

**Hartmut Kreß\*****Uterustransplantation – eine neue Handlungsoption der Fortpflanzungsmedizin. Aktueller ethischer und rechtlicher Klärungsbedarf***Vortrag am Dies academicus der Universität Bonn, 7.12.2016***1. Zum Sachverhalt**

Eine bestimmte Anzahl von Frauen lebt ohne Gebärmutter. Für ein Land wie Großbritannien wird ihre Zahl auf ca. 12.000 geschätzt. Inzwischen ist die Option eröffnet worden, einer Frau, die keine Gebärmutter hat, eine fremde Gebärmutter einzupflanzen, die von einer anderen Frau stammt. Auf diese Weise könnte ihr zu einer Schwangerschaft verholfen werden. Hierfür ist es zusätzlich erforderlich, dass zuvor eine außerkörperliche Befruchtung/In-vitro-Fertilisation (IVF) stattgefunden hat und dass ein Embryo in die gespendete Gebärmutter transferiert wird. Dieses neue Angebot der Hochleistungsmedizin kann als ein Symbol für aktuelle Fortschrittsdynamik gelten. Zurzeit ist das Verfahren noch völlig experimentell. Dennoch steht es für eine bemerkenswerte Entwicklung, nämlich für die weiter zunehmende Verflechtung der Fortpflanzungsmedizin mit anderen medizinischen Disziplinen.

Zur Erläuterung: Fortpflanzungsmedizin im Sinn der außerkörperlichen Befruchtung/In-vitro-Fertilisation wird seit fast 40 Jahren praktiziert. Dabei werden Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibes vereinigt. Dies geschieht durch eine dritte Person, eine Ärztin bzw. einen Arzt. In der Regel wird eine solche sog. künstliche, präziser: eine außerkörperliche Befruchtung durchgeführt, wenn ein Paar unter Sterilität zu leiden hat. Es möchte sich fortpflanzen und ein eigenes Kind erzeugen; doch aufgrund von Sterilitätsproblemen ist dies nicht möglich. Die Ursachen für die Sterilität können aufseiten der Frau gegeben sein, z.B. eine Eileiterverklebung, oder aufseiten des Mannes, etwa mangelnde Spermienqualität. Die Vereinigung von Samen- und Eizelle wird bei künstlicher Befruchtung ersatzweise vom Arzt vorgenommen. Man lässt die außerkörperlich erzeugten Embryonen kurze Zeit, maximal wenige Tage, in einem Kulturmedium heranwachsen und setzt dann einen Frühembryo, maxi-

---

\* Prof. Dr. Hartmut Kreß, Universität Bonn, Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik. E-mail: hkress[at]uni-bonn.de

mal zwei Frühembryonen in die Gebärmutter der Frau ein. Danach kann – wenn alles glückt – eine normale Schwangerschaft eintreten. In Deutschland werden pro Jahr über 10.000 Kinder mit Hilfe dieses Verfahrens geboren.

Inzwischen überschneidet sich die Fortpflanzungsmedizin mit weiteren Zweigen der Medizin. Eine Schnittmenge besteht mit der humangenetischen Diagnostik; dies betrifft vor allem die Präimplantationsdiagnostik. In diesem Fall werden am außerkörperlich erzeugten Embryo genetische Untersuchungen vorgenommen. Sie sollen abklären, ob bei ihm eine schwere Krankheit vorliegt, die in der Familie bereits bekannt ist. Künftig könnten beim frühen Embryo außerhalb des Mutterleibs nach außerkörperlicher Befruchtung auch humangenetische Interventionen denkbar werden, letztlich sogar Keimbahneingriffe, also Eingriffe in das Erbgut des Frühembryos. Hierüber wäre gesondert zu diskutieren.

Wichtig ist, dass heutige Stammzellforschung nur aufgrund von Reproduktionsmedizin realisierbar war und ist. Die Forschung an Stammzellen eröffnet erhebliche Chancen, Medikamente zu testen oder sogar therapeutisch bei Menschen tätig zu werden, in Zukunft eventuell sogar Organe herzustellen, die als Ersatz dienen, wenn bei einem Patienten ein Organ erkrankt ist. Theoretisch ist vorstellbar, dass in fernerer Zukunft auf der Basis von Stammzellen der Mangel an Spenderorganen ein Stückweit reduziert wird. Die Basis für solche Stammzellforschung war und ist die künstliche Befruchtung. Denn die Quelle zumindest von embryonalen Stammzellen sind in der Regel Frühembryonen, die man im Zuge von extrakorporaler Befruchtung hergestellt hat, die aber nicht benötigt wurden, so dass sie überzählig sind und tiefgefroren werden oder absterben – oder man verwertet sie als Quelle von embryonalen Stammzellen, die der Forschung nutzen.

