

zudem die Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie die Bevölkerungsentwicklung in den Blick. Insofern gemäß sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen die Faktoren Bildung und Einkommen das Fortpflanzungsverhalten beeinflussen, werden Maßnahmen zur Stärkung von ↑ Bildung und ↑ Einkommen bisweilen ebenfalls unter G. abgehandelt.

## 2. Individuelle Zugänge

Die individuellen Zugänge der G. umfassen Empfängnisverhütungsmethoden wie bspw. die ↑ Sterilisation, natürliche (z.B. periodische/generelle Enthaltbarkeit, Coitus interruptus), mechanische (z.B. Kondom), hormonelle (z.B. Pille) oder chemische Verhütungsmittel (z.B. Zäpfchen, Gel) oder eine Kombination derselben. Zudem können Methoden der Notfallkontrazeption nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr (z.B. „Pille/Spirale danach“) das Eintreten einer Schwangerschaft verhindern. Den Methoden der G. wird manchmal auch der ↑ Schwangerschaftsabbruch zugeordnet.

Für den Mann sind das Kondom und die Vasektomie nach wie vor die gängigen Methoden der Verhütung. Seit den 1970er Jahren beschäftigt sich die Forschung mit weiteren Möglichkeiten und konnte Fortschritte im Hinblick auf die Beeinflussung der Spermatogenese erzielen. Hormonelle Verhütung bei Männern ist möglich, Nebenwirkungen können auf ein erträgliches Maß reduziert werden. Studien bestätigen u. a. einen reversiblen hormonellen Verhütungsschutz in Form von Testosteron und Gestagen-Kombinationen. Ihre Weiterentwicklung bis zur Marktreife hängt von Nachfrage und anderen wirtschaftlichen Faktoren ab. Außerdem ist die gesellschaftliche Diskussion im Umgang mit Nebenwirkungen hormoneller Behandlung im Kontext der Genderdebatte (↑ Gender) maßgeblich. Eine noch in Entwicklung befindliche Alternative stellt das Vasalgel als Möglichkeit der reversiblen Vasektomie ohne chirurgischen Eingriff dar.

Zum anderen umfassen die individuellen Zugänge der G. Praktiken zur Förderung der Fortpflanzung. Die Reproduktionsmedizin hat unterschiedliche Methoden entwickelt, um Individuen oder Paare durch assistierte Reproduktion zu unterstützen – wobei die Beweggründe sehr unterschiedlich sein können: Heterosexuelle Paare nehmen eine assistierte Reproduktion z. T. deswegen in Anspruch, weil Sterilität oder Infertilität diagnostiziert wurde. Fertile Paare lassen eine assistierte Reproduktion und nur so mögliche PID durchführen, weil die Gefahr der Vererbung einer schweren genetischen Erkrankung besteht. Homosexuelle Paare und Alleinstehende können durch assistierte Reproduktion zu eigenem Nachwuchs gelangen, z.B. lesbische Paare oder alleinstehende Frauen durch ↑ Insemination mit Spendensamen oder Männer durch Leihmutterchaft. Aufgrund ökonomischer Asymmetrien und gesundheitlicher und psychischer Risiken für die Ersatzmutter ist die Leihmutterchaft aus ethischer und rechtlicher Sicht

## Geburtenregelung

### 1. Begriffsbestimmung

Unter G. versteht man alle die Fortpflanzung beeinflussenden individuellen oder institutionellen Maßnahmen. Diese können auf eine Steigerung oder Minderung der Geburtenraten abzielen. Die G. nimmt

allerdings keine mit der herkömmlichen Insemination gleichzusetzende Praxis. Bei unerfülltem Kinderwunsch auf Grund psychischer Probleme finden Paare Unterstützung durch Beratungs- und Therapieansätze der Sexualmedizin und Psychologie.

Von der Insemination zu unterscheiden sind extrakorporale Befruchtungsmethoden. Die IVF stellt die häufigste Form dar. Hier werden nach einer Stimulation der Eierstöcke zur Heranreifung mehrerer Eizellen in einem Zyklus Eizellen per Follikelpunktion entnommen und in einer Kulturschale (*in vitro*) mit dem aufbereiteten Spermium des Mannes befruchtet. Während bei der IVF die Spermien eigenständig in die Eizelle eindringen, wird dies bei der ICSI mittels einer Injektionspipette bewerkstelligt. Die ICSI kommt bei Fruchtbarkeitsstörungen des Mannes zum Einsatz, wenn z. B. nur wenige funktionelle Spermien vorhanden oder die Spermien weniger beweglich sind. Nach Befruchtung und Heranreifen der Eizellen im Labor zu Embryonen werden diese der Frau übertragen.

