

DOROTHÉE-CHRISTINE HEYN

Assistierte Reproduktion mittels Uterustransplantation

*Studien zum
Medizin- und Gesundheitsrecht
22*

Mohr Siebeck

Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht

Herausgegeben von

Steffen Augsberg, Karsten Gaede, Jens Prütting

22



Dorothee-Christine Heyn

Assistierte Reproduktion mittels Uterustransplantation

Eine rechtliche Bewertung

Mohr Siebeck

Dorothee-Christine Heyn, geboren 1997; Studium der Rechtswissenschaften an der Bucerius Law School in Hamburg und der Universität Lund in Schweden; 2021 Erstes Juristisches Staatsexamen; 2021–2024 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Medizin- und Gesundheitsrecht an der Bucerius Law School; 2025 Promotion; seit 2024 Rechtsreferendariat am Hanseatischen Oberlandesgericht, Hamburg.



Gedruckt mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Akademikerinnenbundes e.V. und der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung.

ISBN 978-3-16-164788-8 / eISBN 978-3-16-164789-5

DOI 10.1628/978-3-16-164789-5

ISSN 2699-6855 / eISSN 2699-6863 (Studien zum Medizin- und Gesundheitsrecht)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind über <https://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2025 Mohr Siebeck Tübingen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigung, Übersetzung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Recht einer Nutzung der Inhalte dieses Werkes zum Zwecke des Text- und Data-Mining im Sinne von § 44b UrhG bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Gedruckt auf alterungsbeständiges Papier. Satz: Laupp & Göbel, Gomaringen.

Mohr Siebeck GmbH & Co. KG, Wilhelmstraße 18, 72074 Tübingen, Deutschland
www.mohrsiebeck.com, info@mohrsiebeck.com

Vorwort

Der Promotionsausschuss der Bucerius Law School – Hochschule für Rechtswissenschaft, Hamburg, hat diese Arbeit im April 2024 als Dissertation angenommen. Rechtsprechung und Literatur konnten bis zu diesem Zeitpunkt berücksichtigt werden. Die mündliche Prüfung fand am 21. Mai 2025 statt.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Jens Prütting, der mir stets mit wertvollen Anregungen, wissenschaftlicher Klarheit und großem Vertrauen zur Seite stand. Seine Unterstützung und die gewährte Freiheit haben entscheidend dazu beigetragen, dass diese Arbeit in ihrer vorliegenden Form entstehen konnte. Ebenso danke ich Herrn Prof. Dr. Felix Hanschmann für sein ausführliches Gutachten, in dem er weitere Aspekte meiner Arbeit herausgearbeitet und insbesondere die mir sehr wichtige Empathie gegenüber den Betroffenen hervorgehoben hat.

Zudem möchte ich mich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Transplantationszentrums des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die aufschlussreichen Gespräche und die mir großzügig gewidmete Zeit bedanken, die mir wertvolle Einblicke in die praktische Umsetzung transplantationsrechtlicher Fragestellungen ermöglicht haben.

Der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung und dem Deutschen Akademikerinnenbund e. V. danke ich für die großzügige finanzielle Förderung der Publikation.

Ebenso möchte ich meinen Kolleginnen und Kollegen am Lehrstuhl Privatrecht VII – Bürgerliches Recht, Medizin- und Gesundheitsrecht – für die anregende und stets angenehme Zusammenarbeit danken.

Meinen Eltern gilt mein tief empfundener Dank für ihre uneingeschränkte Unterstützung. Besonders meinem Vater danke ich, der mir während der gesamten Promotionszeit als Ansprechpartner zur Seite gestanden hat. Schließlich danke ich Julius Firnhaber für seine Motivation und seine stetige Unterstützung während dieser Zeit.

Hamburg, im Herbst 2025

Dorothee-Christine Heyn

Inhaltsübersicht

Vorwort	V
Inhaltsverzeichnis	IX
Teil 1: Einführung	1
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	1
A. Thematischer Umriss	1
B. Gang der Untersuchung	5
C. Beschränkung des Untersuchungsgegenstandes	6
<i>Kapitel 2 – Medizinische Grundlagen</i>	8
A. Historische Entwicklung der Behandlungsmethode	8
B. Zielgruppe	10
C. Behandlungsprozess	15
D. Risiken	24
E. Zusammenfassung	30
Teil 2: Die verfassungsrechtlichen Hintergründe	31
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	31
A. Grundrechte im allgemeinen Kontext der Fortpflanzungsmedizin	32
B. Untersuchungsperspektive	33
<i>Kapitel 2 – Die verfassungsrechtlichen Grundlagen der Zulässigkeitsfrage</i>	35
A. Die potentielle Mutter	36
B. Die Gebärmutterspenderin	71
C. Das potentielle Kind	94
D. Der potentielle Vater	111
E. Die behandelnde Ärzteschaft	113
F. Gesamtbetrachtung	115
G. Zusammenfassung der Ergebnisse	128
<i>Kapitel 3 – Die Fragen der Finanzierung und des Organvergabesystems in verfassungsrechtlicher Hinsicht</i>	130
A. Die Finanzierung	130
B. Das Vergabesystem	137

Teil 3: Die Behandlungsmethode der Uterustransplantation <i>de lege lata</i> – der einfachgesetzliche Teil	151
<i>Kapitel 1 – Transplantationsrechtliche Bewertung</i>	153
A. Einleitung	153
B. Systematik und Anwendungsbereich des Transplantationsgesetzes	157
C. Die Lebendspende	162
D. Die Totspende	234
E. Ergebnis	260
<i>Kapitel 2 – Fortpflanzungsrechtliche Bewertung</i>	262
A. Einführung	262
B. Das Embryonenschutzgesetz	263
C. Das Transplantationsgesetz	269
D. Ergebnis	286
<i>Kapitel 3 – Möglichkeiten der Eintrittspflichtigkeit der GKV</i>	288
A. Einleitung	288
B. Abgrenzung von § 27 Abs. 1 Satz 5 zu § 27a SGB V	290
C. Die Herstellung der Empfängnisfähigkeit: § 27 Abs. 1 Satz 5 SGB V	291
D. Die künstliche Befruchtung und Kryokonservierung: § 27a SGB V	294
E. Ergebnis	300
Teil 4: Perspektiven	303
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	303
A. Rekapitulation der verfassungsrechtlichen Hintergründe bzgl. einer Regelungspflicht des Gesetzgebers	304
B. Nachbesserungspflicht	305
C. Regelungsdichte	307
D. Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	307
<i>Kapitel 2 – Ausgestaltung einer Regelung de lege ferenda</i>	309
A. Regelungsebene	309
B. Regelungsinhalt	320
C. Ergebnis	339
Teil 5: Schluss	341
Literaturverzeichnis	345
Sachregister	371

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Inhaltsübersicht	VII
Teil 1: Einführung	1
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	1
A. Thematischer Umriss	1
B. Gang der Untersuchung	5
C. Beschränkung des Untersuchungsgegenstandes	6
<i>Kapitel 2 – Medizinische Grundlagen</i>	8
A. Historische Entwicklung der Behandlungsmethode	8
B. Zielgruppe	10
I. Natürliche Fortpflanzung und Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit	11
II. Indikation für die Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation	14
C. Behandlungsprozess	15
I. Screening	16
II. In-vitro-Fertilisation und Kryokonservierung	17
III. Transplantationsoperation	18
1. Vorteile einer Lebendspende	19
2. Nachteile einer Lebendspende	20
3. Zwischenergebnis	22
IV. Schwangerschaftseinleitung	22
V. Schwangerschaft und Geburt	22
VI. Entfernung der Gebärmutter	23
VII. Zwischenergebnis	23
D. Risiken	24
I. Risiken für die potentielle Mutter	24
1. Physische Risiken	24
2. Psychische Risiken	26
a) Psychische Drucksituation	26
b) Kein Gefühl einer „natürlichen Schwangerschaft“	26

c) Familiengebilde	27
II. Risiken für die Spenderin	27
a) Physische Risiken	27
b) Psychische Risiken	28
III. Risiken für das zu gebärende Kind	29
E. Zusammenfassung	30
Teil 2: Die verfassungsrechtlichen Hintergründe	31
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	31
A. Grundrechte im allgemeinen Kontext der Fortpflanzungsmedizin	32
B. Untersuchungsperspektive	33
<i>Kapitel 2 – Die verfassungsrechtlichen Grundlagen der Zulässigkeitsfrage</i>	35
A. Die potentielle Mutter	36
I. Das Grundrecht der Fortpflanzungsfreiheit	37
1. Herleitung	37
2. Schutzbereich	40
a) Personeller Schutzbereich	40
b) Sachlicher Schutzbereich	41
aa) Inanspruchnahme assistierter Reproduktion	41
bb) Erfassung der Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation	42
3. Abwehrdimension und mögliche Eingriffe	43
4. Rechtfertigung	44
a) Vorbehaltlos gewährtes Grundrecht	44
b) Maßstab und Bedeutungsgehalt des Grundrechts	44
5. Ergebnis	45
II. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit	45
1. Konkurrenzlage	46
2. Schutzbereich	47
a) Personeller Schutzbereich	47
b) Sachlicher Schutzbereich	47
aa) Biologisch-physiologische Eigenschaften	48
(1) Erfassung der Fortpflanzungsfähigkeit	48
(2) Bedeutung und Stellenwert der Fortpflanzungsfähigkeit	50
bb) Schutz der Selbstbestimmung	50
c) Zwischenergebnis	51
3. Grundrechtsdimensionen	51
a) Abwehrdimension	51
aa) Recht auf rechtliche Zulässigkeit der Gebärmuttertransplantation	52