Aktuell kommt eine zusätzliche Verflechtung der Reproduktionsmedizin hinzu, nämlich mit der Transplantationsmedizin. Als medizinischer Hintergrund ist zu nennen, dass einer Gruppe von Frauen die Gebärmutter fehlt. Die Ursache kann sein, dass dieses Organ – Gebärmutter/Uterus – bei ihnen von Geburt an nicht vorhanden war oder dass es entfernt wurde, etwa bei einer Entbindung oder aufgrund von Erkrankungen. Großes Aufsehen fanden Gebärmutterübertragungen in Saudi-Arabien 2000 und in der Türkei 2011. Es gelang aber nicht, in dem übertragenen Uterus ein Kind

zur Welt zu bringen. Im Jahr 2014 wurde schließlich in Göteborg/Schweden erstmals auf dieser Basis ein Kind geboren. Es war extrakorporal erzeugt worden, wurde eingefroren und schließlich in eine Gebärmutter eingesetzt, die in eine Frau transplantiert worden war. Die Spenderin des Uterus war eine 61jährige Frau gewesen. In Großbritannien sind klinische Versuche mit Frauen geplant, bei denen die Implantation einer Gebärmutter auf anderer Grundlage als in Göteborg erfolgen soll: nicht aufgrund von Lebendspende, sondern dadurch, dass man einer potenziellen Spenderin den Uterus entnimmt, nachdem man bei ihr den Hirntod festgestellt hat (Kadaver-spende).

Auf die deutsche Situation komme ich noch zu sprechen.

Die Dynamik der medizinisch-technischen Entwicklung ist eindrucksvoll. Sie sollte nicht einfach nur zu Abwehrreflexen und zum vorschnellen Ruf nach gesetzlichen Verboten führen, wozu man in der Bundesrepublik Deutschland zumal bei biomedizinischen Fragen leider ja neigt. Daher sei vorab aus meiner Sicht unterstrichen: Die Gesetzgebung zur Fortpflanzungsmedizin ist in der Bundesrepublik Deutschland hochgradig reformbedürftig. Es bestehen zahlreiche Rechtsunsicherheiten sowie Verbote, die der Deutsche Bundestag zurücknehmen sollte. Zum Beispiel lässt es sich nicht mehr begründen, dass eine altruistische Spende von Eizellen in der Bundesrepublik verboten ist. Frauen, die eine Eizellspende in Anspruch nehmen, fahren zu diesem Zweck ins europäische Ausland. Die vorhandenen Restriktionen und Verbote bedürfen der Korrektur. Insoweit besteht Öffnungs- und Liberalisierungsbedarf.

Was die neue Handlungsmöglichkeit anbelangt – Uterustransplantation und Einsetzung eines außerkörperlich erzeugten Embryos in den gespendeten Uterus –, bin ich jedoch sehr skeptisch. Anders als zu anderen Angeboten der Fortpflanzungsmedizin scheint mir in diesem Fall große Zurückhaltung geboten zu sein. Notwendig sind ethische Abwägungen und ist die Suche nach Kriterien. Daher sei noch einmal gefragt, wie das neue Handlungsangebot einzuordnen ist.

## **2. Zur ethischen Einordnung des Sachverhalts**

Innerhalb der Transplantationsmedizin stellt die Übertragung eines Uterus, die der Fortpflanzung dienen soll, eine völlig neue Handlungsart dar. Dies gilt schon allein aufgrund ihrer Zweck- oder Zielbestimmung. Es geht nicht darum, dem Organemp-

fänger das Leben zu retten und hiermit seine Gesundheit so weit wie möglich wiederherzustellen, wie es bei Herz-, Nieren-, Leber- oder Lungentransplantationen der Fall ist. Das Ziel besteht auch nicht darin, vitale Basisfunktionen zu retten (durch Hornhauttransplantation) oder einem Menschen zu helfen, nach schwersten Schädigungen wieder zu sozialen Kontakten und alltagsweltlicher Kommunikation gelangen zu können. Zu Letzterem ist neuerdings im Einzelfall die Transplantation einer Hand oder eines Gesichts denkbar. Stattdessen wird intendiert, einer Patientin die von ihr gewünschte Biographie zu ermöglichen, nämlich eine Schwangerschaft und das Leben mit einem genetisch eigenen Kind.

Grundsätzlich ist der Kinderwunsch einer Frau und eines Paares legitim und menschlich nachvollziehbar. Philosophisch-naturrechtlich gesagt, gehört ein Kinderwunsch zu den „inclinaciones naturales“, zu den wesentlichen Strebungen, den grundlegenden Merkmalen der menschlichen Existenz. Deshalb spricht die WHO einer physisch bedingten Kinderlosigkeit Krankheitswert zu, so dass ein Anrecht auf Therapie vorliegt.

Allerdings bedarf der Anspruch auf Kinderwunschtherapie der Präzisierung und ist dann auch zu relativieren – moralisch sowie rechtlich. Er gilt nicht unter allen Umständen bzw. er gilt nicht in einem starken Sinn, sondern lediglich abgeschwächt. Denn ein unerfüllter Kinderwunsch bedeutet nicht, dass das Leben der Patientin gefährdet und ihre Gesundheit elementar bedroht wären. Speziell zur Uterustransplantation ist deshalb die Frage zu stellen, ob sie verhältnismäßig ist. Rechtfertigt der angestrebte Zweck – eine Frau möchte eine Schwangerschaft selbst erleben und nach IVF ein genetisch eigenes Kind zur Welt bringen – den Aufwand und das Mittel, nämlich die Explantation der Gebärmutter aus einer Spenderin? Bevor ich dies anspreche, ist ein anderer Aspekt zu erwähnen.

