

**Sperrfrist bis zur Veröffentlichung der
Stellungnahme am 13. Februar 2014, 10 Uhr.**

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung

Ethische Überlegungen und Vorschläge
für die Zukunft

Stellungnahme Nr. 22/2013

Bern, November 2013

Von der Kommission am 12. Dezember 2013 genehmigt

Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe (Präsident), Dr. Ruth Baumann-Hölzle*, Prof. Dr. Annette Boehler, Prof. Dr. Alberto Bondolfi**, Dr. Kurt Ebnetter-Fässler, PhD Carlo Foppa*, Prof. Dr. Olivier Guillod*, Dr. Bertrand Kiefer*, Dr. Jean Martin*, Dr. Judit Pok Lundquist*, Franziska Probst, lic. iur. und lic. phil., Prof. Dr. François-Xavier Putallaz*, PhD Maya Shaha, Prof. Dr. Brigitte Tag

* Mitglieder der vorbereitenden Arbeitsgruppe

** Vorsitz der vorbereitenden Arbeitsgruppe

Impressum

Herausgeber: Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK)

Redaktion: Simone Romagnoli, PhD

Grafik und Layout: Künzle Druck AG, John Huizing, Zürich

Bezugsadresse: www.nek-cne.ch oder Sekretariat NEK, c/o BAG, 3003 Bern

Kontakt: nek-cne@bag.admin.ch

Diese Stellungnahme ist in deutscher, französischer und italienischer Sprache erschienen. Unter www.nek-cne.ch ist sie in englischer Sprache verfügbar.

© 2013 Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Bern

Abdruck unter Angabe der Quelle gestattet.

Die NEK dankt den Personen und Institutionen, die direkt oder indirekt zur Klärung der wissenschaftlichen Fragestellungen beigetragen und die Erarbeitung dieses Dokuments ermöglicht haben: Dorothea Wunder (CHUV, Lausanne), Andrea Büchler (Universität Zürich), Colette Rogivue (Bundesamt für Gesundheit, Bern), Urs Scherrer (Inselspital, Bern), Matthias Till Bürgin (Bundesamt für Gesundheit, Bern), Peter Forster (Bundesamt für Gesundheit, Bern).

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Darlegung der Fragestellung | 7 |
| 1. Einleitung und Ausgangslage | 9 |
| 1.1 Umfeld, in dem das FMedG erlassen wurde: indirekter Gegenvorschlag | 9 |
| 1.2 Gesellschaftliche Entwicklung und Veränderung der Familienstrukturen | 9 |
| 1.3 Allgemeinere Veränderungen: Pluralismus, Technowissenschaft und Medikalisierung. | 11 |
| 1.4 Technische Aspekte der muF. | 13 |
| 1.4.1 <i>In-vitro-Fertilisation (IVF)</i> | 13 |
| 1.4.2 <i>Kryokonservierung: Grundsätze und neue Anwendungen</i> | 14 |
| a) Kryokonservierung von Ovarialgewebe | 14 |
| b) Kryokonservierung von Hodengewebe | 15 |
| c) Eizellenvorsorge | 15 |
| 1.5 Überlegungen der NEK zu den Modalitäten der Kryokonservierung. | 16 |
| 1.5.1 <i>Eizellenvorsorge</i> | 16 |
| 1.5.2 <i>Das Verbot der Embryonenkonservierung</i> | 17 |
| 1.6 Überlegungen der NEK zu den Möglichkeiten, welche die muF und der Medizintourismus eröffnen | 18 |
| 2. Die normativen Werte des Gesetzes | 20 |
| 2.1 Die Menschenwürde. | 21 |
| 2.1.1 <i>Allgemeinere Auswirkungen</i> | 23 |
| 2.2 Die Familie | 25 |
| 2.3 Das Kindeswohl | 26 |
| 2.4 Die «Natur» und das «Natürliche» | 27 |
| 2.5 Die persönliche Freiheit (Persönlichkeit) | 28 |
| 3. Kritische Diskussion und Stellungnahme | 29 |
| 3.1 Die Fortpflanzungsfreiheit | 29 |
| 3.2 PID (Art. 5 Bst. b, Art. 5a des Gesetzesentwurfs) | 31 |
| 3.2.1 <i>Überlegungen der NEK</i> | 33 |
| a) Rechtliche Aspekte | 33 |
| b) Ethische Aspekte: PID und PND | 33 |
| c) Ethische Aspekte: PID und Screening | 35 |
| d) Ethische Aspekte: PID und HLA-Typisierung | 36 |
| 3.3 Die Grenzen der Fortpflanzungsfreiheit | 38 |
| 3.3.1 <i>Unterordnung unter das Kindeswohl (Art. 3 Abs. 1)</i> | 38 |
| 3.3.2 <i>Bedingungen für den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin</i> | 39 |
| a) Nur bei Paaren, zu denen ein Kindesverhältnis begründet werden kann (Art. 3 Abs. 2 Bst. a). | 39 |
| b) Alter, persönliche Verhältnisse und Volljährigkeit (Art. 3 Abs. 2 Bst. b) | 40 |
| c) Gespendete Samenzellen dürfen nur bei Ehepaaren verwendet werden (Art. 3 Abs. 3). | 41 |
| d) Damit die Unfruchtbarkeit überwunden werden kann (Art. 5 Abs. 1 Bst. a) . 41 | |
| 3.4 Entwicklung von Embryonen (Art. 17) | 43 |
| 3.5 Die Verbote: Eizellen- und Embryonenspende, Leihmatterschaft (Art. 4) | 44 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.6 Ethische Beurteilung des Verbots der Leihmutterschaft | 45 |
| 3.6.1 Der Grundsatz der Schadensvermeidung (<i>Harm Principle</i>) | 47 |
| a) Mögliche Schäden für das Kind | 47 |
| b) Mögliche Schäden für die Leihmutter | 48 |
| 3.6.2 Auswirkungen auf das Gemeinwesen | 51 |
| 3.6.3 Die normative Wirkung der «Natur» und des «Natürlichen». | 52 |
| 3.6.4 Die Meinungsvielfalt in einem pluralistischen Staat | 53 |
| | |
| 4. Die gute medizinische Praxis | 54 |
| | |
| 5. Zusammenfassung und Vorschläge der NEK | 56 |
| | |
| Literatur | 59 |

Vorwort

Als eine besondere Form der menschlichen Fortpflanzung beeinflusst die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (muF) die menschlichen Beziehungen, das Verhältnis der Generationen zueinander und die öffentliche Ordnung. Deshalb trägt der Staat eine Verantwortung und erlässt spezifische Gesetze. Dafür, für die Verantwortung und deren Grenzen, bedarf es einer normativen Rechtfertigung. Denn der Gesetzgeber muß sagen, was er in diesem Zusammenhang unter einer Familie und dem Wohl des noch ungeborenen Kindes versteht. Auch muß er gewisse Praktiken wie die Spermien-, die Eizellen- und die Embryonenspende, die Leihmutterchaft oder die Präimplantationsdiagnostik entweder zulassen oder aber verbieten. Diese Entscheidungen begründen, erweitern oder beschränken Rechte im Bereich der Fortpflanzung, was sich auf die Auslegung der persönlichen Freiheiten und auf die Abwägung der infrage kommenden Interessen auswirkt.

Die hier vorgelegte Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) läßt sich auf einen allgemeinen Blick ein und erörtert einen relativ breiten Komplex von Fragen, die die Bevölkerung betreffen und auch beunruhigen. Der Entscheid für diese Blickweise geht auf zwei Gründe, einen inneren und einen äußeren Grund, zurück: zum einen auf die technische und gesellschaftliche Entwicklung im Bereich der medizinisch unterstützen Fortpflanzung, die innerhalb kurzer Zeit eine Vielzahl von normativen Fragestellungen aufgeworfen hat, und zum anderen auf die ab 2014 neue Zusammensetzung der Kommission.

Die Kommission wurde auf Grundlage von Artikel 28 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) eingesetzt, das am 1. Januar 2001 in Kraft getreten ist. Sie hat unter anderem die Entwicklung in der Fortpflanzungs- und der Gentechnologie im humanmedizinischen Bereich zu verfolgen und zu den damit verbundenen gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen aus ethischer Sicht beratend Stellung zu nehmen. Sie erarbeitet ergänzende Richtlinien zum FMedG, zeigt etwaige Lücken in der Gesetzgebung auf, informiert die Öffentlichkeit über wichtige Erkenntnisse und fördert die gesellschaftliche Diskussion über ethische Fragen. Die Kommission hat sich schon mehrfach zur Präimplantationsdiagnostik geäußert, siehe zum Beispiel die Stellungnahmen zu den Vernehmlassungsverfahren von 2009 und 2011, die sich auf den Entwurf für die Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes und auf die Änderung von Verfassungsartikel 119 beziehen. Trotzdem hält sie es für angebracht, die spezifischen Fragen, die sie sich im Zusammenhang mit der muF stellen und deren normative, auch konzeptuelle Verflechtungen in einem Überblick darzustellen und Empfehlungen auszusprechen.

Dass die Kommission ihre ethischen Überlegungen und Vorschläge für die Zukunft jetzt präsentiert, hat auch einen äusseren Grund: Einige Mitglieder der Kommission erreichten zum 31. Dez. 2013 das Ende ihrer Amtsdauer. Sie haben die zum Teil heftigen Debatten zur muF seit nunmehr vierzehn Jahren verfolgt, weshalb es zum jetzigen Zeitpunkt für die Kommission als besonders günstig erscheint, ihr Verständnis dieser Entwicklung und deren normative Einschätzung vorzutragen.

Es versteht sich, dass diese Stellungnahme nicht den Rang eines letzten Wortes hat, zumal sich manche der in der heftigen Debatte vertretenen Standpunkte schwerlich miteinander vereinbaren lassen. Die Kommission hofft jedoch, zu einer gut informierten und breiteren Wahrnehmung der ethischen Probleme der muF beizutragen. Eine solche Wahrnehmung bildet nämlich die unerlässliche Voraussetzung für eine konstruktive öffentliche Diskussion und für die Verarbeitung eines zugehörigen gesetzlichen Rahmens.

Otfried Höffe, Präsident

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| CCNE | Beratender nationaler Ethikausschuss für Lebens- und Gesundheitswissenschaften (<i>Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la santé</i> , Frankreich) |
| EGMR | Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte |
| EKFF | Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen |
| eSET | elektiver Einzeltransfer von Embryonen (<i>elective Single Embryo Transfer</i>) |
| FMedG | Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung |
| FMedV | Fortpflanzungsmedizinverordnung |
| HLA | Humane Leukozyten-Antigene (<i>Human Leucocyte Antigen</i>) |
| HSCT | Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen (<i>Hematopoietic Stem Cell Transplantation</i>) |
| ICSI | Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (<i>Intracytoplasmic Sperm Injection</i>) |
| ITT | Unreifes Hodengewebe (<i>Immature Testicular Tissue</i>) |
| IVF | In-vitro-Fertilisation |
| muF | medizinisch unterstützte Fortpflanzung |
| NEK | Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin |
| OTC | Kryokonservierung von Ovarialgewebe (<i>Ovarian Tissue Cryopreservation</i>) |
| PartG | Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare |
| PID | Präimplantationsdiagnostik (<i>Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD</i>) |
| PIS | Präimplantationsscreening (<i>Preimplantation Genetic Screening, PGS</i>) |
| PND | Pränataldiagnostik |
| StFG | Bundesgesetz über die Forschung an embryonalen Stammzellen |
| TTCP | Kryokonservierung von Hodengewebe (<i>Testicular Tissue Cryopreservation</i>) |
| VNEK | Verordnung über die nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin |
| WGSA | Sequenzierung und Analyse des Gesamtgenoms (<i>Whole Genome Sequencing and Analysis</i>) |

Darlegung der Fragestellung

Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) und die entsprechende Verordnung (FMedV) sind am 1. Januar 2001 in einem soziopolitischen Umfeld in Kraft getreten, das von unterschiedlichen Auffassungen geprägt war. Im Anschluss an eine Volksinitiative waren die öffentlichen Diskussionen und die Beratungen in den eidgenössischen Räten von Anfang an darauf ausgerichtet, den Menschen vor den Missbräuchen der technologischen Entwicklung zu schützen. 1992 hatten Volk und Stände mit grosser Mehrheit Artikel 119 der Bundesverfassung angenommen, der sich auf die Fortpflanzungsmedizin und die Gentechnologie im Humanbereich bezieht. Damit wurde ein gesetzlicher Rahmen für den Zugang zu diesen Techniken festgelegt, der europaweit zu einer der restriktivsten Regelungen geworden ist. Dieser Verfassungsartikel vermischte weiterhin die Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung und die Anwendung der Gentechnik in der medizinischen Praxis.

Unterdessen hat sich die Wahrnehmung der Gefahren im Zusammenhang mit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung und ihren Anwendungen in der Bevölkerung verändert. Davon zeugen der Entwurf für die Revision des Verfassungsartikels, der eine allfällige Aufhebung des Verbots der Präimplantationsdiagnostik vorsieht und dem Volk nächstens zur Abstimmung vorgelegt wird, sofern ihm das Parlament zustimmt, sowie die kürzlichen Aktivitäten des Parlaments im Bereich der Eizellenspende und der Leihmutterschaft¹. Ausserdem hängt die ursprüngliche Einführung der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) mit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zusammen (FMedG, Art. 28). Denn die Kommission wurde namentlich mit dem Ziel eingesetzt, die Entwicklung in der Fortpflanzungstechnologie im humanmedizinischen Bereich zu verfolgen, ergänzende Richtlinien zum Gesetz zu erarbeiten und Lücken in der Gesetzgebung aufzuzeigen. Mit der Verordnung über die NEK (VNEK) wurde der Tätigkeitsbereich der Kommission zwar erweitert. Doch aufgrund ihrer ursprünglichen Verankerung im Fortpflanzungsmedizingesetz verfolgt sie die Veränderungen in diesem Bereich und deren ethische Implikationen besonders aufmerksam. Deshalb legte die Kommission Wert darauf, zu einem sehr weit gefassten Problemkreis Stellung zu nehmen, obwohl sie sich bewusst ist, dass die Fragestellungen komplex und umstritten sind und dass die gestellte Aufgabe nicht einfach ist. Die Entwicklung, welche die Gesellschaft in den letzten 20 Jahren durchlaufen hat, ist nicht von der Hand zu weisen. Allerdings sind die Veränderungen, die sich bei den Haushaltsstrukturen (Familienformen) und den Denkweisen beobachten lassen, nicht *direkt* normativ, d. h. aufgrund ihres blossen Bestehens drängt sich weder eine Revision des geltenden Rechts noch eine nachträgliche moralische Anerkennung auf. Allerdings muss anerkannt werden, dass diese Veränderungen weder neutral noch folgenlos sind. Sie erzeugen im Gegenteil in der Bevölkerung neue Wahrnehmungen und Erwartungen sowie andere Sichtweisen der Gesellschaft und haben zur Folge, dass der Umfang der persönlichen Freiheiten und die allgemeinen Bedingungen des Zusammenlebens unterschiedlich beurteilt werden.

Somit sah sich die Kommission mit der Schwierigkeit konfrontiert, diese Phänomene zu beurteilen, ohne sie auf Distanz zu halten, d. h. die Herausforderung anzunehmen, welche diese Forderungen für die normative Tätigkeit darstellen. Deshalb hat sie sich entschieden, in zweifacher Hinsicht eine Situierung vorzunehmen. Zum einen hat sie

¹ Siehe Parlamentarische Initiative Neiryneck, Die Eizellenspende zulassen (12.487), abrufbar unter der Adresse: www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20120487, und Postulat Fehr, Bericht zur Leihmutterschaft (12.3917), abrufbar unter der Adresse: www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123917; der Bundesrat hat das Postulat am 29. November 2013 beantwortet (siehe Bericht, 2013).

die Praxis, die sich aus den Möglichkeiten ergibt, welche die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (muF) bietet, gestützt auf die im FMedG erwähnten normativen Werte einer kritischen Prüfung unterzogen. Zum anderen hat sie diese Werte selbst kritisch analysiert, da die Entwicklung der Denkweisen und der Praxis die Auslegung der Werte beeinflusst. Die NEK hat somit beschlossen, die zahlreichen derzeit geltenden Verbote (namentlich in Bezug auf die Eizellenspende, die Embryonenspende und die Leihmutterchaft) sowie die (rechtlichen und ethischen) Werte zu hinterfragen, auf denen diese Verbote beruhen. Denn es ist angebracht, sich erneut zu fragen, ob diese Verbote weiterhin ihre Berechtigung und Gültigkeit haben. Aus Sicht der Kommission stellt die Praxis im Zusammenhang mit der muF nicht nur eine Bedrohung dar. Vielmehr kann sie auch das Verständnis für bestimmte Werte erhöhen und einen Beitrag leisten, dass diese in der Gesellschaft mitgetragen werden. Wie fast alle menschlichen Tätigkeitsbereiche ist die muF ambivalent und erfordert eine sorgfältige Gewichtung der vorliegenden Werte und Wahrnehmungen. Viele Menschen beobachten die Entwicklung der muF mit Sorge, vor allem weil deren Methoden bestimmten gentechnischen Anwendungen den Weg ebnen und auch zu Mechanismen einer missbräuchlichen Steuerung der weiblichen Fruchtbarkeit führen können.

In diesem Dokument geht die Kommission auf zahlreiche Fragen ein, die sich im Zusammenhang mit der medizinisch unterstützten Fortpflanzung stellen. Die Vereinbarungen im Bereich der Fortpflanzung, die Paare oder Einzelpersonen möglicherweise auf privater Basis mit Dritten treffen, werden nicht berücksichtigt. In der Stellungnahme werden somit Situationen betrachtet, für die im Rahmen des FMedG eine Regelung in Form einer Bewilligung oder eines Verbots vorgesehen ist. Hingegen hat sich die Kommission entschieden, nicht ausführlich auf die Präimplantationsdiagnostik einzugehen, da sie sich bereits mehrfach zu diesem Thema geäußert hat (NEK, 2007; NEK, 2005)².

Das Dokument besteht aus fünf Teilen:

1. Einleitung und Ausgangslage
2. Die normativen Werte im Gesetz
3. Kritische Diskussion und Stellungnahme
4. Die gute medizinische Praxis
5. Zusammenfassung und Vorschläge der NEK

Im ersten Teil des Dokuments werden die (technischen und statistischen) Daten zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung dargelegt und zu allgemeineren Informationen in Bezug gesetzt. Dies soll es ermöglichen, sich ein Bild von den komplexen Fragen zu machen, die sich im Zusammenhang mit dieser Praxis stellen. Im zweiten Teil legt die Kommission die Werte dar, welche der Logik des FMedG ausdrücklich oder stillschweigend zugrunde liegen. Dabei werden die wichtigsten Auslegungen hervorgehoben, zu denen diese Werte führen können. Im dritten Teil setzt sich die Kommission kritisch mit den Auswirkungen und den ethischen und rechtlichen Folgen der bestehenden gesetzlichen Regelung auseinander. Im vierten Teil wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist,

² Siehe auch die Stellungnahmen zu den Vernehmlassungsverfahren von 2009 und 2011, die sich auf den Entwurf für die Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes (Zulassung der Präimplantationsdiagnostik) beziehungsweise auf die Änderung von Verfassungsartikel 119 sowie des Fortpflanzungsmedizingesetzes bezogen.

durch das FMedG eine medizinische Praxis sicherzustellen, die den derzeit anerkannten Standards entspricht. Der fünfte und letzte Teil enthält die Empfehlungen der Kommission.

Mit diesem Dokument möchte die Kommission einen Beitrag zur Diskussion leisten, die in der Schweiz wie in anderen Ländern im Zusammenhang mit den Techniken der Fortpflanzungsmedizin geführt wird. Die Kommission hat sich entschieden, eine Gesamtschau der ethischen Probleme zu präsentieren, die sich im Zusammenhang mit der muF stellen. Sie behält sich die Freiheit vor, auf einige dieser Probleme näher einzugehen, um die entsprechenden normativen Fragen herauszuarbeiten.

1. Einleitung und Ausgangslage

1.1 Umfeld, in dem das FMedG erlassen wurde: indirekter Gegenvorschlag

Mit der Initiative «für menschenwürdige Fortpflanzung» wurde 1993 ein allgemeines Verbot der Zeugung ausserhalb des Körpers der Frau sowie der Verwendung von Keimzellen Dritter zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (muF) angestrebt. In diesem Zusammenhang erarbeitete der Bundesrat einen Gesetzesentwurf als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative. Der absichtlich restriktive Inhalt dieses Gesetzes und die beschränkte Zulassung einiger Formen der muF sind auf die Absicht zurückzuführen, das menschliche Leben und die menschliche Würde zu schützen und zu wahren und zugleich ein allgemeines Verbot dieser Methoden zu verhindern. Der indirekte Gegenvorschlag wurde schliesslich vom Volk angenommen. Am 1. Januar 2001 trat somit das Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG) in Kraft. In diesem sehr negativ eingestellten Umfeld hatte sich die Schweizer Bevölkerung zwar nicht für ein allgemeines Verbot der muF entschieden. Doch die Leihmutterchaft, die Embryonenspende und die Eizellenspende sowie die Konservierung von Embryonen und die Präimplantationsdiagnostik waren schliesslich verboten worden. 15 Jahre später stellt sich angesichts der *gesellschaftlichen Veränderungen* und der *Entwicklung der Techniken* der Fortpflanzungsmedizin die Frage, ob die im FMedG vorgesehenen Verbote ethisch noch gerechtfertigt sind.

1.2 Gesellschaftliche Entwicklung und Veränderung der Familienstrukturen

Seit den 1960er-Jahren haben die Verwendung der Antibabypille und die Liberalisierung und Entkriminalisierung des von der Frau gewünschten Schwangerschaftsabbruchs dazu beigetragen, dass sich die menschliche Fortpflanzung oder genauer die Kontrolle der Fortpflanzung zu einer bedeutenden gesellschaftlichen Herausforderung entwickelt hat. Diese Kontrolle kam zunächst im Bereich der Sexualität zum Ausdruck, die vom Zweck der Fortpflanzung getrennt werden konnte. So bezogen sich die Forderungen der Zivilgesellschaft anfänglich auf das Recht der Frauen, über sich selbst zu bestimmen, und namentlich auf die *Freiheit, sich nicht fortzupflanzen*. Mit der Entwicklung der technischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse konnte später eine Behandlung bei Unfruchtbarkeit angeboten werden³. Im Verlauf der Zeit stiessen dieses Leiden sowie die entwickelten Behandlungen in der Gesellschaft auf zunehmende Akzeptanz. Heute lösen die Möglichkeiten, welche die muF bietet, eine Nachfrage aus, die unabhängig von jeder medizinischen Indikation zur Verwirklichung subjektiver Lebensentwürfe führt.

³ Im vorliegenden Dokument werden die Begriffe «Sterilität» und «Unfruchtbarkeit» gleichwertig verwendet. Diese Entscheidung wurde getroffen, um das Dokument leichter lesbar zu gestalten. Die Kommission ist sich jedoch bewusst, dass diese Begriffe (Unfruchtbarkeit, Infertilität, Sterilität usw.) in verschiedene Fachgebieten mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet werden.

Obwohl es sich dabei nicht um eine Alternativmethode handelt, werden die muF und die Kryokonservierung von Keimzellen im Namen der *Fortpflanzungsfreiheit* gefordert. Diesmal sind es die Modalitäten der Fortpflanzung, die von der Sexualität abgespalten wurden. Damit wird der «natürliche» Rahmen der Fortpflanzung gesprengt. Dies hat zahlreiche Folgen, unter anderem eine Aufspaltung zwischen der Leihmutter, den genetischen und den sozialen Eltern. Diese Aufspaltung könnte Änderungen in der Art und Weise nach sich ziehen, wie das Kindesverhältnis erstellt wird, mit anderen Worten, wie festgelegt wird, wer *rechtlich* der Vater und die Mutter eines Kindes sind. Diese Feststellung bestimmt den Typ der gesellschaftlich zugelassenen Familienform.

2009 hat die Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) darauf hingewiesen, dass sich die Haushaltsstrukturen, die Familienformen und das Verständnis von Familien stark gewandelt haben (EKFF, 2009). Gestützt auf den statistischen Bericht «Familien in der Schweiz» des Bundesamtes für Statistik (BFS, 2008) und die eidgenössische Volkszählung 2000 wies die EKFF auf einige grundlegende Tendenzen hin, d. h.: a) auf die Zunahme der Privathaushalte, insbesondere der Einpersonenhaushalte (die derzeit 36,4 % aller Haushalte entsprechen), b) auf den weiter fortschreitenden Wandel der Familienformen sowie c) auf die Individualisierung der Lebensläufe. 15 % der Personen, die einem Haushalt mit Kindern angehören, leben in einer Einelternfamilie und 5,7 % in einer Fortsetzungsfamilie (BFS, 2010), d. h. in einer Familie, die sich aus einem Paar mit Kindern zusammensetzt, von denen mindestens eines aus einer früheren Beziehung stammt. Die EKFF wies darauf hin, dass die Vielfalt der Familienformen heute gesellschaftlich weitgehend anerkannt ist. Sie hob auch vier Aspekte hervor, die für das hier behandelte Thema von besonderer Bedeutung sind:

- Frauen und Männer heiraten heute später (Männer mit durchschnittlich 31 Jahren und Frauen mit 29 Jahren) und sind bei der Geburt ihres ersten Kindes älter (Frauen sind im Durchschnitt 30 Jahre alt).
- Heute werden halb so viele Kinder geboren wie Mitte der 1960er-Jahre (gegenwärtig sind es durchschnittlich 1,53 Kinder pro Frau gegenüber 2,7).
- Dreimal so viele Paare wie 1970 lassen sich scheiden und doppelt so viele Kinder haben geschiedene Eltern.
- Frauen sind häufiger erwerbstätig (17 % der Mütter mit einem oder mehreren Kindern unter 25 Jahren sind vollzeitlich erwerbstätig, 59 % gehen einer Teilzeit-Erwerbstätigkeit nach).

Was die muF anbelangt, nahmen 2012 6'320 Frauen eine In-vitro-Fertilisation in Anspruch. Das Durchschnittsalter der Frauen bei Behandlungsbeginn lag bei 36,2 Jahren (Männer: 39,4 Jahre) (BFS, 2013c). Das Mindestalter betrug 19 Jahre (Männer: 21 Jahre) und das Höchstalter 51 Jahre (Männer: 66 Jahre). Nach Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild: 9,0 % der Frauen waren jünger als 30 Jahre, 29,7 % waren 30 bis 34 Jahre alt, 39,3 % waren 35 bis 39 Jahre alt, 19,8 % waren 40 bis 44 Jahre alt und 2,2 % waren 45 Jahre alt oder älter (BFS, 2013c). 2011 waren 18,3 % aller Geburten nach Inanspruchnahme der muF Mehrlingsgeburten (BFS, 2013d).

Aus diesen Eckdaten geht zum einen hervor, dass sich die Familienstrukturen und Lebensweisen gegenwärtig tiefgreifend verändern. Zum anderen zeigen sie auch, dass die muF zwar zweifellos dazu beiträgt, die Aufmerksamkeit oder gar die Ängste der Gesellschaft auf diesen Wandel zu lenken – durch die Auswirkungen, die gewisse technische Anwendungen (insbesondere die Leihmutterschaft, die Eizellenspende und die Embryonenspende) auf das Kindesverhältnis haben –, dass es jedoch vereinfachend wäre, davon auszugehen, dass die muF aus gesellschaftlicher Sicht die treibende Kraft dieser Entwicklung ist.

1.3 Allgemeinere Veränderungen: Pluralismus, Technowissenschaft und Medikalisierung

Der festgestellte Wandel der Haushaltsstrukturen ist Teil von allgemeineren Veränderungen, denen die heutigen Gesellschaften unterworfen sind. Unter diesen hebt die NEK den Pluralismus der Werte (im normativen Bereich), die zunehmende Macht der Technik (im wissenschaftlichen Bereich) sowie die zunehmende Medikalisierung des menschlichen Lebens (im sozialen Bereich) hervor.

Der Wertpluralismus wird als «Tatsache» betrachtet (Rawls, 1972). Er ist die direkte Auswirkung der Veränderungen, die aus historischer Sicht zur Entstehung des modernen Staats geführt haben. Die zunehmende Anerkennung und der zunehmende Schutz der Freiheiten des Individuums oder des Bürgers, die in der Anerkennung und dem Schutz seiner Rechte (Freiheiten, zivile, politische und bürgerliche Rechte) zum Ausdruck kommen, bilden die Grundlage für einen Prozess, der unter anderem durch die Religionskriege und die Umkehr der Perspektiven in Bezug auf die Vertretung der politischen Macht ausgelöst wurden – vom Herrscher zu den Untertanen, vom Staat zu den Bürgern (Bobbio, 1990). Damit wurden Toleranz, Freiheit und Gerechtigkeit zu Werten, die das Handeln des Staates regeln; diese Prinzipien haben konkrete Auswirkungen darauf, wie weit der Staat in die Privatsphäre des Individuums eingreifen darf. Diesbezüglich beruht allein schon die Möglichkeit, unterschiedliche allgemeine Auffassungen von einem guten Leben zu äussern und zu verfolgen, auf der Idee der Freiheit und der Toleranz als übergeordneten Prinzipien. Ganz konkret ist der Gedanke, dass es möglich ist, verschiedene Meinungen in Bezug auf die Abtreibung, die Fortpflanzung, die Suizidbeihilfe usw. zu haben und zu äussern, den liberalen Demokratien inhärent.

