

Andrea Büchler / Eva Schlumpf

## **Transplantiertes Mutterglück**

### **Rechtliche und ethische Herausforderungen der Uterustransplantation**

---

Im Jahr 2014 kam das erste Kind zur Welt, das in einem Uterus heranwuchs, welcher der Kindsmutter gespendet und transplantiert worden war. Angespornt von diesem medizinischen Erfolg sind Kliniken weltweit – unter anderem auch in der Schweiz – daran, dieses Verfahren zu testen mit dem Ziel, die Uterustransplantation in Zukunft standardisiert anbieten zu können. Der Beitrag bietet einen historischen, medizinischen, ethischen und rechtlichen Einblick in das Thema. Die Autorinnen analysieren die aktuelle rechtliche Lage in der Schweiz und zeigen gewissen Regelungsbedarf auf. Zudem soll der Beitrag zu einer interdisziplinären Diskussion anregen.

---

Beitragsarten: Beiträge

Rechtsgebiete: Gesundheitsrecht; Familienrecht. Eherecht

Zitiervorschlag: Andrea Büchler / Eva Schlumpf, Transplantiertes Mutterglück, in: Jusletter 1. Mai 2017

## Inhaltsübersicht

- I. Einführung
- II. Die Geschichte der Uterustransplantation
- III. Medizinische Aspekte der Uterustransplantation
- IV. Von Mutterglück und Weiblichkeit
  1. Muttersein einst und heute
  2. Kinderlosigkeit und Weiblichkeit
  3. Uterusspende und Leihmutterschaft: Ersatz oder Alternative?
- V. Die Uterustransplantation aus rechtlicher Sicht
  1. Transplantation oder Fortpflanzung?
  2. Transplantationsmedizin und deren Gesetzgebung
  3. Das schweizerische Transplantationsgesetz
    - a. Grundsätze
    - b. Warteliste
    - c. Zuteilung
    - d. Art der Spende
  4. Die postmortale Spende
  5. Die Lebendspende
    - a. Gesetzliche Voraussetzungen
    - b. Das Selbstbestimmungsrecht der Lebendspenderin
  6. Die Empfängerin
    - a. Risiken für die Empfängerin
    - b. Das Selbstbestimmungsrecht der Empfängerin
  7. Das potenzielle Kind
  8. In-vitro-Fertilisation
  9. Reproduktive Autonomie
- VI. Ethische Richtlinien
- VII. Zukünftige gesetzliche Regelungen in der Schweiz?
- VIII. Schluss

### I. Einführung

[Rz 1] Die Ankündigung zweier Zürcher Ärzte und Professoren im August 2016 sorgte für Aufregung und volle Kommentarzeilen in den Tageszeitungen: Pierre-Alain Clavien und Bruno Imthurn beabsichtigen, am Zürcher Universitätsspital ein Zentrum für Uterustransplantationen aufzubauen.<sup>1</sup> Von dieser Transplantation profitieren könnten Frauen, denen ein Uterus fehlt oder bei denen der vorhandene Uterus defekt ist. Bislang stehen ihnen lediglich die Leihmutterschaft – welche in der Schweiz verboten ist – oder die Adoption zur Verfügung, um ein Kind zu bekommen. Die Uterustransplantation bietet eine neue Möglichkeit, um uterin bedingte Unfruchtbarkeit zu behandeln. Manche sehen in ihr gar den Ersatz für die Leihmutterschaft. Es handelt sich bei der Uterustransplantation jedoch um ein Verfahren, das für die Betroffenen mit risikoreichen invasiven Eingriffen verbunden ist. Unweigerlich taucht die Frage auf, ob diese Eingriffe ethisch vertretbar sind, handelt es sich dabei doch nicht um eine lebensrettende Transplantation, wie herkömmliche Transplantationen von beispielsweise Herz oder Lunge. Dürfen freiwillige Spenderinnen solchen Risiken ausgesetzt werden, «bloss» um einer anderen Frau den Kinderwunsch zu erfüllen? Was bedeutet das Verfahren für das psychische und physische Wohl des potenziellen

---

<sup>1</sup> FELIX STRAUMANN, Zürcher Ärzte planen Transplantation einer Gebärmutter, Tages Anzeiger vom 19. August 2016, verfügbar unter <http://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/zuercher-aerzte-planen-transplantation-einer-gebaermutter/story/11158809>, alle Websites zuletzt besucht am 1. März 2017.

Kindes? Welchen Risiken soll sich eine unfruchtbare Frau aussetzen? Welche Zwänge gehen mit der Möglichkeit einer solchen Transplantation einher?

[Rz 2] Im Bereich der Fortpflanzungsmedizin und der Transplantationsmedizin – wie in vielen anderen Bereichen auch – lassen Menschen häufig nichts unversucht, um die Krankheit, *in casu* die Unmöglichkeit der Schwangerschaft, zu heilen. Kinderlosigkeit ist heute nicht mehr Schicksal, sondern die Folge von Unfruchtbarkeit, die therapiert werden kann. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Unfruchtbarkeit als Krankheit definiert.<sup>2</sup> Danach liegt Unfruchtbarkeit vor, wenn trotz ungeschütztem Geschlechtsverkehr während zwölf Monaten keine Schwangerschaft eingetreten ist. Die Uterustransplantation eröffnet hinsichtlich ihrer Therapierbarkeit ein weiteres Kapitel. In rechtlicher Hinsicht tangiert die Uterustransplantation sowohl die Transplantationsgesetzgebung wie auch die Fortpflanzungsmedizinengesetzgebung. Die bestehenden Gesetze regeln aber die Uterustransplantation nur im Grundsatz. Sollte sich die Uterustransplantation zu einem Standardverfahren entwickeln, wäre folglich auch der Gesetzgeber gefordert.

[Rz 3] Zunächst werden die historischen und medizinischen Dimensionen des Themas dargelegt. Anschliessend folgen Gedanken zum vorherrschenden Mutterbild, zur Bedeutung von Kinderlosigkeit für Frauen und dazu, warum es für viele Frauen und Paare so wichtig ist, ihr eigenes, genetisch verwandtes Kind zur Welt bringen zu können. Es wird auch auf das Verhältnis zwischen der Leihmutterchaft und der Uterustransplantation eingegangen. Der zentrale Teil des Beitrags widmet sich den rechtlichen und ethischen Aspekten der Uterusspende, wobei insbesondere die Transplantationsgesetzgebung der Schweiz im Fokus steht. Schliesslich wird ein Blick in die Zukunft geworfen, indem der Regelungsbedarf und erste Lösungsansätze aufgezeigt werden.

## II. Die Geschichte der Uterustransplantation

[Rz 4] Die Methode der Uterustransplantation ist nicht ganz neu. Im September 2014 konnte ein schwedisches Ärzteteam die erste Geburt eines Kindes aus einem transplantierten Uterus vermelden.<sup>3</sup> Der Weg dorthin war jedoch lange.

[Rz 5] Gemäss verschiedenen Quellen soll bereits 1931 der Dänin LILI ELBE ein Uterus eingepflanzt worden sein. LILI ELBE war der erste Mensch, der sich geschlechtsverändernden bzw. geschlechtsverdeutlichenden Operationen unterzog.<sup>4</sup> Man vermutet heute, dass sie intersexuell

---

<sup>2</sup> Definition gemäss WHO: «*Infertility is a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse*». FERNANDO ZEGERS-HOCHSCHILD / DAVID ADAMSON / JACQUES DE MOUZON / OSAMU ISHIHARA / RAGAA MANSOUR / KARL NYGREN / ELIZABETH SULLIVAN / SHER VANDERPOEL, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009, in: *Fertility and Sterility* (2009), Vol. 92, Nr. 5, 1520–1524, 1522.

<sup>3</sup> MATS BRÄNNSTRÖM / LIZA JOHANNESON / HANS BOKSTRÖM / NICLAS KVARNSTRÖM / JOHAN MÖLNE / PERNILLA DAHM-KÄHLER / ANDERS ENSKOG / MILAN MILENKOVIC / JANA EKBERG / CESAR DIAZ-GARCIA / MARKUS GÄBEL / ASH HANAFY / HENRIK HAGBERG / MICHAEL OLAUSSON / LARS NILSSON, Livebirth after uterus transplantation, in: *The Lancet* (2014), Vol. 385, 607–616; weitere Informationen zur Forschergruppe aus Göteborg und zum Projekt sind verfügbar unter <http://sahlgrenska.gu.se/english/research/uterus>.

<sup>4</sup> Ihren Lebensbericht verfasste LILI ELBE im Buch «*Frau mand til kvinde*», welches 1931 erschien und 1932 in der deutschen Fassung «Ein Mensch wechselt sein Geschlecht. Eine Lebensbeichte» durch NIELS HOYER herausgegeben wurde. Zur Biographie auch SABINE MEYER, «Wie Lili zu einem richtigen Mädchen wurde» – Lili Elbe: Zur Konstruktion von Geschlecht und Identität zwischen Medialisierung, Regulierung und Subjektivierung, *Diss.*, Bielefeld 2015, 15–18.

war, da sie sowohl männliche als auch weibliche Organe gehabt haben soll.<sup>5</sup> Nach der Annahme ihres neuen weiblichen Geschlechts wuchs der Wunsch nach einem eigenen Kind und so wurde nach drei erfolgreichen Geschlechtsoperationen eine weitere durchgeführt, um LILI ELBE einen Uterus einzupflanzen. Ob es sich dabei tatsächlich um eine Uterustransplantation oder (wahrscheinlicher) um eine Scheidenplastik handelte, konnte bis anhin nicht restlos geklärt werden, da ein grosser Teil der Dokumente und der Krankenakte im Zweiten Weltkrieg zerstört wurde.<sup>6</sup> Kurze Zeit nach dieser Operation verstarb LILI ELBE vermutlich an den Komplikationen des Eingriffs.

[Rz 6] Erste dokumentierte Versuche von Uterustransplantationen an Hunden stammen aus den 1960er Jahren.<sup>7</sup> Mehr Aufmerksamkeit erhielt jedoch die ebenfalls in den 1960er und 1970er Jahren entwickelte *In-vitro*-Fertilisation (IVF) und die Forschung im Bereich der Uterustransplantation wurde zunächst nicht weiter verfolgt. Mit der Geburt des ersten IVF-Kindes 1978 erhielt die *In-vitro*-Fertilisation grossen Aufwind und ist heute aus der Reproduktionsmedizin nicht mehr wegzudenken.<sup>8</sup> Erst in den letzten rund zwanzig Jahren keimte das Interesse an der Uterustransplantation wieder auf, auch weil mit Hilfe der künstlichen Befruchtung nicht jede Unfruchtbarkeit überwunden werden kann, namentlich diejenige nicht, welche auf einen nicht funktionstüchtigen Uterus zurückzuführen ist. Im Jahr 2000 führten Ärzte in Saudi Arabien die erste Uterustransplantation an einem Menschen durch.<sup>9</sup> Eine 26-jährige Frau erhielt den Uterus einer 46-jährigen Spenderin. Der zu Beginn erfolgsversprechende Versuch endete jedoch damit, dass das Organ drei Monate nach der Transplantation entfernt werden musste, weil es abgestorben war.<sup>10</sup> Ein weiterer Versuch wurde 2011 in der Türkei unternommen.<sup>11</sup> Dabei entnahm man den Uterus einer 22-jährigen hirntoten Frau, um diesen einer anderen Frau einzupflanzen. Die Transplantation verlief zwar erfolgreich und die Empfängerin wurde anschliessend mehr-

---

<sup>5</sup> Vgl. MEYER (Fn. 4), 277 ff.

<sup>6</sup> Eine Scheidenplastik ist die plastische Operation zur Hebung des Blasenhalses und Verstärkung des Dammes. WILIBALD PSCHYREMBEL, *Klinisches Wörterbuch*, 266. Aufl., Berlin/Boston 2014, *Scheidenplastik*, 1898; zur Spekulation betreffend Uterustransplantation siehe MEYER (Fn. 4), 284 ff. und 192; weitere Informationen verfügbar unter <http://mh-stiftung.de/biografien/lili-elbe/>; <http://www.tagesspiegel.de/berlin/queerspiegel/die-geschichte-hinter-the-danish-girl-lili-elbe-und-der-weg-zu-ihrem-wahren-ich/12786584.html>.

<sup>7</sup> MATS BRÄNNSTRÖM, Uterus transplantation, in: *Current Opinion in Organ Transplantation* (2015), Vol. 20, Nr. 6, 621–628, 622; MICHAEL GRYNBERG / JEAN-MARC AYOUBI / CARLO BULLETT / RENE FRYDMAN / RENATO FANCHIN, Uterine transplantation: a promising surrogate to surrogacy?, in: *Annals of the New York Academy of Sciences* (2011), Vol. 1221, 47–53, 48.

<sup>8</sup> Die Anzahl Frauen, welche sich medizinisch unterstützen Fortpflanzungsverfahren unterzogen, hat sich von 2002 bis 2010 in der Schweiz fast verdoppelt. In den letzten Jahren war die Entwicklung allerdings wieder leicht rückläufig. Vgl. *Medizinisch unterstützte Fortpflanzung, Bundesamt für Statistik, Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung*, Neuchâtel 2016, verfügbar unter [https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.html#par\\_text](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.html#par_text).

<sup>9</sup> Vgl. WAFÄ FAGEEH / HASSAN RAFFA / HUSSAIN JABBAD / ANASS MARZOUKI, Case report, Transplantation of the human uterus, in: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (2002), Vol. 76, 245–251; BRÄNNSTRÖM (Fn. 7), Uterus transplantation, 624.

<sup>10</sup> Die Reproduktionsfähigkeit bestimmt den Status der Frau im arabisch-islamischen Raum und ihre Unfruchtbarkeit gilt vielerorts als Scheidungsgrund bzw. berechtigt zur Polygamie. Diesen Zusammenhang deuten auch BENAGIANO et al. und FAGEEH et al. an. GIUSEPPE BENAGIANO / LAURENS LANDEWEERD / IVO BROSENS, Medical and ethical considerations in uterus transplantation, in: *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (2013), Vol. 123, 173–177, 175; FAGEEH et al. (Fn. 9), 246.

<sup>11</sup> Vgl. OMER OZKAN / MUIRE ERMAN AKAR / OZLENNEN OZKAN / OKAN ERDOGAN / NECMIYE HADIMIOGLU / MURAT YILMAZ / FILIZ GUNSEREN / MEHMET CINCIK / ELIF PESTERELI / HUSEYIN KOCAK / DERYA MUTLU / AYHAN DINCAN / OMER CECICI / GAMZE BEKTAS / GULTEKIN SULEYMANLAR, Preliminary results of the first human uterus transplantation from a multiorgan donor, in: *Fertility and Sterility* (2013), Vol. 99, Nr. 2, 470–476; BRÄNNSTRÖM (Fn. 7), Uterus transplantation, 624.

mals schwanger. Die Schwangerschaften endeten jedoch jeweils nach wenigen Wochen mit einem Spontanabort. Fraglich in diesem Fall blieb, ob die Fehlgeburten auf die Transplantation zurückzuführen waren oder aber auf das transplantierte Organ selbst, zumal die verstorbene Spenderin selber nie geboren hatte.

[Rz 7] Ein Jahr vor der Transplantation in Saudi Arabien begann auch der schwedische Arzt MATS BRÄNNSTRÖM die Uterustransplantation näher zu erforschen.<sup>12</sup> Inspiriert durch eine seiner Patientinnen, welcher nach einer Krebserkrankung der Uterus entfernt werden musste, widmete er sich ab dem Jahr 1999 diesem Thema. Nach rund 14 Jahren Forschung und zahlreichen Tierversuchen, bei denen einige Transplantationen erfolgreich verliefen, waren er und sein Team bereit, die Operation am Menschen durchzuführen. Das Projekt begann Ende 2012 und im Laufe des Jahres 2013 wurden neun Uterustransplantationen mit Organen von Lebendspenderinnen – alle waren Familienangehörige oder nahe Bekannte der Empfängerinnen – durchgeführt.<sup>13</sup> Bei sieben Frauen verlief die Operation erfolgreich, bei zwei Frauen hingegen wurde innerhalb eines Monats nach der Transplantation eine Hysterektomie nötig. Rund ein Jahr nach der Transplantation wurden künstlich gezeugte Embryonen in die transplantierten Uteri eingepflanzt und bereits im September 2014 kam das erste Kind aus einem transplantierten Uterus zur Welt.<sup>14</sup> Der Junge wurde zwar etwas zu früh geboren, nämlich in der 32. Schwangerschaftswoche, entwickelt sich bis anhin jedoch normal und ist gesund. Inzwischen konnten fünf weitere Geburten vermeldet werden, das jüngste Kind kam im Februar 2017 zur Welt.<sup>15</sup>

[Rz 8] Die Erfolge des schwedischen Ärzteteams dürfen jedoch nicht über die Risiken und den immer noch experimentellen Charakter dieses Eingriffs hinwegtäuschen. Der erste in den USA transplantierte Uterus musste im März 2016 nach wenigen Wochen wieder entfernt werden. Das Forschungsprojekt in Cleveland mit insgesamt zehn geplanten Transplantationen wurde anschliessend sistiert.<sup>16</sup> Auch drei weitere Versuche im September 2016 in Dallas scheiterten nach wenigen Wochen und erst bei der vierten Patientin scheint die Transplantation erfolgreich gewesen zu sein, wie die Klinik im Oktober 2016 mitteilte.<sup>17</sup> Mit der Geburt der ersten sechs Kinder wurde allerdings die Machbarkeit dieses Verfahrens bewiesen. Die Hoffnungen, welche in diese neue Behandlungsmöglichkeit gesetzt werden, sind gross. Wie sich die Uterustransplantation entwickeln wird und ob sie tatsächlich wie erhofft als standardisiertes Verfahren angeboten werden kann, wird sich in den nächsten Monaten und Jahren zeigen. Weitere Versuchsprojek-

---

<sup>12</sup> BRÄNNSTRÖM (Fn. 7), Uterus transplantation, 622.

<sup>13</sup> Vgl. MATS BRÄNNSTRÖM / LIZA JOHANNESSON / PERNILLA DAHM-KÄHLER / ANDERS ENSKOG / JOHAN MÖLNE / NICLAS KVARNSTRÖM / CESAR DIAZ-GARCIA / ASH HANAFY / CECILIA LUNDMARK / JANUSZ MARCICKIEWICZ / MARKUS GÄBEL / KLAUS GROTH / RANDA AKOURI / SASKIA EKLIND / JAN HOLGERSSON / ANDREAS TZAKIS / MICHAEL OLAUSSON, First clinical uterus transplantation trial: a six-month report, in: *Fertility and Sterility* (2014), Vol. 101, Nr. 5, 1228–1236.

<sup>14</sup> Vgl. BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 612 f.