### **3. Moralische Kosten der neuen Handlungsoption: Die Problematik von Tierversuchen**

Voraussetzung für Uterustransplantationen bei Menschen sind Forschung mit Tieren und die Erprobung der Operationstechnik an ihnen. Entsprechende Eingriffe fügen Tieren einschließlich Primaten Leiden zu. Es wurde berichtet, dass Versuchsprimate getötet werden mussten. Nun sind Tierverbrauch und Tierversuche, auch hu-

manmedizinisch begründete Tierversuche, inzwischen ein heikles Thema. Eine jahrhundertlange Rechtstradition korrigierend gelten Tiere im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch seit 1990 nicht mehr nur als „Sachen“ (§ 90a BGB). Vielmehr besitzen sie einen eigenständigen Status als Lebewesen, sind schonend zu behandeln und dürfen nicht ohne Weiteres für Zwecke des Menschen instrumentalisiert werden. Ethisch wird dies damit begründet, dass die eigene Selbstachtung es dem Menschen verbietet, nichtmenschliche Lebewesen über Gebühr zu belasten. Darüber hinaus sind dem ethischen Tierschutz gemäß die Schmerzempfindlichkeit von Tieren, ihre Bedürfnisse und vitalen Interessen zu berücksichtigen. Zudem sind Grenzen vorhanden, was die Aussagekraft von Tierversuchen für Menschen anbelangt. Im Fall der Uterustransplantation betrifft dies die Anatomie, Immunsuppression oder Tragezeit von Tieren im Vergleich mit Menschen.

Sicherlich lassen sich medizinisch bedingte Tierversuche nach wie vor in bestimmten Fällen rechtfertigen, nämlich dann, wenn sie um der Patientensicherheit willen auf jeden Fall erforderlich sind. Je nach Fallkonstellation sind Tierversuche, die zugunsten der menschlichen Gesundheit erfolgen, legitim, ja sogar geboten. Zu Uterustransplantationen ist aber ein Problem zu sehen. Für das Verfahren ist moralisch der Preis des Tier-, ja sogar des Primatenverbrauchs zu zahlen – und dies, obwohl eine Uterusübertragung mit nachfolgender Einsetzung eines Embryos für die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitsschutz von Patientinnen nicht zwingend erforderlich ist. Denn es geht bei dem Verfahren nicht um Lebensrettung, sondern „nur“ um die Erfüllung persönlicher Wünsche. Die ethische Frage lautet: Darf man zu diesem Zweck zahlreiche Tierversuche, einschließlich Primatenversuche, durchführen?

Die ethischen Rückfragen verstärken sich, wenn man nach der Herkunft der transplantierten Organe, also nach den Spenderinnen fragt.

#### **4. Die Übertragung einer Gebärmutter – offene Fragen im Blick auf die Spenderinnen der Organe**

Im Rahmen der Transplantationsmedizin bildet die Uterustransplantation – wie gesagt – einen Sonderfall. Denn sie dient nicht der Lebensrettung oder der Wiederherstellung menschlicher Gesundheit, sondern der Erfüllung biographischer Wünsche (Kinderwunsch) aufseiten der Empfängerin und ihres Partners. Darüber hinaus ist

nach der Eigenart des Organs zu fragen, das transplantiert wird. Manchen Organen ist eine besondere Symbolik zu eigen. Dies gilt etwa für das Herz. In unserem Kulturkreis sah man das Herz traditionell oft als „Mitte“ des Menschen an, als Sinnbild für das individuelle Personsein oder als körperliches Äquivalent für das Gewissen. Vergleichbares ist zur Gebärmutter in ihrem Stellenwert für die weibliche Identität zu sagen. In der Geistes-, Religions- und Medizingeschichte hatte die Gebärmutter teilweise sehr hohe Symbolkraft besessen. So stand sie im Alten Testament für göttliche Schöpfungskraft; Platon hatte sie für ein eigenes Lebewesen gehalten. Solche Vorstellungen sind heute völlig ferngerückt und sind zu entmythologisieren. Trotzdem wird heute zumal von feministischer Seite die besondere Bedeutung des Organs für die Identität von Frauen betont, so dass Hysterektomien inzwischen möglichst reduziert werden. Insofern ist als Problempunkt zu sehen, dass einer potenziellen Spenderin ein Organ explantiert wird, obwohl dies für Leben und Gesundheit der Empfängerin nicht unbedingt notwendig ist; und: Es handelt sich bei ihm um ein Fortpflanzungsorgan, das für das Selbstbild, die Sexualität und die mentale Befindlichkeit von Frauen wesentlich ist.

Dies ist zu beachten, wenn man die Verfahren betrachtet, die für die Entnahme eines Uterus gewählt werden können. Es kann sich um eine Lebendspende handeln, andererseits um eine Entnahme nach dem Hirntod der Spenderin. Hierzu ergeben sich jeweils eigene Diskussionspunkte.