In ethischer Hinsicht hat dies mehrere Auswirkungen. Abgesehen von einem Kern von allgemein anerkannten grundlegenden Prinzipien kann nicht mehr vom Bestehen eines einzigen (religiösen, metaphysischen, moralischen oder anderen) Wertesystems ausgegangen werden. Damit beziehen die moralischen Normen ihre Legitimität aus der Qualität des formellen Bestätigungsverfahrens, mit anderen Worten, aus dem Konsens, der in der Öffentlichkeit zu einem oder mehreren Prinzipien oder Normen besteht (selbstverständlich unter Wahrung der Grundrechte). Diese Legitimität beruht nicht darauf, dass die Instanz, welche die gesetzgebende Gewalt innehat, eine bestimmte Auffassung von einem erfüllten Leben vorgibt. Als Beispiel lässt sich die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte anführen, deren Gültigkeit auf dem *Konsens* beruht, den sie am 10. Dezember 1948 in der Generalversammlung der Vereinten Nationen erzielt hat. In Bezug auf die politische Ethik erfolgt deshalb ein Übergang: von einer materiellen Ethik, d. h. von einer Ethik, die dem Gemeinwesen ein System von bestimmten Normen vorgibt (in diesem Sinn ist jede Handlung und jedes Verhalten legitim, die einem bestimmten, für alle gleichen Wertesystem entsprechen, dem jedoch nicht frei zugestimmt wurde), zu einer formellen Ethik, d. h. zu einer Ethik, die einen Verfahrensrahmen erarbeitet, der zu einem bestimmten Zeitpunkt und für einen befristeten Zeitraum die Legitimität der erlassenen Normen gewährleisten kann. Diese Ethik sagt nicht, was gut oder recht ist, sondern sie beschreibt, wie vorzugehen ist, um dorthin zu gelangen.

Angesichts dieses allgemeinen normativen Rahmens zeichnet sich ein Bedarf ab, auf praktischer oder angewandter Ebene eine Ethik zu entwickeln, die stärker auf spezifische Bereiche ausgerichtet ist (biomedizinische Ethik, Geschäftsethik, Umweltethik usw.). So muss die biomedizinische Ethik konkretere und spezifischere Fragen beantworten, die sich aufgrund der Entwicklung und Anwendung von biomedizinischen Erkenntnissen stellen. Es mag erstaunen und bedauerlich sein, dass die Überlegungen im Bereich der angewandten Ethik «im Nachhinein» erfolgen, mit anderen Worten, dass sie der technologischen Entwicklung nachfolgen. Doch es ist zu betonen, dass die Ethik die

Praxis beurteilt und dass sie die Aufgabe hat, das, was ist oder getan wird, angesichts des unbestrittenen Kerns der grundlegenden Prinzipien, der verfügbaren Erkenntnisse und mit dem wünschenswerten Augenmass zu beurteilen.

Seit mehreren Jahrhunderten erweitert die Wissenschaft das Feld, den Umfang und die Wirksamkeit der Erkenntnisse, die sie hervorbringt. Um die zunehmende Bedeutung des letzteren Aspekts, der Wirksamkeit, zu betonen, wurde der Begriff «Technowissenschaft» geprägt (Hottois, 1984). Im Bereich, der hier zur Diskussion steht, der menschlichen Fortpflanzung, haben drei wissenschaftliche Entwicklungen eine entscheidende Rolle für das Aufkommen der muF gespielt: zunächst die Verbesserung der optischen Systeme (vor allem Ultraschalluntersuchungen und Laparoskopie), sodann die Herstellung von Geschlechtshormonen und drittens das Verständnis der biologischen Mechanismen der Fortpflanzung (Orland, 1999) sowie allgemeiner die Entwicklungen im Bereich der Genetik. Diese wissenschaftlichen Fortschritte haben den Prozess der Medikalisierung der Unfruchtbarkeit stark beeinflusst.

Dazu kam noch, dass ein Diskurs über die Unfruchtbarkeit einsetzte und diese allmählich als Problem für die öffentliche Gesundheit wahrgenommen wurde (Heitman, 1999). Ausserdem ist daran zu erinnern, dass in den industrialisierten Ländern ein zunehmendes Fruchtbarkeitsproblem besteht, weil Paare tendenziell später Kinder haben (die Sterilität nimmt mit dem Alter zu) und die Fruchtbarkeit generell zurückgeht (was einige auf Umweltfaktoren wie hormonaktive Stoffe, aber auch auf Rauchen oder auf Übergewicht zurückführen). Dies hat zur Folge, dass die Nachfrage im Bereich der Fortpflanzungsmedizin steigt. Aus einer breiteren Perspektive ist zu betonen, dass die Technowissenschaft eng mit der allgemeinen Verbreitung (Industrialisierung) der wissenschaftlichen Anwendungen zusammenhängt. So lässt sich beobachten, dass sich die Technologien in einer noch nie dagewesenen Weise in der Öffentlichkeit und im Leben des Einzelnen verbreiten und dort eindringen (zu denken ist beispielsweise an die Gentests, die im Internet und im Handel frei erhältlich sind – *over the counter*).

Das gilt auch im medizinischen Bereich: Dort ist eine hochtechnologisierte Medizin sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für Personen verfügbar, die sie aus subjektiven Gründen in Anspruch nehmen möchten. Diese Tendenz in Verbindung mit den zugrundeliegenden wirtschaftlichen Interessen erklärt zum Teil, weshalb eine starke Zunahme der (öffentlichen oder privaten) Zentren für die Behandlung der Unfruchtbarkeit festzustellen ist (insgesamt 27 Zentren in der Schweiz). In der Gesellschaft lässt sich auch beobachten, dass Techniken oder Medikamente in Anspruch genommen werden, ohne dass eine medizinische Indikation besteht. Das augenfälligste Beispiel ist die Schönheitschirurgie, doch erwähnt werden könnten auch Wunschkaiserschnitte, bestimmte Psychopharmaka-Behandlungen und die Verbesserungsmedizin (*Enhancement*, Doping usw.), die Konservierung eigener Eizellen (*Social Freezing*) sowie die Bestimmung des Geschlechts der Kinder (*Family Balancing*).

Schliesslich ist es wichtig, auf die erzielten Fortschritte im Bereich der Gentechnik und der Gendiagnostik hinzuweisen. Während die Anwendungen der muF von diesen Fortschritten unabhängig sind, ist ein stärkeres Vordringen dieser Techniken in den Bereich der muF festzustellen, vor allem was die Präimplantationsdiagnostik (PID) und das Präimplantationsscreening anbelangt (vgl. Unterkapitel 3.2).

1.4 Technische Aspekte der muF⁴

Wird eine Frau mit Kinderwunsch während eines bestimmten Zeitraums (Botschaft, 1996) nicht auf «natürlichem Weg» schwanger – je nach Kriterien zwischen einem und zwei Jahren –, muss zunächst sowohl beim Mann als auch bei der Frau die Zeugungsfähigkeit abgeklärt werden, damit eine Unfruchtbarkeitsdiagnose gestellt (eine der beiden zurzeit anerkannten Indikationen für den Zugang zur muF) und die Fortpflanzungsmedizin in Anspruch genommen werden kann. Jedes sechste Paar sucht irgendwann im Reproduktionsalter wegen Zeugungsschwierigkeiten ärztliche Hilfe.⁵ Bei den Paaren, die 2011 in der Schweiz eine Behandlung begonnen hatten, betrafen 18,2 % der Indikationen eine Sterilität der Frau, 47,7 % eine Sterilität des Mannes und 23,3 % eine Sterilität von Mann und Frau (BFS, 2013c). Bei den übrigen 10 % blieb die Ursache der Unfruchtbarkeit ungeklärt, d. h. es handelte sich um eine «idiopathische» Infertilität. Die Schwangerschaftsrate liegt bei ungefähr 30 % pro Behandlungszyklus.

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung betrifft die Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ohne Geschlechtsverkehr, insbesondere die Insemination und die In-vitro-Fertilisation (IVF) (Art. 2 FMedG).

Eine Insemination liegt vor, denn die Befruchtung im Körper der Frau stattfindet. Bei der IVF erfolgt die Befruchtung ausserhalb ihres Körpers mit Hilfe von Hormonbehandlungen und mikrotechnischen Verfahren.

1.4.1 In-vitro-Fertilisation (IVF)

Es wurden unterschiedliche Techniken entwickelt: 1) Bei der klassischen IVF-Technik werden die Eizellen im Nährmedium mit Spermien zusammengebracht. 2) Bei der Technik der sogenannten *intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI, oder Mikroinsemination)* wird ein einziges Spermium direkt in die Eizelle injiziert⁶.

Die IVF und die ICSI sind die Voraussetzung für die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) (siehe Unterkapitel 3.2).

Rund 18 Stunden nach dem Einbringen des Spermias wird unter dem Mikroskop untersucht, ob die Befruchtung stattgefunden hat. Erfahrungsgemäss ist dies bei 60–80 % der Eizellen der Fall. Der Prozess der Befruchtung erstreckt sich über mehrere Stunden. Nachdem das Spermium in die Eizelle eingedrungen ist oder injiziert wurde (durch IVF oder IVF-ICSI), befindet sich das Erbgut der beiden Elternteile noch in zwei verschiedenen Bereichen, die als Vorkerne bezeichnet werden. Im Rahmen des FMedG wird zu diesem Zeitpunkt von «imprägnierter Eizelle» gesprochen⁷. Diesbezüglich ist zu betonen, dass der Gesetzgeber mit der Einführung dieser Terminologie Kunstfertigkeit bewiesen hat (zu den Kunstgriffen

4 Eine detailliertere Beschreibung dieser Techniken wurde im Rahmen der Stellungnahme zur Forschung an menschlichen Embryonen und Föten verfasst (NEK, 2006).

5 Nach der Broschüre «La fécondation in-vitro pour concrétiser le désir d'être parents» der Unité de médecine de la reproduction, CHUV, Lausanne.

6 2012 wurde in der Schweiz in 2027 Fällen (18,7 %) die IVF-Methode angewandt, während in 8568 Fällen (79,1 %) die IVF-ICSI zum Einsatz gelangte (BFS, 2013b).

7 Angesichts des Entwurfs für die Revision von Verfassungsartikel 119 sowie des FMedG betreffend die Aufhebung des Verbots der Präimplantationsdiagnostik hat sich die Kommission die Frage gestellt, ob es noch sinnvoll und angebracht ist, die Terminologie «imprägnierte Eizelle» zu verwenden (diesbezüglich ist zu beachten, dass in anderen Ländern von «Präembryo» gesprochen wird).

des Rechts und ihren zuweilen kontraproduktiven Auswirkungen siehe Karnein, 2013). Denn um das formelle Verbot der Konservierung von Embryonen einzuhalten, hat er einen Begriff erfunden und eine Entität – die imprägnierte Eizelle – geschaffen, die in Wirklichkeit eher einer *Phase* von einigen Stunden im Befruchtungsprozess als einer neuen *Entität* entspricht. Die NEK hat sich bereits kritisch zu dieser Erfindung geäußert (NEK, 2006, S. 53 f.). Durch die Verschmelzung der beiden Vorkerne entsteht danach die befruchtete Eizelle, d. h. nach dem Gesetz ein Embryo.

Bei IVF ohne Präimplantationsdiagnostik (PID) erfolgt der Embryonentransfer in der Regel zwei bis drei Tage nach der Befruchtung. Mit PID findet der Transfer frühestens am dritten Tag statt, weil für die Durchführung der Genanalyse ein Embryo benötigt wird, der aus mehreren Zellen besteht.

Da das FMedG in der Schweiz die Konservierung von Embryonen verbietet, werden somit die meisten «imprägnierten Eizellen» eingefroren (im Hinblick auf weitere Versuche, falls keine Schwangerschaft eintreten sollte), während sich einige wenige während einigen Tagen *in vitro* weiterentwickeln können. Anschliessend werden der oder die auf diese Weise entstandenen Embryonen (nach dem geltenden Recht höchstens einer bis drei pro Frau und Zyklus) unverzüglich in die Gebärmutter transferiert.

1.4.2 Kryokonservierung: Grundsätze und neue Anwendungen

Es ist grundsätzlich möglich Keimzellen (Eizellen und Spermien) oder Gewebe (Ovarial- und Hoden-) zu kryokonservieren.

Das FMedG lässt das Einfrieren von Keimzellen und «imprägnierten Eizellen» zu⁸, verbietet jedoch das Einfrieren von Embryonen. Die Keimzellen dürfen während höchstens fünf Jahren aufbewahrt werden; in Fällen, in denen eine medizinische Behandlung oder eine Tätigkeit eine Sterilität verursachen oder das Erbgut schädigen könnte, kann eine längere Konservierungsfrist gewährt werden. Allerdings ist zu betonen, dass der derzeitige Kenntnisstand unterdessen eine viel erfolgreichere Konservierung von Eizellen ermöglicht. Dies ist vor allem auf eine vielversprechende Kryokonservierungstechnik zurückzuführen, die sich allerdings noch im Versuchsstadium befindet, die sogenannte «Vitrifikation». Die «imprägnierten Eizellen» dürfen nur dann während höchstens fünf Jahren aufbewahrt werden, wenn das betreffende Paar weiterhin plant und in der Lage ist, Eltern zu werden, und wenn es der Konservierung schriftlich zugestimmt hat. Nach Ablauf der Frist müssen die Keimzellen und die «imprägnierten Eizellen» unverzüglich vernichtet werden.

Unter den Anwendungen zur Konservierung der Fertilität, die mit der Aufbewahrung von Keimzellen zusammenhängen, werfen drei Praktiken erhebliche ethische Fragen auf: die Kryokonservierung von Ovarialgewebe, die Kryokonservierung von Hodengewebe und die Eizellenvorsorge, das sogenannte Social Freezing, d. h. die Konservierung von Eizellen ohne jegliche medizinische Indikation.

a) Kryokonservierung von Ovarialgewebe

Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe (*Ovarian Tissue Cryopreservation*, OTC) bietet vor allem Patientinnen, die an Krebs leiden, eine Möglichkeit zum Erhalt der Fertilität. Bei diesen Patientinnen werden (chirurgische, chemotherapeutische oder radiologische) Behandlungen durchgeführt, deren Nebenwirkungen zu vorübergehender oder dauerhafter Unfruchtbarkeit führen können. Steht bis zur onkologischen Behandlung nur eine Frist von wenigen Tagen zur Verfügung und können deshalb keine anderen

8

2012 belief sich die Zahl der imprägnierten eingefrorenen Eizellen auf 12'839 (BFS, 2013a).

Techniken zur Konservierung der Fertilität eingesetzt werden (wie zum Beispiel die ovarielle Stimulation im Hinblick auf die Entnahme und das Einfrieren von imprägnierten oder reifen Eizellen und die Verwendung der eigenen Eizellen nach der Heilung), kann bei postpubertären Patientinnen in bestimmten Fällen eine laparoskopische Entnahme von Ovarialgewebe in Betracht gezogen werden. Im Zeitraum, der für die Behandlung von Karzinoms oder anderer Krankheiten erforderlich ist, wird das Gewebe im Hinblick auf eine Autotransplantation in Flüssigstickstoff kryokonserviert. Die Retransplantation erfolgt nur, wenn bei der histologischen Untersuchung keine Krebszellen festgestellt werden. Nimmt der weibliche Zyklus nach erfolgter Transplantation wieder seine normale Aktivität auf, läuft die Reifung der Follikel bis zum Eisprung und bis zu einer allfälligen Befruchtung natürlich ab. Damit haben beispielsweise Frauen, die an Krebs erkranken und deren Keimzellen durch die Strahlen- oder Chemotherapie gefährdet sein könnten, trotz allem die Möglichkeit, nach der Heilung von ihrer Krankheit noch schwanger zu werden. Doch aufgrund der Schwierigkeiten, die sich bei der Vaskularisierung des transplantierten Gewebes ergeben, und weiterer möglicher Komplikationen, die zum Verlust von Follikeln führen, beträgt der Zeitraum, in dem die Fortpflanzung nach dem Auftauen des Ovarialgewebes und der Autotransplantation noch möglich ist, bestenfalls einige Jahre. Gegenwärtig ist es sehr schwierig, die Reifung der unreifen Eizellen des Ovarialgewebes *in vitro* auszulösen. Deshalb kann diese Lösung präpubertären Mädchen in der Regel noch nicht angeboten werden (in den Vereinigten Staaten wurde jedoch im Juli 2010 bei einem zweijährigen Mädchen eine OTC durchgeführt (Quinn et al., 2012)). In diesen Fällen kann bloss die Kryokonservierung von Ovarialgewebe in Betracht gezogen werden, in der Hoffnung, dass die Reifung der Primordialfollikel eines Tages technisch möglich sein wird. Auch bei Frauen mit einer Ovarialinsuffizienz (bestimmte Varianten des Turner-Syndroms), bei denen zum Zeitpunkt, in dem sie schwanger werden möchten, möglicherweise keine Eizellen mehr vorhanden sind, könnte sich das Einfrieren als hilfreich erweisen.

b) Kryokonservierung von Hodengewebe

Die Kryokonservierung von Hodengewebe (*Testicular Tissue Cryopreservation*, TTCP) bietet ebenfalls eine Möglichkeit zum Erhalt der Fertilität (Rutiainen et al., 2013). Diese Methode wird angeboten, wenn sich im Ejakulat keine Spermien befinden. Bei postpubertären Patienten wird Hodengewebe entnommen und anschliessend kryokonserviert. In diesen Fällen wird keine Autotransplantation, sondern eine ICSI, eine seit Jahrzehnten etablierte Technik, durchgeführt. Für präpubertäre Patienten wird die TTCP hingegen noch nicht angeboten, da sich die Technik der In-vitro-Reifung von unreifem Hodengewebe (*Immature Testicular Tissue*, ITT) erst im Frühstadium der Entwicklung befindet. Wie bei präpubertären Mädchen kann in diesen Fällen bloss die Kryokonservierung von ITT in Betracht gezogen werden, in der Hoffnung, dass das Auftauen und die Reimplantation eines Tages technisch möglich sein werden.

Es ist zu betonen, dass sich die beiden oben aufgeführten Methoden noch im Versuchsstadium befinden und nicht als etablierte Fortpflanzungstechniken betrachtet werden können.

c) Eizellenvorsorge

Eine ganz andere Anwendung betrifft die sogenannte Eizellenvorsorge (*Social Freezing*). Dabei handelt es sich um die Konservierung von Eizellen aus Gründen, die mit Lebensentwürfen zusammenhängen und für die keine medizinische Indikation besteht. In der Regel handelt es sich um Frauen, die ihre Fertilität erhalten möchten, indem sie ihre Eizellen kryokonservieren lassen, um allenfalls einige Jahre später eine In-vitro-Befruchtung und somit eine Schwangerschaft zu realisieren. Die Nachfrage nach der Eizellenvorsorge lässt sich teilweise anhand der soziologischen Daten erklären, die

zur Struktur und Entwicklung der Haushalte und insbesondere zum höheren Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Heirat und der Geburt des ersten Kindes sowie zum Anteil der erwerbstätigen Frauen verfügbar sind.

Die Technik der Kryokonservierung als solche ermöglicht die Aufbewahrung von Keimzellen ohne zugrundeliegende medizinische Indikation. Diese Möglichkeit breitet sich allgemein aus und auch in unserem Land stellt sich gegenwärtig die Frage nach der Eizellenvorsorge (Wunder, 2013). Wie bereits dargelegt, beträgt die Konservierungsdauer der Keimzellen gemäss FMedG höchstens fünf Jahre. Danach verlangt das geltende Recht, dass die eingefrorenen Zellen vernichtet werden. Vorgängig kann eine längere Konservierungsfrist beantragt werden oder die Keimzellen können in ein Zentrum im Ausland verbracht werden. Die Argumente, die zugunsten der Eizellenvorsorge vorgebracht werden, sind in der Regel auf die Fortpflanzungsfreiheit ausgerichtet, die eine junge Frau dank der Möglichkeit erhält, die Nachteile hinauszuschieben, die mit der Alterung ihrer Eizellen verbunden sind, (und damit eine Eizellenspende zu vermeiden) und so der Verzögerung entgegenzuwirken, mit der eine allfällige Schwangerschaft mangels eines Partners, wegen eines späten Kinderwunsches oder wegen beruflichen Anforderungen eintritt.

1.5 Überlegungen der NEK zu den Modalitäten der Kryokonservierung

1.5.1 Eizellenvorsorge

Nach Ansicht der NEK lassen sich zwei Arten von Einwänden gegen die Eizellenvorsorge anbringen – medizinische und soziale.

Zunächst ist zu betonen, dass es nicht bloss darum geht, eine Schwangerschaft hinauszuschieben. Vielmehr tritt an die Stelle der natürlichen Befruchtung eine Befruchtung mittels IVF-ICSI, obwohl eine natürliche Befruchtung möglich wäre, da die Frauen, die eine Eizellenvorsorge in Anspruch nehmen möchten, fruchtbar sind (denn die eigenen Keimzellen werden aus sozialen, nicht aus medizinischen Gründen konserviert). Diese Änderung der Zeugungsmethode hat Auswirkungen auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes. Denn nach den Bedingungen, die das geltende Recht vorgibt, führt die IVF-ICSI zu einer höheren Rate von Mehrlingsschwangerschaften. Diese sind mit einem höheren Risiko von Komplikationen (Frühgeburten, Früh- und Langzeitmortalität, Mortalität) und von angeborenen Fehlbildungen verbunden, die erhebliche menschliche und finanzielle Folgen haben. Es ist bereits bekannt, dass bei Kindern, die durch IVF-ICSI gezeugt wurden, ein erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselproblemen besteht (Scherrer et al., 2012). Zudem liegen noch keine ausreichenden wissenschaftlichen Daten zu den Auswirkungen der Eizellen-Vitrifikation auf die Gesundheit der auf diese Weise gezeugten Kinder vor. Die Eizellenvorsorge hat auch Folgen für die Gesundheit der Frau. Denn die Entnahme von Eizellen und die ovarielle Stimulation sind mit Risiken verbunden (das ovarielle Hyperstimulationssyndrom kann tödlich verlaufen). Auch das Risiko eines Misserfolgs darf nicht ausser Acht gelassen werden: Idealerweise sollte die Eizellentnahme im Alter von etwa 25 Jahren erfolgen, doch sie wird meist erst nach 35 Jahren durchgeführt.

Es lassen sich auch soziale Einwände gegen die Eizellenvorsorge anführen. Die Konservierung der eigenen Eizellen löst weder das Problem der Partnersuche noch jenes der Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben. Dieses bedauerliche Problem besteht weiterhin, weil in soziopolitischer Hinsicht zu wenig unternommen wird, um die Frauen dabei zu unterstützen, sich beruflich zu verwirklichen und zugleich Mutter zu sein (Krippen- und Hortplätze, Kinderbetreuung während der Schulzeit, Verringerung der Arbeitszeit der Väter, Akzeptanz von Müttern in der Berufswelt usw.). Aus Sicht der NEK stellen Überlegungen zur Rolle der Frau in unserer Gesellschaft eine unverzichtbare Vorbedingung dar. Zudem sollten der Bevölkerung klare Informationen über die

Reproduktionsbiologie angeboten werden. Denn während die kryokonservierten Eizellen «nicht altern», ist dies beim Körper der Frau sehr wohl der Fall: Dies hat zur Folge, dass die Schwangerschaftschancen ab dem Alter von 35 Jahren immer kleiner werden, während sich das Risiko einer Fehlgeburt und von Schwangerschaftskomplikationen erhöht. Schliesslich lässt sich mit Nachdruck darauf hinweisen, dass gegenwärtig medizinische Indikationen erforderlich sind, um eine muF zu rechtfertigen.

1.5.2 Das Verbot der Embryonenkonservierung

Im FMedG ist die Konservierung von Embryonen verboten. Dies hat zur Folge, dass die Embryonen, die ausserhalb des Körpers der Frau entwickelt werden (höchstens drei), alle unmittelbar implantiert oder vernichtet werden. Zu dieser Situation sind zwei Bemerkungen anzubringen:

(1) Die Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie-Geburtshilfe weisen auf die Gefahr hin, die mit diesem Verbot verbunden ist, da es sie veranlasst, eine hohe Rate von Mehrlingsschwangerschaften⁹ (vor allem Zwillingschwangerschaften) nach IVF oder IVF-ICSI beizubehalten. Zum Beispiel verzeichnet die Schweiz 20 % Mehrlingsschwangerschaften, während diese Rate in Schweden bei 5 % liegt.¹⁰ Der Hauptgrund liegt in der Unmöglichkeit, einen einzigen, ausgewählten Embryo zu transferieren (elektiver Einzeltransfer von Embryonen, eSET) statt zwei oder drei (grundsätzlich ist der Transfer eines einzelnen Embryos natürlich möglich, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass bloss einer entwickelt wird, womit sich die Erfolgsrate entsprechend verringert).

(2) Zweitens muss anerkannt werden, dass die Implantation zuweilen nicht möglich ist. Für diese Unmöglichkeit gibt es verschiedene Gründe: a) die Entwicklung des Embryos scheint abnormal zu verlaufen; b) die Frau möchte sich entgegen ihrer ursprünglichen Entscheidung nicht mehr alle entwickelten Embryonen implantieren lassen; c) das Paar möchte nicht mehr Eltern werden; d) einer der beiden Partner des Paares hat seine Einwilligung zurückgezogen; e) es ist vorübergehend keine Implantation möglich zum Beispiel wegen einer Krankheit oder eines Unfalls der Frau. In bestimmten Fällen (a, c und d) werden die Embryonen anschliessend konserviert und werden so zu «überzähligen Embryonen»¹¹. In der Schweiz ist der Begriff «überzähliger Embryo» im Stammzellenforschungsgesetz (StFG) wie folgt definiert: «im Rahmen der In-vitro-Fertilisation erzeugter Embryo, der nicht zur Herbeiführung einer Schwangerschaft verwendet werden kann und deshalb keine Überlebenschance hat» (StFG, 2003, Art. 2 Bst. b). Überzählige Embryonen können verwendet werden, um aus ihnen Stammzellen

9 Mehrlingsschwangerschaften verursachen Frühgeburten, ein geringes Geburtsgewicht mit Langzeitfolgen für die Gesundheit der Neugeborenen, Fehlbildungen, Cerebralpareesen, eine erhöhte Morbidität und Mortalität des Neugeborenen und der Mutter, postpartale Depressionen usw.

10 Dabei ist auch die mehreren Tausend überzähligen Embryonen zu berücksichtigen, die in Schweden aufgrund des Einsatzes des eSET bestehen.

11 Es ist schwierig zu beurteilen, wie viele überzählige Embryonen derzeit aufbewahrt werden. Denn bis zum Inkrafttreten des FMedG im Jahr 2001 waren die Zentren, die IVF durchführen, nicht verpflichtet, jährlich einen Tätigkeitsbericht vorzulegen, in dem namentlich auf die Konservierung der In-vitro-Embryonen eingegangen wird. Anhand der folgenden Zahlen, die sich auf 2012 beziehen, ist es jedoch möglich, sich ein allgemeines Bild von der Verwendung der Embryonen machen: In jenem Jahr wurden 25'888 imprägnierte Eizellen und 18'660 Embryonen erzeugt sowie 16'773 Embryonen und Zygoten transferiert. 118 Embryonen wurden im Verlauf von Frischzyklen eingefroren und 139 Embryonen im Verlauf von Kryozyklen aufgetaut, während sich die Zahl der aufgetauten imprägnierten Eizellen auf 9794 belief (BFS, 2013a). Schliesslich wurden insgesamt 2067 Embryonen vernichtet, in 67,5 % der Fälle im Anschluss an einen Entwicklungsstillstand (BFS, 2013e).

zu gewinnen (sofern das Paar seine Einwilligung dazu erteilt)¹². Es ist zu betonen, dass in den Ländern, welche die Embryonenkonservierung zulassen, die meisten Kliniken darauf verzichten, weniger als drei Embryonen einzufrieren, da rund ein Viertel der Embryonen im Verlauf der Manipulationen beschädigt wird und die Schwangerschaftschancen sehr gering sind, wenn ein einziger Embryo implantiert wird.

1.6 Überlegungen der NEK zu den Möglichkeiten, welche die muF und der Medizintourismus eröffnen

In der Schweiz ist die muF nur für verheiratete oder unverheiratete heterosexuelle Paare zugänglich, bei denen eine Unfruchtbarkeit besteht oder welche die Übertragung einer schweren (und unheilbaren) Krankheit auf die Nachkommen verhindern möchten. Die Spermien spende ist hingegen nur für verheiratete heterosexuelle Paare erlaubt. Die Eizellen- und die Embryonenspende sind ebenso verboten wie die Leihmutterschaft.

Diese Verbote grenzen die Bedingungen für den Zugang zur muF ein und beschränken die Zahl der beteiligten Personen auf zwei (beim Paar, das eine *autologe* Insemination oder IVF in Anspruch nimmt) oder auf drei (wenn sich das verheiratete Paar für eine *heterologe* Insemination oder IVF entscheidet, d. h. eine Spermien spende in Anspruch nimmt). Die muF kann jedoch *rein technisch* für eine Einzelperson zugänglich sein – eine alleinstehende Frau könnte durch Insemination mit gespendetem Sperma Mutter werden – oder im Fall der Leihmutterschaft eine grössere Zahl von Personen (bis fünf) einbeziehen.

In der *Botschaft über die Volksinitiative «zum Schutz der Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)»* und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (*Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG*) vom 26. Juni 1996 (Botschaft, 1996) war betont worden, ein generelles Verbot der muF könnte zu einem «unerwünschten Fortpflanzungstourismus» führen. Diesbezüglich ist festzustellen, dass es mit dem derzeit geltenden Recht nicht gelungen ist, dies zu verhindern. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass trotz der Öffnung und Liberalisierung, die im Revisionsentwurf des Gesetzes vorgesehen sind, das Problem des Fortpflanzungstourismus damit nicht gelöst wird. Paare, die günstigere Bedingungen nutzen möchten, wie zum Beispiel eine Leihmutterschaft, suchen Länder auf, in denen diese Praxis (unentgeltlich oder gegen Entschädigung) erlaubt ist, wie zum Beispiel Grossbritannien, Belgien, die Vereinigten Staaten oder Indien.

Es ist sehr schwierig abzuschätzen, wie viele Schweizer Paare sich ins Ausland begeben haben, um dort eine Leihmutter (Bericht, 2013), eine Eizellen- oder eine Embryonenspende in Anspruch zu nehmen. Alles weist darauf hin, dass es sich nicht bloss um einige Einzelfälle handelt (dies gilt insbesondere für die Eizellenspende).