<sup>15</sup> MATS BRÄNNSTRÖM, Uterus transplantation: current state and future perspectives, verfügbar unter [http://seud.org/wp-content/uploads/2016/05/SATURDAY\\_14\\_KNL3\\_BRANNSTROM.pdf](http://seud.org/wp-content/uploads/2016/05/SATURDAY_14_KNL3_BRANNSTROM.pdf); MARIA CHENG, How a patient's «crazy» request for a new womb made history, verfügbar unter <http://bigstory.ap.org/ce18f93f962b4383b258485f13af5bc5>; IRÈNE DIETSCHI, Der Kinderwünscherfüller, *Tages Anzeiger* vom 11. Februar 2017, verfügbar unter <http://www.tagesanzeiger.ch/wissen/medizin-und-psychologie/der-kinderwunscherfueller/story/28032623>.

<sup>16</sup> REBECCA L. FLYCKT / RUTH M. FARRELL / UMA C. PERNI / ANDREAS G. TZAKIS / TOMMASO FACONE, Deceased Donor Uterine Transplantation, Innovation and Adaptation, in: *Obstetrics & Gynecology* (2016), Vol. 128, Nr. 4, 837–842, 837 und 841; zudem [https://newsroom.clevelandclinic.org/2016/03/09/update-1st-uterus-transplant/?\\_ga=1.179424685.864434595.1474978230](https://newsroom.clevelandclinic.org/2016/03/09/update-1st-uterus-transplant/?_ga=1.179424685.864434595.1474978230); <https://www.rt.com/usa/361740-uterus-transplant-texas-baylor/>.

<sup>17</sup> <http://media.baylorhealth.com/releases/uterine-transplant-clinical-trial-oct-5-2016>.

te auf der ganzen Welt sind im Gange, so planen unter anderem Kliniken in Boston, Nebraska, London, Paris, Heidelberg, Singapur und eben auch das Universitätsspital in Zürich, ein Uterustransplantationsprogramm aufzubauen.<sup>18</sup> Ein solches Programm muss als klinischer Versuch zunächst vom Bundesamt für Gesundheit und der kantonalen Ethikkommission bewilligt werde.

### III. Medizinische Aspekte der Uterustransplantation

[Rz 9] Trotz den Fortschritten in der Fortpflanzungsmedizin gibt es nach wie vor Frauen, für die es unmöglich ist, ein eigenes Kind zu gebären. Dies betrifft einerseits Frauen, die ohne Uterus zur Welt gekommen sind (sog. Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom),<sup>19</sup> oder deren Uterus nicht funktionsfähig ist (z.B. Fritsch-Asherman-Syndrom),<sup>20</sup> und andererseits Frauen, denen der Uterus z.B. aufgrund einer Krebserkrankung (z.B. Gebärmutterhalskrebs) oder starken Blutungen (z.B. postpartale Hämorrhagie nach einem Kaiserschnitt) entfernt werden musste (sog. Hysterektomie). Gemäss der International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) sind 3–5% der Frauen in gebärfähigem Alter von uterin bedingter Unfruchtbarkeit betroffen.<sup>21</sup> BRÄNNSTRÖM führt aus, dass folglich eine von 500 oder weltweit rund 1.5 Millionen Frauen an absoluter uterin bedingter Unfruchtbarkeit leiden.<sup>22</sup> Andere Schätzungen kommen zu weit höheren Zahlen: NAIR et al. gehen davon aus, dass alleine in den USA 9.5 Millionen Frauen darunter leiden.<sup>23</sup> Jedenfalls sind weltweit tausende von Frauen potenzielle Empfängerinnen eines Uterus. Bislang stand diesen Frauen lediglich die Adoption oder die Leihmutterschaft zur Verfügung, um Mutter zu werden. Die Adoption und die Leihmutterschaft sind aber aus persönlichen, ethischen, religiösen oder rechtlichen Gründen nicht immer möglich oder erwünscht. Die Uterustransplantation würde es diesen Frauen ermöglichen, die Schwangerschaft zu erleben und ein eigenes Kind zur Welt zu bringen.

[Rz 10] Für eine Transplantation ist der gesunde Uterus einer anderen Frau nötig. Dies kann das Organ einer Lebendspenderin oder aber einer verstorbenen Spenderin sein. Das Alter der Spenderin spielt nur eine Nebenrolle.<sup>24</sup> So waren fünf der ersten neun Spenderinnen postmenopausal. Unter anderem war die erste Frau, die eine Lebendgeburt hatte, die Empfängerin eines postmeno-

---

<sup>18</sup> SUE PONDROM, US to Offer Uterus Transplants, Clinical trials at several centers will follow successful international efforts, in: American Journal of Transplantation (2016), Vol. 16, 375–376.

<sup>19</sup> Bei dieser angeborenen Fehlbildung der sog. Müller-Gänge im zweiten Embryonalmonat kommen die Mädchen ohne Uterus aber mit funktionierenden Eierstöcken zur Welt, das heisst die sekundären Geschlechtsmerkmale sind normal entwickelt. Die Häufigkeit liegt bei 1:4000 von allen neugeborenen Mädchen. PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom*, 1316.

<sup>20</sup> Eine Ursache kann z.B. das Fritsch-Asherman-Syndrom sein, bei dem die Infertilität durch Verwachsungen der Uteruswände oder im Gebärmutterhalskanal, oft verursacht durch operative Eingriffe, hervorgerufen wird. PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Fritsch-Asherman-Syndrom*, 718; PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Adhäsionen, intrauterine*, 27.

<sup>21</sup> MILLIEZ JACQUES, FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health: Uterine transplantation, in: International Journal of Gynecology & Obstetrics (2009), Vol. 106, 270.

<sup>22</sup> BRÄNNSTRÖM (Fn. 7), Uterus transplantation, 621.

<sup>23</sup> ANJANA NAIR / JEANETTE STEGA / RICHARD SMITH J. / GIUSEPPE DEL PRIORE, Uterus Transplant: Evidence and Ethics, in: Annals of the New York Academy of Science (2008), Vol. 1127, 83–91, 84 f.; dazu auch KAVITA SHAH ARORA / VALARIE BLAKE, Uterus transplantations: ethical and regulatory challenges, in: Journal of Medical Ethics (2014), Vol. 40, 396–400, 396.

<sup>24</sup> Man geht gleichwohl davon aus, dass die Transplantation eines jungen Uterus vorteilhafter ist. Eindeutige Erkenntnisse bestehen aber noch nicht.

pausalen Uterus.<sup>25</sup> Von Vorteil hingegen ist es, wenn die Fruchtbarkeit des gespendeten Uterus erwiesen ist, mit anderen Worten darin bereits einmal ein Embryo ausgetragen wurde.<sup>26</sup> Bevor das Organ entfernt wird, muss zudem geprüft werden, dass es allgemein gesund, etwa krebsfrei ist. Auch die Empfängerin muss einen guten Allgemeingesundheitszustand aufweisen, um sowohl einer Transplantation wie auch einer anschliessenden Schwangerschaft psychisch und physisch gewachsen zu sein. Sofern Eizelle und Samen von der Empfängerin und ihrem Partner stammen, wird vor der Transplantation eine *In-vitro*-Fertilisation durchgeführt, um deren Fruchtbarkeit sicherzustellen.<sup>27</sup> Die befruchteten Eizellen werden bis nach einer erfolgreichen Transplantation tiefgekühlt (sog. Kryokonservierung).<sup>28</sup> Sowohl Eizelle als auch Samen können auch von einer Spenderin beziehungsweise einem Spender stammen, wobei ersteres in der Schweiz verboten ist. Vor der Transplantation muss der Empfängerin zudem ein womöglich noch vorhandener defekter Uterus entfernt werden.

[Rz 11] Hysterektomien aufgrund einer Erkrankung des Uterus gehören zu den am häufigsten durchgeführten operativen Eingriffen bei Frauen.<sup>29</sup> Die Entfernung eines gesunden Uterus ist dagegen wesentlich riskanter und zeitaufwändiger, da neben dem Organ auch alle Blutgefässe unbeschädigt entfernt werden müssen.<sup>30</sup> In den bereits durchgeführten Transplantationen dauerte die Entnahme des Organs jeweils 10 bis 13 Stunden, während für die Einpflanzung 4 bis 6 Stunden benötigt wurden.<sup>31</sup> Damit der transplantierte Uterus später richtig durchblutet wird, was für das Überleben des Organs und eine erfolgreiche Schwangerschaft wichtig ist, liegt der Fokus darauf, die Blutgefässe korrekt zu verbinden. Zudem wird der Uterus mit dem Vaginalkanal zusammengeschlossen. Eine Verbindung zu den Eileitern der Empfängerin wird normalerweise nicht hergestellt. Einerseits sind diese bei der Empfängerin aufgrund ihrer Grunderkrankung womöglich nicht (mehr) vorhanden, andererseits soll damit eine gefährliche Eileiterschwangerschaft verhindert sowie die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft durch das gezielte Einsetzen des Embryos erhöht werden.<sup>32</sup> Zudem besteht eine gewisse, wenn auch geringe Gefahr, dass während der Operation die Eileiter beschädigt werden. Dies sind weitere Faktoren, die ei-

---

25 MATS BRÄNNSTRÖM / HANS BOKSTRÖM / PERNILLA DAHM-KÄHLER / CESAR DIAZ-GARCIA / JANA EKBERG / ANDERS ENSKOG / HENRIK HAGBERG / LIZA JOHANNESON / NICLAS KVARNSTRÖM / JOHAN MÖLNE / MICHAEL OLAUSSON / JAN OLOFSSON / KENNY RODRIGUEZ-WALLBERG, One uterus bridging three generations: first live birth after mother-to-daughter uterus transplantation, in: *Fertility and Sterility* (2016), Vol. 106, Nr. 2, 261–266, 262.

26 FLYCKT et al. (Fn. 16), 840; LIZA JOHANNESON / STINA JÄRVHOLM, Uterus transplantation: current progress and future prospects, in: *International Journal of Women's Health* (2016), Vol. 8, 43–51, 46.

27 BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 614.

28 BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 608; BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 25), One uterus bridging three generations, 262.

29 Man weiss, dass Hysterektomien besonders in den 1980er und 1990er Jahren häufig ohne ausreichend begründete Indikation durchgeführt wurden. Heute beurteilt man die Indikationsstellungen kritischer und die Anzahl der Hysterektomien nimmt ab, befindet sich aber nach wie vor auf hohem Niveau. ABOU HADEED, Evaluation Schweizer Guidelines für die Indikation der Hysterektomie im Zusammenhang mit dem Outcome für Patientinnen, *Diss.*, Zürich 2010, 5 f.; FELICITAS WITTE, Gynäkologen greifen immer seltener zum Skalpell, *Neue Zürcher Zeitung* vom 17. April 2011, verfügbar unter <https://www.nzz.ch/gynaekologen-greifen-immer-seltener-zum-skalpell-1.10282074>; vgl. auch <http://www.netdokter.ch/therapie/hysterektomie-8573>.

30 MICHAEL OLAUSSON / LIZA JOHANNESON / DANIEL BRATTGARD / CESAR DIAZ-GARCIA / CECILIA LUNDMARK / KLAUS GROTH / JANUSZ MARCICKIEWICZ / ANDERS ENSKOG / RANDA AKOUR / ANDREAS TZAKIS / XAVIER ROGIERS / PER OLOF JANSSON / MATS BRÄNNSTRÖM, Ethics of uterus transplantation with live donors, in: *Fertility and Sterility* (2014), Vol. 102, Nr. 1, 40–43, 42.

31 Vgl. BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 13), First clinical uterus transplantation trial: a six-month report, 1233.

32 BENAGIANO et al. (Fn. 10), 175; OLAUSSON et al. (Fn. 30), 41; OZKAN et al. (Fn. 11), 472; RUBY CATSANOS / WENDY ROGERS / MIANNA LOTZ, The Ethics of Uterus Transplantation, in: *bioethics* (2013), Vol. 27, Nr. 2, 65–73, 69.

ne künstliche Befruchtung, namentlich eine vorgängige *In-vitro*-Fertilisation mit anschliessender Einpflanzung eines Embryos nötig machen. Zudem ist es heute (noch) nicht möglich, den Uterus mit den Beckennerven der Empfängerin zu verbinden. Folglich empfindet die Empfängerin während einer Schwangerschaft keine fetalen Bewegungen oder Wehen.<sup>33</sup> Ein wichtiger Bestandteil des Schwangerschaftserlebnisses fällt somit weg. Den Beckennerven kommt für die Funktion des Uterus keine entscheidende Bedeutung zu; deshalb wird auch in Zukunft diese Problematik wohl keine besondere Aufmerksamkeit erhalten.

[Rz 12] Nach der Transplantation muss die Empfängerin Immunsuppressiva einnehmen. Dies sind Medikamente, welche das körpereigene Immunsystem unterdrücken und somit eine Abstossung des transplantierten Organs im Körper der Empfängerin verhindern sollen. Da diese Medikamente die Abwehrmechanismen des Immunsystems generell schwächen und nicht selektiv wirken, gehen mit deren Einnahme zahlreiche Nebenwirkungen und Risiken einher, wie ein erhöhtes Infektionsrisiko oder eine erhöhte Anfälligkeit, an Krebs zu erkranken. Neben der Empfängerin kann von solchen Erkrankungen mittelbar auch ein zukünftiges Kind betroffen sein. Immunsuppressiva müssen grundsätzlich ein Leben lang eingenommen werden. Da die Uterustransplantation keine vital indizierte Transplantation darstellt, besteht die Möglichkeit, das transplantierte Organ wieder zu entfernen, sobald die Familienplanung abgeschlossen ist. Man geht davon aus, dass mit einem transplantierten Uterus ein bis zwei Kinder zur Welt gebracht werden können. Danach sollte das Organ wieder entfernt werden, um die Empfängerin nicht weiter den Risiken und Nebenwirkungen der Immunsystem unterdrückenden Medikamente auszusetzen.<sup>34</sup> Während der Schwangerschaft wird die Empfängerin jedoch Immunsuppressiva einnehmen müssen. Die Auswirkungen solcher Medikamente auf das ungeborene Kind sind durch ausführliches Datenmaterial belegt. Festgehalten sind Erfahrungen der letzten sechzig Jahre, in denen tausende Kinder zur Welt kamen, deren Mütter etwa nach Nierentransplantationen Immunsuppressiva einnehmen mussten. Verschiedene Studien belegen, dass Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Immunsuppressiva einnahmen, nicht häufiger Fehlbildungen aufweisen als andere. Das Risiko von Frühgeburten, eines niedrigen Geburtsgewichts und mütterlicher Präeklampsie ist jedoch erhöht.<sup>35</sup> Ob dies primär auf die Medikamente, eine allfällige *In-vitro*-Fertilisation oder aber auf die Grunderkrankung der Mutter zurückzuführen ist, ist bis heute nicht restlos geklärt.<sup>36</sup> Jedenfalls gilt die Einnahme von Immunsuppressiva während der Schwangerschaft unter den heutigen Bedingungen und dem aktuellen Wissensstand grundsätzlich als sicher.<sup>37</sup>

[Rz 13] Die ersten Wochen nach der Transplantation sind entscheidend. Erst wenn die Empfängerin regelmässig menstruiert und sich keine starken Abstossungsreaktionen zeigen, kann von einer erfolgreichen Transplantation gesprochen werden. Man geht davon aus, dass der Uterus rund ein Jahr nach der Transplantation für eine Schwangerschaft bereit ist und ein Embryo eingepflanzt

---

<sup>33</sup> KAVITA SHAH ARORA / VALARIE BLAKE, Uterus Transplantation – The Ethics of Moving the Womb, in: *Obstetrics & Gynecology* (2015), Vol. 125, Nr. 4, 971–974, 972; CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 68.

<sup>34</sup> BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 615.

<sup>35</sup> ARORA/BLAKE (Fn. 23), Uterus transplantations: ethical and regulatory challenges, 398; BENAGIANO et al. (Fn. 10), 174; CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 69.

<sup>36</sup> Studien zeigen, dass das Risiko einer Präeklampsie erhöht ist bei der Einnahme von Immunsuppressiva, einer IVF-Schwangerschaft und auch bei höherem Alter der Mutter. BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 615; OLAUSSON et al. (Fn. 30), 42.

<sup>37</sup> Dies gilt zumindest für die Einnahme von bestimmten Medikamenten. JOHANNESSON/JÄRVHOLM (Fn. 26), 47.

werden kann.<sup>38</sup> Obwohl grundsätzlich eine Vaginalgeburt möglich wäre, wird eine Schnittentbindung durchgeführt. Eine vaginale Geburt wäre bei einer Frau, die keine Wehen spüren kann, sehr anspruchsvoll,<sup>39</sup> auch sind möglicherweise die Stabilität und die Dehnbarkeit der Nähte zwischen Vagina und transplantiertem Uterus nicht genügend. Viele der betroffenen Frauen haben aufgrund ihrer Grunderkrankung (dem Mayer-von-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom) keine natürliche Vagina, sondern eine weniger dehnbare, künstlich hergestellte Neovagina.<sup>40</sup>

[Rz 14] Die Uterustransplantation sowie alle damit verbundenen Eingriffe und Behandlungen sind äusserst komplex. Es dürfte noch einige Jahre dauern, bis dieses Verfahren standardmässig angeboten werden kann, zumal es auch sehr kostenintensiv ist. Die Zürcher Ärzte rechnen gemäss eigenen Schätzungen zurzeit mit Kosten von 100'000 CHF, welche die Transplantation sowie die nötigen Vor- und Nachbehandlungen der Spenderin und der Empfängerin inklusive der *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung umfassen. Das ist wohl eine sehr konservative Schätzung. Diese Kosten würden zumindest unter den heutigen Bedingungen wohl nicht von einer Krankenkasse übernommen werden. Trotz der hohen Kosten bedeutet ein solches Verfahren für viele Frauen und Paare Hoffnung. Die technische Machbarkeit ist erwiesen und die Zukunft wird zeigen, ob das Verfahren auch langfristig sinnvoll ist.

## IV. Von Mutterglück und Weiblichkeit

### 1. Muttersein einst und heute

[Rz 15] Mit der Uterustransplantation erreichen die Transplantationsmedizin und die Fortpflanzungsmedizin eine neue Stufe. Mit keiner anderen Methode der medizinisch unterstützten Fortpflanzung vergleichbar, ist dieser Weg, ein Kind zu bekommen mit mehreren invasiven Eingriffen bei der Spenderin und der Empfängerin verbunden. Die Diskussionen um die Uterusspende bringen auch bestimmte Erwartungen an Frauen zum Ausdruck und geben Auskunft über die gesellschaftlich und historisch bedingten Mutterbilder.

[Rz 16] Dass die Geburt heute einzige und unhinterfragbare Bedingung für die Herstellung von Mutterschaft ist, zeigt sich im Grundsatz «mater semper certa est», der für das Abstammungsrecht leitend ist. Erwartungen an die Mutter veränderten sich aber im Laufe der Zeit. Dass das Kind von anderen Personen als der Mutter grossgezogen wird, war in der westlichen Kultur bis ins 19. Jahrhundert der Normalfall. Das Zeugen von Kindern diente lange Zeit in erster Linie ökonomischen Zwecken. Als zukünftige Arbeitskräfte und Erben sorgten sie für die Existenzsicherung einer Familie und sollten die Grösse und Macht einer gewissen Gruppe stärken.<sup>41</sup> Die

---

<sup>38</sup> In den Fällen des schwedischen Teams konnte 12 bis 16 Monate nach der Transplantation jeweils eine befruchtete Eizelle in den Uterus eingepflanzt werden. BRÄNNSTRÖM (Fn. 15), Uterus transplantation: current state and future perspectives.

