

**B e r i c h t**  
**der interministeriellen Kommission**  
**zur Aufarbeitung von Fragen der Bioethik**  
**- Fortpflanzungsmedizin -**  
**vom 18. März 1986**

**Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz**  
**Ernst-Ludwig-Straße 3**

**6500 Mainz**

**Telefon: 16-4800**

## Thesen

### These I

In-vitro-Fertilisation (künstliche Befruchtung außerhalb des Mutterleibes) mit Gameten (Ei- und Samenzellen) eines Ehepaares und anschließender Embryotransfer auf die Ehefrau zu Lebzeiten des Ehemannes sind als Sterilitätstherapie ethisch und rechtlich vertretbar, wenn andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind.

### These II

Mit der Vereinigung von Ei- und Samenzelle beginnt artspezifisches menschliches Leben. Ihm kommt von diesem Zeitpunkt an ein ethischer und rechtlicher Wert um seiner selbst willen zu.

### These III

Erzeugung und Konservierung menschlicher Embryonen sind nur mit dem Ziel des Embryotransfers zulässig. Es ist darauf hinzuwirken, daß nur die für den Transfer unverzichtbare Anzahl von Embryonen entsteht.

### These IV

Eine Konservierung menschlicher Embryonen ist nur zulässig, um den Embryotransfer zur Erhöhung der Nidationschance in einem der nachfolgenden Zyklen der Frau durchzuführen. Werden bei der ersten Implantation nicht alle Embryonen (mit)übertragen, so kann mit Einverständnis der „Eltern“ eine zeitlich begrenzte Konservierung eingeleitet oder fortgesetzt werden, um

- die Behandlung bis zur Geburt eines Kindes weiterzuführen oder
- nach Geburt eines Kindes einen weiteren Embryotransfer vornehmen zu können.

#### These V

Sind im Rahmen der Sterilitätsbehandlung einzelne Embryonen nicht implantiert worden, besteht bei den „Eltern“ kein Kinderwunsch mehr und kommt auch die Übertragung auf eine andere Frau unter den Voraussetzungen der These XI nicht in Betracht, so ist die Kryokonservierung zu beenden und der Tod der Embryonen hinzunehmen.

#### These VI

Werden (diese) Embryonen dem Tod überlassen, dürfen sie zuvor allenfalls insoweit für Forschungszwecke benutzt werden, als auf gesetzlicher Grundlage sichergestellt ist, daß

- die Versuche in entscheidender Weise dem Leben anderer zu dienen vermögen,
- der erwartete Erkenntnisgewinn nicht anders (etwa durch Tierversuche) erzielt werden kann und
- die Einwilligung der „Eltern“ vorliegt.

Versuche wie Klonen, Bildung von Mensch - Tier - Hybriden und Erzeugung von Chimären sind auszuschließen.

#### These VII

Die künstliche Befruchtung ist grundsätzlich auf Ehepaare zu beschränken.

#### These VIII

Die künstliche Befruchtung der Ehefrau mit dem Samen eines Dritten (heterologe Insemination) und die heterologe IVF nach Samenspende mit anschließendem Embryotransfer sind ethisch grundsätzlich nicht vertretbar.

Sofern gleichwohl in Einzelfällen eine heterologe Befruchtung durchgeführt wird, muß sichergestellt sein, dass beide Eheleute ihre rechtlich bindende Einwilligung erteilt haben und das Kind den Namen seines genetischen Vaters erfahren kann.

#### These IX

Bei der Spermadeponierung (Samenbank) zu Zwecken der heterologen künstlichen Befruchtung ist sicherzustellen, daß der Samen eines Spenders nur im Rahmen der Sterilitätstherapie eines Ehepaares verwendet wird. Nur wenn die Behandlung nicht zu der Geburt eines Kindes geführt hat, ist die Verwendung weiterer Samenspenden desselben Spenders zur Behandlung eines anderen Ehepaares zulässig.

#### These X

Gegen die Eispende sprechen die gleichen - wenn nicht stärkeren - ethischen Bedenken wie gegen die Samenspende. Daher müssen zumindest die für die Samenspende aufgestellten Bedingungen entsprechend erfüllt sein.

#### These XI

Die Embryonenspende ist ethisch allenfalls dann zu rechtfertigen, wenn durch sie ein Embryo vor dem Tod bewahrt wird.

Dabei ist sicherzustellen, daß

- die genetischen „Eltern“ dem Transfer zustimmen,
- das andere Ehepaar, das nur durch die Embryonenspende zu einem Kind kommen kann, bereits ist, das Kind als eigenes anzunehmen und
- dies rechtlich abgesichert wird.

## These XII

Eine Ersatzmutterschaft (Leih-, Miet-, Surrogat-, Ammenmutterschaft) in der Weise, daß sich eine Frau künstliche heterologe Befruchtung oder einen fremden Embryo transferieren läßt, um das Kind nach seiner Geburt Dritten zu überlassen, ist abzulehnen. Darauf gerichtete gewerbliche Unternehmen sind zu verbieten.

## B e r i c h t

### I. Allgemeines

#### 1. Einsetzung und Auftrag der Kommission

Im Anschluß an die Regierungserklärung des Ministerpräsidenten vom 23.5.1985 zur Halbzeit der 10. Legislaturperiode hat der Ministerrat in seiner Sitzung vom 4.6.1985 festgestellt, daß auch von der Landesregierung Rheinland-Pfalz Aussagen zu den vielfältigen Fragen im Zusammenhang mit den Methoden der künstlichen Befruchtung und der Gentechnologie erwartet werden. Deshalb hat er den Minister der Justiz beauftragt, eine interministerielle Kommission zur Aufarbeitung von Fragen der Bioethik zu berufen. **Aufgabe der Kommission** ist es, in interdisziplinärer Zusammenarbeit und unter Berücksichtigung der bereits vorliegenden Erkenntnisse Entscheidungsgrundlagen für die Landesregierung zur Wahrung ihrer politischen Verantwortung zu erarbeiten. In einem ersten - möglichst bis zum 31.3.1986 - zu erstattenden Zwischenbericht sollte sich die Kommission mit den Problemen der künstlichen Befruchtung außerhalb des Mutterleibes (In-vitro-Fertilisation) beschäftigen.

#### 2. Zusammensetzung und Arbeitsweise

Unter Vorsitz des Ministers der Justiz haben an der Kommissionsarbeit mitgewirkt:

die Staatskanzlei

- durch Leitenden Ministerialrat Dr. Gebauer  
und Ministerialrat Dr. Horn -;

das Ministerium für Landwirtschaft, Weinbau und Forsten

- durch Ministerialdirigent Dr. Maurer -;

das Ministerium für Umwelt und Gesundheit

- durch Ministerialdirigent Prof. Dr. Fuchs  
und Regierungsdirektor Werther -;

das Ministerium für Soziales und Familie

- durch Ministerialrat Hötzel -;

das Ministerium für Wirtschaft und Verkehr

- durch Staatssekretär Dr. Stollenwerk und  
Regierungsdirektor Palmen -;

das Kultusministerium

- durch Staatsminister Dr. Gölter und  
Leitenden Ministerialrat Grandjean -;

das Ministerium für Bundesangelegenheiten

- durch Staatsminister Martin und  
Frau Regierungsdirektorin Dr. Wurzel -;

das Ministerium der Justiz

- durch Staatsminister Prof. Dr. Bickel,  
Staatssekretär Prof. Dr. Rudolf,  
Ministerialdirigent Lenz und  
Regierungsdirektor Meiborg -.

