

# Die Eizellenspende

Ethische und rechtliche Erwägungen

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
1.1 Medizinische Grundlagen .....	5
1.1.1. Definition .....	5
1.1.2. Indikation .....	5
1.1.3. Verfahren .....	5
1.1.4. Untersuchungen bei der potenziellen Eizellenspenderin .....	6
1.2 Statistische Angaben .....	7
1.3 Rechtlicher Rahmen .....	10
1.3.1. Entstehungsgeschichte .....	10
1.3.2. Verfassungsrechtlicher Kontext .....	11
1.3.3. Normzweck und Geltungsbereich .....	11
<b>2. Ethische Erwägungen</b> .....	<b>13</b>
2.1 Reproduktive Autonomie .....	13
2.2 Zum Argument der Natürlichkeit .....	13
2.3 Der Schutz der Spenderinnen .....	15
2.3.1. Nicht-Instrumentalisierung .....	15
2.3.2. Gesundheit .....	16
2.4 Rechte und Interessen des Kindes .....	16
<b>3. Rechtliche Anpassungen</b> .....	<b>19</b>
3.1 Die Empfängerin .....	19
3.1.1. Kindeswohl .....	19
3.1.2. Zugang zur Eizellenspende aufgrund des Alters und andere Voraussetzungen .....	19
3.1.3. Abstammungsrechtliche Konsequenzen .....	22

3.2 Die Spenderin .....	22
3.2.1. Die Eizellenspende im Licht der bioethischen Prinzipien und der Transplantationsmedizin. ....	22
3.2.2. Spende zugunsten einer bestimmten Person .....	23
3.2.3. Egg sharing .....	24
3.2.4. Beschränkung der Anzahl Zyklen .....	24
3.2.5. Medizinische Untersuchungen .....	24
3.2.6. Alter .....	25
3.2.7. Die Unentgeltlichkeit. ....	25
3.3 Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung .....	25
<b>4. Folgerungen und Empfehlungen .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Literatur .....</b>	<b>28</b>

# 1. Einleitung

Am 17. Mai 1992 haben Volk und Stände Artikel 119 der Bundesverfassung (Art. 24<sup>novies</sup> aBV) zur Fortpflanzungsmedizin und Gentechnologie im Humanbereich angenommen<sup>1</sup>. Infolgedessen verlangte eine am 18. Januar 1994 eingereichte Volksinitiative ein generelles Verbot der In-vitro-Fertilisation (IVF) sowie der Verwendung von Keimzellen Dritter zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (heterologe Verfahren). Als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Volksinitiative legte der Bundesrat dem Parlament den Entwurf des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) und der dazugehörigen Verordnung (FMedV) vor. Beide Erlasse wurden Ende 1998 von den eidgenössischen Räten verabschiedet und traten am 1. Januar 2001 in Kraft, nachdem die Volksinitiative von Volk und Ständen am 12. März 2000 deutlich abgelehnt worden war.

Zum Zeitpunkt der Ausarbeitung des Fortpflanzungsmedizingesetzes beschloss die Schweiz, die Eizellenspende (Art. 4 FMedG) sowie die Embryonenspende und die Leihmutterchaft zu verbieten. Dabei war das Verbot der Eizellenspende von Anfang an umstritten (vgl. Kap. 1.3.1)<sup>2</sup>.

Daten zur **transnationalen reproduktiven Mobilität** (englisch cross-border reproductive care, umgangssprachlich auch «Fortpflanzungstourismus» genannt) zeigen, dass das Verbot der Eizellenspende diese begünstigt (vgl. Kap. 1.1). Daran schliesst sich die Frage an, ob das FMedG noch den gegenwärtigen gesellschaftlichen Entwicklungen entspricht und ob die Kriterien, die den Zugang zu den Methoden der Fortpflanzungsmedizin regeln, legitim sind. Tatsächlich bringt das Verbot der Eizellenspende beim Zugang zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung eine **Ungleichbehandlung<sup>3</sup> nach Geschlecht der unfrucht-**

**baren Person** mit sich: Während in der Schweiz ein unfruchtbarer Mann oder ein Mann mit dem Risiko, eine schwere Krankheit zu übertragen, auf eine Samenspende zurückgreifen kann (Art. 18 FMedG), sofern er mit seiner Partnerin verheiratet ist (Art. 3 Abs. 3 FMedG), ist einer Frau in derselben Situation der Zugang zu einer Eizellenspende verwehrt.

Im Juni 2015 wurde eine Teilrevision des Verfassungsartikels über die Fortpflanzungsmedizin und die Gentechnologie im Humanbereich (Art. 119 Abs. 2 Bst. c BV) beschlossen, um die Präimplantationsdiagnostik (PID) zu ermöglichen. Dies führte zu einer teilweisen Anpassung des Gesetzes (neuer Art. 5a FMedG). Die Änderung trat am 1. September 2017 in Kraft. Zu den zulässigen Praktiken gehören heute die In-vitro-Fertilisation, das Einfrieren von Embryonen in vitro vor einem möglichen Transfer sowie die Aufbewahrung imprägnierter Eizellen (Art. 16 Abs. 1 FMedG) und deren Vernichtung, z.B. aufgrund fehlender Zustimmung beider Wunscheltern zur weiteren Verwendung oder nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von bis zu zehn Jahren (Art. 16 Abs. 2 FMedG). Weiter besteht die Möglichkeit, bis zu zwölf Embryonen pro Behandlungszyklus ausserhalb des Körpers der Frau zu entwickeln und eigene Eizellen im Hinblick auf die spätere Herbeiführung einer Schwangerschaft aufzubewahren, das sogenannte *social egg freezing*. All diese Verfahren kommen in der Schweiz routinemässig zum Einsatz, um Frauen bei der Fortpflanzung mit *eigenen* Eizellen medizinisch zu unterstützen. Eine entsprechende Anpassung der derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen könnte diese Verfahren auch Paaren zugänglich machen, die eine Eizellenspende – also ein heterologes Verfahren – benötigen, um ihren Fortpflanzungswunsch zu verwirklichen.

1 Dabei handelte es sich um Art. 24<sup>novies</sup> der alten Bundesverfassung von 1874. Er wurde eingefügt, um die Regeln bezüglich der assistierten Reproduktion zu vereinheitlichen und dem Bund die nötigen Kompetenzen in diesem Bereich einzuräumen.

2 Vgl. die Botschaft zum FMedG (1996), S. 254.

3 Wie im weiteren Verlauf dieser Stellungnahme ausgeführt kommt diese unterschiedliche Behandlung einer Diskriminierung gleich, denn es liegen ihr keine stichhaltigen ethischen Kriterien zugrunde.

Seit mehr als zehn Jahren steht die Frage der Zulassung der Eizellenspende auf der Agenda der eidgenössischen Räte<sup>4</sup>. Der politische Kontext für eine solche Gesetzesänderung scheint nun gegeben zu sein. So nahm der Nationalrat am 17. März 2022 eine Motion der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats (WBK-N) zur Legalisierung der Eizellenspende für Ehepaare an und beauftragte den Bundesrat, die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu schaffen und die notwendigen Rahmenbedingungen festzulegen<sup>5</sup>. Am 13. September 2022 sprach sich auch der Ständerat dafür aus, die Eizellenspende in der Schweiz zuzulassen.

Die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) begrüsst diesen Schritt. Die Eizellenspende stellt für einige Frauen mit Kinderwunsch, bei welchen keine lebensfähigen Keimzellen vorliegen, die einzige verfügbare Methode dar, um diesen Wunsch zu erfüllen. Die Schweiz ist zudem eines der wenigen Länder in Europa, welches dieses Verfahren verbietet. Die NEK hat sich bereits 2013 in ihrer Stellungnahme zur Fortpflanzungsmedizin<sup>6</sup> für die Aufhebung dieses Verbots ausgesprochen und betont, dass die Zulassung der Eizellenspende die Rechte auf reproduktive Autonomie und Gleichbehandlung der betroffenen Frauen und/oder Paare stärken würde.

Die NEK ist einstimmig der Meinung, dass die Eizellenspende in der Schweiz für verheiratete und unverheiratete Paare verschiedenen Geschlechts sowie für gleichgeschlechtliche Paare zugelassen werden sollte. Sie nimmt nachfolgend Stellung zu den zahlreichen Fragen, die es aus ihrer Sicht im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zu klären gilt und hofft, damit zu einer öffentlichen Debatte und einer sachgerechten Regelung der Eizellenspende beizutragen.

## 1.1 Medizinische Grundlagen

### 1.1.1. Definition

Unter einer Eizellenspende versteht man die Spende einer weiblichen Keimzelle zur Verwirklichung eines Kinderwunsches Dritter.

### 1.1.2. Indikation

Die Behandlung mit einer Eizellenspende kann aus verschiedenen Gründen indiziert sein. Dazu gehören beispielsweise eine frühzeitige Ovarialinsuffizienz (die natürlich auftreten oder die Folge eines chirurgischen Eingriffs, einer Chemo- oder einer Strahlentherapie sein kann), Anomalien bei eigenen Eizellen, das Risiko der Übertragung einer genetischen Krankheit, eine früh einsetzende Menopause (z. B. mit 40 Jahren), wiederholte erfolglose Versuche der Befruchtung mittels IVF oder eine «geteilte Mutterschaft» (siehe Kap. 3.2.2). Die überwiegende Mehrheit dieser Situationen führt zu Unfruchtbarkeit, da ohne Eisprung oder lebensfähige Keimzellen keine Befruchtung möglich ist.

### 1.1.3. Verfahren

Die Behandlung mit einer Eizellenspende wird in einem reproduktionsmedizinischen Zentrum durchgeführt. Die Verfahren können sich von Land zu Land und von Zentrum zu Zentrum unterscheiden, gestalten sich jedoch in der Regel wie folgt: Die zukünftige Spenderin wird zunächst umfassend über das Verfahren aufgeklärt, damit sie ihre informierte Einwilligung abgeben kann. Sie muss insbesondere die Umstände der Spende und die angewandte Methode verstehen. Anhand eines detaillierten Fragebogens werden Krankheiten und genetische Anomalien bei der Spenderin und ihrer Familie ausgeschlossen. Auf die Einwilligung folgt eine eingehende Untersuchung

4 Vgl. dazu die parlamentarischen Initiativen von Jacques Neiryck «Die Eizellenspende zulassen» (12.487) und von Katja Christ «Eizellenspende endlich auch in der Schweiz legalisieren!» (21.421), sowie die Motion von Rosmarie Quadranti «Zulassung und Regelung der Eizellenspende» (17.3047) und die Interpellation von Irène Kälin «Eizellenspende in Schweizer IVF-Zentren» (19.3778).

5 Motion der Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrates «Kinderwunsch erfüllen, Eizellenspende für Ehepaare legalisieren» (21.4341).

6 Stellungnahme Nr. 22/2013 «Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung. Ethische Überlegungen und Vorschläge für die Zukunft».

des Gesundheitszustands der Frau und ihrer persönlichen sowie familiären Vorgeschichte. Dies beinhaltet z. B. eine Beurteilung der Eierstockfunktion, die genaue Untersuchung der Blutgruppe, die Bestätigung, dass keine Krankheiten, Virusinfektionen (Hepatitis, HIV usw.) und endokrinologische Anomalien vorliegen, genetische Abklärungen (zur Ermittlung von Risikofaktoren für die Übertragung einer genetischen Anomalie auf das zukünftige Kind), und schliesslich ein Beratungsgespräch mit einer Anästhesistin. Auch ein Gespräch mit einem Psychologen kann angesetzt werden, um die Gründe zu erörtern, welche die Spenderin zu diesem Schritt veranlassen.

#### 1.1.3.1. Frische Zyklen

Die Spenderin muss sich in der Folge einer ovariellen Stimulationsbehandlung unterziehen, bei der sie 10 bis 12 Tage lang täglich subkutane Hormoninjektionen erhält. Diese Injektionen, die von der Spenderin selbst durchgeführt werden, stimulieren die Eierstöcke und führen zur Reifung mehrerer Eizellen. Während der Stimulation werden 3 bis 4 Blutentnahmen und/oder Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke durchgeführt, um die Behandlung an die Reaktion der Eierstöcke anzupassen. Das Verfahren endet mit der Entnahme der Eizellen, die an einem Tag, 35-36 Stunden nach der letzten Injektion, durchgeführt wird. Die Eizellentnahme erfolgt unter Ultraschall durch die Vagina, mit einfacher Schmerzbehandlung, einer Lokalanästhesie oder einer kurzen Vollnarkose. Die Entnahme dauert etwa 10 Minuten, gefolgt von einer Überwachung und einer Ruhepause von rund 3 Stunden. Dabei können in jedem Behandlungsschritt unerwünschte Nebenwirkungen oder mehr oder weniger schwere Komplikationen auftreten, die einen Spitalaufenthalt erforderlich machen können. Diese sind jedoch selten. So liegt das Risiko für eine ovarielle Überstimulation aufgrund der Stimulation der Eierstöcke bei <1%, während der chirurgische Eingriff der Punktion Blutungen, Infektionen, Anästhesieprobleme oder Organverletzungen zur Folge haben kann (Risiko <1:1000).

