Verfügung stehen soll, wenn eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt, bleibt allerdings bestehen.

Die Technik der Konservierung von Keimzellen hat sich seit dem Erlass des Fortpflanzungsmedizinengesetzes rasch und sehr stark entwickelt.²⁵⁶ Während bis zur Jahrtausendwende die Erfolgchancen einer Schwangerschaft unter Verwendung einer konservierten Eizelle gering waren, bestehen heute dank neuerer Verfahren der Konservierung (sogenannte Vitrifizierung) die gleichen Chancen, mit konservierten wie mit sogenannten frischen Zellen eine Schwangerschaft herbeizuführen.²⁵⁷ Mit der Konservierung von Eizellen geht nach bisheriger Erfahrung auch kein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen des zu zeugenden Embryo einher, wobei anzufügen ist, dass langfristige Studien nach wie vor fehlen.²⁵⁸

Social egg freezing hat das Potential, eine revolutionäre, mit der Pille vergleichbare familien- und gesellschaftspolitische Rolle einzunehmen: Es stärkt die reproduktive Selbstbestimmung der Frau, es ermöglicht ihr eine grössere Kontrolle über ihre Familienplanung, und die Möglichkeit der „Fertilitätsreserve“ entschärft die Frage nach der Vereinbarkeit verschiedener Aufgaben. Stellvertretend für die zunehmende Anzahl euphorischer Stimmen in der Literatur GOOLD/SAVULESCU:

„Social IVF promotes equal participation by women in employment; it offers women more time to choose a partner; it provides better opportunities for the child as it allows couples more time to become financially stable; it may reduce the risk of genetic and chromosomal abnormality; it allows women and couples to have another child if circumstances change; it offers an option to women and children at risk of ovarian failure; it may increase the egg and embryo pool. There are strong arguments based on equal concern and respect for women which require that women have access to this new technology. Freezing eggs also avoids some of the moral objections associated with freezing embryos.“²⁵⁹

Soll das *social egg freezing* diese Bedeutung erhalten, und damit womöglich auch die Nachfrage nach der Eizellenspende eindämmen, müssen dafür förderliche rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Es müsste insbesondere gewährleistet sein, dass Eizellen auch ohne medizinische Indikation für eine lange Dauer konserviert und danach auch genutzt werden können. Freilich gibt es auch kritische Stimmen, und zwar

²⁵⁵ Siehe KRESS, Embryomonitoring, 165 und MERTES/PENNINGS 824.

²⁵⁶ Vgl. insbesondere zur Entwicklung des sogenannten Vitrifikationsverfahrens LIEBERMANN/NAWROTH 237 ff.

²⁵⁷ Vgl. VON WOLFF 394, der jedoch darauf hinweist, dass die vergleichbaren Erfolgszahlen nur für Frauen gelten, die bei der Gewebeentnahme höchstens 35 Jahre alt waren, und dass die Erfolgchancen bei einem höheren Alter deutlich geringer und bei einem Alter ab 40 Jahren gar nahezu bei 0 % liegen dürften; siehe ferner MOLLOY ET AL. 248 und WANG/RACOWSKY/COMBELLES 79 ff.

²⁵⁸ TETTAMANTI Rz. 13; die bisher verfügbaren wissenschaftlichen Daten weisen darauf hin, dass die aus konservierten Eizellen gezeugten Kinder keine genetischen Auffälligkeiten aufwiesen, vgl. LIEBERMANN/NAWROTH 239 und NAWROTH 648; zurückhaltender SHKEDI-RAFID/HASHILONI-DOLEV 155.

²⁵⁹ GOOLD/SAVULESCU 47; vgl. auch DIEKÄMPER 312 ff.

dahin gehend, dass neue Optionen immer auch Zwänge und neue Normerwartungen hervorbringen.²⁶⁰

Social egg freezing ist jedenfalls im Ausland bereits weit verbreitet.²⁶¹ Eine intensive gesellschaftliche Debatte darüber, ob dies auch in der Schweiz erwünscht ist, beziehungsweise ob es tatsächlich Gründe gibt, den Zugang zu dieser Technologie zu unterbinden oder zu beschränken, ist erforderlich.

²⁶⁰ Vgl. etwa KRESS, Embryomonitoring, 165 und 166, mit dem Hinweis auf die für eine Frau schwierige Entscheidung, ob sie ihre Eizellen auf die vage Aussicht auf eine spätere Schwangerschaft hin konservieren lassen und damit in Kauf nehmen soll, eine in jüngeren Jahren realisierbare Schwangerschaft allenfalls ohne Not in die Zukunft zu verschieben; siehe ferner LOCKWOOD 339.

²⁶¹ Wie aus den entsprechenden Internetauftritten ersichtlich ist, bietet vor allem in den USA eine Vielzahl von Fertilitätskliniken solche Programme an, welche die psychologischen, sozialen, moralischen und ethischen Implikationen mit berücksichtigen.

IV. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Eizellenspende im geltenden Recht der Schweiz und im Rechtsvergleich