Für eine Beurteilung müssen diese Praktiken nach Ansicht der Kommission in einen grösseren Zusammenhang gestellt werden. Zugleich müssen die grundlegenden gesellschaftlichen Tendenzen berücksichtigt werden. Neben die traditionelle heterosexuelle Familie treten heute Familienstrukturen wie Einzeltern-, Regenbogen-, Fortsetzungs- und Adoptivfamilien. Die muF ermöglicht unbestreitbar eine Vervielfachung der Elternschaftsverhältnisse. Im Zusammenhang mit dem Fortpflanzungstourismus ist es jedoch in ethischer Hinsicht sehr wichtig, sich Gedanken zum Wohl und Schutz dieser Kinder zu machen, die aufgrund von in der Schweiz verbotenen Praktiken geboren wurden und unter den rechtlichen Unterschieden in diesem Bereich zu leiden haben. Dabei

12

StFG (2003). 2012 wurden zehn Embryonen für die Forschung zur Verfügung gestellt (BFS, 2013e).

sollte auch die Einbindung der Kinder in eine rechtlich anerkannte Familienkonstellation berücksichtigt werden. Denn Paare, die mit ihrem Neugeborenen, das im Ausland von einer Leihmutter geboren wurde, in die Schweiz zurückkehren möchten, müssen zunächst eine klare gesetzliche Identität für das Kind erhalten. Diese wird nicht immer gewährt, da die Leihmutterchaft in der Schweiz verboten ist. Das langwierige Verfahren, das sich daraus ergibt, endet bestenfalls mit einer Adoption und läuft schlimmstenfalls darauf hinaus, dass keine rechtliche Anerkennung des Kindes erreicht werden kann. Nach Ansicht der Kommission darf das Recht nicht einfach einen Tatbestand für rechtmässig erklären oder dazu gezwungen werden, eine in der Schweiz verbotene Praxis anzuerkennen. Das ändert aber nichts daran, dass die derzeitige Rechtslage dazu beiträgt, die Personen zu stigmatisieren, die in dieser Situation am verletzlichsten sind, d. h. die Kinder.

Zu berücksichtigen ist auch, dass der Fortpflanzungstourismus einen erheblichen Kostenfaktor darstellt. Ein einziger IVF-ICSI-Frischzyklus (d. h. der Transfer des oder der Embryonen erfolgt direkt nach der Befruchtung ohne vorherige Kryokonservierung) kostet zwischen 6000 und 9000 Schweizer Franken. Die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen, die manchmal gesondert verrechnet wird, kostet 300 bis 600 Franken, während für einen einzigen Auftauzyklus 1500 bis 2000 Franken verlangt werden. Schliesslich belaufen sich die jährlichen Kosten für die Aufbewahrung auf 150 bis 300 Franken. In Indien, das als weltweit grösster Anbieter von Leihmüttern gilt, beläuft sich der entsprechende Markt auf 500 Millionen bis 2,3 Milliarden Dollar (Deonandan et al., 2012). In der Schweiz wird die Insemination von der Krankenkasse übernommen. Dies gilt jedoch nicht für die IVF, die erhebliche Kosten verursacht, die vollumfänglich von den Paaren getragen werden müssen¹³. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung aufgrund der wirtschaftlichen Mittel, über welche die betreffenden Personen verfügen.

Die Entwicklung, welche die Gesellschaft in den letzten 20 Jahren durchlaufen hat, ist offensichtlich. Auf internationaler Ebene nimmt die gesellschaftliche, rechtliche und ethische Anerkennung der Anwendungen im Zusammenhang mit der muF sowie der Haushaltstrukturen unterschiedliche und vielfältige Formen an.

Angesichts dieser Fakten ist es wichtig, zunächst zu betonen, dass diese Erscheinungen nicht *direkt* normativ sind, d. h. dass sich aufgrund ihres blossen Bestehens weder eine Revision des geltenden Rechts noch eine moralische Anerkennung aufdrängt. Damit dies der Fall ist, müssen sie zu anerkannten Werten in Bezug gesetzt werden. Sodann ist auch zu betonen, dass diese Veränderungen nicht neutral sind. Sie erzeugen im Gegenteil in der Bevölkerung neue Wahrnehmungen und Erwartungen sowie andere Sichtweisen der Gesellschaft, des Umfangs der persönlichen Freiheiten und der allgemeinen Bedingungen des Zusammenlebens.

Die Kommission stand somit vor der Herausforderung, diese Erscheinungen genauer zu betrachten. Sie hat sich entschieden, auf zwei Ebenen vorzugehen. Zum einen hat sie die Praxis, die sich aus den Möglichkeiten ergibt, welche die muF bietet, gestützt auf die im FMedG erwähnten normativen Werte einer kritischen Prüfung unterzogen. Zum anderen hat die Kommission darauf geachtet, wie diese Praxis die Auslegung der Werte beeinflusst, welche die kritische Arbeit selbst und die Entwicklung leiten, die diese normativen Werte im Verlauf der Zeit durchlaufen. Der Inhalt der Normen und der Werte, auf denen diese kritische Prüfung beruht, wird direkt vom soziohistorischen Umfeld beeinflusst, in dem diese Arbeit stattfindet. Die Kommission war bestrebt, in den Fragen, die sich auf praktischer und konzeptueller Ebene stellen, zu einer Sicht zu gelangen, die zu einer kohärenten, begründeten Entscheidung führen kann. Deshalb hat sie beschlossen,

¹³ Erst kürzlich hat das Bundesgericht bestätigt, dass die IVF nicht von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden muss (Urteil vom 1. Oktober 2012, 9C_835/2011).

die zahlreichen derzeit geltenden Verbote (namentlich in Bezug auf die Eizellenspende, die Embryonenspende und die Leihmutterchaft) sowie die rechtlichen und ethischen Werte zu hinterfragen, auf denen diese Verbote beruhen. Denn es ist angebracht, sich erneut zu fragen, ob diese Verbote weiterhin ihre Berechtigung haben.

2. Die normativen Werte des Gesetzes

Im Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) werden ausdrücklich vier Werte genannt, die direkt oder indirekt eine normative Kraft aufweisen: die «Menschenwürde», die «Persönlichkeit», die «Familie» (Art. 1 Abs. 2) und das «Kindeswohl» (Art. 3 Abs. 1). Ein fünfter Wert, die «Natur» und das «Natürliche», ist in den aufgeführten Grundsätzen nicht ausdrücklich enthalten, spielt jedoch eine wichtige Rolle in der Botschaft (1996, S. 253 f.) und in der Logik des FMedG (Art. 2 Abs. a), da er dessen Struktur bestimmt, dessen Grenzen und Verbote rechtfertigt und einige von dessen Ausrichtungen klärt. Deshalb hat die Kommission beschlossen, diesen Wert ebenfalls in die kritische Untersuchung und in die Prüfung der vorliegenden Argumente einzubeziehen.

Zur Bedeutung dieser Werte bestehen unterschiedliche Auslegungen, deren konkrete Auswirkungen zuweilen voneinander abweichen. Auf den Wert der Menschenwürde berufen sich zum Beispiel sowohl die Gegner der Fortpflanzungsmedizin (die Initianten hatten im Namen der Menschenwürde ein absolutes Verbot dieser Verfahren gefordert) als auch die Anhänger eines freien Zugangs zur muF, die den Standpunkt vertreten, eine sichere Weise zur Wahrung der Menschenwürde bestehe darin, die Selbstbestimmung der Personen zu achten.

Die Kommission erachtet es als wichtig, auch einen Wert zu verdeutlichen, der spezifisch mit der Elternschaft zusammenhängt. Denn diese Dimension wird mit dem Begriff «Familie» – die als «Grundlage der Gesellschaft» verstanden wird – nicht vollständig erfasst, mit dem der Gesetzgeber den Menschen als *soziales* Wesen (Botschaft, 1996, S. 246) und nebenbei eine bestimmte Familienform, d. h. die traditionelle Kleinfamilie, *schützen* wollte. Dem Wunsch eines Paares, Eltern zu werden, der zunächst *persönlicher* Natur ist, sowie dem Leiden, das die Unfruchtbarkeit bei einer Person oder einem Paar auslösen kann, wird nicht die gebotene Beachtung geschenkt. Angesichts der zentralen Bedeutung dieses Aspekts hätten sie aus Sicht der NEK ausdrücklich gesondert hervorgehoben werden müssen. Zu Recht ist das (ungeborene) Kind als inhärent verletzlichem Wesen zu schützen und seine Interessen sind in der moralischen Beurteilung angemessen zu berücksichtigen. Doch unter den beteiligten Werten sollten auch die Interessen der Personen, die Eltern werden möchten, und deren Verletzlichkeit als Patientinnen und Patienten aufgeführt werden. Im Rahmen der muF gäbe es kein Kindeswohl, das zu schützen ist, wenn die künftigen Eltern nicht zuvor geplant hätten, Eltern zu werden und somit eine Familie zu *gründen*. Das eigentliche Dasein jedes Kindes hängt von dieser privaten *vorgängigen* Absicht ab, welche die Bedingung für seine Entstehung darstellt.

Die NEK weist darauf hin, dass diese Werte nicht alle auf der gleichen Stufe stehen. Die Werte «Menschenwürde», «Persönlichkeit» und «Kindeswohl» gehören einem *ethischen Register* an und weisen zudem eine *universelle* Ausrichtung auf. Sie werden im Hinblick darauf genannt, beim Menschen, bei jedem Menschen, Güter oder Interessen zu schützen, die ihm inhärent sind, d. h. zum Beispiel die Menschlichkeit, die persönliche Freiheit, die körperliche und geistige Unversehrtheit oder der Wunsch, Kinder zu haben. Auch wenn es schwierig ist, wie im Folgenden noch aufgezeigt wird, diesen Begriffen einen genauen Inhalt zuzuweisen – was zuweilen als abschreckende Einschränkung

betrachtet wird –, ist es möglich, ihre Bestandteile zu bestimmen. Der Begriff «Familie» hingegen gehört einem detaillierteren *soziokulturellen Register* an. Die Bedeutung dieses Begriffs hängt davon ab, wie er von einer bestimmten Gesellschaft wahrgenommen und aufgefasst wird. So ist zum einen festzustellen, dass die Familie gegenwärtig nicht mehr eine Lebensform bezeichnet, die ausschliesslich eine Mutter, einen Vater und ein Kind umfasst. Vielmehr sind nun verschiedene Kombinationen nicht nur möglich, sondern werden bereits praktiziert (Eineltern-, Regenbogen, Adoptiv-, Fortsetzungsfamilien). Zum anderen sind unterdessen Familienformen anerkannt, die sich von jener unterscheiden, die in den europäischen Ländern als Modell gedient hat (traditionelle Kleinfamilie).

Schliesslich können die Begriffe «Natur» und «natürlich» je nachdem, wie sie aufgefasst werden, verschiedene Bedeutungen haben. Wie weiter unten aufgezeigt wird, wird es schwierig zu bestimmen, was unter «Natur» verstanden wird, wo die Grenzen zwischen dem «Natürlichen», «Künstlichen» oder «Kulturbedingten» verlaufen und sogar, ob diese Unterscheidungen immer zweckmässig sind. Im FMedG wird eine besondere Auffassung der «Natur» und des «Natürlichen» vertreten: *Was natürlich ist, ist gut*. Diese Auffassung bestimmt die im Gesetz vertretenen Standpunkte und bedingt alle Einschränkungen, die es enthält.

2.1. Die Menschenwürde

Das Konzept «Menschenwürde» (Höffe, 2001) ist ein grundlegendes Prinzip unserer Rechtsordnung und des modernen moralischen Denkens. Es wird allgemein als «Bekenntnis zu einer Wertordnung verstanden, die es sich zur Aufgabe macht, den Eigenwert des Individuums zu gewährleisten» (Botschaft, 1996, S. 222). Im schweizerischen Recht ist die menschliche Würde zu *achten* und zu *schützen*. Als Leitsatz wird die Menschenwürde zu anderen Grundrechten, insbesondere zur persönlichen Freiheit, in Bezug gesetzt; in diesem Sinn schützt sie die körperliche und geistige Unversehrtheit sowie die Bewegungsfreiheit. Es ist interessant, darauf hinzuweisen, dass die Unterzeichner der Volksinitiative 1993 geltend gemacht hatten, es gehe um die Würde als kennzeichnendes Merkmal der Menschlichkeit des Menschen, und die Berufung auf die Würde in diesem Rahmen zur Folge hatte, die freie Zugänglichkeit der Fortpflanzungsverfahren zu beschränken. Der Titel der Initiative lautete: «Zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für eine menschenwürdige Fortpflanzung)».¹⁴

Die Menschenwürde wird somit in verschiedener Hinsicht und mit sehr unterschiedlichen Zielsetzungen geltend gemacht. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, ihren Inhalt zu definieren und ihre ethischen Implikationen zu bestimmen. Dazu müssen zunächst die strukturellen Elemente und die philosophischen Zusammenhänge dieses Konzepts klargestellt werden.

Das Konzept «Würde» besitzt eine ontologische und eine ethisch-rechtliche Komponente. Dazu kommt in neuerer Zeit eine Klarstellung seiner Verwendung auf politischer und rechtlicher Ebene. Die ontologische Komponente hängt mit der Frage zusammen, aufgrund welcher Eigenschaft oder welcher intrinsischen Merkmale und ab welchem Zeitpunkt ein Mensch¹⁵ einen ihm eigenen Wert besitzt, der als Würde bezeichnet

¹⁴ Das Adjektiv «artificielle» (künstlich), das in der französischen Version in Verbindung mit dem Begriff «réproduction» (Fortpflanzung) verwendet wird, scheint in diesem Zusammenhang nahezu legen, dass die Gefahr für die Menschlichkeit davon ausgeht, dass die muF einen nicht geschlechtlichen (somit nicht natürlichen oder sogar künstlichen) Charakter aufweist. Für die Darlegung der Fragen, die mit diesem Argument zusammenhängen, verweist die NEK auf den Abschnitt zum Wert «Natur».

¹⁵ Doch es könnte sich auch um ein tierisches oder pflanzliches Wesen handeln; in der deutschen und italienischen Version von Artikel 120 Absatz 2 der Bundesverfassung, der sich auf die Gentechnologie im Ausserhumanbereich bezieht, ist die «Würde der Kreatur» beziehungsweise die «dignità della creatura» erwähnt, während in der französischen Fassung aus Gründen, auf die hier nicht eingegangen werden kann, von der «intégrité des organismes vivants» die Rede ist.

wird. Die zweite Komponente hängt mit der Frage zusammen, welche moralischen Verpflichtungen gegenüber einem Wesen bestehen, das eine angeborene Würde oder einen Eigenwert besitzt.

Traditionell und aufgrund der rationalen Natur des Menschen wird die Würde mit der Identität der Person in Verbindung gebracht oder hängt von dieser ab. Deshalb ist es unerlässlich, die wichtigsten Zusammenhänge zwischen diesen beiden Konzepten näher zu betrachten.

Der «personalistische» Ansatz. Dieser Ansatz beruht auf der untrennbaren Einheit von Körper und Geist der menschlichen Person. Er betont die Tatsache, dass das biologische Leben des Menschen zwar nicht das höchste, aber das grundlegendste ist. Aufgrund seiner Zugehörigkeit zur menschlichen Natur besitzt somit *jedes Individuum, das von einer menschlichen Mutter geboren wurde* (Spaemann, 1996), eine Würde. Aus Sicht der Anhänger dieses Ansatzes ist die Person koextensiv mit dem Organismus, der ihr zugrunde liegt und sie zum Ausdruck bringt, da die menschliche Person eine Einheit und ein Ganzes bildet. Für die Verfechter einer solchen *Äquivalenzdoktrin* (Birnbacher, 1997) sind «Menschsein» und «Personsein» wesentliche und koextensive Eigenschaften. Dieser Ansatz wird «personalistisch» genannt, weil jeder Mensch Träger der Personenwürde ist. Diese Würde ist ihm aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einer Natur inhärent, die vernünftig, d. h. fähig, ist, intellektuelle Kenntnisse zu entwickeln und eine freie Entscheidung zu treffen. Selbst wenn ein Mensch in einem Frühstadium seiner Entwicklung, infolge einer Behinderung oder einer schweren Einschränkung seiner geistigen Fähigkeiten nicht mehr in der Lage ist, tatsächlich rational oder vernünftig zu handeln, bleibt er dennoch stets eine Person, die Träger ihrer gesamten Würde ist und von der Gesellschaft desto mehr Fürsorge erfordert, als sie schwach ist. Das menschliche Individuum ist somit aufgrund seiner Zugehörigkeit zur menschlichen Natur, durch die es existiert, eine Person (Putallaz & Schumacher, 2008).

Der personalistische Ansatz vertritt eine Vorstellung des menschlichen Embryos, die sich wie folgt zusammenfassen lässt (Rager, 2006; Ide, 2004): Ab dem Zygotenstadium ist «der menschliche Embryo ein Individuum, das Subjekt menschlichen Lebens ist». Er ist «menschlichen Lebens», weil er der menschlichen Spezies angehört. Er ist ein «einzigartiges Wesen», das von den anderen Organismen wie jenem der Mutter verschieden ist, da er auch in der Lage ist, sich aufgrund seiner internen Dynamik zu entwickeln, was extrinsische Bedingungen wie die Einnistung im mütterlichen Uterus erfordert. In dieser Perspektive wird daraus geschlossen, dass der menschliche Embryo ein Subjekt menschlichen Lebens ist, somit «als Person» mit einer ihr eigenen Würde behandelt werden muss und Achtung und Schutz verdient. Nach diesem Ansatz ist zum Beispiel die Auswahl oder Selektion der Embryonen nicht gerechtfertigt, weil man sich damit das Recht herausnimmt zu entscheiden, wer es verdient zu leben. Die Antworten auf das Leiden der Eltern sollten dieser intrinsischen Würde der Embryonen Rechnung tragen.

Der «rationalistische» Ansatz. Dieser Ansatz geht ebenfalls davon aus, dass *nur Personen eine Würde besitzen*. Aus Sicht seiner Anhänger können jedoch «menschliche Person» und «Mensch» nicht gleichgesetzt werden. Es ist nicht notwendig, ein Mensch zu sein, um eine Person zu sein. In der Nachfolge der empiristischen und der idealistischen Tradition, die auf Locke (1975) beziehungsweise auf Kant (1917) zurückgehen, ist es folglich *der tatsächliche Besitz der Vernunft* («in seiner Vorstellung das Ich haben», wie es Letzterer ausdrückte), der zählt. Damit ein Individuum eine Person ist und somit eine Würde besitzt, muss es nach diesem Ansatz über eine *effektive* oder *tatsächliche* rationale Fähigkeit verfügen (wie das Erinnerungsvermögen, das Selbstbewusstsein usw.). Diesbezüglich ist noch festzuhalten, dass die Person bei Kant zugleich das rationale *und* das moralische Individuum bezeichnet. Bei ihm besteht eine Abwandlung der Verwendung des Begriffs

im normativen Sinn. Die Natur des Menschen zu achten bedeutet auf der ethischen Ebene, die Würde der Person zu achten, d. h. ihre Selbstbestimmung oder ihre Freiheit (Baertschi, 2005, Kap. 5). Da sie frei ist, hat die Person eine Würde oder einen absoluten intrinsischen Wert, der sie von den Sachen unterscheidet, die einen Preis haben und den natürlichen Determinismen unterstehen. Aus diesem Grund haben Sachen einen *relativen* Wert, sind untereinander austauschbar (während ein Wesen, das über Würde verfügt, einzigartig ist) und es ist möglich, sich ihrer «nach Belieben» zu bedienen; oder wie es Kant ausgedrückt hat: «ist [der Mensch] eine Person [...], d. i. ein von Sachen, dergleichen die vernunftlosen Tiere sind, mit denen man nach Belieben schalten und walten kann, durch Rang und Würde ganz unterschiedenes Wesen» (1917, S. 127). Es ist wichtig, diesen letzten Aspekt zu betonen, denn er hat auch bedeutende Auswirkungen in Bezug auf das Argument der Instrumentalisierung der Menschen.

Nach diesem Ansatz können Menschen existieren, die keine Personen sind (Engelhardt, 1996), entweder weil sie noch nicht die notwendigen Eigenschaften für die Ausübung der Vernunft entwickelt haben (Embryonen, Föten, Neugeborene, ...), weil sie keine Möglichkeit haben, sie zu entwickeln (Kinder mit Anenzephalie, Neugeborene, die während der Geburt einen schweren Sauerstoffmangel ausgesetzt waren, ...), oder weil sie sie für immer verloren haben (Individuen in einem chronisch vegetativen Zustand, oder mit ausgeprägter seniler Demenz und Individuen nach einem schweren cerebrovaskulären Insult, ...). Allerdings ist klarzustellen, dass es nach diesem Ansatz zwar Menschen gibt, die keine Personen sind, dass es jedoch keineswegs egal ist, wie diese behandelt werden.

Der **«gradualistische» Ansatz** beruht auf einer Vorstellung des Menschen, die über die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Embryonalentwicklung aufgeklärt ist. Dieser Ansatz übernimmt das Kriterium der Potenzialität. Die Potenzialität bezeichnet die Möglichkeit, das Vermögen, die Fähigkeit oder das Potenzial, das oder die einem Wesen normalerweise inhärent ist, sich in einen anderen Zustand zu verwandeln und damit etwas zu verwirklichen, was noch nicht ist. Die Verfechter dieses Ansatzes gehen davon aus, dass Embryonen einige der allgemein vorausgesetzten Eigenschaften für die Existenz der Person noch nicht aufweisen (Bewusstsein, Willen, Vernunft, Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden usw.), dass sie diese jedoch im Verlauf der Zeit unter geeigneten Bedingungen selbst entwickeln können – was sich von Eizellen oder Spermien nicht sagen lässt, die nicht selbst einen Embryo erzeugen können. Was zählt, ist somit nicht, tatsächlich die Vernunft und die inhärenten Qualitäten ausüben zu können (Erinnerungsvermögen, Selbstbestimmung, Selbstbewusstsein usw.), sondern über die Anlagen für die Eigenschaften zu verfügen, die dies ermöglichen.

Das Argument der Potenzialität besteht in zwei Varianten. Die erste geht davon aus, dass die Zygote die Anlage einer Person ist, d. h. eine potenzielle Person im Sinn, dass die Zygote im Verlauf ihrer Entwicklung ihre intrinsische Potenzialität, eine vollwertige Person zu werden, realisieren wird. Nach dieser Variante besitzt eine potenzielle Person nicht die Vorrechte, die der tatsächlichen Person zustehen (sie erwirbt sie im Verlauf der Zeit allmählich). Der zweite Standpunkt (der dem personalistischen Ansatz ähnlich ist) geht davon aus, dass die Zygote – im Jetzt – eine Person ist und dass die Entfaltung ihrer Potenzialität das verwirklicht, was sie von Anfang an ist.

Der gradualistische Ansatz führt dazu, dass der Gesellschaft die Verantwortung übertragen wird, in konkreten Situationen den Umfang der Rechte und den Grad des Schutzes zu bestimmen, die sie dem Embryo gewähren möchte. Dabei muss sie den allmählichen Erwerb von wesentlichen Eigenschaften berücksichtigen, die bei erwachsenen Individuen der menschlichen Spezies in der Regel vorhanden sind.

2.1.1 *Allgemeinere Auswirkungen*

Aus Sicht einiger Autoren sind Individuen, die nicht frei entscheiden können, denen

der Verstand oder die Vernunft abgehen, die nicht selbstbestimmt (im moralischen Sinn des Wortes) sind, zwar Menschen, aber keine menschlichen «Personen». In dieser Eigenschaft besitzen sie nicht im eigentlichen Sinn Würde, was keineswegs bedeutet, dass ihnen keine Achtung zusteht. Während die Würde ein absoluter intrinsischer – traditionell mit dem Personenstatus verbundener – Wert ist, der sich nicht je nach Umständen ändern darf, können sich die kognitiven Fähigkeiten wie das Gewissen oder das Erinnerungsvermögen ändern. Einige Gruppen von Individuen (zum Beispiel Schwerstbehinderte oder Komapatienten) verfügen nicht über die kognitiven Fähigkeiten, die Personen kennzeichnen; dennoch ist ihr intrinsischer Wert vollständig. Aus Sicht der NEK müssen sie deshalb mit der Achtung behandelt werden, die jedem Menschen zusteht, da sie sonst aus ethischer Sicht unzulässig diskriminiert würden. Andere Autoren erachten es als schwierig, den Embryo zu schützen, ohne davon auszugehen, er sei ab der Zeugung eine Person (Putallaz, 2008). Die Mehrheit der Kommission vertritt die Auffassung, dass jeder Mensch, weil er menschlich ist, eine menschliche Natur besitzt, die ihm einen intrinsischen Wert verleiht, nicht jedoch *ipso facto* den Status einer Person. Ein Unterschied besteht in Bezug auf den Besitz der kognitiven Fähigkeiten, d. h. in Bezug auf die Tatsache, eine Person zu sein oder sich zu einer zu entwickeln. Im Fall des Embryos bestehen die Eigenschaften, die ihm den Personenstatus verleihen, erst als Anlage, d. h. sie sind noch nicht tatsächlich vorhanden (und in bestimmten Fällen könnten sie sich gar nicht verwirklichen). Gestützt auf das Argument der Potenzialität lässt sich somit aus Sicht einiger Autoren eine Abstufung des Schutzes vornehmen, der dem Embryo entsprechend seinen Entwicklungsphasen gewährt wird.

Nach Ansicht einiger Mitglieder der NEK sollte zwischen «Würde» einerseits und «Person» andererseits unterschieden werden, obwohl gewisse Überschneidungen nicht in Abrede gestellt werden. Die Achtung, die dem Embryo zusteht, hängt zum einen vom intrinsischen Wert, den er als menschliche Entität besitzt, und zum anderen von seiner Fähigkeit ab, die Eigenschaften zu entwickeln, die eine Person kennzeichnen. Je weiter sich der Embryo entwickelt (und sofern er dazu in der Lage ist), desto mehr Achtung und angemessenen Schutz verdient er, weil er an Persönlichkeit gewinnt. Dies bedeutet, dass eine Ethik notwendig ist, die auf einer «*progressiven* Ontologie» oder «*relationalen* Ontologie» beruht (Fagot-Largeault & Delaisi de Parseval, 1989, 110, 93). In diesem Sinn erwirbt eine Entität (zum Beispiel ein Embryo oder ein Fötus) einen Teil ihres Werts dank den menschlichen Beziehungen, die sie zu anderen aufbaut. Dieser Aspekt gilt übrigens auch für den vorhergehenden Ansatz, denn um eine Person zu werden, um Eigenständigkeit zu erlangen, ist ein Individuum auf die Mitwirkung anderer Personen angewiesen. Auf diese Weise verwirklichen selbstbestimmte und freie Personen ihre Potenzialitäten vollumfänglich. Sie können in dieser Hinsicht als *moralisch Handelnde* betrachtet werden, d. h. als Individuen, die zu Selbstbestimmung fähig sind und denen die Verantwortung für ihr Handeln übertragen werden kann. Hingegen sind Individuen, die (noch) keine Personen sind – wie zum Beispiel Embryonen –, nur als *moralisch Behandelte* zu betrachten, d. h. als verletzbare Wesen, die aufgrund ihres ontologischen Status und ihrer Ausgesetztheit ausserhalb des Körpers der Frau Schutz seitens von Dritten erfordern. Es liesse sich einwenden, dass die Möglichkeit einer *progressiven* Ontologie logischerweise die Möglichkeit einer *regressiven* Ontologie voraussetzt. Doch auch wenn ein Embryo unter gewissen Umständen und durch die Fortsetzung seiner biologischen Entwicklung die Unterscheidungsmerkmale von Personen erwerben kann, d. h. die (hauptsächlich kognitiven und zwischenmenschlichen) Merkmale, die in der Regel bei erwachsenen Individuen der menschlichen Spezies vorhanden sind, bewahrt ein Erwachsener die Würde, die er erworben hat.

Aufgrund der oben dargelegten Schwierigkeiten sprechen gewisse Autoren dem Begriff Würde einen normativen Nutzen ab (Macklin, 2003). Sie stellen sich auf den Standpunkt,

er könnte ohne Weiteres durch die Grundsätze der Achtung der Selbstbestimmung und der Fürsorge ersetzt werden. Die NEK kann sich dieser Meinung nicht anschliessen; der Begriff Würde deckt gegenwärtig ein viel breiteres Bedeutungsfeld ab als der Begriff der Selbstbestimmung und der Freiheit. Dank seinem semantischen Reichtum, der durch die Begriffe Unversehrtheit und Verletzlichkeit erweitert und ergänzt wird, lassen sich mit diesem Begriff Erfahrungen erfassen und ausdrücken, die unserer gemeinsamen Menschlichkeit zugrunde liegen. Der Fundus von unterschiedlichen Bedeutungen, den der Begriff «Würde» eröffnet, umfasst den Fundus, der durch die Begriffe «Fürsorge» und «Selbstbestimmung» abgedeckt wird, und reicht über diesen hinaus.

2.2 Die Familie

Die NEK hat sich entschieden, für die vorliegende Diskussion die Definition von «Familie» zu verwenden, die von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF) erarbeitet wurde. Sie ist sich jedoch bewusst, dass diese Definition nicht auf die Fragestellungen im Zusammenhang mit der muF ausgerichtet ist. Gemäss der EKFF bezeichnet der Begriff «Familie» «jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern im Mehrgenerationenverbund begründet und gesellschaftlich anerkannt sind» (EKFF, 2009, S. 14).

Die Definition betont nach Ansicht der NEK den allgemeinen und relativen Charakter der Institution Familie, der die deskriptive beziehungsweise die normative Komponente (da eine Einschränkung eingeführt wird) des Wortlauts betrifft.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Formulierung «jene Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern begründet sind» sehr offen gehalten ist, was in Bezug auf die muF sehr interessant ist. Nach dem ersten Teil des Wortlauts und aus deskriptiver Sicht scheint nicht unterschieden zu werden, wie diese Lebensformen begründet werden, d. h. durch Geschlechtsverkehr oder durch muF. Denn letztlich handelt es sich immer um eine Lebensform, die in der Beziehung von Eltern und Kindern begründet ist. Allerdings wird nicht genauer angegeben, welcher Art die Beziehung ist, die zwischen Eltern und Kindern besteht: Handelt es sich um eine biologische, affektive oder genetische Beziehung? Wie bereits erwähnt, haben bestimmte technische Anwendungen der muF gerade eine Aufspaltung zwischen der Leihmutter, den genetischen Eltern und den sozialen oder Wunsch-Eltern zur Folge.