Die entnommenen Eizellen werden im Labor, d.h. ausserhalb des Körpers der Frau, befruchtet. Bei der klassischen In-vitro-Fertilisation (IVF) werden die

entnommenen Eizellen mit der zuvor aufbereiteten Spermprobe in einem speziellen Nährmedium zusammengebracht. Bei männlicher Unfruchtbarkeit wird hingegen eine IVF mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) angewendet. Dabei wird ein einzelnes Spermium in die Eizelle injiziert.

Schliesslich müssen bei einem frischen Zyklus **Spenderin und Empfängerin so aufeinander abgestimmt** werden, dass der Transfer des Embryos zum richtigen Zeitpunkt stattfinden kann. Zu diesem Zweck unterzieht sich die Empfängerin einer Vorbehandlung, die die Einnistung des Embryos erleichtert. Als «Implantationsfenster» bezeichnet man den Zeitraum, in dem die Gebärmutterschleimhaut der Empfängerin das Einnisten des Embryos zulässt. Von einem frischen Zyklus spricht man, weil der Embryo bei diesem Verfahren vor der Implantation nicht eingefroren wird.

#### 1.1.3.2. Kryozyklus (Auftauzyklus)

Ist kein unmittelbarer Transfer eines Embryos vorgesehen, so können die unbefruchteten Eizellen auch eingefroren und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgetaut werden, um eine Befruchtung (IVF/ICSI) vorzunehmen und den Embryo anschliessend einer entsprechend vorbereiteten Empfängerin einzupflanzen. Alternativ besteht die Möglichkeit, die (frischen) Eizellen sofort zu befruchten, sie fünf bis sechs Tage lang in einer Kultur wachsen zu lassen und sie dann durch Vitrifikation einzufrieren.

### 1.1.4. Untersuchungen bei der potenziellen Eizellenspenderin

Wie beim potenziellen Samenspender (vgl. NEK, 2019, Kap. 3.4) gelten in der Praxis auch für Eizellenspenderinnen strenge Auswahlkriterien. Es kommen ausschliesslich Spenderinnen in Frage, welche die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, wie sie in medizinischen Richtlinien spezifiziert und in teils aufwändigen Verfahren überprüft werden. Erstens muss die Spenderin fruchtbar sein. Zweitens müssen Gesundheitsrisiken für die Empfängerin (aufgrund von Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV usw.) so weit

wie möglich ausgeschlossen werden können. Drittens müssen gesundheitliche Risiken für das zu zeugende Kind auf ein Minimum reduziert werden: Weder die Spenderin noch ein Familienmitglied dürfen von einer schweren Erbkrankheit betroffen sein. Ein ausführliches Gespräch mit der potenziellen Spenderin über ihre persönliche Krankengeschichte und über Krankheiten in der Familie ist von grosser Bedeutung, um Trägerinnen schwerer genetischer Krankheiten erkennen zu können. Die Frage, welche genetischen Untersuchungen bei Eizellenspenderinnen durchgeführt werden sollten, ist in verschiedenen internationalen Richtlinien geregelt. So hat eine Arbeitsgruppe, in der die *Association of Clinical Embryologists*, die *Association of Biomedical Andrologists*, die *British Fertility Society* und die *British Andrology Society* vertreten sind, Richtlinien für Grossbritannien zur Verwendung von Samen, Eizellen und Embryonen herausgegeben, in denen eine beträchtliche Anzahl von Untersuchungen empfohlen wird (Clarke et al., 2019). In den letzten Jahren hat sich das Screening auf Trägerschaft genetischer Krankheiten (*Expanded Carrier Screening*, ECS) zu einem gängigen Verfahren entwickelt. Mit diesen genetischen Untersuchungen soll festgestellt werden, ob eine Person Trägerin bzw. Träger von Mutationen ist, die Krankheiten auslösen können. In den USA werden derartige genetische Untersuchungen inzwischen routinemässig bei Eizellenspenderinnen durchgeführt und immer häufiger bei der Diagnose von Unfruchtbarkeit eingesetzt. Auch in Europa werden Eizellenspenderinnen und Samenspender in der Regel mehr oder weniger umfangreich auf genetische Krankheiten getestet.

## 1.2 Statistische Angaben

Keimzellen werden aus sehr unterschiedlichen Gründen aufbewahrt. Das Verfahren kommt zum Beispiel zum Einsatz, wenn eine medizinische Behandlung – etwa eine Krebstherapie – die Fruchtbarkeit einer Person beeinträchtigen könnte. Eine Frau kann sich aber

auch unabhängig von einer medizinischen Behandlung dazu entscheiden, eigene Eizellen konservieren zu lassen, um ihre fruchtbare Phase zu verlängern<sup>7</sup> (BAG, 2022).

Die folgenden statistischen Angaben beziehen sich mehrheitlich auf das Jahr 2020. Sie umfassen auch die Embryonen, weil heute die Mehrzahl der entnommenen Eizellen befruchtet wird und sich zu Embryonen entwickelt.

Wie aus den vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) publizierten Zahlen hervorgeht, haben im Jahr 2020 345 Frauen ihre Eizellen aus medizinischen Gründen konservieren lassen. Demgegenüber bewahrten 937 Frauen Eizellen aus anderen Gründen auf (BAG, 2022). Das Bundesamt für Statistik (BFS) gibt an, dass 50'459 Eizellen (frische Zyklen) entnommen und 41'822 befruchtet wurden (41'390 frische Zyklen und 432 Kryozyklen). Die Anzahl imprägnierter Eizellen lag bei 28'967 (28'709 frische Zyklen und 258 Kryozyklen), die Anzahl Embryonen bei 34'020 (26'406 frische Zyklen und 7'614 Kryozyklen). Tiefgefrorene imprägnierte Eizellen zählte das BFS 2'208, tiefgefrorene Embryonen 12'075 (11'406 frische Zyklen und 669 Kryozyklen). Die Zahl der aufgetauten imprägnierten Eizellen lag bei 2'137, jene der aufgetauten Embryonen bei 5'565. Schliesslich wurden 9'669 Embryonen transferiert (3'843 frische Zyklen und 5'826 Kryozyklen) und 13'479 vernichtet<sup>8</sup> (11'157 frische Zyklen und 1'119 Kryozyklen) (BFS, 2022).

<sup>7</sup> Siehe dazu die NEK-Stellungnahme 28/2017 «Social Egg Freezing – eine ethische Reflexion».

<sup>8</sup> Die Terminologie des BFS kann in diesem Punkt irreführend wirken. In Wirklichkeit stellen die meisten Embryonen ihre Entwicklung spontan ein und werden so eliminiert (vgl. Tabelle).

	FrISChe Zyklen	Kryozyklen	Vernichtungszyklen	Total
Entnommene Oozyten	50'459	–	–	50'459
Befruchtete Oozyten	41'390	432	–	41'822
Aufgetaute imprägnierte Eizellen	–	2'137	–	2'137
Aufgetaute Embryonen	–	5'565	–	5'565
Imprägnierte Eizellen	28'709	258	–	28'967
Entwickelte Embryonen	2'208	0	–	2'208
Tiefgefrorene imprägnierte Eizellen	11'406	669	–	12'075
Transferierte Embryonen	3'843	5'826	–	9'669
Nicht in den Uterus transferierte Embryonen (vernichtet)	11'157	1'119	1'203	13'479
Embryonenvernichtung im Labor	11'147	1'118	1'203	13'468
Gründe für die Vernichtung:				
Entwicklungsstopp	10'357	1'072	(*)	11'429
Schlechtes Entwicklungspotenzial	347	15	(*)	362
Abbruch der Behandlung durch das Paar	9	4	790	803
Genetische Anomalie	0	4	306	310
Ablauf der vereinbarten Konservierungsdauer	–	(*)	95	95
Andere Gründe	434	23	12	469
Klinische Embryonenvernichtung (vaginaler Transfer)	10	1	(*)	11



Im Jahr 2020 unterzogen sich in der Schweiz insgesamt 6'237 Paare mit Kinderwunsch einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung mittels In-vitro-Fertilisation<sup>9</sup> (davon begannen 3'092 Paare die Behandlung im genannten Jahr). Im gleichen Zeitraum wurden 3'843 Embryonen nach einem frischen Zyklus und 5'826 nach einem Auftauzyklus in die Gebärmutter einer Frau transferiert.<sup>10</sup> Bei der Anzahl Lebendgeburten nach einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung zeigt sich ein geringfügiger Unterschied, je nachdem, ob der Embryotransfer nach einem Auftauzyklus oder einem frischen Zyklus erfolgte. So führte der Embryotransfer gemäss BFS für das Jahr 2019 nach einem frischen Zyklus in 21,2% der Fälle zu einer Lebendgeburt, während dieser Anteil nach einem Auftauzyklus 24,1% betrug (BFS, 2021). Der Anteil der mit In-vitro-Methoden behandelten Frauen, bei denen die Behandlung zu einer Schwangerschaft führte, betrug im Jahr 2020 46,9%<sup>11</sup>. Diese Behandlungen führten in den Jahren 2020 und 2021 zu insgesamt 2'207 Lebendgeburten (BFS, 2022)<sup>12</sup>.

Unabhängig davon, ob die Befruchtung auf sogenannt natürlichem Weg oder im Rahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung erfolgt, entwickelt sich nur ein Teil der befruchteten Eizellen weiter. Seit Inkrafttreten der Revision des FMedG am 1. September 2017 ist es möglich, aus befruchteten Eizellen bis zu 12 Embryonen zu entwickeln. Diese Möglichkeit erhöht die Chance, einen lebensfähigen Embryo zu erhalten, und damit die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft. Wie das BFS wiederum für das Jahr 2019 aufzeigt, wurden von allen entwickelten Embryonen 29,6% transferiert, 33,9% wurden eingefroren, um sie für einen späteren Transfer aufzubewahren, und 36,5% wurden vernichtet. In der Mehrheit der letztgenannten

Fälle (89,5%) war der Grund für die Vernichtung des Embryos ein Entwicklungsstillstand. Andere Gründe sind viel seltener: 2,7% der Embryonen wurden aufgrund eines schlechten Entwicklungspotenzials vernichtet, 2,1% aufgrund des Behandlungsabbruchs durch das Paar und 3,4% aufgrund einer genetischen Anomalie (BFS, 2021).

Bei den 2'872 Paaren, die 2020 neu mit einer In-vitro-Behandlung begonnen haben, wurde erhoben, aus welchem Grund die Behandlung erfolgt. In 35% der Fälle war eine Unfruchtbarkeit beim Mann ausschlaggebend, in 27% der Fälle eine Unfruchtbarkeit bei der Frau und in 13% der Fälle eine Sterilität beider Partner. In 11% der Fälle konnte keine medizinische Ursache festgestellt werden und in einem Prozent der Fälle wurde die Behandlung durchgeführt, um zu vermeiden, dass eine schwere genetisch bedingte Krankheit übertragen wird (BFS, 2022).

Mit Blick auf die Altersverteilung der Frauen, die 2020 eine In-vitro-Behandlung in Anspruch nahmen, zeigt sich, dass rund 43% zwischen 35 und 39 Jahren und 22% zwischen 40 und 44 Jahren alt waren. 34% der behandelten Frauen waren jünger als 35 Jahre alt und lediglich 1% war älter als 45 Jahre. Im Durchschnitt waren die behandelten Frauen 36,6 Jahre alt. Bei den Männern wird lediglich das Minimal- und das Höchstalter sowie das Durchschnittsalter ausgewiesen. Letzteres betrug 2020 39,6 Jahre. Bei beiden Geschlechtern ist dieser Durchschnittswert in den letzten Jahren nahezu unverändert geblieben (BFS, 2022).

9 Wie das BFS für 2019 festhält, kam in 84% der fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen das ICSI-Verfahren zum Einsatz. Die herkömmliche IVF wurde in 15% der Zyklen angewandt, während in 1% der Fälle keine Angabe zum konkreten Typ der Behandlung gemacht wurde (BFS, 2021).

10 Bei einem Kryozyklus werden lebensfähige Embryonen im Hinblick auf einen späteren Transfer in die Gebärmutter eingefroren. Wenn der Embryotransfer beim ersten Mal nicht zu einer Schwangerschaft führt, kann ein weiterer Transfer vorgenommen werden, der in der Regel nach einem Auftauzyklus stattfindet.

11 Zwischen 2009 und 2019 stieg der Anteil der Schwangerschaften im Verhältnis zur Anzahl der behandelten Frauen von 36% auf 47%. Was die Anzahl der Lebendgeburten im Verhältnis zur Anzahl der behandelten Frauen angeht, so stieg sie von 30% im Jahr 2009 auf 37% im Jahr 2019 (BFS, 2021).