In ihrer konstituierenden Sitzung am 19.11.1985 hat die  
Kommission Sachverständige als ständige Mitglieder beru-  
fen:

Privatdozent Dr. Ackermann,

- Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe  
und Frauenkrankheiten der Johannes Gutenberg-Univer-  
sität Mainz -;

Prof. Dr. Friedberg,

- Leiter der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, auf Vorschlag der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz -;

Prof. Dr. Herms,

- Fachbereich Evangelische Theologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Seminar für Systematische Theologie und Sozialethik -;

Prof. Dr. Leithoff,

- em. Leiter des Instituts für Rechtsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, auf Vorschlag der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz -;

Prof. Dr. Reiter,

- Fachbereich Katholische Theologie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Seminar für Moraltheologie und Sozialethik, Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages "Chancen und Risiken der Gentechnologie" -;

Prof. Dr. Theile,

- Leiterin der genetischen Beratungsstelle des Landes Rheinland-Pfalz -;

G. Zierl,

- Richter am Amtsgericht, Geschäftsführer der Deutschen Richterakademie in Trier, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Richterbundes -.

In den nachfolgenden vier Sitzungen hat sich die Kommission ausschließlich mit den Fragen der Fortpflanzungsmedizin befaßt. Der Schwerpunkt der Erörterungen lag bei den Problemen der extrakorporalen Befruchtung (In-vitro-Fertilisation). Wegen des engen Sachzusammenhangs wurden auch Fragen der heterologen Insemination angesprochen.

Gemäß ihrer Aufgabenstellung befaßte sich die Kommission schwerpunktmäßig mit den ethischen Aspekten der modernen Fortpflanzungsmedizin.

Thesenartige Leitsätze fassen das Ergebnis der Beratungen zusammen. Einzelne Thesen tragen deutliche Züge eines Kompromisses. Nicht alle Thesen werden von allen Kommissionsmitgliedern mitgetragen.

Bereits vorliegende Stellungnahmen zu dem Themenbereich "Künstliche Befruchtung" wurden von der Kommission soweit wie möglich berücksichtigt und teilweise in die Begründung der Thesen einbezogen.

Die Empfehlungen beschränken sich nicht allein auf den Bereich des Landesrechts. Sie versuchen vielmehr auch aufzuzeigen, auf welchen Gebieten die Landesregierung auf Änderungen oder Ergänzungen des Bundesrechts hinwirken sollte.

## II. Ausgangslage und Problembeschreibung

### 1. Hilfen gegen Kinderlosigkeit

In der Bundesrepublik Deutschland bleiben etwa 10 bis 15 % aller im Fortpflanzungsalter stehenden Ehepaare gegen ihren Willen kinderlos, wobei die Ursachen der Sterilität ungefähr gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt sind. Dabei ist die Sterilität der Frau in ca. 30 % der Fälle auf eine gestörte Funktionsfähigkeit der Eileiter zurückzuführen. In diesen Fällen kann die In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer dazu dienen, den Ehepartnern ihren Wunsch nach dem eigenen Kind zu erfüllen, und zugleich möglichen negativen Auswirkungen der Sterilität auf die Ehe entgegenwirken (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe In-vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie - im folgenden nach ihrem Vorsitzenden kurz "Benda-Bericht" - unter 2.1.1.1).

Bis zum Juni 1985 sind nach einer Erhebung des Direktors der Frauenklinik Kiel, Prof. Dr. Kurt Semm, weltweit 1.500 Kinder nach In-vitro-Fertilisation (IVF) und anschließendem Embryotransfer (ET) geboren worden. Auch in der Bundesrepublik Deutschland gehört die IVF bereits zur klinischen Routine. Hier wurden bis Juni 1985 131 Kinder nach Embryotransfer geboren. Nach Angabe der Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Frau Prof. Dr. Retzlaff, vom Januar 1986, belaufen sich die Zahlen weltweit inzwischen auf über 2.300, bei uns auf über 200. In der Bundesrepublik Deutschland entstehen 70 % der im Reagenzglas begonnenen Schwangerschaften in den drei großen Zentren in Lübeck/Bonn, Erlangen und Kiel. Die restlichen 30 % verteilen sich auf 18 verschiedene größere und auch kleinere Kliniken. Mediziner erwarten, daß sich

künftig pro Jahr ca. 1.500 Paare um eine extrakorporale Befruchtung bemühen werden (vgl. J. Reiter, Gentechnologie und Reproduktionstechnologie, Herausforderung für die christliche Ethik, Mainz 1986, 15).

In Rheinland-Pfalz wird die IVF soweit bekannt bislang nicht praktiziert.

## 2. Zur Methode der IVF

Bei der künstlichen Befruchtung werden nach Einstich in den Unterbauch der Frau mit einer Punktionsnadel (Hohlnadel) über einen Teflonschlauch Eizellen abgesaugt, in eine Petri-Schale oder Retorte gebracht und, je nach Reifegrad, 3 bis 5 Stunden später mit dem Samen des Ehemannes befruchtet. Hierauf kommt es zur Teilung der Zellen. Ungefähr 48 bis 60 Stunden nach Eizellgewinnung werden die befruchteten Eizellen im Vier- oder Acht-Zellstadium über einen Katheder in den Uterus der Mutter zurückgesetzt.

Nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft werden für eine Sterilitätsbehandlung mehrere befruchtete Eizellen benötigt, ohne daß die für eine erfolgreiche Therapie erforderliche Zahl exakt vorausbestimmt werden kann. Wenn nicht alle befruchteten Eizellen beim ersten Transfer mitübertragen werden können, stellt sich die ethisch und rechtlich bedeutsame Frage, was mit den nicht unmittelbar eingepflanzten Embryonen geschieht. Dies betrifft insbesondere die Fragen des Einfrierens (Kryokonservierung) und der Forschung mit Embryonen.

### 3. Homologe und heterologe künstliche Befruchtung

Grundsätzlich werden bei IVF die Eizellen der Ehefrau, die keinen funktionsfähigen Eileiter besitzt, mit den Samenzellen des Ehemannes verschmolzen (homologes System). Bei einem nicht ganz geringen Prozentsatz von Ehepaaren kommt zu einer gestörten Funktionsfähigkeit der Eileiter der Frau noch die Sterilität des Mannes hinzu. Damit scheidet die Befruchtung der Eizelle der Ehefrau mit den Samenzellen des Ehemannes aus. Sind in derartigen Fällen die Voraussetzungen für eine operative Entnahme befruchtungsfähiger Eizellen der Frau gegeben, kann die Samenspende eines Dritten die Durchführung einer In-vitro-Fertilisation ermöglichen und damit dem Ehepaar zu einem Kind verhelfen, das mit der Frau genetisch verwandt ist (heterologes System).

