

Uterustransplantation und In-vitro-Fertilisation mit nachfolgender Schwangerschaft

Ethisch-rechtliche Abwägung – Notwendigkeit transplantationsrechtlicher Klärung

Hartmut Kreß

Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß, Abt. Sozialethik, Ev.-Theol. Fakultät, Universität Bonn, Am Hof 1, 53113 Bonn, Deutschland

Der hier mit Genehmigung des Springer-Verlags in Manuskriptform wiedergegebene Artikel ist publiziert in der Zeitschrift „Medizinrecht“ 34 / 2016, H. 4, S. 242–247. Die endgültige Publikation ist erhältlich bei Springer über <http://dx.doi.org/10.1007/s00350-016-4242-0>.

I. Aktueller Sachstand und Einordnung der Fragestellung

Seit 2014 rückt es in greifbare Nähe, einer Frau eine Gebärmutter zu implantieren und ihr auf diese Weise nach außerkörperlicher Befruchtung / IVF und Embryotransfer zu einer Schwangerschaft zu verhelfen. Obwohl diese Handlungsoption zurzeit noch experimentell ist, stellt sie ein neuerliches Symbol für die Fortschritts- und Entwicklungsdynamik der Hochleistungsmedizin dar. Sie ergibt sich aus der Überschneidung von Transplantations- und Reproduktionsmedizin und verdeutlicht, wie die Verflechtung der Fortpflanzungsmedizin mit anderen Disziplinen weiter zunimmt. Schon seit Längerem überschneidet sie sich, ablesbar z.B. an der Präimplantationsdiagnostik, mit der humangenetischen Diagnostik. Künftig werden über die genetische Analyse hinaus humangenetische Interventionen denkbar, letztlich auch Keimbahneingriffe, über deren Vertretbarkeit gesondert zu diskutieren wäre¹. Wichtig ist, dass Stammzellforschung und auf ihr beruhende potenzielle Therapieansätze nur aufgrund von Reproduktionsmedizin realisierbar waren und sind, da humane embryonale Stammzellen aus überzähligen IVF-Embryonen abgeleitet werden².

Aktuell kommt als weitere Verknüpfung diejenige mit der Transplantationsmedizin hinzu. Den medizinischen Anlass bildet das Fehlen der Gebärmutter bei einer Anzahl von Frauen, sei es von Geburt an (Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom bei ca. 1 : 4.000 weiblichen

¹ Richter-Kuhlmann, DÄBl 2015, A-2092 f.

² Kreß, Medizinische Ethik, 2. Aufl. 2009, S. 129 ff.

Neugeborenen³⁾ oder nach einer Entfernung im Zusammenhang von Entbindungen oder Erkrankungen. Beträchtliches Aufsehen fanden Gebärmutterübertragungen in Saudi-Arabien 2000 und in der Türkei 2011, die aber noch nicht zur Geburt von Kindern führten⁴. Erstmals wurde 2014 in Göteborg/Schweden ein Kind geboren, das extrakorporal erzeugt worden und nach dem Embryotransfer pränatal in einer transplantierten Gebärmutter herangewachsen war. Der Uterus war von einer 61-Jährigen gespendet worden. Nach insgesamt elf Uterustransplantationen erfolgten bis 2015 in Göteborg noch drei weitere Geburten⁵. In Großbritannien sind für 2017 oder 2018 klinische Versuche mit Frauen geplant, bei denen die Implantation einer Gebärmutter auf anderer Grundlage als in Schweden erfolgen soll: nicht aufgrund von Lebendspende, sondern im Anschluss an die Entnahme des Uterus nach dem Hirntod von Spenderinnen⁶.

Die neue, durchaus spektakuläre Handlungsoption sollte keine vorschnellen Abwehrreflexe auslösen. Vielmehr sind ethische sowie rechtliche Abwägungen und ist die Suche nach Kriterien erforderlich. Zur Einordnung ist vorab festzuhalten, dass die Übertragung eines Uterus, die der Fortpflanzung dienen soll, innerhalb der Transplantationsmedizin schon allein aufgrund ihrer Zweck- oder Zielbestimmung eine neue Handlungsart darstellt. Es geht nicht darum, einer Organempfängerin bzw. einem Organempfänger das Leben zu retten und hiermit ihre oder 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 wiederherzustellen – etwa durch Hornhauttransplantation – oder einem Menschen zu helfen, nach schwersten Schädigungen wieder zu sozialen Kontakten und alltagsweltlicher Kommunikation gelangen zu können. Zu Letzterem ist die Transplantation einer Hand oder eines Gesichts denkbar. Stattdessen ist intendiert, einer Patientin die von ihr gewünschte Biographie zu ermöglichen, nämlich eine Schwangerschaft und das Leben mit einem genetisch eigenen Kind.

³ Römer/Nawroth, in: *Diedrich/Ludwig/Griesinger* (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, 2013, S. 380.

⁴ *Johannesson et al.*, *Fertility and Sterility* 2015, 200.

⁵ *Brännström*, *Current Opinion in Organ Transplantation* 2015, 622.

⁶ *Johnston*, *The Guardian* v. 30.9.2015, abrufbar unter www.theguardian.com/lifeandstyle/2015/sep/29/10-women-receive-go-ahead-for-first-ever-womb-transplants-in-uk; *Rettnner*, *Live Science* v. 1.10.2015, abrufbar unter www.livescience.com/52359-womb-transplants-united-kingdom-ethics.html (Zugriffe am 3.1.2016).

