

zinischen Berufe steht es frei, ihre Dienstleistungen im Rahmen von Vorschriften anzubieten, die der Entwicklung von Rechtsregeln für die Normalbürger weit hinterher hinken. Aller Wahrscheinlichkeit nach hätte das Parlament erhebliche Schwierigkeiten, ein Gesetz zu verabschieden, das dem Inhalt der einschlägigen ärztlichen Standesrichtlinien auch nur nahe käme.

Den Medizinerinnen ist darüberhinaus auch ein entscheidender Einfluß in den Kontrollgremien eingeräumt worden. Obwohl das Leben von Frauen und ihre gesellschaftliche Stellung als Trägerinnen der Reproduktion von der Entwicklung der Fortpflan-

zungstechnologien entscheidend beeinflußt wird, ist ihr Geschlecht in der öffentlichen Auseinandersetzung über die Notwendigkeit einer Kontrolle in diesem Bereich in bemerkenswertem Ausmaß unterrepräsentiert.

Die Vorherrschaft der medizinischen Berufe im Bereich der Fortpflanzung ist nicht erst in ferner Zukunft zu erwarten: die Ärzteschaft hat schon heute das Recht, bei der Anwendung der neuen Technologien im Verhältnis zu den betroffenen Männern und Frauen, den diesen Rechtsbeziehungen zugrundeliegenden moralischen Maßstab zu bestimmen und anzuwenden.

Übersetzt von Sabine Heinke, Bremen

Richtlinien von Ethikkommissionen – Beispiele privater Rechtsetzung

88. Deutscher Ärztetag, v. 14.-18. Mai 1985

I. EntschlieÙung

Der 88. Deutsche Ärztetag hält es für erforderlich, die Voraussetzungen, unter denen Ärzte *extrakorporale Befruchtung* und *Embryotransfer* durchführen, berufsrechtlich zu regeln.

Eine solche Regelung muß insbesondere folgendes beinhalten:

1. Extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer dürfen nur zur Behandlung einer Fertilitätsstörung nach strenger medizinischer Indikationsstellung durchgeführt werden.
2. Extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer dürfen nur in Einrichtungen durchgeführt werden, welche die zur ordnungsgemäÙen Durchführung erforderlichen fachlichen, personellen und technischen Anforderungen erfüllen.
3. Bei seiner Entscheidung über die Durchführung von extrakorporaler Befruchtung und Embryotransfer darf der Arzt nicht nur den Kinderwunsch in einer Partnerschaft berücksichtigen; er muß vielmehr auch das künftige Wohl des erhofften Kindes bedenken und insbesondere hieran seine Entscheidung orientieren. Deswegen sind extrakorporale Befruchtung und Embryotransfer nur bei bestehender Ehepartnerschaft im homologen System vertretbar.
4. Der Einsatz von „Leihmüttern“ ist wegen der möglichen Nachteile für das Kind und wegen der Gefahr einer Kommerzialisierung der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers abzulehnen.
5. Extrakorporal erzeugte Embryonen müssen grundsätzlich im Rahmen der jeweiligen Sterilitätsbehandlung implantiert werden. Experimente mit Embryonen sind grundsätzlich abzulehnen, soweit sie nicht der Verbesserung der Methode oder dem Wohl des Kindes dienen.

Durch eine berufsrechtliche Regelung auf vorstehender Grundlage ist nach Auffassung des

88. Deutschen Ärztetages insbesondere zu gewährleisten, daß die wissenschaftlich anerkannte Methode der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers nur unter medizinisch und ethisch vertretbaren Bedingungen durchgeführt und eine kommerzielle Ausnutzung dieser Methode verhindert wird.

Der 88. Deutsche Ärztetag begrüÙt auf der vorstehenden Grundlage die vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats beschlossenen Richtlinien zur Durchführung von extrakorporaler Befruchtung und Embryotransfer als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität. Er dankt der beim Wissenschaftlichen Beirat eingesetzten Arbeitsgruppe für die Erstellung dieser Richtlinien.

Der 88. Deutsche Ärztetag empfiehlt den Ärztekammern, die Regelungen in geeigneter Weise als berufsrechtliche Regelung umzusetzen.