1. Die Schweiz kennt im europäischen Vergleich eine sehr **restriktive Regelung** der Fortpflanzungsmedizin. Mit dem Verbot der Eizellenspende werden unfruchtbare Frauen und ihre Partner von gewissen Verfahren der künstlichen Fortpflanzung ausgeschlossen. Die Mehrzahl der europäischen Länder kennt eine liberalere Regelung der Fortpflanzungsmedizin und erlaubt auch die Eizellenspende. Die Gesetzeslage in der Schweiz verhindert nicht, dass sich Frauen und Paare mit entsprechenden Fruchtbarkeitsstörungen im Ausland einer solchen Behandlung unterziehen, was zunehmend zum Phänomen des sogenannten Fortpflanzungstourismus führt.
2. Der Wunsch nach Kindern genießt als elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung **grundrechtlichen Schutz**, weshalb jede Beschränkung des Zugangs zu fortpflanzungsmedizinischen Verfahren die von der Verfassung dafür vorgegebenen Schranken zu beachten hat. Das Recht auf Zugang zu den Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung findet zudem in Art. 8 EMRK beziehungsweise in Art. 12 EMRK eine **konventionsrechtliche Fundierung**. Bei der Beurteilung von zulässigen Einschränkungen ist zu berücksichtigen, dass bei der Eizellenspende im Unterschied zur leichter durchführbaren Samenspende ein belastender Eingriff in den Körper einer von der Behandlung nicht unmittelbar profitierenden Frau erforderlich ist.
3. Das Verbot der Eizellenspende wird unter anderem damit begründet, dass die Eizellenspende zur Entstehung von Familienverhältnissen führen würde, die in der **Natur** keine Entsprechung finden. Das natürlicherweise Vorkommende als solches ist jedoch nicht schutzwürdig und vermag für sich genommen die Nichtzulassung eines bestimmten fortpflanzungsmedizinischen Verfahrens nicht zu rechtfertigen.
4. Die unter den Aspekt des **Kindeswohls** zu verortende Bewahrung der Einheitlichkeit der Mutterschaft soll für eine ungestörte Identitätsentwicklung des künstlich gezeugten Kindes bürgen. Die befürchteten Identitätsfindungsschwierigkeiten konnten indessen auch nach Jahren intensiver Forschung empirisch nicht nachgewiesen werden und sind folglich nicht länger geeignet, das Verbot der Eizellenspende argumentativ zu stützen.
5. Dem Schutz der Eizellenspenderin vor **gesundheitlichen Risiken** und vor Ausbeutung ist hohe Priorität beizumessen. Zu dessen Sicherstellung bedarf es aber keines Totalverbots. Als ebenso wirksam erweist sich die gesetzgeberische Umsetzung eines vielschichtigen Massnahmenkonzepts.
6. Zusammenfassend bedeutet dies, dass die zur Legitimierung des Verbots der Eizellenspende angeführten Gründe einer kritischen Überprüfung nicht standhalten. Als Folge dessen lässt sich zudem nicht (mehr) mit sachlich befriedigenden Argumenten begründen, weshalb einer Frau mit nicht funktionsfähigen Eizellen im Gegensatz zu einem Mann mit reproduktionsunfähigen Spermazellen jeglicher Zugang zur Fortpflanzungsmedizin verschlossen bleiben soll.

7. Das geltende Verbot der Eizellenspende verletzt das den Kinderwunsch der betroffenen Paare schützende Grundrecht der persönlichen Freiheit und verstößt gegen das verfassungsrechtlich verankerte Gebot der Gleichbehandlung. Art. 4 FMedG ist daher zu revidieren und **das Verbot der Eizellenspende ist aufzuheben.**

Die Eizellenspende de lege ferenda: Eckpunkte einer möglichen Regelung

1. Eine Zulassungsregelung, **die sich in die bestehende Gesetzgebung einfügt**, muss folgende Aspekte berücksichtigen:

2. Die Eizellenempfängerin:

Die Eizellenempfängerin muss die **Voraussetzungen des Art. 3 FMedG** erfüllen und eine Indikation aufweisen.

Auf ein gesetzlich fixiertes **Maximalalter** kann zugunsten der Einzelfallentscheidung verzichtet werden.

Neben der medizinischen Beratung und Untersuchung ist auch eine **psychologische Begleitung** wichtig.

Die Möglichkeit, **Keimzellen** beziehungsweise die Spenderin auszuwählen, soll nur in sehr begrenztem Umfang bestehen.

3. Die Eizellenspenderin:

Im Kontext der Eizellenspende stehen drei zentrale Gebote der Medizinethik zueinander im Widerspruch: Das Prinzip, Gutes zu tun; das Prinzip, nicht zu schaden und das Autonomieprinzip. Nur die freie und **informierte Zustimmung** der Spenderin vermag den Eingriff zu rechtfertigen. Die Zustimmung ist allerdings zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung, um die hormonelle Behandlung und die operative Eizellenentnahme zu rechtfertigen.

Erforderlich ist eine umfassende Beratung und sorgfältige **Prüfung der Motive**.

Wegen möglicher Befangenheit des behandelnden Arztes soll eine **unabhängige und erfahrene Fachperson** in die **psychosoziale Abklärung** miteinbezogen werden.

Die Eizellenspenderin muss aufgeklärt und schriftlich in den Eingriff einwilligen. Die **Aufklärung** muss umfassend sein.

Die Eizellenspende **zugunsten einer bestimmte Person** soll möglich sein.

Auch das **egg sharing** ist nicht auszuschliessen, allerdings ist insbesondere darauf zu achten, dass die Gesundheit der Spenderin und ihre In-Vitro-Fertilisationsbehandlung nicht kompromittiert werden.

Die Zahl der Eizellen, die gespendet werden können, und/oder die Zahl der Zyklen, die eine Spenderin durchlaufen kann, sollen aus **Gesundheitserwägungen** beschränkt werden.

Die Festlegung der notwendigen **medizinischen Untersuchungen** und eines maximalen Spendealters wird Aufgabe von Richtlinien und der Praxis sein.

Die Eizellenspende hat **unentgeltlich** zu erfolgen, wobei die mit der Eizellenspende einhergehenden grossen Belastungen bei der Festlegung der Aufwandentschädigung zu berücksichtigen sind.

4. Die **rechtliche Mutterschaft** kommt der Eizellenempfängerin zu.

5. Das **Recht des Kindes auf Kenntnis der genetischen Abstammung** muss gewährleistet sein.

6. Mit der Zulassung der Eizellenspende müsste die Zulassung der **Embryonenspende** einhergehen.

7. Die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen verunmöglichen zwar das **social egg freezing** nicht, erschweren dieses aber erheblich. *Social egg freezing* stärkt die reproduktive Selbstbestimmung der Frau und könnte deshalb eine familien- und gesellschaftspolitisch bedeutsame Rolle einnehmen. Es muss eine intensive Debatte darüber geführt werden, ob und wie der Zugang zu dieser Technologie zu fördern ist.

Literaturverzeichnis

ADAMSON/BAKER, Multiple births from assisted reproductive technologies: a challenge that must be met, *Fertility and Sterility* 2004/81 (3), 517 ff.