In diesem Zusammenhang sind auch die Probleme der herkömmlichen heterologen Insemination zu bedenken, bei der die Befruchtung im Körper (in vivo) erfolgt, indem die Spermien in den Uterus appliziert werden. Ca. 500 heterolog gezeugte Kinder werden jährlich in der Bundesrepublik geboren. (Prof. Dr. Reiter, "Künstliche Zeugung als ethisches Problem" in Herder Korrespondenz 1985 S. 35).

Zusätzliche Probleme bringt die künstliche Befruchtung bei nicht verheirateten Paaren und alleinstehenden Frauen.

### 4. IVF nach Eispende

Stehen der Ehefrau keine eigenen befruchtungsfähigen Eizellen zur Verfügung, so ist es medizinisch möglich, den Kinderwunsch eines Ehepaares dadurch zu erfüllen, daß die Eizelle einer fremden Frau extrakorporal mit dem Samen des Ehemannes befruchtet und auf die Ehefrau übertragen wird.

## 5. Samenbanken

In Samenbanken wird das Spermium meist anonymen Spender tiefgefroren (bei minus 196 ° Celsius) aufbewahrt, um es zur künstlichen Befruchtung für Frauen bereitzustellen, deren Männer zeugungsunfähig sind oder die ohne Partner leben, sich aber ein Kind wünschen. Diese Entwicklung begann Anfang der 60er Jahre in den USA. Dort bieten derzeit etwa 20 "Fruchtbarkeitskliniken" mehr als 100.000 Spermaproben zur Auswahl an, katalogisiert nach Größe, Gewicht, Haut-, Haar-, Augenfarbe und weiteren spezifischen Merkmalen des Spenders.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die erste Samenbank 1973 in München eingerichtet. Die "Kryo-Bank" ("Kälte-Bank") in Essen beispielsweise bewahrt den Samen gegen eine jährliche Depotgebühr von 400,- DM auf. Die Samenspenden werden nach verschiedenen Gesichtspunkten (Gesundheitszustand, Intelligenzgrad ...) ausgewählt. Für eine kommerzielle Samenspende werden in der Regel 200,- DM gezahlt.

Auch die Einrichtung von Eibanken ist künftig vorstellbar. Allerdings gelingt es bisher in der Regel noch nicht, ein einmal eingefrorenes Ei wieder befruchtungsfähig zu machen. Dies ist Zeitungsberichten zufolge nunmehr australischen Ärzten gelungen.

## 6. Embryonenspende

Stehen einer Frau keine eigenen befruchtungsfähigen Eizellen zur Verfügung und ist der Ehemann steril, so ist es medizinisch möglich, den Kinderwunsch des Ehepaares dadurch zu erfüllen, daß der Ehefrau fremde, extrakorporal befruchtete Eizellen implantiert werden.

## 7. Ersatzmutterschaft

Der Begriff der Ersatzmutterschaft wird in der öffentlichen Diskussion mit unterschiedlichen Bezeichnungen und unterschiedlichem Inhalt verwendet. Gängig sind die Begriffe Leih-, Miet-, Ammen- und Surrogatmutter. Folgende Fälle werden diskutiert:

1. Eine Frau unterzieht sich der heterologen Insemination mit dem Samen eines Mannes, der wünscht, später zusammen mit seiner Ehefrau das Kind zu adoptieren.
2. Eine Frau trägt ihr genetisch eigenes Kind aus, das in vitro mit dem Samen eines fremden Mannes erzeugt worden ist, der wünscht, später zusammen mit seiner Ehefrau das Kind zu adoptieren
3. Eine Frau ist bereit, einen fremden Embryo für dessen genetische Eltern auszutragen.

### III. Thesen und Begründungen

#### These I:

**In-vitro-Fertilisation (künstliche Befruchtung außerhalb des Mutterleibes) mit Gameten (Ei- und Samenzellen) eines Ehepaars und anschließender Embryotransfer auf die Ehefrau zu Lebzeiten des Ehemannes sind als Sterilitätstherapie ethisch und rechtlich vertretbar, wenn andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind.**

Gegen die Zeugung menschlichen Lebens außerhalb des Mutterleibes werden in der Bundesrepublik erhebliche Bedenken geltend gemacht. Sie reichen von absoluter Verurteilung bis zu bedingter Bejahung:

- a) Die extrakorporale Befruchtung sei in sich widersittlich, da es sich um einen Eingriff des Menschen in den Gesamtzusammenhang der Zeugung handele, bei dem die Erzeugung eines Menschen aus der liebenden Verbindung der beiden Partner gelöst und in einen technischen Vorgang verwandelt werde. Jeder einzelne Geschlechtsakt sei seiner Natur gemäß zeugungsorientiert. Die Sinnverbindung von Liebe und Fruchtbarkeit für jeden einzelnen Akt führe dann umgekehrt zu der Bindung der Fruchtbarkeit an einen solchen Aktvollzug als einzig natürlichen Ort der Zeugung, (vgl. F. Böckle, A.W. von Eiff, Wissenschaft und Ethos, in: Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft, Bd 20, Freiburg 1982, 128 f.).
- b) Eine andere Position erhebt grundsätzliche Einwände gegen den Zweck der extrakorporalen Befruchtung. Der Kinderwunsch einer Frau, die auf andere Weise keine Kinder haben kann, wird als Zweckmoral bewertet. Dabei wird gel-

tend gemacht, daß der Aufwand, der eingesetzt werden muß, um einem einzelnen Paar seinen an sich berechtigten Wunsch zu erfüllen, außerhalb jeder Proportion liege, umso mehr, als es genügend elternlose und hungernde Kinder gebe, die auf Aufnahme warteten. Der einzig verantwortliche Weg sei daher Verzicht oder Adoption (vgl. Böckle, a.a.O. 130 f).

- c) Andere Kritiker verweisen auf die möglichen Nebenwirkungen und die Gefahren, die mit der In-vitro-Fertilisation verbunden sein können. Denn die IVF stelle neben den Methoden der Gentechnologie die wesentliche Voraussetzung dar für tiefgehende Eingriffe in die menschliche Reproduktion, Embryonalentwicklung und für Experimente mit menschlichen Embryonen (vgl. J. Reiter, "Künstliche Zeugung als ethisches Problem" in Herder-Korrespondenz 1985, S. 35).
- d) Zudem wird die Befürchtung geäußert, bei vielen Menschen verstärke sich die Ansicht, die gesamte Wirklichkeit sei machbar. Wo alles vom Menschen gemacht werde und hergestellt erscheine, sei kein Grund vorhanden, nicht auf die Erfüllung aller Bedürfnisse zu dringen. So könne die Bereitschaft schwinden, eigene Wünsche um eines höheren Gutes willen zurückzustellen. Die Auswirkungen der neuen reproduktiven Methoden auf die Werteinstellung der Gesellschaft dürften nicht unterschätzt werden. Hier sei insbesondere das Rollenverständnis von Vater und Mutter sowie die Beziehung zwischen Kindern und Eltern betroffen (J. Reiter, Gentechnologie und Reproduktionstechnologie a.a.O. 26 f.).
- e) Letztlich ungeklärt ist bisher die Frage, ob und welche langfristigen schädlichen Folgen bei Kindern zu erwarten sind, die aus der Retortenbefruchtung entstanden sind. So wird von Kritikern der IVF darauf hingewiesen, daß zwar nicht grobe oder deutlich sichtbare körperliche Schäden

zu erwarten seien, zumindest aber psychosomatische Störungen, die erst nach einigen biographischen Zyklen (z.B. 15 oder 25 Jahren) zu beobachten seien (vgl. Petersen, Sondervotum zum Bericht der Benda-Kommission).