Zweitens hält die NEK im Anschluss an die erste Bemerkung fest, dass der zweite Teil der Definition – «[Lebensformen, die] gesellschaftlich anerkannt sind» – eine Einschränkung einführt, die den höchst relativen Charakter der sozialen Ausgestaltungen betont. Die Lebensformen, die Eltern und Kinder verbinden, können unterschiedlich sein, wie dies zwischen verschiedenen Gesellschaften oder innerhalb der gleichen Gesellschaft zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer Geschichte der Fall ist. Wird der Begriff «Familie» als normativer Wert verwendet – wie dies im geltenden Recht der Fall ist –, sollte er deshalb noch mit einer Axiologie verbunden werden. Denn wenn gesagt wird, dass von den Lebensformen, die in den Beziehungen von Eltern und Kindern begründet sind, jene zulässig sind, die von der Gesellschaft anerkannt sind, wird eine soziologische Grundlage verwendet. Um hingegen zu beurteilen, welche Lebensform ethisch gerechtfertigt ist, muss auch geklärt werden, anhand welches moralischen Kriteriums eine Gesellschaft eine Lebensform als besser als eine andere betrachtet. Die Berücksichtigung des gesellschaftlichen Umfelds könnte es so ermöglichen, die Typen von Beziehungen klarzustellen, die als gerechtfertigt betrachtet werden. Hier geht es jedoch weniger um die Frage, ob die verschiedenen Lebensformen gesellschaftlich zulässig sind, als darum, ob sie normativ, mit anderen Worten, aus Sicht der Bezugswerte zulässig sind. In der Botschaft wurde klargestellt, dass die Familie als «Grundlage der Gesellschaft» geschützt werden muss und dass «der Schutz des Kindeswohls – ein Grundpfeiler des Familienrechts – [...] zu den wohlbegründeten öffentlichen Interessen unserer Gesellschaft» zählt (Botschaft, 1996, S. 249). Dies zeigt somit, dass der Wert «Familie» auf verschiedene gesellschaftli-

che Werte ausgerichtet ist, die aber miteinander zusammenhängen: auf den Erhalt der gesellschaftlichen oder staatlichen Stabilität und auf das Kindeswohl.

Sodann ist es interessant zu wissen, weshalb der Gesetzgeber derart viele Einschränkungen eingeführt hat, die faktisch die Gründung von Familien über die Fortpflanzungsmedizin verhindern. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Frage nicht die Familie im allgemeinen Sinn betrifft, weil die Fortpflanzungsverfahren unbestreitbar «familienstiftend» sind (Botschaft, 1996, S. 246); dies ist sogar ihr hauptsächlichliches Ziel. Vielmehr wird hier (stillschweigend) davon ausgegangen, dass eine bestimmte Lebensform oder bestimmte Familienformen besser als andere zur Stabilität des Staates und zur Erfüllung von öffentlichen Interessen (vor allem des Kindeswohls) beitragen. Der Zugang zur Fortpflanzungsmedizin wird durch eine ganze Reihe von Bedingungen eingeschränkt: Die Anfrage muss von einem heterosexuellen Paar ausgehen, das verheiratet ist oder eine gewisse Stabilität aufweist und zu dem ein Kindesverhältnis im Sinne der Artikel 252–263 des Zivilgesetzbuches (ZGB) begründet werden kann. Diese Bedingungen weisen darauf hin, dass das geltende Recht die Begründung der traditionellen Kleinfamilie schützt. Angesichts der Zielsetzungen, die traditionell mit der Familie in Verbindung gebracht werden, gibt es jedoch gute Gründe für die Annahme, dass auch andere Familienformen sie erfüllen können (siehe Absatz 3.3.2 a).

2.3 Das Kindeswohl

In der Botschaft wird «das Kindeswohl zur obersten Maxime» erklärt (Botschaft, 1996, S. 206). Nach dem Gesetzgeber hat dieser Grundsatz folgende Auswirkungen:

- Dritte, die an der muF beteiligt sind, müssen ihr Handeln im Blick auf das Wohl des zu zeugenden Kindes rechtfertigen;
- die Interessen und Wünsche des Paares, das die muF in Anspruch nehmen möchte, haben hinter dem Kindeswohl zurückzutreten;
- die muF darf nur angewandt werden, wenn das Kindeswohl gewährleistet ist.

Nach Ansicht der NEK sollten bestimmte Aspekte genauer festgelegt werden.

Erstens ist das «Kindeswohl» in der Logik des FMedG zwar zweifellos zentral, doch der Inhalt dieses Grundsatzes, mit anderen Worten das Begriffsverständnis, ist immer noch zu unbestimmt. Ist davon auszugehen, dass sich das Kindeswohl aus einem Kinderrecht ergibt, das zum Beispiel durch das *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes* gewährleistet wird (Übereinkommen, 1990)? Gemäss dem Übereinkommen ist «das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist» (1990). Nach Ansicht der NEK ist der Grundsatz nicht im Sinne eines *Kinderrechts* zu verstehen, weil dieses das Kind erst nach der Geburt betrifft, wenn es eine Rechtspersönlichkeit erwirbt. Es wäre somit angemessener, den Grundsatz im Sinne einer *tatsächlichen Vorauswürdigung* des (familiären, affektiven, psychosozialen usw.) Rahmens zu verstehen, in den das Kind geboren wird (Dreifuss-Netter, 2009). Unter diesem Blickwinkel bezieht sich das «Kindeswohl» zunächst auf andere Personen als das ungeborene Kind. Daher muss verhindert werden, dass diese Vorauswürdigung zu Diskriminierungen gegenüber den Eltern führen kann, namentlich in Bezug auf die Rasse, die Hautfarbe, das Geschlecht, die soziale Herkunft, das Vermögen oder jede andere Situation.

Zweitens vertritt die NEK die Meinung, dass nicht zu viel Gewicht auf einen Widerspruch zwischen den Wünschen der Eltern und dem Wohl des Kindes gelegt werden sollte. Da dies bei den Paaren, die sich auf natürlichem Weg fortpflanzen, nicht getan wird, besteht kein Grund, unfruchtbare Paare zu stigmatisieren, welche die muF in Anspruch nehmen. Angesichts der Umstände – lange und anforderungsreiche Behandlungen, eine zwar immer höhere Erfolgsrate, die aber dennoch nicht jedem Paar Gewissheit gibt, dass es zu einer Geburt kommen wird – muss anerkannt werden, dass durch muF gezeugte Kinder Wunsch Kinder sind. Unter den Motiven der Eltern kann sich zwar auch Egoismus

verbergen, doch dieser kann ebenso bei Eltern vorliegen, die auf natürlichem Weg ein Kind zeugen, ohne dass er ihnen vorgeworfen wird, solange kein medizinischer Eingriff erfolgt.

Drittens ist es fragwürdig, sich auf den Grundsatz des Kindeswohls zu berufen, um einem Kind die Möglichkeit vorzuenthalten, geboren zu werden. Diesbezüglich besteht eine logische Inkonsistenz – in der Philosophie nennt man dies das «Nicht-Identitätsproblem» (*nonidentity problem*) (Parfit, 1984). Wird in einem bestimmten Zeitpunkt der Zugang zu einem Fortpflanzungsverfahren unter Berufung auf das «Kindeswohl» verboten, wird es das Kind, dessen Wohl im Voraus gewürdigt wird, schlicht nicht geben. Man stellt sich somit auf den Standpunkt, dass es für «ein» bestimmtes (hypothetisches) Kind besser ist, nicht zu existieren als zu existieren.

Viertens liesse sich im Anschluss an den vorangehenden Punkt einwenden, dass die Handlung zwar nicht *für jemanden* (der noch nicht existiert und der, wenn die Handlung hier und jetzt nicht ausgeführt wird, nie existieren wird) schädlich ist, dass sie aber aufgrund der Folgen schädlich ist, die sie auf *ein beliebiges Kind* haben wird, das unter den gegebenen Umständen zur Welt käme. In diesem Sinn stellt das Kindeswohl eine «Handlungsanweisung an die Ärztinnen und Ärzte» dar (Botschaft, 1996, S. 249), die somit über einen Ermessensspielraum verfügen. Der Grundsatz des «Kindeswohls» betrifft direkt die Dritten und nur indirekt und allgemein das Kind. Es ist unbestreitbar, dass die muF zwangsläufig, da die Fortpflanzung *medizinisch* unterstützt erfolgt, den Eingriff von Dritten erfordert, die Verantwortung tragen. Es wäre jedoch diskriminierend, von den Paaren, die Zugang zur muF erhalten möchten, zu verlangen, dass sie die Idealnormen einer vollkommenen Elternschaft (die der Gesetzgeber genauer umschreiben müsste) erfüllen. Deshalb ist es wichtig, dass die Dritten *die Möglichkeit von konkreten Schäden bestimmen, die nicht nur auf einer Annahme oder auf Vorurteilen beruhen*. Es wäre fragwürdig zu behaupten, zum Wohl des Kindes sei es besser, gar nicht zur Welt zu kommen als von einer 46-jährigen Mutter, als Kind eines gleichgeschlechtlichen Paares oder in einem Einelternhaushalt geboren zu werden.

Schliesslich stellt sich die Frage des Kindeswohls im FMedG hauptsächlich für jene Haushalte, die vom Modell der traditionellen Kleinfamilie abweichen, die nebenbei bemerkt nicht allen Familienformen entspricht, die in der Gesellschaft vorkommen. Man könnte sich fragen, ob im Rahmen der muF die gleichen strengen Schutzbedingungen, die für Kinder im Rahmen der Adoption gelten, oder zumindest ähnliche gelten sollten. Auch wenn es in beiden Fällen um das Kindeswohl geht, ist auf die grundlegenden Unterschiede hinzuweisen, die es schwierig machen, diesen Vergleich anzuwenden, vor allem da im Fall der muF kein Kind existiert. Allerdings sollten die familiären und sozialen Verhältnisse der künftigen Eltern bei der ärztlichen Beratung vor der Behandlung in ähnlicher Weise abgeklärt werden.

2.4 Die «Natur» und das «Natürliche»

Im FMedG wird häufig der Begriff «Natur» herangezogen. So wird in der Botschaft erläutert: «Von der Natur vorgegeben ist, dass jedes Kind eine Mutter und einen Vater hat»; «diese Grundbedingungen menschlicher Existenz [in der französischen Version: *de la nature humaine*] sind auch bei der Anwendung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu beachten»; «bei der zu behandelnden Frau im Hinblick auf das Verbot der Eispende [...] das Klimakterium eine natürliche Altersgrenze setzt»; «ist entscheidend, dass die medizinisch unterstützte Fortpflanzung nicht zu Familienverhältnissen führen sollte, die von dem, was sonst natürlicherweise möglich ist, abweichen» (Botschaft, 1996, S. 250, 250, 251, 254). Diese Auszüge zeigen, dass die Benutzung des Begriffs «Natur» heikel ist, da er unbestimmt verwendet wird. Denn der Term kann unterschiedlich verstanden werden, unter anderem in den folgenden drei Bedeutungen:

1. Der Begriff «Natur» kann im **deskriptiven** Sinn verstanden werden und entweder *die Gesamtheit der chemophysikalischen Eigenschaften der Materie und der Phänomene, die dort auftreten, oder aber die Dinge bezeichnen, wie sie unabhängig von jedem menschlichen Eingriff wären* (Mill, 2006) – obwohl das, was sich gegenwärtig als natürliches Produkt bezeichnen liesse, früher durch einen menschlichen Eingriff entstanden ist. In diesem deskriptiven Sinn kann die Natur nicht (direkt) als Grundlage für die ethischen Beurteilungen dienen: Denn der Technik im Allgemeinen und der Medizin im Besonderen kommt gerade die Funktion zu, Krankheiten zu bekämpfen, vor feindlichen Naturerscheinungen zu schützen oder die Lebensbedingungen zu verbessern, kurz gesagt, sich von den Gegebenheiten der chemophysikalischen Natur zu befreien, wenn diese die Entwicklung der menschlichen Werte behindern. In dieser Bedeutung (1) kann die Natur als ethisch indifferent betrachtet werden – sofern nicht von einer normativen ethischen Wirkung ausgegangen wird, die objektiv Teil der Natur (in der Bedeutung 2 und 3) bildet.

2. Spricht man von «Natur» in einem **ontologischen** Sinn, versteht man darunter das eigentliche Wesen eines Geschöpfes. Zum Beispiel spricht man von «menschlicher Natur», um anzugeben, *was genau ein Mensch ist*. In dieser Bedeutung (2) kommt der Natur die Funktion zu, gewisse Eigenschaften zu erfassen, die besonders wichtig sind, um zu bestimmen, was ein Geschöpf *grundsätzlich* ist. Diese Eigenschaften hängen nicht vom soziokulturellen Umfeld ab. Um diese Eigenschaften zu erfassen, verwenden wir Kriterien, mit anderen Worten (nicht moralische) Normen. Aus Sicht einiger ist die «Natur» das Entwicklungsprinzip dieses Geschöpfes und gibt die Finalitäten an, welche die moralischen Grundsätze seiner Entfaltung bilden. Dazu ist noch festzuhalten, dass die menschliche Person zwar wie jedes Geschöpf eine Natur mit ihren intrinsischen Finalitäten aufweist, dass sie sich jedoch darin unterscheidet, dass sie diese Finalitäten dank ihrer *Vernunft* und ihrer *Freiheit* verinnerlicht. Die menschliche Person kann sich somit entscheiden, den ihr innewohnenden Ausrichtungen, die ihr durch ihre Natur (in der Bedeutung 1) vorgegeben werden, frei eine andere Richtung zu geben.

3. Der Begriff «Natur» wird somit auch in einem **evaluativen** Sinn verwendet. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Ontologie (dem, was wesensmässig ist) und der Ethik (dem, was sein soll), zwei Dimensionen, die beim Mensch ineinander eingebettet sind. Unter Umständen kann man zur Auffassung gelangen, dass bestimmte ontologische Eigenschaften bedeutende Auswirkungen auf die Moral haben, doch muss dies nicht zwangsläufig der Fall sein. In dieser Bedeutung (3) übernimmt die «Natur» unter gewissen Bedingungen die Rolle einer Tatsache und einer (moralischen) Norm. Die menschliche Natur zeigt somit die Normen des menschlichen Handelns an und regelt die individuellen und kollektiven (ethischen) Entscheidungen: Es liegt in der Natur (Bedeutung 2) des Menschen, Techniken zu entwickeln, mit denen sich die Natur (Bedeutung 1) beherrschen lässt, um sie zu ihrer Entfaltung oder zur Verwirklichung bestimmter grundlegender (moralischer) Werte zu führen.

Die Fragen im Zusammenhang mit diesen verschiedenen Auffassungen werden im Unterkapitel 3.6.3 Die normative Wirkung der «Natur» und des «Natürlichen» dargelegt.

2.5 Die persönliche Freiheit (Persönlichkeit)

Der Schutz der Persönlichkeit – die hier nicht im philosophischen, sondern nur im rechtlichen Sinn betrachtet wird – bezeichnet den Schutz der persönlichen *Freiheit* und ihrer Elemente (Entscheidungen, Entschlüsse usw.), welche die *Entfaltung* der menschlichen Person ermöglichen. In dieser Hinsicht betrifft dieser Wert zum Beispiel sowohl Paare,

die Zugang zur Fortpflanzungsmedizin wünschen und Fortpflanzungsfreiheit fordern, als auch durch muF geborene Kinder, die den freien Zugang zu den Abstammungsdaten fordern können, wenn sie dank einer Spermien spende geboren wurden. Die persönliche Freiheit erstreckt sich somit auf verschiedene Rechtsgüter wie zum Beispiel auf die Menschenwürde, das Recht auf Leben, die körperliche und geistige Unversehrtheit, die Achtung des Privatlebens und den Wunsch, Kinder zu haben. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die persönliche Freiheit für natürliche Personen gilt. In der Rechtsprechung ist nicht völlig klar, ob es zum Beispiel möglich ist, ein Recht auf Leben für den Embryo *in vivo* und *in vitro* geltend zu machen, d. h. ob dieser sich auf die persönliche Freiheit und die Menschenwürde berufen kann.

Aus historischer Sicht hat die persönliche Freiheit ab der Neuzeit als Grundlage für die Festlegung einer Reihe von Rechten gedient, welche die Bürgerinnen und Bürger einer Einmischung des Staats in die persönliche und private Sphäre des Individuums entgegensetzen können; ihr kommt somit zunächst eine Schutzrolle zu. Wie weiter unten aufgezeigt wird (vgl. Unterkapitel 3.1) führen die Entwicklung der Gesellschaft und der technische Fortschritt dazu, dass im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Befriedigung von Bedürfnissen in verschiedenen neuen Bereichen eine Anerkennung gefordert wird. In diesem zweiten Fall geht es darum, vom Staat gewisse Vorteile zu erhalten; somit spielt die persönliche Freiheit hier eine Anreizrolle und könnte dem Staat sogar eine positive Verpflichtung auferlegen. Folglich ist das Recht dazu aufgerufen, neue Freiheiten zu schaffen, was im Übrigen eines seiner Vorrechte ist.

3. Kritische Diskussion und Stellungnahme

3.1 Die Fortpflanzungsfreiheit

Gegenwärtig ist es wichtig, eine Antwort auf die Frage zu finden, wer das Recht auf den Zugang zur muF hat. Im Vordergrund steht somit die Frage der Fortpflanzungsfreiheit.

Der Begriff «Freiheit» spielt eine zentrale Rolle in der Moralphilosophie, in der politischen Philosophie und in der Rechtsordnung der Demokratien, in denen die Freiheit als Grundrecht in der Verfassung verankert ist (Präambel und Art. 10 der Bundesverfassung). Hingegen ist es schwierig zu sagen, wofür dieser Begriff konkret steht. Wie bereits aufgezeigt, ist es im Bereich der Fortpflanzung möglich, sich im Namen der Fortpflanzungsfreiheit sowohl auf das Recht zu berufen, *sich nicht fortzupflanzen*, als auch auf das Recht, *sich fortzupflanzen zu dürfen*. Dabei stehen sich zwei Anschauungen gegenüber. Die erste Anschauung beruht auf dem Gedanken, dass frei sein *das Fehlen von Schranken* voraussetzt, d. h. die Möglichkeit zu entscheiden, *ohne Druck, Hindernissen oder Zwängen ausgesetzt zu sein*: a) eine Schwangerschaft zu verhindern (durch den Einsatz von Verhütungsmethoden), b) eine Schwangerschaft abzubrechen (Abtreibung) oder c) einen Kinderwunsch zu verwirklichen. Die zweite Anschauung geht hingegen vom Gedanken aus, dass für das Freisein *zusätzliche Bedingungen* vorliegen oder erfüllt sein müssen. Aus Sicht der Anhänger dieser Anschauung ist der Staat verpflichtet, den Individuen die Mittel zur Verfügung zu stellen, die ihnen ermöglichen, ihre Selbstbestimmung *tatsächlich* auszuüben.

Zur Unterscheidung dieser beiden Anschauungen wird von *negativer* beziehungsweise *positiver* Freiheit gesprochen (Berlin, 1988).

Die negative Freiheit. Historisch bedeutete die negative Freiheit die Nichteinmischung anderer, vor allem des Staates, in die Entscheidungen des Individuums, durch die anderen kein schwerer Nachteil entsteht. In diesem Sinn kommt zum Beispiel in der Fristenlösung, d. h. in der Möglichkeit, eine Schwangerschaft in den ersten zwölf Wochen aus freiem Willen zu beenden, die den Frauen gewährte negative Freiheit zum Ausdruck,

ohne Einmischung über den Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden zu können. Die zeitliche Befristung dieser Möglichkeit lässt sich auf die Pflicht des Kollektivs oder des Staates zurückführen, das Leben des Fötus zu schützen, mit anderen Worten, die vorliegenden Interessen abzuwägen: die Freiheit der Mutter und das Recht des Fötus auf Leben.

Im Bereich der Fortpflanzung anerkennt der Staat die negative Freiheit der Individuen. Er greift heute nicht mehr in die persönliche und private Sphäre des Individuums ein (was leider früher bei der Zwangssterilisation bestimmter Personengruppen geschehen ist). Dem Individuum steht es somit frei, vorbehaltlich der Grenzen, die das Strafgesetzbuch vorgibt (Sex mit Kindern, Inzest, ...), sexuelle Aktivitäten mit Personen ihrer Wahl zu haben und allenfalls ein Kind zu zeugen.

Mit der **positiven Freiheit** verlangt ein Individuum oder ein Paar, dass ihm medizinische Unterstützung geboten wird, um einen Kinderwunsch zu verwirklichen. Das Individuum oder Paar fordert vom Staat, dass er ihm die notwendigen Mittel zur Verfügung stellt oder die Voraussetzungen schafft, damit es in Bezug auf die Fortpflanzung *tatsächlich* eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann.

In diesem Fall stellt sich die Frage, ob der Staat eine Freiheit im Bereich der muF gewährleisten muss, und falls ja, gestützt worauf. Es besteht weder ein Recht auf ein Kind noch ein Recht auf ein gesundes Kind. Diese Rechte würden den Staat verpflichten, bestimmte Handlungen vorzunehmen oder gar zu gewährleisten, dass die angestrebten Ergebnisse erzielt werden können. Es ist jedoch nicht vorstellbar, dass diese Rechte moralisch und gesetzlich anerkannt werden. Hingegen kann man sich fragen, ob ein «Recht» auf medizinische Unterstützung bei der Fortpflanzung besteht und falls ja, unter welchen Umständen.

Nach dem Gesetz rechtfertigen zwei medizinische Umstände die Inanspruchnahme der muF:

- a) die Überwindung der Unfruchtbarkeit eines Paares, wenn die anderen Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind (Art. 5 Abs. 1 Bst. a FMedG);
- b) das Abwenden der Gefahr, dass eine schwere, unheilbare Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird (Art. 5 Abs. 1 Bst. b FMedG).

Der zweite Umstand wird weiter unten behandelt (vgl. Unterkapitel 3.2), während hier auf den ersten eingegangen wird. In der Botschaft wird Unfruchtbarkeit wie folgt definiert: «ungewollte Kinderlosigkeit während einer bestimmten Zeit trotz regelmässigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs», während bei anderen Paaren unter den gleichen Bedingungen eine Schwangerschaft eintritt (Botschaft, 1996, S. 251). Der Umstand a) rechtfertigt für sich genommen das Verbot, das für gleichgeschlechtliche Paare und Alleinstehende gilt. In Wirklichkeit werden auch Personen ausgeschlossen, die diese Bedingung erfüllen, weil sie an einer Form von Unfruchtbarkeit leiden, die eine Inanspruchnahme von verbotenen Fortpflanzungsverfahren erfordert (wie die Leihmutterchaft, zum Beispiel bei einer angeborenen Nichtausbildung der Gebärmutterfunktion (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom) oder nach einer Gebärmutterentfernung wegen einer Krebserkrankung oder wegen einer Blutung während der Geburt). Zum einen könnten die Partner eines gleichgeschlechtlichen Paares einzeln betrachtet an keiner Funktionsstörung leiden und fruchtbar sein; zum anderen stellt die Tatsache, dass es ihnen unmöglich ist, die biologischen Bedingungen zu überwinden, die sie an der Gründung einer Familie hindern, keine Abweichung von der Norm einer bestimmten Bevölkerungsgruppe dar (zwei gleichgeschlechtliche Individuen können durch Geschlechtsverkehr kein Kind zeugen). Deshalb erfüllen gleichgeschlechtliche Paare die Bedingungen nicht, die gemäss Gesetz die Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin

rechtfertigen. Alleinstehende Personen bilden ihrerseits selbstverständlich kein Paar im Sinne des Gesetzes, auch wenn sie allenfalls unfruchtbar sind – Absatz 3.3.2 d enthält einige Überlegungen zu den Aspekten (im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit, Kinder zu haben), die bei der Beurteilung berücksichtigt werden sollten.

Ein überzeugenderes Argument ist das Recht auf die persönliche Freiheit, Zugang zu den Methoden zu erhalten, mit denen mit medizinischer Unterstützung ein Kind gezeugt werden kann. Zunächst muss anerkannt werden, dass der Wunsch, Kinder zu haben und eine Familie zu gründen, für ein gleichgeschlechtliches Paar oder eine alleinstehende Person ebenso zentral sein kann wie für ein heterosexuelles Paar. In diesem Sinn wäre es im Namen der persönlichen Freiheit (*im positiven Sinn*) gerechtfertigt, dass der Staat die Voraussetzungen schafft, dass diese Freiheit tatsächlich ausgeübt werden kann, indem zum Beispiel in den öffentlichen Spitälern Abteilungen für Fortpflanzungsmedizin aufgebaut werden. Im Namen der persönlichen Freiheit (*im negativen Sinn*) wäre es auch gerechtfertigt, dass gleichgeschlechtliche Paare oder alleinstehende Personen ungehindert die Leistungen in Anspruch nehmen können, die von Privatkliniken angeboten werden, vorbehaltlich der Ausführungen zum Kindeswohl in Unterkapitel 2.3.

In der Gesetzgebung ist eine Unschärfe im Zusammenhang mit dem Begriff «Natur» festzustellen. Einerseits wird der Begriff «Natur» verwendet, um zum Ausdruck zu bringen, dass eine der verschiedenen Formen der affektiven und sexuellen Beziehung zu anderen jene zwischen Individuen des gleichen Geschlechts ist. Bei den Menschen stellt die Homosexualität eine natürliche Variation der Sexualität dar. Im Übrigen ist die Gemeinschaft von zwei Personen des gleichen Geschlechts in der Schweiz seit 2004 gesetzlich anerkannt (PartG). Es ist somit verständlich, dass ein gleichgeschlechtliches Paar, das zusammenlebt, den Wunsch nach einem Kind und damit nach der Gründung einer Familie haben kann. Aufgrund der technischen Fortschritte und der Entwicklung der Gesellschaft lässt sich dieser Wunsch, den viele Personen als zentrales Anliegen ihres Lebens empfinden, als legitimer Ausdruck der Persönlichkeit betrachten. Wird diese Freiheit durch eine biologische Einschränkung behindert, die sich ohne den Eingriff Dritter nicht beseitigen lässt, ist es denkbar, den Personen, die dies verlangen, Methoden zur Verfügung zu stellen, die ihnen ermöglichen können, diese Freiheit tatsächlich auszuüben. In Anbetracht der Freiheit, die heterosexuellen Paaren gewährt wird, liesse sich dies im Namen der persönlichen Freiheit und des Diskriminierungsverbots rechtfertigen.

Andererseits wird gestützt auf den Begriff «Natur» vorgebracht, dass, da bei gleichgeschlechtlichen Paaren keine medizinische Indikation bestehe, ihre Forderungen nicht wichtig genug erschienen, um ein Recht zu begründen. Aus den gleichen Gründen ermöglicht es ein ontologisches Verständnis des Begriffs «Natur», Vorbehalte zur Berechtigung der Inanspruchnahme der muF in der erwähnten Situation anzubringen. Ein absolutes Verbot des Zugangs zur Fortpflanzungsmedizin für gleichgeschlechtliche Paare und alleinstehende Personen erscheint zwar nicht gerechtfertigt. Doch durch die Bedingungen für die tatsächliche Verwirklichung dieser Freiheit, vor allem durch den Beizug von Dritten – sowohl aus technischen (Ärztinnen und Ärzte) als auch aus materiellen Gründen (Personen, die Spermien, Eizellen oder Embryonen spenden, Leihmütter) –, gestaltet sich diese Öffnung konkret viel komplizierter (siehe Unterkapitel 3.6).

3.2 PID (Art. 5 Bst. b, Art. 5a des Gesetzesentwurfs)

Im Hinblick auf die ethische Diskussion ist es wichtig zu unterscheiden, welche die Methoden und Ziele der muF und welche die der Präimplantationsdiagnostik (PID) sind. *Die IVF lässt sich unabhängig von der PID durchführen*, während die PID aus technischer

Sicht nur dank dem Umweg über die IVF-ICSI möglich ist. Um jede Kontamination durch genetisches Material zu vermeiden, das von einem zweiten Spermium stammt und die Resultate des Gentests verfälschen könnte, ist es zum Beispiel sehr wichtig, dass die IVF mittels ICSI erfolgt. Bisher waren IVF oder IVF-ICSI Behandlungen, deren Durchführung von einer Unfruchtbarkeitsdiagnose in einer festen heterosexuellen Partnerschaft abhing. Im FMedG ist jedoch eine zweite Indikation vorgesehen, mit der «die Gefahr, dass eine schwere, unheilbare Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird», abgewendet werden soll (Art. 5 Abs. 1 Bst. b FMedG). Ursprünglich liess sich diese zweite Indikation nur durch die Spermienauswahl und die Analyse des Polkörperchens realisieren. Unterdessen wurden die Auswahlmethoden jedoch erheblich ausgebaut.

Es bestehen mehrere Typen von Präimplantationstests mit ganz unterschiedlichen Zielsetzungen und ethischen Implikationen: 1) die Präimplantationsdiagnostik (PID, oder *Preimplantation Genetic Diagnosis, PGD*), 2) das Präimplantationsscreening (PIS, oder *Preimplantation Genetic Screening, PGS*) und 3) die HLA-Typisierung.