AEBI-MÜLLER, Persönlichkeitsschutz und Genetik – Einige Gedanken zu einem aktuellen Thema, unter besonderer Berücksichtigung des Abstammungsrechts, *ZBJV* 2008, 82 ff.

AMATO, The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation, *The Future of Children* 2005/15 (2), 75 ff.

AMSTUTZ/GÄCHTER, Zugang zur Fortpflanzungsmedizin. Verfassungs-, gesundheits- und sozialversicherungsrechtliche Aspekte, in: *Jusletter* vom 31. Januar 2011.

ARONS, *Future Choices. Assisted Reproductive Technologies and the Law*, Washington 2007.

ARONS/CHEN, *Future Choices II. An Update on the Legal, Statutory, and Policy Landscape of Assisted Reproductive Technologies*, Washington 2013.

AUBERT, Art. 119 BV, in: AUBERT/MAHON (Hrsg.), *Petit commentaire de la Constitution fédérale suisse du 18 avril 1999*, Zürich 2003.

BAVIERA, Elternrechte und Kindeswohl, in: KAUFMANN/ZIEGLER (Hrsg.), *Kindeswohl. Eine interdisziplinäre Sicht*, Zürich 2003, 143 ff.

BEAUCHAMPS/CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, 6. Aufl., Oxford 2009.

BEITZ, *Zur Reformbedürftigkeit des Embryonenschutzgesetzes. Eine medizinisch-ethisch-rechtliche Analyse anhand moderner Fortpflanzungstechniken*, Frankfurt am Main 2009.

BEN-AM, *Gespaltene Mutterschaft*, Basel und Frankfurt am Main 1998.

BERG, Die Eizellspende – eine Chance für wen?, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*, Göttingen 2008, 239 ff.

BERNAT, Der anonyme Vater im System der Fortpflanzungsmedizin, in: BERNAT (Hrsg.), *Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik*, Wien 2000, 161 ff.
(zitiert: BERNAT, *Der anonyme Vater*)

BERNAT, Kommentar zu VfGH 14.10.1999, G91/98-13 und 116/98-13 (zur Frage, ob die Teilhabe an den nichtkoitalen Methoden menschlicher Reproduktion von Art. 8 Abs. 1 EMRK geschützt ist, *MedR* 2000 (18), 389 ff.
(zitiert: BERNAT, *Kommentar*).

BERNAT, *Rechtsfragen medizinisch assistierter Zeugung*, Frankfurt am Main 1989
(zitiert: BERNAT, *Rechtsfragen*).

BERNAT, *Rechtsprechung. § 3 FMedG verletzt Art. 14 EMRK iVm Art. 8 EMRK. Anmerkung, Recht der Medizin*, 2010 (3), 88 ff.
(zitiert: BERNAT, *Anmerkung*).

BERNAT, § 3 des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes auf dem Prüfstand des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrecht, Das Urteil der Grossen Kammer in der Rechtssache S. H. et al. gegen Österreich, *Der Gynäkologe* 2012/45 (4), 331 ff.
(zitiert: BERNAT, Rechtssache S. H.).

BESSON, Enforcing the child's right to know her origins: contrasting approaches under the convention on the rights of the child and the European convention on human rights, *International Journal of Law, Policy and the Family* 2007/21 (2), 137 ff.

BEYER/DIEDRICH, Bewertung von Eizellen und Embryonen, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2013, 225 ff.

BIAGGINI, Art. 119 BV, in: BIAGGINI, *Kommentar BV, Bundesverfassung der schweizerischen Eidgenossenschaft mit Auszügen aus der EMRK, den UNO-Pakten sowie dem BGG*, Zürich 2007.

BINDER/GRIESINGER/KIESEL, Ovarielles Überstimulationssyndrom, *Gynäkologische Endokrinologie* 2007/5 (4), 203 ff.

BLYTH, Donor insemination and the dilemma of the „unknown father“, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*, Göttingen 2008, 157 ff.
(zitiert: BLYTH, Donor insemination).

BLYTH, Subsidized IVF: the development of „egg sharing“ in the United Kingdom, *Human Reproduction* 2002/17 (12), 3254 ff.
(zitiert: BLYTH, Egg sharing).

BODENMANN, Folgen der Scheidung für die Kinder aus psychologischer Sicht, in: RUMO-JUNGO/PICHONNAZ (Hrsg.), *Kind und Scheidung. Symposium zum Familienrecht 2005 Universität Freiburg*, Zürich 2006, 73 ff.

BREITENMOSER/HUSHEER, *Europarecht, Band I: Institutionelle Grundlagen von EU und EG*, 2. Aufl., Zürich 2002.

BREITENMOSER/WILDHABER, Kommentierung von Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens, der Wohnung und des Briefverkehrs), in: KARL (Hrsg.), *Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention*, 2. Lieferung, Köln/Berlin/München 1992.

BUCHLI-SCHNEIDER, *Künstliche Fortpflanzung aus zivilrechtlicher Sicht*, Diss. Bern 1987.

BÜCHLER, Sag mir, wer die Eltern sind... Konzeptionen rechtlicher Elternschaft im Spannungsfeld genetischer Gewissheit und sozialer Geborgenheit, *AJP* 2004, 1175 ff.

BÜCHLER/RYSER, Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, *FamPra.ch* 2009, 1 ff.

BÜNDGEN/RODY/DIEDRICH/CORDES, Assistierte Reproduktion, *Der Gynäkologe* 2013/46 (1), 37 ff.
(zitiert: BÜNDGEN ET AL.).

CAVANAGH/HUSTON, Family Instability and Children's Early Problem Behavior, *Social Forces* 2006/85 (1), 551 ff.

CHECK, Ethicists and biologists ponder the price of egg, *Nature* 2006/442, 606 f.

COESTER-WALTJEN, Die künstliche Befruchtung beim Menschen – Zulässigkeit und zivilrechtliche Folgen, Gutachten B für den 56. Deutschen Juristentag, München 1996
(zitiert: COESTER-WALTJEN, Gutachten).