<sup>39</sup> Ohne die nervliche Verbindung sind die Muskelkontraktionen des Uterus für eine natürliche Geburt zudem nicht ausreichend.

<sup>40</sup> So wurden auch die sechs in Schweden geborenen Kinder mittels Kaiserschnitt zur Welt gebracht. BRÄNNSTRÖM (Fn. 15), Uterus transplantation: current state and future perspectives; CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 68; OL-AUSSON et al. (Fn. 30), 42; vgl. auch Interview mit Mats Brännström in der Neuen Zürcher Zeitung: ALAN NIEDERER, «Wir haben den Eingriff fünf Jahre lang trainiert», Neue Zürcher Zeitung vom 9. Dezember 2016, verfügbar unter <http://www.nzz.ch/wissenschaft/medizin/uterustransplantation-sie-koennen-mir-doch-die-gebaermutter-meiner-mutter-einsetzen-ld.133475>.

<sup>41</sup> MATHIAS KUHN, Recht auf Kinder? Der verfassungsrechtliche Schutz des Kinderwunschs, Diss., Zürich/St. Gallen 2008, 3; ROSEMARIE NAVE-HERZ, Mutterschaft und Mutterrolle – Eine soziologische und historische Betrachtung,

emotionale Bindung zu den Kindern stand jedenfalls nicht im Vordergrund. Hinzu kam die hohe Kindersterblichkeit, weshalb Eltern besser daran taten, keine zu enge Bindung zu ihnen herzustellen. Kinder verstarben nach nur wenigen Monaten oder Jahren an Krankheiten oder Seuchen. Das Gebären war auch für die Frau nicht ungefährlich. Oftmals starben Frauen an den Folgen der Schwangerschaft oder der Geburt.<sup>42</sup> In Zeiten von Kriegen, Hungersnöten und Seuchen gehörte zudem der Tod zum Alltag. Dass die Eltern abwesend, krank oder gar verstorben waren, war keine Seltenheit, womit andere Bezugs- und Erziehungspersonen für die Kinder wichtig wurden. BERNARD beschreibt überdies eindrücklich, wie es in Europa bis ins 18. Jahrhundert besonders für Frauen in der Stadt üblich war, die Säuglinge gleich nach der Geburt einer Amme auf dem Land abzugeben, welche mehrere Säuglinge stillen und betreuen musste.<sup>43</sup> Diese waren oftmals überfordert, die Kinder lebten unter miserablen Bedingungen, sofern sie die ersten Tage ihres Lebens überhaupt überlebten. Besser erging es Kindern auf dem Land, die bei ihren Familien bleiben konnten und von ihren Müttern gestillt wurden. Doch auch dort waren meist nicht die Mütter für die Erziehung verantwortlich. Grossfamilienstrukturen führten zu einer Mehrpersonenbetreuung;<sup>44</sup> die Erziehung war eine Gemeinschaftsaufgabe, biologische Elternschaft war nicht entscheidend.

[Rz 17] Die Vorstellung, die Erziehung sei ausschliessliche Aufgabe der Mutter, und die Überzeugung der starken, unbedingten Mutterliebe zum eigenen Kind sind eher neuere Phänomene und gehen zurück auf die Industrialisierung ab dem 18. Jahrhundert. Mit dieser kam es zu einer räumlichen Trennung von Wohnort und Arbeitsort.<sup>45</sup> Die «grosse Haushaltfamilie» wurde verdrängt durch die Kleinfamilie mit Vater, Mutter und Kindern. Den bürgerlichen Frauen wurde zusehends die Rolle der Hausfrau zugeschrieben, womit sie sich allmählich aus dem öffentlichen Leben zurückzogen. Das Ammenwesen verschwand und Müttern wurde die Pflicht, die Kinder selber zu säugen und zu erziehen teilweise gar gesetzlich auferlegt.<sup>46</sup> Zudem kam es zu einer verstärkten «Biologisierung» des Menschen, wobei die Frau auf ihre sogenannte «weibliche Bestimmung» – das Gebären und Aufziehen von Nachwuchs – reduziert wurde.<sup>47</sup> Die emotionalen Komponenten der Beziehung zu den Kindern rückten in den Vordergrund und die Mutterliebe wurde quasi zur natürlichen Eigenschaft der Frau erklärt. Kinderlosigkeit war nicht vorgesehen.<sup>48</sup> Dieses Rollenbild wirkt bis in die Gegenwart.<sup>49</sup>

---

in: Margret Schuchard / Agnes Speck (Hrsg.), Mutterbilder – Ansichtssache, Heidelberg 1997, 5–15, 9 f.; RUTH HILDEBRANDT, Mutter werden – ist das schwer? Antworten aus gynäkologischer Sicht, in: Margret Schuchard / Agnes Speck (Hrsg.), Mutterbilder – Ansichtssache, Heidelberg 1997, 121–131, 123; ZINGELER URSULA, Jenseits des Muttermythos, Weinheim/München 2005, 103.

<sup>42</sup> MARITA METZ-BECKER, Mythos Mutterschaft – Kulturhistorische Perspektiven auf den Frauenalltag des 18. und 19. Jahrhunderts, in: Helga Krüger-Kirn / Marita Metz-Becker / Ingrid Rieken (Hrsg.), Mutterbilder, Giessen 2016, 19–43, 21; NAVE-HERZ (Fn. 41), Mutterschaft und Mutterrolle, 9 f.

<sup>43</sup> ANDREAS BERNARD, Kinder machen, Samenspender, Leihmütter, Künstliche Befruchtung, Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie, Frankfurt am Main 2014, 302–304.

<sup>44</sup> METZ-BECKER (Fn. 42), Mythos Mutterschaft, 26.

<sup>45</sup> METZ-BECKER (Fn. 42), Mythos Mutterschaft, 35; NAVE-HERZ (Fn. 41), Mutterschaft und Mutterrolle, 13.

<sup>46</sup> So etwa im Allgemeinen Landrecht von Preussen. Vgl. BERNARD (Fn. 43), 306.

<sup>47</sup> Die Naturwissenschaften lieferten die vermeintlich logische Erklärung für diese rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Unterscheidungen. Vgl. ANDREA BÜCHLER / MICHELLE COTTIER, Legal Gender Studies, Rechtliche Geschlechterstudien, Zürich/St. Gallen 2012, 73–79.

<sup>48</sup> Eine ausführliche historische Analyse des Mutterseins findet sich auch bei ZINGELER (Fn. 41), 92–134. Zum Zusammenhang von Ehe und Elternschaft ANDREA BÜCHLER, Sag mir wer die Eltern sind... Konzeptionen rechtlicher Elternschaft im Spannungsfeld genetischer Gewissheit und sozialer Geborgenheit, in: AJP 2004, 1175–1185, 1176.

<sup>49</sup> BÜCHLER/COTTIER (Fn. 47), 179 ff.; KUHN (Fn. 41), 5; ZINGELER (Fn. 41), 74.

## 2. Kinderlosigkeit und Weiblichkeit

[Rz 18] Erst seit der Erfindung der Anti-Baby-Pille in den 1960er Jahren kann man sich bewusst dafür entscheiden, kinderlos zu bleiben. Zwar gab es auch vorher vielfältige Verhütungsmethoden, diese waren jedoch weit weniger verlässlich.<sup>50</sup> Verheiratete Frauen hatten in der Regel keine Wahl, weil Kinder zu erziehen das war, was die Gesellschaft von ihnen verlangte. Kinderlosigkeit wurde als grosses Unglück betrachtet. Die Schuld dafür wurde der Frau zugeschrieben und mitunter als Strafe Gottes angesehen.<sup>51</sup> Kinderlosigkeit galt als Scheidungsgrund; soziale Isolation war die Folge.<sup>52</sup>

[Rz 19] Heute ist Kinderlosigkeit nicht nur Schicksal, sondern auch bewusste Entscheidung. Dennoch gilt die Familiengründung nach wie vor als das Ideal und der Kinderwunsch in unserer Gesellschaft ist weiterhin gross.<sup>53</sup> Dies belegen auch die Zahlen des Familienberichts aus dem Jahr 2004 des Eidgenössischen Departements des Innern und der Erhebung des Bundesamtes für Statistik zu Familien und Generationen 2013: Schweizerinnen und Schweizer wünschen sich durchschnittlich zwei bis drei Kinder.<sup>54</sup> Dass Frauen in der Schweiz seit den späten 1970er Jahren aber lediglich ungefähr 1,5 Kinder gebären, hängt wesentlich damit zusammen, dass sie die Familiengründung aufschieben, zumal Beruf und Familie nach wie vor schwer zu vereinbaren sind.<sup>55</sup> Lediglich 7% der kinderlosen Frauen und Männer wollen dies auch bleiben. Während Frauen, die sich bewusst gegen die Familiengründung entscheiden, wenig Verständnis entgegengebracht wird, dürfen Frauen, die den Kinderwunsch nicht erfüllen können, auf Mitgefühl zählen.<sup>56</sup> Dieses Mitgefühl ändert allerdings nichts an einer häufig kritischen Haltung gegenüber fortpflanzungsmedizinischen Massnahmen.<sup>57</sup> Frauen stossen mitunter auf Unverständnis, wenn sie über längere Zeit intensive medizinische Interventionen in Kauf nehmen, in der Hoffnung, den Kinderwunsch erfüllen zu können. Mithin werden sowohl bewusst kinderlose Frauen als auch solche, welche die Kinderlosigkeit mit reproduktionsmedizinischen Technologien zu überwinden versuchen, kritisch befragt. beide scheinen die «natürliche Ordnung» herauszufordern.

[Rz 20] Für viele Menschen bedeuten Kinder Lebenssinn und Erfüllung. Für einen Menschen sorgen und Verantwortung übernehmen zu können, erfüllt Eltern mit Glück, Liebe und Emotionen, die wohl einmalig sind. KUHN bezeichnet den Kinderwunsch als natürlich vorgegebenes Grundbedürfnis, der als elementarer Aspekt der menschlichen Existenz schutzbedürftig ist.<sup>58</sup>

---

<sup>50</sup> Vgl. auch ANDREA BÜCHLER, *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung, Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*, Basel 2017, 41 f.

<sup>51</sup> KUHN (Fn. 41), 3; METZ-BECKER (Fn. 42), *Mythos Mutterschaft*, 28.

<sup>52</sup> KUHN (Fn. 41), 4; NAVE-HERZ (Fn. 41), *Mutterschaft und Mutterrolle*, 5 ff.; ZINGELER (Fn. 41), 99.

<sup>53</sup> HILLE HAKER, *Hauptsache gesund?, Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik*, München 2011, 40.

<sup>54</sup> Eidgenössisches Departement des Innern, *Familienbericht 2004*, Bern 2004, 31, verfügbar unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/familienpolitik/grundlagen/familienbericht-2017.html>; Bundesamt für Statistik, *Erhebung zu Familie und Generationen 2013, Erste Ergebnisse*, Neuchâtel 2015, 6, verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.assetdetail.349468.html>.

<sup>55</sup> KUHN (Fn. 41), 7 f.; Bundesamt für Statistik, *Zusammengefasste Geburtenziffer und Generationenerhalt, 1876–2015, Stand 29. September 2016*, verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten-fruchtbarkeit.assetdetail.248750.html>.

<sup>56</sup> Auch die Rechtsprechung anerkennt die Unfruchtbarkeit als Krankheit: BGE 121 V 289 E. 2b; BGE 119 V 26 E. 2; BGE 113 V 42 E. 3b.

<sup>57</sup> Paaren, welche fortpflanzungsmedizinische Verfahren in Anspruch nehmen, wird oftmals Egoismus vorgeworfen. Dazu auch ZINGELER (Fn. 41), 23 f.

<sup>58</sup> KUHN (Fn. 41), 2.

Die Familiengründung ist eine Form der Selbstverwirklichung und der Persönlichkeitsentwicklung und bei vielen Menschen fest in der Lebensplanung vorgesehen. Gemäss BERGER empfinden Mädchen und Frauen die Möglichkeit, Kinder bekommen zu können, als elementaren Bestandteil ihres weiblichen Identitätsgefühls.<sup>59</sup> Auch KRÜGER-KIRN spricht von der Mutterschaft als wesensbestimmend für die Weiblichkeit.<sup>60</sup> Für viele Frauen bedeutet die Unfruchtbarkeit den Verlust ihrer weiblichen Identität, sie fühlen sich unvollständig.<sup>61</sup> Damit geht eine Funktionalisierung des weiblichen Körpers einher. Es ist unstrittig, dass auch für Männer die Unfruchtbarkeit psychisch eine immense Belastung ist. Nichtsdestotrotz scheint der Identitätsverlust für eine Frau ungleich grösser zu sein, da sie stark über ihre Gebärfähigkeit definiert wird.

[Rz 21] Die Gründe für den Wunsch nach eigenen Kindern sind mannigfaltig. Ökonomische Überlegungen stehen nicht mehr im Vordergrund, vielmehr geht es um Lebenssinn und Identitätsentwicklung. Für die emotionale Nähe zwischen Eltern und Kind ist allerdings die genetische Verwandtschaft nicht zwingend. Elternschaft ist eine soziale Bindung, die aus körperlicher Nähe, Kommunikation und Erziehung besteht.<sup>62</sup> Eine biologische und genetische Verwandtschaft ist dabei sicherlich hilfreich (man denke etwa an die äusserlichen Ähnlichkeiten), ist dafür aber keine zwingende Voraussetzung. Nichtsdestotrotz wünschen sich viele Menschen ein genetisch verwandtes Kind. Die genetische Zusammengehörigkeit und die Weitergabe des genetischen Erbes nehmen einen wichtigen Platz ein in der Konzeptualisierung von Verwandtschaft,<sup>63</sup> wofür das Abstammungsrecht ein Beleg ist.<sup>64</sup>

[Rz 22] Mutter und Kind werden als unteilbare Einheit wahrgenommen. Bis Ende des 18. Jahrhunderts glaubte man, die schwangere Frau und das Ungeborene teilten sich den Blutkreislauf und seien über eine nervliche Bindung entlang der Nabelschnur aneinandergesekelt.<sup>65</sup> Darauf basierte die Idee der sogenannten «mütterlichen Einbildungskraft»: Fehlgeburten, Missbildungen, Muttermale oder ähnliche Merkmale wurden mit Eindrücken, Erlebnissen, Schrecken und Empfindungen der Mutter während ihrer Schwangerschaft erklärt.<sup>66</sup> Dass die schwangere Frau und das ungeborene Kind zwei separate Organismen sind, und dass ein Schreck während der Schwangerschaft keine Missbildung des Kindes zur Folge hat, konnte längst erwiesen werden. Die Erkenntnis hingegen, dass mütterliches Verhalten und langandauernde persönliche Belastungen der Mutter durchaus schädliche Auswirkungen auf das Kind haben können, ist heute

---

<sup>59</sup> MARGARETE BERGER, Muttermacher? Psychologische Aspekte zur Reproduktionstechnologie, in: Margret Schuchard / Agnes Speck (Hrsg.), Mutterbilder – Ansichtssache, Heidelberg 1997, 93–120, 107.

<sup>60</sup> Sie nimmt dabei Bezug auf Freud, der den Kinderwunsch als konstitutives Element von Weiblichkeit und als Zeichen von psychischer Gesundheit einer Frau definiert hat, m.a.W. eine Frau ohne Kinderwunsch als psychisch krank erachtete. HELGA KRÜGER-KIRN, Mutterschaft und weibliche Identität, Psychoanalytische und geschlechterkritische Überlegungen, in: Helga Krüger-Kirn / Marita Metz-Becker / Ingrid Rieken (Hrsg.), Mutterbilder, Giessen 2016, 125–147, 126 f.

<sup>61</sup> Das Gefühl der Unvollständigkeit und des Versagens beschreibt auch DE JONG, die sich kritisch mit den neuen Reproduktionstechnologien auseinandersetzt und für eine bessere Akzeptanz von Kinderlosigkeit auch durch die Frauen selber plädiert. WILLEMJIN DE JONG, Reproduktionstechnologien: anthropologische Perspektiven auf assistierte Empfängnis, in: Olympe, Feministische Arbeitshefte zur Politik, Elternschaft, Die neue Geschlechterdifferenz?, Heft Nr. 23, Dezember 2006, 51–62, 58 ff.

<sup>62</sup> HAKER (Fn. 53), 37; ANJA KARNEIN, Parenthood – whose right is it anyway?, in: Martin Richards / Guido Pennings / John B. Appleby (Hrsg.), Reproductive Donation, Practice, Policy and Bioethics, Cambridge 2012, 51–69, 54 f., 56 f.; ZINGELER (Fn. 41), 86.

<sup>63</sup> BERGER (Fn. 59), Muttermacher?, 100; ZINGELER (Fn. 41), 186.

<sup>64</sup> BÜCHLER (Fn. 48), Sag mir wer die Eltern sind, 1175 ff.

<sup>65</sup> BERNARD (Fn. 43), 292.

<sup>66</sup> BERNARD (Fn. 43), 290 ff.

ein wichtiger Aspekt der pränatalen Betreuung von schwangeren Frauen.<sup>67</sup> Diese hohe Gewichtung der vorgeburtlichen Verbindung zwischen Mutter und Kind ist ein Grund unter anderen, weshalb der Leihmutterschaft mit grösster Skepsis begegnet wird. Der Schwangerschaft kommt zudem nicht nur Bedeutung im Sinne ihrer reproduktiven Funktion zu, sondern sie ist auch ein sehr körperliches, emotionales und sinnliches Erlebnis. Dies sind ebenso Dinge, die Adoption und Leihmutterschaft nicht bieten können.

[Rz 23] Die Idealisierung der biologischen Mutterschaft als die wahre Bestimmung einer Frau hat zu einem «verkrampften» Mutterbild geführt: Nur die Frau, welche das Kind selbst zur Welt bringt, erfüllt die Anforderungen an das Muttersein. Die Funktionalisierung des weiblichen Körpers bezieht sich nicht nur auf das Muttersein, sondern ebenso auf das Mutterwerden. Die Möglichkeit, ein Kind auf die Welt zu bringen, wird als Teil weiblicher Identität betrachtet. Unfruchtbarkeit führt zur Enttäuschung einer privaten und gesellschaftlichen Erwartung. Die medizinischen Fortpflanzungsmethoden haben neue Optionen geschaffen, die möglicherweise nicht nur einen Autonomiegewinn für die Frau oder das Paar bedeuten, sondern gleichzeitig einen gewissen Druck erzeugen; ein Aspekt, dem bei der Beurteilung der Uterustransplantation Aufmerksamkeit zu schenken ist. Im Zusammenhang mit der Funktionalisierung des weiblichen Körpers kommt dem Uterus freilich eine besondere Bedeutung zu. Auch dies gilt es bei der Evaluation der Uterusspende zu berücksichtigen.