Trotz der dargelegten Bedenken und Befürchtungen gegen die IVF ist die Kommission der Ansicht, daß diese Methode ethisch und rechtlich vertretbar ist:

Sie ermöglicht es, ungewollt kinderlosen Ehepaaren den Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen. Viele Ehepaare empfinden die Gründung einer Familie und das Fortleben in ihren Kindern als Erfüllung ihrer Ehe.

Ein absolutes Recht auf Kinder gibt es jedoch nicht. Der Wunsch nach einem Kind und das Wohl des Kindes müssen gegeneinander abgewogen werden. Die Erfüllung des Kinderwunsches findet ihre Grenzen in dem Wohl des Kindes.

Aus der Sicht der Kommission bestehen im Hinblick auf das Wohl des Kindes grundsätzliche Bedenken, Eizellen mit dem Sperma des Ehemannes zu befruchten oder einen Embryotransfer durchzuführen, wenn der Ehemann zu diesem Zeitpunkt bereits verstorben ist.

**These II:**

**Mit der Vereinigung von Ei- und Samenzelle beginnt artspezifisches menschliches Leben. Ihm kommt von diesem Zeitpunkt an ein ethischer und rechtlicher Wert um seiner selbst willen zu.**

Verfassungsrechtlich noch ungeklärt ist die Frage, ob die befruchtete Eizelle schon Träger von Grundrechten sein kann. Von dem Zeitpunkt der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle handelt es sich aber um artspezifisches menschliches Leben. Als Erscheinungsform eines menschlichen Individuums, in dem bereits das ganze genetische Programm verwirklicht ist, kommt ihm um seiner selbst willen ein moralischer Status zu. Die befruchtete Eizelle darf deshalb nicht zum Objekt gemacht werden.

**These III:**

**Erzeugung und Konservierung menschlicher Embryonen sind nur mit dem Ziel des Embryotransfers zulässig. Es ist darauf hinzuwirken, daß nur die für den Transfer unverzichtbare Anzahl von Embryonen entsteht.**

Ziel und Legitimation der IVF ist die Geburt eines Kindes unter Überwindung der menschlichen Sterilität. Nur dieses Ziel rechtfertigt die Erzeugung menschlicher Embryonen außerhalb des Mutterleibes. Die Befruchtung menschlicher Eizellen zur Forschung oder zu anderen Zwecken zielt von Anfang an nicht auf Entwicklung, sondern Vernichtung menschlichen Lebens. Sie muß daher verhindert werden. Auch die Kryokonservierung darf nur mit dem Ziel erfolgen, einen Embryotransfer zu ermöglichen.

Nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft werden für eine Sterilitätsbehandlung immer mehrere befruchtete Eizellen benötigt, ohne daß die für eine erfolgreiche Therapie erforderliche Zahl exakt vorausbestimmt werden kann. Der Gefahr einer Verzweckung menschlichen Lebens wird am sichersten begegnet, wenn nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie einzzeitig auf die Frau übertragen werden können. Die Erzeugung und Konservierung menschlicher Embryonen auf Vorrat wird deshalb von der Kommission abgelehnt.

**These IV:**

**Eine Kryokonservierung menschlicher Embryonen ist zulässig um den Embryotransfer zur Erhöhung der Nidationschance in einem der nachfolgenden Zyklen der Frau durchzuführen. Werden bei der ersten Implantation nicht alle Embryonen (mit)übertragen, so kann mit Einverständnis der "Eltern" eine zeitlich begrenzte Kryokonservierung eingeleitet oder fortgesetzt werden, um**

- die Behandlung bis zur Geburt eines Kindes weiterführen oder**
- nach Geburt eines Kindes einen weiteren Embryotransfer vornehmen**

**zu können.**

Durch die hormonelle Stimulation und die Operation zur Gewinnung von Eizellen ist oft der an sich für den Embryotransfer in Frage kommende Zyklus der Frau gestört, so daß die Nidationschancen nach einem Embryotransfer in diesem Zyklus geringer als normal sind. Weiter erfolgt die Embryoentwicklung in vitro etwas langsamer als in utero, so daß zu dem für den Transfer günstigsten Zeitpunkt - nach etwa drei bis vier Zellteilungen des Embryos - die notwendige synchrone Entwicklung von Gebärmutter und Embryo nicht gewährleistet ist.

Aus diesen Gründen wird es in einigen Zentren als sinnvoll angesehen, die befruchteten Eizellen zunächst einzufrieren, um deren Transfer zu einem für die Einnistung günstigeren Zeitpunkt in einem der nächsten Zyklen durchzuführen (vgl. Benda-Bericht unter 2.5.1.1).

Dabei muß man jedoch sehen, daß beim gegenwärtigen Stand der Kryokonservierungstechnik ein relativ hoher Anteil der Embryonen beim "Auftauen" zu Grunde geht. Um diese Verlustrate auszugleichen, besteht das Bestreben, mehr Eizellen zu

befruchten, als an sich für den Embryotransfer benötigt werden. Damit entsteht aber das Risiko, Embryonen zu erhalten, die nicht einzeitig übertragen werden können.

Nach Ansicht der Kommission ist die Kryokonservierung trotzdem hinzunehmen, weil sie offenbar in vielen Fällen erst eine erfolgreiche Behandlung ermöglicht.

Werden bei der ersten Implantation aus medizinischen Gründen nicht alle Embryonen mitübertragen, so kann die Kryokonservierung fortgesetzt werden, um die Sterilitätsbehandlung weiterführen zu können, wenn der erste Transfer nicht zu der Geburt eines Kindes geführt hat.

In den seltenen Ausnahmefällen, in denen nach der Geburt eines Kindes noch kryokonservierte Embryonen vorhanden sind, hält es die Kommission unter dem Gesichtspunkt der Erhaltung des Lebens für vertretbar, die Kryokonservierung zunächst weiterzuführen. Damit erhalten diese Embryonen die Chance, entsprechend ihrer Bestimmung als Mensch in die Familie geboren zu werden, von der sie abstammen.

In jedem Fall ist die Kryokonservierung zeitlich zu begrenzen. Unter anderem ist bislang ungeklärt, ob eine längerfristige Kryokonservierung sich schädlich auf den Embryo auswirkt. Zudem besteht das Problem eines Generationensprungs.

Besteht aus medizinischen Gründen keine Notwendigkeit, Embryonen vor dem ersten Transfer tiefzugefrieren, können aber nicht alle gleichzeitig transferiert werden, so ist eine Kryokonservierung unter den oben dargelegten Voraussetzungen zulässig.