#### **4.1. Kritische Gesichtspunkte zur Lebendspende eines Uterus**

Die Gabe einer Gebärmutter kann als Lebendspende realisiert werden, so wie 2014 in Göteborg. Die Operation, die der Entnahme der Gebärmutter dient, ist technisch kompliziert und aufwändig. Sie dauert viele Stunden, ca. 10 Stunden. Für die Spenderin bedeutet die Entnahme zwar nicht, dass sie ein unmittelbar lebenswichtiges Organ verlöre. Doch auch dann, wenn sich die Spenderin in einem höheren Lebensalter befindet, kann der – irreversible – Verlust des Organs für ihr Selbstbild relevant sein. Es versteht sich von selbst, dass der Eingriff nur auf der Basis eines informed consent der Spenderin durchgeführt werden darf. Grundsätzlich können Lebendspenden von Organen entweder dergestalt erfolgen, dass Spender/in und Empfänger/in sich kennen, oder auf der Basis von Anonymität. Beides kommt auch für die

Spende eines Uterus in Betracht, mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen. Bei einer Spende unter Frauen, die genetisch verwandt sind, könnten die Abstoßungskomplikationen geringer ausfallen. Allerdings besteht die Gefahr, dass auf eine mögliche Spenderin latent oder subtil Druck ausgeübt wird, das Organ herzugeben. So oder so wiegt die Entnahme einer Gebärmutter schwer. Für den letztlichen Erfolg, die Geburt eines Kindes, wäre es eigentlich wünschenswert, dass das Organ von einer jüngeren Spenderin stammt. Doch abgesehen von den OP-Risiken dürfte die Entnahme des Uterus für die Betroffene symbolisch und faktisch einen noch tieferen Einschnitt in ihre Identität auslösen als für eine Lebendspenderin jenseits der Menopause. Denn sie verliert damit die Aussicht, selbst noch ein Kind zur Welt bringen zu können.

Nun sind Lebendspenden von Organen ohnehin eine sensible Thematik. Herkömmlich, bis jetzt, geht es bei Lebendspenden vor allem um die Hergabe einer Niere oder eines Teils einer Leber. Es handelt sich um schwerwiegende Eingriffe. Der Arzt, der das Organ oder das Teilorgan entnimmt, fügt dem Spender Schaden zu. Dies lässt sich nur deswegen rechtfertigen, weil es um ein besonders hochrangiges Ziel geht, nämlich darum, einem anderen Menschen, einem Nieren- oder Leberkranken, das Leben zu retten. So sieht es auch der deutsche Gesetzgeber. Dem Transplantationsgesetz zufolge sind Lebendspenden in Deutschland nur und allein dann zulässig, wenn sie den Zweck verfolgen, dem Empfänger das Leben zu erhalten oder wenn eine „schwerwiegende Krankheit“ geheilt werden soll (TPG § 8 Absatz 1 Nr. 2). Unter einer schwerwiegenden Krankheit werden, soweit in Gesetzen oder Gesetzesmaterialien hierzu etwas ausgesagt wird, Bedrohungen wie Tumor, Schlaganfall, Herzinfarkt verstanden. Angesichts dessen – Lebensgefahr, schwerwiegende Krankheit – ist es in Deutschland unter engen Voraussetzungen statthaft, dass unter Verwandten eine Niere oder eine Teilleber gespendet wird: wenn nämlich der Empfänger wegen Nieren- oder Leberversagen auf kürzere oder längere Zeit zu versterben droht.

Im Unterschied hierzu kann Kinderlosigkeit, die durch fehlenden Uterus bedingt ist, nicht als Lebensgefahr und nicht als schwerwiegende Krankheit eingestuft werden. Es geht vielmehr um die Erfüllung persönlicher Wünsche. Das heißt, die Lebendspende eines Uterus wird durch das deutsche Transplantationsgesetz nicht abgedeckt.

Umso überraschender ist es, was vor wenigen Wochen aus dem Uni-Klinikum Tübingen gemeldet wurde. Dort hat man einer Frau, die selbst keinen Uterus besitzt und sich ein Kind wünscht, eine Gebärmutter eingepflanzt, die durch eine Lebendspende zur Verfügung gestellt worden war. Man wolle nun ein Jahr warten und in den gespendeten Uterus dann einen außerkörperlich erzeugten, aufgetauten Embryo einsetzen. Es bedarf der sehr kritischen Diskussion und Überprüfung, ob die Operation, die in Tübingen stattgefunden hat, mit den deutschen gesetzlichen Vorgaben überhaupt in Einklang steht.

Als Alternative zur Lebendspende ist die sog. Kadaverspende, die Entnahme des Uterus nach dem Hirntod vorstellbar (postmortale Organspende).

#### **4.2. Klärungsbedarf zur Uterusspende nach dem Hirntod**

Zur postmortalen Übertragung einer Gebärmutter bricht ebenfalls Zweifel auf. Zurzeit wird auch für eine Organentnahme nach dem Hirntod ethisch und rechtlich vorausgesetzt, dass die explantierten Organe – Herz, Niere, Leber, Lunge usw. – einem Empfänger das Leben retten oder dass sie ihn aus höchster gesundheitlicher Not befreien. Es geht um eine letzte Möglichkeit bzw. um die ultima ratio, das Leben bzw. die Gesundheit des Organempfängers zu erhalten. Bei der Uterusübertragung verhält es sich anders. Für die potenzielle Empfängerin sind Alternativen vorhanden: Sie kann auf genetisch eigene Kinder verzichten oder ein Kind adoptieren oder könnte eine Leihmutterschaft in Anspruch nehmen, was in Deutschland allerdings verboten ist. Medizinisch-technisch ist zu beachten, dass die gespendete Gebärmutter der Empfängerin nur temporär oder passager eingepflanzt wird, nämlich für die Phase der erhofften Schwangerschaft. Danach wird sie wieder entfernt, um der Empfängerin die weitere Immunsuppression zu ersparen. Ethisch und rechtlich ist vor allem ein Weiteres zu beachten: Die Organübertragung betrifft letztlich, eigentlich gar nicht die Person, die das Organ empfängt. Denn der zu übertragende Uterus hat die Funktion, dass ein Kind zur Welt kommt. Auf diese Weise wird die hirntote Spenderin indirekt, funktional zu einer Mutter des Kindes einer anderen Frau.