### 3. Uterusspende und Leihmutterschaft: Ersatz oder Alternative?

[Rz 24] Bislang standen für Frauen ohne Uterus lediglich die Adoption oder die Leihmutterschaft zur Verfügung, um den Kinderwunsch erfüllen zu können. Gerade letztere ist jedoch umstritten und in vielen Ländern verboten, so auch in der Schweiz (Art. 119 Abs. 2 lit. d der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft; BV, Art. 4 des Fortpflanzungsmedizingesetzes; FMedG).<sup>68</sup> Nun wird die Uterustransplantation teilweise als Ersatz für die Leihmutterschaft angepriesen; sie sei das ethisch weniger problematische Verfahren, zumal die zukünftige Mutter selbst und nicht eine andere Frau den Embryo austragen würde. Die beiden Verfahren zu vergleichen und im Verhältnis zum jeweils anderen zu bewerten, ist allerdings problematisch. Erstens sind die betroffenen Personengruppen nicht identisch. Für eine Uterustransplantation kommen Frauen in Frage, die keinen Uterus haben. Die Transplantation kann also nur in ganz besonderen Fällen, nämlich der uterin bedingten Unfruchtbarkeit zur Anwendung kommen. Auch wenn weltweit einige tausend Frauen davon betroffen sind, ist das Anwendungsfeld doch relativ klein im Vergleich zu dem der Leihmutterschaft. Die Leihmutterschaft hingegen adressiert eine Vielzahl von Situationen, zum Beispiel diejenige, dass eine Schwangerschaft für die Frau wegen besonderen Prädispositionen sehr riskant ist, aber auch diejenige von gleichgeschlechtlichen männlichen Paaren mit Kinderwunsch. Zweitens sind die unmittelbaren Ziele der beiden Methoden andere. Die Leihmutterschaft will den intendierten Eltern den Kinderwunsch erfüllen. Dies bezweckt selbstverständlich auch die Uterustransplantation, jedoch wird dabei hauptsächlich die Unfruchtbarkeit behandelt und damit den betroffenen Frauen auch das Erlebnis biologischer

---

<sup>67</sup> BERNARD (Fn. 43), 300.

<sup>68</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (SR 101); Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (FMedG) vom 19. Dezember 1998 (SR 810.11).

Mutterschaft ermöglicht. Sie gestalten diese Zeit selbst und müssen sich nicht auf eine andere Person verlassen.

[Rz 25] Beide Methoden werfen aber eine ganze Reihe ethischer Fragen auf, sind umstritten und bergen Risiken körperlicher und psychischer Natur. Die ethischen Herausforderungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass die Verfahren auf die Unterstützung durch eine Drittperson angewiesen sind, das heisst eine Person, die nicht ein intendierter Elternteil ist. Bei der Leihmutterschaft ist dies die Leihmutter, bei der Uterustransplantation die Spenderin. Beide werden physisch und möglicherweise auch psychisch schwer belastet, sie gehen zahlreiche Risiken ein zu Gunsten der intendierten Eltern. Die Beteiligung einer Drittperson geht auch mit einem Missbrauchsrisiko einher: Bei der Leihmutterschaft ist hinlänglich belegt, dass diese häufig ein Geschäft ist und die Leihmütter in sehr vielen Fällen höchst vulnerabel sind. Aber auch bei der Uterusspende – wie bei der Organspende allgemein – ist dieses Risiko vorhanden. Schliesslich trifft auch das Instrumentalisierungsargument beide Verfahren: Sowohl die Leihmutter als auch die Uterusspenderin werden in ihren körperlichen Eigenschaften instrumentell, das heisst für ein Ziel einer anderen Person benutzt. Die Uterusspende unterscheidet sich von der Leihmutterschaft aber darin, dass sie die «mater semper certa est»-Regel nicht verletzt: Die gebärende Frau ist auch die intendierte Mutter. Andererseits ist die Uterustransplantation mit ungleich grösseren medizinischen Interventionen und damit Risiken verbunden. Beide Verfahren sind schliesslich kostenintensiv, die Kosten der Uterustransplantation dürften aber diejenigen der Leihmutterschaft übersteigen.

[Rz 26] Zusammenfassend soll die Uterustransplantation einer eigenen Evaluation unterzogen werden; sie im Vergleich mit der Leihmutterschaft zu bewerten, überzeugt nicht. Dennoch sei Folgendes doch angemerkt: Dass die Uterustransplantation trotz der ungleich höheren körperlichen Belastungen und medizinischen Risiken nicht der gleichen vehementen Ablehnung begegnet wie die Leihmutterschaft, ist ein Ausdruck des nach wie vor vorherrschenden Mutterbildes, wonach nur eine Frau, welche die Mühen der Schwangerschaft selbst durchläuft, Mutter sein kann.

## V. Die Uterustransplantation aus rechtlicher Sicht

### 1. Transplantation oder Fortpflanzung?

[Rz 27] Obwohl es sich bei der Uterustransplantation um die Übertragung eines Organs handelt, liegt das eigentliche Ziel des Verfahrens doch in der Fortpflanzung. Eine unfruchtbare Frau soll dank des gespendeten Uterus ein Kind zur Welt bringen können. Sowohl die Transplantationsgesetzgebung als auch die Fortpflanzungsmedizingesetzgebung sind tangiert und es stellt sich die Frage, welchem Gesetz das Verfahren unterliegt. Handelt es sich dabei um eine Transplantation im Sinne des Transplantationsgesetzes oder liegt doch eine Methode der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im Sinne des Fortpflanzungsmedizingesetzes vor?

[Rz 28] Der Uterus ist das zum inneren weiblichen Genitale gehörende, muskelstarke, birnenförmige Organ zwischen Harnblase und Rektum.<sup>69</sup> Gemäss Art. 2 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes regelt das Gesetz den Umgang mit Organen, Geweben oder Zellen menschlichen oder tie-

---

<sup>69</sup> PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Uterus*, 2208.

rischen Ursprungs sowie daraus hergestellten Produkten, die zur Transplantation auf den Menschen bestimmt sind.<sup>70</sup> Beim Uterus handelt es sich um ein Organ im Sinne von Art. 3 lit. a Transplantationsgesetz. Gemäss PSCHYREMBEL ist eine Transplantation die Übertragung von Zellen, Geweben oder Organen (Transplantat) auf ein anderes Individuum oder an eine andere Körperstelle zu therapeutischen Zwecken.<sup>71</sup> Eine Transplantation wird schon wegen ihrer Komplexität nie um ihretwillen vorgenommen, sondern verfolgt immer einen therapeutischen Zweck, das heisst die Behandlung einer Krankheit, Behinderung oder Verletzung mit dem Ziel der Heilung. Um die Heilung geht es auch bei der Uterustransplantation. Der Zweck der Transplantation liegt in der Behandlung der Unfruchtbarkeit der Frau, die gemäss WHO eine Krankheit darstellt. Obwohl Sinn und Zweck der Behandlung in der Herbeiführung einer Schwangerschaft liegt, kann die Transplantation selber nicht unter das Fortpflanzungsmedizingesetz subsumiert werden. Sie ist kein Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im Sinne von Art. 2 lit. a FMedG, mit dem eine Schwangerschaft ohne Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden soll. Die Übertragung des Organs, hier des Uterus, muss isoliert betrachtet werden und stellt eindeutig eine Transplantation im Sinne des Transplantationsgesetzes dar. Unbestrittener Weise fällt die *In-vitro*-Fertilisation, welche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft im transplantierten Uterus nötig ist, unter die Bestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes. Auf die Uterustransplantation findet die Transplantationsmedizingesetzgebung Anwendung.

## 2. Transplantationsmedizin und deren Gesetzgebung

[Rz 29] Die Ursprünge der modernen Transplantationstechnik gehen auf den Anfang des 20. Jahrhunderts zurück. In der ersten Phase waren die Morbidität und Mortalität nach einer Transplantation hoch. Auch aus diesem Grund wurden die ersten Transplantationen als «letzte Hoffnung» lediglich an Menschen durchgeführt, die ohnehin kurz vor dem Tod standen.<sup>72</sup> Grosse Aufmerksamkeit erregte die erste Lebend-Nierentransplantation 1954 in Boston und die erste erfolgreiche Herztransplantation 1967 in Kapstadt. Unter anderem dank der Entdeckung des HLA-Systems<sup>73</sup> 1958 in Paris und des Medikaments Cyclosporin A zur Unterdrückung des Immunsystems 1972 in Basel entwickelte sich die Transplantationsmedizin zwischen den 1960er und 1990er Jahren rasant weiter.<sup>74</sup>

[Rz 30] Transplantationen werden zur Lebensrettung in Erwägung gezogen, so bei der Herz- und Lebertransplantation. Dank den grossen Fortschritten in der Transplantationsmedizin wurde es aber bald vertretbar, Transplantationen auch durchzuführen, um die Leiden der betrof-

---

<sup>70</sup> Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 8. Oktober 2004 (SR 810.21).

<sup>71</sup> PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Transplantation*, 2146.

<sup>72</sup> GEORGE JOHN AGICH, Extension of organ transplantation: Some ethical considerations, in: *The Mount Sinai Journal of Medicine* (2003), Vol. 70, Nr. 3, 141–147, 142; CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 66.

<sup>73</sup> Human-Leucocyte-Antigen-System: Eine Gruppe von Genen auf der Oberfläche der menschlichen Zellen, welche für das Immunsystem zentral sind. Je ähnlicher sich diese Gene von Organspender und Organempfänger sind (sog. HLA-Kompatibilität), desto geringer sind die Abstoßungsreaktionen. PSCHYREMBEL (Fn. 6), *HLA-System*, 919; [https://de.wikipedia.org/wiki/Human\\_Leukocyte\\_Antigen](https://de.wikipedia.org/wiki/Human_Leukocyte_Antigen).

<sup>74</sup> JAN P. BECKMANN / GÜNTER KIRSTE / HANS-LUDWIG SCHREIBER, *Organtransplantation – Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte*, Freiburg/München 2008, 13 f.; NICOLA SIEGMUND-SCHULTZE, *Organtransplantation – Wissenswertes zu Medizin, Ethik und Recht*, Hamburg 1999, 26 ff.; Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2001, BBl 2002, 29 ff., 34 f.

fenen Person zu mindern, deren Lebensqualität zu steigern sowie Behandlungskosten zu senken. Die Transplantationsmedizin erfüllt heute unterschiedliche Aufgaben; einen somatischen gesundheitlichen Vorteil zu bieten, ist nur eine davon.<sup>75</sup> So können zum Beispiel Patienten mit Nierenversagen dank der Dialysebehandlung noch lange weiterleben; eine erfolgreiche Transplantation steigert aber ihre Lebensqualität, da sie sich nicht mehr wöchentlich oder gar täglich der mehrstündigen Dialysebehandlung unterziehen müssen. Andere Transplantationen wie etwa die Hand-, Haut-, Gesichts- oder Penistransplantation verfolgen mitunter soziale Ziele oder bieten einen Funktionersersatz.

[Rz 31] Die Uterustransplantation ist keine lebensrettende oder lebensverlängernde Transplantation. Der Uterus ist kein lebenswichtiges Organ und Frauen ohne oder mit einem defekten Uterus führen in der Regel ein Leben ohne körperliche Beschwerden. Die Transplantation eines gesunden Uterus bringt der Empfängerin selbst sodann keine gesundheitlichen Vorteile. Dennoch ist die psychische Belastung für betroffene Frauen mitunter gross. Ihre Lebensqualität kann sich stark verbessern, sollte die Transplantation ihre Chance auf ein eigenes Kind (wieder) herstellen können. In diesem Sinne ist die Uterustransplantation ein leidvermindernder und heilender Eingriff, wie es beispielsweise auch die Nierentransplantation, die Hand- oder Hauttransplantation ist.

[Rz 32] Obschon Transplantationen heute in den darauf spezialisierten Spitälern zu den Standardeingriffen gehören, sind die medizinischen Verfahren langwierig und höchst invasiv. Somit wird auch heute eine Transplantation in der Regel nur vorgenommen, wenn das Leben des Patienten bedroht ist oder dessen Lebensqualität stark verbessert werden kann, alle alternativen Behandlungsmethoden ausgeschöpft wurden oder diese nicht zumutbar sind.<sup>76</sup> Nichtsdestotrotz hat sich die Anzahl Organtransplantationen dank den medizinischen Fortschritten seit 1988 mehr als verdoppelt.<sup>77</sup> Die Entwicklungen in der Transplantationsmedizin brachten die Regulierung derselben mit sich. Deutschland erliess 1997 ein Transplantationsgesetz, Frankreich kannte bereits 1976 die «*Loi Caillavet*», die sich mit der Transplantationsmedizin befasste und erliess dann 1994 die «*Loi de bioéthique*» als erster Teil einer umfassenden Regelung der Biomedizin.<sup>78</sup> In den USA stammt der «*Uniform Anatomical Gift Act*» aus dem Jahr 1968 und wurde seither mehrmals revidiert.<sup>79</sup> Das Schweizerische Transplantationsgesetz vom 8. Oktober 2004 trat 2007 in Kraft, nachdem Volk und Stände mit Annahme der Verfassungsgrundlage am 7. Februar 1999 dem Bund die Gesetzgebungskompetenz zugesprochen hatten. Zuvor existierten auf Bundesebene keine einheitlichen Regelungen, obwohl auch in der Schweiz bereits seit den 1960er Jahren Transplantationen durchgeführt wurden.<sup>80</sup>

---

<sup>75</sup> Auch AGICH argumentiert, dass die Lebensrettung nur eines von mehreren Zielen einer Transplantation sei und auch nicht-lebensrettende Transplantationen gerechtfertigt seien. AGICH (Fn. 72), 142 f.

<sup>76</sup> CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 66.

<sup>77</sup> Daten für die Schweiz: BBl 2002 Transplantationsgesetz (Fn. 74), 52; Daten für die USA sind auf der Website des U.S. Department of Health & Human Services verfügbar <https://optn.transplant.hrsa.gov/data/view-data-reports/national-data/#>.

<sup>78</sup> Zu Deutschland: BECKMANN/KIRSTE/SCHREIBER (Fn. 74), 65; zu Frankreich: ROGER HENRION / JACQUES MILLIEZ, *La transplantation utérine*, Rapport du 23 juin 2015 de l'Académie nationale de médecine, verfügbar unter <http://www.france-adot.org/la-legislation-en-matiere-de-don-d-organes.html>.

<sup>79</sup> VALARIE K. BLAKE, *Ovaries, Testicles, and Uteruses*, Oh My! Regulating Reproductive Tissue Transplants, in: *William & Mary Journal of Women and the Law* (2013), Vol. 19, Issue 2, 352–393, 373.

<sup>80</sup> BBl 2002 Transplantationsgesetz (Fn. 74), 52, 61 f.

### 3. Das schweizerische Transplantationsgesetz

#### a. Grundsätze

[Rz 33] Das Transplantationsgesetz bezweckt den Schutz der Menschenwürde, der Persönlichkeit und der Gesundheit des Menschen bei der Anwendung der Transplantation und soll den missbräuchlichen Umgang mit Organen, Geweben und Zellen verhindern (Art. 1 Abs. 3 Transplantationsgesetz).<sup>81</sup> Es soll zudem den Organhandel unterbinden und für eine gerechte, möglichst optimale Allokation der knappen Ressourcen in der Transplantationsmedizin sorgen. Wichtige Grundsätze des Transplantationsgesetzes sind das Handelsverbot (Art. 7 Transplantationsgesetz) und das Gebot der Unentgeltlichkeit der Spende (Art. 6 Transplantationsgesetz). Bei der Zuteilung der Organe gilt der Grundsatz der Nichtdiskriminierung (Art. 17 Transplantationsgesetz).

[Rz 34] Organe sind ein knappes Gut. Das Transplantationsgesetz sowie die *Organzuteilungsverordnung* und die *Organzuteilungsverordnung EDI* regeln, nach welchen Kriterien die Zuteilung von Organen zu erfolgen hat.<sup>82</sup>

#### b. Warteliste

[Rz 35] Vor der Zuteilung eines Organs an einen Empfänger muss dieser in eine Warteliste aufgenommen werden (Art. 21 f. Transplantationsgesetz, Art. 3 ff. Organzuteilungsverordnung). Die vom Bundesamt für Gesundheit beauftragte Stiftung Swisstransplant, die nationale Stiftung für Organspende und Transplantation, führt die Warteliste. Gemäss Art. 21 Abs. 1 Transplantationsgesetz dürfen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz in die Warteliste genommen werden.<sup>83</sup> Zuständig für die Aufnahme in die Warteliste sind die Transplantationszentren. Ein Recht auf Aufnahme haben Personen, bei denen eine Transplantation medizinisch indiziert ist, bei denen keine dauernde medizinische Kontraindikation vorliegt und auch keine anderen medizinischen Gründe vorliegen, die den Transplantationserfolg gefährden könnten (Art. 3 Abs. 1 Organzuteilungsverordnung). Beim Entscheid über die Aufnahme in die Warteliste dürfen ausschliesslich medizinische Aspekte berücksichtigt werden (Art. 21 Abs. 2 Transplantationsgesetz).

[Rz 36] Obschon eine Uterustransplantation kein lebensrettender Eingriff ist, ist sie bei Frauen, die an uterin bedingter Unfruchtbarkeit leiden und sich Kinder wünschen, medizinisch indiziert. In der Schweiz steht diesen Frauen alternativ lediglich die Adoption zur Verfügung, die jedoch keine medizinische Alternative ist, zumal damit nicht die Unfruchtbarkeit behandelt wird. Die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Warteliste sind folglich grundsätzlich gegeben. Wegen der Nähe der Uterustransplantation zur Fortpflanzungsmedizin stellt sich allerdings die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Bestimmungen der Fortpflanzungsmedizinengesetzgebung herangezogen werden sollen. Eine Schwangerschaft nach einer Uterustransplantation kann nur herbeigeführt werden, wenn die Voraussetzungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes gegeben sind. Vorausgesetzt wird nach geltendem Recht insbesondere eine bestehende verschiedengeschlechtliche

---

<sup>81</sup> Siehe auch BBl 2002 Transplantationsgesetz (Fn. 74), 31 f.

<sup>82</sup> Verordnung über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung) vom 16. März 2007 (SR 810.212.4); Verordnung des EDI über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung EDI) vom 2. Mai 2007 (SR 810.212.41).

<sup>83</sup> Für Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz gelten zusätzliche Bedingungen (Art. 4 Organzuteilungsverordnung).