In Deutschland dürfen nach dem ESchG von 1990 einer Frau maximal drei Embryonen gleichzeitig transferiert werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG). Im Ausland werden teilweise mehr Embryonen übertragen. Dies erhöht teils die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft, zugl. aber die Gefahr einer Mehrlingsschwangerschaft, die mit erheblichen gesundheitlichen Risiken für die Schwangere und die Embryonen verbunden ist. Der Schwangeren wird in diesen Fällen oft zur Reduktion der Mehrlinge durch Fetozid, d. h. einer Tötung im Mutterleib, geraten, was aus ethischer und rechtlicher Sicht problematisch ist. In der Kritik stehen IVF und ICSI auch deshalb, weil häufig mehr Embryonen erzeugt als der Frau übertragen werden. Zwar sieht das ESchG in Deutschland eine Begrenzung der extrakorporal zu befruchtenden Eizellen vor (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG). Doch um die Frau lediglich einmal der Belastung einer ovariellen Stimulation und Follikelpunktion auszusetzen, kryokonservieren Reproduktionsmediziner überzählige, mit Spermien imprägnierte Eizellen im Stadium vor der eigentlichen Kernverschmelzung. Frauen wird heute oft nur ein Embryo (*elective single embryo transfer*) nach morphologischer Auswahl oder in rechtfertigungsbedürftigen Einzelfällen nach PID übertragen.

Während in Deutschland Eizellspende und Leihmutterchaft verboten sind, bieten einige Fortpflanzungszentren in einem juristischen Graubereich eine Embryonenspende/-adoption an. Die Empfängerelementer nehmen die Rolle der sozialen Eltern ein. Die austragende Frau ist im Unterschied zur herkömmlichen Adoption biologische, wenn auch nicht genetische Mutter des Kindes.

Die jüngere technische Möglichkeit der Kryokonservierung von Eizellen – zunächst für krebskranke Frauen in gebärfähigem Alter entwickelt – hat zudem die Praxis des *social freezing* hervorgebracht. Fertile Frauen ohne Partner lassen ihre Eizellen einfrieren, um sich über die natürliche Fruchtbarkeitsgrenze hinaus die Möglichkeit

eines eigenen Kindes offen zu halten. Die Befürworter dieser Praxis heben hervor, dass Frauen sich so in jungen Jahren auf die Karriere konzentrieren bzw. den geeigneten Zeitpunkt und Partner für eigenen Nachwuchs bestimmen können. Sozialethisch wird stattdessen eine Änderung der gesellschaftlichen Bedingungen gefordert.

Auch Nucleustransfer und Uterustransplantation sind neuere Methoden der assistierten Reproduktion. Der Nucleustransfer ermöglicht Frauen mit einer schweren mitochondrialen DNA-Erkrankung, ein genetisch verwandtes Kind ohne das Risiko der Vererbung ihrer Mitochondrien-Störung zu gebären. Eine aus dem Zellkern der Frau und dem Zellplasma einer Eizellspenderin „zusammengesetzte“ Eizelle kann mit dem Samen des Partners *in vitro* befruchtet werden. Das hieraus entstehende sog. e Drei-Eltern-Kind (erstmalig in Mexiko 2016) enthält somit die genetischen Erbinformationen des Paares sowie die mitochondriale DNA der Eizellspenderin.

Die Uterustransplantation ermöglicht Frauen mit einer operativ entfernten, einer von Geburt an fehlenden oder nicht-funktionellen Gebärmutter, ein eigenes Kind auszutragen. Während hierfür prinzipiell auch eine postmortal gespendete Gebärmutter genutzt werden kann, basieren fast alle dokumentierten Uterustransplantationen auf einer Lebendspende, die häufig aus dem persönlichen Umfeld der Transplantierten stammt. Im Jahre 2014 konnte ein schwedisches Team weltweit zum ersten Mal einer uterustransplantierten Frau zu einem gesunden Kind verhelfen.