Nur: Es liegt weit jenseits der bisherigen Zweckbestimmungen von Organentnahmen nach dem Hirntod, dass auf Fortpflanzung abgezielt wird. Es handelt sich um einen ganz neuen Typus der Entnahme von Organen aus Hirntoten.



Was nun die aktuelle Situation in Deutschland anbelangt: Zurzeit wird auch bei uns beabsichtigt, eine Uterustransplantation auf der Basis durchzuführen, dass das Organ aus einer hirntoten Spenderin gewonnen wird. Dies wird im Uni-Klinikum Erlangen geplant. Rein rechtlich sollte man allerdings äußerst kritisch prüfen, ob das Vorhaben mit dem bei uns geltenden Transplantationsgesetz tatsächlich in Einklang steht. Dies ist meines Erachtens nicht der Fall. Denn die Voraussetzung für eine Organentnahme nach dem Hirntod ist laut Transplantationsgesetz der erklärte Wille des Organspenders – der persönliche Wille wird im Organspendeausweis dokumentiert – oder notfalls können Angehörige im Sinn des hirntoten Menschen entscheiden, ob ein Organ entnommen werden darf. Das heißt, sie müssen prinzipiell auf frühere Äußerungen und Willensbekundungen des hirntoten Menschen zurückgreifen. Nun liegt auf der Hand, dass Frauen sich zurzeit, im laufenden Jahr und in kommenden Jahren, in ihren Organspendeausweisen zur Entnahme des Uterus nach ihrem eventuellen Hirntod noch nicht haben äußern können. Denn es gab diese Handlungsoption bislang ja noch gar nicht. Und aus dem gleichen Grund ist es extrem unwahrscheinlich, dass von ihnen eine mündliche Äußerung vorliegt, nach der sich die Angehörigen richten könnten. Insofern ist es zurzeit äußerst fragwürdig, ob man hirntoten Frauen tatsächlich einen Uterus explantieren darf. Letztlich besteht zur Uterusentnahme nach dem Hirntod Klärungsbedarf, den der Gesetzgeber selbst, der Deutsche Bundestag, vornehmen muss. Hierauf komme ich am Schluss zurück.

Zunächst beleuchte ich einen weiteren Problempunkt, der von hohem Belang ist. Er resultiert erneut daraus, dass die Gebärmutterübertragung ganz aus dem Rahmen dessen fällt, was für die Transplantationsmedizin herkömmlich üblich ist. Eine Uterusübertragung stellt einen Sonderfall dar. Betroffen ist nicht wie sonst in der Transplantationsmedizin eine Zweizahl von Personen – Organspender/in und Organempfänger/in –, sondern eine Trias: die Spenderin, die Empfängerin sowie das potenzielle Kind.

## **5. Problempunkte bezogen auf den Fetus und das Kind**

Die Frage nach dem Kind, das durch Uterustransplantation zur Welt gebracht werden soll, ist ethisch von eminentem Stellenwert. Anders als die Spenderin des Organs und als die Empfängerin kann das – erhoffte – Kind seinen Willen und seine Interes-

sen noch nicht bekunden. Jedoch ist zu beachten, dass das Kind nach seiner – hypothetischen, eventuellen – Geburt Grundrechtsträger sein wird. Ihm stehen dann Schutzrechte zu, u.a. sein Grundrecht auf den Schutz der Gesundheit. Diese Grundrechte sind auch vorwirkend, vorauslaufend relevant. Deswegen ist zu prüfen, ob die neue Handlungsmöglichkeit einen Fetus bzw. das Kind, das in einem fremden, gespendeten Uterus ausgetragen wird, gesundheitlich beeinträchtigen könnte.