(1) Mittelbarer Eingriff	53
(2) Voraussetzungen für ein Zugangsrecht aufgrund einer mittelbaren Beeinträchtigung	54
(a) Heilungsmöglichkeit	55
(b) Linderungsmöglichkeit	56
(3) Zwischenergebnis	58
bb) Weitere Abwehrdimensionen	58
(1) Regelungen zur Durchführung	58
(2) Regelungen zum Spenderkreis	59
(3) Regelungen zur Subsidiarität der Lebendspende	59
cc) Zwischenergebnis	60
b) Leistungsdimension	60
aa) Ausgangspunkt	61
bb) Schutzpflicht des Staates bei Eingriffen durch Dritte	62
(1) Einführung	62
(2) Fremdschädigung mit Einwilligung	63
(a) Gleichlauf mit der Selbstschädigung	63
(b) Umgang mit der Selbstschädigung	64
(3) Zwischenergebnis	66
cc) Ausformung der Schutzpflicht	66
(1) Regelungspflicht zugunsten von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG	66
(a) Qualitätsanforderungen an die ärztliche Behandlung	67
(b) Sicherstellung der selbstbestimmten Entscheidung	68
(2) Zwischenergebnis	69
4. Rechtfertigung	69
a) Einfacher Gesetzesvorbehalt	69
b) Maßstab	69
III. Ergebnis	70
B. Die Gebärmutterspenderin	71
I. Die Menschenwürde als absoluter Ausschluss	71
1. Schutzbereich	72
a) Objektformel	72
b) Beispielfälle	72
c) Problemlage bei der Gebärmutterspende	73
d) Keine Betroffenheit bei der Gebärmutterspende	74
2. Zwischenergebnis	76
II. Grundrechtlicher Schutz der Entscheidung zur Gebärmutterspende	76
1. Schutz der Entscheidung zur Fortpflanzungsmitwirkung	77
a) Grundrecht auf Fortpflanzungsfreiheit	77
b) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht	79
c) Die allgemeine Handlungsfreiheit	80
d) Zwischenergebnis	80

2. Schutz der Spendeentscheidung	80
a) Grundrechtliche Absicherung der Lebendspende	81
aa) Herleitung	82
bb) Umfang	84
cc) Begrenzungen aufgrund einer Schutzpflicht des Gesetzgebers	85
(1) Verbotspflicht	85
(2) Beschränkungsberechtigung zugunsten der Gewährleistung der Selbstbestimmung und des Gesundheitsschutzes	86
dd) Zwischenergebnis	88
b) Grundrechtliche Absicherung der Totspende	89
aa) Herleitung	89
bb) Umfang	91
(1) Selbstbestimmte Entscheidung zur postmortalen Gebärmutterspende	91
(2) Zustimmung zur postmortalen Gebärmutterspende durch Angehörige	91
(a) Die Zustimmung durch Angehörige im Allgemeinen	92
(b) Die Zustimmung durch Angehörige bei der Gebärmutterspende	93
cc) Zwischenergebnis	94
III. Ergebnis	94
C. Das potentielle Kind	94
I. Einführung: Das zu schützende Kindeswohl	95
II. Grundrechtsträgerschaft	97
1. Bedeutung in der Fortpflanzungsmedizin und Darstellung der dogmatischen Problematik	97
2. Unterscheidung der einzelnen Entstehungsphasen in Bezug auf die Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation	98
3. Vorphase der Vereinbarungen	98
a) Verfassungsdogmatische Anknüpfung	99
aa) Argumente für eine Anerkennung der Vorwirkung	99
bb) Argumente für eine Ablehnung der Vorwirkung	99
cc) Vermittlungslösung	101
b) Betroffenheit des hypothetischen Kindes beim Heranwachsen in einer transplantierten Gebärmutter	102
4. Embryonenstadium in-vitro	102
a) Die Menschenwürde	103
b) Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit	104
aa) Entkoppelung von Art. 1 Abs. 1 GG	104
bb) Schutzbereich	105
(1) Personeller Schutzbereich	105

(2) Sachlicher Schutzbereich	107
cc) Beeinträchtigung	108
dd) Auswirkungen	110
III. Ergebnis	111
D. Der potentielle Vater	111
I. Das Grundrecht der Fortpflanzungsfreiheit	111
1. Schutzbereich	111
2. Auswirkungen	112
II. Ergebnis	113
E. Die behandelnde Ärzteschaft	113
I. Das Grundrecht der Berufsfreiheit	114
1. Schutzbereich	114
2. Eingriff und Rechtfertigung	115
II. Ergebnis	115
F. Gesamtbetrachtung	115
I. Regelungspflicht des Gesetzgebers	116
1. Wesentlichkeitstheorie und Parlamentsvorbehalt	116
2. Untermaßverbot und Schutzpflichtverletzung	118
3. Zwischenergebnis	119
II. Regulierungsausgestaltung	119
1. Verbot	119
a) Verbotspflicht	119
b) Verbotsmöglichkeit der gesamten Methode	120
aa) Betroffene Grundrechte durch ein Verbot als Eingriff	121
bb) Rechtfertigung eines derartigen Eingriffs	121
(1) Legitimer Zweck	121
(2) Zwischenergebnis	122
2. Regulierung	122
a) Eingriff durch eine Regulierung	122
aa) Formen der Regulierung	123
bb) Intensitätsgrad der Beeinträchtigung	123
(1) Aufklärungspflichten	123
(2) Medizinische Vorgaben an die Ärzteschaft	125
(a) Organisationsvorgaben	125
(b) Verfahrensvorgaben	125
b) Rechtfertigung von Regulierungen	126
aa) Legitimer Zweck	126
bb) Geeignetheit	127
cc) Erforderlichkeit	127
dd) Angemessenheit	128
c) Zwischenergebnis	128
G. Zusammenfassung der Ergebnisse	128

<i>Kapitel 3 – Die Fragen der Finanzierung und des Organvergabesystems in verfassungsrechtlicher Hinsicht</i>	130
A. Die Finanzierung	130
I. Leistungsdimension der Fortpflanzungsfreiheit	131
II. Leistungsdimension der körperlichen Unversehrtheit	131
1. Herleitung und Umfang: Kein Recht auf Gesundheit	131
2. Rechtsprechungshistorie	134
3. Grenzen	135
4. Vergleichbarkeit	136
III. Ergebnis	137
B. Das Vergabesystem	137
I. Ausgangspunkt	137
II. Grundrechtliche Verfahrens- und Organisationsansprüche im Allgemeinen	141
1. Bedürfnis nach Verfahren und Organisation	141
2. Dogmatische Verankerung	142
III. Verfassungsrechtliches Recht der potentiellen Mutter auf ein geregeltes Organvergabesystem	143
1. Recht auf Verfahren und Organisation aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG	144
2. Recht auf Verfahren und Organisation aus Art. 6 Abs. 1 Alt. 2 GG	147
IV. Ergebnis	147
 Teil 3: Die Behandlungsmethode der Uterustransplantation <i>de lege lata</i> – der einfachgesetzliche Teil	 151
<i>Kapitel 1 – Transplantationsrechtliche Bewertung</i>	153
A. Einleitung	153
I. Einführung	153
II. Konkretisierung der Untersuchung	154
III. Grundsätze bei der Auslegung des Transplantationsgesetzes	155
B. Systematik und Anwendungsbereich des Transplantationsgesetzes	157
I. Systematischer Überblick	157
II. Anwendungsbereich: § 1 Abs. 2 TPG i. V. m. § 1a TPG	157
1. Der Uterus als Organ: § 1a Nr. 1 TPG	157
2. Der Uterus als nicht vermittlungspflichtiges Organ: § 1a Nr. 2 TPG	159
3. Der Uterus als nicht regenerierungsfähiges Organ: § 1a Nr. 3 TPG	160
4. Die Entnahme zum Zwecke der Übertragung	160
a) Der Übertragungsbegriff	160
b) Der Übertragungszweck	161
C. Die Lebendspende	162
I. Voraussetzungen der Lebendspende	163
1. Einführung	163

2. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 lit. a: Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit	164
3. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 lit. b i. V. m. Abs. 2 TPG: Aufklärung und Einwilligung	165
a) Einwilligung und Klassifizierung der Lebendspende	166
b) Aufklärung der Organspenderin	167
aa) § 8 Abs. 2 Nr. 1 TPG	168
bb) § 8 Abs. 2 Nr. 2 TPG	169
cc) § 8 Abs. 2 Nr. 3 TPG	169
dd) § 8 Abs. 2 Nr. 4 TPG	171
ee) § 8 Abs. 2 Nr. 5 TPG	171
ff) § 8 Abs. 2 Nr. 6 TPG	174
gg) Zwischenergebnis	174
c) Aufklärung der Organempfängerin	175
aa) Einführung	175
bb) Aufklärungsinhalt	175
(1) Art der Maßnahme	176
(2) Umfang und Durchführung	176
(3) Erfolgsaussicht	177
(4) Notwendigkeit	178
(5) Risiken	180
(a) Physische Risiken	180
(b) Psychische Risiken	181
(c) Risiken für die Spenderin	182
(d) Risiken für das potentielle Kind	182
d) Zwischenergebnis für die Spenderin und die Empfängerin	183
e) Aufklärung des potentiellen Vaters	184
4. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 lit. c TPG: Keine gesundheitliche Gefährdung über das Operationsrisiko hinaus	185
5. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG: Empfängerindikation	186
a) Das Tatbestandsmerkmal der Lebenserhaltung	188
b) Das Tatbestandsmerkmal der schwerwiegenden Krankheit	188
aa) Begriffsannäherung	190
(1) Die schwerwiegende Krankheit in anderen Rechtsbereichen	190
(a) Die schwerwiegende Erkrankung im Sozialgesetzbuch V	190
(b) Die schwere Körperverletzung in § 226 StGB	192
(2) Der Krankheitsbegriff als Ursprung der Unbestimmtheit	193
(a) Philosophie	193
(b) Soziologie	194
(c) Medizinpraxis	195

(d) Rechtswissenschaften	196
(aa) Krankheit als unbestimmter Rechtsbegriff	197
(bb) Beispiel Sozialrecht	197
(cc) Beispiel Arzneimittelrecht	199
(dd) Beispiel Arbeitsrecht	199
(ee) Beispiel Strafrecht	200
bb) Begriffsausfüllung für § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG	200
(1) Die teleologische Auslegung	201
(a) Das Telos des Transplantationsgesetzes im Allgemeinen	201
(b) Das Telos des § 8 TPG	203
(c) Zwischenergebnis	204
(2) Die historische Auslegung	204
(a) Die terminale Niereninsuffizienz als Leitbild	205
(b) Lebensqualitätsverbessernde Operationen im engeren Sinne	207
(3) Die wortlautbezogene Auslegung	208
(4) Die systematische Auslegung	209
(a) Abstufungen innerhalb der Norm	209
(b) Verhältnis zu § 8a Satz 1 Nr. 2 TPG	210
(c) § 13 Abs. 4 Nr. 2 TPG	210
(d) Keine Strafbarkeit	212
(5) Zwischenergebnis	212
cc) Die uterine Sterilität als schwerwiegende Krankheit im Sinne des § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG	213
(1) Einführung	213
(2) Verfassungskonforme Auslegung	215
(3) Ergebnis	218
dd) Hinweise zur praktischen Bestimmung der Empfängerindikation	218
c) Das Tatbestandsmerkmal der Heilung	220
d) Das Tatbestandsmerkmal der Verhütung der Verschlimmerung	221
e) Das Tatbestandsmerkmal der Linderung	221
f) Das Tatbestandsmerkmal der Geeignetheit nach ärztlicher Beurteilung	222
g) Ergebnis für § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG	224
6. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG: Subsidiaritätsklausel	224
7. § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG: Näheerfordernis	226
II. Weitere Vorgaben	229
1. Verfahrensvorschriften	229
2. Belange zur Datenerfassung	231
III. Exkurs: § 8b Abs. 1 Satz 1 TPG	232

IV. Ergebnis	233
D. Die Totspende	234
I. § 2 Abs. 1 TPG: Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende	234
1. Telos der Norm	234
2. Aufbau und derzeitige Umsetzung	235
3. Erfassung der Uterusspende	236
4. Zwischenergebnis	237
II. Entnahme mit Einwilligung der Spenderin: § 3 Abs. 1 Nr. 1 TPG	237
1. Rechtscharakter der Einwilligung	238
2. Umfang der Einwilligung	238
III. Entnahme mit Zustimmung Anderer nach § 4 Abs. 1 Satz 2 TPG	238
IV. Empfängerbezogene Besonderheiten bei der Totspende	240
V. Spendercharakterisierung und Durchführungsvorgaben	241
VI. Verfahren der Transplantation bei einer totgespendeten Gebärmutter	242
1. Vermittlungspflichtigkeit der Gebärmutter	243
a) Historie	243
b) Systematik	245
c) Telos	245
d) Rechtspraktische Erwägungen	246
e) Zwischenergebnis	247
2. Das Allokationsverfahren nach § 12 TPG	247
a) Stufe 1: Medizinische Indikationsfeststellung	248
b) Stufe 2: Aufnahme in die Warteliste	250
aa) Erfolgsaussicht	251
bb) Notwendigkeit	252
c) Stufe 3: Konkrete Allokationsentscheidung	253
aa) Identifikation einer medizinisch passenden Empfängerin für das zu vergebende Spenderorgan	254
bb) Ranking geeigneter Patientinnen	254
(1) Erfolgsaussicht	255
(2) Dringlichkeit	257
(3) Chancengleichheit	258
cc) Notwendigkeit der Inkorporation neuer Kriterien	259
E. Ergebnis	260
<i>Kapitel 2 – Fortpflanzungsrechtliche Bewertung</i>	<i>262</i>
A. Einführung	262
B. Das Embryonenschutzgesetz	263
I. § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG	264
1. Die Anzahl erlaubter Befruchtungsvorgänge	265
2. Der elective Single Embryo Transfer	267
II. § 4 Abs. 1 Nr. 1, 2 ESchG	268

III. Zwischenergebnis	269
C. Das Transplantationsgesetz	269
I. Einzubeziehende Konkretisierungen	269
1. Die TPG-Gewebe-VO	270
2. Die Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion	270
II. Medizinische Vorgaben des Transplantationsgesetzes für die nötige künstliche Befruchtung und die Kryokonservierung	272
1. Erfordernis der medizinischen Geeignetheit der Keimzellspender a) Die medizinische Indikation	273
b) Der zu gewährleistende Gesundheitsschutz	276
2. Anforderungen an die Kryokonservierung	277
III. Einwilligung und Aufklärung der Betroffenen	278
1. Aufklärung der potentiellen Mutter über die Eizellentnahme: § 8c Abs. 1 TPG	279
a) Der Aufklärungsinhalt	279
aa) § 8 Abs. 2 Nr. 1 TPG	279
bb) § 8 Abs. 2 Nr. 3 TPG	280
cc) § 8 Abs. 2 Nr. 5 TPG	281
b) Zwischenergebnis	283
2. Aufklärung des potentiellen Vaters über die Samenspende: § 8b Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 Satz 1 TPG	284
3. Aufklärung der Uterusspenderin?	286
D. Ergebnis	286
<i>Kapitel 3 – Möglichkeiten der Eintrittspflichtigkeit der GKV</i>	288
A. Einleitung	288
B. Abgrenzung von § 27 Abs. 1 Satz 5 zu § 27a SGB V	290
C. Die Herstellung der Empfängnisfähigkeit: § 27 Abs. 1 Satz 5 SGB V	291
I. Versicherungsfall	291
II. Umfang der Leistungen	293
1. Hinweise zur vollstationären Behandlung und postoperativen Nachversorgung	293
2. Kostentragung der Spenderinnenoperation	294
III. Zwischenergebnis	294
D. Die künstliche Befruchtung und Kryokonservierung: § 27a SGB V	294
I. Voraussetzungen des § 27a Abs. 1 SGB V	295
1. Medizinische Indikation	295
2. Erfolgsaussicht	296
3. Ehepartner und homologes System	297
4. Beratungsgespräch	297
II. Umfang der Kostenübernahme	297