Philosophisch-naturrechtlich gesagt ist ein Kinderwunsch den „inclinaciones naturales“, den wesentlichen Strebungen und insofern den grundlegenden Merkmalen der menschlichen Existenz zuzuordnen⁷. Die Weltgesundheitsorganisation erkennt einer organisch bedingten Kinderlosigkeit Krankheitswert zu⁸, so dass Anrecht auf Therapie besteht. Andererseits bedarf der Anspruch auf medizinische Kinderwunschbehandlung der Präzisierung und in bestimmter Hinsicht der Relativierung. Er gilt nicht unter allen Umständen, weil es sich um ein Anspruchsrecht mit lediglich abgeschwächter Geltung handelt. Ein unerfüllter Kinderwunsch bedeutet nicht, dass das Leben der Patientin gefährdet und ihre Gesundheit elementar bedroht wäre. Speziell zur Uterustransplantation ist nach der Verhältnismäßigkeit zu fragen und ist die Mittel-Zweck-Relation zu bedenken, so dass abzuwägen ist, ob 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, die Explantation der Gebärmutter aus einer Spenderin, tatsächlich rechtfertigt. Bevor dies erörtert wird, ist ein anderer Problempunkt zu nennen.

II. Moralischer Preis der neuen Handlungsoption: Tierversuche

Die Voraussetzung für die bisherigen Uterustransplantationen bei Menschen waren bzw. sind – wie es ausdrücklich heißt – „extensive“ bzw. „intensive“ Forschung mit Tieren einschließlich Primaten und die Erprobung der Operationstechnik an ihnen⁹. Hierdurch wurde Tieren, sogar Primaten, Leiden zugefügt; Versuchsprimaten kamen zu Tode¹⁰. Nun sind Tierverbrauch und Tierversuche, auch humanmedizinisch begründete Tierversuche, ein ethisch sensibles Thema. Eine jahrhundertelange Rechtstradition korrigierend bewertet das Zivilrecht seit 1990 Tiere in § 90a BGB nicht mehr nur als bloße „Sachen“¹¹. Eine besonders starke Rechtsstellung haben sie in der Schweiz erhalten; dort ist explizit von der „Würde“ des

⁷ Kreß, Medizinische Ethik, 2. Aufl. 2009, S. 185 f.

⁸ Kisu et al., Reproductive Sciences 2013, 1406.

⁹ Brännström et al., Human Reproduction Update 2010, 338; ders. et al., Lancet 2015, 613; ferner: Kisu et al., Reproductive Sciences 2013, 1406; ders. et al., Transplantation Proceedings 2014, 1212–1216; Akar, Journal of the Turkish German Gynecological Association 2015, 45–48.

¹⁰ Johannesson et al., Human Reproduction 2013, 194.

¹¹ Gerick, Recht, Mensch und Tier, 2005, S. 87 f.

Tiers die Rede¹². Als Lebewesen besitzen sie einen eigenständigen Status, aufgrund dessen sie schonend zu behandeln sind und keinesfalls ohne Weiteres für Zwecke des Menschen instrumentalisiert werden dürfen. Ethisch ist dies nicht nur mit dem anthropozentrischen Tierschutzgedanken zu begründen, demgemäß die eigene Selbstachtung es dem Menschen verbietet, nichtmenschliche Lebewesen über Gebühr zu belasten. Vielmehr ist ebenfalls die pathozentrische oder ethische Tierschutzidee zu betonen und der Schmerzempfindlichkeit von Tieren, ihren Bedürfnissen und vitalen Interessen Rechnung zu tragen¹³. Davon abgesehen sind Ergebnisse von Tierversuchen für Menschen nur begrenzt aussagekräftig, was im Fall der Uterustransplantation die Anatomie, Immunsuppression oder Tragezeit von Tieren im Vergleich mit Menschen betrifft¹⁴. In Europa werden forschungs- und rechtspolitisch zurzeit generell große Anstrengungen unternommen, Tierversuche – auch solche, die der menschlichen Gesundheit nutzen sollen – durch alternative Verfahren zu ersetzen, um sie letztlich in Richtung auf Null zu reduzieren¹⁵.

Sicherlich kann man argumentieren, dass sich medizinisch bedingte Tierversuche nach wie vor rechtfertigen lassen, sofern sie um der Patientensicherheit willen unbedingt erforderlich sind. Rückblickend wird z.B. kritisiert, dass in der Reproduktionsmedizin die Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), die bei Subfertilität des Mannes zur Anwendung gelangt, zu rasch eingeführt wurde und im Vorlauf Tierversuche unterblieben waren¹⁶. Es war „Glück“, dass die wenig erprobte ICSI-Methode bei den auf dieser Basis erzeugten Kindern zu keinen nennenswerten Schäden geführt hat. Dennoch ist zur Option der Uterustransplantation die Frage aufzuwerfen, ob der beträchtliche Tier-, ja Primatenverbrauch moralisch nicht ein zu hoher Preis ist. Denn bei dem Handlungsziel geht es abgesehen von allen sonstigen mit ihr verbundenen Problemen nicht um die Lebensrettung von Patienten oder um lebensbedro-

¹² Schweizerische Eidgenossenschaft, Tierschutzgesetz v. 16.12.2005, Art. 1.

¹³ *Kreß*, MedR 2015, 390 f.; *Petrus*, in: *Ferrari/Petrus* (Hrsg.), Lexikon der Mensch-Tier-Beziehungen, 2015, S. 369.

¹⁴ *Olausson et al.*, Fertility and Sterility 2014, 41.

¹⁵ Erwägungsgrund 10 in: Richtlinie 2010/63/EU v. 22.9.2010 zum Schutz der für wissenschaftliche Zwecke verwendeten Tiere.

¹⁶ *Olausson et al.*, Fertility and Sterility 2014, 41. Ausführlicher und ebenfalls mit kritischem Akzent zur Entwicklung des ICSI-Verfahrens: *Bernard*, Kinder machen, 2014, S. 408 ff.

hende Krankheiten. Die Frage der Verhältnismäßigkeit stellt sich erneut und erst recht, wenn man die Herkunft der zu transplantierenden Organe reflektiert und nach der Zumutbarkeit für die Frauen fragt, von denen der Uterus stammt.