Das Gefahrenpotenzial, das in diese Richtung weist, ist leider sehr groß. Dies gilt schon allein in medizinischer Hinsicht. Wenn ein Embryo oder Fetus während der Schwangerschaft in einem fremden, gespendeten Uterus heranwächst, ist er von stark erhöhten Risiken bedroht. Es besteht die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) und von Infektionen; die Schwangerschaft wird auf jeden Fall auf eine Frühgeburt hinauslaufen, die für die Gesundheit des Kindes abträglich ist; es muss ein Kaiserschnitt durchgeführt werden; u.a. Besonders wichtig und hochgradig bedenklich: Der Fetus wächst während der Schwangerschaft unter der Gabe von Immunsuppressiva heran. Denn der Uterus, in dem das Kind ausgetragen wird, ist für die austragende Frau ja ein Fremdorgan. Sie muss Medikamente zu sich nehmen, die die Immunabwehr unterdrücken. Was die Medikamente während der Schwangerschaft für den Fetus bzw. für das Kind nach seiner Geburt bedeuten, vor allem die Langzeitfolgen, ist bislang nicht hinreichend transparent gemacht worden (etwa auf Basis bisheriger Schwangerschaften nach anderweitigen Organtransplantationen). Allerdings ist offenkundig, dass die Gefahr der Schädigung des Kindes durch die Medikamente besteht. Das heißt: Die neue Handlungsoption – die Kombination der Transplantation eines Uterus mit dem Transfer eines außerkörperlich erzeugten Embryos in die „neue“, fremde Gebärmutter – wäre eigentlich überhaupt erst dann zu rechtfertigen, sofern vorab geklärt worden wäre, dass für das Kind keine gesundheitlichen Risiken aufbrechen, die unverhältnismäßig und unvertretbar sind. Dies ist zurzeit nicht hinreichend bekannt. Das Verfahren ist hochexperimentell und im Blick auf das Kind, das geboren werden soll, risikoträchtig.

Darüber hinaus sind psychosoziale Aspekte zu bedenken. Es ist zu fragen, wie es angesichts des Verfahrens um die Entwicklung und persönliche Identität des erhofften Kindes bestellt ist. Bei der neuen medizinischen Methode, einer Uterustransplantation plus Schwangerschaft nach extrakorporaler Befruchtung/IVF, wird ein Kind

nicht nur mit hohem materiellem Kostenaufwand zur Welt gebracht, in der Größenordnung von 100.000 Euro. Vielmehr wird auch immenser medizinisch-technischer Aufwand betrieben. Neuerdings sind vor allem aus Skandinavien, Großbritannien und den USA, aber auch aus Deutschland Äußerungen von Frauen dokumentiert, die erklären, warum sie sich einen gespendeten Uterus implantieren lassen möchten. Sie sagen, dass sie auf jeden Fall ein Kind haben oder dass sie ihrem Partner dessen starken Kinderwunsch erfüllen möchten, und sie heben hervor, sie wollten – obwohl ihnen die eigene Gebärmutter fehlt – dringlich selbst eine Schwangerschaft erleben. Liest man solche Äußerungen, dann legt sich gegebenenfalls der Eindruck nahe, dass es bei Frauen, die das Verfahren riskieren möchten, gar nicht so sehr um das Kind als solches geht, sondern um das eigene Lebensprojekt, um eigene Wünsche, um Selbstoptimierung, gezielt kritisch ausgedrückt um lifestyle.

Ethisch ist jedoch zu unterstreichen, dass ein Kind nicht nur das bloße „Objekt“ oder ein „Projekt“ seiner Eltern sein sollte. Wenn aufwändige medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, reicht es zur Legitimierung nicht aus, dass die Eltern sich mit einem Kind ihren Lebensplan erfüllen oder dass sie durch das Kind ihre Lebensführung oder sich selbst „optimieren“. In der Neuzeit hat sich zum Verständnis von Kindern ein humaner Durchbruch ereignet. Seit gut zwei Jahrhunderten, nämlich seit der Aufklärungsepoche, den Schriften von Rousseau und anderer Aufklärungsphilosophen hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass Kinder nicht mehr – wie man früher gemeint hatte – das Eigentum der Eltern seien und dass sie unter ihrer Verfügungsgewalt stünden. Kinder sind vielmehr in ihrem Eigenwert und als Selbstzweck zu achten. Es wäre fatal, wenn die moderne hochtechnisierte Medizin dazu führen würde, dass diese Einsicht unterlaufen wird.

Daher sollte im Einzelfall geklärt werden, ob der Wunsch einer Patientin nach selbst-erlebter Schwangerschaft und nach einem genetisch eigenen Kind angesichts des extremen Aufwands – Uterustransplantation plus IVF plus Embryotransfer plus Risikoschwangerschaft – im Blick auf das Kind verantwortbar ist. Ärzte sollten nicht zur Verfügung stehen, um einen Kinderwunsch zu erfüllen, der überwertig geworden ist. Falls ein Kinderwunsch sich verselbständigt haben sollte und falls eine Frau oder ein Paar zu weitgehende Vorerwartungen auf ein Kind projizieren, gerät die unbefangene Entwicklung des Kindes in Gefahr. Deshalb ist die Konsequenz zu ziehen, dass

Schwangerschaften, die mit derartig hohem medizinischem Aufwand ermöglicht werden, nur nach vorheriger psychosozialer Beratung stattfinden dürfen; und auch *nach* einer Geburt ist für alle Beteiligten eine dauerhafte psychosoziale Begleitung zu gewährleisten. – Vor solchen Hintergründen gelange ich zu einem Resümee.

## **6. Derzeitiges Fazit**

Schon aus äußeren Gründen, aufgrund des extremen medizinisch-technischen Aufwands und der hohen Kosten, werden Uterusübertragungen mit nachfolgender Schwangerschaft aller Voraussicht nach eine völlige Ausnahme bleiben. Dennoch ist das Verfahren inzwischen von der Medizin ins Spiel gebracht worden – auch in der Bundesrepublik Deutschland. Daher besteht Klarstellungsbedarf, und in dieser Hinsicht seien einige Desiderate hervorgehoben.