III. § 27a Abs. 4 SGB V	299
E. Ergebnis	300
 Teil 4: Perspektiven	 303
<i>Kapitel 1 – Einleitung</i>	303
A. Rekapitulation der verfassungsrechtlichen Hintergründe bzgl. einer Regelungspflicht des Gesetzgebers	304
B. Nachbesserungspflicht	305
C. Regelungsdichte	307
D. Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	307
 <i>Kapitel 2 – Ausgestaltung einer Regelung de lege ferenda</i>	 309
A. Regelungsebene	309
I. Einführung	310
II. Einfachgesetzliche Ausgestaltungsmöglichkeiten	312
1. Änderung des Embryonenschutzgesetzes	312
2. Änderung des Transplantationsgesetzes	312
3. Einführung eines Fortpflanzungsmedizingesetzes	313
a) Historische Einführung in die Diskussion	314
b) Diskussionsinhalte	315
c) Zwischenergebnis	316
III. Lösung für die hiesige Sachlage	317
1. Die Behandlungsmethode der Uterustransplantation	317
2. Die künstliche Befruchtung und Kryokonservierung	318
IV. Ergebnis	319
B. Regelungsinhalt	320
I. Änderungsvorschläge im Transplantationsgesetz	320
1. § 1a Nr. 2 TPG: Vermittlungspflichtigkeit	321
2. § 8 TPG: Zulässigkeit der Lebendspende	321
3. §§ 8b, 8c TPG: Umgang mit Keimzellen	323
4. §§ 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 2, 12 Abs. 3 Satz 1, 13 Abs. 3 Satz 1 TPG: Vorgaben zum Allokationsverfahren	323
5. § 10a TPG: Daten zur Spendercharakterisierung	325
II. Inhaltsvorschläge für ein Fortpflanzungsmedizingesetz	326
1. Regelung der Behandlungsmethode der Uterustransplantation im Fortpflanzungsmedizingesetz	326
a) Vorgaben für die Bestimmung der medizinischen Indikation	326
b) Aufklärung	327
c) Qualitätsvorgaben	328
aa) Datenerfassung	329
bb) Multidisziplinäres Team	329

cc) Nachsorge	329
dd) Maßstabsbestimmung für die Kommissionsprüfung der Freiwilligkeit der Spenderin	330
d) Vergabeverfahren bei der Uterustotspende	330
aa) Kriterien für die Aufnahme auf die Warteliste für eine Totspende	331
bb) Das Allokationsverfahren bei der Uterustotspende	332
(1) Soziale Kriterien	332
(2) Funktionsfähigkeitskriterien	334
(3) Gerechtigkeitskriterien	335
(4) Ergebnis	337
e) Richtlinienermächtigung der Bundesärztekammer	338
2. Regelungen der künstlichen Befruchtung und der Kryokonservierung	338
3. Ergebnis	339
III. Änderungsanregungen im Sozialgesetzbuch V	339
C. Ergebnis	339
Teil 5: Schluss	341
I. Thesen zu den verfassungsrechtlichen Hintergründen	341
II. Thesen zur Regelung de lege lata	342
III. Thesen zur Regelung de lege ferenda	343
Literaturverzeichnis	345
Sachregister	371

Teil 1: Einführung

Kapitel 1 – Einleitung

A. Thematischer Umriss

Die moderne Reproduktionsmedizin hat in den letzten Jahrzehnten unsere Vorstellungskraft immer wieder herausgefordert. In die erfolgsversprechenden Fortpflanzungsverfahren reiht sich nun auch die Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation ein. Als revolutionäres Verfahren eröffnet sie Frauen mit absoluter uteriner Sterilität erstmals die Möglichkeit, sich fortzupflanzen. Bisher wurden Frauen mit diesem Zustand als unwiderruflich unfruchtbar qualifiziert,¹ da ihnen die Gebärmutter entweder fehlt oder diese aufgrund von Krankheit oder eines Unfalls vollständig funktionsunfähig ist.² Nun kann solchen Patientinnen eine Schwangerschaft ermöglicht werden, indem die gesunde Gebärmutter einer Organspenderin entnommen und in die fortpflanzungsunfähige Frau transplantiert wird. Mithilfe weiterer reproduktionsmedizinischer Assistenz soll das Ziel der Behandlungsmethode, eine erfolgreiche Schwangerschaft mit einem genetisch eigenen Kind physisch erfahren zu können, erreicht werden. Das Verfahren stellt somit eine Fortpflanzungsmethode dar, die sich auch der Transplantationsmedizin bedient.³ Die dadurch entstehende Symbiose dieser medizinischen Bereiche bedeutet für beide das Betreten von Neuland.

In der Fortpflanzungsmedizin übersteigt die Behandlungsmethode in ihrem medizinischen Intensitätsgrad alle bisher bekannten Praktiken.⁴ Denn der Behandlungsprozess umfasst eine Vielzahl von Schritten, die sich für die Beteiligten teils über mehrere Jahre erstrecken und die jeweils erhebliche medizinische Hilfestellun-

¹ *Ayoubi / Carbonnel / Racowsky / Ziegler / Gargiulo / Kvarnström / Dahm-Kähler / Brannström*, *Reproductive Bio Medicine Online* 2022 (45, 5), 947; *O'Donovan*, *Bioethics* 2018 (32, 8), 489 ff. Auch die Bundesärztekammer beschreibt derzeit in Nr. 2.2.1 der Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion eine nicht angelegte oder operativ entfernte Gebärmutter als einen Zustand absoluter Infertilität.

² Siehe zu den medizinischen Hintergründen der uterinen Sterilität näher *Brucker et al.*, *Journal of Clinical Medicine* 2020 (9, 8), 2485.

³ *Kreß*, *MedR* 2016, 242, 243; vgl. *Büchler / Schlumpf*, *Jusletter* 1. Mai 2017, 1, 35; *O'Donovan*, *Bioethics* 2018 (32, 8), 489 ff. spricht von einem Mittelweg zwischen innovativer Transplantation und medizinisch assistierter Reproduktionstechnologie.

⁴ *O'Donovan*, *Bioethics* 2018 (32, 8), 489 ff.

gen in Form von invasiven Interventionen erfordern. Für eine erfolgreiche Geburt bedarf es nämlich neben der Transplantation selber einer künstlichen Befruchtung und einer Kryokonservierung, da die Operation alleine keine natürliche Fortpflanzung ermöglichen kann. Diese Behandlungsschritte werden daher zwingend in Verbindung miteinander durchgeführt. Daraus resultiert auch die Qualifikation der Gesamtbehandlung als Fortpflanzungsmethode, da die Schwangerschaft nicht durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt wird, sondern mithilfe erheblicher ärztlicher Assistenz.⁵

Neben dieser neuen Dimension im Behandlungsumfang sind für die Fortpflanzungsmedizin auch die damit einhergehenden gesteigerten Risiken für das physische und psychische Wohl der Beteiligten unbekannt, da die nötige Transplantation weitere Gefahrenquellen schafft. Kritiker der Behandlungsmethode könnten daher insbesondere die Risiken für die körperliche Unversehrtheit des zu gebärenden Kindes durch die Hochrisikoschwangerschaft zur Begründung eines Verbots heranziehen. Es ist jedoch zweifelhaft, ob dies der gebotenen und in dieser Arbeit erfolgenden vorrangigen verfassungsrechtlichen Überprüfung standhält.

Auch für die Transplantationsmedizin bedeutet die Behandlungsmethode eine bisher ungewohnte Konstellation. Denn eine Organtransplantation findet nun als Teil einer Fortpflanzungsmethode statt. Da die Reproduktion für das Überleben des Körpers nicht erforderlich ist, handelt es sich nicht um eine lebensrettende oder gesundheitsessentielle Therapie, sondern um eine den Lebensplan – die gelungene Schwangerschaft mit einem Kind – realisierende Methode. Sie dient daher der Lebensqualität, nicht der Lebensquantität.

Eine Uterusspende ist generell sowohl in Form einer Lebendspende als auch einer Totspende möglich, wobei in Deutschland Erstere derzeit präferiert wird. Da die Infertilität regelmäßig nicht anderweitig lebensbeeinträchtigend ist als durch die Unmöglichkeit der Fortpflanzung, bildet neben der objektiven anatomischen Anomalie der uterinen Sterilität entscheidend das subjektiv empfundene Leiden die Indikation zum Eingriff.⁶ Ob dies ausreichend ist, um eine Lebendspende und damit die Einbeziehung einer dritten Person (= der Spenderin) zu rechtfertigen, wird in dieser Arbeit näher untersucht. Denn die bisherigen lebensqualitätsverbessernden Transplantatio-

⁵ Vgl. zur Definition der künstlichen Fortpflanzung *Grziwotz*, in: Coester-Waltjen/Lipp/Schumann/Veit (Hrsg.), „Kinderwunschmedizin“, 2014, S. 103, 113; *Jungfleisch*, Fortpflanzungsmedizin als Gegenstand des Strafrechts?, 2005, S. 14; MüKo BGB/*Wellenhofer*, 9. Aufl. 2024, § 1600 Rn. 54; BT-Drs. 11/5460, S. 8.