III. Offene Fragen in Anbetracht der Herkunft der Organe

1. Symbolischer Stellenwert der Gebärmutter

Im Rahmen der Transplantationsmedizin bildet die Uterustransplantation schon allein deshalb einen Sonderfall, weil sie nicht der unabdingbaren Gesundheitsversorgung und dem elementaren Gesundheitsschutz, sondern der Erfüllung besonderer biographischer Wünsche (Kinderwunsch) aufseiten der Empfängerin und ihres Partners dient. Darüber hinaus ist nach der Eigenart des Organs zu fragen, das transplantiert wird. Manchen Organen kommt besonderer Symbolwert zu. Dies gilt etwa für das Herz, das man in unserem Kulturkreis oft als „Mitte“ des Menschen, als Sinnbild für das individuelle Personsein oder als körperliches Äquivalent für das Gewissen ansah. Im Judentum und in Israel wiegt diese Tradition so schwer, dass dort noch heute sehr starke Vorbehalte gegen das Hirntodkriterium im Allgemeinen und gegen Herztransplantationen im Besonderen herrschen¹⁷. Zur Gebärmutter ist hinsichtlich ihres Stellenwerts für die weibliche Identität Ähnliches zu sagen. In der Geistes-, Religions- und Medizingeschichte war sie teilweise sehr symbolträchtig. So stand sie im Alten Testament für göttliche Schöpfungskraft; *Platon* hielt sie sogar für ein eigenes Lebewesen¹⁸. Obwohl solche religiösen oder philosophisch-spekulativen Überlieferungen heutzutage völlig verblasst sind, macht feministische Ethik darauf aufmerksam, dass der Uterus für das Selbstverständnis von Frauen noch in der Gegenwart symbolisch relevant ist. So wurde anlässlich von Hysterektomien auf die Symbolhaftigkeit des Uterus auch jenseits der Reproduktionsfunktion hingewiesen und schon allein aus diesem Grund eine Absenkung der Hysterektomieraten befürwortet¹⁹.

Analog ist zur jetzt anstehenden Frage der Uterusexplantation der besondere Stellenwert des Organs für das Selbstverständnis und die Identität von Frauen zu beachten. Den Frauen,

¹⁷ Nordmann, in: Schlich/Wiesemann (Hrsg.), *Hirntod*, 2001, S. 267 ff.

¹⁸ Buse, „... als hätte ich ein Schatzkästlein verloren“, 2003, S. 130 ff., 142.

¹⁹ Ebd., S. 569 f.

die als Organspenderinnen in Betracht kommen, wird sehr viel zugemutet. Das Maß der Zumutung tritt zutage, wenn man die Wege betrachtet, die für die Entnahme gewählt werden können, nämlich einerseits die Lebendspende, andererseits die Entnahme nach dem Hirntod²⁰. Hier ergeben sich jeweils eigene Fragezeichen.

2. Probleme der Lebendspende

Die Uterustransplantationen in Schweden beruhten auf Lebendspenden. Die vielstündige Entnahmeoperation ist technisch äußerst kompliziert und aufwändig. Für die Spenderin bedeutet sie, dass sie das Organ irreversibel verliert. Nun lässt sich die Explantation eines Uterus, die zugunsten des Kinderwunsches einer anderen Frau durchgeführt wird, in manchem mit einer Leihmutterschaft bzw. – anders und präziser gesagt – mit einer Schwangerschaftsspende vergleichen. Bei einer Leihmutterschaft oder Schwangerschaftsspende stellt eine Frau ihren Uterus freilich nur temporär, für begrenzte Zeit zur Verfügung, während die Lebendorganspende Endgültigkeit bedeutet²¹. Zwar verliert die Frau, der bei der Lebendspende ein Uterus explantiert wird, kein unmittelbar lebenswichtiges Organ. Doch auch dann, wenn sie sich in höherem Lebensalter befindet, gibt sie ein Organ her, das für ihr Selbstbild, ihre Sexualität, mentale Befindlichkeit und psychische Gesundheit hohen Belang besitzt²².

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 erfolgen, wenn Spender und Empfänger einander kennen, oder auf der Basis von Anonymität. Beide Versionen werden auch für die Spende eines Uterus in Betracht gezogen²³, mit jeweils spezifischen Vor- und Nachteilen. Bei einer Verwandtenspende könnten Abstoßungskomplikationen geringer ausfallen²⁴. Allerdings besteht die Gefahr, dass auf eine Verwandte als mögliche Spenderin zumindest latent oder subtil Druck ausgeübt wird, das

²⁰ Ferner theoretisch als Quelle vorstellbar: Uteri, die bei anderweitig begründeten gynäkologischen Eingriffen mit entnommen würden; *Catsanos/Rogers/Lotz*, *Bioethics* 2013, 71.

²¹ *Kreß*, *FPR* 2013, 243. – Aus ethischen Gründen ist davon auszugehen, dass die Schwangerschaftsspende altruistisch motiviert ist (im Unterschied zu kommerzieller Leihmutterschaft).

²² *Lefkowitz/Edwards/Balayla*, *Transplant International* 2012, 443; *Kisu et al.*, *Reproductive Sciences* 2013, 1409.

²³ *Arora/Blake*, *Journal of Medical Ethics* 2014, 397.

²⁴ *Catsanos/Rogers/Lotz*, *Bioethics* 2013, 71.

Organ zur Verfügung zu stellen. So oder so wiegt die Entnahme einer Gebärmutter schwer. Für den letztlichen Erfolg, die Geburt eines Kindes, wäre an sich wünschenswert, dass das Organ von einer jüngeren Spenderin stammt. Doch abgesehen von den OP-Risiken dürfte dies für die Betroffene symbolisch, hinsichtlich ihrer Lebensperspektiven sowie mental einen noch tieferen Einschnitt in ihre Identität auslösen als für eine Lebendspenderin jenseits der Menopause.