**These V:**

**Sind im Rahmen der Sterilitätsbehandlung einzelne Embryonen nicht implantiert worden, besteht bei den "Eltern" kein Kinderwunsch mehr und kommt auch die Übertragung auf eine andere Frau unter den Voraussetzungen der These XI nicht in Betracht, so ist die Kryokonservierung zu beenden und der Tod der Embryonen hinzunehmen.**

Steht fest, daß ein Transfer auf die genetische Mutter nicht in Betracht kommt, so ist der Tod der Embryonen hinzunehmen. Das ethische und rechtliche Gebot, menschliches Leben zu erhalten, schließt nicht die Forderung ein, es mit allen Mitteln, unter jeden Bedingungen und um jeden Preis zu erhalten.

Die Kommission ist jedoch der Auffassung, daß es gerechtfertigt sein kann, die Übertragung des Embryos auf eine andere Frau dem Tod vorzuziehen. Damit wird die Lebenschance des künstlich erzeugten Embryos erhalten (vgl. hierzu These XI "Embryonenspende").

**These VI:**

**Werden (diese) Embryonen dem Tod überlassen, dürfen sie zuvor allenfalls insoweit für Forschungszwecke benutzt werden, als auf gesetzlicher Grundlage sichergestellt ist, daß**

- die Versuche in entscheidender Weise dem Leben anderer zu dienen vermögen,
- der erwartete Erkenntnisgewinn nicht anders (etwa durch Tierversuche) erzielt werden kann und
- die Einwilligung der "Eltern" vorliegt.

**Versuche wie Klonen, Bildung von Mensch - Tier - Hybriden und Erzeugung von Chimären sind auszuschließen.**

Angesichts der ethischen Maxime, niemals menschliches Leben als bloßes Mittel zum Zweck einzusetzen, bestehen erhebliche Bedenken dagegen, mit menschlichem Leben zu experimentieren. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob nicht unter bestimmten Voraussetzungen Forschungen mit Embryonen durchgeführt werden dürfen, die ohnehin dem Tod überlassen werden. Die Kommission will nicht ausschließen, daß es hochrangige Forschungsziele geben könnte deren Verwirklichung in entscheidender Weise dem Leben anderer Menschen zu dienen vermag. In solchen Ausnahmefällen hält sie es für vertretbar, diese Embryonen vor ihrem Tod für das Leben anderer Menschen einzusetzen. Gefahr von Mißbrauch würde aber auch für diese Fälle den generellen Verzicht nahe legen. Unverzichtbare Voraussetzung jeder Forschung dieser Art sind eine gesetzliche Grundlage und wirksame Kontrollen.

Nicht hingenommen werden dürfen Manipulationen am menschlichen Embryo, die auf eine geplante Menschengzucht hinauslaufen und dem Menschen seine Individualität nähmen - vor allem also das Klonen, sowie die Bildung von Chimären und Mensch - Tier - Hybriden.

**These VII:**

**Die künstliche Befruchtung ist grundsätzlich auf Ehepaare zu beschränken.**

"Die Erziehung und Betreuung eines minderjährigen Kindes durch Mutter und Vater innerhalb einer harmonischen Gemeinschaft gewährleistet am ehesten, daß das Kind zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit innerhalb der Gesellschaft heranwächst, wie sie dem Menschenbild des Grundgesetzes entspricht. Um dieses Erziehungsziel zu erreichen, ist der Staat nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Lebensbedingungen zum Wohl des Kindes zu sichern, die für sein gesundes Aufwachsen erforderlich sind" (BVerfGE 56, 363, 384).

Die künstliche Befruchtung ist deshalb grundsätzlich auf Ehepaare zu beschränken.

Unsere verfassungsrechtliche Ordnung hält im Interesse des Kindeswohls die Wahrnehmung der Elternverantwortung in einer auf Ehe beruhenden Gemeinschaft für die beste Lösung. Auch der von Grundgesetz und Landesverfassung gewollte Vorrang der Ehe vor anderen Lebensgemeinschaften als naturgegebene Grundlage der menschlichen Gesellschaft bleibt zu beachten (Artikel 6 GG, 23 LV).

Gleichwohl gebietet es Artikel 2 Abs. 1 GG auch die Entscheidung eines Paares zu respektieren, keine Ehe miteinander eingehen zu wollen (vgl. BVerfGE a.a.O.).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. BVerfG a.a.O.) ist der Staat nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, die Lebensbedingungen zum Wohl des Kindes zu sichern. Dem Wohl des Kindes wird es in aller Regel nicht entsprechen, wenn es von vornherein in dem Bewußtsein erzeugt wird, daß es auf einen die soziale Verantwortung übernehmenden Vater verzichten muß.

Angesichts des möglichen Konfliktes zwischen dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Kindes aus Artikel 2 Abs. 1 i.V.m. Artikel 1 Abs. 1 GG und dem Recht der Mutter auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ist den Rechten des Kindes wegen seiner Schutzbedürftigkeit der Vorrang einzuräumen; dabei ist auch die Entscheidung des Grundgesetzes in Artikel 6 Abs. 2 GG zu berücksichtigen. Nach dieser Grundgesetznorm ist das Elternrecht in erster Linie als Elternverantwortung zu verstehen, und bei Interessenkollisionen zwischen Kind und Mutter muß dem Kind der Vorrang zukommen (vgl. Art. 25 LV).

Die Kommission lehnt deshalb die künstliche Befruchtung von Frauen, die nicht mit einem Mann zusammenleben, ab.

### These VIII:

Die künstliche Befruchtung der Ehefrau mit dem Samen eines Dritten (heterologe Insemination) und die heterologe IVF nach Samenspende mit anschließendem Embryotransfer sind ethisch grundsätzlich nicht vertretbar.

Sofern gleichwohl in Einzelfällen eine heterologe Befruchtung durchgeführt wird, muß sichergestellt sein, daß beide Eheleute ihre rechtlich bindende Einwilligung erteilt haben und das Kind den Namen seines genetischen Vaters erfahren kann.

Gegen die heterologe künstliche Befruchtung sprechen unter anderem die folgenden ethischen Bedenken:

1. Ein Dritter, eine Fremdperson, tritt in die Ehe ein und hebt deren Einheit auf.
2. Die heterologe Befruchtung begibt sich in Widerspruch zu unserem Menschenbild, nach dem es wesentlich zum "Menschsein" gehört, soziale Verantwortung zu tragen. Im Falle der heterologen künstlichen Befruchtung übernimmt der genetische Vater jedoch von vorneherein keine Verantwortung für das Kind.
3. In Krisensituationen könnte es für den Ehemann naheliegen, jede unerwünschte Entwicklung des Kindes auf dessen genetische Veranlagung zurückzuführen und sich so - zumindest teilweise - von seiner Verantwortung für das Kind freizusprechen, zum Beispiel wenn ein behindertes Kind geboren wird.