- 1) Die PID kann dazu dienen, gezielt nach einer Mutation zu suchen, die einer Krankheit zugrunde liegt. Es handelt sich um eine Anwendung mit klar diagnostischer Ausrichtung, die dazu dient, eine einzige, bestimmte Krankheit nachzuweisen, die nachweislich vererbt wird.
- 2) Das PIS, das auf verschiedene Weise erfolgen kann, wird durchgeführt, um a) nichtinvasiv Fehlbildungen beim Embryo zu erkennen (morphologische Untersuchung, b) Aneuploidien (wie Trisomie 13, 18 oder 21 und Monosomien) in der Zelle des Embryos zu erkennen, ohne dass in der Familie ein genetisches Problem vorliegt, und c) das gesamte Genom eines Embryos vor dessen Implantation zu sequenzieren und zu analysieren («*comprehensive*» *Preimplantation Genetic Screening* oder *Whole Genome Sequencing and Analysis, WGS*). Die letztere Screening-Technik befindet sich noch im Versuchsstadium und in der Entwicklung. Künftig könnten mit ihr sowohl eine Gruppe von Genen, welche die Erfolgchancen einer IVF beeinflussen können, als auch eine Gruppe von genetischen Risikofaktoren für komplexe, multifaktorielle Erkrankungen erkannt werden. Allerdings ist auf die zahlreichen Schwächen hinzuweisen, die mit diesem letzteren Screening-Typ verbunden sind und die Embryonenauswahl sehr problematisch machen: die hohe Zahl der falsch positiven Resultate, der beschränkte Vorhersagewert dieser Analyse in Bezug auf die Risikofaktoren für Genaberrationen, die multifaktorielle Erkrankungen betreffen, das Missverhältnis zwischen den Vorteilen und den Risiken (Verhältnismässigkeitsprinzip) sowie die Schwierigkeit für die betroffenen Personen, angesichts der enormen Menge an Informationen, die der Test liefert, wirklich eine Einwilligung nach hinreichender Aufklärung zu erteilen (de Wert, 2013).
- 3) Die PID kann auch zur Auswahl im Hinblick auf eine Gewebespende eingesetzt werden (Gewebetypisierung). Dabei handelt es sich um Fälle von Eltern, deren Kind an einer schweren Krankheit leidet und nur durch eine Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen (*Hematopoietic Stem Cell Transplantation, HSCT*) gerettet werden könnte. Dieses Problem besteht bei zahlreichen Krankheiten wie der Fanconi-Anämie, der Beta-Thalassämie oder der chronischen Granulomatose. Finden diese Eltern weder unter ihren Familienmitgliedern noch unter den anonymen Spenderinnen und Spendern eine Person, die für eine Spende in Frage kommt (wobei für die HSCT peripheres Blut, Knochenmark oder Nabelschnurblut entnommen werden kann), ziehen sie in Betracht, ein weiteres Kind als Spender zu zeugen. Dabei haben sie zwei Möglichkeiten: Sie können das Kind entweder auf natürlichem Weg zeugen und anschliessend beim Fötus einen pränatalen HLA-Test durchführen lassen, wobei sie sich bewusst sein müssen, dass die Erfolgchance nur 25 % beträgt. Oder sie können sich für eine IVF entscheiden und den HLA-Test im Rahmen einer PID

vornehmen lassen, um sicherzugehen, dass ein «Retterbaby» in die Gebärmutter implantiert und später zur Welt gebracht wird.

3.2.1 Überlegungen der NEK

a) Rechtliche Aspekte

Aus rechtlicher Sicht muss die Schweiz das FMedG auf jeden Fall ändern, um sich der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte anzupassen. Denn in einem Urteil von 2012¹⁶ gelangte dieser zum Schluss, ein Rechtssystem sei inkohärent und verstosse gegen Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, wenn es eine Implantation von nicht von der Krankheit betroffenen Embryonen verbiete, deren künftige Eltern gesunde Träger seien (im betreffenden Fall ging es um cystische Fibrose), jedoch den Eltern gestatte, einen Fötus mit der gleichen Krankheit abzutreiben.¹⁷

b) Ethische Aspekte: PID und PND

Das Hauptargument zugunsten der PID ergibt sich aus dem Widerspruch, mit dem sich Paare konfrontiert sehen, bei denen ein bekanntes genetisches Risiko besteht (Höffe, 2011): Einerseits können sie sich für eine «Schwangerschaft auf Probe» entscheiden, die sie nach einer Pränataldiagnostik (PND) allenfalls abbrechen können. Andererseits ist es ihnen untersagt, einen Embryo vor dem Transfer in die Gebärmutter analysieren zu lassen.

Aus Sicht der Mehrheit der Mitglieder der NEK lässt es sich nicht rechtfertigen, dass vor dem Transfer in die Gebärmutter nicht geprüft werden darf, ob ein *in vitro* gezeugter Embryo Träger einer schweren Erbkrankheit ist, während die gleiche Analyse in einem späteren Entwicklungsstadium an einem Fötus zulässig ist und die Schwangerschaft gegebenenfalls abgebrochen werden darf (zur Analogie zwischen PID und PND siehe die entgegengesetzten Gutachten von Zimmermann-Acklin, 2012, und Schaber, 2013). Ihres Erachtens dürfen die Zweifel, die in Bezug auf die Gefahr von Auswüchsen im Zusammenhang mit der Embryonenauswahl zu Recht geäussert werden, nicht der Unterstützung der betroffenen Paare und deren Recht auf Selbstbestimmung vorgehen.

Die PID kann auch als Massnahme der Solidarität mit den betroffenen Eltern und als Möglichkeit betrachtet werden, vorhersehbares, unnötiges Leid zu verhindern (Martin & Baertschi, 2013). Deshalb befürwortet eine Mehrheit der NEK die vorgesehenen Änderungen im Gesetzesentwurf.

Dieser ethische Rahmen legt eine Grenze fest: Wenn durch die PID die Gefahr eines schweren Leidens abgewandt werden kann. Allerdings ist es schwierig, das Leiden vorherzusehen, ganz besonders jenes der anderen. Betroffene nehmen ihr eigenes Leiden anders wahr als eine Drittperson, vor allem was die Möglichkeit anbelangt, «damit zu leben». Angesichts dieses Aspekts ist auf die ethische Ambivalenz der PID hinzuweisen: Denn es lässt sich annehmen, dass die Entscheidung in zahlreichen Fällen nicht aus dem Blickwinkel der betroffenen Person, sondern aus jenem der Eltern getroffen wird, die meist nicht selbst betroffen sind, sondern sich bloss vor bestimmten Krankheiten oder bestimmten Behinderungen fürchten.

Konkret werden die PND und die PID in der Regel wegen der Belastung durchge-

16 Costa und Pavan gegen Italien, 28. August 2012, § 64.

17 Der Gerichtshof hielt fest, um ihrem Recht Geltung zu verschaffen, ein Kind zur Welt zu bringen, das nicht an der Krankheit leide, deren gesunde Träger die Eltern seien, bleibe diesen nur die Möglichkeit, auf natürlichem Weg eine Schwangerschaft herbeizuführen und diese medizinisch abbrechen zu lassen, falls sich herausstelle, dass der Fötus krank sei (§ 65). Weiter führte der Gerichtshof aus, er könne weder die Seelenqual der Beschwerdeführerin unberücksichtigt lassen, die, weil sie keine PID in Anspruch nehmen dürfe, damit rechnen müsse, dass das werdende Kind an der Krankheit leide, noch das Leiden, das mit schmerzlichen Entscheidung verbunden sei, allenfalls einen therapeutischen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen (§ 66) (EGMR, 2012).

führt, welche die potenzielle Krankheit des Kindes für die Eltern darstellen würde, und nicht wegen der Krankheit an sich. Worauf liesse sich im Übrigen die Behauptung stützen, ein Kind mit einer bestimmten Krankheit würde lieber nicht leben? Deshalb muss darauf verzichtet werden, eine Liste der Krankheiten zu erstellen, die Indikationen für die PID darstellen. Eine bestimmte Krankheit oder eine bestimmte Behinderung kann für einige Eltern annehmbar oder erträglich erscheinen, für andere hingegen nicht. Ein gutes Beispiel dafür ist die Trisomie 21, die von Paaren, die damit konfrontiert werden, ganz unterschiedlich aufgenommen wird. Diese Überlegungen führen zu folgender Frage: Im Interesse von wem wird die PID durchgeführt? Erfolgt sie im Interesse des Kindes oder vielmehr im Interesse der Eltern? Aus Sicht der NEK ist es nicht möglich anzuführen, dass die PID zum Wohl des ungeborenen Kindes gerechtfertigt ist (siehe das Nichtidentitätsproblem in Unterkapitel 2.3). Denn zum einen stellt die PID ein Auswahlverfahren dar, das einen bestimmten Embryo betrifft, und zum anderen lässt sich nicht ausschliessen, dass es sich dabei um «jenes gesunde Kind» handelt, das ohne PID zur Welt gekommen wäre.

Eine Minderheit der NEK bestreitet das Argument, dass zwischen PND und PID eine Analogie besteht, und schliesst sich der Argumentation des Bundesrates an¹⁸. Denn im Gegensatz zur PND setzt die PID einen ausdrücklichen Willen voraus, Embryonen zu erzeugen, *um* anschliessend die meisten von ihnen zu vernichten. Anders als die PND erfordert eine solche Aussortierung eine eigentliche Selektion.¹⁹

Diese Minderheit erkennt einen grundlegenden Unterschied: Im Fall der PND ist die schwangere Frau durch ihre körperliche Beziehung zum Embryo direkt beteiligt, was diesem einen gewissen Schutz gewährleistet. Somit erfordert die PND eine andere Art und Weise, die kollidierenden Güter abzuwägen und dies in jedem Einzelfall zu tun (die Schwangerschaft fortsetzen oder nicht). Hingegen geht es im Fall der PID darum, zwischen verschiedenen Embryonen zu wählen, die leichter zugänglich sind, da sie sich *in vitro* befinden (die Frau ist nicht körperlich beteiligt).

Die NEK möchte betonen, dass es hier darum geht, das Leiden der Eltern, die mit einer Erbkrankheit konfrontiert sind, und die Gründe ihrer Entscheidungen zu verstehen. Hingegen geht es nicht darum, den Status von Menschen mit Behinderung zu bewerten. Die Behörden sollten eine allgemeinere Diskussion zu den soziopolitischen Massnahmen einleiten, mit denen die Akzeptanz und die Integration von Menschen mit Behinderung in unseren Gesellschaften (die von Individualismus und Autonomiekult geprägt sind) gefördert wird, um dafür zu sorgen, dass die PID Ausdruck des freien Willens und nicht das Ergebnis von gesellschaftlichem Druck ist (Kind, Braga, Studer, 2009). Im Rahmen dieser Debatte sollten auch Überlegungen zur grundlegenden Verletzlichkeit des Menschen angestellt werden.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass nicht alle ausländischen Zentren, welche die PID zurzeit einsetzen, die gleiche Praxis verfolgen. Dennoch lässt sich klar festhalten, dass für die Durchführung einer PID mehr als die acht Embryonen benötigt werden, die im Rahmen des neuen Gesetzesentwurfs vorgesehen sind (drei Embryonen, wenn das Erbgut nicht analysiert wird). Die Erfahrung der ausländischen Zentren zeigt, dass im Rahmen eines Zyklus mindestens neun bis zehn oder gar zwölf oder mehr Eizellen befruchtet werden müssen, um im Verlauf dieses Zyklus einen Embryonentransfer vornehmen zu können. Denn die Befruchtung gelingt nicht bei allen entnommenen Eizellen

18 «Bei der PND steht zwar die Frage einer möglichen Abtreibung im Raum, eventuell gibt es aber auch Therapiemöglichkeiten [...]. Bei der PID dagegen wird mit der Auswahl unter einer gewissen Zahl von Embryonen einzig zwischen Annahme und Ablehnung entschieden. Es geht also einerseits um die einzigartige Beziehung zwischen der schwangeren Frau und ihrem ungeborenen Kind; andererseits um mikroskopisch kleine Objekte – seien es Menschen, seien es Zellhaufen – in einer Petrischale, die in einem komplex technisch vermittelten Bezug zu ihren Erzeugern stehen. So wie die Handlungsoptionen in beiden Fällen nicht dieselben sind, können auch die moralischen Massstäbe nicht einfach übertragen werden (Botschaft, 2013, S. 5879).

19 Botschaft, 2013, S. 5878–5879 und 5882, die auf Haker, 2002, S. 224 ff., verweist.

und zudem können nicht alle befruchteten Eizellen erfolgreich analysiert werden. Wird die Zahl der Embryonen, die im Verlauf eines Zyklus erzeugt werden dürfen, auf acht beschränkt, wird die Gendiagnostik schwierig und dem Wohl der Frau wird nicht Rechnung getragen. Die Mehrheit der NEK empfiehlt deshalb, diese Einschränkung für die PID aufzuheben.

Die Mehrheit der NEK ist aus den bereits dargelegten Gründen (NEK, 2005, S. 53) zudem der Ansicht, dass die Indikation für die PID im Gesetz über eine relativ allgemein gehaltene Formulierung festgelegt und auf die Erstellung einer Krankheitsliste verzichtet werden sollte.

Schliesslich wird sich die Frage stellen, ob die PID-Methoden in den Leistungskatalog der Grundversicherung aufgenommen werden sollen. Die NEK möchte betonen, dass ein faires System und eine kohärente Finanzierungspolitik angestrebt werden sollten. Soweit die PND in den Leistungskatalog aufgenommen wurde, ist es schwer verständlich, dass dies bei der PID nicht ebenfalls der Fall ist.

c) Ethische Aspekte: PID und Screening

Im Fall der PID im Zusammenhang mit einer bestimmten Krankheit kennen die Eltern die Auswirkungen oft besser als die Ärztin oder der Arzt und wissen aufgrund der Erfahrungen in ihrer Familie, was es wirklich bedeutet, mit dieser Krankheit zu leben. Im Fall des Screenings hingegen können sich die Eltern in der Regel nicht auf Erfahrungen stützen und haben meist bloss eine ungenaue Vorstellung von den Folgen, die ein positives Resultat auf ihre Familie hätte. Es erscheint daher notwendig, eine Beratung vorzusehen, die auf die besonderen Gegebenheiten in diesen beiden Situationen abgestimmt werden kann.

Ein Teil der Kommission weist auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen PID und Screening hin und vertritt die Ansicht, dass eine Legalisierung der PID nicht zu einer Zulassung des Screenings führen darf.

Im Gegensatz zur PID betrifft das Screening zahlreiche Paare, die eine IVF-ICSI in Anspruch nehmen möchten. Daher ist es sehr wichtig, zwischen Patientinnen und Patienten mit einem hohen genetischen Risiko (10–50 %, selten mehr) und jenen mit einem mässigen Risiko (1–10 %) zu unterscheiden. Diese Unterscheidung hat auch Auswirkungen auf die Zahl der Embryonen, die für die Durchführung der Genanalysen notwendig sind. Es ist zu betonen, dass ein Test, mit dem sich mehrere potenzielle Krankheiten nachweisen lassen (Abweichung von einer Norm), nicht die gleichen ethischen Implikationen hat wie ein Test, mit dem nur eine einzige Krankheit diagnostiziert werden kann (PID). Deshalb ist es wichtig, das Screening massvoll in Anspruch zu nehmen, da es ein breites Spektrum aufweist, Aberrationen bloss eine Möglichkeit darstellen und die Belastung, welche diese Aberrationen für die betroffenen Individuen tatsächlich bedeuten könnten, unterschiedlich beurteilt wird. Es wäre angebracht, die Merkmale zu definieren, die im Screening-Programm berücksichtigt werden, und die Indikationen dieses Screenings festzulegen. Die Entscheidung, sich einem Screening zu unterziehen, ist nicht dasselbe wie die Entscheidung, einen spezifischen Gentest vornehmen zu lassen.

Ein Teil der NEK ist der Auffassung, dass die Präimplantationsdiagnostik und das Präimplantationsscreening (PIS) im Rahmen einer IVF-ICSI zugelassen werden sollten, dass diese Tests jedoch nicht automatisch bei jeder IVF im Rahmen einer Unfruchtbarkeitsbehandlung durchgeführt werden dürfen. Ein anderer Teil der NEK hebt den Unterschied hervor, der in ethischer Hinsicht zwischen der PID und dem PIS besteht. Das Screening erscheint ethisch nicht gerechtfertigt zu sein, wenn nicht von einem Recht auf ein «gesundes» Kind ausgegangen wird, was weiter oben aus grundsätzlichen Überlegungen ausgeschlossen wurde. Im Übrigen hängt die Angemessenheit eines Screenings mit dem fortschreitenden Alter der Frau zusammen, die sich einer IVF-ICSI-Methode unterzieht. Schliesslich ist zu betonen, dass *es nicht als ethische Pflicht betrachtet werden darf, sich einem dieser Tests zu unterziehen.*

Eine Mehrheit der Mitglieder der NEK befürwortet die Zulassung der PID für Paare, bei denen ein genetisches Risiko besteht, dass ihr Kind eine schwere Krankheit oder Behinderung aufweisen wird. Sie ist der Ansicht, dass im Rahmen einer IVF-ICSI, die wegen Unfruchtbarkeit durchgeführt wird, das Screening ebenfalls zugelassen werden sollte, allerdings unter leicht unterschiedlichen Bedingungen: Es kann zwischen Paaren, bei denen die Frau jung ist, und Paaren, bei denen aufgrund des Alters der Frau eine gewisse Wahrscheinlichkeit von Chromosomenaberrationen wie Aneuploidien besteht, unterschieden werden. Die Mehrheit der NEK ist jedoch der Ansicht, dass im Gesetz keine Altersindikation für das Präimplantationsscreening vorgeschrieben werden sollte.

Im Hinblick auf die gute medizinische Praxis ist noch darauf hinzuweisen, dass das Screening und die Elimination von (oft nicht lebensfähigen) aneuploiden Embryonen bei Paaren, die sich einer Unfruchtbarkeitsbehandlung unterziehen, die Erfolgchance einer IVF erhöhen kann. Die Wirksamkeit dieser Technik ist allerdings noch umstritten.

d) Ethische Aspekte: PID und HLA-Typisierung

In Bezug auf die PID als Methode zur Auswahl von Personen für die Gewebespende (Gewebetypisierung oder HLA-Typisierung) ist zu betonen, dass diese Fälle erhebliche ethische Fragen aufwerfen (NEK, 2007): Haben die Eltern das Recht, zu diesem Zweck ein weiteres Kind zu zeugen? Falls ja, sollte dieses Recht gesetzlich gewährleistet werden? Sind die Eltern moralisch verpflichtet, so zu handeln? Welche Rechte und Pflichten kommen dem neuen Kind zu, abgesehen von jenen der Eltern und des kranken Kindes? Wäre das kranke Kind verpflichtet, sich einer HSCT zu unterziehen?

Während sich nicht von einer Pflicht des neuen Kindes sprechen lässt, sich einem invasiven Verfahren zu unterziehen, um seinem älteren Geschwister Gewebe zu spenden, berührt die Spende von Nabelschnurblut seine Rechte nicht. Denn das Kind benötigt dieses Blut nach der Geburt nicht mehr. Tatsächlich kann je nach Alter und Gewicht der Empfängerin oder des Empfängers die Zahl der im Nabelschnurblut vorhandenen Zellen für eine Transplantation von Blutstammzellen ausreichen. Bei einer Gewebespende, die invasiv erfolgt, liegt der Fall anders. Faktisch nutzen die Eltern in dieser Situation ihre Autorität, um das neue Kind an der «Rettung» seines älteren Geschwisters zu beteiligen, ohne dass diesem neuen Kind die Möglichkeit geboten wird, seine Meinung dazu zu äussern – und zwar aus gutem Grund. Eine invasive Gewebeentnahme stellt unzweifelhaft einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des neuen Kindes dar. Auch wenn dafür ein achtenswerter Grund besteht, liegt sie grösstenteils nicht in seinem Interesse (obwohl die Tatsache, zur Rettung eines älteren Geschwisters beigetragen zu haben, das Selbstwertgefühl des Kindes später erhöhen oder ganz einfach seine Entwicklung fördern könnte). Somit stellt sich die Frage, ob diese Umstände ausreichen, um die Gewebetypisierung als nicht vertretbar zu betrachten, oder ob sich diese ausgehend von der Hypothese rechtfertigen lässt, dass das neue Kind der Spende ohnehin zustimmen würde, wenn es gefragt werden könnte.

Es ist daran zu erinnern, dass das Transplantationsgesetz sehr restriktive Bedingungen für die Organ- und Gewebeentnahme bei Kindern enthält. Die Frage des Schutzes der Interessen des Embryos und des künftigen Kindes im Zusammenhang mit der Entnahme von Blutstammzellen und die Frage der «Einwilligung» durch die gesetzlichen Vertreter, in diesem Fall durch die Eltern, sind besonders heikel (Rehmann-Sutter, Dautitz, Schües, 2013). Um zu beurteilen, ob die invasive Entnahme ethisch vertretbar ist, muss auch die Frage beantwortet werden, ob sich für das Kind durch den Eingriff selbst oder dessen Folgen kurz-, mittel- und langfristig eine medizinische oder psychosoziale Belastung ergibt. Dazu muss die subjektive Situation der betroffenen Personen berücksichtigt werden. Denn die Frage nach dem Wohl des Retterkindes führt unter Umständen zu anderen Ergebnissen als die Frage nach seinen Rechten und Pflichten. Da sich aus

medizinethischer Sicht erhebliche Einwände gegen die Zeugung eines Retterkindes anführen lassen (vor allem in Bezug auf die Nichteinhaltung der Grundsätze der Schadensvermeidung und der Selbstbestimmung), bleibt die Zulassung der Gewebetypisierung umstritten. Muss daraus geschlossen werden, dass sie aus ethischer Sicht nicht zulässig ist? Oder dass sie eine Instrumentalisierung des Kindes darstellt?

Zunächst ist festzuhalten, dass die Eltern eines kranken Kindes, die keinen anderen Ausweg sehen, um ihrer Tochter oder ihrem Sohn zu helfen, die Situation wahrscheinlich ganz anders sehen. Sie werden alles in ihrer Macht Stehende unternehmen, um ihr Kind zu retten, und sich gar moralisch dazu verpflichtet fühlen. Das Argument der Instrumentalisierung wird ihnen eigenartig abstrakt und wenig überzeugend erscheinen. Der zunächst naheliegende Einwand, das Retterkind werde instrumentalisiert und damit seiner Würde beraubt, erweist sich bei näherer Betrachtung als nicht stichhaltig. Denn bezieht man sich auf Kant (wie dies im Zusammenhang mit der Instrumentalisierung meist geschieht), müsste die Instrumentalisierung vollständig sein, um als ethischen Ausschlussgrund für einen Handlungsplan zu gelten. Nach der Formulierung des kategorischen Imperativs, auf die in diesem Fall Bezug genommen wird, muss so gehandelt werden, dass die Menschheit immer *zugleich* als Zweck und nie *bloss* als Mittel benutzt wird: «Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloss als Mittel brauchest» (Kant, 1911, S. 429). Zudem wäre es aus den zuvor dargelegten Gründen zweifelhaft, im Kantischen Sinn zu behaupten, dass ein Embryo als Person betrachtet werden kann. Aus Sicht der Eltern wird es in der Regel so sein, dass das Retterkind auch um seiner selbst willen angenommen und geliebt wird, selbst wenn der Anlass für seine Zeugung die Krankheit seines älteren Geschwisters ist.

Die Verfechter des «personalistischen» Ansatzes kritisieren die Instrumentalisierung des «Retterbabys» nicht wegen einer subjektiven Absicht der Eltern, da davon ausgegangen wird, dass diese grossherzig und altruistisch ist, sondern weil diese Praxis die zu diesem Zweck erzeugten und willentlich vernichteten Embryos objektiv nicht achtet. Während bei der PID die Embryonen vernichtet werden, bei denen eine Prädisposition für eine schwere Krankheit besteht, werden im Fall des «Retterbabys» zudem gesunde Embryonen einzig aus dem Grund vernichtet, dass sie nicht mit dem kranken Kind kompatibel sind. Es liegt somit eine Instrumentalisierung der Embryonen und eine teilweise Instrumentalisierung des Kindes vor, das zur Welt kommen wird.

Gegen die PID zur Gewebetypisierung wurden weitere Einwände vorgebracht (Puttallaz, 2008), vor allem das «Dambruchargument» (*slippery slope*), d. h. die Ausweitung der Indikationen für die Spende auf andere Zell- oder Gewebetypen oder gar auf Organe einerseits und die Ausweitung des Empfängerkreises andererseits. Besteht die Gefahr, dass sich die Praxis im Fall einer Zulassung ausbreitet? Dieser Einwand lässt sich entkräften, indem auf die Besonderheiten der verschiedenen Spendetypen hingewiesen wird. Die Transplantation von Blutstammzellen erfordert eine sehr weit gehende Gewebekompatibilität, die viel weiter geht als zum Beispiel bei der Transplantation von Organen (Romagnoli et al., 2012). Daher ist es viel wahrscheinlicher, einen kompatiblen Organspender zu finden als einen Spender für hämatopoetische Stammzellen, was die Inanspruchnahme eines «Retterkindes» erklärt. Die Frage des Empfängerkreises lässt sich mit besonderen Bestimmungen regeln, wie dies für die Organentnahme bei lebenden Personen, namentlich bei Minderjährigen, der Fall ist (Art. 13 Abs. 2 Bst. d Transplantationsgesetz). Es erscheint der Kommission klar, dass Gentests zwar im Fall der Gewebetypisierung gerechtfertigt sein können («Retterbaby»), dass dies jedoch nicht bedeutet, dass eine Ausdehnung auf weitere Merkmale des ungeborenen Kindes wünschenswert ist. Die Kommission stellt sich somit gegen die Bestimmung von genetischen Merkmalen aus Gründen, die mit subjektiven Lebensentwürfen zusammenhängen («*Designerbaby*»).

Alle Mitglieder der NEK, ob sie die PID zur Gewebetypisierung gutheissen oder ablehnen, sind zum Schluss gelangt, dass Eltern, die im Ausland eine PID durchführen lassen, um ein Kind mit dem geeigneten HLA-Typus zu bekommen, aus nachvollziehba-

ren und ehrenvollen ethischen Motiven handeln und dass ihnen kein Vorwurf gemacht werden darf. Auch jene Mitglieder der NEK, welche die Legalisierung der PID zur Gewebetypisierung ablehnen, stellen die individuelle Entscheidung der Eltern nicht in Frage.

3.3 Die Grenzen der Fortpflanzungsfreiheit

Das Bundesgericht anerkennt, dass der Wunsch, Kinder zu haben, eine elementare Erscheinung «der Persönlichkeitsentfaltung» darstellt (Botschaft, 1996, S. 224) und dass es dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit zuwiderläuft, jedes Fortpflanzungsverfahren absolut zu verbieten. Dennoch gelangte es zum Schluss, die Tatsache, dass die Fortpflanzungsverfahren gewissen Bedingungen unterstellt seien, beeinträchtigt den Kerngehalt der persönlichen Freiheit nicht (BGE 119 Ia 478).

Deshalb ist es wichtig, die Grenzen zu prüfen und zu diskutieren, die durch das FMedG vorgegeben werden.

3.3.1 Unterordnung unter das Kindeswohl (Art. 3 Abs. 1)

Es wurde bereits aufgezeigt, dass das Kindeswohl im FMedG die oberste Maxime darstellt. Wie weiter oben ausgeführt wurde (vgl. Unterkapitel 2.3), ist die NEK jedoch der Auffassung, dass dieser Wert in Bezug auf seine Verwendung im FMedG in verschiedener Hinsicht an Grenzen stösst: 1) Sein Inhalt und seine Anwendung sind unbestimmt, 2) er scheint einer geplanten Elternschaft allgemein entgegenzustehen, obwohl diese in verschiedener Hinsicht die Möglichkeit zu seiner Verwirklichung schafft und 3) es fehlt ein genauer empirischer Beweis der Schäden, die er verhindern soll. Der Botschaft ist beispielsweise Folgendes zu entnehmen: «[...] wird deutlich, dass im Interesse des Kindeswohls von vornherein nur Paare verschiedenen Geschlechts Zugang zu den Fortpflanzungsverfahren haben» (Botschaft, 1996, S. 251). Für die NEK wird allerdings nicht «deutlich», weshalb im Interesse des Kindeswohls die Fortpflanzungsmedizin einzig für Paare verschiedenen Geschlechts zugänglich sein soll. Sie erachtet dies im Gegenteil als Ausdruck von Vorurteilen, die wissenschaftlich nicht abgestützt sind (sofern nicht ein normativer Naturbegriff herangezogen wird). Gleichgeschlechtliche Paare können gemeinsam die elterliche Verantwortung für das Kind übernehmen, obwohl sie ohne den Eingriff von Dritten nicht in der Lage sind, es «natürlich» (in der Bedeutung 1) zu zeugen. Aus Sicht der NEK erfolgt hier eine Diskriminierung ausgehend von einem falschen Verständnis des Kindeswohls (das wahrscheinlich auf die Verschwommenheit des Begriffs zurückzuführen ist). Es werden Schäden angenommen, die nicht durch empirische Studien erhärtet werden. Zudem ist das FMedG allgemein auf eine der Biologie nachgebildete Normativität ausgerichtet.

Nach Ansicht der NEK stellt das Kindeswohl einen wichtigen Wert dar. Es ist jedoch auch wichtig, seinen Inhalt und die Tragweite zu bestimmen, die ihm in der Logik des FMedG zukommt, um den Dritten, die in Übereinstimmung mit den genannten normativen Werten handeln sollen, einen klareren Auftrag zu erteilen. Andernfalls könnte das Kindeswohl willkürlich dazu dienen, berechtigten Freiheiten entgegenzuwirken. Daher sollte die Verweigerung der muF in jeder Einzelsituation auf der dringenden Vermutung beruhen – die allenfalls durch empirische Studien belegt wird –, mit anderen Worten auf einer *tatsächlichen Vorauswürdigung*, dass der (familiäre, affektive, psychosoziale usw.) Rahmen, in dem das Kind zur Welt kommen würde, eine derart ernsthafte Gefährdung bedeuten würde, dass es für das Kind besser wäre, nicht geboren zu werden. Andernfalls würden sich hinter diesem Wert, wie bereits ausgeführt, willkürlichere oder gar diskriminierende Motive verbergen.

Im Gegensatz dazu fasst ein Teil der Allgemeinheit die Familie grundsätzlich nur als Haushalt auf, der von einem heterosexuellen Paar gebildet wird, und erachtet es als vertretbar, gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Personen den Zugang zur muF zu verweigern.