Nun sind in Deutschland die Bestimmungen zur Lebendspende sehr restriktiv. Anonyme Lebendspenden sind im Inland verboten. Die Begründung lautete, der Staat habe das Recht, potenzielle Lebendspender vor sich selbst zu schützen. Hiermit hat sich die deutsche Gesetzgebung einen Paternalismus zu eigen gemacht, der viel zu weit geht²⁵. Die damalige Gesetzesbegründung ist überdies unplausibel. Sie rechtfertigte die Einschränkung von Lebendspenden auf Verwandte und Nahestehende mit der Erwägung, in diesem Fall sei – anders als bei altruistisch motivierten anonymen Spenden – die Freiwilligkeit der Spende besser gewährleistet²⁶. Jedoch ist ganz im Gegenteil festzuhalten, dass zwischen einander nahestehenden Menschen die freie, selbstgewollte Bereitschaft der Organspende durch latenten, u.U. ungewollt und unbewusst ausgelösten psychischen Druck, durch belastende familiäre Konstellationen und Gefühlsbindungen mehr oder weniger stark beeinträchtigt sein kann²⁷. Nachdem eine Transplantation stattgefunden hat, können im Problemfall Dankbarkeitsforderungen, Moralisierungen, Abhängigkeits- oder Schuldgefühle zum Zuge gelangen. Ambivalente Gefühle und Beziehungsprobleme sind auch bei Uterustransplantationen denkbar, z.B. dann, wenn wie in Schweden eine Mutter ihrer Tochter das Organ hergibt. Ggf. berühren derartige Ambivalenzen zusätzlich sogar das Verhältnis zwischen der Spenderin und dem Kind, das ohne den ihr entnommenen Uterus nicht geboren worden wäre.

Hiermit soll nicht vorschnell gesagt werden, einer anonymen Uteruslebendspende sei der Vorzug zu geben. Vielmehr geht es um den Hinweis, dass zur Lebendspende gravierende Rückfragen aufbrechen, weil der Spenderin durch das Ansinnen und den Vollzug der Organ-

²⁵ *Schroth*, in: Jahrbuch für Recht und Ethik 2007, S. 406 ff.; *Kreß*, Medizinische Ethik, 2. Aufl. 2009, S. 236 f.; *Stoecker*, Zum Novellierungsbedarf der gesetzlichen Regelungen zur Lebendspende, 2012, S. 43, 100.

²⁶ BT-Dr. 13/4355 v. 16.5.1996, S. 20.

²⁷ *Hoyer*, in: *Kreß/Kaatsch* (Hrsg.), Menschwürde, Medizin und Bioethik, 2000, S. 132 f.

entnahme physisch sowie psychisch sehr viel auferlegt wird. Deshalb drängt es sich auf, Alternativen bei der Organgewinnung in Betracht zu ziehen, so wie es aktuell in Großbritannien geschieht²⁸.

3. Entnahme nach dem Hirntod?

a) Zum Sachverhalt

Als Ausweg aus den Dilemmata der Lebendspende eines Uterus ist die Kadaverspende vorstellbar. Doch auch zur postmortalen Uterusexplantation ergeben sich Anfragen, die sogar die ethischen und rechtlichen Grundlagen der postmortalen Organübertragung berühren. Für die derzeitigen Regulierungen der Organentnahme nach dem Hirntod wird vorausgesetzt, dass explantierte Organe wie z.B. Herz, Niere, Leber oder Lunge einem Empfänger das Leben retten oder ihn von höchster gesundheitlicher Not entlasten. Es geht um eine letzte Möglichkeit, sein Leben bzw. seine Gesundheit zu erhalten. Bei der Uterusübertragung verhält es sich insofern anders, als das Leben und die Gesundheit der potenziellen Empfängerin nicht auf dem Spiel stehen und für sie Handlungsalternativen vorhanden sind, die prinzipiell zumutbar sind. Sie reichen vom generellen Verzicht auf Kinder über den Verzicht auf genetisch eigene Kinder, d.h. die Adoption²⁹, bis zur Leihmutterschaft, also zur Inanspruchnahme einer altruistischen Schwangerschaftsspende durch eine andere Frau³⁰. Die gespendete Gebärmutter wird der Empfängerin zudem nur temporär oder passager eingepflanzt, nämlich für die Phase der erhofften Schwangerschaft, und danach wieder entfernt, um ihr die weitere Immunsuppression zu ersparen. Vor allem ist von Belang, dass der Zweck der Organentnahme letztlich gar nicht die Person ist, die das Organ empfängt. Denn der explantierte Uterus hat die Funktion, dass ein Kind zur Welt kommt. Auf diese Weise wird die hirntote Spenderin indirekt zur Mutter des Kindes einer anderen Frau. Sofern sie leibliche Kinder hat, wür-

²⁸ S. oben, Fn. 6.

²⁹ Das Nein zu Adoptionen, das als partikuläre religiöse Besonderheit im Islam anzutreffen ist (*Ilkalic*, Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 2011, Sonderh. 2, 10), reicht nicht aus, Uterusexplantationen pauschal als Ausweg zu empfehlen, so wie es im Schrifttum z.T. geschieht. Grundrechtlich gesehen kann sich eine Patientin aufgrund ihrer Religionsfreiheit und ihres Selbstbestimmungsrechts über ein solches religiöses Verbot hinwegsetzen, das zudem kritisch auf seine heutige rationale Tragkraft zu befragen ist.