12 Die Zahlen des BFS vereinen die Daten von 30 reproduktionsmedizinischen Zentren in der Schweiz. Diese Daten beziehen sich auf die Anwendung von IVF-Methoden, d. h. Techniken, bei denen die Befruchtung ausserhalb des menschlichen Körpers stattfindet. Unter Berücksichtigung der Dauer einer Schwangerschaft sind bspw. die 2'122 Geburten (inkl. Totgeburten), die nach den im Jahr 2020 durchgeführten Behandlungen verzeichnet wurden, in den Jahren 2020 und 2021 erfolgt.

Im Rahmen einer aktuellen Studie (Siegl et al., 2021) der Universität Bern im Auftrag des BAG wurde ermittelt, wie viele Personen mit Wohnsitz in der Schweiz im Jahr 2019 für eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung (hauptsächlich: IVF, Eizellenspende, Samenspende und Leihmutterchaft) ins Ausland gereist sind. Die Ergebnisse basieren auf fünf verschiedenen Umfragen, die bei Ärztinnen und Ärzten mit einer IVF-Bewilligung, bei reproduktionsmedizinischen Zentren und Samenbanken im Ausland sowie bei kantonalen Aufsichtsbehörden und Schweizer Konsulaten durchgeführt wurden. Die gesammelten Daten liefern Informationen zu 516 Fällen. Die meisten waren Paare unterschiedlichen Geschlechts (84,65%) und Patientinnen oder werdende Eltern im Alter zwischen 35 und 44 Jahren (72,3%). **Die Eizellenspende war bei weitem das am häufigsten angewandte Verfahren (82,17% der dokumentierten Reisen).** Es wurde vor allem in Spanien durchgeführt.

Laut den Autorinnen der Studie erlaubt die Untersuchung eine erste quantitative Annäherung an das Ausmass der transnationalen reproduktiven Mobilität aus der Schweiz. Sie betonen aber, dass die Dunkelziffer vermutlich deutlich höher liege.

### 1.3 Rechtlicher Rahmen<sup>13</sup>

Art. 4 FMedG verbietet für die Schweiz die Ei- und die Embryonenspende sowie die Leihmutterchaft. Es handelt sich bei Art. 4 FMedG um eine reine Verbotsnorm. Die Bestimmung ist zwingendes Recht und unmittelbar anwendbar. In erster Linie richtet sich die Norm an praktizierende Ärztinnen und Ärzte. Zur

Sanktionierung von Verstössen gegen die gesetzlichen Verbote hat der Gesetzgeber besondere Strafbestimmungen in das Fortpflanzungsmedizingesetz aufgenommen (vgl. Art. 31 Abs. 2 FMedG und Art. 37 lit. c FMedG). Im Ausland vorgenommene fortpflanzungsmedizinische Behandlungen mit Eizellen- und Embryonenspende fallen nicht in den Anwendungsbereich der schweizerischen Verbote.

#### 1.3.1. Entstehungsgeschichte

Der Vorentwurf des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements vom Juni 1995 enthielt in Art. 4 bereits ein Verbot von Eizellen- und Embryonenspende sowie der Leihmutterchaft. Die Amstad-Kommission<sup>14</sup> hatte sich noch dafür ausgesprochen, die rechtliche Zulässigkeit der Eizellenspende nicht anders zu beurteilen als die Samenspende<sup>15</sup>. Das vorgesehene Verbot der Eizellenspende wurde im Vernehmlassungsverfahren kontrovers diskutiert<sup>16</sup>, der Bundesrat hielt jedoch an seinem Vorentwurf fest. In der parlamentarischen Debatte waren sich die eidgenössischen Räte bezüglich der Zulassung der Eizellenspende zunächst uneinig. Im Ständerat als erstberatendem Rat empfahl lediglich eine Minderheit der vorberatenden Kommission die Zustimmung zum bundesrätlichen Entwurf, während die Kommissionmehrheit die Eizellenspende zulassen wollte<sup>17</sup>. Der Ständerat folgte dem Mehrheitsantrag und beschloss knapp die Zulassung der Eizellenspende<sup>18</sup>. Die nationalrätliche Kommission empfahl hingegen in der Mehrheit dem Entwurf des Bundesrates zuzustimmen<sup>19</sup>. Der Rat folgte dem Kommissionsantrag mit deutlicher Mehrheit<sup>20</sup>. Nach durchgeführtem Differenzbereinigungs-

13 Für eine ausführliche Diskussion siehe Bächler & Rütsche (2020).

14 Mit «Amstad-Kommission» ist eine Expertenkommission für Humangenetik und Reproduktionsmedizin unter dem Vorsitz des emeritierten Bundesrichters Eduard Amstad gemeint. Die Kommission hatte den Auftrag die sozialen, rechtlichen und ethischen Aspekte der neuen Methoden der künstlichen Befruchtung und der gentechnischen Verfahren beim Menschen zu untersuchen. Sie sollte darüber hinaus über die Volksinitiative «Gegen Missbräuche der Fortpflanzungs- und Gentechnologie beim Menschen» beraten. Die Kommission hat dazu einen Bericht ausgearbeitet, der am 19. August 1988 veröffentlicht wurde (BBl 1989 III 1029), 1093.

15 Amstad-Bericht (1989), 1093.

16 Botschaft FMedG (1996), 238.

17 AB SR (1997), 681.

18 AB SR (1997), 685.

19 AB NR (1998), 1326.

20 AB NR (1998), 1331 f.

verfahren schloss sich der Ständerat schliesslich dem Beschluss des Nationalrates an, die Eizellenspende zu verbieten<sup>21</sup>.

### 1.3.2. Verfassungsrechtlicher Kontext

Die Embryonenspende und die Leihmutterschaft sind in der Schweiz bereits auf Verfassungsstufe verboten (Art. 119 Abs. 2 lit. d BV). Über diese verfassungsrechtlichen Vorgaben ging der Gesetzgeber hinaus, indem er in Art. 4 FMedG zusätzlich auch die Eizellenspende untersagte. Die Gründe, weshalb nicht auch die Eizellenspende auf Verfassungsstufe verboten wurde, lassen sich anhand der Gesetzesmaterialien nicht eindeutig rekonstruieren. Es ist anzunehmen, dass es sich dabei um eine bewusste Entscheidung gehandelt hat<sup>22</sup>. Nachdem in der Verfassung auf ein generelles Verbot aller heterologen Fortpflanzungsverfahren verzichtet worden war, konnte der Entscheid über die Zulassung der Eizellenspende dem Gesetzgeber überlassen werden.

### 1.3.3. Normzweck und Geltungsbereich

Das Gesetz verbietet die Eizellen- und Embryonenspende zu fortpflanzungsmedizinischen Zwecken. Mit dem Verbot von Eizellen-, Embryonenspende und der Leihmutterschaft wollte der Gesetzgeber eine originäre Spaltung zwischen rechtlicher und genetisch-biologischer Mutterschaft verhindern, zumal eine solche mit dem Kindeswohl nicht zu vereinbaren sei<sup>23</sup>. Für das Verbot der Eizellenspende war gemäss Botschaft entscheidend, «dass die medizinisch unter-

stützte Fortpflanzung nicht zu Familienverhältnissen führen sollte, die von dem, was sonst natürlicherweise möglich ist, abweichen<sup>24</sup>». Die Eizellenspende habe bei natürlichen Zeugungsvorgängen keine Parallele<sup>25</sup>. Die Botschaft erachtete die Eindeutigkeit der Mutterschaft als ein für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zentrales Element. Sie zitiert dazu Stellungnahmen aus dem Vernehmlassungsverfahren, wonach «die Beziehung zwischen der schwangeren Frau und dem in ihr heranwachsenden Keimling intensiver und damit eher geeignet sei, [sc. beim Kind] seelische Konflikte auszulösen, als bei der Samenspende die Beziehung zwischen dem sozialen Wunschvater und dem später von der Frau geborenen Kind»<sup>26</sup> (vgl. dazu Kap. 2.1).

Im internationalen Vergleich erweist sich das Verbot der Eizellenspende als restriktive Regelung. Die Eizellenspende ist eine im Ausland häufig praktizierte und bewährte Behandlungsmethode. Ausdrückliche Verbote der Eizellenspende kennen neben der Schweiz nur wenige europäische Rechtsordnungen. Verboten ist die Eizellenspende noch in Deutschland<sup>27</sup> und in Norwegen<sup>28</sup>. Österreich<sup>29</sup> hat die Eizellenspende im Jahre 2015 legalisiert. In Italien war die künstliche Fortpflanzung von Gesetzes wegen nur im Verfahren der homologen Insemination zulässig<sup>30</sup>, das Verbot der heterologen Insemination wurde jedoch 2014 vom italienischen Verfassungsgerichtshof als verfassungswidrig qualifiziert<sup>31</sup>. Der heterologen Insemination gleichgestellt ist die sog. Mitmutterschaft bei einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft zweier Frauen, bei welcher die von einer der Frauen stam-

21 AB NR (1998), 1331 f.

22 Vgl. SCHWEIZER, Komm. aBV (1996), N 5 zu Art. 24<sup>novies</sup> aBV; Amstad-Bericht (1989), 1091 ff.

23 Botschaft FMedG (1996), 253.

24 Botschaft FMedG (1996), 254.

25 Botschaft FMedG (1996), 254.

26 Botschaft FMedG (1996), 254.

27 § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990

28 § 12-18 Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m. m (bioteknologiloven).

29 § 1 Abs. 2 Ziff. 4 Fortpflanzungsmedizingesetz Österreich.

30 Art. 4 Abs. 3 Gesetz Nr. 40 vom 19. Februar 2004 (Norme in materia di procreazione medicalmente assistita).

31 Corte costituzionale vom 10. Juni 2014 Nr. 162.

mende und mit Spendersamen befruchtete Eizelle von der Lebenspartnerin ausgetragen wird<sup>32</sup>. Eizellen- und Embryonenspende sind auch in Belgien erlaubt, wobei die Eizellenspende auch von Frauenpaaren und alleinstehenden Frauen in Anspruch genommen werden kann<sup>33</sup>. In Dänemark sind die Eizellenspende und auch die Embryonenspende grundsätzlich zulässig<sup>34</sup>. Erlaubt sind die Eizellen- und Embryonenspende zudem in Grossbritannien<sup>35</sup>, in Portugal<sup>36</sup> für verschiedengeschlechtliche Paare, in Spanien<sup>37</sup> und in Finnland<sup>38</sup>. In Schweden ist die Eizellenspende zulässig, die Embryonenspende hingegen verboten<sup>39</sup>.

---

32 Corte di cassazione vom 30. September 2016 Nr. 19599.

33 Vgl. Art. 7 loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Loi PMA).

34 § 5 lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. (LBK Nr. 93 vom 19. Januar 2015; DK-FMedG) und § 1 lov om ændring af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v. og sundhedsloven (LOV Nr. 1688 vom 26. Dezember 2017).

35 Section 33 Human Fertilisation and Embryology Act (HFEA) 2008.

36 Art. 10 Gesetz Nr. 32/2006 vom 26. Juli 2006 (Procriação medicamente assistida).

37 Art. 5 Abs. 6 Ley 14/2006 sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

38 Art. 13 ff. und Art. 20 Laki hedelmötyshoidoista vom 22. Dezember 2006; FI-FMedG).

39 Vgl. Kapitel 7 § 3 Lag om genetisk integritet mm (Gesetz über die genetische Integrität; SFS 2006:351).

## 2. Ethische Erwägungen

Die Thematik der Eizellenspende berührt zwei unterschiedliche Arten von Fragen: Die einen – gegenwartsbezogen und konkret – beziehen sich auf die Empfängerin bzw. das Empfängerpaar und die Eizellenspenderin, die andern – zukunftsbezogen und abstrakter – auf das noch ungeborene Kind. Jede der beteiligten Parteien hat Rechte und Interessen, die es zu schützen gilt.

Im vorliegenden Kapitel werden diese verschiedenen Fragen diskutiert. Zunächst wird auf die reproduktive Autonomie als zentrales rechtsstaatliches Prinzip eingegangen (Kap. 2.1). Daran anschliessend werden die Argumente für ein Verbot der Eizellenspende, wie sie in der Botschaft zur Initiative für eine menschenwürdige Fortpflanzung und zum FMedG vorgebracht wurden, kritisch diskutiert (vgl. Botschaft FMedG, 1996)<sup>40</sup>. Es handelt sich um die Argumente des Schutzes der Natürlichkeit der Fortpflanzung (Kap. 2.2), des Schutzes der Spenderinnen (Kap. 2.3) und der Rechte und Interessen des Kindes in Bezug auf seine Gesundheit und die Entwicklung seiner Identität (Kap. 2.4).