### **6.1. Sozialethische und sozialpsychologische Rückfragen**

Früher hätte man eine Uterusübertragung mit anschließender Schwangerschaft für bloße Utopie gehalten. Inzwischen wird die Utopie konkret. Allerdings ist das Verfahren, um es nochmals zu betonen, hochexperimentell. Von medizinischer Seite sollte auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass keine Erwartung, Anspruchshaltung oder Mentalität erzeugt wird, genetisch eigene Kinder seien auf jeden Fall planbar und medizinisch gewährleistet. Überzogene Erwartungen sollten gedämpft werden. In dieser Hinsicht sollte die Medizin bzw. sollten die beteiligten Mediziner meines Erachtens sehr selbstkritisch sein und sich die Frage stellen, ob durch ihr Angebot – Uterustransplantation mit Embryotransfer – bei Patientinnen Erwartungen und Hoffnungen überhaupt erst erzeugt werden. Die kritische Rückfrage lautet, ob man hier vonseiten der Medizin ein *disease mongering* betreibt, das heißt: Man schafft neue Therapiebedürfnisse, erzeugt Therapiewünsche, die eigentlich gar nicht vorhanden gewesen sind und die im konkreten Fall erhebliche Schattenseiten besitzen.

### **6.2. Notwendigkeit psychosozialer Begleitforschung**

Unterstellt man einmal, dass das neue Verfahren tatsächlich realisiert würde, dann sollte von vornherein langfristige psychosoziale Begleitforschung vorgesehen werden. Genau dies ist auch in anderen Feldern der Biomedizin und der Fortpflanzungsmedizin ein Postulat, dem inländisch bislang nicht hinreichend Rechnung ge-

tragen wird. Was die Uterustransplantation mit Embryotransfer angeht, so sollte langfristig empirisch aufgearbeitet werden, wie sich das Verfahren auf *alle* Beteiligten über die Jahre hinweg alltagsweltlich und psychologisch auswirkt. Das heißt: a) Es ist nach Auswirkungen auf die Organspenderinnen zu fragen, sofern es sich um eine Lebendspende handelt. b) Die Folgen für die austragende Frau sind aufzuarbeiten; denn auch sie nimmt medizinische Gefährdungen auf sich: durch die Implantation eines Organs, durch die Risikoschwangerschaft, anschließend durch die Entfernung des gespendeten Organs – denn es wird dann, wenn es seinen Zweck, die Schwangerschaft, erfüllt hat, wieder explantiert, um der Frau zu ersparen, weiterhin Immunsuppressiva nehmen zu müssen. Zudem wäre durch Forschungsbegleitung zu beobachten, wie sich das Verhältnis der Frauen zu den Kindern, die sie nach übermäßigem, ganz ungewöhnlichem Aufwand zur Welt gebracht haben, psychosozial darstellt. c) Vor allem sind die Folgen für das Kind selbst zu beforschen, ebenfalls in der Langzeitperspektive. Falls es nach Uterustransplantation überhaupt zur Geburt eines Kindes kommt, wird es sich familiär und psychosozial in einer komplizierten Lage befinden. Als Beispiel: Es könnte sich so verhalten, dass es in einem Uterus austragen worden ist, den seine eigene Großmutter gespendet hat. In diesem Fall wäre die Spenderin des Uterus erstens die leibliche Großmutter und zweitens in gewisser Weise, organisch-funktional, die leibliche Mutter, weil der Uterus ja von ihr stammt. Man kann sich vorstellen, dass eine solche Konstellation zu familiären Konflikten, zu Anspruchs- und Erziehungskonflikten gegenüber dem Kind zu führen vermag.

Insofern ist psychosoziale Folgen- und Langzeitforschung unerlässlich. Sodann ist noch in anderer Hinsicht Forschungsbedarf zu betonen:

### **6.3. Forschungsbedarf in Bezug auf medizinische Alternativen**

Hier geht es um medizinisch-naturwissenschaftliche Forschung. Die Schattenseiten des Verfahrens – Uterustransplantation plus Embryotransfer – dürfen nicht beschönigt werden, z.B. die sehr hohe Belastung, die einer Lebendspenderin zugefügt wird, oder die Belastung des Fetus bzw. des Kindes durch die Immunsuppressiva während der Schwangerschaft. Daher sollte gezielt nach medizinischen Alternativen gesucht werden. Konkret ist Stammzellforschung in Betracht zu ziehen. Auf lange Sicht ist generell denkbar, dass auf der Grundlage von Stammzellen Ersatzorgane, „künstli-

che Organe“ geschaffen werden (regenerative Medizin mit Hilfe von Stammzellen). Theoretisch könnte sich auf der Basis von Stammzellen auch ein Uterus konstruieren lassen. Im besten Fall würde dies einen Ausweg daraus eröffnen, dass sich Frauen als Uterusspenderinnen zur Verfügung zu stellen hätten. Allerdings ist dies eine hypothetische und langfristige Perspektive.