³⁰ Zu Rechtsfragen der Leihmutterschaft, die in Deutschland verboten ist: *Dethloff*, JZ 2014, 922–932. – Eigener Diskussion bedarf die Frage, ob und inwiefern eine Schwangerschaftsspende in mancher Hinsicht weniger Probleme aufwirft als eine Gebärmuttersspende.

den diese in gewisser Hinsicht ein Geschwisterkind erhalten. Ihre postmortale Uterusspende wäre bei allen sonstigen Differenzen – z.B. entsteht zwischen Donor und Kind keine genetische Verbundenheit – einer Eizell- oder Mitochondrienspende vergleichbar. Jedenfalls liegt es weit jenseits der bisherigen Zweckbestimmungen von Organentnahmen nach dem Hirntod, dass direkt auf Fortpflanzung abgezielt wird³¹.

b) Enge Zustimmungslösung als Regulierungsansatz

Falls sich nach der derzeitigen Experimentalphase in Zukunft medizinisch erweisen sollte, dass eine postmortale Uterusentnahme für Fortpflanzungszwecke tatsächlich geeignet und zielführend ist, wird es unerlässlich sein, den Sachverhalt auch in Deutschland im Transplantationsgesetz zu erfassen, um ihn als Sonderfall zu regeln. Der springende Punkt besteht darin, dass eine Frau, der nach ihrem Hirntod der Uterus zwecks Geburt eines Kindes entnommen werden soll, vorab zu Lebzeiten persönlich ausdrücklich eingewilligt haben muss. In Europa gilt zur Organentnahme nach dem Hirntod zumeist die Widerspruchsregelung³²; in Deutschland wurde die erweiterte Zustimmungslösung bzw. im Jahr 2012 die sog. Erklärungslösung eingeführt, die ihre eigenen Probleme enthält³³. Für die Explantation eines Uterus reicht es jedoch nicht aus, dass – i. S. der Widerspruchslösung – die Spenderin einfach nur geschwiegen hat oder dass – so wie es in der Bundesrepublik Deutschland zulässig ist – Angehörige stellvertretend und ersatzweise Erklärungen abgeben dürfen. Stattdessen sollte eine Frau im Sinn ihrer eigenen Überzeugungen vorab selbst entscheiden, ob sie nach ihrem Hirntod durch ein Organ als Teil ihrer selbst einer anderen Frau eine Geburt ermöglichen und postmortal indirekt Mutter werden möchte. Bei ihrer Entscheidungsfindung wird sie zu berücksichtigen haben, dass es für ein Kind risikobehaftet ist, mit Hilfe einer fremden Gebärmutter, die ggf. von ihr selbst stammt, ausgetragen zu werden. Die besonderen Bedingungen einer solchen Schwangerschaft können bei dem Kind Schäden bewirken und kom-

³¹ Zu ähnlichen Reflexionen in Großbritannien *Arora/Blake*, *Journal of Medical Ethics* 2014, 397.

³² *Hilpert/Sautermeister* (Hrsg.), *Organspende*, 2014, S. 411.

³³ *Kreß*, in: *Hilpert/Sautermeister* (Hrsg.), *Organspende*, 2014, S. 281–293.

men zu den Risiken noch hinzu, die durch die – in diesem Fall unvermeidliche – extrakorporale Erzeugung des Kindes entstehen³⁴.

Im Übrigen wird diskutiert, einen Uterus nicht erst nach dem Hirntod, sondern bereits nach dem Herztod zu explantieren³⁵. In der Bundesrepublik Deutschland ist das Herztodkriterium bislang nicht akzeptiert worden. Weil die Bewertung des Herztodes als Voraussetzung für eine Organentnahme auch medizinisch strittig ist – bis hin zur Unsicherheit hinsichtlich des zwischen Herzstillstand und frühestmöglicher Organentnahme gebotenen Zeitabstandes – braucht auf diesen Punkt hier nicht eingegangen zu werden. Der Zweifel am Herztod als Kriterium für den terminus a quo einer Organentnahme wiegt so schwer, dass eine Explantation, die nicht der Lebensrettung, sondern der reproduktiven Selbstbestimmung einer anderen Person dienen soll, auf dieser Basis schwerlich als vertretbar erscheinen kann.

Im Ergebnis ist zu betonen, dass die zurzeit geltenden Regelungen zur Organentnahme nach dem Hirntod – Widerspruchsregelung bzw. erweiterte Zustimmung- oder Erklärungslösung – für die Fallkonstellation der postmortalen Uterustransplantation abzuändern sind. Bislang müssen Menschen vorher nicht unbedingt explizit eingewilligt haben. Um nicht missverstanden zu werden: Grundsätzlich sprechen für bestimmte Erleichterungen der Organentnahme, d.h. für die Zulässigkeit einer stellvertretenden Einwilligung von Angehörigen oder für eine erweiterte Widerspruchslösung³⁶, gute Gründe. Denn die explantierten Organe sollen bei einem schwerkranken, vom Tod bedrohten Patienten einen existenziellen Notstand beheben. Von einer derartigen hochgradigen Notlage kann bei Uterustransplantationen jedoch keine Rede sein. Es ist legitim, menschlich verständlich und nachvollziehbar, wenn sich eine Frau ohne Uterus ein Kind wünscht. Ihr Wunsch rechtfertigt aber keine Organentnahme nach dem Hirntod, ohne dass die Spenderin vorher ausdrücklich zugestimmt hätte. Aus Respekt vor ihren Persönlichkeitsrechten, die postmortal nachwirken, ist eine enge Zustimmungslösung vorzusehen. Die Transplantationsgesetzgebung müsste um diesen Spezialfall ergänzt werden.

³⁴ S. unten, sub IV.

³⁵ *Kisu et al.*, *Reproductive Sciences* 2013, 1407.

³⁶ *Kreß*, in: *Hilpert/Sautermeister* (Hrsg.), *Organspende*, 2014, S. 293.

Für die Transplantationsmedizin ergibt sich angesichts von Gebärmutterübertragungen jedenfalls neuartiger Reflexionsbedarf. Dies beruht nicht zuletzt auf dem Sachverhalt, der schon erwähnt wurde, aber jetzt noch eigenständig zu thematisieren ist: Betroffen ist nicht wie sonst eine Zweizahl von Personen – Organspender und Organempfänger –, sondern eine Trias, die Spenderin, die Empfängerin sowie das potenzielle Kind³⁷.