Erhebliche rechtliche Probleme treten hinzu. So stellt sich insbesondere die schwierige Frage nach der Auswahl des Spenders. Die Auswahl des Vaters eines noch zu zeugenden Kindes einem Dritten (etwa dem Arzt) zu überlassen, ist mit der unserer Verfassung zugrundeliegenden Werteordnung - vgl. insbesondere die Entscheidungen für den Schutz der Menschenwür-

de und von Ehe und Familie (Artikel 1 Abs. 1 und Artikel 6 Abs. 1 GG) - nicht ohne weiteres zu vereinbaren.

Darüber hinaus ist die Kenntnis der eigenen Herkunft für die Identitätsfindung und damit für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes von erheblicher Bedeutung. Es wäre deshalb mit dem Recht des Kindes auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Artikel 2 Abs. 1 GG) und seiner Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG) nicht vereinbar, wenn ihm die Möglichkeit der Kenntnis seiner Herkunft abgeschnitten würde.

Auch zivilrechtliche Fragen stellen sich. So hat der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 7.8.1983 (NJW 1983, 2073) nicht ausgeschlossen, daß der Ehemann trotz vorheriger Zustimmung zur heterologen Insemination seiner Frau, gleichwohl die Ehelichkeit des nicht mit seinem Samen gezeugten Kindes anfechten könne. Damit entsteht eine zusätzliche Gefährdung des Kindeswohls, auch wenn nach erfolgreicher Ehelichkeitsanfechtung und Feststellung der nichtehelichen Vaterschaft des Samenspenders, letzterer nach geltendem Recht, unterhaltsverpflichtet sein dürfte.

**Gleichwohl** kann nicht übersehen werden, daß die heterologe Befruchtung im Einzelfall dazu beitragen kann, daß eine Ehe nicht am unerfüllten Kinderwunsch scheitert. Bei entsprechender Einstellung beider Ehepartner kann die heterologe Befruchtung der Adoption eines Kindes vorzuziehen sein, weil das von der Ehefrau geborene Kind von ihr die Hälfte seiner Erbanlagen besitzt und weil der Ehemann in dem Kind zugleich einen "Teil" seines Ehepartners erkennen kann. Tatsächlich haben Erfahrungen mit der heterologen Insemination gezeigt, daß beide Ehepartner bei positiver Grundeinstellung starke Bindungen zu dem Kind entwickeln können. Im Einzelfall kann die Existenz des Kindes sogar dem zeugungsunfähigen Mann ermöglichen, die Tatsache seiner eigenen Zeugungsunfähigkeit nicht mehr als belastendes Problem zu empfinden (vgl. Benda-Bericht unter 2.2.1.1.2).

**Es ist auch nicht zu übersehen**, daß die heterologe Insemination bereits seit Jahrzehnten praktiziert wird und zahlenmäßig bei den in vivo durchgeführten künstlichen Befruchtungen bereits erhebliche Bedeutung erlangt hat (vgl. Benda-Bericht unter 2.2.1.1.2).

Die Kommission ist der Auffassung, daß es das Wohl des Kindes erfordert, das Anfechtungsrecht des Ehemannes auszuschließen, wenn er zuvor in diese heterologe Befruchtung seiner Ehefrau eingewilligt hat.

#### These IX:

Bei der Spermadeponierung (Samenbank) zu Zwecken der heterologen künstlichen Befruchtung ist sicherzustellen, daß der Samen eines Spenders nur im Rahmen der Sterilitätstherapie eines Ehepaares verwendet wird. Nur wenn die Behandlung nicht zu der Geburt eines Kindes geführt hat, ist die Verwendung weiterer Samenspenden desselben Spenders zur Behandlung eines anderen Ehepaares zulässig.

Eine mehrfache Samenspende durch denselben Spender erhöht vor allem in kleineren Gemeinden das Risiko, daß später Halbgeschwister aus Unkenntnis miteinander die Ehe eingehen. Daneben besteht die Gefahr einer ethisch nicht vertretbaren Kommerzialisierung der Zeugungsfähigkeit.

Die Kommission ist deshalb der Auffassung, daß die Verwendung des Samens eines Spenders auf die Sterilitätstherapie eines Ehepaares - ggf. auch für mehrere Kinder - zu beschränken ist. Damit wird einer Kommerzialisierung und der Gefahr eines Inzestes entgegengewirkt.

Die Verwendung weiteren Samens desselben Spenders für ein anderes Ehepaar ist nur vertretbar, wenn die künstliche Befruchtung nicht zu der Geburt eines Kindes geführt hat. Die Kommission unterscheidet sich hier deutlich von der Empfehlung der Benda-Kommission, die es für vertretbar hält, mit dem Samen eines einzelnen Spenders bis zu zehn erfolgreiche Sterilitätsbehandlungen durchzuführen (vgl. Benda-Bericht unter 2.2.1.2.2.2).

Im Hinblick auf die erheblichen Mißbrauchsgefahren, die mit der Einrichtung von Samenbanken verbunden sind (einschließlich zu sogenannten "züchterischen" Zwecken) sind an Einrichtung und Betrieb von Samenbanken hohe Anforderungen zu stellen.

**These X:**

**Gegen die Eispende sprechen die gleichen - wenn nicht stärkere - ethische Bedenken wie gegen die Samenspende. Daher müssen zumindest die für die Samenspende aufgestellten Bedingungen entsprechend erfüllt sein.**

Die Eispende wirft weitgehend die gleichen Probleme wie die Samenspende auf. Sie ist wie diese ethisch nicht vertretbar. Da die Eispende im Rahmen eines erheblichen operativen Eingriffs erfolgt, besteht die erhöhte Möglichkeit, daß die Spenderin an der Entwicklung "ihres" genetischen Kindes Anteil zu nehmen sucht, was nicht nur zu einer Belastung der Ehe der austragenden "Mutter" und ihres Ehemannes, sondern auch zu einer Spannungssituation für das Kind führen kann. Hinzu kommt, daß dieses, sobald es seine Herkunft erfährt, bei seiner Identitätsfindung auf zusätzliche Schwierigkeiten stößt, weil austragende wie genetische Mutter gleichermaßen Anteil an seiner Existenz haben. Insoweit ist die Problematik der Eispende gegenüber derjenigen der Samenspende noch verschärft (vgl. Benda-Bericht unter 2.2.1.2).

These XI:

Die Embryonenspende ist ethisch allenfalls dann zu rechtfertigen, wenn durch sie ein Embryo vor dem Tod bewahrt wird.

Dabei ist sicherzustellen, daß

- die genetischen "Eltern" dem Transfer zustimmen,
- das andere Ehepaar, das nur durch die Embryonenspende zu einem Kind kommen kann, bereit ist, das Kind als eigenes anzunehmen und
- dies rechtlich abgesichert wird.

Gegen die Embryonenspende sprechen im gesteigerten Maße die ethischen Bedenken, die gegen die Samen- und Eispende zu erheben sind. Entscheidend kommt hinzu, daß hier das Kind mit keinem Elternteil genetisch verwandt ist. Die Kommission hält die Embryonenspende ethisch allenfalls dann für vertretbar, wenn dadurch der Tod eines Embryos vermieden wird, der sonst nicht transferiert würde. Dies darf jedoch allenfalls unter den in der These genannten Voraussetzungen geschehen.