3.3.2 Bedingungen für den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin

Während die normativen Werte eine allgemeine Beurteilung der Fragen ermöglichen, die sich im Zusammenhang mit den Fortpflanzungsverfahren stellen, sind im FMedG weitere, spezifischere Bedingungen aufgeführt. Es ist sinnvoll, an dieser Stelle auf jene einzugehen, die umstritten sein könnten.

a) Nur bei Paaren, zu denen ein Kindesverhältnis begründet wird (Art. 3 Abs. 2 Bst. a)

«Artikel 3 Absatz 2 Buchstabe a [beschränkt] die Fortpflanzungsverfahren auf Paare [...], zu denen ein Kindesverhältnis (Art. 252–263 ZGB) begründet werden kann» (Botschaft, 1996, S. 251).

Aufgrund dieser Bestimmung ist es einer alleinstehenden Person oder einem gleichgeschlechtlichen Paar untersagt, die muF in Anspruch zu nehmen. Die NEK weist darauf hin, dass diese Bestimmung auf einer fragwürdigen Prämisse beruht: Es wird davon ausgegangen, dass die traditionelle Kleinfamilie als «natürliche» Form die beste Elternkonstellation überhaupt darstellt. Die verschiedenen Familienformen (traditionelle Kleinfamilien, Fortsetzungsfamilien, heterosexuelle und gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern, Einelternfamilien usw.) können jedoch nicht allein aufgrund ihrer Struktur das Kindeswohl gewährleisten. Zum Kindeswohl tragen verschiedene Faktoren bei, wie zum Beispiel das Engagement der Eltern, die Vielfalt und Stabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen, die Verfügbarkeit von menschlichen und materiellen Ressourcen. Die oft lückenhaften empirischen Daten zur homosexuellen Elternschaft lassen keine klare Aussage zu, ob eine bestimmte Form im Vergleich zu einer anderen einen eindeutig negativen Einfluss hat (Simoni, 2012, S. 52–56). Andere vertreten hingegen die Auffassung, obwohl sich ein Kind auch in einer Einelternfamilie entfalten könne, brauche der Gesetzgeber das Auftreten dieses Familientyps nicht zu fördern, indem er die Indikationen für den Zugang zur muF erweitere.

Im FMedG wird gleichgeschlechtlichen Paaren der Zugang zur Fortpflanzungsmedizin gestützt auf das Kindesrecht untersagt, in dem ein gewisses Verständnis der normativen Wirkung der Natur (in der Bedeutung 1) konkretisiert wird. Denn in der Botschaft ist festgehalten, dass «die medizinisch unterstützte Fortpflanzung nicht zu Familienverhältnissen führen sollte, die von dem, was sonst natürlicherweise möglich ist, abweichen» (Botschaft, 1996, S. 254). Das Kindesrecht wurde ausgehend von einem Fakt aufgebaut, bei dem bisher Gewissheit bestand: Die Mutter ist immer bekannt (nach dem Rechtspruchwort *mater semper certa est*). Aufgrund von bestimmten Fortpflanzungsverfahren (Eizellen- und Embryonenspende sowie Leihmutterchaft) ist diese Gewissheit heute nicht mehr gegeben. Allerdings zeigt eine genauere Betrachtung, dass sich das Recht zuweilen Abweichungen von der biologischen Wirklichkeit gestattet. So wird mit willkürlicheren Ausgestaltungen rechtlich anerkannt, dass der Vater nicht zwangsläufig der biologische Vater sein muss: Gemäss dem Kindesrecht wird das Kindesverhältnis «zwischen dem Kind und dem Vater [...] kraft der Ehe der Mutter begründet» (Art. 252 Abs. 2 ZGB). Diese Rechtsvermutung – die eine andere Rechtfertigung aufweist als der biologische Charakter der Mutterchaft – könnte auch für andere Personen gelten, wie für eine Frau, die in eingetragener Partnerschaft mit der Mutter des Kindes lebt (die eine heterologe Insemination in Anspruch nehmen könnte) oder einem Mann, der in Partnerschaft mit dem Vater lebt, der seine Spermien für die Befruchtung einer Leihmutter gespendet hat, die ihrerseits eine Eizellenspende erhalten hat. Aus Sicht der NEK kann eine Revision des Kindesrechts gerechtfertigt sein. Die Kommission erachtet es durchaus als möglich, die Veränderungen, die durch die muF herbeigeführt werden, in eine kohärente Gesetzgebung aufzunehmen, wie dies beim Adoptionsrecht und beim Kindesrecht im Zusammenhang mit dem nicht biologischen Vater der Fall ist.

Wie dies in den Vereinigten Staaten bereits vorgekommen ist (siehe zum Beispiel die Fälle *Johnson v. Calvert* (Cal. 1993) für die austragende Leihmutterchaft und *In the*

Matter of Baby M. (N.J. 1988) für die traditionelle Leihmutterschaft), können Streitigkeiten zwischen den Wunscheltern und der Leihmutter bezüglich der Frage auftreten, wer der «natürliche» Elternteil des mittels IVF oder IVF-ICSI gezeugten Kindes ist. Sollten die Eizellenspende, die Embryonenspende und die Leihmutterschaft zugelassen werden, ist es deshalb sehr wichtig, dass der Gesetzgeber klar regelt, welcher Typ von Kindesverhältnis in jeder Situation Vorrang hat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Änderung des Kindesrechts letztlich eine grundlegende politische Entscheidung erfordert.

b) Alter, persönliche Verhältnisse und Volljährigkeit (Art. 3 Abs. 2 Bst. b)

Im Namen des Kindeswohls wird der Zugang zu Fortpflanzungsverfahren durch weitere Erfordernisse eingeschränkt. Das erste Erfordernis ist das Alter (im Sinne einer Altersgrenze für die Fortpflanzung). Der Gesetzgeber hat keine feste Altersgrenze für den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin definiert. Diese Grenze wird dem freien Ermessen der in der Praxis tätigen Fachpersonen überlassen, die sie anhand von drei Kriterien festlegen können.

1) Das erste Kriterium ist vermeintlich biologisch und besteht darin, für die Altersgrenze bei der Frau von einer natürlichen Gegebenheit, der Menopause, auszugehen. Die NEK erachtet dieses Kriterium als ungeeignet. Zum einen kann der Zeitpunkt der Menopause von Frau zu Frau aus natürlichen oder pathologischen Gründen variieren. Bei bestimmten Frauen tritt die Menopause frühzeitig ein (vor dem Alter von 30 Jahren), was sogar die Inanspruchnahme von Fortpflanzungsverfahren rechtfertigen würde, da die betroffenen Frauen sich in sozialer Hinsicht im gebärfähigen Alter befinden. Andererseits wird hier ein Verbot auf einer biologischen Gegebenheit (Natur in der Bedeutung 1) abgestützt, während sich gerade die Frage stellt, ob diese Gegebenheit einen ausreichenden Grund darstellt, um dies zu tun.

2) Das zweite Kriterium stellt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Eltern und dem Kindeswohl her (das als Interesse des Kindes verstanden wird, bis zu seiner Volljährigkeit von den Eltern unterstützt zu werden). Es geht somit darum, das ideale Alter der Eltern festzulegen. Diese Frage stellt sich hauptsächlich bei der Frau, denn dem Alter des Mannes wird im Zusammenhang mit der Grenze der Betreuungsfähigkeit nur selten Beachtung geschenkt. Eltern kommt unbestreitbar eine Pflicht zu, die psychischen, körperlichen, affektiven und materiellen Bedürfnisse ihrer Kinder zumindest bis zu deren Volljährigkeit zu erfüllen. Sie müssen somit dazu in der Lage sein und selbstverständlich wirkt sich das Alter auf ihre Fähigkeit aus, die Bedürfnisse der Kinder zu erfüllen. Allerdings übernehmen auch bestimmte Grosseltern umfangreiche Aufgaben im Zusammenhang mit der Entwicklung ihrer Enkel, manchmal anstelle der Eltern. Zudem lässt sich zu Recht hervorheben, dass auch der Mehrgenerationenverbund, d. h. die Tatsache, dass ein Kind innerhalb einer Familie zu mehreren Generationen eine Beziehung aufbauen kann, zweifellos eine sehr bereichernde menschliche Erfahrung darstellt. Bei allen diesen Aspekten spielt das Alter zwar eine Rolle, doch es ist schwierig, zu einem allgemeinen Schluss zu gelangen. Für die Altersfrage lässt sich somit keine vollständig befriedigende Lösung finden. Ein pragmatischer Ausweg besteht deshalb darin, im Einzelfall verschiedene Elemente zusammenzutragen, die der Fachperson ermöglichen anzunehmen, dass die Inanspruchnahme der muF in der gegebenen Situation nicht zulässig ist (wobei allerdings die Gefahr besteht, dass in das Privatleben der betroffenen Personen eingegriffen wird). Diese verschiedenen Elemente werden die oben erwähnten Aspekte einbeziehen, wie die Möglichkeit des Kindes, ein möglichst vielfältiges und dauerhaftes menschliches Beziehungsnetz (das in erster Linie die Eltern, die Grosseltern usw. umfasst) zur Verfügung zu haben, das unter Berücksichtigung der Landesregeln zu beurteilen ist. Dieser letzte Punkt führt zum dritten Kriterium, das die medizinische Ebene betrifft.

3) Verschiedene wissenschaftliche Studien zeigen, dass eine Korrelation zwischen dem Alter der Mutter zu Beginn der Schwangerschaft und den Morbiditäts- und Mortali-

tätsrisiken für sie selbst und das Kind besteht. Gestützt auf den Grundsatz der Schadensvermeidung, der ein etabliertes medizinethisches Prinzip darstellt, kann eine fortpflanzungsmedizinische Leistung somit im Namen der ärztlichen Standesregeln verweigert werden.

Schliesslich weist die NEK darauf hin, dass das Kriterium der «persönlichen Verhältnisse» genauer definiert werden muss. Der Gesetzgeber sollte zum Beispiel klarstellen, ob es dabei um die körperliche und psychische Gesundheit der Eltern geht (und somit eine IVF-ICSI zum Beispiel bei einem Paar verbieten, bei dem sich ein Partner einer Krebsbehandlung unterzieht, mit dem konkreten Risiko, dass in das Privatleben eingegriffen wird), oder ob die sozioökonomischen Verhältnisse gemeint sind.

c) Gespendete Samenzellen dürfen nur bei Ehepaaren verwendet werden (Art. 3 Abs. 3)

Aus Sicht der NEK werden mit dieser Bestimmung unverheiratete Paare, gleichgeschlechtliche Paare und alleinstehende Personen diskriminiert. Diese Bedingung ist aus zwei Gründen fragwürdig: Zum einen können Partnerschaften ohne Trauschein ebenso stabil sein wie eine Ehe. Ausserdem lässt sich schwer im Voraus sagen, ob ein – verheiratetes oder unverheiratetes – Paar längerfristig zusammenbleiben wird. Zum anderen bietet die Stabilität des Paares allein keine Gewähr für das Kindeswohl, obwohl sie unter bestimmten Bedingungen für die Entwicklung des Kindes von hervorragender Bedeutung sein kann (Botschaft, 1996, S. 252).

Bei einem verheirateten Paar, das ein Fortpflanzungsverfahren mit heterologer Spermien spende in Anspruch nimmt, wird zudem der Mann einzig aufgrund der Tatsache Vater, dass er der Ehegatte der Mutter ist, mit anderen Worten durch einen rechtlichen Kunstgriff. Der Gesetzgeber könnte den gleichen Kunstgriff heranziehen, um die Elternschaft einer Frau zu bestimmen, die in einer Paarbeziehung mit der Mutter lebt, die dank der Spermien spende eines Dritten befruchtet wurde. Wird davon ausgegangen, dass eine rechtliche Anerkennung der Beziehung zwischen den Partnern des Paares Gewähr für Stabilität bietet, könnte allenfalls verlangt werden, dass das homosexuelle Paar eine eingetragene Partnerschaft eingegangen ist (sofern das Verbot des Zugangs zur Fortpflanzungsmedizin auch im PartG aufgehoben wird). In diesem Fall müssten die Beistandspflichten und die gegenseitigen Unterhaltsleistungen, die sich daraus ergeben, genauer festgelegt werden. Im Hinblick auf das Kindeswohl sollte die eingetragene Partnerschaft als rechtliche Institution ebenso klar definiert werden wie die Ehe. Der Gesetzgeber hat die eingetragene Partnerschaft nicht als gleichwertig mit der Ehe betrachtet, weil sie ein gleichgeschlechtliches Paar verbindet, und somit die Adoption und die Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin ausgeschlossen. Die Mehrheit der NEK teilt diesen Standpunkt nicht (für die Begründung vgl. Unterkapitel 3.6.3). Die Kommission möchte diesbezüglich in Erinnerung rufen, dass die Bundesverfassung (Art. 41 Abs. 1 Bst. c) die Familie nur als Gemeinschaft von Erwachsenen und Kindern definiert, ohne dies näher auszuführen.

d) Damit die Unfruchtbarkeit überwunden werden kann (Art. 5 Abs. 1 Bst. a)

Als Unfruchtbarkeit gilt «ungewollte Kinderlosigkeit während einer bestimmten Zeit trotz regelmässigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs» (Botschaft, 1996, S. 251). Aufgrund von Studien wird davon ausgegangen, dass bei insgesamt 24 % der Weltbevölkerung Fertilitätsprobleme bestehen und dass 15 % der Bevölkerung im Gebär-/Zeugungsfähigkeitsalter ein Fortpflanzungsverfahren in Anspruch nehmen (Fisher, 2009). Ursache der Unfruchtbarkeit können Störungen sein, die entweder bei der Frau oder beim Mann bestehen oder die sich aus einer Kombination von Faktoren ergeben, die bei der Frau und beim Mann vorliegen. In einigen Fällen lässt sich die Ursache nicht ermitteln. Bei der Frau und beim Mann kann die Unfruchtbarkeit auf Störungen oder

Krankheiten zurückzuführen sein, welche die Geschlechtsorgane betreffen, ausserhalb der Geschlechtsorgane liegen oder psychischer Natur sind. Häufig handelt es sich um Infektionen, Verletzungen, Fehlbildungen oder genetische Anomalien. In einigen Fällen lässt sich auch eine Immunreaktion beobachten, bei der Antikörper gegen die männlichen Keimzellen produziert werden. Im Rahmen der Behandlung von Krebserkrankungen können die Chemotherapie, die Strahlentherapie oder ein chirurgischer Eingriff zu vorübergehender oder dauerhafter Unfruchtbarkeit führen.

Es ist nicht nur eine fachliche oder medizinische Frage, ob die Unfruchtbarkeit eine Krankheit ist, sondern eine Frage der Einschätzung durch die Gesellschaft.

Bei der Beurteilung der Unfruchtbarkeit müssen vier Aspekte berücksichtigt werden: 1) die biologische Dimension der Unfruchtbarkeit, 2) die Unfruchtbarkeit als Ergebnis des Typs der Paarbeziehung oder des Fehlens einer Paarbeziehung, 3) das Leiden im Zusammenhang mit der Unfruchtbarkeit, 4) die gesellschaftliche Resonanz auf die Unfruchtbarkeit.

1) Beim ersten Aspekt wird die Unfruchtbarkeit als Abweichung von einem statistisch vorherrschenden Funktionszustand betrachtet (mit anderen Worten, die Möglichkeit eines heterosexuellen Paares, ein Kind zu zeugen). In diesem Sinn kann die Unfruchtbarkeit als Krankheit betrachtet werden. Wird der Unfruchtbarkeit der Status einer «Krankheit» gewährt, lässt sich damit die Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe rechtfertigen oder verweigern. Auf diese Weise lässt sich unterscheiden, welche Behandlungen gesetzlich zulässig sind. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass bei 10 % der Paaren, bei denen eine Behandlung eingeleitet wurde, die Unfruchtbarkeit unerklärt bleibt. 2) Mit dem zweiten Aspekt – Unfruchtbarkeit als Ergebnis des Typs der Paarbeziehung oder des Fehlens einer Paarbeziehung – lässt sich die Logik der Unfruchtbarkeit als Krankheit überwinden (und somit die Legitimität der muF erweitern). So können auch Personen eingeschlossen werden, die aus anderen Gründen keine Kinder haben, weil sie zum Beispiel alleinstehend sind (aus ganz unterschiedlichen Gründen, die bei den betreffenden Personen liegen) oder weil es sich um ein gleichgeschlechtliches Paar handelt (die Unfruchtbarkeit ist in diesem Fall nicht die Folge des Funktionszustands, da die Personen einzeln betrachtet fruchtbar sein könnten, sondern ergibt sich aus dem Typ der Paarbeziehung). 3) Das Leiden, keine Kinder haben zu können, ist ein entscheidender Aspekt. Denn möglicherweise leidet eine alleinstehende Person oder ein (heterosexuelles oder gleichgeschlechtliches) Paar nicht darunter, keine Kinder zu haben. Weder ist die Fortpflanzung eine Pflicht noch ist das Kinderhaben eine unausweichliche Bestimmung. Aus Sicht der Kommission lässt sich die Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin aus ethischer Sicht nur dann rechtfertigen, wenn die betroffenen Personen stark darunter leiden, dass sie kein Kind bekommen, mit anderen Worten, nur wenn dies als unerträglich wahrgenommen und erlebt wird. Neben vielen unfruchtbaren Personen, die stark unter dieser Situation leiden, gibt es auch Personen, die zwar nicht unfruchtbar sind, aber dennoch darunter leiden, dass sie keine Familie gründen können. In diesen Fällen ist die Mehrheit der Kommission der Ansicht, dass die Inanspruchnahme von Fortpflanzungsverfahren gerechtfertigt sein kann. 4) Schliesslich hat die Unfruchtbarkeit auch eine soziale und kulturelle Konnotation. Eine Person oder ein Paar kann Druck seitens des Umfelds ausgesetzt sein, in dem sie oder es lebt, und aus zuzusagen äusserlichen Gründen den «Wunsch» empfinden, ein Kind zu haben. Einen sehr starken Einfluss haben dabei kulturelle Determinanten im Zusammenhang mit der Fruchtbarkeit, der Sexualität, der Rolle der Frau in der Gesellschaft und dem Fortpflanzungszweck, welcher der Frau zugeschrieben wird. Die Fortpflanzungsmedizin ist oft untrennbar mit Überlegungen verbunden, die das *Geschlecht* betreffen. Selbstverständlich ist es immer äusserst schwierig oder gar unmöglich zu bestimmen, wann ein Motiv echt oder sozial konstruiert ist, da sich jedes Individuum normalerweise ab seiner Geburt in einem dichten Netz von zwischenmenschlichen und sozialen Beziehungen bewegt. Die Unfruchtbarkeit muss somit stets in ihrem praktischen Kontext und anhand der besonderen Konstellation betrachtet

werden, in der sie sich äussert. Aus den oben erwähnten Gründen ist es wichtig, im Gesetz Schutzmechanismen für den Fall vorzusehen, dass unangemessener Druck auf die betreffende Person oder das Paar ausgeübt wird.

Insbesondere muss die gesetzliche Regelung der IVF-ICSI zum Ziel haben, dass jede Person frei entscheiden kann und dabei weder irgendwelchem Druck noch einer grundsätzlichen Einschränkung ausgesetzt ist.

3.4 Entwicklung von Embryonen (Art. 17)

Nach dem geltenden Recht dürfen ausserhalb des Körpers der Frau höchstens drei Embryonen entwickelt werden, wenn das Erbgut nicht untersucht wird (oder gemäss der Änderung des FMedG acht, wenn das Erbgut untersucht wird). Dazu drängen sich drei Bemerkungen auf.

1. Heute besteht die Absicht, das eSET-Verfahren zu fördern, um Mehrlingsschwangerschaften zu verhindern. Parallel dazu wird jedoch im geltenden Recht über das FMedG jede Möglichkeit ausgeschlossen, die als gesund ermittelten Embryonen aufzubewahren, die im Rahmen des laufenden Zyklus nicht implantiert werden können. Ist das Einfrieren der nicht transferierten Embryonen im Hinblick auf spätere IVF-Zyklen verboten, bleibt den Paaren keine andere Wahl, als diese Embryonen vernichten zu lassen oder für die Forschung zur Verfügung zu stellen.²⁰ Einige erachten diese Situation aus ethischer Sicht als fragwürdig. Sie fragen sich, was dagegen spricht, den Paaren zu gestatten, die betreffenden Embryonen aufzubewahren, wenn sie sie später für einen weiteren IVF-Versuch verwenden möchten. Dies hätte unter anderem den Vorteil, dass sich die Frau nicht unnötigen Behandlungen unterziehen müsste, da das Einfrieren von imprägnierten Eizellen zu weniger guten Resultaten führt als das Einfrieren von Embryonen und sich alle aufgetauten imprägnierten Eizellen als unbrauchbar herausstellen könnten. Das Konservierungsverbot wurde im FMedG eingeführt, um zu verhindern, dass die muF-Zentren gefrorene Embryonen horten. Aus Sicht der NEK muss dieser Beweggrund sowohl bezüglich der IVF-ICSI als auch der PID überdacht werden. Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder sieht keine ethische Rechtfertigung für das Konservierungsverbot. Eine Minderheit ist hingegen der Auffassung, dass die Kryokonservierung die intrinsische Würde der menschlichen Embryonen beeinträchtigt und die Embryonen instrumentalisiert. Die Mehrheit der Kommission empfiehlt deshalb, dieses Verbot im FMedG aufzuheben. Ihres Erachtens sollte das Einfrieren für eine längere Dauer und zu Zwecken zugelassen werden, die überdacht werden müssen.

2. Mit der Technik des sogenannten elektiven Einzeltransfers von Embryonen (*elective Single Embryo Transfer*, eSET) lässt sich bei der Patientin die gleiche Schwangerschaftsrate aufrechterhalten wie mit dem Transfer von zwei oder mehreren Embryonen und zugleich das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften minimieren. Technisch gesehen werden während zwei bis fünf Tagen alle – anstelle von drei – imprägnierten Eizellen bis zum Embryonalstadium entwickelt. Danach wird anhand von morphologischen und zellbiologischen Kriterien (also ohne Analyse des Erbguts) der Embryo mit dem höchsten Implantationspotenzial ausgewählt und implantiert, während die anderen Embryonen kryokonserviert werden. Die Fachpersonen weisen jedoch darauf hin, dass es wichtig ist, unter einer hohen Zahl von Embryonen auswählen zu können (so lässt sich zum Beispiel feststellen, dass nur zwei von zehn Embryonen tatsächlich lebensfähig sind), damit mit dem eSET die gleiche Schwangerschaftsrate erreicht werden kann. Bei einer Beschränkung auf drei Embryonen kommt diese Technik, die weltweit verwendet wird, nicht in Betracht, weil sie die medizinischen Anforderungen nicht erfüllt. Im Hinblick auf die gute medizinische Praxis (*Good Medical Practice*) erachtet es die NEK als ethisch gerechtfertigt.

20 Die Änderungen, die im Gesetzesentwurf vorgesehen sind, lassen die Konservierung von Embryonen unter den gleichen Bedingungen zu, wie sie gegenwärtig für «imprägnierte Eizellen» gelten; es müssen nicht mehr alle Embryonen unmittelbar transferiert werden (Botschaft, 2013, S. 5933 f.).

tigt, eine höhere Zahl von Embryonen zu entwickeln. Diese Zahl sollte nach den Grundsätzen der guten medizinischen Praxis im Rahmen von klinischen Leitlinien festgelegt werden (siehe Kapitel 4).

3. Die Diskussion um den Status des menschlichen Embryos geht von der Tatsache aus, dass seit der Entwicklung der IVF Ende der 1960er-Jahre menschliche Embryonen ausserhalb des Körpers der Mutter zu Zwecken wie der muF oder der medizinischen Forschung zur Verfügung stehen. Aufgrund dieser neuen Situation muss die Frage des Status des Embryos und des Schutzes, der ihm in dieser Phase seiner Entwicklung zusteht, überdacht werden. Einige zentrale Argumente, die für die Anerkennung eines moralischen Rechts des menschlichen Embryos auf Schutz sprechen, haben sich in der internationalen Diskussion dermassen durchgesetzt, dass sie ständig vorgebracht oder kritisiert werden. Die meisten dieser Argumente gehen davon aus, dass sich aus der Anerkennung der menschlichen Würde des Embryos und/oder seines Personenstatus (siehe Unterkapitel 2.1) ein Recht auf Schutz ableitet. Die Mehrheit der NEK vertritt zwar die Auffassung, der menschliche Embryo besitze einen intrinsischen Wert, ist jedoch nicht der Ansicht, er sei bereits eine Person oder müsse betrachtet werden, «als ob» er eine sei. Deshalb fasst sie die Rechte des Embryos und des Fötus auf Schutz in einem *gradualistischen* und *pragmatischen* Sinn auf, ausgehend vom Gedanken, dass sich unter anderem die kognitiven Fähigkeiten und die zwischenmenschlichen Beziehungen allmählich entwickeln und dass diese Entwicklung bei der Bestimmung des Personenstatus eine wesentliche Rolle spielt. Die Kommission stellt sich somit auf den Standpunkt, dass der Embryo zwar einen intrinsischen Wert hat, aber keine Person ist. Aufgrund seiner «Exposition» erscheint der Embryo *in vitro* zwar verletzlicher als jener im Mutterbauch und die Frage nach seinem Schutz stellt sich nicht in der gleichen Weise. Reicht jedoch dieser Aspekt aus, um sich auf den Standpunkt zu stellen, dass der Embryo *in vitro* und der Embryo *in utero* einen unterschiedlichen Status haben? Die Mehrheit der NEK ist der Meinung, dass kein weitergehender Schutz gewährt werden muss als für den Embryo im Mutterbauch, der bis zur zwölften Schwangerschaftswoche abgetrieben werden darf, wenn die Mutter die entsprechende Absicht äussert.

3.5 Die Verbote: Eizellen- und Embryonenspende, Leihmutterschaft (Art. 4)

Im FMedG sind drei Verbote aufgeführt: die Eizellenspende, die Embryonenspende und die Leihmutterschaft (Art. 4). Diese Fortpflanzungsverfahren tragen dazu bei, die Elternschaft aufzusplittern, da sie eine Aufspaltung zwischen der Leihmutter, der genetischen Mutter (Frau, welche die Eizelle spendet), dem genetischen Vater (Mann, der sein Spermium spendet) und allenfalls der Wunschmutter oder sozialen Mutter und dem Wunschvater oder sozialen Vater herbeiführen.

Nachstehend werden die ersten beiden Verbote geprüft, während auf die Leihmutterschaft gesondert eingegangen wird.

Es muss anerkannt werden, dass die Eizellenspende im Gegensatz zur Spermien spende eine Belastung für den Körper darstellt, die Auswirkungen auf die Gesundheit der Spenderin haben kann (da die Keimzellen im Innern des Körpers der Frau entnommen werden müssen, nachdem die Eierstöcke durch eine Hormonbehandlung stimuliert wurden). Die Mehrheit der NEK ist jedoch der Ansicht, dass das Verbot der Eizellenspende in Anbetracht der Zulässigkeit der Spermien spende diskriminierend ist und sich auf eine äusserst fragwürdige naturalistische Rechtfertigung stützt. Da bei Vätern keine genetische Beziehung gefordert wird, ist nicht einzusehen, weshalb diese bei Müttern verlangt werden soll. In der Botschaft ist festgehalten: «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» (Botschaft, 1996, S. 254).

Aus Sicht der NEK könnte die Eizellenspende wie die Organspende organisiert werden, indem zwei Spendetypen vorgesehen werden: die Spende innerhalb der Familie (related donor) und die anonyme Spende (unrelated donor). Um dem Kind das Recht zu gewährleisten, seine Abstammung zu kennen, sollte ein Register zur Eizellenspende aufgebaut werden. In diesem Fall könnte die Identität der Spenderin über ein kodiertes Identifikationssystem ermittelt werden. Die «anonymen» Eizellen könnten von Paaren gespendet werden, die ein Fortpflanzungsverfahren in Anspruch nehmen. Die in diesem Rahmen entnommenen, nicht genutzten Eizellen könnten aufbewahrt (das Verfahren der Eizellenvitrifikation ist vielversprechend) und anschliessend zur Verfügung gestellt werden, wenn das Paar sie nicht mehr benötigt. Damit liesse sich im Übrigen die Verschwendung von Keimzellen verhindern.

In der Botschaft wird auch die Ansicht vertreten, die Embryonenspende sei aus Sicht des Kindeswohls und des Schutzes des Embryos nicht wünschenswert. Zum einen soll das Kind «mindestens von einer der beiden Personen, die seine rechtlichen Eltern sind, auch genetisch abstammen» (Botschaft, 1996, S. 253). Zum anderen könnte die Zulassung der Embryonenspende die missbräuchliche Erzeugung «überzähliger» Embryonen zur Folge haben. Als sich der Gesetzgeber für die Spermispende bei verheirateten Paaren aussprach, begründete er dies damit, dass die Spaltung der Vaterschaft in einen genetischen und in einen sozial-rechtlichen Vater «bei natürlichen Zeugungsvorgängen eine Parallele» hat (Botschaft, 1996, S. 254). Tatsächlich geht das lateinische Rechtssprichwort vom Gedanken aus, dass bezüglich des Vaters keine Gewissheit besteht («mater semper certa est, *pater numquam*»). Doch die genetischen Analysen und die technischen Möglichkeiten, welche die muF heute eröffnet, haben zur Folge, dass die gesellschaftliche Realität heute völlig anders ist als zu Zeiten der Römer. So zutreffend dieses Sprichwort seinerzeit gewesen sein mag: Heute gilt es nicht mehr und darf deshalb nicht als Rechtfertigung für ein Verbot herangezogen werden. Unterdessen besteht die Möglichkeit, die Vaterschaft eines Individuums nachzuweisen, ebenso wie eine Trennung zwischen genetischer Mutter und Leihmutter möglich ist. Für diese Realität muss eine rechtliche Regelung gefunden werden. Bezüglich der missbräuchlichen Erzeugung von «überzähligen» Embryonen ist die NEK der Auffassung, dieses Problem liesse sich durch die Nutzung der bereits kryokonservierten imprägnierten Eizellen lösen, die von den Eltern nicht mehr zur Verwirklichung eines Kinderwunschs benötigt werden. Die NEK hat Zweifel an der Gültigkeit der Unterscheidung zwischen «imprägnierter Eizelle» und Embryo geäußert. Zugleich anerkennt sie, dass die imprägnierten Eizellen, statt dass sie vernichtet werden, eine wertvolle Quelle für unfruchtbare Paare darstellen könnten, die über keine lebensfähigen Keimzellen verfügen, sofern das Paar, dem die imprägnierten Eizellen gehören, seine Einwilligung erteilt. Damit würde nicht nur eine missbräuchliche Erzeugung von überzähligen Embryonen verhindert, sondern auch die imprägnierten Eizellen besser genutzt, womit zudem eine unnötige Verschwendung vermieden würde. Wie bei der «anonymen» Eizellenspende könnte das Recht des Kindes, seine Abstammung zu kennen, durch ein Embryonenspende-Register mit einem kodierten Identifikationssystem zu den genetischen Eltern gewährleistet werden.