II. Richtlinien

zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität

1. Definition

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos¹ in die Gebärmutterhöhle wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet.

1 Strenggenommen bezeichnet der Begriff „Embryo“ nur die ersten Entwicklungsstadien nach vollendeter Einnistung (ab Ende der 2. Woche). Im internationalen Sprachgebrauch hat sich aber die Bezeichnung „Embryo“ auch schon für die ersten der Befruchtung folgenden Entwicklungsstadien durchgesetzt.

2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Die In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer stellt eine Substitutionstherapie bestimmter Formen von Sterilität dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind. Sie ist in geeigneten Fällen medizinisch und ethisch vertretbar, wenn bestimmte Zulassungs- und Durchführungsbestimmungen eingehalten werden (siehe hierzu 3. und 4.).

3. Zulassungsbedingungen

3.1 Berufsrechtliche Voraussetzungen

Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter ist als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen. Diese muß prüfen, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

3.2 Medizinische und soziale Voraussetzungen

3.2.1 Medizinische Indikationen und Kontraindikationen

– Uneingeschränkte Indikationen: (mikrochirurgisch) nicht therapierbarer Tubenverschluß bzw. tubare Insuffizienz.

– Eingeschränkte Indikationen: Einige Formen männlicher Fertilitätsstörung sowie einige Formen immunologisch bedingter Sterilität, unerklärbare Sterilität (wenn die nach ärztlichem Ermessen erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind).

– Absolute Kontraindikationen: Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft.

– Eingeschränkte Kontraindikationen: Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau sowie psychogene Sterilität.

3.2.2 Elterliche Voraussetzungen²

Vor der Sterilitätsbehandlung soll der Arzt sorgfältig darauf achten, ob zwischen den Partnern eine für das Kindeswohl ausreichend stabile Bindung besteht.

Grundsätzlich ist IVF/ET nur bei Ehepaaren anzuwenden. Dabei dürfen grundsätzlich nur Samen und Eizellen der Ehepartner Verwendung finden (homologes System).

Ausnahmen sind nur zulässig nach vorheriger Anrufung der bei der Ärztekammer eingerichteten Kommission.

Leihmutterschaft, nämlich das Austragen des Kindes einer anderen genetischen Mutter mit dem Ziel, es dieser oder einer anderen Frau zu überlassen, ist abzulehnen.

3.3 Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung von IVF/ET hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Ehepartnern vorausgehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind.

3.4 Aufklärung und Einwilligung

Die betroffenen Ehepaare müssen vor Beginn der Behandlung über die vorgesehenen Eingriffe, die Einzelschritte des Verfahrens, seine Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kosten informiert werden. Die Eltern sind auch darüber aufzuklären, welche Maßnahmen für den Fall möglich sind, daß Embryonen aus unvorhersehbarem Grunde nicht transferiert werden können. Der Inhalt des Gespräches und die Einwilligung der Ehepartner zur Behandlung müssen schriftlich fixiert und von beiden Ehepartnern und dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

3.5 Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Zulassung zur Durchführung von IVF und ET als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der im Anhang festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus (siehe Anhang II und III).

4. Durchführungsbedingungen

4.1 Gewinnung und Transfer von Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit IVF und ET dürfen grundsätzlich nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie für die Behandlung sinnvoll und ausreichend sind und auf die Eispenderin einzzeitig übertragen werden. An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Eingriffe vorgenommen werden, die nicht unmittelbar dem Wohle des Kindes dienen.

4.2 Kryokonservierung noch nicht transferierter Embryonen

Zum Wohle des Kindes ist eine zeitlich begrenzte Kryokonservierung statthaft, wenn sie der Verbesserung der Implantationsbedingungen oder zur Überbrückung der Zeit bis zu einem anderen Transfer dient.

4.3 Umgang mit nicht transferierten Embryonen

Der Embryo ist im Sinne der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki und Tokio vor ethisch nicht vertretbaren Experimenten zu schützen.

Verantwortbare wissenschaftliche Untersuchungen an nicht transferierten Embryonen sind daher nur nach Prüfung durch eine Ethikkommission

² siehe auch Kommentar zu 3.2.2 und Anhang I

sion unter strengen, in gesonderten Richtlinien festzulegenden Voraussetzungen und Bedingungen zuzulassen.