COESTER-WALTJEN, Nr. 560 EuGHMR – EGMR Art. 8, Art. 14; Österr. Fortpflanzungsmedizingesetz [FMedG] § 3 I, 3 III, FamRZ 2010, 957 f.
(zitiert: COESTER-WALTJEN, Entscheidbesprechung).

COOK, Donating Parenthood: Perspectives on Parenthood from Surrogacy and Gamete Donation, in: BAINHAM/SCLATER/RICHARDS (Hrsg.), What is a Parent? A Socio-Legal Analysis, Oxford/Portland 1999, 121 ff.

COPUR, Gleichgeschlechtliche Partnerschaft und Kindeswohl, Bern 2008.

CORDES/SCHULTZE-MOSGAU/GRIESINGER/DIEDRICH/VON OTTE, Krebsrisiko nach ovarieller Stimulation, Gynäkologische Endokrinologie 2007/5 (4), 198 ff.
(zitiert: CORDES ET AL.).

COWDEN, „No harm, no foul“: a child’s right to know their genetic parents, International Journal of Law, Policy and the Family 2012/26 (1), 102 ff.

COVINGTON/GIBBONS, What is happening to the price of eggs?, Fertility and Sterility 2007/87 (5), 1001 ff.

DE GEYTER, Der heutige Stellenwert der modernen Fortpflanzungsmedizin und ihre Bedeutung für die Familienplanung, FamPra.ch 2001, 676 ff.

DEPENBUSCH/SCHULTZE-MOSGAU, Eizell- und Embryonenspende, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, Berlin 2013, 287 ff.

DETTENBORN, Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte, 3. Aufl., München 2010.

DIEDRICH/BANZ-JANSEN/LUDWIG, Schwangerschaft und outcome der Kinder nach ART, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2011/8 (2), 108 ff.

DIEKÄMPER, Reproduziertes Leben. Biomacht in Zeiten der Präimplantationsdiagnostik, Bielefeld 2011.

DOR/LERNER-GEVA/RABINOVICI/CHETRITT/LEVRAN/LUNENFELD/MASHIACH/MODAN, Cancer incidence in a cohort of infertile women who underwent in vitro fertilization, Fertility and Sterility 2002/77 (2), 324 ff.
(zitiert: DORET AL.).

DOWNIE/BAYLIS, Transnational Trade in Human Eggs: Law, Policy, and (In)Action in Canada, Journal of Law, Medicine & Ethics 2013/41 (1), 224 ff.

ELSTER, Egg donation for Research and Reproduction: The Compensation Conundrum, in: BRATCHER GOODWIN (Hrsg.), Baby Markets: Money and the New Politics of Creating Families, Cambridge 2010, 226 ff.

FERRARETTI/PENNINGS/GIANAROLI/NATALI/MAGLI, Cross-border reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies, *Reproductive BioMedicine Online* 2010/20, 261 ff.

(zitiert: FERRARETTI ET AL.).

FOUNTOULAKIS, L'impact de la procréation médicalement assistée sur l'établissement et la destruction du lien de filiation, *FamPra.ch* 2011, 247 ff.

FRITH, Gamete donation and anonymity. The ethical and legal debate, *Human Reproduction* 2001/16 (5), 818 ff.

FROWEIN/PEUKERT, *EMRK-Kommentar*, 3. Aufl., Berlin 2009.

GABRIEL/KELLER, Adoption – was beeinflusst ihren Verlauf, in: Bundesamt für Justiz (Hrsg.), *Vierte Schweizerische Tagung zur internationalen Adoption*, Bern 2012, 12 ff.

GALLUS, La procréation médicalement assistée et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, in: GALLUS (Hrsg.), *Droit des familles, Genre et sexualité*, Paris/Brüssel 2012, 203 ff.

GÄCHTER/RÜTSCHKE, *Gesundheitsrecht*, 3. Aufl., Basel 2013.

GOLOMBOK/BREWAEYS/GIAVAZZI, The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence, *Human Reproduction* 2002/17 (3), 830 ff.

GOLOMBOK/MURRAY/BRINDEN/ABDALLA, Social versus Biological Parenting: Family Functioning and the Socioemotional Development of Children Conceived by Egg or Sperm Donation, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999/40 (4), 519 ff.

(zitiert: GOLOMBOK/MURRAY ET AL.).

GOLOMBOK/READINGS/BLAKE/CASEY/MELLISH/MARKS/JADVA, Children Conceived by Gamete Donation: Psychological Adjustment and Mother-child Relationship at Age 7, *Journal of Family Psychology* 2011/25 (2), 230 ff.

(zitiert: GOLOMBOK/READINGS ET AL.).

GOOLD/SAVULESCU, In Favour of Freezing Eggs for Non-Medical Reasons, *Bioethics* 2009/23 (1), 47 ff.

GRABENWARTER/PABEL, *Europäische Menschenrechtskonvention*, 5. Aufl., Wien 2012.

GRAUMANN, Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*, Göttingen 2008, 175 ff.

GREENFELD/KLOCK, Assisted reproductive technology and the impact on children, in: COVINGTON/BURNS (Hrsg.), *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*, New York 2006, 477 ff.

GRUENBAUM/PINCHOVER/LUNENFELD/JOTKOWITZ, Ovum donation: examining the new Israeli law, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2011/159 (1), 40 ff.

(zitiert: GRUENBAUM ET AL.).

HÄFELIN/HALLER/KELLER, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*, 8. Aufl., Zürich 2012.

HAUSHEER/AEBI-MÜLLER, Das Personenrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 3. Aufl., Bern 2012.

HAZEKAMP/BERGH/WENNERHOLM/HOVATTA/KARLSTROM/SELBING, Avoiding multiple pregnancies in ART: consideration of new strategies. *Human Reproduction* 2000/15 (6), 1217 ff.
(zitiert: HAZEKAMP ET AL.).

HEGNAUER, Grundriss des Kindesrechts und des übrigen Verwandtschaftsrechts, 5. Aufl., Bern 1999
(zitiert HEGNAUER, Kindesrecht).

HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und Grundrechte, in: HALLER/KÖLZ/MÜLLER/THÜRER (Hrsg.), Festschrift für Ulrich Häfelin zum 65. Geburtstag, Zürich 1989, 127 ff.
(zitiert HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und Grundrechte).

HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und persönliche Freiheit, Bemerkungen zu BGE 115 Ia 246 ff. Erw. 5 und 6, ZBl 8 (1991) 341 ff.
(zitiert: HEGNAUER, Künstliche Fortpflanzung und persönliche Freiheit).

HENG, Egg sharing in return for subsidized fertility treatment – ethical challenges and pitfalls, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2008/25 (4), 159 ff.

HERRMANN, Der menschliche Körper zwischen Vermarktung und Unverfügbarkeit. Grundlinien einer Ethik der Selbstverfügung, Diss. Freiburg im Breisgau 2011.

HESS/KRÜSSEL/BASTON-BÜST, Ovarielles Überstimulationssyndrom, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIE-SINGER (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, Berlin 2013, 317 ff.

HEUN, Restriktionen assistierter Reproduktion aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown, Göttingen 2008, 49 ff.

HEYDER, Das Verbot der heterologen Eizellenspende. Eine Analyse der zugrunde liegenden Argumente aus ethischer Perspektive, Halle 2011.

HOVATTA, Medical considerations of single embryo transfer, in: GARDNER/WEISSMANN/HOWLES/SOHAM (Hrsg.), *Textbook of Assisted Reproductive Technologies: Laboratory and Clinical Perspectives*, 3. Aufl., London 2009, 707 ff.

HYUN, Fair payment or undue inducement, *Nature* 2006/442, 629 f.

IMTHURN/MAURER-MAJOR/STILLER, Sterilität/Infertilität – Ursachen und Abklärung, *Schweiz Med Forum* 2008/8 (7), 124 ff.

JOHNSON, The medical ethics of paid egg sharing in the UK, *Human Reproduction* 1999/14 (7), 1912 ff.

KATZ, Ghost Mothers: Human Egg Donation and the Legacy of the Past, *Albany Law Review* 1994/57 (3), 733 ff.

KATZORKE/RICKERT-FÖHRING/BIELFELD/KOLODZIEJ, Weibliche und männliche Fertilitätsstörungen und Risiken der assistierten Reproduktion, in: FRITZE/MEHRHOFF (Hrsg.), Die ärztliche Begutachtung, 7. Aufl., Berlin 2008, 533 ff.
(zitiert: KATZORKE ET AL.)

KENTENICH/PIETZNER, Überlegungen zur gesetzlichen Nachbesserung in der Reproduktionsmedizin, in: FRISTER/OLZEN (Hrsg.), Reproduktionsmedizin: Rechtliche Fragestellungen. Dokumentation der Tagung zum 10-jährigen Bestehen des Instituts für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf, Düsseldorf 2010, 59 ff.

KENTENICH/TANDLER-SCHNEIDER, Die Arztrolle in unterschiedlichen klinischen Kontexten. Ärztliche Beratung bei In-vitro-Fertilisation (IVF) und Präimplantationsdiagnostik (PID), Bundesgesundheitsblatt 2012 (55), 1144 ff.

KENTENICH/UTZ-BILLING, Verbot der Eizellspende – ist es medizinisch, psychologisch oder ethisch gerechtfertigt?, Gynäkologische Endokrinologie 2006 (4), 229 ff.

KIENER/KÄLIN, Grundrechte, 2. Aufl., Bern 2013.

KNOLL, So weit gehen für ein Kind: Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown, Göttingen 2008, 63 ff.

KOCH, Fortpflanzungsmedizin im europäischen Rechtsvergleich, Politik und Zeitgeschichte 2001, 44 ff.

KOWALCEK, Mehrlingselternschaft nach assistierter Reproduktion, Wiener klinische Wochenschrift 2011/123 (15/16), 463 ff.

KRAMER, In Verantwortung für das Leben. Sozialethische Perspektiven, Berlin 2009.

KRESS, Ethik: Reproduktionsmedizin im Lichte von Verantwortungsethik und Grundrechten, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, Berlin 2013, 651 ff.
(zitiert: KRESS, Ethik).

KRESS, Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenvitrifikation: Neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin aus ethischer Sicht, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2013/10 (3), 163 ff.
(zitiert: Kress, Embryomonitoring).

KUHN, Recht auf Kinder? Der verfassungsrechtliche Schutz des Kinderwunsches, Zürich/St. Gallen 2008.

KÜPKER, Regulation der Reproduktionsmedizin im europäischen Vergleich, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, Berlin 2013, 631 ff.

LEUKART, Die praktischen Konsequenzen des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung – welche Fälle verlangen ein Umdenken im schweizerischen Familienrecht, AJP 2009, 584 ff.

LIEBERMANN/NAWROTH, Kryokonservierung, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, Berlin 2013, 233 ff.

LOCKWOOD, Social egg freezing: the prospect of reproductive ‚immorality‘ or a dangerous delusion?, *Reproductive BioMedicine Online* 2011, 334 ff.

LUDWIG, Follikelpunktion und Eizellgewinnung, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2013, 209 ff.

LUDWIG/LUDWIG, Direkte Komplikationen der Behandlungsmethoden, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2013, 305 ff.
(zitiert: LUDWIG/LUDWIG, Komplikationen).

LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften nach assistierter Reproduktion, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2013, 547 ff.
(zitiert: LUDWIG/LUDWIG, Schwangerschaften).

LURGER, Das Fortpflanzungsmedizingesetz vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof, *DEuFamR* 2 (2000), 134 ff.

LÜTHI, Das Problem der Mehrlingsschwangerschaften, *Schweizerische Ärztezeitung* 2006/87 (21), 943 ff.

MAIER/JÄGER/HATTINGER-JÜRGENSSEN/REITSAMER-TONTSCH/SCHREINER/WEISSE, Zwei Kasuistiken: Neonatologisches Outcome nach Eizellspende bei Frauen jenseits des biologisch reproduktiven Alters – Ein Beitrag zur Debatte über Eizellspende in Österreich, *Journal für Gynäkologische Endokrinologie* 2011/5 (2), 18 ff.
(zitiert: MAIER ET AL.).