### 2.1 Reproduktive Autonomie

**Reproduktive Autonomie** in einem engeren Sinn bezeichnet das Recht jeder Person, selbstbestimmt über sie betreffende Belange der Fortpflanzung zu entscheiden. Dazu gehört z. B. die freie Entscheidung darüber, ob die Person Kinder haben möchte (einschliesslich wann und wie viele), ob sie auf Kinder verzichtet, ob sie eine genetische Untersuchung (z. B. einen nicht-invasiven Pränataltest) durchführen lassen möchte, usw. Die reproduktive Autonomie ist ein Bestandteil der **persönlichen Freiheit**. Diese stellt eine Grundvoraussetzung für die Entfaltung der menschlichen Person dar. Die persönliche Freiheit umfasst beispielsweise das Recht auf Leben, das Recht auf körperliche und psychische Unversehrtheit, die repro-

duktive und sexuelle Freiheit, das Recht auf Privatsphäre oder das Recht auf Selbstbestimmung. Der **Schutz der Persönlichkeit** garantiert den Menschen den **Schutz der Freiheiten und Werte, die für sie wesentlich sind**, d. h. der Werte, die ihre Persönlichkeit einzigartig machen.

Das Bundesgericht hat den Kinderwunsch schon früh als elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung anerkannt und ihn unter den Schutz des in Art. 10 Abs. 2 BV verankerten Grundrechts auf persönliche Freiheit gestellt (BGE 115 Ia 234; BGE 119 Ia 460; Büchler, 2013, S. 11). Diese Freiheit lässt sich sowohl im Sinne einer negativen als auch im Sinne einer positiven Freiheit auffassen. Als negative Freiheit bezieht sie sich auf die Abwesenheit von staatlich auferlegten Einschränkungen, von Druck, Zwang oder anderen Hindernissen, die der Entscheidung für ein Kind oder der Realisierung des Kinderwunsches im Wege stehen. Als positive Freiheit bezieht sie sich darauf, dass der Staat Bedingungen schafft, die es den Menschen ermöglichen, ihre Autonomie tatsächlich auszuüben. Konkret kann dies bedeuten, Dienstleistungen der Reproduktionsmedizin für die Bevölkerung bereitzustellen, einschliesslich der medizinisch unterstützten Fortpflanzung.

### 2.2 Zum Argument der Natürlichkeit

Die Ablehnung der Eizellenspende gründet nicht selten in der Sorge, dass die Familienverhältnisse, welche durch die Eizellenspende möglich werden, von dem abweichen, was von Natur aus entstehen kann. Tatsächlich wird Mutterschaft mit der Eizellenspende in eine genetische Mutter einerseits und eine biologische, soziale und rechtliche Mutter andererseits aufgespalten. Diese Aufspaltung von Mutterschaft ist ein historisches Novum, das erst mit den Methoden der modernen Fortpflanzungsmedizin möglich wurde.

<sup>40</sup> Vgl. Botschaft, 1996, S. 253f.; Büchler, 2017, S. 49f.

Die Trennung zwischen genetischer Mutterschaft und austragender Mutterschaft weckt Ängste und Widerstände, die auch im FMedG (siehe Kap. 1.3.3) präsent sind: Das in diesem Gesetz ausgesprochene Verbot der Eizellenspende (Art. 4 FMedG) soll genau diese Trennung verhindern und sicherstellen, dass Kinder, die dank reproduktionsmedizinischen Massnahmen geboren werden eine genetische Verbindung zur Mutter haben. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Samenspende offensichtlich nicht die gleichen Befürchtungen weckt, da diese rechtlich erlaubt ist. Dabei handelt sich es um einen Widerspruch bzw. eine asymmetrische Bewertung, die einzig mit dem Geschlecht des betroffenen Elternteils zusammenhängt. Zur Rechtfertigung dieser unterschiedlichen Bewertung wird im FMedG kein anderes als das Argument der «Natürlichkeit» angeführt.

Zu betonen ist, dass gemäss Art. 252 Abs. 1 ZGB als Mutter immer die Frau gilt, die das Kind zur Welt bringt. Die Bestimmung ist der rechtliche Ausdruck des Grundsatzes «mater semper certa est». Durch eine Legalisierung der Eizellenspende würde diese Bestimmung in keiner Weise ausser Kraft gesetzt, anders als beispielsweise durch die Leihmutterchaft, die jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Ausführungen ist (vgl. hierzu NEK, 2013, Kap. 3.6).

Eine weitere Befürchtung besteht darin, dass sich eine «unnatürliche» Mutterschaft negativ auf das Wohlergehen des Kindes und insbesondere auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind auswirken könnte. Nur wenige Studien haben sich bisher mit dieser Frage befasst, wobei die vorhandenen Daten keine eindeutigen Schlussfolgerungen zulassen. Vergleicht man die Zeugung mittels einer Eizellenspende mit einer Zeugung durch IVF/ICSI und Eizellen der austragenden Mutter, so legen neuere Studien nahe, dass es einen zwar geringen, aber doch statistisch signifikanten Unterschied in der Qualität der Beziehung zwischen Mutter und Kind gibt (Imrie et al., 2019 und 2022; Imrie & Golombok, 2018). Dies deutet darauf

hin, dass eine nicht-genetische Mutterschaft besondere Herausforderungen für die Elternschaft mit sich bringt. Es sind jedoch auch andere Interpretationen möglich: Die Studienergebnisse könnten beispielsweise sichtbar machen, dass gesellschaftliche Normen, die das Modell der Einheit von Mutterschaft (genetisch, biologisch und sozial) zum Ideal erheben, dazu beitragen, dass Mütter nach einer Eizellenspende die Beziehung zu ihren Kindern negativer wahrnehmen.

Im Kontext der Fortpflanzungsmedizin auf Natürlichkeit zu rekurrieren und z. B. von einer «natürlichen Mutterschaft» zu sprechen, scheint auf den ersten Blick einleuchtend. Bei näherer Betrachtung zeigt sich freilich, dass der Natürlichkeitsbegriff stets kulturell geprägt und mehrdeutig ist und dass sein normativer Gehalt zumindest unscharf ist. So lässt sich zunächst festhalten, dass das Nicht-Natürliche nicht unbedingt schlecht ist. Viele unserer alltäglichen Betätigungen sind offenkundig nicht «natürlich», ohne dass dies negativ wahrgenommen würde. Mit Blick auf die Fortpflanzung wiederum gibt es keine Kriterien, die angeben könnten, ob eine bestimmte Methode als «von Natur aus gut» gelten soll oder nicht. Warum sollte zum Beispiel die Samenspende natürlicher sein als die Eizellenspende? Oder warum wird ihr nicht zumindest auch ein Mangel an «Natürlichkeit» entgegengehalten? Des Weiteren ist die «Natürlichkeit» der Fortpflanzung aus rechtlicher Sicht offenkundig nicht an sich schützenswert, sind doch eine Vielzahl von medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren erlaubt (einschliesslich IVF/ICSI und der Transfer befruchteter Eizellen).<sup>41</sup> Auch besteht kein öffentliches Interesse daran, eine «Natürlichkeit» der Fortpflanzung zu bewahren.

Es trifft zwar zu, dass die Bestimmungen des FMedG auf der Förderung eines bestimmten Modells der Elternschaft, nämlich des verschiedengeschlechtlichen Ehepaares, beruhen. Dieses Familienmodell ist jedoch nur eines von vielen, die sich in der Gesellschaft vorfinden und teilweise gesetzlich anerkannt sind.

41 Vgl. Kap. 2.4 Die «Natur» und das «Natürliche» sowie Kap. 3.6.3 Die normative Wirkung der «Natur» und des «Natürlichen» in der NEK-Stellungnahme 22/2013 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (NEK, 2013, S. 27-28 und 52).

Die Annahme der Änderung des Schweizer Zivilgesetzbuches (Ehe für alle) am 26. September 2021 zeugt von dieser ständigen Entwicklung. So ermöglicht diese jüngste Gesetzesänderung den Zugang zur Samenspende für verheiratete Frauenpaare und stellt damit einen wichtigen Schritt zur Gleichbehandlung gleichgeschlechtlicher Paare beim Zugang zur Fortpflanzungsmedizin dar. Ausserdem handelt es sich um die rechtliche Anerkennung der Tatsache, dass die Familie gesellschaftlich heute breiter verstanden wird. So wird die Vorstellung einer «natürlichen» Elternschaft, die zwingend aus Mutter und Vater besteht, inzwischen auch in anderen, noch älteren Bestimmungen verworfen: Seit 2017 ist die Adoption des Kindes eines eingetragenen Partners bzw. einer eingetragenen Partnerin zulässig (Art. 264c ZGB). Einzelpersonen bleibt der Zugang zur assistierten Reproduktion jedoch nach wie vor verwehrt.

## 2.3 Der Schutz der Spenderinnen

Die Bestimmungen von Artikel 119 BV sollen unter anderem den Schutz der Würde, der Persönlichkeit und der Familie in der Fortpflanzungsmedizin, der Gentechnologie und der medizinischen Forschung gewährleisten<sup>42</sup>.

### 2.3.1. Nicht-Instrumentalisierung

Mit dem Verweis auf die **Menschenwürde** will der Gesetzgeber sowohl die Menschheit im Allgemeinen als auch jede und jeden als einzigartige Personen schützen. Zentrales Element der Menschenwürde ist der Schutz vor **Instrumentalisierung**. Im Zusammenhang mit der Eizellenspende könnte demnach eine Würdeverletzung dann vorliegen, wenn eine Frau ohne weitere Berücksichtigung ihrer Person *ausschliesslich* auf ihre Rolle als Eizellenspenderin reduziert wird. Dies ist jedoch nicht ohne weiteres der Fall. Zudem implizieren viele zwischenmenschlichen Beziehungen eine teilweise Indienstnahme einer an-

deren Person, ohne dass dies problematisch wäre. Klassischerweise ist dies der Fall, wenn Dritte gegen Bezahlung bestimmte Leistungen für uns erbringen.

Die **Kommerzialisierung von Keimzellen** ist eine Praxis, bei der das Risiko besteht, dass der Grundsatz der Nicht-Instrumentalisierung verletzt wird. Überdies beinhaltet sie eine Form der Kommodifizierung des menschlichen Körpers oder von Teilen davon (Savioz-Viaccoz, 2021)<sup>43</sup>. In dieser Hinsicht bringt Art. 21 des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin (1997) einen wichtigen Konsens auf europäischer Ebene zum Ausdruck, indem er festhält: «Der menschliche Körper und Teile davon dürfen als solche nicht zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden.»

Die Frage der Instrumentalisierung bzw. Verdinglichung des Menschen oder seiner Teile sowie deren Nutzung ist eng verbunden mit der allgemeineren Frage nach den Grenzen der Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Ohne auf diese kontroverse Problematik ausführlich einzugehen sei darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Bestimmungen die freie und informierte Zustimmung zu jeder medizinischen Handlung sowie die Unentgeltlichkeit der Spende von biologischem Material vorschreiben. Die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme ist somit nur dann gültig, wenn sie ohne äusseren Druck und auf der Grundlage hinreichender und qualitativ hochwertiger Informationen erteilt wird. Es existiert somit bereits ein genügend verbindlicher Rechtsrahmen, um die Eizellenspende unter Wahrung der Würde und des Grundsatzes der Nichtinstrumentalisierung der Spenderinnen zu regeln.

42 Dies entspricht dem, was in Art. 1 des Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) sowie in Art. 1 des Zusatzprotokolls über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen festgehalten ist. Beide Instrumente traten für die Schweiz am 1. November 2008 in Kraft.

43 Siehe zu diesem Punkt in der NEK-Stellungnahme 39/2919, «Samenspende», Kap. 6.6 mit dem Titel «Unentgeltlichkeit».



### 2.3.2. Gesundheit

Die Eizellenspende geht mit körperlichen Eingriffen einher, die die Gesundheit der Spenderinnen beeinflussen können. Denn die Methode setzt voraus, dass der Spenderin im Anschluss an eine hormonelle Stimulation operativ Keimzellen entnommen werden. Im Unterschied zur Samenspende handelt es sich bei diesem Vorgang also um einen invasiven Eingriff – dieser ist physisch und psychisch anspruchsvoll, kann zu Schmerzen und Belastungen führen und ist nicht frei von gesundheitlichen Risiken. Auch hier gilt aber, dass der Gesetzgeber bereits Praktiken wie die Lebendorganspende oder die Teilnahme an einem Forschungsprojekt zulässt, die für die Spenderin oder den Probanden ebenfalls mit Risiken verbunden sind, ohne dass sie einen direkten Nutzen daraus ziehen. Wenn eine Person aber eine altruistische Organspende – d. h. eine Spende, die ausschliesslich einer Drittperson nützt – vornehmen darf, so ist kein Grund ersichtlich, weshalb ihr die Spende einer Eizelle verwehrt bleiben sollte. Die Ablehnung einer freiwilligen altruistischen Eizellenspende mit Verweis auf die Notwendigkeit, die Spenderin zu schützen, bedeutet, deren Selbstbestimmung zu missachten und stellt daher eine Form von **Paternalismus** dar. Selbstverständlich gilt es, analog zur Organspende, eine solche Praxis gut zu begleiten. Weil aufgrund der hormonellen Stimulation und der Eizellenpunktion ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit der Spenderin unvermeidlich ist, muss dieser zwingend in einem angemessenen Rahmen erfolgen. Dazu gehört das Einholen der informierten Einwilligung der Spenderin, deren hinreichende Aufklärung, die Minimierung der Risiken, usw. Die Tatsache, dass die Spenderin keinen direkten Nutzen aus der Spende zieht, muss überdies in Relation gesetzt werden zu einem möglichen indirekten Nutzen für sie selbst und dem möglichen direkten Nutzen für Dritte (Verwandte oder Unbekannte).