Zwei weitere Ansätze, die sich noch in der Entwicklung befinden und zukünftig von Relevanz für die assistierte Reproduktion sein dürften, sind die „Genomchirurgie“ (z. B. CRISPR) und die künstliche Züchtung von Keimzellen. Die Genomchirurgie soll in Zukunft ermöglichen, mittels „Genschere“ gezielte Eingriffe im Erbgut von Embryonen vorzunehmen, um auf diese Weise genetische Defekte zu beheben (negative Eugenik) oder eine gewünschte genetische Eigenschaft in das Erbgut einzubringen (positive Eugenik).

Die Kritiker dieser Technik weisen darauf hin, dass aufgrund der hohen Komplexität genetischer und epigenetischer Interaktionen im menschlichen Organismus das Risiko für die nachfolgenden Generationen unverantwortbar ist. Weiterhin stünden mit der Genomchirurgie Entwicklungen in Richtung von „Designer-Babys“ offen. Außerdem wird angesichts des sehr begrenzten Wissens über die komplexen (epi-)genetischen Zusammenhänge vor weitreichenden negativen Folgen für künftige Generationen gewarnt. Die künstliche Züchtung von Keimzellen aus Körperzellen, die bisher nur erfolgreich bei Mäusen angewandt wurde, würde zudem ganz neue Möglichkeiten der assistierten Reproduktion, etwa die Erzeugung eines Embryos aus den Zellen einer einzelnen Person, eröffnen.

Die Methoden der assistierten Reproduktion *in vitro* ermöglichen bereits seit einiger Zeit die PID: Extrakor-

poral erzeugte Embryonen lassen sich mittels der PID vor der Implantation auf genetische Störungen untersuchen. In Deutschland darf die PID nur bei Vorliegen einer genetischen Disposition eines oder beider Partner für eine „schwere genetische Erbkrankheit“, wobei dieser Begriff strittig ist, vorgenommen werden. Jede PID bedarf der Prüfung und Zustimmung einer eigens hierfür eingerichteten interdisziplinären ↑Ethikkommission (§ 3a Abs. 2 EschG). Zudem ist zur G. die ↑PND zur Kontrolle der Entwicklung und Gesundheit des Kindes und der Schwangeren während der Schwangerschaft zu rechnen.

### 3. Geburtenregelung in der

#### Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik

Bei der G. als Gegenstand der nationalen und internationalen Bevölkerungs- und ↑Entwicklungspolitik sind zwei gegenläufige Tendenzen zu beobachten: Aufgrund der alternden und z.T. abnehmenden Bevölkerung sollen Maßnahmen der G. in den Industrienationen den sinkenden Geburtenzahlen entgegenwirken (Pronatalismus). Entwicklungsländer verzeichnen hingegen ein starkes Bevölkerungswachstum, das zu einer Verschlechterung der ohnehin prekären Versorgung der lokalen Bevölkerung mit lebensnotwendigen Ressourcen führt. Hier zielen die nationalen und internationalen Maßnahmen der G. auf eine Senkung der Geburtenraten ab (Antinatalismus). Die G. steht in engem Zusammenhang mit zunehmender Ressourcenknappheit und ökologischen Problemen. In alternden Solidargemeinschaften steigt die Belastung der Erwerbstätigen, und es bedarf Personals und finanzieller Ressourcen für die pflegerische und medizinische Versorgung.

Seit Mitte der 1960er Jahre gehen die Geburtenraten in Deutschland wie in den meisten Industrienationen kontinuierlich zurück, seit den 1970er Jahren gibt es einen „Sterbefallüberschuss“, d.h. es sterben jährlich mehr Menschen als Lebendgeburten verzeichnet werden. Die zusammengefasste Geburtenziffer beträgt seit Jahren ca. 1,4 Kinder pro Frau, im Vergleich zu 2,5 Kindern Mitte der 1960er Jahre. Damit liegt Deutschland im europäischen Vergleich im unteren Bereich. Frauen sind bei der Geburt ihres ersten Kindes deutlich älter, was w.a. auf längere Ausbildungszeiten und qualifiziertere Ausbildungen zurückzuführen ist.