⁶ An dieser Stelle sei klargestellt, dass hier rechtlich keine Zuordnung der Behandlungsmethode in die nicht-indizierte Medizin erfolgt. In diese Richtung hingegen *Weismann*, Die Uterustransplantation zwischen Leidenslinderung, Krankheitsbehandlung und Wunscherfüllung, 2021, die in einer medizin-ethischen Dissertation die Zuordnung der Uterustransplantation zur Wunschmedizin vornimmt. Dies widerspricht jedoch dem hiesigen rechtlichen Verständnis, näher zur Abgrenzung der Wunschmedizin von der medizinischen Indikation bzw. dem therapeutischen Ansatz *Richter*, Indikation und nicht-indizierte Eingriffe als Gegenstand des Medizinrechts, 2018.

nen im engeren Sinne (z. B. Hauttransplantationen)⁷ spielen sich primär im Bereich der Eigen- oder Totspende ab. Die bereits generell restriktive Grundhaltung des Gesetzgebers gegenüber der Lebendspende wegen der nötigen physischen Beeinträchtigung der Spenderin könnte dadurch ein gesteigertes Ausmaß erreichen. Es stellt sich die auch vor dem Hintergrund etwa betroffener Grundrechte zu beantwortende Frage, ob die Uterustransplantation genauso zu bewerten ist wie eine gesundheitsessentielle Transplantation oder ob sie als lebensqualitätsverbessernde Operation möglicherweise strengerer Regularien unterworfen werden sollte. In diesem Kontext ist auch an das Verbot der Eizellspende zu erinnern, welches unter anderem mit der starken körperlichen Beeinträchtigung der Spenderin begründet wird.⁸ Die noch intensivere Beeinträchtigung der Gebärmutterspenderin könnte *argumentum a fortiori* eine Beschränkungspflicht des Gesetzgebers nahelegen oder zumindest ein Recht dazu eröffnen.

Hinsichtlich einer möglichen Uterustotspende stellt sich die ebenfalls grundrechtsrelevante Frage, wie ein Uterus zwischen mehreren Patientinnen vergeben werden soll. Mangels Listung der Gebärmutter bei den vermittlungspflichtigen Organen ist dies derzeit offen. Allerdings ist ebenso zu erörtern, ob bei einer Aufnahme in diesen Katalog die dann greifenden Vorgaben des Transplantationsgesetzes passend sind. Denn zentrales Kriterium der Vermittlung ist derzeit für die klassischen Organe insbesondere die Dringlichkeit der Transplantation, welche jedoch bei vorhandenem Kinderwunsch mehrerer Patientinnen nicht als Kriterium dienen kann. Die Fortpflanzung ist nicht gesundheitsessentiell, sodass sie nicht dahingehend als dringend eingeordnet werden kann, Gefahren für Leib oder Leben abzuwenden.

Eine weitere Besonderheit in der Transplantationsmedizin ergibt sich aus dem Fortpflanzungszweck der Operation, da bei der Uterustransplantation die Interessen einer Vielzahl an Personen (Spenderin, Empfängerin, das zu gebärende Kind sowie der künftige Vater) berührt sind. Dadurch unterscheidet sie sich von normalen Transplantationsfällen, in denen lediglich ein Dualismus (Spender und Empfänger) besteht.⁹

Es zeigt sich bereits, dass die Behandlungsmethode eine Reihe an neuen Fragen aufwirft, die ebenso wenig wie das Verfahren selbst momentan ausdrücklich gesetzlich geregelt sind. Es wird daher auch von einer „Regelungslücke“¹⁰ gesprochen, da weder ein eindeutiges Verbot bestimmt ist noch die Zulässigkeit durch klare Durchführungsvorgaben begründet wird.

⁷ Siehe zur Abgrenzung von lebensqualitätsverbessernden Transplantationen im engeren und weiteren Sinne sowie zu lebensquantitätsbezogenen Transplantationen Teil 3 Kapitel 1 – C.I.5.b)bb) (2)(b).

⁸ Vgl. Lang, JZ 2022, 327, 333; BT-Drs. 14/9020, S. 36; Müller-Terpitz, ZRP 2016, 51, 53.

⁹ Vgl. Kreß, Der Gynäkologe 2018, 627, 631.

¹⁰ Kreß, in: Diedrich/Ludwig/Griesinger (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, 2. Aufl. 2020, S. 659, 674; ders., Uterustransplantation Gastvortrag, 2017, S. 14.

Zwar hat die damalige Bundesregierung im Jahr 2019 auf eine kleine Anfrage der FDP hin mitgeteilt, das geltende Transplantationsgesetz würde einen verlässlichen Rechtsrahmen bieten¹¹ und es bestehe kein Handlungsbedarf aufgrund von Rechtsunsicherheit.¹² Da sich jedoch immer mehr Stimmen in der juristischen sowie medizinethischen Wissenschaft kritisch äußern,¹³ erscheint diese ursprüngliche Einschätzung zu vorschnell vorgenommen worden zu sein. Diese entgegengesetzten Meinungen sind Zeugnis einer nicht eindeutigen Rechtslage im Hinblick auf den Umgang mit der innovativen Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation. Der rechtswissenschaftliche Forschungsstand liegt hier derzeit noch am Anfang, da sich durch die vorstehenden Ausführungen die im Rahmen von anderen Fortpflanzungs- oder Transplantationsmethoden angestellten Erwägungen nur begrenzt übertragen lassen. Dieser Rechtsunsicherheit will die Arbeit entgegenwirken, indem einerseits die verfassungsrechtlichen Hintergründe beleuchtet werden und andererseits überprüft wird, ob das Recht *de lege lata* diese Vorgaben widerspiegelt. Es ist dabei herauszuarbeiten, ob das Zusammenspiel zwischen der Transplantationsmedizin und der Fortpflanzungsmedizin hinreichend gesetzlich erfasst wird. Es gilt zu klären, welche Regeln das Recht derzeit für die Fortpflanzungsmethode und die in ihrem Rahmen anfallenden Behandlungsschritte bereithält. Dabei ist auch zu untersuchen, ob der Konnex in Form des gemeinsamen Ziels der Reproduktion bereits hinreichend aufgegriffen wird und die Interessen der Beteiligten angemessen berücksichtigt werden. Es soll dabei erörtert werden, ob Verbesserungen *de lege ferenda* nötig sind.

Eine Klärung der aufkommenden Rechtsfragen ist aufgrund der Bedeutung der Fortpflanzungsmedizin für die Gesellschaft wichtig. Denn die fortschreitende Optimierung und Neuentwicklung weiterer Verfahren in diesem Bereich lässt sich darauf zurückführen, dass der Wunsch nach Familiengründung zu einem der elementarsten Lebenswünsche des Menschen gehört.¹⁴ Es gibt demgemäß einen großen Interessenkreis, der diese Weiterentwicklungen befürwortet und für den die rechtlichen Rahmenbedingungen klar sein sollten. Es handelt sich bei beiden Bereichen – dem Fortpflanzungs- und Transplantationsrecht – um Gebiete, die enormen gesellschaft-

¹¹ BT-Drs. 19/16623, S. 3.

¹² BT-Drs. 19/16623, S. 4; ähnlich auch *Beckmann et al.*, *Der Gynäkologe* 2017, 389, 393.

¹³ So zB. *Reinert*, *MedR* 2021, 444, 445, der ausdrücklich von einer Rechtsunsicherheit und vom Handlungsbedarf des Gesetzgebers spricht; ebenso *Kreß*, *MedR* 2016, 242 ff.; *ders.*, *Der Gynäkologe* 2018, 627 ff.; *Graef*, *GesR* 2019, 551 ff.; *Spickhoff/Scholz/Middel*, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 8 TPG Rn. 15 sprechen von einer ungeregelten Verfahrensweise; bsph. für die Medizinethik *Weismann*, *Die Uterustransplantation zwischen Leidenslinderung, Krankheitsbehandlung und Wunscherfüllung*, 2021, S. 111 f.