Zudem impliziert eine Eizellenspende – im Unterschied zur Lebendorganspende – nicht zwingend zusätzliche Risiken für die Spenderin. So kann eine Frau im Anschluss an eigene fortpflanzungsmedizinische Behandlungen entscheiden, nicht benötigte Eizellen

einer anderen Frau zur Verfügung zu stellen (Methode des sog. *egg sharing*). Basiert ein solches Vorgehen auf einer freien und informierten Zustimmung der Spenderin, können die Empfängerinnen einen Nutzen daraus ziehen, ohne dass die körperliche Integrität der Spenderin zusätzlich verletzt werden müsste. Denn die fraglichen Eizellen wurden ihr ja bereits zu einem früheren Zeitpunkt entnommen.

Letztlich bedeutet das Verbot der Eizellenspende in der Schweiz, dass die Wunscherlern zur Realisierung ihres Kinderwunsches eine entsprechende Behandlung im Ausland nachfragen müssten. Diese transnationale reproduktive Mobilität kann auch bedeuten, dass mehr Eizellenspenderinnen in anderen Ländern ungenügend geschützt oder gar Missbräuchen ausgesetzt sind.

Würde das Verbot der Eizellenspende in der Schweiz aufgehoben, so würde dies die Selbstbestimmung der Spenderinnen stärken und zu einer Reduktion der transnationalen reproduktiven Mobilität beitragen. Zugleich blieben dank einer angemessenen Betreuung die Würde ebenso wie die physische und die psychische Gesundheit sowohl der Spenderinnen als auch der Empfängerinnen geschützt.

## 2.4 Rechte und Interessen des Kindes

Der Begriff des Kindeswohls umfasst sowohl den Schutz eines öffentlichen Guts als auch den Schutz des Wohls eines einzelnen Kindes. Die Botschaft zum FMedG hält denn auch fest, dass «der Schutz des Kindeswohls [...] zu den wohlbegründeten öffentlichen Interessen unserer Gesellschaft» zähle (Botschaft, 1996, 249). Indem er das Kindeswohl schützt, beabsichtigt der Gesetzgeber somit zum Wohl der gesamten Gesellschaft ebenso wie zum Wohl des zu zeugenden Kindes beizutragen. Aus diesem Grund wurde das Prinzip des Kindeswohls zum leitenden Prinzip der Fortpflanzungsmedizin erhoben.

Die Botschaft hält des Weiteren fest: «Im Unterschied zur natürlichen Zeugung sind bei den Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung Dritte betei-



ligt, die ihr Handeln im Blick auf das Wohl des zu zeugenden Kindes rechtfertigen müssen. [...] Namentlich sollen die Fortpflanzungstechniken bloss gebraucht werden, wenn und soweit sie im Vergleich zur natürlichen Zeugung keine besonderen Risiken für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes aufweisen. Auf eine Behandlung ist zu verzichten, wenn die Ärztin oder der Arzt zur Überzeugung gelangt, dass die Lebensbedingungen des Kindes mit schwerwiegenden psychosozialen Risiken belastet sein würden. Die Zeugung eines Kindes darf beispielsweise nicht als Versuch zur Rettung einer Paarbeziehung in der Krise dienen.»<sup>44</sup>

Einleitend ist in Erinnerung zu rufen, dass das FMedG unter der Überschrift «Kindeswohl» unter anderem den Personenkreis definiert, dem Zugang zu den Methoden der Fortpflanzungsmedizin gewährt wird (vgl. dazu Büchler & Clausen, 2014). Der Gesetzgeber scheint also davon auszugehen, dass **das Kindeswohl vom Zivilstand der Eltern** abhängt, dass nur verheiratete Paare dieses Wohl gewährleisten können und folglich nur sie Zugang zu den zulässigen fortpflanzungsmedizinischen Verfahren haben sollen.<sup>45</sup>

Die Annahme, wonach das Kindeswohl vom Zivilstand der Eltern abhängt, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage. Sie erscheint zudem in Anbetracht der Vielfalt heute bestehender Familienformen sowie vor dem Hintergrund, dass der sozialen gegenüber der genetischen Elternschaft unterdessen eine grössere Bedeutung zugeschrieben wird, nicht mehr zeitgemäss. Das Kindeswohl kann weder dadurch geschützt werden, dass Paare dazu gezwungen werden, ein bestimmtes Familienmodell zu leben, noch durch die Vorschrift, dass eine genetische Verbindung zwischen Eltern und Kind besteht – eine Vorschrift notabene, die nur für die Frau, nicht aber für den Mann gilt. Hinzu kommt, wie bereits in Kapitel 2.2 ausgeführt, dass der sogenannte «natürliche Weg» der Fortpflanzung kein öffentliches Interesse darstellt, das einen exklusiven Schutz verdient.

Der Begriff des Kindeswohls bezieht sich darüber hinaus auch auf die Gesundheit des zu zeugenden Kindes. In der Fortpflanzungsmedizin werden heutzutage gut etablierte Methoden angewendet (IVF, ICSI). Es ist zudem unbestritten, dass die Gesundheit des zukünftigen Kindes von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, die nicht spezifisch mit den Methoden der assistierten Reproduktion oder mit der Eizellenspende in Verbindung stehen. Zu diesen Faktoren gehören etwa der Gesundheitszustand der Eltern und ihr Alter zum Zeitpunkt der Zeugung, Kontakte mit Giftstoffen, der Lebenswandel, mögliche Komplikationen während der Schwangerschaft wie z. B. eine Schwangerschaftsdiabetes, arterieller Bluthochdruck oder eine sogenannte Schwangerschaftsvergiftung, die Ernährungsgewohnheiten der Mutter, das Wachstum des Fötus in der Gebärmutter, Umwelteinflüsse während der Schwangerschaft und nach der Geburt, allfällige Hormonbehandlungen oder eine Frühgeburt. Generell ist es **schwierig, repräsentative Studien über die Gesundheit von Personen, die nach einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung geboren worden sind, durchzuführen** (Agence de biomédecine, 2022). Es liegen gegenwärtig nur wenige Untersuchungen mit oft geringer Anzahl Studienteilnehmenden vor. Hinzu kommt der noch immer kurze Beobachtungszeitraum, da die ersten Personen, die nach einer IVF geboren wurden, heute erst rund 40 Jahre alt sind. Dennoch **ist bekannt, dass Frauen, die nach einer Eizellenspende schwanger werden, zusätzlich zu den üblichen Risiken der assistierten Reproduktion (IVF/ICSI) erhöhte Risiken aufweisen**, welche die Gesundheit des Kindes beeinträchtigen können (vgl. Kap. 3.1.2). Dazu gehören z. B. geburtshilfliche Notfälle oder Frühgeburten.

Ebenso zeigt sich, dass Kinder, die mithilfe einer Eizellenspende gezeugt wurden, ein signifikant niedrigeres Geburtsgewicht aufweisen (Berntsen et al. 2021; Moreno-Sepulveda & Checa 2019; Mascarenhas et al. 2017; Al Shammary et al. 2020).

44 Botschaft FMedG, S. 249.

45 Bis zur Volksabstimmung vom 26. September 2021 schloss dieses Kriterium zugleich gleichgeschlechtliche Paare vom Zugang aus. Mit der Umsetzung der «Ehe für alle» haben nun auch verheirateten Frauenpaaren die Möglichkeit, unter den gesetzlich festgelegten Bedingungen eine Samenspende vorzunehmen.

Ein Verbot der Eizellenspende unter Verweis auf das Kindeswohl ist jedoch zwangsläufig mit dem sogenannten «*Non-Identity*»-Problem konfrontiert (vgl. Parfit 1984, Kap. 16). Ein noch nicht gezeugtes Kind auf diese Weise vor Lebensbedingungen schützen zu wollen, die als ungünstig erachteten werden, **bedeutet**

**faktisch, seine Existenz zu verhindern** (vgl. NEK, 2019, S. 19). Um dem Paradox der «*Non-Identity*» zu entgehen und zu rechtfertigen, dass ein solcher Schutz im Interesse dieses Kindes liegt, müsste man überzeugend darlegen können, dass es für das Kind besser sei, gar nicht erst geboren zu werden.

## Zusammenfassung

Es gilt festzuhalten, dass die Argumente, die für ein Verbot der Eizellenspende vorgebracht werden, nicht zu überzeugen vermögen.

In Anbetracht der bisherigen Ausführungen bedeutet das Verbot der Eizellenspende in erster Linie

- eine unzulässige Einschränkung der reproduktiven Autonomie der Empfängerinnen bzw. der entsprechenden Paare (Kap. 2.1) und
- vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Samenspende zulässig ist, eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung bzw. Diskriminierung der Frauen (sowohl Spenderinnen als auch Empfängerinnen) gegenüber den Männern.

Das Verbot der Eizellenspende mit dem Schutz der Spenderinnen zu begründen (Kap. 2.3) erweist sich als:

- unverhältnismässig, sind die tatsächlichen Risiken für die Spenderin doch gering und können durch geeignete Massnahmen minimiert werden;
- paternalistisch, denn eine wohlinformierte Person ist in der Lage, einer fortpflanzungsmedizinischen Methode, die in vielen Ländern eine Standardbehandlung ist, zuzustimmen oder sie abzulehnen;
- inkohärent, weil andere fremdnützige Praktiken, wie z. B. die Lebendorganspende oder die Teilnahme an Forschungsprojekten, zulässig sind, obwohl sie potenziell gefährlicher sind.

Das Verbot der Eizellenspende auf der Grundlage des Kindeswohls (Kap. 2.4) erweist sich als:

- unverhältnismässig angesichts des nur geringfügig erhöhten Risikos für die psychische, körperliche und geistige Entwicklung von Kindern, die mittels Eizellenspende und IVF/ICSI gezeugt wurden;
- paradox in Anbetracht des «*Non-Identity*»-Problems.

## 3. Rechtliche Anpassungen<sup>46</sup>

Im Lichte der bisherigen Ausführungen nimmt die NEK im Folgenden Stellung zu den Anpassungen, die eine Zulassung der Eizellenspende notwendig macht. Sie geht davon aus, dass sich eine künftige Regelung, welche die Eizellenspende zulässt, an den bestehenden Rahmen des FMedG anpassen und dessen Kernelemente nicht in Frage stellen soll.<sup>47</sup>

### 3.1 Die Empfängerin

#### 3.1.1. Kindeswohl

Art. 3 Abs. 1 ist eine zentrale Bestimmung des FMedG. Sie erhebt das Kindeswohl zur leitenden Maxime der Fortpflanzungsmedizin. Folglich muss sich jede Regelung der Eizellenspende, die sich im bestehenden Rahmen der Gesetzgebung bewegen soll, auf dieses Prinzip beziehen. So, wie es in der Botschaft beschrieben ist, bedarf das Prinzip des Kindeswohls allerdings einer kritischen Betrachtung. Denn das Ziel, ein Kind in guter Gesundheit zu zeugen, könnte auch durch Verweis auf andere, weniger stark kulturell oder ideologisch aufgeladene Prinzipien sichergestellt werden – so zum Beispiel das Prinzip des Nicht-Schadens (*harm principle*)<sup>48</sup>.

#### 3.1.2. Zugang zur Eizellenspende aufgrund des Alters und andere Voraussetzungen

Laut Art. 5 FMedG setzt der Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Massnahmen eine medizinische Indikation voraus. Sie sind nur zulässig, wenn «damit die Unfruchtbarkeit eines Paares überwunden werden soll und die anderen Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind» (Bst. a.) oder

wenn «die Gefahr, dass eine schwere Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, anders nicht abgewendet werden kann» (Bst. b.).

**Liegen bei der Frau oder beim Paar keine lebensfähigen Keimzellen vor, fällt dies unter die klinische Definition der Unfruchtbarkeit.** Ist eine solche nachgewiesen, lässt sich nicht rechtfertigen, dass den Frauen bzw. Paaren eine Wartezeit bis zur Aufnahme erster Abklärungen für eine fortpflanzungsmedizinische Behandlung auferlegt wird.

Art. 3 Abs. 2 Bst. b. FMedG beschränkt den Zugang zur Fortpflanzungsmedizin auf Paare, die «auf Grund ihres Alters und ihrer persönlichen Verhältnisse voraussichtlich bis zur Volljährigkeit des Kindes für dessen Pflege und Erziehung sorgen können». Darüber hinaus ist sie nach Bst. a. nur Paaren zugänglich, «zu denen ein Kindesverhältnis im Sinne der Artikel 252–263 des Zivilgesetzbuchs (ZGB) begründet werden kann».

Bei der Samenspende sind die abstammungsbezogenen Regeln auf die Mutter ausgerichtet. Sie ist genetischer, austragender und sozialer Elternteil. Auch wenn bei der Eizellenspende die austragende Frau mit dem Kind genetisch nicht verwandt ist, **ändern sich die abstammungsbezogenen Fragen nicht.** Rechtliche Mutter ist immer die Frau, die das Kind auf die Welt bringt.