4.4 Kommerzielle Nutzung

Kauf und Verkauf von Embryonen sind abzulehnen und die ärztliche Mitwirkung dabei standeswidrig.

Kommentar:

zu 1: Die Befruchtung der instrumentell entnommenen Eizelle durch die Samenzelle erfolgt in der Regel in einem Kulturgefäß (in vitro). Nach Beobachtung von Zellteilungen erfolgt der Transfer des sich entwickelnden Embryos in die Gebärmutter. Da nicht in jedem Falle die Einnistung gelingt, werden in der Regel mehrere Embryonen transferiert, um die Chancen für den Eintritt einer Schwangerschaft zu verbessern.

zu 2: Die Behandlungsmethode der IVF und des ET gründet sich auf eine umfangreiche naturwissenschaftliche Forschung sowie erfolgreiche klinische Anwendung beim Menschen. Sie ist so weit ausgereift, daß ihre Anwendung zur Behandlung bestimmter Formen der menschlichen Sterilität gerechtfertigt ist.

zu 3.2.1: Männliche Fertilitätsstörungen sind gegenwärtig zu wenig untersucht, um daraus schon jetzt klare Indikationen für die IVF/ET ableiten zu können. Obwohl die Indikation zur homologen Insemination ebenfalls noch nicht ausreichend definiert ist, sollte sie in der Regel als das weniger eingreifende Verfahren zuvor angewandt werden.

IVF/ET kann die Ursachen einer etwaigen psychogenen Sterilität nicht beseitigen. Die Gefahr, sich mit technischen Mitteln gewaltsam über tief wurzelnde menschliche Probleme hinwegzusetzen, muß vom behandelnden Arzt gesehen und vermieden werden.

zu 3.2.2: Seine aktive Rolle bei der Entstehung der Schwangerschaft legt dem Arzt gegenüber dem Kinde eine besondere Verantwortung auf.

Für die Entscheidung des Arztes über die Behandlung einer Fertilitätsstörung durch IVF/ET ist daher nicht nur der – auf anderem Wege nicht erfüllbare – Kinderwunsch seiner Patientin maßgebend, sondern mit zumindest ebenso starker Gewichtung das künftige Wohlergehen des erhofften Kindes.

Die in Abschnitt 3.2.2 aufgestellten Anforderungen hinsichtlich der ehelichen Beziehungen sollen deswegen insbesondere dann eine IVF/ET ausschließen, wenn Nachteile für ein dadurch gezeugtes Kind zu befürchten sind.

Solche Nachteile können sozialer und rechtlicher Art sein³.

zu 4.3: Die Zustimmung zu der Sterilitätstherapie mittels IVF und ET darf weder direkt noch indirekt mit der Zustimmung zu einer andersartigen Verwendung der erzeugten Embryonen verknüpft werden.

Anhang:

I.

Vermeidung sozialer und rechtlicher Nachteile für ein durch IVF gezeugtes Kind

1.

Künftige soziale Nachteile, die sich daraus ergeben können, daß eine Partnerschaft im Zeitpunkt des Wunsches nach IVF/ET bereits zerrüttet ist oder zu scheitern droht, und daher ein Heranwachsen des Kindes in einer intakten elterlichen Beziehung nicht zu erwarten ist, lassen sich für den Arzt nur selten eindeutig erfassen und hinsichtlich negativer Auswirkungen für das Wohlergehen des Kindes nur schwer beurteilen.

Gelangt der Arzt jedoch aufgrund seiner Gespräche mit den Partnern und konsiliarischer Beratung mit psychotherapeutisch tätigen Fachkollegen oder Psychologen, insbesondere in Fällen, in denen ein Kinderwunsch geäußert wird, um bestehende Probleme in einer Partnerschaft zu überwinden, zu der Überzeugung, daß sich durch die Geburt eines Kindes diese Probleme der Partnerschaft nicht bewältigen lassen, so soll er keine IVF/ET vornehmen.

2.