¹⁴ *Leopoldina/Union*, *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland*, 2019, S. 5; *Büchler/Schlumpf*, *Jusletter* 1. Mai 2017, 1, 11 f.; *Büchler*, *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung*, 2017, S. 29: „Grundbedürfnis“; *Knoop*, *Recht auf Fortpflanzung und medizinischer Fortschritt*, 2005, S. 134: „Fortpflanzung ist unabdingbarer Bestandteil der biologischen Existenz einer Person“; *Beckmann et al.*, *Der Gynäkologe* 2017, 389, 389 sprechen von der Sehnsucht nach Erfüllung des Kinderwunsches als grundlegendes Merkmal der medizinischen Existenz.

lichen Einflüssen unterliegen, die sich in ethischen und moralischen Debatten niederschlagen. Die Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation ist folglich ein sehr konfliktreiches Thema, das allein schon aufgrund seiner Grundrechtsrelevanz vom Gesetzgeber nicht sich selbst überlassen werden darf.¹⁵ Denn durch die sich stetig weiterentwickelnde Medizin sollten derartige, im Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode entstehenden Rechtsfragen frühzeitig geklärt werden, anstatt sie zu vernachlässigen.¹⁶ Andernfalls bestünde die Gefahr, dass das praktisch Mögliche den Rechtsrahmen überholt.¹⁷ Die Arbeit will einen Beitrag leisten, den rechtlichen Umgang mit der Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation für Deutschland zu analysieren und dadurch für die Betroffenen Rechtssicherheit zu schaffen. Die Evaluation dieser Methode soll dabei auch Pate für die rechtliche Erfassung komplexer praktischer Vorgänge der Reproduktionsmedizin stehen, indem durch die hiesige Ausarbeitung beispielhaft Lücken des geltenden Rechts aufgezeigt werden, um anschließend die Idee eines möglichst umfassenden künftigen Fortpflanzungsmedizingesetzes zu erörtern.

B. Gang der Untersuchung

Die Bearbeitung legt ihren Fokus auf die Zulässigkeits- und Durchführungsfragen der neuen Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation. Untersuchungsgegenstand ist damit vorrangig die rechtliche Komplexität der Methode unter Würdigung der relevanten Grundrechte. Auf diese Weise soll die Frage beantwortet werden, wie das Recht ggf. besser reagieren könnte bzw. müsste. Dabei wird ebenso erörtert, inwieweit paternalistische Regeln im Fortpflanzungs- und Transplantationsrecht zulässig sind.

Nachdem eine medizinische Einführung im ersten Teil gegeben wird, beginnt die rechtliche Auseinandersetzung, die sich in drei Teile gliedert. Zunächst wird in Teil zwei der verfassungsrechtliche Kontext erörtert, der als oberste Leitlinie den Maßstab der weiteren Begutachtung vorzeichnen soll. Im dritten Teil wird die aktuelle einfachgesetzliche Rechtslage beleuchtet, wobei hier als erstes ein besonderer Schwerpunkt auf das Transplantationsgesetz gelegt wird. Den Kern der daran anschließenden Untersuchung des Fortpflanzungsrechts bilden die darauf bezogenen Aspekte des Transplantationsgesetzes und das Embryonenschutzgesetz. Als Letztes ist das Sozialgesetzbuch V zentraler Gegenstand bei der Evaluation einer möglichen Finanzierung der Behandlungsmethode durch die GKV. In diesem Teil der Arbeit wird an den erforderlichen Stellen ferner dem ärztlichen Standesrecht und den entscheiden-

¹⁵ Vgl. *Reinert*, MedR 2021, 444, 447; *Kreß*, in: *Diedrich / Ludwig / Griesinger* (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin*, 2. Aufl. 2020, S. 659, 674.

¹⁶ *Kreß*, *Uterustransplantation* Gastvortrag, 2017, S. 15.

¹⁷ Vgl. *Laufs / Kern / Rehborn / Laufs / Rehborn*, *Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, § 130 Rn. 6 ff.

den untergesetzlichen Regelungswerken Aufmerksamkeit geschenkt. Die Abhandlung begrenzt die inhaltliche Prüfung des ärztlichen Standesrechtes auf die Vorgaben der Bundesärztekammer, sodass eventuelle landesrechtliche Abweichungen nicht beleuchtet werden. Dabei wird sich die aktuelle Rechtslage als verbesserungswürdig herauskristallisieren, sodass sich der vierte Teil der Arbeit dem *lex ferenda* widmet.

C. Beschränkung des Untersuchungsgegenstandes

Die Fülle an Rechtsfragen und Untersuchungsgegenständen der Arbeit wird begrenzt durch die folgenden Erwägungen und Entscheidungen:

Zunächst sollen keine konkreten Anforderungen an die medizinische Durchführung, z. B. die Ausgestaltung von Untersuchungen oder anderen Voraussetzungen, erörtert werden, da es sich hierbei um Belange handelt, die von Medizinerinnen und ggf. Psychologen zu ermitteln sind und die daher nicht Teil einer juristischen Untersuchung sein sollten.

Außerdem werden ethische Belange nicht Inhalt vertiefter Auseinandersetzungen sein, da sich einerseits bereits medizinethische Dissertationen diesem Themenbereich widmen,¹⁸ andererseits deren Analyse die Betrachtung vielschichtiger Wertungen erfordert, die über eine Rechtsbegutachtung hinausgehen.

Das Verfahren ist derzeit zwar noch als Heilversuch zu kategorisieren,¹⁹ das sich jedoch aus dem Forschungsstadium heraus stetig Richtung Standard transformiert.²⁰ Hierzulande wurden bis zum jetzigen Stand²¹ vier Transplantationen durchgeführt und zwei Kinder geboren.²² Außerdem wurde die Tübinger Frauenklinik bereits 2020 mit der Zustimmung des Landeskrankenhausausschusses zum offiziellen Gebärmutter-Transplantationszentrum ernannt, was die Entwicklung Richtung Standard verdeutlicht.²³ Neben diesen inländischen Berichten häufen sich auch erfolgsversprechende Ergebnisse aus anderen Ländern.²⁴ Die vorliegende Arbeit wurde daher unter der Prämisse verfasst, dass sich die Behandlungsmethode zu einer Standardmethode entwickelt.²⁵ Daher werden die zu Forschungsprojekten geltenden Vorgaben nicht analysiert. Somit wird die Forschungsfreiheit der Ärzteschaft im

¹⁸ Weismann, Die Uterustransplantation zwischen Leidenslinderung, Krankheitsbehandlung und Wunscherfüllung, 2021; Müller, Ethische Auseinandersetzung, 2020.

¹⁹ Spickhoff/Scholz/Middel, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 8 TPG Rn. 15.

²⁰ Richards et al., Journal of Assisted Reproduction and Genetics 2021 (38, 9), 2251 ff.

²¹ März 2024.

²² Götsch/Böttcher/Flatscher-Thöni, DÄBl. 2023 (120, 5), A-191/B-168.

²³ Universitätsklinik Tübingen Department für Frauengesundheit, Pressemeldung vom 07.10.2021.

²⁴ Zusammenfassung der publizierten Fälle bei Malasevskaia/Al-Awadhi, Cureus 2021 (13, 1), e12772; Brännström/Racowsky/Carbonnel/Wu/Gargiulo/Adashi/Ayoubi, Human Reproductive Update 2023 (29, 5), 521 ff.

²⁵ Siehe näher zur Begründung dieser Arbeitsperspektive Teil I Kapitel 1 – C.

Verfassungsteil ebenso wenig beleuchtet wie Durchführungsvorgaben für den Forschungsprozess. In Forschungsvorhaben sind zudem Probandenverträge erforderlich,²⁶ die einer Verallgemeinerung schwer zugänglich sein dürften. Da die Arbeit langfristigen Mehrwert schaffen will, der über die derzeitige (vielversprechende) Forschungssituation hinausgeht, wurde der Blickwinkel der Analyse entsprechend angepasst. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass aufgrund der geringen Menge an Patientinnen und der daraus resultierenden seltenen Praktizierung mit Blick auf die Erprobung der Methode und die ärztliche Erfahrung für die Entwicklung zum Standard noch Zeit vergehen muss.

Kein Gegenstand dieser Arbeit sollen des Weiteren praxisorientierte Aspekte wie konkrete vertragliche Gestaltungen sein, die im Rahmen der Behandlung zwischen den Beteiligten denkbar sind. Eine Betrachtung würde über den Rahmen der Arbeit hinausführen, der sich auf die Ausgestaltung der Zulässigkeit der Behandlung beschränkt. Gleiches gilt für Haftungsfragen, die im Zusammenhang mit der Behandlungsmethode aufkommen können, da insbesondere die „Kind als Schaden“-Rechtsprechung²⁷ hier eine vertiefte Auseinandersetzung erfordern würde.