IV. Vertretbarkeit des Verfahrens im Blick auf den Fetus und das Kind

a) Problemexposition

Die Frage nach dem Kind, das durch Uterustransplantation zur Welt kommen soll, ist ethisch und grundrechtlich besonders belangvoll. Anders als die Spenderin des Organs und als die Empfängerin kann es seinen Willen und seine Interessen noch nicht bekunden. Nach seiner – hypothetischen – Geburt wird es jedoch Grundrechtsträger sein, dem Schutzrechte zustehen, u.a. das Grundrecht auf den Schutz seiner Gesundheit. Solche Grundrechte sind auch vorwirkend, vorauslaufend relevant. Aufgrund der vorwirkenden Grundrechte sollte z.B. darauf verzichtet werden, pränatal eine Ganzgenomsequenzierung vorzunehmen, die den später geborenen Menschen in seinen Rechten auf informationelle Selbstbestimmung bzw. auf Nichtwissen um sein eigenes Genom beeinträchtigt³⁸. Für die Konstellation der Uterustransplantation ist kritisch zu prüfen, ob und inwiefern die neue Handlungsmöglichkeit den Fetus bzw. das spätere Kind gesundheitlich beeinträchtigen könnte. Das Gefahrenpotenzial, das in diese Richtung weist, ist beträchtlich und resultiert z.B. aus der Immunsuppression während der Schwangerschaft aufgrund des fremden Uterus, der der austragenden Frau implantiert wurde. Es schließt erhöhte Infektionsanfälligkeit, Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit oder Kaiserschnitt ein³⁹. Letztlich wird sich die kombinierte Nutzung von Uterustransplantation und In-vitro-Fertilisation überhaupt nur dann rechtfertigen lassen, wenn sich klären lässt, dass für das Kind keine zusätzlichen unverhältnismäßigen physischen Risiken entstehen⁴⁰.

³⁷ Dies gilt abgesehen von weiteren Betroffenen, etwa dem genetischen Vater des Kindes.

³⁸ Kreß, in: *Busch/Hahn* (Hrsg.), *Abtreibung*, 2015, S. 157 f.

³⁹ *Olausson et al.*, *Fertility and Sterility* 2014, 42; *Farrell*, *Lancet* 2015, 582.

⁴⁰ Zu Risiken für Kinder, die schon allein aufgrund von IVF realistisch sind: *Scherrer et al.*, *Circulation* 2012, 1890–1896; *Hart/Norman*, *Human Reproduction Update* 2013, 232–243, 244–255; *Dorn/Wischmann*, in: *Diedrich/Ludwig/Griesinger* (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, 2013, S. 487; *Ludwig/Ludwig*, ebd., S. 555 ff.

Verschiedene kritische Gesichtspunkte werden im medizinischen oder medizinethischen Schrifttum zurzeit auch erwähnt. Jedoch ist hervorzuheben, dass bestimmte Gefährdungen, etwa Spät- und Langzeitfolgen der Gabe von Immunsuppressiva an die Schwangere für die spätere vita des Kindes, auf jeden Fall zu berücksichtigen und zu beforschen sind⁴¹. Sodann ist auf einen Aspekt hinzuweisen, der zu wenig erörtert wird. Es gilt zu bedenken, was die neue Handlungsoption für die persönliche Identitätsfindung eines Kindes bedeutet. Bei einer Schwangerschaft nach Uterustransplantation und IVF wird ein Kind mit hohen finanziellen Kosten – ein hoher fünfstelliger oder ein sechsstelliger Eurobetrag – und mit höchstem medizinisch-technischem Einsatz zur Welt gebracht. Als Motive werden genannt, der Empfängerin des gespendeten Uterus liege an der Erfüllung des Wunsches nach einem genetisch eigenen Kind sowie am Erlebnis einer Schwangerschaft⁴². Nun kann man zurückfragen, ob angesichts des ökonomischen Aufwands und der Risiken für Dritte – z.B. Belastung einer Lebendspenderin durch die Uterusentnahme; physische Gefahren für das erhoffte Kind – hier nicht auch ein überdehnter Genetizismus zum Zuge gelangt und das Anliegen genetisch eigener Nachkommenschaft und einer selbsterlebten Schwangerschaft übermächtig zu werden droht. Es ist ohnehin unrealistisch, dass die Frau gleichsam eine natürliche Schwangerschaft erlebt, weil Nervenverbindungen zum implantierten Uterus fehlen⁴³. Dieser Sachverhalt ist im Übrigen unter Aspekten pränataler Psychologie zu diskutieren. Zwar sind im Blick auf IVF oder auf die Inanspruchnahme der Präimplantationsdiagnostik grundrechtlich und ethisch das Selbstbestimmungsrecht und die reproduktive Autonomie der Frau sehr nachdrücklich zu betonen⁴⁴. Jedoch ist ethisch ebenfalls zu sagen, dass ein Kind nicht nur das bloße „Projekt“ seiner Eltern sein sollte, insofern eine Frau oder ein Paar sich mit einem Kind einen

⁴¹ Bedenklich stimmt, dass offenbar die Datenlage über Langzeitfolgen bei Kindern unzulänglich ist, die schon seit Längerem unter der Gabe von Immunsuppressiva zur Welt gebracht werden. Sie wurden von Frauen geboren, denen Organe wie Niere oder Leber implantiert worden waren; *Walldorf/Dollinger/Seufferlein*, Internist 2011, 1184.

⁴² *Catsanos/Rogers/Lotz*, Bioethics 2013, 65, 67, 68. Eine in Großbritannien auf eine Uterusimplantation hoffende Frau wird wie folgt zitiert: „I think carrying your own child would be amazing. With a surrogate, you wouldn't feel the baby kick or move around. To be able to feel your baby move must be amazing“ (Meet Sophie Lewis: the 30-year-old hoping to have a womb transplant, in: The Guardian v. 30.9.2015 [Zugriff am 3.1.2016]).