Die grundsätzlich – d.h. von begründeten Ausnahmen abgesehen – bestehende Bindung in der Anwendung der IVF/ET an eine bestehende Ehe findet ihre Rechtfertigung in dem verfassungsrechtlich verankerten besonderen Schutz von Ehe und Familie und den sozialen Nachteilen, denen trotz weitgehend rechtlicher Gleichstellung das nicht-eheliche Kind nach wie vor ausgesetzt sein kann.

Die Verfassung stellt Ehe und Familie unter den besonderen Schutz des Staates (Art. 6 Abs. 1 GG). Sie geht dabei davon aus, daß eine Familie auf der Basis einer Ehe gegründet wird und dadurch

³ siehe auch Anhang I

ihren rechtlichen und sittlichen Zusammenhalt findet. An diese Wertentscheidung der Verfassung ist auch der Arzt gebunden, der durch IVF/ET zur Bildung einer über die Partnerschaft zweier Menschen hinausgehenden Familie beitragen soll.

Demgegenüber kann nicht auf das Selbstbestimmungsrecht einer alleinstehenden Frau oder zweier nicht in Ehe zusammenlebender Partner und einen darauf gegründeten Kinderwunsch verwiesen werden, da, losgelöst von dieser Willensbildung, vom Arzt die Aussichten für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen sind. Diese Form der „Familienbindung“ ist auch bürgerlich-rechtlich nicht anerkannt; vielmehr begründet nur die Ehe eine rechtlich gesicherte Lebensgemeinschaft, bei der zumindest die Vermutung besteht, daß sie auf Dauer angelegt ist.

Durch das Gesetz über die rechtliche Stellung des nicht ehelichen Kindes vom 1.7.1970 ist zwar in den Unterhalts- und Erbansprüchen eine weitgehende Gleichstellung von ehelichen und nicht ehelichen Kindern erfolgt. Daraus kann jedoch unter keinen Umständen ein Anspruch gegenüber dem Arzt hergeleitet werden, durch IVF/ET bei Fertilitätsstörungen in einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft oder bei einer alleinstehenden Frau einen Kinderwunsch zu erfüllen, da die rechtlichen Vorschriften über die Gleichstellung des nicht ehelichen Kindes an die *Tatsache* einer Geburt außerhalb einer bestehenden Ehe anknüpfen, daraus aber kein positives Recht auf nicht eheliche Fortpflanzung abgeleitet werden kann.

Aus dieser rechtlichen Gleichstellung des nicht ehelichen Kindes mit dem ehelichen Kind ergibt sich aber aus dem gleichen Grund auch keine Legitimation für den Arzt, losgelöst vom Bestehen einer ehelichen Lebensgemeinschaft, eine vorhandene Fertilitätsstörung durch die Methode der IVF/ET zu behandeln.

Neben der Wertentscheidung des Grundgesetzes für die Ehe und die durch eheliche Lebensgemeinschaft begründete Familie muß der Arzt vielmehr auch die möglichen sozialen Nachteile berücksichtigen, denen ein nicht eheliches Kind auch heute noch ausgesetzt sein kann. Rein egoistische oder kommerzielle Motive dürfen nicht zur künstlichen Zeugung eines Kindes führen. Wer ernsthaft den Wunsch nach einem eigenen Kind hat, der wegen seiner Fertilitätsstörung nur durch die Methode der IVF/ET erfüllbar ist, dem ist grundsätzlich zuzumuten, bei bestehender Partnerschaft eine eheliche Lebensgemeinschaft einzugehen und dadurch die Ernsthaftigkeit der beabsichtigten Familiengründung rechtlich gesichert zu dokumentieren.

Ausnahmen von diesem Grundsatz können nur in begründeten Einzelfällen nach Überprüfung durch die hierfür eingerichtete Kommission anerkannt werden. Dabei ist in jedem Fall sicherzustellen, daß durch Vaterschaftsanerkennung die Unterhalts- und Erbansprüche des Kindes gegenüber dem biologischen Vater gewährleistet sind.

Bei alleinstehenden Frauen ist die Durchführung der IVF/ET nach dem vorstehend Gesagten grundsätzlich nicht vertretbar.

3.