Partnerschaft (Art. 28 des Partnerschaftsgesetzes; PartG,<sup>84</sup> Art. 3 Abs. 2 lit. a FMedG) sowie die Wahrung des Kindeswohls (Art. 3 Abs. 1 FMedG).<sup>85</sup> Diese sind allerdings keine medizinischen Kriterien und müssen zudem erst im Zeitpunkt einer *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung erfüllt sein. Einer Frau sollte deshalb die Aufnahme in die Warteliste wegen aktuell fehlender Partnerschaft nicht verweigert werden. Das Ziel der Transplantation, nämlich die Herbeiführung einer Schwangerschaft, ist allerdings im Auge zu behalten. Ist es nicht realistisch, dass die Frau nach einer zunächst unbestimmbaren Dauer auf der Warteliste und der nötigen Erholungszeit nach der Transplantation aufgrund ihres Alters noch schwanger wird oder werden darf (Art. 3 Abs. 2 lit. b FMedG), so ist die Aufnahme in die Warteliste nicht sinnvoll. Auch das in der Schweiz geltende Verbot der Eizellenspende (Art. 4 FMedG) stellt für potenzielle Uterusempfängerinnen, die keine oder defekte Eizellen haben, ein Hindernis dar. Das Alter und fehlende oder funktionsunfähige Eizellen können als medizinische Kontraindikationen im Sinne von Art. 3 Abs. 1 lit. b Organzuteilungsverordnung der Aufnahme in die Warteliste entgegenstehen. Die Schwierigkeit liegt dabei wohl darin, dass eine medizinische, rechtliche und individuelle Prognose mit vielen Unsicherheiten behaftet ist. Die Formulierung gesonderter Kriterien für die Aufnahme in die Warteliste für Uterustransplantationen, welche die Voraussetzungen der Fortpflanzungsmedizingesetzgebung angemessen berücksichtigt, scheint unumgänglich.

### c. Zuteilung

[Rz 37] Die für die Zuteilung eines Organs massgeblichen Kriterien nach dem Transplantationsgesetz sind die medizinische Dringlichkeit, der medizinische Nutzen sowie die Wartezeit (Art. 18 Transplantationsgesetz sowie Organzuteilungsverordnung und Organzuteilungsverordnung EDI). In erster Linie sollen Patientinnen und Patienten, die an ihrem Leben unmittelbar bedroht sind, ein Organ erhalten. Wie hoch der medizinische Nutzen einer solchen Transplantation sein wird, spielt erst zweitrangig eine Rolle; oder anders: Dem Gerechtigkeitsgrundsatz kommt mehr Gewicht zu als dem Nutzenprinzip. Grundsätzlich sollen nur medizinische Aspekte und nicht etwa auch das Geschlecht, die ethnische Herkunft oder soziale Kriterien berücksichtigt werden.<sup>86</sup> Einer allfälligen sozialen Notlage, wie etwa der Tatsache, dass eine Person für minderjährige Kinder zu sorgen hat, darf bei der Zuteilung keine Bedeutung zukommen. Ebenfalls keine Beachtung geschenkt werden soll den Gründen, weshalb eine Person auf ein neues Organ angewiesen ist. Die beiden Organzuteilungsverordnungen konkretisieren diese allgemeinen Voraussetzungen mit Blick auf die einzelnen Organe. Sie enthalten Bestimmungen zur Zuteilung von Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm (Art. 1 Organzuteilungsverordnung). Der Uterus findet keine Erwähnung.

[Rz 38] Insbesondere die medizinische Dringlichkeit ist bei der Uterustransplantation schwierig zu bestimmen, da die Transplantation für die Empfängerin nicht lebensrettend ist und keine medizinische Indikation im herkömmlichen Sinne besteht. Man kann allenfalls erwägen, die me-

---

<sup>84</sup> Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare (PartG) vom 18. Juni 2004 (SR 211.231).

<sup>85</sup> Es soll hier nur am Rande erwähnt werden, dass die rechtlich vorausgesetzte Prüfung des Kindeswohls durch verschiedene Autoren kritisch hinterfragt wird, zumal es nicht um das Wohl eines bereits geborenen Kindes geht, sondern um die Frage, ob ein Kind geboren werden soll oder nicht.

<sup>86</sup> BBl 2002 Transplantationsgesetz (Fn. 74), 117, 149.

dizinische Dringlichkeit bei einer 40-jährigen Frau höher einzustufen als bei einer 30-jährigen Frau, weil die «fruchtbare» Zeit bis zur Menopause kürzer ist.

[Rz 39] Auch das Kriterium des medizinischen Nutzens wirft Fragen auf. Der medizinische Nutzen, also der prognostizierte Erfolg einer Uterustransplantation liegt darin, dass die Empfängerin nach einer erfolgreichen Transplantation schwanger werden und ein Kind zur Welt bringen kann. Der Wunsch und die Möglichkeit der Schwangerschaft und Elternschaft müssen gegeben sein. Dies setzt eine gewisse physische und psychische Verfassung voraus und erfordert zum Zeitpunkt der *In-vitro*-Fertilisation die bereits erwähnte verschiedengeschlechtliche Partnerschaft. Zudem darf die Inanspruchnahme der Fortpflanzungsmedizin nicht dem Kindeswohl widersprechen. Wiederum sind dies keine medizinischen Kriterien und dürften gemäss Transplantationsgesetz keine Beachtung finden. Die Zuteilung eines Organs verlangt allerdings eine umfassende Betrachtung und der Nutzen ist individuell zu bestimmen. Bei einer solchen individuellen Betrachtung des Nutzens, das heisst der Wahrscheinlichkeit der Schwangerschaft und der Möglichkeit der Frau beziehungsweise des Paares, sich in die Elternrolle einzufinden, besteht allerdings das Risiko einer problematischen Differenzierung nach Merkmalen wie zum Beispiel dem Lebenswandel oder den Familienperspektiven, die in der traditionellen Transplantationsmedizin und -gesetzgebung nur sehr beschränkt einen Platz haben.<sup>87</sup> Diese Schwierigkeiten, die Uterustransplantation in der Transplantationsmedizingesetzgebung zu verorten, zeigen, dass sie mit Bezug auf ihren Zweck eher der Fortpflanzungsmedizin zugewandt ist.

[Rz 40] Das dritte Kriterium der Wartezeit ist Ausdruck des Gleichheitsprinzips. Bei der Uterustransplantation wird das Ziel beziehungsweise der medizinische Nutzen jedoch nicht mit der Transplantation erreicht, sondern erst im Zeitpunkt, in dem die Frau ihr Kind gebärt. Nach Schätzungen der Ärzte ist es in der Regel erst rund ein Jahr nach der Transplantation möglich, einen Embryo in den Uterus einzupflanzen, wobei der Genesungsprozess der Empfängerin entscheidend ist.<sup>88</sup> Kommt es gleich zu einer Schwangerschaft, die sodann erfolgreich ausgetragen werden kann, wird das eigentliche Ziel im besten Fall ungefähr zwei Jahre nach der Transplantation erreicht. Die Dauer zwischen der Transplantation und dem Transfer eines Embryos in den Uterus ist in die Evaluation der zumutbaren Wartezeit miteinzubeziehen. In der Schweiz würde aber eine Warteliste mit Uterusempfängerinnen ohnehin sehr kurz ausfallen, zumal die Anzahl Frauen, die von einer Uterustransplantation profitieren könnten, eine solche auch wollen würden und zudem keine passende Lebendspenderin hätten, wohl sehr gering wäre. Eine Blutgruppenanalyse und HLA-Typisierung würde die Zahl von möglichen Empfängerinnen nochmals deutlich reduzieren.

#### d. Art der Spende

[Rz 41] Von Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen der Lebendspende und der postmortalen Spende. Bei der postmortalen Spende wird das Organ einer verstorbenen Person entnommen, wo-

---

<sup>87</sup> Auch ARORA/BLAKE weisen auf die unsicheren medizinischen, psychologischen und sozialen Prognosen bezüglich Schwangerschaft und Elternschaft hin, wodurch der medizinische Nutzen nur schwer eruiert werden könne. ARORA/BLAKE (Fn. 23), Uterus transplantations: ethical and regulatory challenges, 399.

<sup>88</sup> Bei der weltweit zweiten Uterustransplantation in der Türkei wurde der Embryo 18 Monate nach der Transplantation eingepflanzt, bei der dritten Transplantation, aus welcher schliesslich das erste Kind resultierte, bereits nach 12 Monaten. Vgl. BRÄNNSTRÖM (Fn. 7), Uterus transplantation, 625; BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 612; BERNARD M. DICKENS, Legal and ethical issues of uterus transplantations, in: International Journal of Gynecology & Obstetrics (2016), Nr. 133, 125–128, 125; JOHANNESSON/JÄRVHOLM (Fn. 26), 47.

bei prinzipiell jedes Organ und Gewebe entnommen werden kann. Bei der Lebendspende spendet hingegen eine gesunde Person – oftmals eine Angehörige der Empfängerin – einen Teil eines Organs, auf den sie nicht zwingend angewiesen ist. Verbreitete Lebendspenden sind die Nieren- und die Leberspende, da die Niere ein paariges Organ ist beziehungsweise der von der Leber entnommene Teil nachwachsen kann. Rein medizinisch betrachtet erzielen Lebendspenden bessere Resultate, nicht zuletzt weil sie planbar sind und weil unter genetisch verwandten Personen das Abstossungsrisiko geringer ist.<sup>89</sup> Sie fordern allerdings das ärztliche Nichtschadensprinzip heraus, da bei einer Lebendspende einem gesunden Menschen ein Teil eines Organs zugunsten eines kranken Menschen entnommen wird, woraus dem Spender kein medizinischer Nutzen, sondern allenfalls sogar Schaden entsteht. Gemäss der WHO soll denn auch das Potenzial an postmortalen Spenden bestmöglich ausgeschöpft werden, um die Anzahl Lebendspenden gering zu halten.<sup>90</sup> In einigen Ländern, so etwa in Deutschland, darf eine Lebendspende nur subsidiär durchgeführt werden.<sup>91</sup> Die Regelung, wonach eine Lebendspende nur durchgeführt werden darf, wenn kein geeignetes Organ einer verstorbenen Person vorhanden ist und keine alternative Behandlungsmethode von vergleichbarer Wirksamkeit besteht, ist auch in Art. 19 der *Biomedizinkonvention des Europarates* verankert.<sup>92</sup> Die Schweiz hat allerdings dagegen einen Vorbehalt angebracht, sodass das Prinzip der Subsidiarität der Lebendspende gegenüber der postmortalen Spende in der Schweiz nicht gilt.<sup>93</sup>

[Rz 42] Auch bei der Uterustransplantation kann das gespendete Organ sowohl von einer lebenden als auch von einer verstorbenen Spenderin stammen, da der Uterus kein lebensnotwendiges Organ ist. Die rechtlichen Anforderungen unterscheiden sich jedoch, weshalb im Weiteren die geltenden Voraussetzungen einer postmortalen Spende beziehungsweise einer Lebendspende dargelegt werden.

#### 4. Die postmortale Spende

[Rz 43] Die postmortale Spende setzt neben der Feststellung des Todes insbesondere die vorgängige Einwilligung der verstorbenen Person oder, falls eine solche fehlt, die Einwilligung der Angehörigen voraus (Art. 8 Transplantationsgesetz), um dem grundrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrecht als Teil der persönlichen Freiheit (Art. 10 BV) Rechnung zu tragen. Äussert eine Person vor ihrem Tod den Wunsch, nach dem Tod ihre Organe zu spenden, so tut sie dies aller Wahrscheinlichkeit nach, um einer anderen Person das Leben retten und so dem eigenen Tod einen Sinn geben zu können. Eher fraglich ist, ob eine potenzielle Spenderin beim Ausfüllen

---

<sup>89</sup> BBl 2002 Transplantationsgesetz (Fn. 74), 97; JOHANNESON/JÄRVHOLM (Fn. 26), 45; DANIA TREMP, Lebendspende in der Schweiz, Diss., Basel 2010, 4 f.

<sup>90</sup> World Health Organization, WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation, May 2010, Resolution WHA63.22, Guiding Principle 3, verfügbar unter [http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA63.22en.pdf?ua=1](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf?ua=1).

<sup>91</sup> Vgl. § 8 Abs. 1 Ziff. 3 des deutschen Transplantationsgesetzes (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) vom 5. November 1997).

<sup>92</sup> Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin, Biomedizinkonvention) vom 4. April 1997 (SR 0.810.2). Verankert ist diese Regelung zudem in Art. 9 des Zusatzprotokolls über die Transplantation menschlicher Organe und Gewebe zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin vom 24. Januar 2002 (SR 0.810.22).

<sup>93</sup> Bundesbeschluss über die Genehmigung des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin vom 20. März 2008, BBl 2008, 2341.

der Spenderkarte oder im Gespräch mit der Familie in Erwägung zieht, dass ihr auch der Uterus entnommen werden könnte.<sup>94</sup> Das wirft die Frage nach der Tragweite der Einwilligung auf. Das Selbstbestimmungsrecht ist ein umfassendes Recht und befugt jede Person, über den eigenen Körper frei zu verfügen. Es umfasst auch das Recht, Anordnungen für den eigenen Todesfall zu machen.<sup>95</sup> Das Selbstbestimmungsrecht findet nach der heute herrschenden Lehre seine Grenze lediglich im Verbot der Einwilligung in die eigene Tötung.<sup>96</sup> Der Entschluss einer Person, nach ihrem Tod ihre Organe zu spenden, kann eine urteilsfähige Person nach Vollendung des 16. Altersjahrs jederzeit treffen und dies schriftlich festhalten oder auch mündlich den Angehörigen mitteilen (Art. 8 Abs. 7 Transplantationsgesetz). Dieser Wunsch geht im Todesfall den Wünschen der Angehörigen vor.<sup>97</sup> Gemäss dem Prinzip des *informed consent* setzt die rechtsgültige Zustimmung eine vorgängige und umfassende Aufklärung voraus. Dies gilt auch für Entscheidungen, welche sich auf die Zeit nach dem eigenen Tod auswirken. Mit der im schweizerischen Transplantationsgesetz geltenden erweiterten Zustimmungslösung geht der Gesetzgeber davon aus, dass, wer eine Erklärung zur Organspende abgibt, sich mit diesem Thema ausreichend befasst (hat) und somit eine aufgeklärte Zustimmung geben kann. Spezifische gesetzliche Anforderungen an die Aufklärung über die postmortale Organspende gibt es nicht. In der Regel beinhaltet eine Spendeerklärung eine generelle Einwilligung zur Organspende, womit einer verstorbenen Person grundsätzlich alle transplantierbaren Organe und Gewebe entnommen werden dürfen.<sup>98</sup> Eine Beschränkung der Einwilligung auf einzelne Körperteile ist allerdings möglich und muss beachtet werden. Art. 18 des Zusatzprotokolls zur Biomedizinkonvention über die Transplantation menschlicher Organe und Gewebe verlangt zudem, dass Massnahmen zu ergreifen sind (namentlich plastische Korrekturen), wenn das äussere Erscheinungsbild des Leichnams geschädigt wird.<sup>99</sup> Aufgrund der nun langjährigen Durchführung von Transplantationen, medialer Berichterstattung und der Aufklärungskampagnen des Bundesamts für Gesundheit darf man davon ausgehen, dass in der Bevölkerung ein gewisses Grundwissen über Transplantationen vorhanden ist, das als genügende Aufklärung für eine rechtsgültige Zustimmung angesehen wird. Die Möglichkeit der Uterustransplantation ist jedoch neuartig und in der Öffentlichkeit wenig bekannt. Demnach kann aus einer generellen Spendeerklärung zum heutigen Zeitpunkt nicht geschlos-

---

<sup>94</sup> Dieser Ansicht ist auch Prof. Dr. med. Nicolas Müller, Leiter des Transplantationszentrums am Universitätsspital Zürich, mit dem die Verfasserinnen ein Gespräch führen konnten. Gleiches gilt wohl auch für Transplantationen z.B. von Hand, Gesicht, Haut.

<sup>95</sup> MARCO ANDREA FREI, Die erweiterte Zustimmungslösung gemäss Art. 8 Transplantationsgesetz, Diss., Zürich/Basel/Genf 2012, 7; ALEX TSCHENTSCHER, in: Bernhard Waldmann / Eva Maria Belser / Astrid Epiney (Hrsg.), Basler Kommentar Bundesverfassung, Basel 2015, Art. 10 N 35 und N 47 ff.; BGE 97 I 221 E. 4b; BGE 98 Ia 508 E. 8b; BGE 127 I 115 E. 4a; BGE 129 I 302 E. 1.2.2.

<sup>96</sup> CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, in: Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (Hrsg.), Basler Kommentar, Strafrecht II, Art. 111–392 StGB, 3. Aufl., Basel 2013, Vor Art. 111 StGB, N 20.

<sup>97</sup> Art. 8 Abs. 5 Transplantationsgesetz; FREI (Fn. 95), 8 f., 78.

<sup>98</sup> FREI (Fn. 95), 95 f. Auf Anfrage hin bestätigten Swisstransplant, die DCA (Donor Care Association) des Universitätsspitals Zürich sowie Prof. Dr. med. Nicolas Müller, dass der Spendeentscheid in aller Regel ein schwarz-weiss Entscheid ist. Wer zur Spende bereit sei, mache sehr selten Einschränkungen bezüglich der Organe, die entnommen werden dürfen. Nach dem «all-or-nothing»-Prinzip seien die meisten Menschen bereit, nach ihrem Tod alle Organe zu spenden. Mögliche Einschränkungen würden das Herz oder die Augen betreffen, wohl weil diese für viele Menschen mehr als nur ein «Organ» seien, sondern eine gewisse symbolische Bedeutung hätten. Da auch der Uterus eine grosse symbolische Bedeutung hat, liegt es nahe, dass bezüglich dessen Spende Vorbehalte bestehen können.

<sup>99</sup> Dies fliesst auch aus dem Recht auf Menschenwürde (Art. 7 BV) und dem Andenkenschutz der Angehörigen (Art. 28 ZGB). FREI (Fn. 95), 96; Zusatzprotokoll über die Transplantation menschlicher Organe und Gewebe zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin vom 24. Januar 2002 (SR 0.810.22).

sen werden, dass eine Uterusspende ebenso gewollt ist. Nur wenn die Uterustransplantation der breiten Öffentlichkeit bekannt wird, können Frauen ihre Einwilligung beziehungsweise Ablehnung einer Spende auf dieses Organ bezogen kundtun. Sollte die Uterustransplantation zu einem Standardverfahren werden, so stünde insbesondere Swisstransplant in der Pflicht, etwa auf dem Spenderausweis den Uterus als Organ aufzuführen, sodass potenzielle Spenderinnen einer Entnahme des Uterus explizit zustimmen oder diese ablehnen können.

## 5. Die Lebendspende

### a. Gesetzliche Voraussetzungen

[Rz 44] Der Uterus kann auch von einer lebenden Person gespendet werden, zumal eine Person auf diesen nicht angewiesen ist. Die Lebendspende setzt nach Art. 12 Transplantationsgesetz voraus, dass die spendende Person urteilsfähig und volljährig ist (lit. a), umfassend informiert worden ist und frei und schriftlich zugestimmt hat (lit. b). Für ihr Leben oder die Gesundheit darf kein ernsthaftes Risiko bestehen (lit. c) und die Empfängerin darf nicht mit einer anderen therapeutischen Methode von vergleichbarem Nutzen behandelt werden können (lit. d). Eine Konkretisierung der Informationspflicht findet sich in Art. 9 der Transplantationsverordnung.