Die Erzeugung von Embryonen mit dem Ziel der Embryonenspende lehnt die Kommission ab.

**These XII:**

**Eine Ersatzmutterschaft (Leih-, Miet-, Surrogat-, Ammenmutter-schaft) in der Weise, daß sich eine Frau künstlich heterolog befruchten oder einen fremden Embryo transferieren läßt, um das Kind nach seiner Geburt Dritten zu überlassen, ist abzulehnen. Darauf gerichtete gewerbliche Unternehmen sind zu verbieten.**

Die Ersatzmutterschaft ist mit so zahlreichen Problemen befrachtet, daß die Kommission sie ablehnt.

Kommt es im Verlauf der Schwangerschaft zu einer starken Bindung der austragenden Mutter zu dem Kind, so muß damit gerechnet werden, daß sie die eingegangene Verpflichtung bedauert und die spätere Übergabe des Kindes verweigert.

Auch ist an den Fall zu denken, daß ein körperlich oder geistig behindertes Kind geboren wird und keiner der an der Absprache Beteiligten mehr bereit ist, das Kind anzunehmen.

Eine Vereinbarung über eine Ersatzmutterschaft mißachtet die Menschenwürde des Kindes, denn sie läßt außer acht, daß die Entwicklung im Mutterleib ein wichtiger Teil der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes ist und daß der biologischen wie psychischen Beziehung zwischen der Schwangeren und dem Kind für diese Entwicklung besondere Bedeutung zukommt. Diese besonders geartete Beziehung, die durch die natürliche Verbindung des ungeborenen Lebens mit dem der Mutter begründet wird, würde beeinträchtigt, wenn die Schwangerschaft als eine Art Dienstleistung übernommen würde. Die für die Entwicklung des Kindes wesentliche enge persönliche Beziehung zwischen der Schwangeren und dem Kind könnte unter diesen Umständen kaum zustande kommen (vgl. Benda-Bericht unter 2.2.4.2.1.1).

#### IV. Vorschläge zum Handlungsbedarf

Der 88. Deutsche Ärztetag hat im Mai 1985 Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität verabschiedet (Deutsches Ärzteblatt 1985 S. 1691 ff). Diese Richtlinien hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz am 26.10.1985 als Landesrecht beschlossen. Sie wurden vom Ministerium für Umwelt und Gesundheit am 25.11.1985 genehmigt und im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz im Januar 1986 veröffentlicht (vgl. ARP 1/1986 S. 49 ff). Die Richtlinien sind damit für die rheinland-pfälzischen Ärzte verbindliches Berufsrecht und verpflichten sie bei der Anwendung von IVF und ET die aufgestellten Regelungen zu beachten.

Aus verfassungsrechtlichen Gründen reicht es jedoch nicht aus, es bei diesen berufsrechtlichen Regelungen zu belassen. Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem "Facharztbeschluss" vom 9.5.1972 (BVerfGE 33, 125, 156 ff) ausgeführt hat, kann der Gesetzgeber zwar Berufsverbänden des öffentlichen Rechts die Befugnis verleihen, mit Wirkung für ihre Mitglieder Angelegenheiten zu regeln, die die Berufsausübung betreffen und von den Berufsverbänden am sachkundigsten beurteilt werden können. Der Rechtsetzungsautonomie von Berufsverbänden sind jedoch umso engere Grenzen gesetzt, je stärker die Regelung in die Grundrechte der Verbandsmitglieder eingreift oder außenstehende Dritte berührt. Die Regelungen, die den Kreis der eigenen Angelegenheiten der Berufsangehörigen überschreiten, sind vom Gesetzgeber selbst zu treffen; dieser darf insoweit allenfalls Einzelfragen fachlich technischen Charakters der autonomen Sitzungsgewalt überlassen.

Bei den Problemen der Fortpflanzungsmedizin geht es um die Ausprägung der staatlichen Schutzpflicht für alle Erscheinungsformen des menschlichen Lebens und die Menschenwürde

und die aus dieser Schutzpflicht folgenden Einschränkungen der Berufs- und Forschungsfreiheit. Auf diesem Hintergrund empfiehlt die Kommission folgende rechtliche Absicherungen:

1. (zu These I)

Die Durchführung von IVF ist auf ärztliche Einrichtungen zu beschränken, die bestimmten Mindestanforderungen in personeller und sachlicher Hinsicht genügen, wie sie etwa in der Berufsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 26.10.1985 festgelegt sind. Sie müssen einer staatlichen Aufsicht nach Maßgabe des Landesrechts unterliegen.

2. (zu These I)

a) Jeder Teilschritt im Zusammenhang mit IVF und ET ist zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit Keimzellen und Embryonen.

b) Werden einzelne Embryonen nicht transferiert, ist dies unter Angabe der Gründe der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen.

3. (zu These III und IV)

Es ist gesetzlich festzuschreiben, daß Embryonen nur unter den für ihre Erzeugung und Konservierung aufgestellten Grundsätzen kryokonserviert werden. Hierbei ist auch der Zeitraum festzulegen, für den längstens eine Konservierung erfolgen darf.

4. (zu These VI)

a) Die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ist strafrechtlich zu verbieten (vgl. Rohentwurf des Bundesministeriums der Justiz).

b) Es ist gesetzlich sicherzustellen, daß Forschung mit Embryonen allenfalls unter den engen Voraussetzungen der These VI Satz 1 erfolgt. Nach den Ausführungen von Staatssekretär Kinkel in der 27. Sitzung der Enquete-

Kommission des Deutschen Bundestages am 5.2.1986 ist der Bund der Auffassung, daß es Sache der Länder sei, Regelungen über die Forschung mit Embryonen innerhalb der ersten 14 Tage nach Verschmelzung von Ei- und Spermienzelle zu treffen. Nach diesem Zeitpunkt will der Bund offenbar Forschung mit Embryonen strafrechtlich regeln.

In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob der Status der Embryonen nicht auch schon in den ersten 14 Lebenstagen bundesrechtlich geregelt werden muß. Außerdem ist noch ungeklärt, wie sich die Frist von 14 Tagen angesichts der Möglichkeit der Kryokonservierung berechnen soll.

Die Kommission empfiehlt daher, diese Fragen zunächst im einzelnen mit dem Bund abzuklären.

- c) Soweit durch den Bund ein strafrechtliches Verbot des Klonens, der Chimären- und Hybridbildung beabsichtigt ist (vgl. Rohentwurf des Bundesministeriums der Justiz) sollte dies vom Land unterstützt werden.

5. (zu These VIII und X)

- a) In jedem Fall einer heterologen extrakorporalen Befruchtung (sowohl nach Samen- als auch nach Eispende) ist sicherzustellen, daß die Personalien der Spender mit datenschutzrechtlicher Absicherung dokumentiert werden und das Kind die Möglichkeit hat, spätestens nach Vollendung seines 16. Lebensjahres den Namen des Spenders oder der Spenderin zu erfahren (Landesrecht). Gegebenenfalls ist eine Änderung des Personenstandsgesetzes anzustreben (Bundesrecht).
- b) Vor Durchführung der IVF muß die verbindliche Erklärung beider Ehepartner verlangt werden, daß sie mit der Durchführung der heterologen Befruchtung einverstanden sind.

c) Es ist anzustreben, daß das Recht des Ehemannes, die Ehelichkeit des Kindes anzufechten, ausgeschlossen wird, wenn er zuvor der heterologen künstlichen Befruchtung seiner Ehefrau zugestimmt hat (Bundesrecht).