Bei einer IVF/ET im homologen System bestehen hinsichtlich des Verwandtschaftsverhältnisses des Kindes zu seinen Eltern keine Unterschiede gegenüber einer natürlichen Zeugung. Bei bestehender Ehe ist der Rechtsstatus des durch IVF/ET gezeugten Kindes daher eindeutig bestimmt. Daraus rechtfertigt sich die grundsätzliche Bindung der Methode der IVF/ET an eine bestehende Ehe und an die Anwendung im homologen System.

4.

Eine IVF/ET mit *Spendersamen* wirft dieselben Rechtsprobleme auf wie die artifizielle heterologe Insemination. Diese Rechtsprobleme bestehen darin, daß zwar bei bestehender Ehe auch in diesem Fall die Ehelichkeitsvermutung des § 1591 zum Zuge kommt, sowohl der Ehemann als auch das Kind aber die Ehelichkeit der Abstammung im nachhinein anfechten können (§§ 1593-1599 BGB).

Dieses Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit kann vertraglich, auch soweit es den Ehemann betrifft, nicht wirksam ausgeschlossen werden. Das Anfechtungsrecht des Kindes kann ohnehin durch vertragliche Vereinbarungen der Eltern nicht tangiert werden.

Wird die Ehelichkeit erfolgreich angefochten, so stehen dem Kind ein Recht auf Feststellung der Vaterschaft und darauf basierend Unterhalts- und erbrechtliche Ansprüche gegenüber seinem Erzeuger zu. Spätestens dann wird auch der Arzt den Namen des Samenspenders preisgeben müssen. Auch wenn die Ehelichkeit nicht angefochten wird, dürfte das durch heterologe Insemination gezeugte Kind jedoch einen Anspruch auf Bekanntgabe seines biologischen Vaters haben, da die biologische Vaterschaft, z.B. beim Eingehen der Ehe, im Hinblick auf seine Gesundheit und die seiner Nachkommenschaft von wesentlicher Bedeutung ist. Der Arzt kann dem Samenspender daher keine Anonymität zusichern. Er muß ihn vielmehr darauf hinweisen, daß er gegenüber dem Kind zur Nennung des Spendernamens verpflichtet ist und sich insoweit auch nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen kann.

Auch insoweit ist eine Stellungnahme durch die zuständige Kommission einzuholen. Voraussetzung für das Vorliegen eines Ausnahmefalles ist dabei insbesondere, daß

- eine IVF/ET im homologen System wegen Unfruchtbarkeit des Mannes nicht möglich ist,
- die Verwendung eines Mischspermas ausgeschlossen ist, da durch sie die spätere Identifikation des biologischen Vaters erschwert würde,
- der Samenspender sich mit der Bekanntgabe seines Namens an das Kind durch den Arzt für den Fall ausdrücklich einverstanden erklärt, daß ein entsprechendes Auskunftersuchen an den Arzt gerichtet wird,

– die Ehegatten und der Samenspende über die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit, die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen und das unabhängig hiervon bestehende Recht des Kindes auf Namensnennung des Samenspenders aufgeklärt worden sind und diese Aufklärung ausreichend dokumentiert worden ist.

5.

Bei Verwendung *fremder Eizellen* zur Durchführung einer IVF/ET ist die rechtliche Situation des Kindes noch unsicherer als bei einer Samenspende. Das bürgerliche Recht kennt nur die Anfechtung der Ehelichkeit durch das Kind bzw. durch den Ehemann. Ein Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit durch die Ehefrau gibt es nicht, da der Gesetzgeber die durch extrakorporale Befruchtung mögliche Trennung von genetischer und austragender Mutter bei der Gesetzgebung nicht kannte. Ob sich aus dieser neuen Entwicklung eine analoge Anwendung der Vorschriften über die Anfechtung der Ehelichkeit auf die Ehefrau bejahen läßt, ist zweifelhaft. Für das Kind und für den Ehemann besteht jedenfalls auch insoweit, wie bei der Samenspende, die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit unter den Voraussetzungen des § 1596 BGB. Auch dürfte aus dem gleichen Grund wie bei der Samenspende, unabhängig von einer Anfechtung der Ehelichkeit, ein Recht des Kindes auf Nennung des Namens seiner genetischen Mutter zu bejahen sein. Neben diesen rechtlichen Schwierigkeiten bestehen gegen die Verwendung fremder Eizellen aber auch erhebliche medizinische Bedenken, da die Entnahme der Eizellen nur mittels eines invasiven Eingriffes erfolgen kann und der Embryotransfer eine hormonale Vorbehandlung erfordert. Aus diesen Gründen ist die Anwendung der IVF/ET mit fremden Eizellen nicht vertretbar.