²⁶ Vgl. Laufs/Katzenmeier/Lipp/Lipp, *Arztrecht*, 8. Aufl. 2021, XIII. Rn. 43 f., 56.

²⁷ Siehe BGH, NJW 1994, 788; NJW 2000, 1782; näher zu den haftungsrechtlichen Aspekten des „Lebens als Schaden“ J. Prütting, *GesR* 2020, 681 ff.

Kapitel 2 – Medizinische Grundlagen

Um eine rechtliche Bewertung der Behandlungsmethode der Uterustransplantation vornehmen zu können, ist eine hinreichende Sachkenntnis über die medizinischen Grundlagen des Verfahrens erforderlich. Diese möchte der folgende Teil der Arbeit vermitteln.

Das Kapitel beginnt mit einer Darstellung der historischen Entwicklung des Verfahrens, bei der die verschiedenen Meilensteine ausgebreitet werden. Daran schließt die Bestimmung der Zielgruppe an, indem auf die medizinische Indikation eingegangen wird. Im Anschluss erfolgt eine Wiedergabe der einzelnen erforderlichen Behandlungsschritte. Zuletzt werden die Risiken für die Beteiligten beleuchtet, um im Rahmen späterer Ausführungen das Gefahrenpotential in die Abwägungen einbeziehen zu können.

A. Historische Entwicklung der Behandlungsmethode

Die erste Gebärmuttertransplantation wurde bereits 1931 in Dresden an der Transgenderpatientin Lili Elbe durchgeführt.¹ Die Operation war jedoch nicht erfolgreich und die Patientin verstarb drei Monate später im Krankenhaus. Danach wurde die Behandlung vorerst nicht weiterverfolgt, bis in den 1960er Jahren erste Forschungsvorhaben wieder aufgegriffen wurden und die Operationstechnik anhand von Hunden geübt wurde.² Nachdem in den 1970ern die In-vitro-Fertilisation an Bedeutung gewann, nahm das Interesse an der Gebärmuttertransplantation vorerst ab. Erst einige Jahre später gab es neue Berichte zu weiteren Forschungsvorhaben und (misslungenen) Operationsversuchen. So wurde beispielsweise 2000 in Saudi-Arabien eine Gebärmuttertransplantation durchgeführt, allerdings musste das Organ drei Monate später wieder entfernt werden, weil es abgestorben war.³ 2011 wurde in der Türkei

¹ Vgl. *Elbe*, „Fra mand til kvinde“, 1931; als deutsche Version unter *Elbe/Hoyer* (Hrsg.), Ein Mensch wechselt sein Geschlecht, 1932; näher *Caughie/Meyer*, Man Into Woman, 2020.

² *Brännström*, Current Opinion in Organ Transplantation 2015 (20, 6), 621, 622; *Eraslan/Hamernik/Hardy*, Archives of Surgery 1966 (92, 1), 9 ff.; siehe für eine Zusammenfassung der erfolgten Tierversuche *Beckmann et al.*, Der Gynäkologe 2017, 389, 389 f.

³ Vgl. *Fageeh/Raffa/Jabbad/Marzouki*, International Journal of Gynecology & Obstetrics 2002 (76, 3), 245 ff.; *Nair/Stega/Smith/Del Priore*, Annals of the New York Academy of Sciences 2008 (1127), 83 ff.

mit Hilfe einer Totspende ebenfalls eine Transplantation vorgenommen. Ein Kind wurde zwar nicht geboren, die Empfängerin erlitt allerdings mehrere Fehlgeburten.⁴

Revolutioniert wurde die Behandlungsmethode schließlich durch den Schweden Mats Brännström, der in Göteborg von 1999 bis 2012 extensive Forschung betrieb und mittlerweile weltweit die meisten erfolgreichen Gebärmuttertransplantationen durchgeführt hat.⁵ Bereits im Oktober 2014 wurde dort das erste Kind geboren.⁶

In der Zwischenzeit wurden in vielen Ländern Gebärmuttertransplantationen durchgeführt,⁷ so etwa in Brasilien⁸, China, Indien⁹, Serbien und den USA¹⁰. Bisher wurden weltweit 70 Uterustransplantation registriert,¹¹ davon belief sich der Anteil an Lebendspenden auf 78%.¹² Die Anzahl an gesund geborenen Kindern beträgt bis zum jetzigen Zeitpunkt¹³ 49.¹⁴

In Deutschland wurde im Oktober 2016 die erste Gebärmuttertransplantation an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen vollzogen.¹⁵ Im April 2020 ist die Klinik nach Zustimmung des Landeskrankenhausaussschusses zum Transplantationszentrum für Gebärmüttern ernannt worden.¹⁶ Der schwedische Pionier Mats Brännström war in den Aufbau des deutschen Transplantationsteams um Dr. Sarah Brucker unterstützend involviert.¹⁷ Brucker ist ärztliche Direktorin des Forschungsinstituts für Frauengesundheit und war bereits zuvor forschend tätig in Bezug auf das für die Uterustransplantation besonders relevante Müller-Rokitansky-Küster-Hauser-Syn-

⁴ Ozkan et al., *Fertility and Sterility* 2013 (99, 2), 470 ff.

⁵ Siehe für weitere Personeninformationen das Profil des Arztes auf der Website des Krankenhauses, in welchem er tätig ist, abrufbar unter: <https://www.gu.se/en/about/find-staff/mats-brannstrom2> (letzter Abruf: 30.05.2025).

⁶ Brännström/Johannesson/Bokström/Kvarnström/Mölne/Dahm-Kähler/Enskog/Milenkovic/Ekberg/Diaz-Garcia/Gäbel/Hanfy/Hagberg/Olausson/Nilsson, *The Lancet* 2015 (385, 9968), 607 ff.

⁷ Darstellung des Forschungsstands der einzelnen, die Operation ausführenden Länder bei *Malasevskaia/Al-Awadhi*, *Cureus* 2021 (13, 1), e12772.

⁸ Ejzenberg et al., *The Lancet* 2018 (392, 10165), 2697 ff.

⁹ *Malasevskaia/Al-Awadhi*, *Cureus* 2021 (13, 1), e12772.

¹⁰ Johannesson et al., *JAMA Surgery* 2022 (157, 9), 790 ff.

¹¹ Brännström/Racowsky/Richards/Flyckt/Stillman/O'Brien/Ryan/Ziegler, *Fertility and Sterility* 2023 (119, 6), 918 ff. Die Zahlen differieren teilweise, da mitunter zwischen veröffentlichten und unveröffentlichten Daten unterschieden wird.

¹² Brännström/Tullius/Brucker/Dahm-Kähler/Flyckt/Kisu/Andraus/Wei/Carmona/Ayoubi/Scollo/Weyers/Fronek, *Transplantation* 2023 (107, 1), 10 ff.: Report der Registry of the International Society of Uterus Transplantation, deren Ziel die weltweite Datensammlung hinsichtlich der Behandlungsmethode ist.

¹³ Stand: März 2024.

¹⁴ Brännström/Racowsky/Richards/Flyckt/Stillman/O'Brien/Ryan/Ziegler, *Fertility and Sterility* 2023 (119, 6), 918 ff. Die genauen Zahlen sind jedoch unsicher, da neben den veröffentlichten Fällen eine Reihe an unveröffentlichten Operationen und Geburten wohl stattgefunden haben.

¹⁵ Katz, Pressemitteilung Universitätsklinikum Tübingen vom 16.11.2016.

¹⁶ *Universitätsklinik Tübingen Department für Frauengesundheit*, Pressemeldung vom 07.10.2021.