[Rz 45] In ethischer Sicht sind Lebendspenden in jeder Hinsicht bedenklicher als die postmortale Spende, zumal den Spendenden aus der Entnahme des Organs kein medizinischer Nutzen erwächst, sondern sie im Gegenteil gesundheitliche Risiken hinnehmen müssen: Sie müssen Medikamente einnehmen, werden narkotisiert, sind den allgemeinen Operationsrisiken wie Infektionen, Blutungen und Thrombosen ausgesetzt, erleiden Schmerzen und sind womöglich mit Nebenwirkungen oder Langzeitfolgen der Organentnahme konfrontiert. Die Risiken der Uterusentfernung sind mit den Risiken einer medizinisch indizierten Hysterektomie vergleichbar, dürften aber aufgrund der längeren Operation noch höher sein.<sup>100</sup> Neben den allgemeinen Operationsrisiken können auch andere innere Verletzungen zum Beispiel am Harntrakt oder am Darm entstehen. Hinzu kommt die mit dem Eingriff verbundene psychische Belastung. Fraglich ist also, ob mit der Entnahme des Uterus tatsächlich kein ernsthaftes gesundheitliches Risiko für die Spenderin einhergeht (Art. 12 lit. c Transplantationsgesetz). Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang, dass die Uterusentfernung medizinisch betrachtet weniger riskant ist als etwa die Lebendniere spende, da man problemlos ohne Uterus leben kann.<sup>101</sup> Insgesamt erscheinen die gesundheitlichen Risiken einer Uterusspende nicht derart ernsthaft, dass sie für eine Spenderin generell unzumutbar sind.

[Rz 46] Schliesslich stellt sich die Frage, ob die Voraussetzung von Art. 12 lit. d Transplantationsgesetz, wonach für die Empfängerin keine alternative Behandlungsmethode bestehen darf, erfüllt ist. Für Frauen mit uterin bedingter Unfruchtbarkeit sind die Adoption und die Leihmuttertschaft die einzigen Möglichkeiten, Mutter zu werden. Mit den Verfahren der Leihmuttertschaft und der Adoption wird jedoch nicht die Unfruchtbarkeit selbst therapiert, sondern lediglich die

---

<sup>100</sup> ARORA/BLAKE (Fn. 23), Uterus transplantations: ethical and regulatory challenges, 397. Auf die Risiken hinweisend auch JOHANNESON/JÄRVHOLM (Fn. 26), 45.

<sup>101</sup> Beachtet werden muss jedoch, dass eine Hysterektomie durchaus Auswirkungen auf das Identitätsgefühl einer Frau und ihr sexuelles Empfinden (negativ wie positiv) haben kann. Vgl. ARIEL LEFKOWITZ / MARCEL EDWARDS / JACQUES BALAYLA, The Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation, in: Transplant International (2012), Nr. 25, 439–447, 443 mit Verweis auf verschiedene Studien über die Auswirkungen einer Hysterektomie.

Folge davon, nämlich die Kinderlosigkeit. Um die Unfruchtbarkeit zu behandeln, gibt es neben der Transplantation keine alternative Therapie. Zudem können auch die Adoption und die Leihmutterchaft nicht als Alternativen mit vergleichbarem Nutzen angesehen werden, da sie nur rechtliche (bei der Leihmutterchaft womöglich auch genetische) Mutterchaft, nicht jedoch das Erlebnis der Schwangerschaft ermöglichen. In vielen Ländern ist die Leihmutterchaft zudem untersagt und fällt daher für Betroffene als Option weg. In diesem Sinne stellt die Uterustransplantation eine eigenständige Behandlungsmethode dar.

#### **b. Das Selbstbestimmungsrecht der Lebendspenderin**

[Rz 47] Ärztliches Handeln muss ethisch gerechtfertigt sein. Wie kaum ein anderes ärztliches Handeln steht die Lebendtransplantation im Spannungsfeld der vier Prinzipien, welche die moderne Bioethik ausmachen – (1.) das Prinzip, Gutes zu tun (*Principle of beneficence*), (2.) das Nichtschadensprinzip (*Principle of non-maleficence*), (3.) das Prinzip der Gerechtigkeit (*Principle of justice*) und (4.) die Patientenautonomie (*Principle of autonomy*).<sup>102</sup> Gegenüber der Patientin ist der Arzt zu fürsorglichem Handeln verpflichtet und soll sie mittels einer Organtransplantation heilen. Dies setzt bei einer Lebendspende jedoch die Verletzung der Spenderin voraus, womit der Arzt das Nichtschadensprinzip missachtet. In dieser Konstellation gewinnt die Patientenautonomie eine besondere Bedeutung.

[Rz 48] Eine autonome Zustimmung setzt eine umfassende Aufklärung voraus, welche auch Art. 12 lit. b Transplantationsgesetz verlangt. Im Zeitpunkt der Aufklärung muss die Lebendspenderin zudem volljährig und urteilsfähig sein (Art. 12 lit. a Transplantationsgesetz). Die Aufklärung muss insbesondere die gesundheitlichen Risiken der Organentnahme, die möglichen Langzeitfolgen und Nebenwirkungen, die finanziellen Folgen, die Dauer und den Ablauf des Verfahrens und das Widerrufsrecht erfassen (Art. 9 Transplantationsverordnung).<sup>103</sup> Im Zusammenhang mit der Uterusspende ist insbesondere die Aufklärung über die Folgen der Spende bedeutend. Der Spenderin muss bewusst sein, dass nach der Entnahme des Uterus keine weiteren Schwangerschaften möglich sind. Eine potenzielle Spenderin sollte die Familienplanung abgeschlossen haben und dabei beachten, dass sich Kinderwünsche unerwartet ändern können. Der Einbezug eines allfälligen Partners ist dabei unumgänglich.

[Rz 49] Die Zustimmung alleine genügt allerdings nicht, um die Lebendspende zu rechtfertigen. Die Motive müssen überprüft werden und nachvollziehbar sein. Eine unabhängige Fachperson muss sich vergewissern, dass die Organspende freiwillig und unentgeltlich erfolgt (Art. 6 Transplantationsgesetz, Art. 9 Abs. 2 lit. b und Art. 10 Transplantationsverordnung, SAMW-Richtlinie Lebendspende von soliden Organen, 10 f. und 13).<sup>104</sup> Das Prinzip der Unentgeltlichkeit ist ein zentraler Grundsatz der Transplantationsgesetzgebung, der die Spenderin davor schützen soll, die Risiken einer Spende aufgrund finanzieller Anreize einzugehen (Art. 21 Biomedizinkonvention, Art. 119a Abs. 3 BV, Art. 6 Transplantationsgesetz). Es darf lediglich Erwerbs- und Aufwandsersatz geleistet werden (Art. 14 Transplantationsgesetz). Die Freiwilligkeit ist ebenso es-

---

<sup>102</sup> TOM BEAUCHAMP / JAMES CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford 2013. Dazu ANDREA BÜCHLER / MARGOT MICHEL, *Medizin – Mensch – Recht*, Zürich/Basel/Genf 2014, 215 ff.

<sup>103</sup> Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung) vom 16. März 2007 (SR 810.211).

<sup>104</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), *Lebendspende von soliden Organen, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, Basel 2008.

senziell (Art. 9 Abs. 2 lit. b und Art. 10 Transplantationsverordnung). Die Einwilligung zu einer Organspende muss auf dem freien, ohne äusseren Druck gebildeten Willen beruhen. Die genauen Motive, die eine Person dazu bewegen, zu spenden, sind allerdings schwer zu eruieren. Eine Spende zugunsten einer fremden Person, das heisst die nicht-gerichtete Spende, ist oft wenig nachvollziehbar.<sup>105</sup> Die Spende zugunsten einer nahestehenden, bekannten Person – die sogenannte gerichtete Spende ist der weitaus häufigere Fall – wirft hingegen die Frage auf, wie frei der Wille tatsächlich ist oder sein kann. Welche Rolle spielen Pflichtgefühle, Erwartungen oder Abhängigkeiten? Obwohl die Heilung des Angehörigen durchaus im Interesse der Spenderin sein kann, nimmt das Näheverhältnis Einfluss auf die Entscheidung.<sup>106</sup> Das bedeutet freilich nicht, dass der Spendewille zu missachten ist, die familiären Verflechtungen sind allerdings bei der Evaluation der Situation zu berücksichtigen. Meistens sind es nahe Angehörige, die bereit sind, den Uterus zu spenden, um Beistand und Hilfe zu leisten. Auch die zehn in Schweden transplantierten Uteri stammten von Verwandten oder nahen Bekannten. Das Bedürfnis einer Mutter, ihrem Kind zu helfen, und der Wunsch nach einem Grosskind können eine legitime Motivation sein, den Uterus zu spenden. Es ist freilich darauf zu achten, dass keine entsprechende Erwartung oder Druck ihren Entscheid bestimmt, zum Beispiel mit dem Argument, es handle sich um ein Organ, das sie nicht mehr benötige.<sup>107</sup> Durch persönliche Gespräche, psychologische Betreuung und unabhängige ärztliche Beratung kann dieser Gefahr entgegengewirkt werden. Dabei sollte die Beratung und Information durch andere Personen erfolgen als diejenigen, welche die Empfängerin des Uterus betreuen.<sup>108</sup> Zentral ist schliesslich, dass die Spenderin die Möglichkeit hat, jederzeit vor der Operation ihre Einwilligung zurückzuziehen (vgl. Art. 9 Abs. 2 lit. i Transplantationsverordnung), was grundsätzlich bei jedem medizinischen Eingriff gilt.

[Rz 50] Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Lebendspende eines Uterus nicht grundsätzlich von einer anderen Lebendspende unterscheidet.

## 6. Die Empfängerin

### a. Risiken für die Empfängerin

[Rz 51] Gibt es eine mögliche Spenderin, so können auch bei der Empfängerin die Vorbereitungen beginnen. Falls die Empfängerin an einer Uteruserkrankung oder an Unfruchtbarkeit aufgrund eines defekten Uterus leidet, muss dieser zunächst operativ entfernt werden. Ausserdem muss die vorgängig notwendige *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung durchgeführt werden. Ist diese erfolgreich, kann die Transplantation im Rahmen einer mehrstündigen Operation stattfinden. Es

---

<sup>105</sup> Dennoch ist in den letzten Jahren z.B. in England die Anzahl von altruistischen Lebendspenden markant angestiegen. Vgl. Annual Reviews der UK Human Tissue Authority, verfügbar unter <https://www.hta.gov.uk/corporate-publications>; dazu auch <http://www.bbc.com/news/health-22544375>.

<sup>106</sup> Zur Problematik der Angehörigenspende BÜCHLER/MICHEL (Fn. 102), 251 f.

<sup>107</sup> Dieses Risiko wird von verschiedenen Autoren und Autorinnen erwähnt und scheint von zentraler Bedeutung zu sein. ARORA/BLAKE (Fn. 33), Uterus Transplantation – The Ethics of Moving the Womb, 972; DICKENS (Fn. 88), 126; JESSICA R. WOESSNER / VALARIE K. BLAKE / KAVITA SHAH ARORA, Ethical consideration in uterus transplantation, in: *Medicolegal and Bioethics* (2015), Nr. 5, 81–88, 85.

<sup>108</sup> Bei Lebendspenden werden regelmässig psychiatrische Gutachten erstellt, um die Freiwilligkeit zu prüfen. Freilich sei es kaum möglich, jede Unsicherheit auszuschliessen, führt Prof. Dr. med. Nicolas Müller aus. Die SAMW-Richtlinie Lebendspende von soliden Organen macht Vorgaben zur psychosozialen Abklärung der Spenderin und sieht die Möglichkeit vor, ein Zweitgutachten durch ein unabhängiges Transplantationszentrum einzuholen. SAMW-Richtlinie (Fn. 104), 11, 13, 20.

folgt eine Zeit, in der die Empfängerin Immunsuppressiva einnehmen muss. Man rechnet damit, dass es rund ein Jahr dauert, bis der Embryo in den Uterus eingepflanzt werden kann. Ein Kaiserschnitt wird nötig, um das Kind zur Welt zu bringen und nach ein bis zwei Geburten kann der Empfängerin der Uterus wieder entfernt werden, damit sie nicht mehr auf Immunsuppressiva angewiesen ist. Tatsache ist, dass die Uterustransplantation ein mehrjähriger, höchst invasiver Prozess ist. Hinzu kommen die allgemeinen Operationsrisiken, mögliche Komplikationen, Nebenwirkungen von Medikamenten und grosse psychische Belastungen. Auch mit Blick auf die Empfängerin ist eine Aufklärung und selbstbestimmte Einwilligung von grosser Wichtigkeit.

## **b. Das Selbstbestimmungsrecht der Empfängerin**

[Rz 52] Die Einwilligung in ein solches Verfahren setzt eine umfassende Aufklärung voraus. Wegen der Schwere des Eingriffs und seiner Folgen müssen Frauen, welche einen solchen in Erwägung ziehen, über längere Zeit und mehrmals umfassend medizinisch und auch psychologisch untersucht, beraten und betreut werden. Neben der körperlichen Gesundheit ist ebenso die psychische Gesundheit und Stabilität der Empfängerin essenziell.<sup>109</sup> Der Kinderwunsch darf nicht so dominant sein, dass über den langen und risikoreichen Weg der Transplantation hinweggesehen wird. Aufgrund der Komplexität des Verfahrens und des engen Zusammenhangs zur Fortpflanzungsmedizin ist es angezeigt, dass die Empfängerin alleine und zusammen mit ihrem Partner während der Dauer des Verfahrens psychologisch betreut wird (analog Art. 6 Abs. 4 FMedG). Von Bedeutung ist ausserdem die Information, dass aufgrund der fehlenden nervlichen Verbindungen Empfindungen während der Schwangerschaft und Geburt schwächer oder nicht vorhanden sind. Die ersten Wochen nach der Transplantation sind für ihren Erfolg entscheidend, die Wahrscheinlichkeit von Abstossungsreaktionen nimmt danach stetig ab und leichte Abstossungsreaktionen können heute mittels Einsatz von Immunsuppressiva gut kontrolliert und behandelt werden.<sup>110</sup> Nichtsdestotrotz besteht auch während der fortgeschrittenen Schwangerschaft noch die Gefahr, dass es zu Abstossungsreaktionen kommt. Auch während der ersten Schwangerschaft nach einer Uterustransplantation in Schweden kam es zu Abstossungsreaktionen, welche jedoch problemlos behandelt werden konnten.<sup>111</sup> Was in einem Fall von massiven Abstossungsreaktionen, die für die Frau gar lebensgefährlich sein können, eintreten würde, ist ungewiss. Ein Schwangerschaftsabbruch mit anschliessender Hysterektomie müsste wohl in Betracht gezogen werden. Der Schwangerschaftsabbruch dürfte auch nach der 12. Schwangerschaftswoche straffrei vorgenommen werden, sofern für die Frau eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben besteht (Art. 119 Abs. 1 des Schweizerischen Strafgesetzbuches; StGB).<sup>112</sup> Die Frau muss über dieses mögliche Szenario informiert werden, bevor sie in eine Transplantation einwilligt.

[Rz 53] Wird die Empfängerin umfassend beraten und aufgeklärt und willigt sie im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechts in alle nötigen Schritte ein, ist der Eingriff nach den allgemeinen

---

<sup>109</sup> WOESSNER/BLAKE/ARORA (Fn. 107), 85.

<sup>110</sup> Siehe Aussage von Prof. Dr. Pierre-Alain Clavien im Interview mit ALEX REICHMUTH / THOMAS BUCHWALDER, «Kinderlosigkeit ist eine Krankheit», Die Weltwoche vom 8. September 2016, Nummer 36, Jahrgang 84, 54–56, 56; sowie die Aussage von Prof. Dr. Mats Brännström im Bericht des Deutschlandfunk: MARIEKE DEGEN, «Durch Organspende zum Mutterglück» vom 27. September 2016, verfügbar unter [http://www.deutschlandfunk.de/medizin-durch-organspende-zum-mutterglueck.676.de.html?dram:article\\_id=277119](http://www.deutschlandfunk.de/medizin-durch-organspende-zum-mutterglueck.676.de.html?dram:article_id=277119).

<sup>111</sup> BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 3), Livebirth after uterus transplantation, 614.

<sup>112</sup> Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0).

Grundsätzen zulässig. Die Einwilligung muss frei und auf eigenem Willen beruhend geschehen, ein Zwang etwa durch die Familie muss ausgeschlossen werden können.

## 7. Das potenzielle Kind

[Rz 54] Das Verfahren der Uterustransplantation hat den Zweck, der Frau die Möglichkeit einzuräumen, einen Embryo auszutragen. Welche Risiken und Langzeitfolgen bestehen für ein Kind, das in einem transplantierten Uterus herangewachsen ist? Hat die Einnahme von Immunsuppressiva durch die Mutter Einfluss auf das ungeborene Kind? Welche Risiken bestehen für den Embryo, wenn es während der Schwangerschaft zu einer Abstossung des transplantierten Uterus kommt? Für die Evaluation der Uterustransplantation sind diese Fragen von einiger Bedeutung.

[Rz 55] Die Transplantation als solche bedeutet für ein zukünftiges Kind keine Gefahr. Erst rund ein Jahr später, wenn ein durch *In-vitro*-Fertilisation erzeugter Embryo in den Uterus eingepflanzt wird, stellt sich die Frage nach dem Kindeswohl. Das Kindeswohl ist Grundvoraussetzung und allgemeines Leitprinzip jedes fortpflanzungsmedizinischen Verfahrens.<sup>113</sup> Verfahren, welche mit hoher oder überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Gesundheitsschädigung beim gewünschten Kind führen oder deren Risiken unerforscht sind, dürfen nicht zur Anwendung kommen.<sup>114</sup> Die Einpflanzung in einen transplantierten Uterus unterscheidet sich nicht von anderen Fortpflanzungsverfahren durch *In-vitro*-Fertilisation und ist für das zukünftige Kind im Vergleich zu diesen auch nicht schädlicher. Kommt es zu einer Schwangerschaft, ist das Kind den üblichen Schwangerschaftsrisiken ausgesetzt. Hinzu kommen jedoch die Gefahren von Abstossungsreaktionen und der Einnahme von Immunsuppressiva durch die Mutter. Wie bereits erwähnt, ist die Wahrscheinlichkeit einer Abstossung im Zeitpunkt der Schwangerschaft gering, zudem kann sie meist problemlos therapiert werden. Dass es im schlimmsten Fall dennoch zu einer Abtreibung kommen könnte, vermag ein Verbot der Uterustransplantation nicht zu rechtfertigen, zumal auch bei natürlichen Schwangerschaften immer ein gewisses Abortrisiko gegeben ist. Zudem ermöglicht das heutige medizinische Wissen, die Einnahme von Immunsuppressiva so zu regulieren, dass für das werdende Kind keine erheblichen Gefahren bestehen. Dass auch Frauen, denen ein Organ transplantiert wurde und die deswegen Immunsuppressiva einnehmen mussten, gesunde Kinder zur Welt bringen können, beweisen mehrere Tausend Geburten.<sup>115</sup>

[Rz 56] Auch die ersten klinischen Erfahrungen mit der Uterustransplantation und den zum heutigen Zeitpunkt sechs geborenen Kindern zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Gesundheitsschädigung des Kindes scheinbar gering ist. Die ältesten bis zum jetzigen Zeitpunkt geborenen Kinder sind zwei Jahre alt. Die Jungen sind gesund und haben sich normal entwickelt.<sup>116</sup> Aussagen über allfällig später eintretende Folgen können zurzeit keine gemacht werden, da entsprechende Erfahrungen fehlen. Erste Erkenntnisse über Schwangerschaften und Geburten nach einer Uterustransplantation liegen hingegen vor. Die fünf ersten, bislang geborenen Kinder kamen

---

<sup>113</sup> ANDREA BÜCHLER / SANDRO CLAUSEN, Fortpflanzungsmedizin und Kindeswohl! Kindeswohl und Fortpflanzungsmedizin?, in: FamPra.ch 2014, 231–273, 239.