6.

Die Verwendung eines *fremden Samens und fremder Eizellen* zur Ermöglichung eines Kinderwunsches würde dazu führen, daß das Kind zu keinem seiner beiden Elternteile eine genetische Verwandtschaft hätte.

Rechtlich ist dieser Fall daher in gewisser Weise vergleichbar mit dem der Adoption, die allerdings in erster Linie dazu eingerichtet ist, elternlose Kinder und nicht etwa kinderlose Eltern zu versorgen. Ethisch stellt sich für den Arzt die Frage, ob er bei Fertilitätsstörungen beider Ehepartner eine IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen vertreten kann oder diese Ehepartner nicht auf den Weg der Adoption verweisen muß. Rechtlich ergibt sich eine erhöhte Unsicherheit im künftigen Rechtsstatus des durch IVF/ET geborenen Kindes, da sich die Anfechtung der Ehelichkeit sowohl auf die fehlende Abstammung vom Familienvater als auch von der Familienmutter beziehen kann. Medizinisch bestehen die schon aufgeführten Bedenken gegen die Verwendung fremder Eizellen.

Deswegen ist die IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen nicht vertretbar.

Unberührt von dieser Einschränkung sollte – die rechtliche Absicherung vorausgesetzt – die Möglichkeit gegeben sein, einen Embryo, der im Rahmen der Fertilitätsbehandlung anderer Partner nicht implantiert werden kann, zur Erhaltung seines Lebens von einer anderen Ehefrau austragen und dadurch als ihr und ihres Ehemannes gemeinsames Kind zur Welt bringen zu lassen. Es wäre wünschenswert, wenn die rechtliche Stellung eines solchen Kindes gesetzlich durch die Einschränkung von Anfechtungsrechten dauerhaft abgesichert würde.

Die *Leihmutter* im Sinne der Richtlinien ist eine Frau, die selbst ein Kind, das genetisch nicht von ihr abstammt, für eine andere Frau austrägt, weil diese keine Leibesfrucht austragen kann oder will. Die Gefahr einer Kommerzialisierung des „Leihmutterverhältnisses“ ist sehr groß. Außerdem können rechtliche Auseinandersetzungen um das gezeugte Kind entstehen, wenn die „Leihmutter“ das Kind nach der Geburt nicht herausgeben oder die biologische Mutter das Kind, zum Beispiel wegen einer Mißbildung, nicht übernehmen will. Die Gefahr schädlicher Auswirkungen des Leihmutterverhältnisses auf das Wohlergehen eines Kindes ist daher so groß, daß die Richtlinien die Verwendung von Leihmüttern ausnahmslos ablehnen.

II.

Fachliche, personelle und technische Mindestanforderungen

Die Anzeigepflicht umfaßt den Nachweis, daß die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist:

- a) Endokrinologie der Reproduktion
- b) Gynäkologische Sonographie
- c) Operative Gynäkologie
- d) Experimentelle oder angewandte Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur

- e) Andrologie

Von diesen fünf Teilbereichen können jeweils nur zwei Bereiche gleichzeitig von einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe verantwortlich geführt werden.

Folgende Einrichtungen müssen ständig und ohne Zeitverzug verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- a) Hormonlabor
- b) Ultraschalldiagnostik
- c) Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- d) Gesondertes Labor für Spermendiagnostik
- e) Gesondertes Labor für In-vitro-Fertilisation und In-vitro-Kultur

Dem Leiter der Arbeitsgruppe obliegt die Überwachung der ärztlichen Leistungen. Diese

schließt sowohl die technischen Leistungen als auch die psychologische Führung der eine Sterilitätsbehandlung durch IVF und ET suchenden Ehepaare ein.

III.

Ständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Von den Landesärztekammern sind Ständige Kommissionen zu bilden, welche die Einhaltung der Zulassungs- und Durchführungsbedingungen prüfen. Ihnen sollen Ärzte und Juristen mit Sachkompetenz in medizinischen und rechtlichen Fragen der IVF/ET angehören.