¹⁷ Katz, Pressemitteilung Universitätsklinikum Tübingen vom 16.11.2016.

drom, welches zu anatomischen Anomalien in Bezug auf die Gebärmutter führt.¹⁸ Sie entwickelte für Betroffene etwa im Bereich der Rekonstruktionsoperationen der Vagina auch eine neue Methode, was Zeichen ihrer Expertise in dem Bereich ist.¹⁹ Die Klinik ist hierzulande das einzige Zentrum für die Behandlungsmethode der Gebärmuttertransplantation. Die Uniklinik in Erlangen hatte zwar vor einigen Jahren ebenfalls in Erwägung gezogen, ein diesbezügliches Forschungsprojekt zu etablieren. Nach der 2017 veröffentlichten – jedoch mittlerweile von der Website des Krankenhauses gelöscht – Pressemitteilung gab es diesbezüglich jedoch keine weiteren kommunizierten Informationen.²⁰

Die Kosten der Behandlung werden unterschiedlich eingeschätzt und variieren zwischen EUR 60.000–100.000 in Europa und USD 200.000–250.000 in den USA.²¹ Zurzeit handelt es sich noch um eine Neulandmethode im Rahmen eines Forschungsprojekts, sodass die Operationen von Forschungsgeldern, privaten Mitteln und den Krankenkassen getragen werden.²² Die Krankenkassen trafen daher jeweils Einzelfallentscheidungen.²³ Eine Finanzierung über eine Forschungsförderung durch den Bund hat bisher nicht stattgefunden und ist zur Zeit auch nicht geplant.²⁴

B. Zielgruppe

Im Folgenden wird der Adressatenkreis für die Behandlungsmethode der Uterustransplantation beschrieben. Dafür wird zunächst eine allgemeine Einführung in die menschliche Fortpflanzung und die möglichen Krankheitsbilder der Frau, die die natürliche Fortpflanzung beeinträchtigen oder unmöglich machen können, gegeben. Darauf aufbauend werden die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin,²⁵ die sich

¹⁸ Siehe für weitere Personeninformationen das Profil der Ärztin auf der Website des Krankenhauses, in welchem sie tätig ist, abrufbar unter: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/mitarbeiter/1809> (letzter Abruf: 30.05.2025). Siehe zum Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom näher Teil I Kapitel 2 – B. I.

¹⁹ Siehe hierzu *Brucker/Gegusch/Zubke/Rall/Gauwerky/Wallwiener*, Fertility and sterility 2007 (90, 5), 1940 ff.; Operationstechnik der Neovagina dargestellt im Atlas der gynäkologischen Operationen, 8. Aufl. 2018, S. 457 ff.; *Brucker et al.*, Journal of Clinical Medicine 2020, (9, 8), 2485: 25 Jahre Erfahrung mit MRKH-Patientinnen.

²⁰ Siehe ehemals *Eissing*, Pressemitteilung vom 16.11.2017. Der ursprüngliche Plan des Universitätsklinikums Erlangen geht jedoch noch hervor aus *Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention*, Pressemitteilung vom 15.11.2017.

²¹ *Weismann*, Die Uterustransplantation zwischen Leidenslinderung, Krankheitsbehandlung und Wunscherfüllung, 2021, S. 17 f.; *Sandman*, Bioethics 2018 (32, 8), 519 ff.; *Kreß*, in: *Diedrich/Ludwig/Griesinger* (Hrsg.), Reproduktionsmedizin, 2. Aufl. 2020, S. 657, 673.

²² *Weismann*, Die Uterustransplantation zwischen Leidenslinderung, Krankheitsbehandlung und Wunscherfüllung, 2021, S. 17 f.

²³ BT-Drs. 19/16623, S. 3.

²⁴ BT-Drs. 19/16623, S. 4.

²⁵ Die Reproduktionsmedizin beschreibt ein Fachgebiet der Medizin, welches die biologischen Ursprünge in Form der Physiologie und Pathologie der menschlichen Fortpflanzung analysiert, vgl.

Sachregister

- Abgestufter Grundrechtsschutz 49, 105 ff.
Allokation 247 ff., 253 ff., 323 ff., 332 ff.
Anpassungsstörung 170
Aufklärungspflicht 58, 65 ff., 87 f., 110, 113, 123 ff., 165 ff., 234 ff., 240, 268 ff., 278 ff., 322, 327 f., 338
- Beratungsgespräch 179, 219, 230, 249 f., 253, 274 f., 297, 322, 327
Berufsausübungsfreiheit 114 f., 125, 216
- Cannabis 135 f., 190
Complex-Tissue-Transplantation 207
- Datenerfassung 231 f., 260, 329, 338
Dialyse 19, 186, 205 ff., 212 f., 244, 256
Drucksituation 20, 26, 73, 76, 88, 181, 224, 231, 252, 330
- Eileiter 11 ff., 17, 55, 273 f., 280, 283, 292, 296
Eizellspende 3, 12, 14, 33, 40, 71, 286
Elternbegriff 32, 40, 78, 106, 109, 334
Elective Single Embryo Transfer 264, 267 f.
Empfängnis(un)fähigkeit 56, 199, 290 ff.
Enhancement 161
Ethik 4 ff., 88, 228
Existenzminimum 133, 137, 146
- Familiengründung 4, 38 ff., 77, 113, 219, 334
Fortpflanzungsfreiheit 37 ff., 77 ff., 111 f., 131
Fortpflanzungsmedizingesetz 313 ff., 326 ff., 338 f.
Fremdschädigung 63 ff., 81
- Gewebetransplantation 207, 211, 245 f.
Gleichheitsgrundrechte 32, 138 f., 258 f., 288, 336
Grundrechtskonkurrenz 46 f.
Grundrechtsträgerschaft 97 ff., 139
- Haftung 7, 184
Heilung 54 f., 134, 162, 187, 220 ff., 292, 298
Höchstpersönlichkeit 38 f., 51, 89, 93, 238
Homologes System 279, 297
Hysterektomie 14, 18, 20 f., 168, 232 f.
- Identitätsargument 95, 100, 105 f., 109, 170
Indikation 14 f., 21, 50, 126, 161, 165 ff., 178 ff., 186 ff., 196, 203, 218 ff., 232, 248 ff., 273 ff., 295 f., 326 f.
In-vivo 103, 107, 273 ff., 295 ff., 327
In-Vitro-Fertilisation 8, 12, 17 ff., 55 f., 95, 98, 102 ff., 120 ff., 130
Infertilität 11, 15, 258, 280, 284
Informationspflichten 177 f., 280
- Kaiserschnitt 14, 22 f., 25 f., 55, 95
Kindeswohl 26, 36, 95 ff., 277, 323, 333 f.
Kommission 88 f., 228, 231, 314, 330
Kontinuitätsargument 105 f.
Kostenübernahme 130, 199, 280, 288 ff.
Kryokonservierung 15, 17 f., 22, 130, 152, 263, 265 ff., 276 ff., 294 ff., 315, 318 ff.
Künstliche Befruchtung → IVF
- Lebenserhaltung 187 f.
Lebensqualität 2 f., 19, 96, 136, 159, 186, 191 f., 205, 207 f., 240, 252 ff.
Lebensquantität 2, 207, 244
Leihmutterschaft 35, 57, 71, 73, 98, 121, 286
Leistungsdimension 60 ff., 131 ff., 143 ff.
- Medizinethik 4, 180
MELD-Score 257
Mittelbarer Eingriff 53 f., 132
Multidisziplinär 23, 230, 288, 293, 329, 331
Müller-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom 13, 23, 259, 331, 334

- Nikolaus-Entscheidung 134 f.
Numerus-clausus 134, 138 ff.
- Organisationsvorgaben 125
Organische Sterilität 37, 49 ff., 161, 178
- Parlamentsvorbehalt 66, 116 ff., 310, 319, 325
Paternalismus 32, 65 f., 68, 74, 327
Peepshow 75
Potentialitätsargument 105 f.
Präeklampsie 25, 95, 108
Probandenverträge 7
Psychologische Evaluation 58, 124, 126, 219, 249, 336
- Samenspende 33, 35, 37, 57, 79, 282, 284, 316
Schutzdimension 45, 97, 104
Schwerwiegende Krankheit 187, 189 f., 195, 201, 203, 209, 211, 213 ff., 217 f., 233, 343
Selbstschädigung 63 f., 66, 82 f., 186
Spendercharakterisierung 228, 232, 241, 260, 325, 329
Spenderkreisbeschränkung 59, 153, 226 ff.
Subsidiarität der Lebendspende 59 f., 153, 224, 280, 296
- Verfahrensvorgaben 125 f., 143
Verfassungskonforme Auslegung 185, 215, 217, 224, 226, 233, 247, 260, 321, 344
Vergabeverfahren 137 ff., 143 ff., 248 ff., 260, 330 ff.
Verhütung der Verschlimmerung 188, 210, 221 f.
Vermittlungspflichtigkeit 140, 243 f., 246 f., 321
Versorgungsanspruch 110, 136, 190, 198, 245, 293 f.
Vorwirkung 90, 99 ff., 107
- Warteliste 19, 159, 206, 225, 240, 247 f., 250 ff., 324, 331, 335 f.
Wesentlichkeitstheorie 66, 116 ff., 144, 258, 304, 310, 319, 332
Widerspruchslösung 91 f.
Wissenschaftsdisziplinen 193 ff.
- Zugangsrecht 54, 56, 58, 127, 131, 235
Zustimmungslösung 89, 91, 240
Zweckauslegung 201 ff., 234, 245
Zwergenweitwurf 75