Art. 3 Abs. 3 FMedG hält fest, dass nur verheiratete Paare Zugang zur Samenspende haben.

<sup>46</sup> Die Ausführungen in diesem Abschnitt basieren auf dem Kapitel «Die Eizellenspende de lege ferenda: Eckpunkte einer möglichen Regelung» des Rechtsgutachtens zur Eizellenspende von Büchler (2013).

<sup>47</sup> Das FMedG ist aktuell Gegenstand eines Evaluationsprozesses. Die formative Evaluation ist abgeschlossen (2019-2021), während die summative Evaluation noch im Gange ist. Ab 2023 wird das BAG über die Auswirkungen des Gesetzes berichten und bei Bedarf Empfehlungen für eine Revision ausarbeiten. Je nachdem könnte eine Teil- oder eine Totalrevision des Gesetzes vorgeschlagen werden.

<sup>48</sup> Siehe NEK, 2013, S. 47ff.

Auch hier gilt das Gebot der Gleichbehandlung. Die heute geltende Unterscheidung zwischen verheirateten und nicht verheirateten Paaren ist unhaltbar und lässt sich **nicht mit Bezug auf das Kindeswohl rechtfertigen**. Es ist unbestritten, dass Kinder ein grundlegendes Bedürfnis nach Zuneigung im Rahmen stabiler Beziehungen haben. Die Ehe ist aber keine Garantie für Stabilität. Die Fortpflanzungsmedizin auf verheiratete Paaren zu beschränken, stigmatisiert überdies alle nichtehelichen Lebensgemeinschaften als kindeswohlgefährdend. Die vorhandenen Daten lassen jedoch keinesfalls darauf schliessen, dass eheliche Gemeinschaften mit Blick auf die gesunde Entwicklung des Kindes nichtehelichen Lebensgemeinschaften überlegen wären. Wie von der Kommission bereits in einer früheren Stellungnahme hervorgehoben (vgl. NEK, 2019, Kap. 6.1), geht es Kindern, die von unverheirateten Paaren aufgezogen werden, nicht schlechter als Kindern, die bei Ehepaaren aufwachsen. Entscheidend sind die Stabilität des Paares und die familiären Umstände sowie das Engagement der Eltern. Kindern, die von gleichgeschlechtlichen Paaren aufgezogen werden, geht es ebenso gut wie solchen, die bei verschiedengeschlechtlichen Paaren aufwachsen (Tasker 2005; Simoni 2012).

Der argumentative Rückgriff auf das Kindeswohl ist im Kontext der Fortpflanzung weit komplexer als es auf den ersten Blick scheinen mag. Unbestritten ist, dass ein Kind unter guten Bedingungen aufwachsen können und vor schwerwiegenden Entbehrungen sowie schlechter Behandlung geschützt werden soll. Wird das Kindeswohl aber auf die vorgeburtliche Situation angewandt, führt dies in ein Paradox (vgl. Kap. 2.4).

In ihrer Stellungnahme zur Samenspende (NEK, 2019) empfiehlt die Kommission, dass auch unverheiratete, gleichgeschlechtliche Paare und Einzelpersonen Zugang zur Samenspende erhalten sollten.

Die Eizellenspende sollte aus Gründen der Gleichbehandlung und der Nichtdiskriminierung analog zur Samenspende geregelt werden.

Gemäss Art. 4 FMedG ist die Eizellenspende aktuell verboten. Dadurch wirkt die Menopause *de facto* wie eine «natürliche» Altersgrenze für den Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen, obschon im Gesetz kein Höchstalter festgelegt ist.<sup>49</sup>

Die Aufhebung des Verbots der Eizellenspende **brächte mit sich, dass die Frage einer Altersgrenze für die Empfängerin neu beurteilt werden müsste**, denn das Austragen eines Embryos, der mit einer gespendeten Eizelle gezeugt worden ist, ist auch in fortgeschrittenem Alter noch möglich.

Die Frage des Höchstalters der Empfängerin für die Verwendung gespendeter Eizellen ist Gegenstand intensiver Debatten auf internationaler Ebene. Eine späte Schwangerschaft geht mit besonderen Risiken für die schwangere Frau und den Fötus einher; auch kann späte Mutterschaft eine familiäre und eine gesellschaftliche Herausforderung darstellen. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass das gesetzliche Höchstalter für die Nutzung kryokonservierter Eizellen in der Regel zwischen 45 und 50 Jahren liegt.<sup>50</sup>

Rechtlich gibt es zwei Wege, mit dieser Problematik umzugehen. Zum einen könnte die derzeitige Regelung beibehalten werden, wonach vorausgesetzt wird, dass die Eltern grundsätzlich in der Lage sein müssen, ihre Verantwortung für das Kind bis zu dessen Volljährigkeit wahrzunehmen. Zum andern könnte eine explizite Altersgrenze ins Gesetz aufgenommen werden. Nach Meinung der NEK ist die erste Option zu bevorzugen. Sie kann als Ausgangspunkt dienen für die Herausbildung einer guten klinischen Praxis, die unterschiedliche Aspekte berücksichtigt und der spezifischen Situation der betroffenen Personen Rechnung trägt.

49 Durch die Möglichkeit des «social egg freezing» kann die Altersgrenze zwar über die Menopause hinaus etwas angehoben werden, die rechtlich begrenzte Aufbewahrungsfrist wirkt jedoch auch hier begrenzend.

50 Siehe Büchler & Parizer, 2017.

Mit Blick auf die **medizinischen Risiken**, die mit Schwangerschaften in fortgeschrittenem Alter einhergehen – zu ihnen gehören ein höheres Risiko von Bluthochdruck und von Schwangerschaftsdiabetes, ein niedriges Geburtsgewicht des Neugeborenen und ein um bis zu 50% erhöhtes Risiko einer Totgeburt – obliegt es den Berufsverbänden, entsprechende Richtlinien zu erlassen. Diese müssten sich z. B. mit der Risikobewertung und der Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften befassen sowie Kriterien festlegen, wann eine Schwangerschaft ausgeschlossen sein soll. Für die Frau und das zu zeugende Kind ist das Alter nur ein Risikofaktor neben anderen, die ebenfalls zu beachten sind. Dazu gehört, dass nach einer Eizellenspende ein höheres Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft besteht (wie etwa Bluthochdruck, Präeklampsie, allgemeine geburtshilfliche Notfälle), ebenso wie ein höheres Risiko für Frühgeburten (Berntsen et al. 2021; Moreno-Sepulveda & Checa 2019; Mascarenhas et al. 2017; Al Shamy et al. 2020). Sind diese Risiken, namentlich die Risiken für das Kind, zu hoch, ist die Ärztin bzw. der Arzt in jedem Fall verpflichtet, die Behandlung abzulehnen (NEK, 2017, S. 26). Die Tatsache, dass ausschliesslich für Frauen eine Altersgrenze gilt, ist überdies vor dem Hintergrund der Zielsetzung, dass beide Elternteile ihre Verantwortung bis zur Volljährigkeit des Kindes wahrnehmen können, schwierig zu rechtfertigen. **Im Hinblick auf die gesellschaftliche Dimension von Elternschaft – also mit Blick auf die Betreuungsmöglichkeit, die Übernahme von Verantwortung und das Verhältnis zwischen den Generationen – sind Mutterschaft und Vaterschaft gleich zu behandeln.**

Nach Art. 5 Abs. 2 FMedG ist die negative Selektion von Keimzellen erlaubt, wenn «die Gefahr, dass eine schwere Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, anders nicht abgewendet werden kann».

Bei der Eizellenspenderin sollen genetische Untersuchungen vorgenommen werden können, um abzuklären, ob eine Veranlagung für genetisch bedingte Krankheiten besteht, die mit der Spende weitergegeben werden könnten (vgl. in Analogie die

Samenspende, NEK, 2019, Kap. 6.4). Werden die so gewonnenen Erkenntnisse bei der Verwendung gespendeter Eizellen berücksichtigt, lässt sich das Risiko, ein Kind zu zeugen, das von einer genetisch bedingten Erkrankung betroffen ist, verringern. Allerdings lässt es sich nicht gänzlich ausschliessen: Einerseits sind die verfügbaren Untersuchungsmethoden (noch) nicht in der Lage, alle Erbkrankheiten nachzuweisen, andererseits können sowohl in der Eizelle als auch nach der Zeugung neue Mutationen und chromosomale Veränderungen auftreten.

Bei der Samenspende ist auch die positive Selektion zulässig. So dürfen gemäss Art. 22 Abs. 4 FMedG bei der Auswahl der gespendeten Samenzellen «die Blutgruppe und die Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung des Spenders mit dem Mann, zu dem ein Kindesverhältnis begründet werden soll, berücksichtigt werden».

Die Botschaft des Bundesrats zum FMedG hält zu diesem Punkt fest, dass ein ähnliches Aussehen zur besseren Integration des Kindes in die Familie beiträgt (Botschaft, 1996, 268). Die Vorstellung, auf diese Weise die Intim- und die Privatsphäre der Familie zu schützen, gründet auch hier auf einem Natürlichkeitsideal, das voraussetzt, dass eine solche Integration in die Familie einfacher ist, wenn nach aussen nicht ersichtlich ist, dass die genetische Verbindung zu einem Elternteil fehlt.

Die entsprechenden Regeln könnten analog auch auf die Eizellenspende angewandt werden, umso mehr als Gründe für eine Ungleichbehandlung von Samen- und Eizellenspende in diesem Bereich kaum ersichtlich sind (vgl. NEK, 2019, Kap. 6.3; vgl. auch Kap. 3.2.2).

Die strikten Einschränkungen, die mit Blick auf die Selektion von Keimzellen und die Auswahl des Spenders (bzw. der Spenderin im Fall der Eizellenspende) gelten, resultieren aus der Befürchtung, dass jede Selektion, die nicht aus medizinischen Gründen erfolgt und auf die übergeordneten Interessen des Kindes ausgerichtet ist, zwingend eugenisch motiviert und somit diskriminierend ist.

Es bedarf einer eingehenden gesellschaftlichen und medizinethischen Diskussion, inwiefern potenzielle Empfängerinnen auch hierzulande – wie es etwa in den USA der Fall ist – auf Datenbanken zugreifen können sollten, die eine Auswahl der Spenderinnen nicht allein aufgrund körperlicher, sondern auch aufgrund psychosozialer Gesichtspunkte ermöglichen.

Nach Art. 5b und Art. 6 FMedG darf ein Fortpflanzungsverfahren nur durchgeführt werden, wenn das Paar nach hinreichender Information und Beratung schriftlich eingewilligt hat. Diese Bestimmungen müssten analog für Paare gelten, die eine Eizellenspende in Anspruch nehmen. Eine gültige Einwilligung in die Behandlung kann aber nur gegeben sein, wenn die Empfängerin hinreichend und transparent über die Risiken informiert wird, die sie eingeht. So ist es unerlässlich aufzuzeigen, dass Metaanalysen zu Schwangerschaften, die dank Eizellenspenden zustande gekommen sind, erhöhte Risiken wie etwa schwangerschaftsinduzierten Bluthochdruck, Schwangerschaftsvergiftungen, Frühgeburten und geburtshilfliche Notfälle mit sich bringen und dass die Säuglinge, die nach Eizellenspende zur Welt kommen, ein signifikant geringeres Geburtsgewicht aufweisen (Masoudian et al., 2016; Schwarze et al, 2018; Moreno Sepulveda & Checa, 2019).

### 3.1.3. Abstammungsrechtliche Konsequenzen

Wie bei der Samenspende ist die Empfängerin, nicht die Spenderin einer Eizelle rechtlich als Elternteil des Kindes anzuerkennen. Vor diesem Hintergrund ist keine rechtliche Anpassung notwendig, denn das Mutterschaftsverhältnis wird durch die Geburt konstituiert (Art. 252 ZGB).

Es erscheint aber angemessen, Bestimmungen zu erlassen, die festhalten, dass **weder die Mutter noch das Kind das Mutterschaftsverhältnis anfechten können.**

## 3.2 Die Spenderin

### 3.2.1. Die Eizellenspende im Licht der bioethischen Prinzipien und der Transplantationsmedizin

Wie bereits ausgeführt (Kap. 2.3) geht die Eizellenspende mit einem invasiven Eingriff einher, der für die Eizellenspenderin physisch und psychisch belastend sein kann. Auch wenn der reproduktiven Freiheit eine grosse Bedeutung zukommt, so ist der Gesundheit aller Beteiligten bei der Inanspruchnahme einer entsprechenden Behandlung Priorität einzuräumen.

Die Eizellenspende stellt einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar<sup>51</sup>, der nicht zu Therapiezwecken der Spenderin erfolgt und dessen Nutzen ausschliesslich oder zumindest grösstenteils<sup>52</sup> Dritten zukommt (nämlich der Empfängerin bzw. dem Paar).