Die Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen. Betroffene in eigener Sache sind ausgeschlossen.

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser Richtlinien zu erreichen, sollten von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen gebildet und/oder bei der Bundesärztekammer eine zentrale Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

III. Beschluß

betreffend Änderungen und Ergänzungen der Berufsordnung

Ethikkommission

Der Arzt soll vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten eine bei der Ärztekammer oder einer medizinischen Fakultät gebildete Ethikkommission anrufen, um sich über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten zu lassen. Bei der durchzuführenden Beratung des Arztes ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) zugrunde zu legen.

In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen. Diese muß prüfen, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen seinen Willen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

Richtlinien für die Organisation und Tätigkeit der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission

vom 17.11.1981

Bei der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) besteht eine *Zentrale medizinisch-ethische Kommission*. Sie beruht auf den Grundsätzen, die in den „Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen“ der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften von 1970 und in der „Helsinki-Deklaration II“ des Weltärztebundes von 1975 festgehalten sind. Ethische Regeln über das Verhalten der Ärzte unter sich und zwischen dem Arzt und seinem Patienten gehören in den Zuständigkeitsbereich der kantonalen Ärztesellschaften. Der Akademie fällt die Formulierung von Aufgaben zu, welche hochspezialisierte Techniken und Kenntnisse voraussetzen, sowie die Behandlung ethischer Probleme, die eine Lösung auf gesamtschweizerischer Ebene erfordern.

Die Aufgaben der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW sind folgende:

1. Sie kann Fragen medizinisch-ethischer Art, die ihr von Seiten des Bundes, der Kantone, von internationalen Organisationen, von der Verbindung der Schweizer Ärzte oder Einzelpersonen unterbreitet werden, aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher, medizinisch-ethischer und juristischer Erkenntnisse beantworten. Die Antworten oder Entscheide sind nach Anhören der Fragesteller schriftlich und begründet auszustellen.
2. Sie pflegt Kontakte zu den *medizinisch-ethischen Kommissionen der Krankenhäuser und Universitätsinstitute*, die ihre Aufgaben gemäß den „Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen“ und der Helsinki-Deklaration II sowie bei der Entscheidungsfindung im präventiven,

diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bereich der Medizin selbständig lösen. Durch Förderung des Informationsaustausches sorgt sie für die notwendige Koordination. Die vom Generalsekretariat der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften erstellte und ständig nachgeführte Liste der medizinisch-ethischen Kommissionen dient dabei als Arbeitsinstrument.

3. Sie kann als medizinisch-ethische Kommission für Krankenhäuser und Institute wirken, welche weder eine eigene medizinisch-ethische Kommission besitzen, noch sich an eine andere bestehende medizinisch-ethische Kommission wenden möchten.

4. Sie bearbeitet wichtige sich stellende medizinisch-ethische Probleme und kann Leitsätze dazu aufstellen. Diese sind dem Senat der Akademie zur Genehmigung vorzulegen. Diese Leitsätze können nur durch zwei Entscheide des Senates genehmigt oder modifiziert werden; der zweite Entscheid muß mindestens vier Monate nach dem ersten gefällt werden.

5. Sie trägt, in Zusammenarbeit mit den medizinisch-ethischen Kommissionen der Krankenhäuser und Universitätsinstitute, zur Verbesserung der Kontakte zwischen Patienten, Ärzten, Pflegepersonal, Krankenhäusern, der Bevölkerung und den Behörden bei, damit das Band der gemeinsamen Hilfe und das Vertrauen, das für die Heilung von Kranken notwendig ist, eine Stärkung erfährt.

Mitglieder der Zentralen medizinisch-ethischen Kommission der SAMW sind

1. ein derzeitiger oder früherer Senator der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften als Präsident;
2. der Generalsekretär der Akademie;
- 3.-8. ein deutschsprechender, ein französischsprachiger und ein italienischsprachiger derzeitiger oder früherer Senator der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, zwei praktizierende Ärzte, die nicht Mitglieder des Senats sind, sowie eine diplomierte Ärztin als Vertreterin der Schweizer Ärztinnen;
- 9.-11. der Präsident, Vizepräsident sowie ein weiteres Mitglied des Zentralvorstandes der Verbindung der Schweizer Ärzte oder deren Vertreter, wobei die Sprachregionen nach Möglichkeit zu berücksichtigen sind;
12. ein Dozent einer juristischen Fakultät einer Schweizer Universität;
- 13.-14. zwei Delegierte des Schweizerischen Berufsverbandes für Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK).