⁴³ *Lefkowitz/Edwards/Balayla*, Transplant International 2012, 442.

⁴⁴ *Gassner et al.*, Fortpflanzungsmedizingesetz. Augsburg-Münchner-Entwurf, 2013, S. 29 ff., 31 ff.; *Kreß*, in: *Geis/Winkler/Bickenbach* (Hrsg.), Von der Kultur der Verfassung, 2015, S. 43–52.

ganz bestimmten Lebensplan erfüllen und die eigene Lebensführung oder die eigene Person „optimieren“ wollen.

Grundsätzlicher ausgedrückt: In der Neuzeit hat sich zum Verständnis von Kindern ein humaner Durchbruch ereignet. Seit der Aufklärung und den Schriften von *Rousseau* hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass Kinder nicht mehr unter der Gewalt des *pater familias* stehen und dass sie kein Eigentum der Eltern sind, sondern in ihrem Eigenwert und als Selbstzweck zu respektieren sind⁴⁵. Dieser Gedanke ist im 19. und 20. Jahrhundert philosophisch und ethisch vertieft sowie pädagogisch fruchtbar gemacht worden. So wurde der kategorische Imperativ, in dem *Immanuel Kant* die Menschenwürde jedes Einzelnen postuliert hatte, dahingehend durchdacht, welche Aussagekraft er speziell für den Umgang mit Kindern besitzt⁴⁶. Die Achtung vor dem Eigenwert von Kindern ist ein ganz wesentliches Element des ethischen und menschenrechtlichen Fortschritts, der sich in der Moderne ereignet hat. Er sollte nicht durch die heutige hochtechnisierte Medizin konterkariert werden, indem sie dazu beiträgt, dass Kinder medikalisiert und zum bloßen Projekt oder Objekt von Wünschen und überdehnten Projektionen Erwachsener degradiert werden⁴⁷.

b) Schlussfolgerung: Verpflichtende psychosoziale Beratung

Daher sollte im Einzelfall geklärt werden, ob der Wunsch einer Patientin nach selbsterlebter Schwangerschaft und nach einem genetisch eigenen Kind angesichts des ungewöhnlich hohen Aufwands – Uterustransplantation kombiniert mit vorheriger hormoneller Stimulation und In-vitro-Fertilisation; Embryotransfer; Risikoschwangerschaft – in Bezug auf das Kind

⁴⁵ *Surall*, Ethik des Kindes, 2009, S. 35 ff., 42 ff.; *Stock et al.* (Hrsg.), Zukunft mit Kindern, 2012, S. 47 f.

⁴⁶ Überlegungen, die an den kategorischen Imperativ und die Würdeformel Kants anknüpfen und den Eigenwert und die Selbstzwecklichkeit von Kindern ins Licht rücken, finden sich in den Pädagogikvorlesungen des Sozial- und Kulturphilosophen *Georg Simmel* von 1915/1916 (*Simmel*, Schulpädagogik, hrsgg. v. *Rodax*, 1999, S. 87 ff.), zu Beginn des 19. Jahrhunderts ansatzweise bereits bei *Friedrich Schleiermacher* (*Schleiermacher*, Pädagogische Schriften I, hrsgg. v. *Weniger*, 1983, S. 267, 372, 450), später bei *Hans Jonas* (*Jonas*, Technik, Medizin und Ethik, 1985, S. 194). Seit 1989 ist zur Würde des Kindes die UN-Kinderrechtskonvention einschlägig.

⁴⁷ Zur Verdeutlichung und als Vergleich: Unter Umständen verselbständigt sich das „Projekt“ des Kinderwunsches sogar von dem ursprünglichen Anliegen, dass ein genetisch eigenes Kind geboren wird. Aus Kalifornien wird berichtet, dass eine Wunschmutter für die in Auftrag gegebene Leihmutterschaft häufig zusätzlich eine Eizellspende nutzt und dass gespendete Eizellen mit gespendeten Samenzellen befruchtet werden; *Meyer-Spendler*, Ein schmaler Grat. Erfahrungen mit Leihmutterschaft in den USA, 2015, S. 48, 31, 29.

verantwortbar ist. Falls ein Kinderwunsch sich verselbständigt haben und „überwertig“⁴⁸ geworden sein sollte, droht die unbefangene Entwicklung des Kindes gefährdet zu werden. Bezogen auf das Kindeswohl sind nicht nur ärztliche Selbstbindungen und arztethische Grenzziehungen geboten, die losgelöst von Uterustransplantationen in der Reproduktionsmedizin z.T. bereits diskutiert werden. Vielmehr ist die Konsequenz zu ziehen und sollte gesetzlich festgelegt werden, dass Schwangerschaften, die einen derart hohen Aufwand voraussetzen, nur nach vorheriger behandlungsunabhängiger psychosozialer Beratung stattfinden dürfen. Ferner muss gewährleistet sein, dass auch nach der eventuellen Geburt eines Kindes für alle Beteiligten eine dauerhafte psychosoziale Begleitung zur Verfügung steht. Diese kann Unterstützung bieten, wenn es um die Aufklärung des Kindes über die Hintergründe seiner Geburt geht oder falls zwischen austragender Frau und Gebärmutterspenderin – in Schweden z.B. Mutter oder Schwiegermutter der Schwangeren⁴⁹, so dass die Spenderin zugleich Großmutter des Kindes ist – Konflikte aufbrechen oder sofern ein Kind geschädigt geboren worden ist.

V. Fazit. Eckpunkte der ethischen und rechtlichen Bewertung

Abschließend sind vier Punkte hervorzuheben, die auch die Gesetzeslage in der Bundesrepublik Deutschland betreffen.