MANAI, *Les droits du patient face à la biomédecine*, 2. Aufl., Bern 2013.

MANDOFIA/GUILLOD, *Liberté personnelle et procréation assistée*, *SJZ* 89 (1993) 205 ff.

MARTIN, Medical travel and the sale of human biological materials: Suggestions for ethical policy development, *Global Social Policy* 2010/10 (3), 377 ff.

MCGEE/BRAKMAN/GURKMANKIN, Gamete donation and anonymity: disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional, *Human Reproduction* 2001/16 (10), 2033 ff.

MCGRATH/SAUER, The Finances of Egg Donation, in: SAUER (Hrsg.), *Principles of Oocyte and Embryo Donation*, 2. Aufl., London 2013, 231 ff.

MEIER/STETTLER, *Droit de la filiation*, 4. Aufl., Zürich 2009.

MEYER-LADEWIG, *Europäische Menschenrechtskonvention, Handkommentar*, 3. Aufl., Baden-Baden 2011.

MERTES/PENNINGS, Social egg freezing: for better not for worse, *Reproductive BioMedicine Online* 2011, 824 ff.

MOLLOY/HALL/ILBERY/IRVING/HARRISON, Oocyte freezing: timely reproductive insurance?, *The Medical Journal of Australia* 2009/190 (5), 247 ff.
(zitiert: MOLLOY ET AL.)

MÜLLER-GÖTZMANN, Artificielle Reproduktion und gleichgeschlechtliche Elternschaft: eine arztrechtliche Untersuchung zur Zulässigkeit fortpflanzungsmedizinischer Massnahmen bei gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, Berlin 2009.

MÜLLER/SCHEFER, Grundrechte in der Schweiz, 4. Aufl., Bern 2008.

MÜLLER-TERPITZ, Das Recht auf Fortpflanzung – Vorgaben der Verfassung und der EMRK, in: FRISTER/OLZEN (Hrsg.), Reproduktionsmedizin: Rechtliche Fragestellungen. Dokumentation der Tagung zum 10-jährigen Bestehen des Instituts für Rechtsfragen der Medizin Düsseldorf, Düsseldorf 2010, 9 ff.

MURRAY/MACCALLUM/GOLOMBOK, Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years, *Fertility and Sterility* 2006/85 (3), 610 ff.

NASSAR/KATZORKE, Ländergrenzen überschreitende Reproduktionsmedizin in Europa. Vorteile für das Paar?, *Endokrinologie und Reproduktionsmedizin* 2011/7 (3), 184 ff.

NAWROTH, "Social freezing" – Pro und Contra, *Der Gynäkologe* 2013/46 (9), 648 ff.

NOVAK, Fortpflanzungsmedizingesetz und Grundrechte, in: BERNAT (Hrsg.), Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik, Wien 2000, 62 ff.

NURUDEEN/LEVINE/THORNTON, Selecting and Screening Donors, in: SAUER (Hrsg.), *Principles of Oocyte and Embryo Donation*, 2. Aufl., London 2013, 31 ff.

PAULSON/BOOSTANFAR/SAADAT/MOR/TOURGEMAN/SLATER/FRANCIS/JAIN, Pregnancy in the sixth decade of life: obstetric outcomes in woman of advanced reproductive age, *The Journal of the American Medical Association* 2002/288 (18), 2320 ff.
(zitiert: PAULSON ET AL.).

PECKS/MAASS/NEULEN, Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck: Metaanalyse und Fallserie, *Deutsches Ärzteblatt* 2011/108 (3), 23 ff.
(zitiert: PECKS/MAASS/NEULEN, Eizellspende).

PECKS/MAASS/NEULEN, Grenzüberschreitung in der reproduktiven Medizin. Eizellspende im Ausland, *Gynäkologie* 2012/45 (6), 476 ff.
(zitiert: PECKS/MAASS/NEULEN, Grenzüberschreitung).

PELET, Pourquoi interdire le don d'ovule?, *plädoyer* 2003, 70 ff.

PINSART, La gestation pour autrui dans les avis des comités de bioéthique belge et français. Mise en perspective des femmes, in: GALLUS (Hrsg.), *Droit des familles, Genre et sexualité*, Paris/Brüssel 2012, 169 ff.

REICH/SWINK, You Can't Put the Genie Back in the Bottle: Potential Rights and Obligations of Egg Donors in the Cyberprocreation Era, *Albany Law Journal of Science & Technology* 2010/20 (1), 1 ff.

REINKE, Fortpflanzungsfreiheit und das Verbot der Fremdeizellenspende, Berlin 2008.

REUSSER/SCHWEIZER, Art. 119 BV, in: EHRENZELLER/MASTRONARDI/SCHWEIZER/VALLENDER (Hrsg.), *St. Galler Kommentar, Die schweizerische Bundesverfassung*, 2. Aufl., Zürich 2008.

REVERMANN/HÜSSING, TAB – Studien des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag 32 – Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen, Berlin 2011.

REYNOLDS/SCHIEVE/JENG/PETERSON/WILCOX, Risk of Multiple Birth Associated with in In Vitro Fertilization using donor eggs, *American Journal of Epidemiology* 2001/154 (11), 1043 ff. (zitiert: REYNOLDS ET AL.).

ROBERTSON, Procreative Liberty and Harm to Offspring in Assisted Reproduction, *American Journal of Law & Medicine* 2004/30 (1), 7 ff.

RÖSING/NEULEN, Prinzipien der Kinderwunschbehandlung, in: MAASS/SCHIESSL (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Heidelberg 2012, 77 ff.

RUPP, Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften, *Bundesanzeiger* 2009, 281 ff.

RUSCH, Rechtliche Elternschaft. Rechtsvergleich und Reformvorschlag für die Schweiz, Bern 2009.