In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Eizellenspende von der Samenspende: Der Eingriff ist invasiver und geht mit gesundheitlichen Risiken einher. Aus diesem Grund ist die schriftlich dokumentierte, freie und informierte Einwilligung der Spenderin unerlässlich (Prinzip der Selbstbestimmung), um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Art. 28 Abs. 2 ZGB), da dieser im Grundsatz dem Prinzip der Fürsorge (die Ärztin bzw. der Arzt muss alles in ihrer Macht Stehende tun, um die Gesundheit der Patientin zu schützen) und dem Prinzip des Nicht-Schadens (die Ärztin bzw. der Arzt muss alles unterlassen, was der Patientin schaden könnte) zuwiderläuft.

51 Ausser im Falle des *egg sharing*, weil die Eizellen hier bereits früher entnommen und seitdem aufbewahrt wurden.

52 Tatsächlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Spenderin, wenn ihr Motiv altruistisch ist, einen psychologischen Nutzen daraus ziehen könnte, dass sie zum Wohl anderer beigetragen hat.

Es gilt jedoch zu unterstreichen, dass die Einwilligung nicht der einzige Gesichtspunkt ist, der zur Rechtfertigung der hormonellen Behandlung und der operativen Eizellenentnahme bei der Spenderin beachtet werden muss. Die damit für sie verbundenen gesundheitlichen Risiken und psychosozialen Belastungen sind ebenfalls zu berücksichtigen. **Besondere Aufmerksamkeit ist vor allem bei einer gerichteten Spende den besonderen Verletzlichkeiten zu schenken, welche auf die Entscheidung zugunsten einer Spende einwirken und die angemessene Beurteilung der Situation beeinträchtigen könnten (z. B. eine unzulässige Beeinflussung).** Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Spenderin vor einer Entscheidung zu schützen ist, die sie zwar selber trifft, die ihr aber schaden könnte, ohne dass sie sich dessen bewusst ist.

Dementsprechend sollte die Beurteilung der Frage, ob bei der Spenderin besondere Verletzlichkeiten vorliegen und ob tatsächlich eine informierte Einwilligung abgegeben wurde, nicht allein der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt überlassen, sondern zusätzlich einer Person, die nicht an der Behandlung beteiligt ist, anvertraut werden.

### 3.2.2. Spende zugunsten einer bestimmten Person

Frauen, die eine Eizellenspende in Anspruch nehmen möchten, aber auch ihre Partner oder Partnerinnen, hegen oft den Wunsch, bei der Auswahl der Spenderin mitbestimmen zu können. Dafür ausschlaggebend sind allem voran zwei Gründe (vgl. NEK, 2019, Kap. 6.3): Einerseits kann der Wunsch darin bestehen, Eizellen einer Person aus dem Familien- oder dem Freundeskreis zu verwenden. Im Fall der Samenspende ist diesbezüglich von einer «gerichteten Spende» die Rede. Andererseits kann es die Absicht der Frau bzw. des Paares sein, eine Wahl aufgrund bestimmter Eigenschaften der Spenderin treffen zu können, zum Beispiel aus einer Gruppe von Spenderinnen, die in einer Datenbank verzeichnet sind. So wäre es möglich, nach grösstmöglicher Ähnlichkeit mit der unfruchtbaren Partnerin oder nach bestimmten erwünschten Eigenschaften beim zu zeugenden

Kind zu suchen. In der Theorie scheint die Abgrenzung zwischen diesen beiden Möglichkeiten, eine Spenderin auszuwählen, eindeutig. In der Praxis jedoch kann sie sich als schwierig erweisen, etwa dann, wenn die Wunscherfüllung über Internetplattformen nach einer Spenderin suchen, die ihren Wunschvorstellungen entspricht, und mit dieser in Kontakt treten. Ein Spezialfall dieser Problematik kann dann eintreten, wenn innerhalb einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft eine der Partnerinnen ihre Eizellen der anderen Partnerin spenden möchte. Tatsächlich ist es heute dank der Fortpflanzungsmedizin möglich, dass zwei Frauen gemeinsam biologische bzw. genetische Mütter und an einer Schwangerschaft beteiligt sein können, was als geteilte Mutterschaft oder als ROPA-Methode (*Reception of Oocytes from Partner*) bezeichnet wird. In diesem Fall unterzieht sich eine der beiden Frauen der Eierstockstimulation mit dem Ziel der Eizellenentnahme, während die andere den so gezeugten Embryo bzw. die Schwangerschaft austrägt.

In der Schweiz ist gemäss Transplantationsgesetz die gerichtete Spende von Organen, Gewebe und Zellen zulässig, einschliesslich der Spende zugunsten naher Verwandter (Botschaft, 2001, 97f.).

Im Kontext einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung ist in der Schweiz die Nutzung von Spendereisamen einer dem Paar bekannten Person nicht zulässig. Dies ergibt sich aus den Auswahlkriterien gemäss Art. 22 FMedG, den einschlägigen Dokumenten zu diesem Gesetz und dem Konzept der partiellen Anonymität, demgemäss einzig das Kind Informationen über die Identität des Samenspenders einfordern kann. Es gibt jedoch gute Gründe, den Frauen bzw. den Paaren die Wahl einer Spenderin aus dem Bekanntenkreis oder aus einer Datenbank, die detaillierte Informationen zur Person bereithält, zu erlauben. Denn die reproduktive Autonomie (vgl. Kap. 2.3.3) umfasst als grundlegendes Freiheitsrecht des Einzelnen nicht nur die Freiheit, ein Kind zu bekommen, sondern auch die Freiheit, den Partner bzw. die Partnerin für die eigene Fortpflanzung zu wählen.



Nach Meinung der NEK gibt es **keine überzeugenden Gründe, um die Eizellenspende zugunsten bestimmter Personen zu verbieten**. Für die Spenderin, aber auch für die weiteren involvierten Personen, kann der Umstand, dass die Spende innerhalb der Familie stattfindet, von Bedeutung sein. Freilich gilt es diesbezüglich auch berechnete ethische Fragen zu beachten, bspw. in Bezug auf die Freiheit der Spenderin. Bei der Eizellenspende zugunsten verwandter Personen ergeben sich jedenfalls besondere Anforderungen an die sorgfältige Klärung der Motive und Erwartungen der beteiligten Personen. In Übereinstimmung mit der Regelung zur Samenspende (Art. 22 Abs. 3 FMedG) darf zudem zwischen den Personen, von denen die Keimzellen stammen, kein Ehehindernis nach Art. 95 ZGB bestehen (die Schwester oder die Mutter des Ehegatten der Eizellenempfängerin darf also nicht zu deren Gunsten spenden).

### 3.2.3. Egg sharing

Nach Ansicht der NEK gibt es auch keine überzeugenden Gründe, das *egg sharing* zu untersagen, d. h. die Möglichkeit, Eizellen zu spenden, die im Rahmen einer IVF gewonnen wurden und nicht mehr benötigt werden. Beim *egg sharing* ist besonders darauf zu achten, dass die IVF-Behandlung der Spenderin nicht durch die Spende beeinträchtigt wird.

Weiter sollte psychologische Unterstützung zur Verfügung stehen für Situationen, die besonders belastend sein können – etwa für den Fall, dass die Kinderwunschbehandlung der Spenderin erfolglos bleibt, während die Behandlung bei der Empfängerin zur erhofften Schwangerschaft führt. Auch muss das Recht der Spenderin, ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen, gewährleistet sein.

Wird ein Entschädigungsmodell für die Eizellenspende gewählt, wonach der Patientin, die einem *egg sharing* im Rahmen einer IVF zustimmt, ein Teil oder die Gesamtheit der Kosten ihrer Behandlung erlassen werden, so **sind Vorkehrungen zu treffen, damit die Patientin sich nicht aus Sorge vor negativen**

**finanziellen Konsequenzen gegen den Abbruch einer Behandlung entscheidet, deren Fortsetzung sie nicht mehr wünscht** (Bracewell-Milnes et al., 2021).

Allgemein kann jedoch festgestellt werden, dass die Rückmeldungen von Frauen, die an solchen Programmen teilgenommen haben, sehr positiv sind (Gürtin et al., 2012).

### 3.2.4. Beschränkung der Anzahl Zyklen

Für die Samenspende sieht das Gesetz vor, dass die Samenzellen eines Spenders «für die Erzeugung von höchstens acht Kindern verwendet werden» dürfen (Art. 22 Abs. 2 FMedG). Diese Bestimmung dient insbesondere dem Schutz der Familie und der Gesundheit.

Im Kontext der Eizellenspende kann ebenfalls auf diese Bestimmung zurückgegriffen werden. Freilich muss die Regelung auch der Belastung Rechnung tragen, die diese Form der Spende für die Spenderin bedeutet. Es erscheint daher angemessen, eine Höchstzahl von Zyklen für die Zwecke der Eizellenspende festzulegen.

Es obliegt den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten, bei jeder Patientin individuell zu entscheiden, in welcher Häufigkeit und in welcher Dosierung eine Stimulationsbehandlung in Anbetracht der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken vertretbar erscheint. Angesichts der Tatsache, dass die Langzeitfolgen der Eizellenspende noch nicht bekannt sind, gehört es zur ärztlichen Verantwortung, die nötigen Vorkehrungen zu treffen, um in jedem Fall den bestmöglichen Schutz der Gesundheit der Spenderin sicherzustellen.

### 3.2.5. Medizinische Untersuchungen

Für die Samenspende hält Art. 19 Abs. 1 FMedG fest, dass Spender «nach medizinischen Gesichtspunkten sorgfältig ausgewählt werden [müssen]; namentlich müssen gesundheitliche Risiken für die Empfängerin der gespendeten Samenzellen so weit wie möglich



ausgeschlossen sein. Andere Auswahlkriterien sind verboten.»

Analog ist auch mit Blick auf die Eizellenspende eine generelle Regelung vorzusehen, die festhält, dass **Spenderinnen sorgfältig nach medizinischen Kriterien auszuwählen sind**. Die medizinischen Voruntersuchungen sollten sich aber nicht nur auf die Eignung einer Frau als potentielle Spenderin beziehen, sondern auch die körperlichen Voraussetzungen erfassen, die es ihr erlauben, die verschiedenen Phasen des medizinischen Eingriffs mit möglichst wenigen Komplikationen zu durchlaufen.

### 3.2.6. Alter

Nach Ansicht der NEK muss **die Spenderin** nicht nur **urteilsfähig**, sondern auch **volljährig** sein.

Dies ist für die Samenspende nicht gesetzlich vorgeschrieben. Die Komplexität der Entscheidung im Rahmen der Eizellenspende setzt aber zwingend voraus, dass die betroffene Person voll handlungsfähig ist. Diese Entscheidung ist überdies höchstpersönlicher Natur und kann daher nicht stellvertretend getroffen werden.

Um zu vermeiden, dass die Qualität der gespendeten Eizellen verringert ist, wird das Alter der Spenderinnen in der Praxis zumeist auf die Spanne zwischen 25 und 35 Jahren begrenzt (Duncan, 2017; Tingen, Kim & Woodruff, 2009; Kusahara et al., 2021; Wang, Farquhar & Sullivan, 2012).

### 3.2.7. Die Unentgeltlichkeit

Das Prinzip der Unentgeltlichkeit der Spende ist sowohl im internationalen Recht als auch auf Verfassungs- und Gesetzesstufe verankert.

Wird die Eizellenspende zugelassen, so **sollte der Gesetzgeber der Höhe und der Form der Aufwandentschädigung, die Spenderinnen angeboten wird, besondere Aufmerksamkeit schenken** (z. B. Erstattung der medizinischen Kosten und der Reisekosten, Erwerbsausfall, usw.). Denn die

Höhe dieser Entschädigung kann einen wesentlichen Einfluss auf die Spendebereitschaft haben und als eigentlicher finanzieller Anreiz wirken. Diesbezüglich ist grösstmögliche Klarheit zu schaffen, weshalb auf transparente Weise eine einheitliche Regelung und einheitliche Ansätze der Entschädigung festzulegen sind.

## 3.3 Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Die psychologische und die sozialwissenschaftliche Forschung haben gezeigt, dass das Wissen um die biologische Herkunft für ein Kind unabhängig von abstammungsrechtlichen Modalitäten eine wichtige Voraussetzung für die Identitätsentwicklung und die Persönlichkeitsentfaltung darstellt. Tatsächlich gilt das völker- und verfassungsrechtlich verbriefte Recht, Auskunft über die eigene Abstammung zu bekommen, als wichtiger Aspekt des Kindeswohls.

In der Schweiz ist Art. 7 der UN-Kinderrechtskonvention unmittelbar anwendbar. Er gewährt jedem Kind soweit möglich das Recht, seine Eltern zu kennen.

Für Kinder, die mithilfe von fortpflanzungsmedizinischen Verfahren gezeugt wurden, gründet dieser Anspruch ausdrücklich auf Art. 119 Abs. 2 Bst. g BV. Art. 27 Abs. 1 FMedG konkretisiert die Bestimmung dahingehend, dass Kinder ab dem vollendeten 18. Altersjahr das uneingeschränkte Recht haben, «Auskunft über die äussere Erscheinung und die Personalien des Spenders» zu erhalten.