6. (zu These IX)

Bei der Spermadeponierung (Samenbank) zu Zwecken der heterologen künstlichen Befruchtung ist sicherzustellen, daß der Samen eines Spenders nur im Rahmen der Sterilitätstherapie eines Ehepaares verwendet wird. Nur wenn die Behandlung nicht zu der Geburt eines Kindes geführt hat, ist die Verwendung weiterer Samenspenden desselben Spenders zur Behandlung eines anderen Ehepaares zulässig.

7. (zu These XI)

a) Es ist sicherzustellen, daß eine Embryospende nur erfolgt, wenn durch sie ein im Rahmen der Sterilitätsbehandlung eines anderen Ehepaares entstandener Embryo vor dem Tod bewahrt wird.

b) Weitere Voraussetzung für die Embryospende ist, daß die genetischen "Eltern" dem Transfer zustimmen und das andere Ehepaar bereit ist, das Kind als eigenes anzunehmen.

Die Einschaltung der Adoptionsvermittlungsstelle und des Vormundschaftsgerichts sollte verlangt werden (Bundesrecht).

8. (zu These XII)

Durch geeignete Maßnahmen ist sicherzustellen, daß im Land keine künstlichen Befruchtungen vorgenommen werden, wenn der Verdacht besteht, daß die behandelte Frau nach der Geburt das Kind nicht als eigenes behalten will. Darüber hinaus ist zu erwägen, ob darauf hingewirkt werden soll, daß die Vermittlung von Ersatzmutterverhältnissen unter Sanktion verboten wird (siehe Rohentwurf des BMJ).

Allerdings ist vorher zu prüfen, ob nicht die Bestimmungen des Adoptionsvermittlungsgesetzes, die die gewerbsmäßige oder geschäftsmäßige Bestimmung einer Schwangeren zur Weggabe ihres Kindes als Ordnungswidrigkeit ahnden, einen ausreichenden Schutz vor diesen Machenschaften bieten.

9. Die Kommission empfiehlt Richtlinien aufzustellen, in denen die Voraussetzungen für die Förderung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin festgelegt werden.
10. Abschließend empfiehlt die Kommission der Landesregierung im Hinblick auf ein notwendiges Gesamtkonzept darauf hinzuwirken, daß alle Maßnahmen frühzeitig zwischen Bund und Ländern abgestimmt werden. Darüber hinaus hält es die Kommission für wünschenswert, daß die Länder zu möglichst übereinstimmenden Regelungen in ihren Zuständigkeitsbereichen finden.

## Glossar

Adoption:	Annahme als Kind.
Ammenmutterschaft:	siehe Leihmutterschaft.
Artspezifisch:	Der Begriff wird verwandt, um deutlich zu machen, daß wir es auch im Frühstadium der Entwicklung mit spezifisch menschlichem Leben zu tun haben, obwohl noch eine Mehrlingsbildung aufgrund der Totipotenz der Zellen möglich ist und deshalb noch nicht von einem einzelnen Individuum gesprochen werden kann.
Chimäre:	Organismus bzw. Embryo, der aus Anteilen verschiedener Individuen zusammengesetzt ist (Mischwesen).
Embryo:	Leibesfrucht von der Befruchtung bis zum 3. Monat. Ab dem 3. Monat spricht man vom Fetus.
Embryotransfer:	Übertragung von Embryonen; autolog (homolog): auf das Individuum, dem die Eizelle vorher entnommen wurde; heterolog: auf ein anderes Individuum derselben Art; interspezifisch: auf eine andere Art.
Ersatzmutterschaft:	siehe Leihmutterschaft.
genetische Eltern:	Eltern, die den Samen bzw. das Ei für die Befruchtung zur Verfügung gestellt haben.
Heterologe Insemination:	Künstliche Befruchtung durch Übertragung des Samens in den Uterus. Der Samen stammt nicht vom Ehepartner, sondern von einem Samenspender.
Heterologe In-vitro-Fertilisation:	Künstliche Befruchtung einer Eizelle im Kulturgefäß, wobei die Eizelle und die Spermazellen von nicht miteinander verheirateten Personen stammen.
Homologe In-vitro-Fertilisation:	Künstliche Befruchtung einer Eizelle im Kulturgefäß, wobei die Eizelle und die Spermazellen von miteinander verheirateten Ehepartnern stammen.

Hybride:	Organismus, entstanden durch Kreuzung genetisch verschiedener Individuen.
In-vitro-Fertilisation:	Befruchtung einer Eizelle "im Reagenzglas"; homolog: mit dem Samen des Ehemannes; heterolog: mit dem Samen eines fremden Spenders.
Inzest:	Sexuelle Beziehung zwischen nahen Verwandten.
klonen:	Die Herstellung vieler genetisch identischer Individuen.
Konservierung:	Das Haltbarmachen (vor-Zersetzung-schützen) eines organischen Materials.
Kryokonservierung:	Kälte- oder Tiefgefrierkonservierung.
Leihmutterschaft:	Der Begriff der Leihmutterschaft wird in der öffentlichen Diskussion mit unterschiedlichem Inhalt verwendet. Oft werden in diesem Zusammenhang auch die Bezeichnungen Ersatz-, Miet-, Ammen- und Surrogatmutter gebraucht. Sie umfassen nach gängigem Sprachgebrauch die Fälle, in denen a) sich eine Frau - die sog. "Leihmutter" - der heterologen Insemination mit dem Samen eines Mannes unterzieht, der später, zusammen mit seiner Ehefrau, das Kind zu adoptieren wünscht, b) eine Frau ihr genetisch eigenes Kind austrägt, das in vitro mit dem Samen eines fremden Mannes erzeugt worden ist, der später, zusammen mit seiner Ehefrau, das Kind zu adoptieren wünscht, c) die sog. "Leihmutter" bereit ist, einen fremden Embryo für dessen genetische Eltern auszutragen.
Mietmutterschaft:	siehe Leihmutterschaft.
Nidation:	Einnistung des frühen Keimes in die Schleimhaut der Gebärmutter.
Samenbank:	Klinische Einrichtung zur Konservierung (durch Tieffrieren) von Sperma für die künstliche Insemination.
Sterilität:	Unfruchtbarkeit der Frau, bzw. Zeugungsunfähigkeit des Mannes.
Sterilitätstherapie:	Heilbehandlung der Unfruchtbarkeit der Frau, bzw. der Zeugungsunfähigkeit des Mannes.

Surrogat-Mutterschaft: siehe Leihmutterschaft.  
synchrone Entwicklung: Abstimmen des Entwicklungszustandes des Embryos mit dem der aufnehmenden (Gebär-)Mutter.  
Transfer: Übertragung des Embryos in die Gebärmutter der Frau.  
Uterus: Gebärmutter.