Eine Minderheit der NEK lehnt die Eizellen- und Embryonenspende ab. Denn sobald humane biologische Entitäten ausserhalb des Körpers der Frau verfügbar sind, bestehen die Voraussetzungen für eine Verdinglichung der Menschen, was unter dem Druck des Marktes dazu führt, dass sie auf internationaler Ebene kommerzialisiert werden.

3.6 Ethische Beurteilung des Verbots der Leihmutterschaft

Bevor auf die wichtigsten Argumente eingegangen wird, die in der ethischen Diskussion für und gegen die Leihmutterschaft vorgebracht werden, sind nachfolgend

einige allgemeine Informationen zur Leihmutterschaft aufgeführt (Bleisch, 2012). Die Leihmutterschaft umfasst ein breites Spektrum von Szenarien, die im Zusammenhang mit der muF technisch möglich sind:

- Bei einer *traditionellen Leihmutterschaft (traditional surrogacy)* stammt die befruchtete Eizelle immer von der Leihmutter. Diese erklärt sich bereit, das durch muF gezeugte Kind unentgeltlich oder gegen eine finanzielle Leistung auszutragen. Bei einem heterosexuellen Paar erfolgt die intrauterine Insemination bei der Leihmutter mit dem Sperma des Ehegatten oder des Partners (unverheiratetes Paar), während bei einem gleichgeschlechtlichen Paar das Sperma von einem der Partner verwendet wird.
- Bei einer *traditionellen Leihmutterschaft mit Spermien spende (traditional surrogacy and donor sperm)* kann die Leihmutter auch mit dem Sperma eines (allenfalls anonymen) Spenders befruchtet werden.
- Bei einer *austragenden Leihmutterschaft (gestational surrogacy)* stammt die befruchtete Eizelle nicht von der Leihmutter. Es kann eine IVF mit den Keimzellen der Wunscheltern vorgenommen werden, und anschliessend wird der Embryo in den Uterus der Leihmutter transferiert. Somit besteht eine genetische Verbindung zwischen den sozialen Eltern oder Wunscheltern und dem Kind.
- Bei einer *austragenden Leihmutterschaft mit Spermien spende (gestational surrogacy and donor sperm)* wird eine IVF mit der Eizelle der Wunschmutter (die eine genetische Verbindung mit dem Kind aufweisen wird) und dem Sperma eines (gegebenenfalls anonymen) Spenders durchgeführt.
- Bei einer *austragenden Leihmutterschaft mit Embryonenspende (gestational surrogacy and donor embryo)* kann ein unfruchtbares Paar – d. h. die Wunscheltern (soziale Eltern), bei denen die Frau beispielsweise an einer schweren Störung der Gebärmutterfunktion leidet und der Mann nicht zeugungsfähig ist – dank einer Eizellen- und einer Spermien spende (genetische Eltern) eine In-vitro-Fertilisation durchführen lassen. Anschliessend wird der auf diese Weise gezeugte Embryo in den Uterus der Leihmutter (austragende Mutter) transferiert. In diesem Fall weisen die Leihmutter und die Wunscheltern keine genetische Verbindung mit dem Kind auf, da ein Embryo transferiert wird, der aus einer IVF mit gespendeten Keimzellen entstanden ist.

Eine Leihmutterschaft kann entweder auf altruistischer Basis, d. h. ohne finanzielle Gegenleistung, oder gegen eine finanzielle Entschädigung realisiert werden.

Schliesslich entspricht die Leihmutterschaft den Bedürfnissen oder Wünschen von zwei verschiedenen Gruppen. Zum einen ermöglicht sie bei Vorliegen von medizinischen Indikationen heterosexuellen Paaren und alleinstehenden Personen, Unfruchtbarkeitsproblemen abzuweichen. Zum anderen kann sie auf der Grundlage eines sozialen Anspruchs auch männlichen Paaren die Möglichkeit geben, Eltern zu werden.

Da mit einer Leihmutterschaft der Unfruchtbarkeit eines Paares abgeholfen werden kann, könnte sie theoretisch in den Geltungsbereich des FMedG fallen. Aufgrund der derzeitigen rechtlichen Einschränkungen haben gewisse Frauen keinen Zugang zu den Fortpflanzungsverfahren, weil die Form der Unfruchtbarkeit, an der sie leiden (angeborene Nichtausbildung der Gebärmutterfunktion (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom), Gebärmutterentfernung wegen einer Krebserkrankung oder wegen einer Blutung während der Geburt), die Inanspruchnahme von verbotenen Praktiken – wie zum Beispiel der Leihmutterschaft – erfordern würde. Dieser Ausschluss von den Fortpflanzungsverfahren könnte als Diskriminierung betrachtet werden.

Die Leihmutterschaft könnte insbesondere aus den folgenden Gründen gestattet werden:

- Solidarität mit den Frauen, die an schweren Gebärmutterkrankheiten leiden;

- Einschränkung des Medizintourismus: Das geltende Recht zwingt gewisse Frauen und Paare, die entsprechenden Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen.

Die NEK weist darauf hin, dass eine allfällige, fallweise Zulassung der Leihmutterschaft bei Vorliegen bestimmter medizinischer Indikationen zur Folge hätte, dass gleichgeschlechtliche Paare ausgeschlossen würden, bei denen der Anspruch sozialer Natur ist.

In Bezug auf diese Situationen muss auf verschiedene Argumente eingegangen werden, die nach den folgenden Schwerpunkten unterschieden werden können: Grundsatz der Schadensvermeidung, Stabilität des Staates, normative Wirkung der Natur und Meinungsvielfalt in einem pluralistischen Staat. Einige dieser Argumente beziehen sich auf die Leihmutterschaft ganz allgemein, während andere nur die Leihmutterschaft im Zusammenhang mit gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Personen betreffen.

3.6.1 Der Grundsatz der Schadensvermeidung (*Harm Principle*)

Grundsätzlich kann in einer liberalen Demokratie eine persönliche Freiheit (bei Vorliegen von überwiegenden privaten oder öffentlichen Interessen) unter anderem dann eingeschränkt werden, wenn durch die Ausübung dieser Freiheit die Grundrechte anderer (wie die psychische und körperliche Unversehrtheit, die Nichtdiskriminierung, das Leben usw.) beeinträchtigt oder behindert werden. Wie bereits erwähnt ist es wichtig, nicht auf Schäden abzustellen, die auf einer Annahme oder auf Vorurteilen beruhen, sondern die konkreten Schäden zu bestimmen. Im Zusammenhang mit dem Wert des Kindeswohls sind in der Botschaft zwei Umstände aufgeführt, welche die Verweigerung der Fortpflanzungsverfahren rechtfertigen.

- «Namentlich sollen die Fortpflanzungstechniken bloss gebraucht werden, wenn und soweit sie im Vergleich zur natürlichen Zeugung keine besonderen Risiken für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes aufweisen» (Botschaft, 1996, S. 249).
- «Auf eine Behandlung ist zu verzichten, wenn die Ärztin oder der Arzt zur Überzeugung gelangt, dass die Lebensbedingungen des Kindes mit schwerwiegenden psychosozialen Risiken belastet sein würden» (Botschaft, 1996, S. 249).

In Bezug auf den ersten Umstand, der wissenschaftlicher und fachlicher Art ist, weist die NEK darauf hin, dass gemäss den Resultaten von neuen wissenschaftlichen Studien die Fortpflanzungsverfahren *einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen* im Erwachsenenalter *darzustellen scheinen* (Scherrer et al., 2012). Die NEK hat diese Resultate, die alle Fortpflanzungsverfahren betreffen, sehr aufmerksam zur Kenntnis genommen, ist sich allerdings bewusst, dass sie noch erhärtet werden müssen. Vor diesem Hintergrund ist die NEK der Auffassung, dass den Ärztinnen und Ärzten zum gegenwärtigen Zeitpunkt sowohl eine Informationspflicht gegenüber Paaren, die Fortpflanzungsverfahren in Anspruch nehmen möchten, als auch eine Pflicht zur Langzeitbeobachtung der Kinder zukommt, die nach IVF-ICSI geboren werden (durch den Aufbau eines Registers zu den Kindern, die durch Fortpflanzungsverfahren gezeugt werden). Hingegen erachtet sie ein absolutes Verbot dieser Methoden als nicht gerechtfertigt.

Der zweite Umstand ist psychosozialer Art und bezieht sich auf einen weiter gefassten Bereich. Die Kommission befasst sich indessen ausschliesslich in Bezug auf die Leihmutterschaft mit diesem Umstand. Es muss somit analysiert werden, *wem* das Verbot der Leihmutterschaft schaden könnte und *unter welchen Voraussetzungen*.

a) Mögliche Schäden für das Kind

Hinsichtlich des zweiten Umstands muss genau dargelegt werden, worauf die «Überzeugung» der Ärztin oder des Arztes beruht. Es ist sehr wichtig, die Gründe für eine allfällige Verweigerung darzulegen. Denn eines der Argumente, die beispielsweise gegen den Zugang von homosexuellen Paaren zu den Fortpflanzungsverfahren geltend

gemacht werden, sind die Risiken, die für die psychosoziale Entwicklung des Kindes bestehen. Aus den teilweise widersprüchlichen Resultaten der empirischen Studien scheint hervorzugehen, dass die nach Inanspruchnahme von Fortpflanzungsverfahren geborenen Kinder eine ähnliche Entwicklung aufweisen wie auf natürlichem Weg gezeugte Kinder. Dabei ist zu beachten, dass sich diese Studien hauptsächlich auf gleichgeschlechtliche weibliche Paare beziehen, während zu männlichen Paaren nur wenige Untersuchungen durchgeführt wurden (Simoni, 2012).

Das Kindeswohl wird auch als Argument gegen die Leihmutterschaft angeführt, da diese die folgenden Auswirkungen hätte:

- Abbruch der engen Beziehung zwischen der Leihmutter und dem Kind, der mit langfristigen Konsequenzen verbunden wäre;
- eine Instrumentalisierung des Kindes, das «zur Ware, die man bei Dritten bestellen kann» (Botschaft, 1996, S. 279), und damit zu einem Handelsobjekt würde;
- Vorrang der Interessen der Wunscheltern gegenüber den Interessen des ungeborenen Kindes.

Wenn bei einer Leihmutterschaft das Kind nach der Geburt von der Wunschmutter übernommen wird, ist dies mit einem Abbruch der Beziehung verbunden, die sich während der Schwangerschaft zwischen der Leihmutter und dem Fötus entwickelt hat und zu einer frühen Bindung geführt hat. Der Abbruch dieser Beziehung könnte sich negativ darauf auswirken, wie das Kind sein näheres affektives Umfeld wahrnimmt. Längerfristig könnten sich auch Konsequenzen für seine persönliche Lebensgeschichte ergeben.

Während der Schwangerschaft entwickeln sich zwischen der Leihmutter und dem Fötus psychische und biologische Bindungen. Nach der Geburt werden diese Bindungen abgebrochen, da nun die Wunschmutter für die Weiterführung der Mutter-Kind-Beziehung sorgt. Die NEK anerkennt die Bedeutung dieser Bindungen als erhebliche epigenetische Komponente. Aus Sicht des Kindeswohls ist sie der Auffassung, dass die Leihmutter ein Interesse an der Pflege dieser Bindungen hätte, obwohl sie weiss, dass sie das Kind, das sie austrägt, nach der Geburt der Wunschmutter übergeben muss. Für die Leihmutter ist diese Trennung wahrscheinlich eine schmerzliche Erfahrung. Nach Meinung der NEK wird das Kind aber nicht wirklich seinem Schicksal überlassen, da es von den Wunscheltern übernommen wird, die dem Kind die Fürsorge und Aufmerksamkeit gewährleisten, die es benötigt.

Wenn auf Kant Bezug genommen wird – dessen Formulierung des kategorischen Imperativs im Zusammenhang mit der Instrumentalisierung oft erwähnt wird –, muss so gehandelt werden, dass die Menschheit immer *zugleich* als Zweck und nie *bloss* als Mittel benutzt wird (Kant, 1911, S. 429). Nach dieser Sichtweise ist das Argument der Instrumentalisierung in ethischer Hinsicht nur dann ein stichhaltiger Grund, um auf eine geplante Leihmutterschaft zu verzichten, wenn die Instrumentalisierung vollständig ist. Nach Auffassung der NEK könnte eine Drittstelle (die von der Klinik unabhängig ist, in der die Leihmutter betreut wird) eine Garantenrolle für die Interessen des ungeborenen Kindes gegenüber den Interessen der Wunscheltern übernehmen.

Die NEK ist sich bewusst dass diese Praxis zu ähnlichen Problemen wie bei der Adoption führen kann: Während jedoch die Adoption einer Massnahme angesichts eines bestehenden Problems entspricht (beispielsweise sich selbst überlassene Kinder oder Waisen), für das eine Lösung gefunden wird, wird im Fall der Leihmutterschaft absichtlich ein Problem geschaffen, das zuvor nicht bestand.

b) Mögliche Schäden für die Leihmutter

Es werden zahlreiche Argumente vorgebracht, um das Verbot der Leihmutterschaft zu

rechtfertigen. Darunter sind vor allem die folgenden zu erwähnen:

- Die Leihmutter sei für die Leihmutter mit gesundheitlichen Risiken verbunden (Risiken im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Geburt und einem allfälligen Schwangerschaftsabbruch).
- Sie «instrumentalisiert die Frau» (Botschaft, 1996, S. 279); mit anderen Worten, sie sei mit der Gefahr verbunden, dass die Leihmutter zu einem Objekt herabgewürdigt und vermarktet werde.
- Sie beeinträchtige die Selbstbestimmung und das Privatleben der Leihmutter, da diese den Wunscheltern einen weitgehenden Einblick in ihre persönlichen Verhältnisse gewähren müsse.
- Sie stehe im Widerspruch zur Menschenwürde, da sie auf einer Instrumentalisierung der Frau und der Herabwürdigung des Kindes zu einer Ware beruhe.
- Sie habe einen tiefgreifenden anthropologischen Wandel (CCNE, 2010, S. 8) zur Folge, da die uterine, die soziale und sogar die genetische Funktion der Mutterschaft voneinander getrennt würden.
- Sie führe dazu, dass besonders benachteiligte Frauen ausgebeutet würden, unter Umständen in einer fast «industriellen» Weise.

Die NEK anerkennt, dass allfällige gesundheitliche Risiken für die Leihmutter nicht verhindert werden können. Diese Risiken bestehen bei jeder Geburt oder bei einem Schwangerschaftsabbruch. Hinzu kommen die psychischen Probleme, die mit einer Geburt gegebenenfalls verbunden sind (postnatale Depression usw.). Sollte die Leihmutter zugelassen werden, müsste deshalb allen Aspekten im Zusammenhang mit der Information, dem Verständnis und der Bereitschaft besondere Beachtung geschenkt werden, damit die Selbstbestimmung der Leihmutter gewahrt werden kann. Wenn eine erwachsene, urteilsfähige und angemessen informierte Person ihre Einwilligung zu einer Leihmutterchaft erteilt, ist es schwierig, geltend zu machen, diese Person werde instrumentalisiert. Die betreffende Person, die mit ihrer Einwilligung ihre Selbstbestimmung zum Ausdruck bringt, verbindet mit ihrer Leihmutterchaft unter Umständen einen bestimmten Zweck (Solidarität mit den Wunscheltern; Wunsch, Personen in einer Notlage zu helfen, usw.). Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass sie nicht als blosses Mittel betrachtet werden kann. Die Einwilligung einer Person bietet für sich selbst genommen jedoch in keinem Fall Gewähr, dass die betreffende Person nicht instrumentalisiert wird.

Es trifft indessen zu, dass die Freiheit einer Leihmutter durch die Erwartungen der Wunscheltern unter Umständen beeinträchtigt wird. Deshalb ist es sehr wichtig, dass die Bedingungen, unter denen die Leihmutter gegenüber den Wunscheltern bestimmte Verpflichtungen übernimmt, vor dem endgültigen Entscheid erläutert werden. So lässt sich beispielsweise nicht ausschliessen, dass beim Fötus genetische Anomalien festgestellt werden. In einem solchen Fall stellt sich möglicherweise die Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch, wobei dann die Wertvorstellungen und Meinungen aller beteiligten Personen zu berücksichtigen sind. Die Leihmutter kann nicht zu einer Handlung gezwungen werden, die sie missbilligt und durch die darüber hinaus ihre persönliche Unversehrtheit beeinträchtigt würde. Die Wunscheltern möchten sich ihrerseits sicherlich zur Gesundheit und zum psychischen und körperlichen Zustand des ungeborenen Kindes äussern können. Dies gilt umso mehr, wenn die Wunschmutter oder der Wunschvater eine genetische Verbindung mit dem ungeborenen Kind aufweist (über eine Spermien- oder Eizellenspende). Die Leihmutter und die Wunscheltern müssen sich daher unbedingt vorgängig über die verschiedenen Szenarien einigen, die sich ergeben könnten, und (in Bezug auf die Methoden und die auf dem Spiel stehenden Werte) zu einer ähnlichen Auffassung in der Frage gelangen, was für die verschiedenen Beteiligten wünschenswert ist.

Das Argument der Ausbeutung betrifft eine besonders heikle und wichtige Problematik. Es ist bekannt (Bericht, 2013, S. 13–17), dass es bei einer Leihmutter in vielen Fällen zu einer Beziehung zwischen einem verhältnismässig wohlhabenden Paar aus einem westlichen Industrieland und einer Frau aus einem Drittweltland kommt, die in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen lebt, nur über eine geringe Schulbildung verfügt oder sogar Analphabetin ist (teilweise wird in diesem Zusammenhang von Neokolonialismus gesprochen). Deshalb muss gewährleistet sein, dass die Interessen und Rechte dieser Frauen gewahrt werden. Es sollten zumindest die folgenden sechs Aspekte berücksichtigt werden:

- *Festlegung und Durchsetzung internationaler Normen zur freien Einwilligung nach hinreichender Aufklärung:* Die Leihmütter müssen von Fachpersonen möglichst umfassende und klare Informationen erhalten. Diese Informationen müssen an das soziokulturelle Niveau und an die kognitiven Fähigkeiten der Leihmutter angepasst sein. Diese darf weder von den Wunscheltern noch vom Umfeld der Leihmutter oder vom medizinischen Personal unter Druck gesetzt werden. Das Letztere könnte sich unter bestimmten Voraussetzungen für die Interessen der Wunscheltern einsetzen. Bei einer Leihmutter, die in einem völlig anderen kulturellen Umfeld als die Wunscheltern lebt, muss auch der Gefahr von Ausgrenzung, Ablehnung und Stigmatisierung Rechnung getragen werden. Auf diese Risiken muss in gleicher Weise wie auf die gesundheitlichen Risiken hingewiesen werden (Deonandan et al., 2012).
- *Festlegung der Voraussetzungen für die Rechtsgültigkeit des Vertrages:* Ein Vertrag ist nur gültig, wenn den Interessen der beteiligten Parteien in gleicher Weise Rechnung getragen wird, einschliesslich des Sorgerechts der Wunscheltern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Definition von Elternschaft und Sorgerechts im Gesetz durch wirtschaftliche Interessen beeinflusst werden kann (Deonandan et al., 2012).
- *Gewährleistung der Qualität der Gesundheitsversorgung vor und während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt und zwar so lange, wie es für das Wohlergehen der Leihmutter erforderlich ist.* Die Wunscheltern müssen eine Versicherung zur Deckung der Behandlungskosten abschliessen, die gegebenenfalls für die medizinische Betreuung der Leihmutter anfallen. Ausserdem sollte die Zahl der Schwangerschaften, die eine Leihmutter übernehmen darf, reglementiert oder kontrolliert werden.
- *Treffen von Vorkehrungen, damit es nicht zu einer Kommerzialisierung der Leihmutter kommt. Dies wird mit der Förderung eines altruistischen Ansatzes gewährleistet.* Dabei handelt es sich um einen besonders heiklen Punkt, damit eine Ausbeutung der Leihmütter verhindert werden kann. Es könnte eine Regelung eingeführt werden, die mit jener für Lebendspenden vergleichbar ist (mit der Komplexität und den Schwierigkeiten, die damit im Rahmen von internationalen Beziehungen verbunden sind). Wenn eine Kommerzialisierung der Leihmutter verboten wird, könnten damit Leihmutter auf altruistischer Basis gefördert werden (ein solches Verbot könnte aber auch dazu führen, dass ein Schwarzmarkt für Leihmutter entsteht). Die Leihmutter würde für ihre Leistung keine Bezahlung, sondern nur eine Entschädigung für einen allfälligen Erwerbsausfall erhalten. Dazu würde ein Pauschalbetrag festgelegt, der je nach Land variieren könnte. Hingegen sollten im Fall der Kommerzialisierung internationale Standards festgelegt werden, um eine «faire Leihmutter» (*fair trade surrogacy*) oder eine «Nutzung zum gegenseitigen Vorteil» (*mutually advantageous exploitation*) zu gewährleisten (Humblyrd, 2009).
- *Gewährleistung einer Behandlung mittels IVF-ICSI entsprechend den Standards der guten medizinischen Praxis, um beispielsweise das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften zu reduzieren.*
- *Gewährleistung der Vertretung der Rechte und Interessen der Leihmutter durch eine Drittstelle (medical advocacy), die unabhängig von der Klinik ist, in der die IVF oder die Geburt erfolgt ist.*

Die NEK ist sich der Schwierigkeiten bewusst, die mit einer internationalen Regelung der Praxis im Bereich der Leihmutterschaft verbunden sind. Doch auf nationaler Ebene könnten diese Elemente die Grundlage für entsprechende Vorschriften bilden.

Ein Teil der NEK spricht sich aus grundsätzlichen Überlegungen gegen die Leihmutterschaft aus. Ein anderer Teil der Kommission vertritt die Auffassung, dass die Leihmutterschaft grundsätzlich zugelassen werden kann, äussert jedoch gewisse Zweifel bezüglich der Frage, ob es möglich ist, annehmbare Rahmenbedingungen zu schaffen, mit denen allen Beteiligten ein angemessener Schutz gewährleistet werden kann. Ein weiterer Teil der Kommission plädiert für eine gesetzliche Zulassung der Leihmutterschaft. Diese Kommissionsmitglieder sind überzeugt, dass die Leihmutterschaft ohne grössere Schwierigkeiten umgesetzt werden könnte, wie dies in anderen Ländern der Fall ist.

Die NEK ist sich bewusst, dass derartige Änderungen wie auch eine Änderung des Kindesrechts grundlegende politische Entscheidungen erfordern würden.

3.6.2 Auswirkungen auf das Gemeinwesen

In Bezug auf die Auslegung von Artikel 119 der Bundesverfassung sieht die Botschaft zur PID Folgendes vor: «Die Familie als Grundform gesellschaftlichen Zusammenlebens soll in ihrer Zusammensetzung vor verschiedenen Gefahren der Fortpflanzungsmedizin bewahrt werden (insb. Aufspaltung der Elternschaft, Zulassung gleichgeschlechtlicher Paare zur assistierten Fortpflanzung, Zeugung nach dem Tod eines Elternteils). Auch soll der Anspruch des aus einer IVF-Behandlung hervorgegangenen Kindes gewährleistet werden, genau wie natürlich gezeugte Kinder einen Vater und eine Mutter zu haben und im Rahmen einer Familie aufzuwachsen» (Botschaft, 2013, S. 5953).

Dieses Argument liesse sich wie folgt zusammenfassen: Wenn die Eizellen- und die Embryonenspende sowie die Leihmutterschaft zugelassen werden, bildet die muF eine Gefahr für die Familie als soziale Institution (die als traditionelle Kleinfamilie zu verstehen ist), da sie die biologische, die genetische und die Wunsch-Elternschaft aufspaltet. Der Gesetzgeber war somit der Auffassung, dass die traditionelle Kleinfamilie am besten geeignet ist, um den Zusammenhalt in der Gesellschaft und den sozialen Frieden sicherzustellen. Es wird nicht erläutert, auf welcher Grundlage der Gesetzgeber zu dieser Schlussfolgerung gelangte. Aus den Daten zur Haushaltsstruktur geht hervor, dass die Kleinfamilie in der Schweiz heutzutage nicht mehr das einzige bestehende Modell ist. Diese Erscheinung scheint jedoch den *Ordre public* nicht zu beeinträchtigen. Man könnte sich folglich fragen, ob hier nicht eher Befürchtungen vor den Auswirkungen im Spiel sind, welche die Einführung eines anderen Modells haben könnten.

Reichen jedoch solche Befürchtungen aus, um ein Verbot der Fortpflanzungsverfahren zu rechtfertigen? Eine Zulassung dieser Verfahren hätte zweifellos zur Folge, dass sich die gesellschaftliche Realität und die Sitten und Gebräuche beträchtlich ändern würden. In einer ersten Phase könnte die Zulassung sogar Besorgnis und eine Protestwelle hervorrufen, da sie im Widerspruch zu den Auffassungen eines Teils der Bevölkerung stehen würde. Wie wir weiter unten sehen werden, wirft dieser Aspekt die Frage auf, wie weit die Meinungsvielfalt in einer pluralistischen Gesellschaft gehen kann. Es stellt sich die Frage, ob eine Änderung der gesellschaftlichen Realität und der Sitten und Gebräuche – unabhängig vom Ausmass einer solchen Änderung – durch ihr blosses Vorliegen eine Bedrohung für die Integrität der Gesellschaft darstellt. Eine Bedrohung aufgrund von Methoden, die für die Bürgerinnen und Bürgern unannehmbar und für die Institutionen unzulässig sind.

Die Mehrheit der NEK ist der Auffassung, dass eine fallweise, an spezifische Bedingungen geknüpfte Zulassung keine Bedrohung für heterosexuelle Paare darstellt, die sich ein Kind wünschen und die dem häufigsten Familienmodell in unserer Gesellschaft entsprechen (traditionelle Kleinfamilie). Zum einen geht es nicht um die Durchsetzung eines grundsätzlichen Wandels, sondern um Folgendes: Heterosexuelle Paare, bei denen die Frau an einer spezifischen Krankheit leidet, und gleichgeschlechtliche Paare sollen

Eltern werden können. Ausserdem soll alleinstehenden Personen die gleiche Möglichkeit geboten werden.

Zum anderen beruht eine liberale Demokratie nicht ausschliesslich auf den Auffassungen der *Bevölkerungsmehrheit* (dies entspricht dem grundsätzlichen Konzept der Demokratie), sondern auch auf der Tatsache, dass diese Auffassungen rational und gut ausgewogen sind und *vor allem, dass durch sie die Grundfreiheiten von Individuen und Minderheiten nicht beeinträchtigt werden, sofern dies nicht aus triftigen Gründen unumgänglich ist.*

Es liegt in der Natur der Institution Familie und des Rechts als sozialen Konstrukten, dass sie Änderungen unterworfen sein können, in denen neue Bedürfnisse innerhalb der Bevölkerung zum Ausdruck kommen. Selbstverständlich müssen solche Änderungen, die hauptsächlich politischer Art sind, im Rahmen der Legitimationsverfahren realisiert werden, die in Verfassungsdemokratien üblich sind. Der soziale Zusammenhalt sollte durch solche Änderungen jedoch nicht gefährdet sein.

3.6.3 Die normative Wirkung der «Natur» und des «Natürlichen»

Die Begriffe der «Natur» und des «Natürlichen» werden im FMedG mehrdeutig, unbestimmt und ungenau verwendet. Dies macht das folgende Zitat aus der Botschaft deutlich:

«Von der Natur vorgegeben ist, dass jedes Kind eine Mutter und einen Vater hat. Diese haben für die Entwicklung des Kindes ihre spezifische Bedeutung und sind in der Regel als Eltern ins Recht zu fassen. Diese Grundbedingungen menschlicher Existenz [in der französischen Version: de la nature humaine] sind auch bei der Anwendung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zu beachten. Die Methode soll nur in Betracht gezogen werden, wenn es um die Behandlung eines Paares, Mann und Frau, geht, das gemeinsam die Elternverantwortung für das Kind übernehmen will» (Botschaft, 1996, S. 250).

Nach Meinung der NEK benötigt ein Kind für eine angemessene Entwicklung Fürsorge und Geborgenheit sowie ein familiäres und soziales Umfeld, welches das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Welt fördert, in der Kind lebt.