<sup>114</sup> BÜCHLER/CLAUSEN (Fn. 113), 239 und 269.

<sup>115</sup> ARORA/BLAKE (Fn. 23), Uterus transplantations: ethical and regulatory challenges, 398; BRÄNNSTRÖM et al. (Fn. 13), First clinical uterus transplantation trial: a six-month report, 1229; NAIR et al. (Fn. 23), 86.

<sup>116</sup> Vgl. Berichte über Vincent und Albin, verfügbar unter <http://bigstory.ap.org/bc1faf5c28ac4c97b1252d9ee1804eae>; und <http://www.dailymail.co.uk/news/article-3242477/Celebrating-turning-one-baby-born-womb-transplant-Mother-speaks-fantastic-feeling-following-pioneering-project-saw-four-children-born.html>.

zwischen der 31. und der 36. Schwangerschaftswoche zur Welt, das heisst, es kam regelmässig zu einer Frühgeburt.<sup>117</sup> Das Geburtsgewicht war jeweils dem Gestationsalter entsprechend. Ob die Frühgeburten mit der Transplantation beziehungsweise der Einnahme von Immunsuppressiva zusammenhängen oder andere Gründe haben, wie etwa die Grunderkrankung oder das Alter der Mutter, ist unklar. Zusammenfassend zeigen die Erfahrungen, dass in den Fällen, in denen die Transplantation erfolgreich verlief und eine Schwangerschaft herbeigeführt werden konnte, es zu keiner Gesundheitsschädigung des Kindes kam.<sup>118</sup> Bei den nicht erfolgreichen Transplantationsversuchen kam es erst gar nicht zu einer Einpflanzung des Embryos. Die kindlichen Risikofaktoren nach einer Organtransplantation der Mutter scheinen insgesamt nicht so gross zu sein, dass grundsätzlich von der Uterustransplantation abgesehen werden sollte.

[Rz 57] Zur Frage nach dem Kindeswohl sei hier lediglich noch angemerkt, dass die Uterustransplantation nicht (zwingend) zu einer Spaltung der Mutterschaft führt. Eine Spaltung der Mutterschaft wird von vielen als für die Identitätsentwicklung des Kindes problematisch betrachtet (wofür es eigentlich keine Belege gibt), weshalb in der Schweiz die Leihmutterschaft und die Eizellenspende verboten sind (Art. 4 FMedG). Es ist geradezu ein Ziel der Uterustransplantation, zu ermöglichen, dass die intendierte, die genetische und die biologische Mutterschaft sich in einer Person verwirklichen.

## 8. In-vitro-Fertilisation

[Rz 58] Ist die Transplantation erfolgreich verlaufen, sollte der Uterus regelmässig menstruieren – ein Zeichen dafür, dass die Durchblutung des Organs gewährleistet ist. Nach rund einem Jahr dürfte der Uterus dann bereit sein für eine Schwangerschaft. Dafür wird ein zuvor durch eine *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung gezeugter Embryo in den Uterus eingepflanzt. Dieses Verfahren ist notwendig, da die Eileiter der Empfängerin nicht immer mit dem Uterus verbunden werden können und somit eine natürliche Konzeption nicht möglich ist, aber auch, weil die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft durch das gezielte Einfügen des Embryos in den Uterus deutlich höher ist und eine Eileiterschwangerschaft so verhindert werden kann.<sup>119</sup> Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, welches unter das Fortpflanzungsmedizingesetz fällt. Dieses definiert die Voraussetzungen, unter denen ein solches Verfahren zulässig ist. Gemäss Art. 5 Abs. 1 FMedG braucht es eine Indikation, das heisst ein Fortpflanzungsverfahren darf nur angewendet werden, um die Unfruchtbarkeit eines Paares zu überwinden und andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind (lit. a), oder wenn die Gefahr, dass eine schwere Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, nicht anders abgewendet werden kann (lit. b). Diese Indikation der Unfruchtbarkeit ist bei Frauen ohne Uterus unstrittig gegeben. Weiter muss das Kindeswohl gewahrt sein (Art. 3 Abs. 1 FMedG). Diese Voraussetzung findet Ausdruck im – problematischen – Ausschluss alleinstehender Per-

---

<sup>117</sup> Über das Geburtsalter des sechsten Kindes liegen keine öffentlich zugänglichen Berichte vor, da dieses erst im Februar 2017 zur Welt kam. Eine Frühgeburt liegt vor, wenn das Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommt. PSCHYREMBEL (Fn. 6), *Frühgeburt*, 7203; BRÄNNSTRÖM (Fn. 15), Uterus transplantation: current state and future perspectives.

<sup>118</sup> Nur beim Versuch in der Türkei endete die Schwangerschaft aus unklaren Gründen in einem sehr frühen Stadium, wie es auch bei natürlichen Schwangerschaften häufig der Fall ist.

<sup>119</sup> CATSANOS/ROGERS/LOTZ (Fn. 32), 69; OLAUSSON et al. (Fn. 30), 41.

sonen und gleichgeschlechtlicher Paare von fortpflanzungsmedizinischen Verfahren.<sup>120</sup> Zudem muss das Paar aufgrund seines Alters und der persönlichen Verhältnisse in der Lage sein, bis zur Volljährigkeit für das Kind zu sorgen (Art. 3 Abs. 2 lit. b FMedG).

## 9. Reproduktive Autonomie

[Rz 59] Da das eigentliche Ziel einer Uterustransplantation nicht in der Transplantation, sondern in der Überwindung der Unfruchtbarkeit liegt, würde ihr Verbot die reproduktive Selbstbestimmung tangieren. Die Selbstbestimmung in Bezug auf die menschliche Reproduktion geht auf den Kampf um das Recht auf Schwangerschaftsabbruch und Empfängnisverhütung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurück.<sup>121</sup> Sie umfasst den Schutz vor rechtswidrigen staatlichen Eingriffen in das Privat- und Familienleben bezüglich der Verwirklichung des Kinderwunsches. Dazu gehört namentlich das Recht, eine Familie zu gründen, die Anzahl der Kinder zu bestimmen oder auf Kinder zu verzichten, das Recht auf Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, das Recht unter gewissen Umständen eine Schwangerschaft abzubrechen und das Recht auf Zugang zu fortpflanzungsmedizinischen Verfahren.<sup>122</sup> In BGE 115 Ia 234 und BGE 119 Ia 460 hat das Bundesgericht den Kinderwunsch als elementare Erscheinung der Persönlichkeitsentfaltung beschrieben, der unter dem Schutz der persönlichen Freiheit (Art. 10 BV) steht.<sup>123</sup> Auch die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) schützt die Erfüllung des Kinderwunsches und den Zugang zu Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung durch Art. 8 EMRK (Achtung des Privat- und Familienlebens) und Art. 12 EMRK (Recht auf Familie).<sup>124</sup> Die Rechtsprechung anerkennt, dass Kinder «für viele Menschen eine zentrale Sinnggebung ihres Lebens» bedeuten und die ungewollte Kinderlosigkeit eine schwere Belastung darstellen kann.<sup>125</sup> Ein Verbot jeglicher Reproduktionsverfahren würde die persönliche Freiheit verletzen und wäre verfassungswidrig. Kinderlosen Paaren darf der Zugang zu gewissen medizinisch unterstützten Fortpflanzungsverfahren nicht verwehrt werden.<sup>126</sup> Einschränkungen der persönlichen Freiheit müssen auf einer gesetzlichen Grundlage beruhen, verhältnismässig sein und einem überwiegenden öffentlichen Interesse dienen (Art. 36 BV). Obwohl die Uterusspende kein Verfahren der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ist, würde ein Verbot derselben die persönliche Freiheit tangieren, weil die reproduktive Autonomie eingeschränkt würde. Es ist kein überwiegendes öffentliches Interesse ersichtlich, welches ein Verbot dieses Verfahrens rechtfertigen würde. Dem

---

<sup>120</sup> Art. 28 PartG; Art. 3 Abs. 2 lit. a FMedG. In der Lehre wird der Ausschluss alleinstehender und gleichgeschlechtlicher Personen zu Recht immer wieder kritisiert. ESTHER AMSTUTZ / THOMAS GÄCHTER, Zugang zur Fortpflanzungsmedizin, in: Jusletter vom 31. Januar 2011, 11; BÜCHLER/CLAUSEN (Fn. 113), 249 f., 253; EVA MARIA BELSER / ALEXANDRA JUNGO, Elternschaft im Zeitalter medizinischer Machbarkeit, Das Recht auf Achtung des Kinderwunsches und seine Schranken, in: ZSR 135 (2016) I Heft 3, 175–224, 189, 199, 203 f.

<sup>121</sup> BÜCHLER (Fn. 50), Reproduktive Autonomie, 357.

<sup>122</sup> Ausführlich zur reproduktiven Selbstbestimmung und deren Teilaspekte BÜCHLER (Fn. 50), Reproduktive Autonomie, 355 ff., 360 ff.

<sup>123</sup> BGE 115 Ia 234 E. 5a; BGE 119 Ia 460 E. 5a.

<sup>124</sup> Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950 (SR 0.101); BÜCHLER/MICHEL (Fn. 102), 318; RALF MÜLLER-TERPITZ, Das Recht auf Fortpflanzung – Vorgaben der Verfassung und EMRK, in: Helmut Frister / Dirk Olzem, Reproduktionsmedizin, Rechtliche Fragestellungen, Düsseldorf 2010, 9–25, 23.

<sup>125</sup> BGE 115 Ia 234 E. 5a.

<sup>126</sup> BÜCHLER (Fn. 50), Reproduktive Autonomie, 364.

Schutz der Spenderin, der Empfängerin und des zukünftigen Kindes muss freilich höchste Priorität zukommen.

## VI. Ethische Richtlinien

[Rz 60] Die *International Federation of Gynecology and Obstetrics* befasste sich 2008 mit der Uterustransplantation, noch bevor es zu ersten erfolgreichen Transplantationen mit anschliessender Schwangerschaft gekommen war. Allerdings glaubte man zu diesem Zeitpunkt noch nicht recht an die Machbarkeit des Vorhabens und befasste sich vor allem mit der Forschung um die Uterustransplantation. Das Committee gelangte damals zur Erkenntnis, die Uterustransplantation sei aufgrund der fehlenden Daten betreffend die Sicherheit und der Risiken für die Lebendspenderin ethisch unangemessen («*ethically inappropriate*»).<sup>127</sup>

[Rz 61] Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse aus der Tierforschung erhoffte man sich wenige Jahre später bereits mehr von der Uterustransplantation. Obwohl es nach wie vor keine erfolgreiche Transplantation beim Menschen gab, veröffentlichte 2012 die Medizinische Fakultät der McGill University in Montreal, Kanada die «*Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation*». <sup>128</sup> Die Autoren vertreten die Meinung, dass der Wunsch, eine Schwangerschaft erleben zu können, die möglichen negativen Auswirkungen der Uterustransplantation rechtfertige.<sup>129</sup> Sie begründen ihre Ansicht wie folgt:<sup>130</sup> Erstens würden Uterustransplantationen erst als standardisierte Verfahren in Kliniken angeboten, wenn sie durch die Forschung als sicher qualifiziert worden seien. Zweitens würden Frauen, die beispielsweise an einer Krankheit leiden, auch nicht von der Reproduktionsmedizin ausgeschlossen, obwohl dadurch eine Risikoschwangerschaft entstehe. Drittens seien durchaus auch andere Transplantationen ausserhalb primär somatischer Indikationen erlaubt, so zum Beispiel diejenige von Händen, vom Gesicht oder vom Kehlkopf. Und schliesslich würde in Bezug auf andere Organe bei entsprechendem *informed consent* auch hingenommen, dass sich die Spender und Spenderinnen risikoreichen Operationen und möglichen Komplikationen aussetzen. Daraus folge die ethische Vertretbarkeit der Uterustransplantation. Diese könne allerdings nur durchgeführt werden, wenn die Voraussetzungen der *Montreal Criteria* (siehe Abbildung Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation aus dem Jahr 2012) erfüllt seien.

[Rz 62] Gemäss den Vorgaben der *Montreal Criteria* muss die Empfängerin eine Frau im reproduktionsfähigen Alter sein und es dürfen mit Bezug auf die Transplantation keine medizinischen Kontraindikationen bestehen. Die Empfängerin muss an einer angeborenen oder erworbenen uterin bedingten Unfruchtbarkeit leiden, die nicht anders behandelt werden kann. Die Leihmutterchaft oder die Adoption müssen aus persönlichen oder rechtlichen Gründen ausscheiden, oder aber die Empfängerin möchte selber eine Schwangerschaft erleben, im Wissen um die eingeschränkten Empfindungen nach einer Uterustransplantation. Zudem muss ein psychologisches Gutachten erstellt werden, welches den Wunsch nach einer Transplantation als rational begründet einstuft. Im Weiteren darf die Frau nicht offensichtlich ungeeignet sein für die Mutterschaft.

---

<sup>127</sup> MILLIEZ (Fn. 21), 270.

<sup>128</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 101), 439–447.

<sup>129</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 101), 446.

<sup>130</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 101), 446.

Selbstverständlich muss die Empfängerin urteilsfähig sein und gemäss dem Prinzip des *informed consent* über alle möglichen Schritte, Risiken und Konsequenzen aufgeklärt worden sein und der Transplantation frei und ohne Zwang zustimmen.

[Rz 63] Urteilsfähigkeit, die umfassende Aufklärung und eine auf freiem Willen beruhende Zustimmung müssen auch in Bezug auf die Spenderin gegeben sein. Auch die Spenderin muss eine Frau im reproduktionsfähigen Alter sein, bei der keine medizinischen Gründe gegen eine Transplantation sprechen. Sie darf nicht an einer uterinen Krankheit oder Fehlfunktion gelitten haben. Bezüglich ihrer Selbstbestimmung braucht es den dokumentierten Willen, dass sie keine Kinder (mehr) wünscht, oder aber bereit ist, ihren Uterus nach ihrem Tod zu spenden.

[Rz 64] Zudem definieren die *Montreal Criteria* vier Voraussetzungen, die das Behandlungsteam, welches die Transplantation durchführt, erfüllen muss.<sup>131</sup> Sie orientieren sich dabei an MOORE, gemäss welchem ein neuartiger chirurgischer Eingriff zuerst im Labor getestet werden (*laboratory background*) und auf interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie dem Austausch von Wissen, Erfahrungen und Daten beruhen (*field strength*) muss. Die Unterstützung und Zusammenarbeit innerhalb der gesamten Klinik, in der das neue Verfahren zur Anwendung kommen soll, muss zudem in praktischer, organisatorischer und finanzieller Hinsicht gegeben sein (*institutional stability*).<sup>132</sup> Ausserdem ist das Behandlungsteam verpflichtet, sowohl Empfängerin als auch Spenderin über die Risiken, die möglichen Komplikationen und Folgen sowie die Erfolgsaussichten zu informieren. Innerhalb des Behandlungsteams dürfen keine Interessenskonflikte bestehen und in den Fällen, in welchen keine gerichtete Spende vorliegt, muss die Anonymität zwischen Empfängerin und Spenderin gewährleistet werden.

---

<sup>131</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 101), 442.

<sup>132</sup> FRANCIS D. MOORE, Ethical Problems Special to Surgery, Surgical Teaching, Surgical Innovation, and the Surgeon in Managed Care, in: Arch Surg. 135 (2000), 14–16, 15.

Assuming that a human uterine transplant is shown to lead to a viable gestation and is proven to be medically safe for the mother and fetus, a woman may be considered as a candidate for a uterine transplant if and only if all of the following criteria, as they pertain to three distinct groups, are met:

1. The recipient

- a. is a genetic female of reproductive age with no medical contraindications to transplantation,
- b. has documented congenital or acquired UFI which has failed all current gold standard and conservative therapy,
- c. (c1) has a personal or legal contraindication to surrogacy and adoption measures, or (c2) seeks the UTx solely as a measure to experience gestation, with an understanding of the limitations provided by the UTx in this respect,
- d. has not had her decision to undergo UTx deemed as irrational expert psychological evaluation,
- e. does not exhibit frank unsuitability for motherhood, and
- f. is responsible enough to consent, informed enough to make a responsible decision, and not under coercion.

2. The donor

- g. is a female of reproductive age with no medical contraindications to donation,
- h. (h1) has repeatedly attested to her conclusion of parity, or (h2) has signed an advanced directive for post-mortem organ donation,
- i. has no history of uterine damage or disease, and
- j. is responsible enough to consent, informed enough to make a responsible decision, and not under coercion.

3. The health care team

- k. is part of an institution that meets Moore's third criteria as it pertains to institutional stability,
- l. has provided adequate informed consent to both parties regarding risks, potential sequelae, and chances of success and failure,
- m. has no conflict of interest independently or with either party, and
- n. has the duty to preserve anonymity if the donor or recipient do not explicitly waive this right.

Die erste Version der *Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation* aus dem Jahr 2012.<sup>133</sup>

[Rz 65] Als kurz nach der Veröffentlichung der *Montreal Criteria* in Schweden die erste Transplantation zugunsten eines Menschen gelang und erste Erfahrungen mit der Uterustransplantation gemacht werden konnten, sahen sich die Autoren im Jahr 2013 veranlasst, die Richtlinie zu ergänzen. Hinzugefügt wurde zum einen, eine Transplantation dürfe nur durchgeführt werden, wenn die Empfängerin auch tatsächlich ein Kind wünsche. Denn nur dann würden die Vorteile der Transplantation deren Risiken überwiegen. Andere Bedürfnisse nach einem Uterus, so solche be-

---

<sup>133</sup> AUS LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 101), 444.

zogen auf weibliche Identitätsgefühle, könnten eine Uterustransplantation nicht rechtfertigen.<sup>134</sup> Zudem wurden die Kriterien dahingehend ergänzt, dass die Empfängerin bereit sein müsse, die nötigen Immunsuppressiva einzunehmen und in Bezug auf nötige Behandlungen und Untersuchungen sich kooperativ zu verhalten.<sup>135</sup> Bewusst festgehalten wurde an der Voraussetzung, dass es sich bei der Empfängerin um eine Frau handeln müsse. Zwar war man sich einig, dass auch gleichgeschlechtliche Paare und transsexuelle Personen ein Recht auf reproduktive Selbstbestimmung haben, das Verfahren zugunsten eines Mannes sei aber bislang zu wenig erforscht und das Erfordernis des *laboratory background* sei (noch) nicht erfüllt.<sup>136</sup> Auch an der Voraussetzung, die Eignung der Empfängerin als Mutter zu überprüfen, wurde festgehalten, unter anderem mit dem Hinweis, auch Eltern, die ein Kind adoptieren möchten, müssten sich einer solchen Prüfung unterziehen. Eine Uterustransplantation bedeute nicht nur die Verantwortung für das erhaltene Organ, sondern auch für das zukünftige Kind.<sup>137</sup>

---

<sup>134</sup> ARIEL LEFKOWITZ / MARCEL EDWARDS / JACQUES BALAYLA, Ethical considerations in the era of the uterine transplant: An update of the *Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation*, in: *Fertility and Sterility* (2012), Vol. 100, Nr. 4, 924–926, 925.