1. Nachdem für die Realisierbarkeit einer Uterusübertragung mit anschließender Schwangerschaft jetzt der proof of principle erbracht worden ist, ist sozialetisch und sozialpsychologisch Sorge zu tragen, dass hierdurch keine Erwartung, Anspruchshaltung oder Mentalität erzeugt wird, genetisch eigene Kinder seien auf jeden Fall planbar und medizinisch gewährleistet⁵⁰. Überzogene Erwartungen sollten gedämpft werden. Insofern leitet auch in die Irre, wenn pauschal von einer Behandelbarkeit von 1,5 Millionen Frauen weltweit gespro-

⁴⁸ *Stauber*, in: Lexikon der Bioethik, 1998, Bd. 2, S. 382.

⁴⁹ *Brännström*, Current Opinion in Organ Transplantation 2015, 625.

⁵⁰ Etwa i. S. der Überschrift eines ansonsten informativen Zeitungsartikels: „Schwedischer Arzt schafft Unfruchtbarkeit einfach ab“; Welt online v. 29.12.15; abrufbar unter www.welt.de/gesundheit/article150420280/Schwedischer-Arzt-schafft-Unfruchtbarkeit-einfach-ab.html (Zugriff am 3.1.2016).

chen wird⁵¹. Schon aus äußeren Gründen, aufgrund des extremen, disziplinübergreifenden medizinisch-technischen Aufwands und der hohen finanziellen Kosten, wird die neue Handlungsoption aller Voraussicht nach Ausnahme bleiben.

2. Unerlässlich ist die psychosoziale Beratung der Personen, die das Verfahren erwägen. Die Beratung sollte schon vor dem Beginn konkreter medizinischer Maßnahmen stattfinden und losgelöst von den behandelnden Ärzten erfolgen. Gleichzeitig ist sie, analog zur Schwangerschaftskonfliktberatung, ergebnisoffen anzulegen, so dass das Selbstbestimmungsrecht der Frau und ihres Partners geachtet wird. Da bei einer Uterustransplantation mit IVF vorwirkende Rechte eines hypothetischen Kindes betroffen sind und diesbezüglich staatliche Schutzpflichten bestehen, sollte die psychosoziale Beratung verpflichtend vorgeschrieben werden⁵². Für den Fall, dass eine Geburt erfolgt, ist die spätere psychosoziale Begleitung der Betroffenen zu sichern.

3. Neben der medizinischen Kontroll- und Risikoforschung ist langfristige psychosoziale Begleitforschung zu etablieren, die das psychische, alltagsweltliche und familiäre Wohl aller Beteiligten erfasst. Angesichts der oben erwähnten Schattenseiten des Verfahrens ist überdies gezielt nach medizinischen Alternativen zu suchen und entsprechende Forschung zu fördern. Ein alternativer Ansatz zeichnet sich auf lange Sicht dahingehend ab, Uterusentnahmen aus einer lebenden oder hirntoten Spenderin auf der Basis von Stammzellforschung und regenerativer Medizin („künstliche Organe“) zu ersetzen⁵³.

4. Sofern sich das aktuell diskutierte Verfahren der Uterustransplantation mit extrakorporaler Befruchtung und Embryotransfer über das Experimentalstadium hinaus etablieren sollte, müsste es auch in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich geregelt werden. In reprodu-

⁵¹ Brännström, *Current Opinion in Organ Transplantation* 2015, 621.

⁵² Zwar sind die Einwände zu beachten, die gegen das Modell der Pflichtberatung bei der Schwangerschaftskonfliktberatung erhoben worden sind (Franz, in: Busch/Hahn [Hrsg.], *Abtreibung*, 2015, S. 259 f.). Der Sache nach würde sich eine Pflichtberatung zur Kinderwunschtherapie mit transplantiertem Uterus von einer verpflichtenden Schwangerschaftskonfliktberatung aber auf jeden Fall dadurch unterscheiden, dass kein strafrechtlicher Kontext (§§ 218 f. StGB) existiert. – Zu internationalen Tendenzen der psychosozialen Beratung bei reproduktionsmedizinischen Entscheidungen: Blyth, *Human Reproduction* 2012, 2046–2057; zur Beratungspraxis bei bisher praktizierten Lebendorganspenden: Schulz/Kröncke, in: May/Kreß/Verrel/Wagner (Hrsg.), *Patientenverfügungen*, 2016, S. 413–424.

⁵³ Brännström, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2015, 678; vgl. auch Raya-Rivera et al., *Lancet* 2014, 329–336.

tionsmedizinischer Hinsicht ist dabei an die Problematik der sog. Dreierregel und an die Vorratsbefruchtung⁵⁴ zu denken – Themen, zu denen ohnehin seit Langem gesetzlicher Reformbedarf besteht⁵⁵. Im Transplantationsgesetz ist eine Uterusübertragung als Sonderfall zu regeln. Sofern die Uteruslebendspende zugelassen wird, ist § 8 Abs. 1 Nr. 2 TPG anzupassen, da eine Uterusspende auf anderes als die dort genannten Gründe (Lebenserhaltung, Heilung, Linderung von Beschwerden) zielt. Für die Entnahme eines Uterus nach dem Hirntod sollte aufgrund der genannten Erwägungen⁵⁶ eine Regelung eingeführt werden, die vom in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Modell der erweiterten Zustimmung- bzw. der Erklärungslösung abweicht. Für den Spezialfall der postmortalen Uterusexplantation ist eine enge Zustimmungslösung vorzuschreiben, so dass die Spenderin zu Lebzeiten nach vorheriger Information und Aufklärung ausdrücklich und schriftlich eingewilligt haben muss.

⁵⁴ Für die Geburt eines Kindes nach Uterustransplantation in Göteborg 2014 waren nach extrakorporaler Befruchtung 11 Embryonen kryokonserviert worden; *Brännström et al.*, *Lancet* 2015, 607.

⁵⁵ Hierzu nur *Gassner et al.*, Fortpflanzungsmedizingesetz. Augsburg-Münchner-Entwurf, 2013, S. 50.

⁵⁶ S. oben, sub III.3.