#### **6.4. Klärungsbedarf durch den Gesetzgeber**

Sofern sich das Verfahren über das jetzige Experimentalstadium hinaus etablieren sollte, müsste es transplantationsrechtlich geregelt werden. Der Gesetzgeber darf neue Themen der Biomedizin nicht einfach ausklammern, so wie es in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit unter anderem mit der Samen- oder der Eizellspende geschieht. In der Gesetzgebung zur Transplantationsmedizin müssten Uterusübertragungen als Sonderfall betrachtet und reguliert werden. Sie sind deswegen ein Sonderfall, weil es sich bei der Uterusspende nicht um Lebensrettung und um gesundheitlichen Notstand handelt, wie es sonst für Organübertragungen gilt, und weil Uterustransplantationen nicht zwei, sondern drei Personen betreffen: die Organspenderin, die Organempfängerin und das Kind.

Denkbar ist, wie gesagt, die Übertragung eines Uterus aufgrund einer Lebendspende sowie nach dem Hirntod.

Im Blick auf Lebendspenden müsste der Gesetzgeber klarstellen, dass und unter welchen Bedingungen sie in Deutschland überhaupt zulässig sind. Zurzeit ist dies nicht der Fall. Wenn in Tübingen vor wenigen Wochen eine Lebendspende eines Uterus stattfand und eine entsprechende Operation durchgeführt wurde, ist das Gesetz in seinem Wortlaut und Wortsinn zumindest gedehnt worden. Ein solcher Vorgang ist sehr fragwürdig.

Und dann die andere Fallkonstellation: Denkbar ist, dass man einer hirntoten Frau den Uterus entnimmt. Als einen springenden Punkt möchte ich hervorheben: Sofern einer Frau nach ihrem Hirntod der Uterus als Fortpflanzungsorgan zwecks Geburt eines Kindes explantiert werden soll, dann sollte sie vorab zu Lebzeiten auf jeden Fall persönlich ausdrücklich eingewilligt haben. Für die Entnahme des Uterus reicht es nicht aus, dass eine hirntote Frau als Spenderin einfach nur geschwiegen hat oder dass Angehörige stellvertretend und ersatzweise für sie Erklärungen abgeben.

Stattdessen sollte eine Frau im Sinne ihrer eigenen Überzeugungen vorab selbst bekunden, ob sie nach dem Hirntod durch ein Organ, als Teil ihrer selbst, einer anderen Frau eine Geburt ermöglichen und postmortal indirekt, organisch-funktional Mutter werden möchte. Bei ihrer Entscheidung wird sie zu berücksichtigen haben, dass es für ein Kind risikobehaftet ist, mit Hilfe der Gebärmutter, die gegebenenfalls von ihr selbst stammt, ausgetragen zu werden. Die gesundheitlichen und die psychosozialen Schattenseiten für das Kind habe ich ein Stückweit angesprochen. Eine potenzielle Spenderin sollte sich überlegen, dass die Hergabe ihres Fortpflanzungsorgans aufgrund der medizinischen Umstände der Schwangerschaft im fremden Uterus für ein Kind vermutlich Schäden bewirken kann, und sich fragen müssen, ob sie dies verantworten kann und verantworten möchte. Auf jeden Fall sollte sie sich hierzu höchstpersönlich äußern – und das bedeutet, dass für Uterusspenden nach dem Hirntod eine gesetzliche Regelung eingeführt werden sollte, die bislang in Deutschland nicht vorgesehen ist, nämlich eine enge Zustimmungslösung. Eine Uterusentnahme sollte allein nach ausdrücklicher vorheriger Einwilligung der Spenderin statthaft sein.

Daher ist erst einmal festzuhalten: Falls Uterustransplantationen tatsächlich spruchreif werden sollten, besteht gesetzlicher Klarstellungsbedarf. Es liegt am Gesetzgeber, dem Sachverhalt Rechnung zu tragen, dass eine Uterusübertragung in der Transplantationsmedizin einen Sonderfall bildet. Dies führt auch zum nachfolgenden letzten Punkt:

### **6.5. Psychosoziale Pflichtberatung**

Falls eine Frau und ihr Partner es sich tatsächlich überlegen, sich einen Uterus spenden zu lassen, dann sollten sie sich auf jeden Fall von Dritten beraten lassen. Es reicht nicht aus, dass sie nur von den Medizinern begleitet werden, die an dem Vorgang selbst direkt beteiligt sind und die hieran auch eigene, z.B. wirtschaftliche Interessen haben. Für die Fallkonstellation der Uterustransplantation ist daher eine behandlungsunabhängige Pflichtberatung gesetzlich vorzuschreiben. Bevor sich eine Frau einen anderen Uterus einsetzen lässt, sollte sie sich von dritter, unabhängiger Seite beraten lassen müssen. Dabei ist an medizinische Beratung und Risikoaufklärung durch einen unabhängigen Arzt sowie an psychosoziale Beratung zu denken.

Jedenfalls ist es geboten, die neue Handlungsoption sorgsam aufzuarbeiten. Zurzeit verhält es sich eher so, dass die Medizin bzw. dass manche Fachvertreter der Medizin suggerieren, einer Frau einen Kinderwunsch auch bei fehlender Gebärmutter erfüllen zu können, ohne dass genügend verdeutlicht wird, welche Kehrseiten bestehen und wie hoch die Risiken für die Betroffenen, vor allem für das erhoffte Kind zu veranschlagen sind. Zu dem Thema besteht dringlich Bedarf an kritischer Diskussion.