<sup>135</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 134), Update of the Montreal Criteria, 925.

<sup>136</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 134), Update of the Montreal Criteria, 924.

<sup>137</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 134), Update of the Montreal Criteria, 925.

**TABLE 1**

**The revised Montreal Criteria for the Ethical Feasibility of Uterine Transplantation.**

1. The recipient
  - a. is a genetic female of reproductive age with no medical contraindications to transplantation,
  - b. has documented congenital or acquired UFI that has failed all current gold standard and conservative therapy,
  - c. (c1) has a personal or legal contraindication to surrogacy and adoption measures **and desires to have a child**, or (c2) seeks the UTx solely as a measure to experience gestation, with an understanding of the limitations provided by the UTx in this respect,
  - d. has not had her decision to undergo UTx deemed as irrational by expert psychological evaluation, **and has no psychological comorbidity that interferes with diagnostic workup or treatment**,
  - e. does not exhibit frank unsuitability for motherhood,
  - f. **is likely to take antirejection medication and follow up with the treating team in a responsible manner**, and
  - g. is responsible enough to consent, informed enough to make a responsible decision.
2. The donor
  - a. is a female of reproductive age with no medical contraindications to donation,
  - b. (b1) has repeatedly attested to her conclusion of parity, or (b2) has signed an advanced directive for postmortem organ donation,
  - c. has no history of uterine damage or disease, and
  - d. is responsible enough to consent, informed enough to make a responsible decision, and not under coercion.
3. The health care team
  - a. is part of an institution that meets Moore's third criterion as it pertains to institutional stability,
  - b. has provided adequate informed consent to both parties regarding risks, potential sequelae, and chances of success and failure,
  - c. has no conflict of interest independently or with either party, and
  - d. has the duty to preserve anonymity if the donor or recipient do not explicitly waive this right.

*Note:* Assuming that a human uterine transplant (UTx) is shown to lead to a viable gestation and is proven to be medically safe for the mother and fetus, a woman may be considered as a candidate for a uterine transplant if and only if all of the above criteria, as they pertain to three distinct groups, are met.

*Lefkowitz. Ethics for uterine transplantation. Fertil Steril 2013.*

Die revidierten Montreal Kriterien aus dem Jahr 2013. (Änderungen von den Autorinnen dieses Beitrages hervorgehoben).<sup>138</sup>

[Rz 66] Die *Montreal Criteria* ist die erste und bislang einzige ethische Richtlinie, die sich mit der Uterustransplantation umfassend auseinandersetzt. Für die medizinische Praxis dürfte sie hilfreich sein. Aus der Praxis kam in der Zwischenzeit denn auch bereits der Hinweis, dass man sich durchaus an den *Montreal Criteria* orientiere, diese jedoch nur bedingt anwendbar seien, da sie eher auf theoretischen Annahmen basieren.<sup>139</sup> Kritisch zu hinterfragen sind schliesslich gewisse geforderte Eigenschaften hinsichtlich der Spenderin und der Empfängerin. Aufgrund der heutigen Erkenntnisse scheint es nicht mehr zwingend notwendig, dass die Spenderin in reproduktionsfähigem Alter ist, zumal auch die Transplantation von postmenopausalen Uteri erfolgreich war. Auch die Argumentation, weshalb die Eignung der Empfängerin als Mutter zu überprüfen sei, muss zumindest kritisch diskutiert werden. Der Vergleich mit der Adoption ist ungenügend, zumal bei der Adoption Eltern für ein bereits geborenes Kind gesucht werden, während die Uterustransplantation die Existenz eines Kindes erst ermöglichen soll, welches ansonsten gar nie geboren würde. Schliesslich scheint die Begründung für den Ausschluss von Männern und *transgender* Menschen vom Verfahren wohl eher moralischer Natur zu sein, zumal sich die Uterustransplantation auch für Frauen noch im experimentellen Stadium befindet. Nichtsdestotrotz können die *Montreal Criteria* als Orientierungshilfe auch für eine mögliche Gesetzgebung beigezogen werden.

[Rz 67] Der Eingriff bleibt allerdings umstritten und wird von einigen grundsätzlich in Frage gestellt. MUMTAZ/LEVAY befassen sich in ihrem Bericht mit der Realisierbarkeit der Uterustransplantation unter den *Montreal Criteria* in einkommensschwachen Ländern am Beispiel von Pakistan. Sie weisen auf die Gefahr des Organhandels hin in einem nur ungenügend regulierten Gesundheitssektor.<sup>140</sup> Die Autorinnen bezweifeln, dass die Gesundheitssysteme in Ländern wie Pakistan fähig sind, die angemessenen Standards einzuhalten. Sie weisen zudem auf den möglichen gesellschaftlichen und familiären Druck auf Frauen hin, eine bestimmte Rolle zu erfüllen, was ihre Selbstbestimmung massiv verletzen würde.<sup>141</sup>

[Rz 68] Diese Bedenken sind nachvollziehbar. Sie treffen aber generell auf Organspenden und fortpflanzungsmedizinische Verfahren zu, die im jeweiligen medizinischen, sozialen und kulturellen Kontext zu evaluieren sind. Umso wichtiger sind der internationale Austausch und die Etablierung von universell geltenden Standards.

## VII. Zukünftige gesetzliche Regelungen in der Schweiz?

[Rz 69] Zurzeit steht die Uterustransplantation noch in der experimentellen Phase. Mit den Erfolgen in Schweden ist man dem Ziel aber einen grossen Schritt näher gerückt. Die nächsten Monate und Jahre werden wohl darüber entscheiden, ob sie zu einem Standardverfahren avanciert. Sollte sich dieses Verfahren tatsächlich etablieren, müssten neue Regelungen getroffen werden.

---

<sup>138</sup> LEFKOWITZ/EDWARDS/BALAYLA (Fn. 134), Update of the Montreal Criteria, 924.

<sup>139</sup> FLYCKT et al. (Fn. 16), 838 f.

<sup>140</sup> ZUBIA MUMTAZ / ADRIENNE LEVAY, Ethics Criteria for Uterine Transplants: Relevance for Low-Income, Pronatalistic Societies?, in: Journal of Clinical Research & Bioethics (2012), 1–5, 2 f.

<sup>141</sup> MUMTAZ/LEVAY (Fn. 140), 3.

Zwar kann die Uterustransplantation unter die Transplantationsgesetzgebung subsumiert werden, jedoch passen die Regelungen nur bedingt. Insbesondere fehlen konkretisierende und auf die Uterusspende zugeschnittene Bestimmungen auf Verordnungsebene. Die Uterustransplantation stellt keine Transplantation im klassischen Sinne dar und kann nicht ohne die fortpflanzungsmedizinischen Implikationen gedacht werden. Es braucht Regelungen, welche die Prinzipien der Transplantationsmedizin und der Fortpflanzungsmedizin zusammenführen und gleichzeitig Raum für individuelle Lösungen lassen. Die Formulierung von ethischen Richtlinien und der Beizug von bereits bestehenden Richtlinien, wie die *Montreal Criteria*, kann ein erster Schritt sein. Folgende Aspekte sind bei einer möglichen zukünftigen Regelung zu beachten:

[Rz 70] Das Prinzip des *informed consent* bei medizinischen Eingriffen ist zentral. In Bezug auf einen Eingriff von der Schwere der Uterustransplantation muss dieses Prinzip konkretisiert werden. Dasselbe gilt für die Elemente einer Risiko-Nutzen-Abwägung auf Seiten der Empfängerin. Psychologische Begleitung ist zudem unerlässlich.

[Rz 71] Klärungsbedürftige Fragen stellen sich auch im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung bei der postmortalen Spende. Jedenfalls muss sichergestellt sein, dass eine mögliche Zustimmung zur Organspende auch die Uterusspende umfasst.

[Rz 72] Insbesondere die Zuteilungskriterien des geltenden Transplantationsrechts greifen für die Uterustransplantation zu kurz. Das liegt daran, dass es sich bei der Uterustransplantation zwar um eine Transplantation im Sinne des Transplantationsgesetzes handelt, die Transplantation selbst aber nur ein Zwischenschritt ist auf dem Weg zum eigentlichen Ziel: die Geburt eines Kindes. Elemente, welche im Kontext der Fortpflanzungsmedizin relevant sind, insbesondere die Möglichkeit, sich in die Elternrolle einzufinden, müssen folglich miteinbezogen werden.

[Rz 73] Freilich stellen sich dem Gesetzgeber auch Fragen der Finanzierung. Bei herkömmlichen Transplantationen ist es in der Regel die Krankenkasse des Empfängers, die über die Grundversicherung die Kosten übernimmt (Art. 14 Abs. 2 Transplantationsgesetz, Art. 12 Transplantationsverordnung).<sup>142</sup> Ob diese in Zukunft auch für die Kosten einer Uterustransplantation aufkommen würde, ist fraglich. Die Krankenpflegeversicherung darf grundsätzlich nur Leistungen übernehmen, welche in einem Leistungskatalog auf Gesetzes- oder Verordnungsebene enthalten sind (Art. 34 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; KVG).<sup>143</sup> Dafür muss gemäss Art. 32 KVG deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erwiesen sein (sog. WZW-Kriterien).<sup>144</sup> Wird in Zukunft in der Schweiz eine Uterustransplantation ausserhalb eines Forschungsprojektes angeboten, so ist unklar, wie eine Überprüfung der WZW-Kriterien ausfallen würde. Es ist aber wohl davon auszugehen, dass eine Uterustransplantation zumindest nicht vorbehaltlos von der Grundversicherung gedeckt werden würde. Zusätzlich zu den Transplantationskosten fallen die Kosten für die *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung an, welche in der

---

<sup>142</sup> Mit detaillierten Ausführungen TREMP (Fn. 89), 146 ff., 154 ff.

<sup>143</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (SR 832.10).

<sup>144</sup> Der Krankenversicherer kann eine Überprüfung der WZW-Kriterien verlangen und er muss die Kosten dann nicht übernehmen, wenn diese verneint werden, oder aber diese wegen der Neuartigkeit der Leistung und der fehlenden Erfahrung gar nicht überprüft werden können. Vgl. TREMP (Fn. 89), 148.

Schweiz nicht von der Grundversicherung übernommen werden.<sup>145</sup> Betroffene Frauen müssten selbstständig für die Kosten des gesamten Verfahrens aufkommen.<sup>146</sup>

[Rz 74] Schliesslich fordert die Möglichkeit, einen Uterus transplantieren zu können, grundlegende Konzepte von Mutterschaft und Vaterschaft heraus. Es wäre denkbar, dass ein Mann eine Uterusspende empfängt, eine Schwangerschaft austrägt und ein Kind gebärt. Zwar ist das ein höchst aufwändiges Verfahren, welches chirurgische Eingriffe im abdominalen und genitalen Bereich und medikamentöse Hormonbehandlungen erfordern würde,<sup>147</sup> es bestehen aber entsprechende Forschungsvorhaben.<sup>148</sup> Potenzielle Empfänger könnten Männer in gleichgeschlechtlichen Beziehungen sein, aber auch männliche Partner von Frauen, die aus verschiedenen Gründen einen Embryo nicht austragen können. Die abstrakte Möglichkeit der Uterustransplantation zugunsten von Männern löst heftige Reaktionen aus,<sup>149</sup> zumal es eine radikale Infragestellung der Geschlechterordnung bedeuten würde. Den gebärenden Mann gibt es aber bereits. Weltweit kamen seit 2008 mehrere Kinder zur Welt, die von einem Mann geboren wurden.<sup>150</sup> Dabei handelt es sich um Männer, welche als Frauen geboren wurden, und deshalb über weibliche Geschlechtsorgane verfügen, inzwischen aber eine Geschlechtsänderung vollzogen haben.<sup>151</sup>

[Rz 75] Die Uterustransplantation zugunsten von Männern steht jedenfalls nicht im Vordergrund der Diskussionen und ihre medizinische Machbarkeit ist noch nicht erwiesen. Zudem gilt es für den Schweizer Kontext zu bedenken, dass die im Anschluss an die Transplantation notwendige *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung nur verschiedengeschlechtlichen Paaren zur Verfügung steht

---

<sup>145</sup> Gemäss AMSTUTZ/GÄCHTER fallen pro Behandlungszyklus Kosten in der Höhe von 5'000 bis 7'000 CHF an, wobei es für eine Schwangerschaft meist zwei bis drei Zyklen braucht. Prof. Imthurn vom Universitätsspital Zürich geht für die *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung im Rahmen der Uterustransplantation von Kosten zwischen 5'000 bis 15'000 CHF aus. Insgesamt machen diese Kosten jedoch bloss einen relativ kleinen Anteil an den geschätzten Gesamtkosten von 100'000 CHF aus. AMSTUTZ/GÄCHTER (Fn. 120), 20; zur Verneinung der Kostenübernahmepflicht einer *In-vitro*-Fertilisation siehe auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_835/2011 vom 1. Oktober 2012 und Anhang 1 Ziff. 3 «Gynäkologie, Geburtshilfe» der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (SR 832.112.31).

<sup>146</sup> Allenfalls übernimmt das Transplantationszentrum einen Teil oder die gesamten Kosten. TREMP (Fn. 89), 148, Fussnote 540.

<sup>147</sup> Eine eher ablehnende Haltung bzw. Zweifel an der Machbarkeit einer Transplantation zugunsten von Männern zeigen die Zürcher Mediziner Pierre-Alain Clavien und Bruno Imthurn; vgl. Interview «Kinderlosigkeit ist eine Krankheit» (Fn. 110). Davon, dass Uterustransplantationen zumindest für transsexuelle Männer, die zu Frauen geworden sind, bald möglich und Realität sein werden, ist Mats Brännström hingegen überzeugt; vgl. sein Interview in der Neuen Zürcher Zeitung (Fn. 40).

<sup>148</sup> Die Uterustransplantation für transsexuelle Personen wird gemäss verschiedenen Berichten am Hôpital Forch in Paris erforscht: [http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/10/13/greffe-d-uterus-la-france-sur-les-rangs\\_4505311\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/10/13/greffe-d-uterus-la-france-sur-les-rangs_4505311_1650684.html); [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/transplantation-uterine-apres-la-suede-bientot-la-france\\_29189](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/transplantation-uterine-apres-la-suede-bientot-la-france_29189); <http://www.tdg.ch/savoirs/sante/medecins-preparent-greffe-uterus/story/13723034>.

<sup>149</sup> Die Ankündigung über das geplante Zentrum für Uterustransplantationen am Universitätsspital Zürich wurde unter anderem mit Schlagzeilen betitelt wie «Werden Männer bald Mütter?», verfügbar unter <http://www.blick.ch/news/schweiz/schweizer-aerzte-planen-gebaumutter-transplantation-werden-maenner-bald-muetter-id5396227.html>.

<sup>150</sup> Thomas Beatie war der erste Mann, der 2008 in den USA ein Kind zur Welt brachte. Thomas war als Nancy geboren und durchlief 1998 ein geschlechtsänderndes Verfahren. Inzwischen haben er und seine (Ex-)Frau drei Kinder; <https://www.welt.de/vermischtes/article2086342/Der-schwangere-Mann-bekommt-eine-Tochter.html>; [https://de.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_Beatie](https://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_Beatie); 2013 wurde in Deutschland das erste Mal ein Kind von einem Mann geboren. <http://www.n-tv.de/panorama/Mann-bringt-Kind-zur-Welt-article11327766.html>; auch in Südamerika machte ein transsexuelles Paar Schlagzeilen, das 2016 ein Kind zur Welt bringen konnte. <http://www.blickamabend.ch/news/so-geht-moderne-familie-mann-gebaert-ein-kind-und-der-vater-ist-seine-frau-id5528561.html>.

<sup>151</sup> Eine solche ist in einer zunehmenden Zahl von Ländern auch ohne geschlechtsanpassende Operationen und andere Behandlungen möglich. Auch in der Schweiz gibt es inzwischen zahlreiche Gerichtsentscheide, die festhalten, dass der Nachweis der Fortpflanzungsunfähigkeit für die Änderung des Geschlechtseintrags nicht vorausgesetzt werden darf. Vgl. dazu die Hinweise in BÜCHLER (Fn. 50), Reproduktive Autonomie, 39.

(Art. 28 PartG, Art. 3 Abs. 2 lit. a FMedG). Für den Fall, dass die Frau funktionierende Eizellen besitzt, einen Embryo aber nicht austragen kann, könnte aber die Uterustransplantation zugunsten des Mannes mit anschliessender *In-vitro*-Fertilisationsbehandlung zielführend sein. Das Kind hätte einen Vater und eine Mutter, lediglich während der Schwangerschaft würden die Rollen vertauscht. Freilich stiesse das geltende Abstammungsrecht mit seinem Grundsatz, dass Mutterschaft durch die Geburt entsteht, an seine Grenzen.

## VIII. Schluss

[Rz 76] Wie weit jemand für die Erfüllung des Kinderwunsches gehen will, ist eine individuelle Entscheidung, zumal die Grenze zwischen wertvoller Hilfe und moralisch nicht vertretbarem Eingriff in die Natur unterschiedlich gezogen wird. Für die einen mag die Uterustransplantation diese Grenze überschreiten. Die notwendigen Eingriffe sind mit vielen Risiken verbunden. Für die anderen bietet sie Hoffnung und Lebensqualität. Die Uterusspende steht ganz am Anfang ihrer Entwicklung und erst die Zukunft wird zeigen, ob sie sich etablieren kann. Fakt ist, dass sie Frauen, die an uterin bedingter Unfruchtbarkeit leiden, eine neue Option auf dem Weg, Mutter zu werden, bietet. Keinesfalls sollte sie aber gegen andere Optionen, insbesondere gegen die Leihmutterschaft ausgespielt werden.

[Rz 77] Die Uterustransplantation ist ein Schritt auf dem Weg zur Realisierung des Kinderwunsches. Die Fortpflanzungsmedizin ist zwingend auch involviert. Regelungen müssen diesem Dasein zwischen Transplantation und Fortpflanzung gerecht werden. Wünschenswert auf dem Weg dorthin ist eine breite öffentliche Debatte über die ethischen Implikationen dieser Entwicklungen und darüber, ob und inwieweit es angemessen ist, personelle, finanzielle und intellektuelle Ressourcen in die Etablierung dieses neuen Verfahrens zu investieren.

---

Prof. Dr. iur. ANDREA BÜCHLER ist Professorin für Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Zürich. Seit 2016 präsidiert sie die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin. In diesem Beitrag gibt sie ihre persönliche Meinung wieder.

MLaw EVA SCHLUMPF ist wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl von Prof. Andrea Büchler.

Die Autorinnen danken ganz herzlich Prof. Dr. med., Dipl. Soz. Tanja Krones für die wertvollen Hinweise.