Pronatalistische Maßnahmen der G. umfassen zum einen finanzielle Anreize wie z. B. steuerliche Vorteile für Familien oder Alleinstehende mit Kindern, die Zahlung von Kindergeld, den finanziellen Ausgleich des Erwerbsausfalls vor/nach der Geburt oder Unterstützung für die Kinderbetreuung (vgl. das Mutterschafts-, Eltern- und Betreuungsgeld in Deutschland), sowie die Bereitstellung weiterer Sozialleistungen (z. B. Krankenversicherung, Erstausrüstung für Neugeborene). In der Literatur ist umstritten, inwiefern diese finanziellen Anreize tatsächlich das Fortpflanzungsverhalten von Frauen bzw. Paaren beeinflussen. Weitere pronatalistische

Maßnahmen zielen daher auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, z. B. ganztägige Betreuungsangebote für Kinder und Gleichstellungsmaßnahmen in allen gesellschaftlichen Bereichen.

Antinatalistische Maßnahmen in Entwicklungsländern fokussieren heutzutage vornehmlich auf die reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen. Der Begriff der reproduktiven Gesundheit wurde 1994 auf der Weltbevölkerungskonferenz der UNO in Kairo als ein grundlegendes Menschenrecht und wesentlicher Bestandteil einer nachhaltigen Entwicklungspolitik definiert. Reproduktive Gesundheit meint gemäß dem von 179 Nationen unterzeichneten Aktionsprogramm den Zustand vollständigen körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens im Hinblick auf die individuellen und gesellschaftlichen Funktionen der Reproduktion. Konkrete Forderungen, die bis heute in zahlreichen Nationen der Welt noch nicht eingelöst sind, sind u. a. der Zugang zu Sexualaufklärung, sicherer und bezahlbarer ↑Empfängnisverhütung, Schutz vor Zwangssterilisation, Zwangsabtreibung, Geschlechtskrankheiten und sexueller Gewalt, Sicherstellung medizinischer Versorgung Schwangerer und Neugeborener, Bekämpfung von Genitalverstümmelung, Kinderehe und Frauenhandel. Die reproduktive Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen soll zudem durch Bildung, Sozialleistungen und gute Erwerbsperspektiven gestärkt werden. In einer Subsistenzwirtschaft gilt allerdings eine größere Anzahl an Nachkommen immer noch als Existenzsicherung und Form der Altersvorsorge. Der Zugang zu Informationen über Schutz vor ungewollten Schwangerschaften und einer Ansteckung mit HIV (↑AIDS) ist bes. erfolgreich, wenn junge Menschen gleichzeitig neue Perspektiven für ein besseres, wirtschaftlich unabhängiges Leben erhalten.

Eine repressive Form der G. stellte die in China von 1979 bis 2015 durchgeführte Ein-Kind-Politik dar. Die zunehmende Verfügbarkeit von Ultraschallgeräten in der PND und die teils sehr strenge Durchsetzung der Ein-Kind-Politik bewog chinesische Familien teils dazu, weibliche Feten abzutreiben oder nach der Geburt zu töten, da männliche Nachkommen eher dazu geeignet schienen, Eltern und Nachkommen finanziell abzusichern. Die Folge ist heute ein Überschuss an männlichen Nachkommen. Die Ein-Kind-Politik hat über die Jahrzehnte zu einer deutlichen Reduktion des Bevölkerungswachstums, zugl. aber zu einer Überalterung der chinesischen Bevölkerung geführt. Die sich hieraus ergebenden Belastungen für das Sozialsystem und die erwerbstätige Bevölkerung haben die chinesische Regierung 2016 zu einer offiziellen Beendigung der Ein-Kind-Politik bewegt – heute sind zwei Kinder zulässig.

### 4. Ethische Konfliktfelder

Hinsichtlich der ethischen Bewertung der G. lässt sich zwischen den auf Individuen bezogenen Maßnahmen und der G. in der Bevölkerungs- und Entwicklungspoli-

tik unterscheiden. Gleichwohl gibt es inhaltliche Überschneidungen, da die Regulierung der individuellen Maßnahmen bisweilen integraler Bestandteil der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik ist.

Die Komplexität der ethischen Bewertung der individuellen Instrumente der G. nimmt mit der Anzahl einzubeziehender Personen und Gesichtspunkte zu. So können die Maßnahmen der assistierten Reproduktion z. B. nur die beiden Partner, den Embryo bzw. das prospektive Kind und die Ärzte, bei einer Samen- und Eizellspende oder gar Leihmutterchaft jedoch noch weitere Personen involvieren.