RÜTSCHKE, Rechte von Ungeborenen auf Leben und Integrität. Die Verfassung zwischen Ethik und Rechtspraxis, Zürich/St. Gallen 2009.

RÜTSCHKE/WILDHABER, I. Sektion des EGMR, Kammerurteil vom 1. April 2010, Nr. 57813/2000, S.H. et al. Gegen Österreich (noch nicht rechtskräftig), *AJP* 2010, 803 ff.

SANDOZ/MEXIN, Liberté personnelle et procréation médicalement assistée: quelles limites au pouvoir créateur du juge constitutionnel?, *ZSR* 1995 I 453 ff.

SCHEWE, Mater semper certa est? Plädoyer für die Abschaffung des Verbotes der Eizellenspende in Deutschland, *FamRZ* 2014, 90 ff.

SCHMID, Assisted Reproduction in Switzerland and Germany: regulative and social contexts, in: DE JONG/TKACH (Hrsg.), *Making Bodies, Persons and Families. Normalising Reproductive Technologies in Russia, Switzerland and Germany*, Münster 2009, 57 ff.

SCHMIDT-RECLA/NOACK, Reproduktion und Recht. Ein Überblick, *Der Gynäkologe* 2011/44 (6), 482 ff.

SCHRÖDER/SOYKE, Ethische und rechtliche Fragen am Beginn des menschlichen Lebens, Berlin 2008.

SCHRÖER/WEICHERT, Mehrlingsschwangerschaften, in: DIEDRICH/LUDWIG/GRIESINGER (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, Berlin 2013, 329 ff.

SCHWEIZER, Art. 24^{novies}, in: AUBERT/EICHENBERGER/MÜLLER/RHINOW/SCHINDLER (Hrsg.), *Kommentar zur Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 29. Mai 1874*, Basel/Zürich/Bern 1995.

SCHWENZER, Die UN-Kinderrechtskonvention und das schweizerische Kindesrecht, *AJP* 1994, 817 ff.

SEELMANN, Recht und Rechtsethik in der Fortpflanzungsmedizin, *recht* 13 (1996), 244 ff.

SHENFIELD/DE MOUZON/PENNINGS/FERRARETTI/ANDERSEN/DE WERT/GOOSSENS, Cross-border reproductive care in six European Country, *Human Reproduction* 2010/25 (6), 1361 ff.
(zitiert: SHENFIELD ET AL., Cross-border reproductive care).

SHENFIELD/PENNINGS/DE MOUZON/FERRARETTI/GOOSSENS, ESHRE's good practice guide for cross-border reproductive care for centers and practitioners, *Human Reproduction* 2011/26 (7), 1625 ff.
(zitiert: SHENFIELD ET AL., ESHRE's good practice).

SHKEDI-RAFID/HASHILONI-DOLEV, Egg freezing for non-medical uses: the lack of a rational approach to autonomy in the new Israeli policy and in academic discussion, *Journal of Medical Ethics* 2012/38 (3), 154 ff.

SIMONI, Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizingesetz, Zürich 2012 (im Internet abrufbar unter www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html).

SÖDERSTRÖM-ANTTILA, Pregnancy and child outcome after oocyte donation, *Human Reproduction* 2001/7 (1), 28 ff.

SÖDERSTRÖM-ANTTILA/TIITINEN/FOUDILA/HOVATTA, Obsteric and perinatal outcome after oocyte donation: comparison with in-vitro fertilization pregnancies, *Human Reproduction* 1998/13 (2), 483 ff.
(zitiert: SÖDERSTRÖM-ANTTILA ET AL.).

SPAR, The Egg Trade – Making Sense of the Market for Human Oocytes, *New England Journal of Medicine* 2007/356 (13), 1269 ff.

STARCK, Die künstliche Befruchtung beim Menschen – Zulässigkeit und zivilrechtliche Folgen, Gutachten A für den 56. Deutschen Juristentag, München 1996.

STEINBOCK, Payment for Egg Donation and Surrogacy, *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2004/71 (4), 255 ff.

STEINER/ROGGO, Rechtliche Probleme im Zusammenhang mit der allogenen Eizelltransplantation – der so genannten „Eizellenspende“, *AJP* 2012, 474 ff.

STOOP/NEKKEBROECK/DEVROEY, A survey on the intentions and attitudes towards oocyte cryopreservation for non-medical reasons among woman of reproductive age, *Human Reproduction* 2011/26 (3), 655 ff.

TETTAMANTI, Social Egg Freezing: Eine Herausforderung für das schweizerische Fortpflanzungsmedizinrecht, *hill* 2013 Nr. 116.

THORN, Eizellenspende, Fortpflanzungstourismus und das Dilemma mit dem Embryonenschutzgesetz, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/BELL (Hrsg.), *Diener vieler Herren? Ethische Herausforderungen an den Arzt*, Festschrift für Helmut Siefert, Berlin 2009, 85 ff.

THORN/WISCHMANN, Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2008/5 (3), 147 ff.

THORN/WISCHMANN/BLYTH, Cross Border Reproductive Services – suggestions for an ethically based minimum standard of care in Europe, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012/33 (1), 1 ff.

TRANQUILLI/BIONDINI/TALEBI CHAHVAR/CORRADETTI/TRANQUILLI/GIANNUBILO, Perinatal Outcomes in oocyte donor pregnancies, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2013/16 (13), 1263 ff.

(zitiert: TRANQUILLI ET AL.).

TRAPPE, Assistierte Reproduktion in Deutschland. Rahmenbedingungen, quantitative Entwicklung und gesellschaftliche Relevanz, in: KONIETZKA/KREYENFELD (Hrsg.), *Ein Leben ohne Kinder. Ausmass, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit*, 2. Aufl., Wiesbaden 2013, 331 ff.

URDL, Anmerkungen zum state of the art in der Reproduktionsmedizin, in: BERNAT (Hrsg.), *Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik*, Wien 2000, 9 ff.

WANG/RACOWSKY/COMBELLES, Is it the best to cryopreserve human cumulus-free immature oocytes before or after in vitro maturation?, *Cryobiology* 2012/65 (2), 79 ff.