Um die Durchsetzbarkeit des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung zu verbessern, hat der Gesetzgeber in Art. 24 FMedG die Pflicht der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes festgeschrieben, die Samenspende auf «zuverlässige Weise» zu dokumentieren.

Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung muss die **genetische Herkunft mütterlicherseits einschliessen**. Es gibt keine nachvollziehbaren Gründe, die Samenspende und die Eizellenspende in dieser Hinsicht unterschiedlich zu behandeln.

Anzumerken bleibt freilich, dass dem Kind der beste Anspruch auf Aufklärung nichts nützt, solange es von diesem Recht und von der Existenz entsprechender Akten keine Kenntnis hat. Das FMedG überlässt es bewusst der Verantwortung der Eltern, ob und zu welchem Zeitpunkt das Kind über die Umstände seiner Zeugung aufgeklärt werden soll.

Die Möglichkeit des Kindes, das Kennnisrecht geltend zu machen und durchzusetzen scheint so wenig gesichert. Im ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsprozess rund um eine gewünschte heterologe Behandlung sollten das Informationsrecht des Kindes und die entwicklungspsychologische und familiendynamische Bedeutung dieses Rechts möglichst frühzeitig angesprochen werden (vgl. Büchler, 2013, 43).

Es bleibt anzumerken, dass zwar immer mehr europäische Rechtsordnungen dem Kind die Klärung seiner genetischen Abstammung ermöglichen, die anonyme Eizellenspende aber gleichwohl in manchen Ländern verbreitet bleibt. Im Rahmen einer Regelung, die – wie es in der Schweiz aktuell der Fall ist – betroffenen Personen keine andere Wahl als die transnationale reproduktive Mobilität lässt, ist das grundlegende Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung dementsprechend nicht vollumfänglich gewährleistet. Die Bedeutung des Rechts, Zugang zu den massgeblichen Informationen über die eigene Abstammung zu erlangen, stellt so einen wichtigen Grund dar, die transnationale reproduktive Mobilität in Länder, die dieses Recht nicht respektieren, einzudämmen.

## 4. Folgerungen und Empfehlungen

– **Die NEK empfiehlt, Art. 4 FMedG anzupassen und die Eizellenspende in der Schweiz zuzulassen.**

Das derzeit geltende Verbot respektiert weder den Kinderwunsch der betroffenen Paare, der unter dem Schutz des Grundrechts auf persönliche Freiheit (reproduktive Autonomie) steht, noch die verfassungsrechtlichen Grundsätze der Gleichbehandlung, der Nichtdiskriminierung und des Schutzes vor Willkür.

- Verheiratete Paare und unverheiratete Paare sollten gleichermassen Zugang zur Eizellenspende haben. Dies gilt auch für gleichgeschlechtliche Paare.

Betreffend die Empfängerin:

- **Die Empfängerin muss die Voraussetzungen gemäss Art. 3 FMedG erfüllen und es muss eine medizinische Indikation vorliegen (vgl. Kap. 3.1.2);**
- **Die spezifischen Gegebenheiten jedes Einzelfalls in der Entscheidungsfindung berücksichtigen zu können ist besser als eine strikte Altersgrenze im Gesetz festzulegen (vgl. Kap. 3.1.2).**
- **Der Empfängerin muss neben der medizinischen Beratung und entsprechenden Untersuchungen eine angemessene psychologische Begleitung zur Verfügung stehen (vgl. Kap. 3.1.2);**
- **Die Empfängerin sollte in beschränktem Mass die Möglichkeit haben, Keimzellen bzw. die Spenderin auswählen zu können (vgl. Kap. 3.1.2).**

Betreffend die Spenderin:

- **Die freie und informierte Einwilligung ist für die Rechtfertigung des Eingriffs unverzichtbar, zusätzlich sind eine umfassende Beratung und eine genaue Abklärung der Motive notwendig (vgl. Kap. 3.2.1);**

- **Um einer allfälligen Befangenheit der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes entgegenzuwirken, ist eine unabhängige und erfahrene Fachperson in die psychosoziale Abklärung einzubeziehen (vgl. Kap. 3.2.1).**

- **Die Spenderin muss vollständig informiert werden und ihre Einwilligung schriftlich festhalten (vgl. Kap. 3.2.1);**

- **Die Spende zugunsten einer bestimmten Person (gerichtete Spende) soll möglich sein (vgl. Kap. 3.2.2);**

- **Das *egg sharing* ist zu ermöglichen (vgl. Kap. 3.2.3).** Dabei ist darauf zu achten, dass weder die Gesundheit der Spenderin noch ihre eigene fortpflanzungsmedizinische Behandlung beeinträchtigt werden.

- **Das Recht des Kindes auf Kenntnis der genetischen Abstammung muss gewährleistet sein (vgl. Kap. 3.3).**

- **In diesem Zusammenhang empfiehlt die NEK die Schaffung eines Eizellenspende-Registers.**

## 5. Literatur

Agence de biomédecine (2022). Information sur la santé des personnes nées après une assistance médicale à la procréation ; [online] [brochure\\_patients\\_personnes-nees-amp.pdf \(agence-biomedecine.fr\)](#) [26.02.2022].

Al Shammary M., Shaw A., Bacal V., Menzies-Toman D., Rozon C., Weir A., Tang K., de Nanassy J., El Demel-lawy D.J. (2020). Risk of lower birth weight and shorter gestation in oocyte donation pregnancies compared with other assisted reproductive technology methods: Systematic review. *Obstet Gynaecol Can* 42(7): 889-899.

Berntsen S., Larsen E. C., la Cour Freiesleben N., Pinborg A. (2021). Pregnancy outcomes following oocyte donation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 70: 81-91.

Botschaft (1996). Botschaft über die Volksinitiative «zum Schutz des Menschen vor Manipulationen in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)» und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 26. Juni 1996, BBl 1996 III 205.

Botschaft (2001). Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2001, BBl 2002 29.

Bracewell-Milnes T., Holland J. C., Jones B. P., Saso S., Almeida P., Maclaran K. et al. (2021). Exploring the knowledge and attitudes of women of reproductive age from the general public towards egg donation and egg sharing: a UK-based study. *Human Reproduction* 36(8): 2189-2201.

Büchler A. (2017). Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. Basel, Helbing Lichtenhahn Verlag.

Büchler A. (2013). Die Eizellenspende in der Schweiz de lege lata und de lege ferenda. Rechtsgutachten verfasst im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), aktualisiert im Januar 2014.

Büchler A. & Clausen S. (2014). Fortpflanzungsmedizin und Kindeswohl! Kindeswohl und Fortpflanzungsmedizin? FamPra.ch; [online] [Buechler\\_Clausen\\_FortpflanzungsmedizinundKindeswohl.pdf \(uzh.ch\)](#) [26.02.2022].

Büchler A. & Parizer K. (2017). Maternal Age in the Regulation of Reproductive Medicine – A Comparative Study. *International Journal of Law, Policy and the Family* 31(3): 269–290.

Büchler A. & Rütscbe B. (Hrsg.) (2020). Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG): Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung. Bern, Stämpfli Verlag.

Büchler A. & Ryser (2009). Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung. FamPra.ch.

Bühler N. (2014). Egg Donation and IVF with Donated Eggs – Lessons to be Learned from Other Countries. Social Science Report on behalf of Federal Office of Public Health.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2022). Konservierung von Keimzellen (Eigenvorsorge und Spende); [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-fortpflanzungsmedizin/medizinische-praxis-im-bereich-fortpflanzung/konservierung-eigenvorsorge-und-spende.html> [15.07.2022].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Jahr 2020, diverse Tabellen und Zusammenfassung; [online] <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.gnpdetail.2022-0194.html> [15.07.2022].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Jahr 2019; [online] <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/17124161/master> [15.07.2022].

Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 18. Dezember 1998, RS 810.11.

Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004, RS 810.21.

Büro Vatter (2021). Monitoring des Fortpflanzungsmedizingesetzes. Zentrale Ergebnisse 2019.

Deutscher Ethikrat (2016). Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung.

Duncan F. E. (2017). Egg Quality during the Pubertal Transition – Is Youth All It’s Cracked Up to Be? *Front. Endocrinol.* 8: 226.

Giorgione V., Parazzini F., Fesslova V. et al. (2018). Congenital heart defects in IVF/ICSI pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 51(1): 33-42.

Gürtin Z. B., Ahuja K. K. & Golombok S. (2012). Egg-sharing, consent and exploitation: examining donors’ and recipients’ circumstances and retrospective reflections. *Reproductive BioMedicine Online* 24: 698-708.

Imrie S., Lysons J., Jadvá V., Shaw K., Grimmel J. & Golombok (2022). Parent-child relationship quality and child psychological adjustment in families created using egg donation: children’s perspectives at age 5 years. *Human Reproduction* 37(3): 499-509.

Imrie S., Jadvá V., Fishel S. et Golombok S. (2019). Families Created by Egg Donation: Parent-Child Relationship Quality in Infancy. *Child Development* 90(4): 1333-49.

Imrie S. et Golombok S. (2018). Long-term outcomes of children conceived through egg donation and their parents: a review of the literature. *Fertility and Sterility* 110(7): 1187-93.

Kusuhara A., Babayev E., Zhou L. T., Singh V. P., Gerton J. L. & Duncan F. E. (2021). Immature Follicular Origins and Disrupted Oocyte Growth Pathways Contribute to Decreased Gamete Quality During Reproductive Juvenescence in Mice. *Front. Cell Dev. Biol.* 9: 1561.

Mascarenhas M., Sunkara S. K., Antonisamy B., Kamath M. S. (2017). Higher risk of preterm birth and low birth weight following oocyte donation: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 218: 60-67.

Masoudian P, Nasr A., de Nanassy J., Fung-Kee-Fung K., Brainbridge A. A. & El Demellawy D. (2016). Oocyte donation pregnancies and the risk of preeclampsia or gestational hypertension: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; [online] [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)02349-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)02349-2/fulltext) [07.01.2022]

Moreno Sepulveda J. & Checa M. A. (2019). Risk of adverse perinatal outcomes after oocyte donation: a systematic review and meta-analyses. *J Assist Reprod Genet* 36(10): 2017-2037.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2019). Samenspende. Stellungnahme Nr. 32.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2017). Social Egg Freezing – eine ethische Reflexion. Stellungnahme Nr. 28.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2013). Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung. Ethische Überlegungen und Vorschläge für die Zukunft. Stellungnahme Nr. 22.

Parfit D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford University Press.

Savioz-Viaccoz V. (2021). *L'embryon in vitro : émergence d'un nouvel objet de droit. Qualification juridique et contrats*. Genève, Schulthess.

Schwarze J. E., Borda P., Vasquez P., Ortega C., Villa S., Crosby J. A. & Pommer R. (2018). Is the risk of preeclampsia higher in donor oocyte pregnancies? A systematic review and meta-analysis. *JBRA Assisted Reproduction* 22(1): 15-19.

Seelmann K. (2018). Gutachten im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit über «Zugang zur Fortpflanzungsmedizin für alle?».

Siegl V. Bigler C., Büchler T., Perler L. et Schurr C. (2021). Transnationale reproduktive Mobilität aus der Schweiz. Gutachten verfasst im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Simoni H. (2012). Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizinengesetz; [online] [Stellungnahmen, Gutachten und Empfehlungen \(admin.ch\)](#) [07.01.2022].

Tasker F. (2005). Lesbian Mothers, Gay Fathers, and Their Children: A Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 26(3): 224-240.

Tingen C., Kim A. & Woodruff T. K. (2009). The primordial pool of follicles and nest breakdown in mammalian ovaries. *Molecular Human Reproduction* 15(12): 795-803.

Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin) (1997) vom 4. April 1997, RS 0.810.2.

Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung) vom 16. März 2007, RS 810.211.

Wang Y. A., Farquhar C. & Sullivan E. A. (2012). Donor age is a major determinant of success of oocyte donation/recipient programme. *Hum Reprod* 27(1): 118-25.

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 16. Mai 2022 einstimmig genehmigt.

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin:

**Präsidentin**

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

**Vizepräsident**

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

**Mitglieder**

Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. med. Samia Hurst, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche, Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha FAAN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder

**Grafik und Layout**

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, [www.terminal8.ch](http://www.terminal8.ch)

**Geschäftsstelle**

Dr. phil. Anna Zuber, Geschäftsleitung

Dr. phil. Simone Romagnoli, Wissenschaftlicher Mitarbeiter

**Nationale Ethikkommission  
im Bereich der Humanmedizin**

**CH-3003 Bern**

**Tel. +41 58 469 77 64**

**[info@nek-cne.admin.ch](mailto:info@nek-cne.admin.ch)**

**[www.nek-cne.admin.ch](http://www.nek-cne.admin.ch)**

Diese Stellungnahme ist in deutscher und französischer Sprache erschienen.  
Die französische Fassung ist die Originalversion.

Übersetzung der deutschen Fassung: Dr. Jean-Daniel Strub

© 2023 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern.  
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.