Eine Minderheit der NEK ist von der Argumentation des Gesetzgebers überzeugt («Von der Natur vorgegeben ist, dass jedes Kind einen Vater und eine Mutter hat, die für die Entwicklung des Kindes ihre spezifische Bedeutung haben», Botschaft, 2002, S. 1320). Sie weist auf die normative Wirkung der Natur hin (Bedeutung 2, ontologischer Sinn), die als Grundlage für die Ethik dienen kann und die Möglichkeit bietet, auf das Festlegen von willkürlichen vom Mensch gewählten Grenzen zu verzichten. Gemäss diesem Standpunkt gibt die menschliche Natur in ihren biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen dem moralischen Subjekt vor, welche Art des Handelns der grundlegenden Dynamik seines Wesens entspricht und es zu seiner vollen Entfaltung führt. In diesem Sinn bietet die Natur Normen für die Ausübung der Medizin und namentlich der Fortpflanzungsmedizin. Das «Naturgesetz» beschränkt sich somit nicht auf die Gesamtheit der physikalischen Gesetze der Erscheinungen, sondern stellt den vernunftgemässen Ausdruck der Finalität dar, die in der menschlichen Person angelegt ist, die somit ihrem ureigenen Streben gehorcht. In diesem Sinn ist es natürlich, dass ein Kind einen Vater und eine Mutter hat: Die Dynamik der Zeugung hängt mit der Neigung des Mannes zur Frau und der Frau zum Mann zusammen, die auf den Fortbestand des Paares und die Fürsorge für die zu empfangenden und zu erziehenden Kinder ausgerichtet ist. Das Eintreten für eine solche normative Wirkung infolge einer zweitausendjährigen Tradition achtet die Personen, bettet die persönliche Freiheit jedoch in den normativen Rahmen der menschlichen Natur ein.

Die Mehrheit der NEK betrachtet eine solche normative Wirkung der Natur nicht als unabänderlich gegeben. Wird aus einer Tatsache direkt eine Norm abgeleitet, wird damit ein Fehlschluss gezogen (naturalistischer Paralogismus), weil nicht darlegt wird, welche moralischen Werte berücksichtigt werden, wenn der Natur gefolgt wird. Zudem vertritt

sie die Auffassung, dass gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Personen der Zugang zur muF insbesondere aus Gründen der Nichtdiskriminierung nicht untersagt werden darf. Die Ableitung von ethischen Grundsätzen aus Naturgesetzen (Bedeutung 1) ist problematisch, da dies bedeuten würde, dass das Eingreifen in einen natürlichen Prozess an sich schlecht ist. Wer diese Haltung vertritt, stellt sich auf den Standpunkt, dass alles, was die Natur macht, gut ist. Die Ausübung der Medizin zeigt jedoch genau das Gegenteil: Die Natur regelt die Dinge nicht immer optimal und eine der Aufgaben der Medizin besteht gerade darin, den natürlichen Ausgang bestimmter Erscheinungen im berechtigten Interesse der Lebenden zu ändern. Was als «Natur» oder als «natürlich» bezeichnet wird, geht zudem oft auf ein kulturelles Konstrukt zurück. Wenn beispielsweise auf der Grundlage einer angeblichen normativen Wirkung der Natur die Auffassung vertreten wird, dass die Fortpflanzungsverfahren bei gleichgeschlechtlichen Paaren nicht angewandt werden dürfen, ist dies gleichbedeutend mit der Behauptung, dass sich solche Paare mit einem «natürlichen Kindesverhältnis» nicht in Einklang bringen lassen – wie dies in der Botschaft zum Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare erwähnt ist, um das Adoptionsverbot zu rechtfertigen (Botschaft, 2002, S. 1320). Da heute jedoch sehr breit anerkannt ist (durch die Biologie, die Medizin und die Soziologie), dass gleichgeschlechtliche Paare eine Variation der Sexualität in der Bevölkerung bilden, ist es durchaus denkbar, dass sie ein Kindesverhältnis begründen. Der Entscheid, ihnen (wie übrigens auch alleinstehenden Personen) im Namen der normativen Wirkung der Natur die Inanspruchnahme von Fortpflanzungsverfahren zu verbieten, beruht somit auf fragwürdigen und diskriminierenden Auslegungen.

3.6.4 Die Meinungsvielfalt in einem pluralistischen Staat

Die modernen Gesellschaften sind grundsätzlich pluralistisch. Vor diesem Hintergrund sind eine einzige und umfassende Sicht der Welt und eine entsprechende Vorstellung von dem, was gut und richtig ist, nicht mehr möglich. Die direkte Konsequenz daraus ist der Umstand, dass unterschiedliche Meinungen und Uneinigkeit ein kennzeichnendes und konstitutives Merkmal postmoderner Gesellschaften sind. Eine pluralistische Gesellschaft, die ihre Uneinigkeiten auf moralischer Ebene ohne Anwendung von Gewalt klären will, muss formelle Bedingungen festlegen, die eine friedliche Koexistenz der Bürgerinnen und Bürger ermöglichen: Die Wahrung der Gerechtigkeit oder das Gerechtigkeitsprinzip (d. h. die unterschiedslose Berücksichtigung der Freiheit jedes Einzelnen), der Grundsatz der Schadensvermeidung und die Neutralität sind einige der Voraussetzungen, denen von liberalen Demokratien Rechnung getragen wird. Dies bedeutet eine grundsätzliche Zulässigkeit von «Unterschieden» – sei es die Vorstellung von dem, was gut und richtig ist, die Lebensweise oder verschiedene Familienmodelle –, sofern und so lange dadurch keine Rechtsgüter und keine Rechte von anderen beeinträchtigt werden.

In Bezug auf die Frage, auf die in dieser Stellungnahme eingegangen wird, vertritt die NEK die Auffassung, dass der Staat gegenüber den Vorstellungen vom sexuellen und familiären Wohl eine neutrale Haltung einnehmen muss, solange kein tatsächlicher Schaden zu verzeichnen ist. Der Staat sollte sich somit nicht in das Privatleben seiner Bürgerinnen und Bürger einmischen. Diese Neutralität setzt voraus, dass die politischen Grundsätze nicht auf der Grundlage von umstrittenen Vorstellungen vom richtigen Leben, von der Familie und von der menschlichen Natur gerechtfertigt werden. Die Gesellschaft ist kein homogenes Gebilde, in dem jedes Individuum alle Vorstellungen der anderen Individuen von dem, was gut und richtig ist, von Moral und von Anstand teilt.

Wie bereits ausgeführt wurde, liegen der Menschenwürde, der Person und dem Kindeswohl verschiedene metaphysische Auffassungen zugrunde. Deshalb ist letztlich immer Uneinigkeit möglich. Eine liberale Demokratie muss es ermöglichen, diese Vielfalt zum Ausdruck zu bringen. Sie muss der Vielfalt innerhalb der Grenzen zur Wahrung der verfassungsmässigen Rechte die Freiheit einräumen, die sie beansprucht. Der Wunsch, ein Kind zu bekommen, eine Familie zu gründen und ein Leben «wie die anderen» zu führen, ist ein berechtigtes Ziel und ein legitimer Anspruch (dies gilt im Übrigen auch für das Ziel und den Anspruch, keine Familie zu gründen und keine Kinder zu haben). Die

Ziele und Ansprüche der einen werden von den anderen unter Umständen nicht geteilt. Doch dies ist noch kein hinreichender Grund, um die Verwirklichung solcher Ziele und Ansprüche zu verhindern. Die Mehrheit der NEK ist überzeugt, dass Familien, die von gleichgeschlechtlichen Paaren gebildet werden oder deren Kinder auf eine Eizellen- oder Embryonenspende zurückgehen, durchaus in der Lage sind, die konstitutiven Zwecke der Institution Familie zu erfüllen, d. h. die erzieherischen, wirtschaftlichen, affektiven und rekreativen Bedürfnisse unter Wahrung der richtig verstandenen Interessen des Kindes zu erfüllen.

4. Die gute medizinische Praxis

Gegenüber neuen Techniken im Bereich der Medizin und der Behandlung ist eine gewisse Zurückhaltung angebracht, was im vorliegenden Fall offenkundig ist. Man sollte sich Zeit nehmen, um zu beobachten, wie sich die Methoden in der Praxis entwickeln, und allenfalls Lehren aus den Erfahrungen anderer ziehen (dies gilt insbesondere für die schlechten Erfahrungen).

Aus Gründen, die sowohl medizinischer und politischer als auch «moralischer» Natur sind, ist auch die Geschichte der muF in der Schweiz von einer solche Zurückhaltung geprägt. Der vorliegende Bericht der NEK, der 15 Jahre nach der Verabschiedung des Gesetzes und 12 Jahre nach dessen Inkrafttreten erscheint, sollte sich die seither gemachten Erfahrungen zunutze machen.

Dies gilt allgemein und ganz besonders in Bezug auf die Qualität des ärztlichen Handelns (der Auftrag der NEK bezieht sich auf die Ethik im Bereich der Humanmedizin). Eine Gesetzesrevision sollte nicht vorgeben, ein Vorgehen erleichtern zu wollen, und zugleich Grenzen vorsehen – selbst wenn diese «gelockert» wurden –, die es verunmöglichen, eine Praxis nach den derzeit anerkannten Standards sicherzustellen. Solche Grenzen haben zur Folge, dass die schweizerische Praxis nicht im Hinblick auf die internationalen Standards beurteilt werden kann und dass eine angemessene Information der betroffenen Personen schwierig wird oder zu Widersprüchen führt.

Deshalb erachtet es die NEK als wichtig, keine Lockerungen oder Öffnungen vorzuschlagen, bei denen absehbar ist, dass sich der angestrebte Zweck aus mehreren möglichen Gründen nicht erreichen lässt:

- Schwerfälligkeit der Zugangs- und Bewilligungsverfahren (bürokratische Formalitäten), die viele Paare – oder gar Ärztinnen und Ärzte – abschrecken dürfte;
- Nicht sachdienlich aus medizinischer Sicht; die Tatsache, dass den Patientinnen/Paaren aufgrund der neu erlassenen Vorschrift keine optimalen therapeutischen Verfahren nach den Grundsätzen der guten medizinischen Praxis (*Good Medical Practice*) angeboten werden können.

Diese Bemerkung gilt insbesondere für die PID, die der Bundesrat vor allem deshalb zulassen möchte, weil das bestehende Verbot den Medizintourismus (der quantitativ relativ bedeutend ist; genaue Zahlen sind jedoch nicht verfügbar) in andere Länder fördert. In einigen dieser Länder, wie zum Beispiel in Belgien, wird unter einwandfreien medizinischen und ethischen Bedingungen gearbeitet. Deshalb fordert die NEK, dass darauf verzichtet wird, in Zahlen festzulegen, wie viele Eizellen befruchtet werden dürfen: Mit einer Begrenzung auf acht Eizellen lässt sich die Diagnostik, die man zulassen möchte, nicht angemessen durchführen.

Aus ähnlichen Gründen empfiehlt die NEK, das Einfrieren von Embryonen zuzulassen, um den Frauen vermeidbare Schwierigkeiten und Komplikationen zu ersparen (in praktischer und materieller, aber auch in medizinischer und gesundheitlicher Hinsicht;

zum Beispiel, wenn wiederholt Eizellen entnommen werden müssen). Derartige Schwierigkeiten stellen auf psychosozialer Ebene oft eine erhebliche Belastung für die Frau oder das Paar dar und es gehört zu den ethischen Grundprinzipien der ärztlichen Tätigkeit, sie möglichst zu vermeiden.

Schliesslich betrifft das Verbot der Embryonenspende (und damit das Erfordernis, den Embryo zu vernichten, wenn das Paar, von dem er stammt, auf eine Schwangerschaft verzichtet) zwar noch weitere Ebenen, ist jedoch auch aus Sicht der medizinischen und sozialen Qualität der Praxis fragwürdig.

5. Zusammenfassung und Vorschläge der NEK

Die NEK steht einstimmig hinter den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit, der Nichtdiskriminierung und der Schadensvermeidung und erachtet es als notwendig, die Rahmenbedingungen für eine angemessene Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen.

1. Die Mehrheit der NEK empfiehlt, die PID zuzulassen (siehe Unterkapitel 3.2)

Sie befürwortet den Ansatz, der im Gesetzesentwurf gewählt wurde. Darin wird die Zulassung der PID weiterhin an strikte Kriterien geknüpft – die Verhinderung der Übertragung einer schweren Erbkrankheit – und zugleich dem Wohl der betroffenen Paare, bei denen eine genetische Prädisposition besteht, grosse Bedeutung beigemessen. Die PID kann als Massnahme der Solidarität mit diesen Paaren betrachtet werden. Der Schutz, auf den der Embryo Anspruch hat, rechtfertigt es nicht, den Paaren eine Last aufzuerlegen, die sie als zu schwer erachten und die mit Angst und Leiden verbunden ist. Um die Kohärenz des Rechtssystems sicherzustellen, ist es aus Sicht der Kommission gerechtfertigt, PID und PND ähnlich zu behandeln. Angesichts der im Ausland gemachten Erfahrungen und unter Berücksichtigung der geringen Zahl der zu erwartenden Fälle ist die NEK die Auffassung, dass eine gewisse Konzentration der Labortätigkeit zur Optimierung der PID beitragen würde. Damit lassen sich die Unannehmlichkeiten für das betroffene Paar auf ein Minimum beschränken.

Eine Minderheit lehnt die Legalisierung der PID ab, weil diese die Auswahl von absichtlich erzeugten Embryonen erfordert und weil sich selbst bei einer eingeschränkten Zulassung der PID eine Ausweitung der Indikationen nicht verhindern lässt und unerwünschte soziale Auswirkungen zu erwarten sind. Sie bestreitet die Ähnlichkeit zwischen PID (Embryo *in vitro*) und PND (Embryo *in utero*). Letztlich wird die Zulassung der PID die Zahl der «überzähligen» Embryonen stark erhöhen.

2. Die Mehrheit der NEK empfiehlt, den Nachweis von Aneuploidien zuzulassen (siehe Unterkapitel 3.2)

Sie spricht sich für die Zulassung des Nachweises von Aneuploidien aus, um Krankheiten und Behinderungen zu verhindern, aber auch aus Gründen, die mit der guten medizinischen Praxis zusammenhängen (vor allem Reproduktionserfolg).

Die NEK zögert, das Screening bei jeder IVF-ICSI systematisch zuzulassen. Bei Vorliegen einer Indikation empfiehlt sie jedoch den Nachweis von Aneuploidien.

Eine Minderheit befürwortet zwar die Zulassung der PID, lehnt jedoch jede Form von Screening ab.

3. Die Mehrheit der NEK empfiehlt, die HLA-Typisierung zuzulassen (siehe Unterkapitel 3.2)

Sie empfiehlt die Zulassung der HLA-Typisierung, weil sie der Ansicht ist, dass kein Urteil über die Beweggründe gefällt werden darf, auf denen der Kinderwunsch beruht, und

dass somit nicht von einer Instrumentalisierung des Kindes ausgegangen werden kann, das ganz im Gegenteil um seiner selbst willen erwünscht sein kann. Werden geeignete rechtliche Rahmenbedingungen vorgesehen, ist kein «Dammbbruch» zu befürchten.

Eine Minderheit lehnt die HLA-Typisierung ab, weil diese durch die Vernichtung von gesunden Embryonen eine Verdinglichung des menschlichen Lebens darstellt und zu einer teilweisen Instrumentalisierung des werdenden Kindes führt.

4. **Die NEK empfiehlt einstimmig, die Spermien spende für unverheiratete heterosexuelle Paare zuzulassen (siehe Absätze 3.3.2. a und c)**
5. **Die Mehrheit der NEK empfiehlt, die Spermien spende für gleichgeschlechtliche Paare und alleinstehende Personen zuzulassen (siehe Absätze 3.3.2. a und b)**

Sie erachtet die derzeitigen Einschränkungen als diskriminierend. Sie weist das Argument der normativen Wirkung der Natur zurück, da sie dieses als höchst problematisch erachtet. Zudem betont sie, dass die Begriffe der «Natur» und des «Natürlichen» kulturelle Konstrukte sind.

Eine Minderheit besteht auf der normativen Wirkung der Natur, die als Grundlage für die Ethik dienen kann und gemäss der sich der Standpunkt vertreten lässt, dass ein Kind einen Vater und eine Mutter haben sollte.

6. **Die Mehrheit der NEK empfiehlt, die Eizellenspende und die Embryonenspende zuzulassen (siehe Unterkapitel 3.5)**

In Anbetracht der Zulässigkeit der Spermien spende erachtet sie das Verbot der Eizellenspende als diskriminierend.

7. **Die Mehrheit der NEK ist der Ansicht, dass die Leihmutter schaft grundsätzlich zugelassen werden kann. Sie äussert jedoch Zweifel, ob es angesichts der Gefahren im Zusammenhang mit der Kommerzialisierung dieser Praxis möglich ist, annehmbare Rahmenbedingungen zu schaffen, mit denen allen beteiligten Personen ein angemessener Schutz gewährleistet werden kann (siehe Unterkapitel 3.6).**

Eine Minderheit möchte, dass die Leihmutter schaft im Gesetz zugelassen wird. Sie ist überzeugt, dass die Umsetzung keine grösseren Schwierigkeiten bereiten wird.

Eine andere Minderheit stellt sich aus grundsätzlichen Überlegungen gegen die Leihmutter schaft.

8. **Um negative Folgen für das Kind zu verhindern, empfiehlt die NEK einstimmig, Kindern, die im Ausland von einer Leihmutter geboren wurden und denen die Bewilligung zur Einreise in die Schweiz verweigert wird, die Aufnahme und eine sichere Rechtsstellung zu gewährleisten.**
9. **Die Mehrheit der NEK begrüsst die im Gesetzesentwurf vorgesehene Aufhebung des Verbots der Kryokonservierung von Embryonen. Sie spricht sich für die Aufhebung jeder Festlegung einer Höchstzahl von Embryonen aus, die entwickelt werden dürfen. Nur unter dieser Voraussetzung lassen sich die Möglichkeiten des elektiven Einzeltransfers von Embryonen in Übereinstimmung mit der guten medizinischen Praxis verbessern: Verringerung der Wahrscheinlich-**

keit von Mehrlingsschwangerschaften und der damit verbundenen Risiken sowie Verbesserung des Erfolgs der Fortpflanzungsverfahren (siehe Unterkapitel 3.4).

10. Die NEK empfiehlt einstimmig den Aufbau eines Registers zu den Kindern, die durch ein Fortpflanzungsverfahren gezeugt wurden (Follow-up).
11. Die NEK weist einstimmig darauf hin, dass es wichtig ist, dass die gesetzlichen Bestimmungen der guten medizinischen Praxis Rechnung tragen (siehe Kapitel 4).
12. Im Hinblick auf die Umsetzung ihrer Empfehlungen verlangt die NEK eine Anpassung des Kindesrechts (siehe Absatz 3.3.2 a).
13. Die NEK weist darauf hin, dass gegenwärtig vor allem im Bereich Fortpflanzungsmedizin eine beunruhigende Kommerzialisierung festzustellen ist.

Literatur

- Beratender nationaler Ethikausschuss für Lebens- und Gesundheitswissenschaften (Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, CCNE, 2010). Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (GPA). Avis n° 110 ; abrufbar unter der Adresse : www.ccne-ethique.fr/fr/publications/problemes-ethiques-soulevés-par-la-gestation-pour-autrui-gpa
- Bericht zur Leihmutterschaft (Bericht, 2013), Bericht des Bundesrates vom 29. November 2013 in Beantwortung des Postulates 12.3917 vom 28. September 2012 ; abrufbar unter der Adresse : www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/pressemitteilung/2013/2013-11-29/ber-br-d.pdf
- Botschaft (1996), Botschaft über die Volksinitiative « zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF) » und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 26. Juni 1996, 96.058, BBl 1996 III 205 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/1996/index_29.html
- Botschaft (2002), Botschaft zum Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare, vom 29. November 2002, 02.090, BBl 2003 1288 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2003/1288.pdf
- Botschaft (2013), Botschaft zur Änderung der Verfassungsbestimmung zur Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 BV) sowie des Fortpflanzungsmedizingesetzes (Präimplantationsdiagnostik) vom 7. Juni 2013, 13.051, BBl 2013 5853 ; abrufbar unter der Adresse : <http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2013/5853.pdf>
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2008), Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2008 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=3410
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2010) : Bestand und Struktur der Haushalte 2010 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/04/01.html
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2013a), Statistik der medizinisch unterstützte Fortpflanzung : Konservierung und Verwendung von Eizellen, imprägnierten Eizellen und Embryonen, Stand der Daten am 3. September 2013 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/02.html
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2013b), Statistik der medizinisch unterstützte Fortpflanzung : Behandlungen, Stand der Daten am 3. September 2013 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/02.html
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2013c), Statistik der medizinisch unterstützte Fortpflanzung : behandelte Personen, Indikationen und Anwendung von gespendeten Samenzellen, Stand der Daten am 3. September 2013 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/02.html
- Bundesamt für Statistik (BFS, 2013d), Statistik der medizinisch unterstützte Fortpflanzung : Behandlungen und Resultate, Gesamtansicht, Stand der Daten am 3. September 2013 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/02.html

- Bundesamt für Statistik (BFS, 2013e), Statistik der medizinisch unterstützte Fortpflanzung : überzählige Embryonen, Stand der Daten am 3. September 2013 ; abrufbar unter der Adresse : www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/03/key/02.html
- Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare (PartG), vom 18. Juni 2004, SR 211.231 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20022194/index.html
- Bundesgesetz über die Forschung an embryonalen Stammzellen (Stammzellenforschungsgesetz, StFG), vom 19. Dezember 2003, SR 810.31 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20022165/index.html
- Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG), vom 18. Dezember 1998, SR 810.11 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20001938/index.html
- Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz), vom 8. Oktober 2004, SR 810.21 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20010918/index.html
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV), SR 101 ; abrufbar unter der Adresse: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF, 2009), Die Leistungen der Familien anerkennen und fördern : Strategische Leitlinien 2015 ; abrufbar unter der Adresse: www.ekff.admin.ch/c_data/d_SL_2015_130KB.pdf
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR, 2012). Affaire Costa et Pavan c. Italie. Requête n° 54270/10 ; abrufbar unter der Adresse : hudoc.echr.coe.int/sites/fra/pages/search.aspx?i=001-112992#{{itemid}}:{{001-112992}}
- Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) vom 4. Dezember 2000, SR 810.112.2 ; abrufbar unter der Adresse: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002342/index.html
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK, 2005), Präimplantationsdiagnostik, Stellungnahme Nr. 10 ; abrufbar unter der Adresse : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK, 2006), Forschung an menschlichen Embryonen und Föten, Stellungnahme Nr. 11 ; abrufbar unter der Adresse : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK, 2007), Präimplantationsdiagnostik II: Spezielle Fragen zur gesetzlichen Regelung und zur HLA-Typisierung, Stellungnahme Nr. 14 ; abrufbar unter der Adresse : www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB), SR 210 ; abrufbar unter der Adresse: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html
- Übereinkommen (1990), Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989, in Kraft getreten am 2. September 1990, in Kraft getreten für die Schweiz am 26. März 1997 (SR 0.107); abrufbar unter der Adresse: www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19900001/index.html

sified-compilation/19983207/index.html

Verordnung über die nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (VNEK) vom 4. Dezember 2000, SR 810.113 ; abrufbar unter der Adresse : www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002343/index.html

Baertschi B. (2005). Enquête philosophique sur la dignité. Anthropologie et éthique des biotechnologies, Genève, Labor et Fides.

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2007). Ungewollt kinderlos. Was kann moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun? abrufbar unter der Adresse : www.berlin-institut.org/publikationen/studien/ungewollt-kinderlos.html

Berlin I. (1988). Two Concepts of Liberty (1958). In: Berlin I., Four Essays on Liberty, Oxford, Clarendon Press: 6-19.

Birnbacher P. (1997). Das Dilemma des Personbegriffs. In : Strasser & Starz (dir.), Personsein aus Bioethischer Sicht, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, p. 9-25.

Bleisch B. (2012). Leihmutterschaft als persönliche Beziehung. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik; 17: 5-28.

Bobbio N. (1990). L'età dei diritti. Torino, Einaudi.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE, 2010). Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (GPA). Avis n° 110.

Deonandan R., Green S., van Beinum A. (2012). Ethical concerns for maternal surrogacy and reproductive tourism. Journal of Medical Ethics; 38:742-45.

Dreifuss-Netter F. (2009). Droit à l'enfant et droit de l'enfant. In: J.-M. Larralde (éd), La libre disposition de son corps, Bruxelles, Nemesys/Bruylant, p. 159-171.

Eggert N. (2013). Enjeux éthiques des nouvelles technologies de la reproduction: Une conception de la justice à l'interface de l'éthique du "care" et de l'approche des "capabilités". Thèse de doctorat ès sciences de la vie présentée à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, manuscrit.

Engelhardt Jr. H. T. (1996). The Foundations of Bioethics. Second Edition, New York/Oxford, Oxford University Press, Chp. 4 « The Context of Health Care : Persons, Possessions, and States », p. 135-156.

Engeli I. (2010). Les politiques de la reproduction. Les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse, Paris, L'Harmattan.

Fagot-Largeault A. & Delaisi de Parseval G. (1989). Qu'est-ce qu'un embryon ? panorama des positions philosophiques actuelles. Esprit : 86-120.

Fisher J. (2009). Infertility and assisted reproduction. In: WHO (ed), Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature: 128-146.

Habermas J. (2001). Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik ?, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.

Haker H. (2002). Ethik der genetische Frühdiagnostik, Paderborn, Mentis.

- Heitman E. (1999). Social and Ethical Aspects of IVF. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*; 15(1): 22-35.
- Höffe O. (2001). Rechtspflichten vor Tugendpflichten – Das Prinzip Menschenwürde im Zeitalter der Biomedizin, in: Ch. Geyer (Hrsg.), *Biopolitik. Die Positionen*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 63-74.
- Höffe O. (2011). Ein bemerkenswerter Fortschritt (Ethische Überlegungen zur Präimplantationsdiagnostik). *Frankfurter Allgemeine Zeitung*; 29. Juni (148) : 31.
- Hottois G. (1984). *Le signe et la technique*, Paris, Flammarion.
- Hottois G. (2004). *Philosophies des sciences, philosophies des techniques*, Paris, Odile Jacob.
- Humbyrd C. (2009). Fair trade international surrogacy. *Developing World Bioethics*; 9: 111-18.
- Ide P. (2004). *Le zygote est-il une personne humaine ?* Paris, Téqui.
- Kant I. (1917), *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, Kant's Werke, Band VII, 1798, Berlin, Georg Reimer.
- Kant I. (1911), *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Kant's Werke, Band IV, 1785, Berlin, Georg Reimer.
- Karnein A. (2013). *Zukünftige Personen. Eine Theorie des ungeborenen Lebens von der künstlichen Befruchtung bis zur genetischen Manipulation*, Berlin, Suhrkamp.
- Kind C., Braga S., Studer A. (Hrsg.) (2009). *Auswählen oder annehmen ? Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik – Testverfahren an werdendem Leben*, Zürich, Chronos Verlag.
- Locke J. (1975). *An Essay concerning Human Understanding*, Nidditch P. H. (ed.), Oxford, Oxford University Press.
- Macklin R. (2003). Dignity is a useless concept : It means no more than respect for persons or their autonomy. *British Medical Journal*; 327: 1419-20.
- Maio G., Eichinger T., Bozzaro C. (Hrsg.) (2013). *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Ethische Herausforderungen der technisierten Fortpflanzung*, Freiburg, Verlag Karl Alber.
- Martin A. & Baertschi B. (2013). In favor of PGD : The moral duty to avoid harm argument. *The American Journal of Bioethics*; 12(4): 12-3.
- Mill J.S. (2006). *Nature*, in *Id. : Essays on Ethics, Religion, and Society. Collected Works of John Stuart Mill*, Liberty Fund.
- Orland B. (1999). Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit – Zur Normalisierung der Reproduktionsmedizin seit den 1970er Jahren. *Technikgeschichte*; 66(4) : 311-337.
- Parfit D. (1984). *Reasons and Persons*, Oxford, Oxford University Press.
- Putallaz F.-X. & Schumacher B. (dir.) (2008). *L'humain et la personne*. Préface de P. Couchevin, Paris, Editions du Cerf.

- Putallaz F.-X. (2008). Diagnostic préimplantatoire : Questions d'éthique impertinentes. *Nova et Vetera* ; 83 (1) : 85-96.
- Quinn et al. (2012). Preserving the Right to Future Children: An ethical Case Analysis. *American Journal of Bioethics* ; 12(6) :38-43.
- Rager G. (2006). *Die Person. Wege zu ihrem Verständnis*, Academic Press und Herder.
- Rawls J. (1972). *A Theory of Justice*. Oxford, Clarendon Press.
- Rehmann-Sutter C., Daubitz S., Schües C. (2013). „Spender gefunden, alles klar!“ ethische Aspekte des HLA-Tests bei Kindern im Kontext der Stammzelltransplantation. *Bioethica Forum*; 6(3): 89-96.
- Ruutinen et al. (2013). Expanding access to Testicular Tissue Cryopreservation : An Analysis by Analogy. *American Journal of Bioethics* ; 13(3) : 28-35.
- Romagnoli S. et al. (2012). Considérations éthiques et juridiques sur les modalités du don dans la transplantation : une comparaison entre le don de cellules souches sanguines et le don d'organes. *Revue suisse de droit de la santé* : 399-415.
- Schaber P. (2013). Wie soll die PID geregelt werden ? Eine ethische Perspektive. Gutachten zur rechtlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik aus ethischer Sicht ; abrufbar unter der Adresse : www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=fr
- Scherrer et al. (2012). Systemic and Pulmonary Vascular Dysfunction in Children Conceived by Assisted Reproductive Technologies. *Circulation*; 125: 1890-1896.
- Simoni H. (2012). Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten „Kindeswohl, Familie und Elternschaft“ im Fortpflanzungsmedizinengesetz. Avis mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP); abrufbar unter der Adresse: www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=de
- Spaemann R. (1996). *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen « etwas » und « jemand »*, Stuttgart, Klett-Cotta Verlag.
- De Wert G. (2013). Preimplantation genetic screening : dynamics and ethics. *Bioethica Forum*; 6(3): 112-3.
- Wunder D. (2013). Social freezing in Switzerland and worldwide – a blessing for women today? *Swiss Medical Weekly*; feb. 27, 143:0.
- Zimmermann-Acklin M. (2012). Sollte die Präimplantationsdiagnostik (PID) unter den gleichen Voraussetzungen zulässig sein wie die Pränataldiagnostik (PND)? Gutachten zur rechtlichen Regelung der Präimplantationsdiagnostik aus ethischer Sicht ; abrufbar unter der Adresse : www.bag.admin.ch/themen/medizin/03878/03882/index.html?lang=fr