Auf Seiten der Wunscheitern wird zumeist ein Recht auf reproduktive Selbstbestimmung postuliert. Urspr. meinte dies, frei über die eigene Sexualität und Fortpflanzung bestimmen zu dürfen. Zur Ausübung eines derartigen Selbstbestimmungsrechts müssen Personen Zugang zu angemessener Sexualaufklärung und gesundheitlicher Versorgung zur Sicherung ihrer reproduktiven Gesundheit haben. Auch der Zugang zu erschwinglichen Verhütungsmitteln gilt den meisten ethischen Positionen als grundlegender Bestandteil der reproduktiven Selbstbestimmung. Stärker umstritten ist der Schwangerschaftsabbruch als Teil der medizinischen Versorgung und einer antinatalistischen Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik, da der reproduktiven Selbstbestimmung der Schwangeren das Recht auf Leben des „nasciturus“ gegenübersteht. Debattiert wird hierbei v. a. der moralische Status des Embryos, d. h. die Frage, wann dem ungeborenen Leben das Recht auf Leben zugesprochen werden muss. Zu unterscheiden sind hierbei

- a) Schutzpositionen, die der Zygote oder dem Embryo bereits vom Moment der Befruchtung an ein Recht auf Leben zusprechen,
- b) Positionen, die ein Recht auf Leben an bestimmte Fähigkeiten bzw. Zwecke zurückbinden (z. B. Einnistung, Schmerzempfinden, extrauterine Überlebensfähigkeit oder Schutz erst ab der Geburt), sowie
- c) Positionen des abgestuften Lebensschutzes, die dem ungeborenen Leben ein mit dem Gestationsalter sukzessiv zunehmendes Recht auf Leben zusprechen.

Ein allg. es Verbot des Schwangerschaftsabbruchs birgt die Gefahr, dass Schwangere auf illegale Abtreibungen mit z. T. schweren Folgen für ihre Gesundheit zurückgreifen. Die Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs wird auch im Rahmen der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik kontrovers diskutiert.

Ebenfalls umstritten ist, ob das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung auch ein positives Recht auf Inanspruchnahme der Methoden der assistierten Reproduktion umfasst und welchen Personenkreisen sie zugänglich gemacht werden sollen. Bes. problematisch ist der Rückgriff auf Samen- oder Eizellspenden, Leihmutterchaft und genetische Diagnostik (PID, PND) – letztere insb. mit Blick auf das Diskriminierungsverbot. Bei anonymen Keimzellspenden wird das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen genetischen Abstam-

ung nicht hinreichend geachtet. Zugl. stellt die genetische Abstammung von einem unbekanntem Spender oder Spenderin die Kinder vor bes. Herausforderungen bei der Konzeptualisierung der eigenen ↑ Identität, die bisweilen erst dann, wenn die Spenderkinder eine eigene Familie gründen möchten, stärker in den Vordergrund treten. Ob eine Pflicht der Eltern zur Aufklärung der Kinder über den Umstand ihrer Zeugung besteht, ist kontrovers. Außerdem birgt die Eizellspende bes. Risiken und Belastungen für die Spenderinnen (hormonelle Stimulation, invasiver Eingriff, Hyperstimulationssyndrom, Eierstockvernarbungen bei mehrmaliger Eizellgewinnung); deshalb kann sie ethisch nicht ohne weiteres der Samenspende gleichgestellt werden. Diese Bedenken betreffen auch die neu etablierte Technik des Nukleustransfers, die ebenfalls einer Eizellspende bedarf. Da sowohl im Falle der Samen- als auch der Eizellspende die Spendebereitschaft ohne finanzielle Anreize voraussichtlich gegen Null tendieren würde, sieht sich die assistierte Reproduktion dem Vorwurf der Kommerzialisierung der menschlichen Reproduktion ausgesetzt. Dies gilt umso mehr für die sog. e Leihmutterchaft, bei welcher zumeist eine sozial schwächer gestellte Frau gegen Bezahlung ihren Körper für das Austragen einer Schwangerschaft zur Verfügung stellt.