Einzuladen zu den Sitzungen ist der Präsident der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Experten können zu den einzelnen Fragen aufgebeten werden. Die Wahl der Mitglieder erfolgt durch den Senat der Akademie der medizinischen Wissenschaften.

Die Sitzungen der zentralen medizinisch-ethischen Kommission finden jährlich einmal oder wiederholt statt. Anfragen können durch den Kommissionspräsidenten auf dem Zirkularweg vorgelegt werden, wobei an der Rundfrage mindestens 8 Kommissionsmitglieder einen Entscheid zu genehmigen haben. Die danach vom Präsidenten beantworteten Fragen werden von ihm an der nächsten Sitzung der Gesamtkommission zur Kenntnis gegeben.

Die Zentrale medizinisch-ethische Kommission legt dem Generalsekretariat der Akademie einen Jahresbericht vor, welcher im Jahresbericht der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften veröffentlicht wird.

Medizinisch-ethische Richtlinien für die artifizielle Insemination

vom 17.11.1981

1. Die künstliche Insemination mit dem Samen eines anonymen Spenders, auf die sich die folgenden Empfehlungen im Anschluß an die Resolution des Europarates vom 29.12.78 beziehen, darf nur unter der Verantwortung des Arztes, der den Eingriff ausführt, vorgenommen werden. Der Arzt soll sich nicht nur von medizinischen Überlegungen leiten lassen, sondern sich nach Möglichkeit vergewissern, daß das Wohlergehen des künftigen Kindes umfassend gewährleistet ist.

2. Spendersamen darf nur mit schriftlicher Zustimmung des Spenders zur artifiziellen Insemination gebraucht werden. Eine artifizielle Insemination darf nur durchgeführt werden, wenn das schriftliche Einverständnis der empfangenden Frau und, wenn sie verheiratet ist, ihres Ehemannes oder, bei dauernder Partnerschaft, des Partners vorliegt.

3. Ein Arzt oder eine medizinische Institution, die menschliches Sperma zum Zwecke von artifizieller Insemination erhalten, haben vor deren Durchführung die notwendigen Nachforschungen und Untersuchungen beim Spender anzustellen, um die Übertragung erblicher Krankheiten an den Empfänger und ansteckender Krankheiten oder sonstiger Gefährdung von Mutter und künftigem Kind zu vermeiden. Nötigenfalls stehen die humangenetischen Institute der medizinischen Fakultäten zur Verfügung. Der Samen des gleichen Spenders soll am selben Ort nicht vielfach verwendet werden (zur Vermeidung von Blutsverwandtschaften usw.).

4. Der Arzt, unter dessen Verantwortung eine artifizielle Insemination durchgeführt wird, hat im Rahmen des Möglichen einen Samenspender zu wählen, dessen Kind als dasjenige des das Kind wünschenden Paares angesehen werden könnte.

5. Der Arzt und das Personal der medizinischen Institution, welche Samen entgegennehmen, und der Arzt, welcher eine artifizielle Insemination ausführt, haben über die Identität des Spenders und der empfangenden Frau sowie über die artifizielle Insemination als solche Verschwiegenheit zu bewahren. Die Frau darf also nicht den Spender und der Spender darf nicht die Frau und ihren Gatten kennen oder mit ihnen bekannt sein. Der Arzt nimmt keine artifizielle Insemination vor, wenn die Wahrung der Verschwiegenheit als unwahrscheinlich erscheint.

6. Der Samen soll unentgeltlich gespendet werden. Immerhin können zeitliche Beanspruchung, Verdienstausschlag, Reisespesen und andere Auslagen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Samenspende dem Spender ersetzt werden. Wer als Privatperson oder als öffentliche oder private Organisation Samen zur artifiziellen Insemination zur Verfügung stellt, soll das ohne Erwerbsabsicht tun.