WEBLUS/SCHLAG/ENTEZAMI/KENTENICH, Fetozyd bei Mehrlingen. Medizinische und psychologische Aspekte, *Gynäkologische Endokrinologie* 2011/9 (3), 187 ff.

(zitiert: WEBLUS ET AL.).

WEILERT, Heterologe In-vitro-Fertilisation als europäisches Menschenrecht, *MedR* 2012 (30), 355 ff.

WEINKE, Gedanken zu künstlichen Befruchtungstechniken aus philosophisch-ethischer Sicht, in: BERNAT (Hrsg.), *Lebensbeginn durch Menschenhand. Probleme künstlicher Befruchtungstechnologien aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht*, Graz 1985, 73 ff.

WENDEHORST, Zur Möglichkeit der Embryooption in einem zukünftigen Fortpflanzungsmedizinengesetz, *Reproduktionsmedizin* 2003/3 (19), 147 ff.

WEYRAUCH, Zulässigkeitsfragen und abstammungsrechtliche Folgeprobleme bei künstlicher Fortpflanzung im deutschen und US-amerikanischen Recht, Berlin 2003.

WIGGINS/MAIN, Outcomes of pregnancies achieved by donor egg in vitro fertilization – a comparison with standard in vitro fertilization pregnancies, *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 192 (6), 2002 ff.

WISCHMANN, *Einführung Reproduktionsmedizin*, München 2012.

WOLLENSCHLÄGER, Das Verbot der heterologen In-vitro-Fertilisation und der Eizellenspende auf dem Prüfstand der EMRK, *MedR* 2011 (29), 21 ff.

WUNDER, Fehlbildungen nach assistierter Reproduktionsmedizin, *Der Gynäkologe* 2005/38 (1), 33 ff.

VAN DER HOORN/LASHLEY/BIANCHI/CLAAS/SCHONKEREN/SCHERJON, Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review, *Human Reproduction* 2010/16 (6), 704 ff.

(zitiert: VAN DER HOORN ET AL.).

VON WOLFF, „Social Freezing“: Sinn oder Unsinn?, *Schweizerische Ärztezeitung* 94 (2013), 393 ff.

ZERR, Abgetrennte Körpersubstanzen im Spannungsfeld zwischen Persönlichkeitsrecht und Vermögensrecht. Deutsch-französischer Rechtsvergleich über die Zulässigkeit der Kommerzialisierung von Körpersubstanzen, Frankfurt am Main 2004.

ZIMMERMANN, Reproduktionsmedizin und Gesetzgebung. Reformbedarf im Recht der Reproduktionsmedizin und Realisierungsoptionen in einem Fortpflanzungsmedizingesetz, Berlin 2011.

ZOLL, Genetische Risiken durch Keimzellspende, in: BOCKENHEIMER-LUCIUS/THORN/WENDEHORST (Hrsg.), Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown, Göttingen 2008, 123 ff.

Materialien

Bericht der Expertenkommission Humangenetik und Reproduktionsmedizin, erstattet an das Eidgenössische Departement des Innern und das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement vom 19. August 1988, BBl 1989 III 1029 ff.
(zitiert: Amstad-Bericht).

Botschaft des Bundesrates über eine neue Bundesverfassung vom 20. November 1996, BBl 1997 I 1 ff.
(zitiert: Botschaft BV).

Botschaft über die Volksinitiative „zum Schutz des Menschen vor Manipulation in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)“ und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 26. Juni 1996, BBl 1996 III 205 ff.
(zitiert: Botschaft FMedG).

Code of Practice, 8th Edition, Human Fertilisation & Embryology Authority UK, April 2012.

Die Eizellenspende zulassen, Parlamentarische Initiative eingereicht von Nationalrat JACQUES NEIRYNCK (12.487), 2012.

Egg Donation Laws, Übersicht über Gesetzgebungen in den USA
(im Internet abrufbar unter www.cledp.com/intended-parent-101/egg-donation-laws.html).

Final Report of ESHRE on Comparative Analysis of Medically Assisted Reproduction in the EU: Regulation and Technologies, 2008 (im Internet abrufbar unter www.eshre.eu/~media/emagic%20files/Guidelines/MAR%20report.pdf)
(zitiert: ESHRE Report).

Gamete and embryo donation, Directions given under the Human Fertilisation and Embryology Act 1990 as amended, Human Fertilisation & Embryology Authority UK, April 2012.

Gamete and embryo donation, ESHRE Task force on Ethics and Law, Human Reproduction 2002, 1407 f.

Guidelines for cryopreserved embryo donation, The American Society for Reproductive Medicine, Fertility and Sterility 2002/77 (6 Suppl. 5), 9 f.

Guidelines for oocyte donation, The American Society for Reproductive Medicine, Fertility and Sterility 2002/77 (6 Suppl. 5), 6 ff.

Rechtliche Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (im Internet abrufbar unter www.mpicc.de/meddb/).

Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion, American Society for Assisted Reproductive Technology, Fertility and Sterility 2013/99 (1), 47 ff.

Report of the European Commission on the Regulation of Reproductive Cell Donation in the European Union. Results of Survey. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. C6 – Health Measures, 2006 (im Internet abrufbar unter http://ec.europa.eu/health/archive/ph_threats/human_substance/documents/tissues_frep_en.pdf) (zitiert: European Commission Report).

Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (Österreich) zur Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts vom 2. Juli 2012 (im Internet abrufbar unter www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=48791).

The Assisted Reproductive Technologies (Regulation) Bill – 2010, Ministry of Health & Family Welfare Government of India, New Delhi (im Internet abrufbar unter www.icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Bill1.pdf).

The Assisted Reproductive Technologies (Regulation) Rules – 2010, Ministry of Health & Family Welfare Government of India, New Delhi (im Internet abrufbar unter www.icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Rules%201.pdf).

The Law Library of Congress, Reproduction and Abortion: Law and Policy – February 2012 (Israel).

Third-party Reproduction. A Guide for Patients, American Society of Reproductive Medicine, 2012 (im Internet abrufbar unter http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/thirdparty.pdf).