Auch ohne die Einbeziehung von Samen- oder Eizellspende werfen die extrakorporalen Befruchtungsmethoden (IVF und ICSI) ethische Fragen auf: Bei der PID werden Embryonen in vitro auf genetische Defekte hin untersucht. Dass Embryonen mit einer genetischen Auffälligkeit (z. B. Chromosomenaberrationen, Erbkrankheiten) nicht implantiert werden, befürwortet liberale Positionen als individuelle Prävention schwerer erblicher Erkrankungen. Kritiker befürchten sozialen Druck hinsichtlich der Inanspruchnahme gendiagnostischer Verfahren, eine Ungleichbehandlung mittels externer – gesellschaftlich oder individuell erwünschter – Merkmale und einen wachsenden Anspruch auf ein gesundes Kind. Ähnliche Effekte ergeben sich durch routinemäßige genetische Frühdiagnostikmaßnahmen (Amniozentese, frühe vorgeburtliche Bluttests) während der Schwangerschaft. Embryonenselektion und Schwangerschaftsabbruch bei genetischer Störung stehen in Spannung zu Diskriminierungsverboten und zu einer Ethik der Elternschaft, der gemäß ein Kind nicht unter dem Vorbehalt bestimmter Eigenschaften, sondern um seiner selbstwillen Akzeptanz erfährt. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den Umgang mit überzähligen Eizellen im Vorkernstadium und Embryonen aus der assistierten Reproduktion.

Auch die sich mit der Kryonkonservierung ergebende Möglichkeit des *social freezing* wird unterschiedlich bewertet. Während eine Position hierin eine Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung der Frauen sieht, kritisieren andere Positionen einen falschen Ansatz, da mit technologischen Möglichkeiten soziale, bildungspolitische sowie wirtschaftliche Probleme kompensiert werden. Statt berufstätigen Frauen zu suggerieren, sich

zu jedem beliebigen späteren Zeitpunkt der Familienplanung widmen zu können, fordern feministische Positionen sozialpolitische Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die pronatalistischen Maßnahmen der G. sollten bevölkerungspolitisch ausgerichtet sein, auf die Einführung finanzieller Anreize und auf die Gleichstellung der Frau in Gesellschaft und Arbeitswelt abzielen. Allerdings kritisieren feministische Positionen die pronatalistische Bevölkerungspolitik in Deutschland, weil sie noch stark am traditionellen Leitbild der Familie orientiert sei und die Kindererziehung noch immer vornehmlich als Aufgabe der Frau erachte.

Auch die Uterustransplantation ist mit einer Reihe ethischer Bedenken behaftet, da sich die Frauen den Risiken eines umfassenden chirurgischen Eingriffs samt nachfolgender Immunsuppression (inkl. erhöhtem Infektions- und Krebsrisiko) aussetzen. Inwiefern sich die Immunsuppression, die auch während der Schwangerschaft aufrechterhalten ist, langfristig auf die Entwicklung und Gesundheit des Kindes auswirkt, ist noch ungeklärt. Die größten ethischen Herausforderungen werden sich allerdings durch die neuen „genomchirurgischen“ Techniken (negative und positive Formung der Nachkommen) und die medizinischen Möglichkeiten der Nachkommenschaft „ohne Sex“ stellen.

In der Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik sind nach wie vor diejenigen antinatalistischen Maßnahmen (Ausnahme Schwangerschaftsabbruch), die vornehmlich auf eine Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung von Frauen und Mädchen ausgerichtet sind, ein sozialetisches Desiderat. Staatliche Maßnahmen wie Informationsverbote, Zwangsabtreibung oder Zwangssterilisation greifen nach wie vor in den ureigensten Bereich der persönlichen und körperlichen Integrität von Frauen ein und verletzen damit unstrittige Abwehrrechte. Betrachtet man die Weltbevölkerung, überwiegen in Bezug auf die G. Fragen sozialer Gerechtigkeit, d. h. Armut von Frauen und ihre in vielen Bereichen noch ausstehende gesellschaftspolitische Gleichstellung.

#### Literatur

L. Francis (Hg.): *The Oxford Handbook of Reproductive Ethics*, 2017 • S. E. Harrison u. a.: *Assembly of Embryonic and Extraembryonic Stem Cells to Mimic Embryogenesis In Vitro*, in: *Science* 356/6334 (2017), 153–165 • K. Piotrowska u. a.: *Male Hormonal Contraception. Hope and Promise*, in: *The Lancet. Diabetes & Endocrinology* 5/3 (2017), 214–223 • Amnesty International (Hg.): *Amnesty International Report 2015/16. The State of the World's Human Rights*, 2016 • BIB (Hg.): *Bevölkerungsentwicklung Daten, Fakten, Trends nach demografischen Wandel*, 2016 • Deutscher Ethikrat: *Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme*, 2016 • T. Faltus: *Stammzellenreprogrammierung. Der rechtliche Status und die rechtliche Handhabung sowie die rechtssystematische Bedeutung reprogrammierter Stammzellen*, 2016 • O. Hikabe u. a.: *Reconstitution In Vitro of the Entire Cycle of the Mouse Female Germ Line*, in: *Nature* 539/7628 (2016), 299–303 • L. Johannesson/S. Järholm: *Uterus Transplantation. Current Progress and Future Pro-*

*spects*, in: *International Journal of Women's Health* 8 (2016), 43–51 • M. Müller (Hg.): *Gynäkologie und Urologie für Studium und Praxis*, 2016 • Nuffield Council on Bioethics: *Genome editing. An ethical review* (2016), URL: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Genome-editing-an-ethical-review.pdf> (abger.: 20.3.2018) • ZME: *Neue Entwicklungen in der Fortpflanzungsmedizin* 62/2 (2016) • P. Dabrock u. a.: *Unverschämt schön. Sexualethik: evangelisch und lebensnah*, 2015 • H. Haker: *Reproductive Rights and Reproductive Technologies*, in: D. Moellendorf/H. Widdows (Hg.): *The Routledge Handbook of Global Ethics*, 2015, 340–353 • G. K. Heilig: *Unterschiede in den demographischen Trends. Afrika und Europa inmitten epochaler demographischer Transition*, in: *Pol. Stud.* 463 (2015), 29–41 • G. A. Kanakis/D. G. Goulis: *Male Contraception: a Clinically-Oriented Review*, in: *Hormones* 14/4 (2015), 598–614 • J. Schmid: *Hintergründe der Weltbevölkerung. Demographie und Entwicklung*, in: *Pol. Stud.* 463 (2015), 16–28 • S. M. Suter: *In Vitro Gametogenesis. Just Another Way to Have a Baby?*, in: *Journal of Law and the Biosciences* 3/1 (2015), 87–119 • C. Thomale: *Mietmutterchaft. Eine international-privatrechtliche Kritik*, 2015 • UN Department of Economic and Social Affairs/Population Division: *World Population Prospects*, 2015 • UNFPA: *Weltbevölkerungsbericht 2015. Schutz für Frauen und Mädchen in Not*, 2015 • N. Bertschi: *Leihmutterchaft. Theorie, Praxis und rechtliche Perspektiven in der Schweiz, den USA und Indien*, 2014 • DSW: *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte* (2014), URL: [http://www.dsw.org/wp-content/uploads/2016/08/SRGR\\_Factsheet.pdf](http://www.dsw.org/wp-content/uploads/2016/08/SRGR_Factsheet.pdf) (abger.: 20.3.2018) • H.-L. Günther/J. Taupitz/P. Kaiser: *Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen*, 2014 • S. Schleising (Hg.): *Ethik und Recht in der Fortpflanzungsmedizin*, 2014 • UNFPA: *Programme of Action of the International Conference on Population Development*, (2014), URL: <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action> (abger.: 20.3.2018) • K. Diedrich/M. Ludwig/G. Griesinger (Hg.): *Reproduktionsmedizin*, 2013 • G. Maio/T. Eichinger/C. Bozzaro (Hg.): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, 2013 • M. M. Lindtner: *Den Eros entgiften. Elemente einer tragfähigen Sexualmoral und Beziehungsethik*, 2012 • K. Hilpert (Hg.): *Zukunftshorizonte katholischer Sexualethik*, 2011 • J. Bitzer: *Kontrazeption*, 2010 • A. Ebenstein: *The „Missing Girls“ of China and the Unintended Consequences of the One Child Policy*, in: *The Journal of Human Resources* 45/1 (2010), 87–115 • C. F. Gethmann/S. Huster (Hg.): *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*, 2010 • D. Auth: *Pronatalistischer Aktionismus: von der bevölkerungspolitischen Instrumentalisierung und Ökonomisierung der Familienpolitik in Deutschland*, in: D. Auth/B. Holland-Cunz (Hg.): *Grenzen der Bevölkerungspolitik*, 2007, 81–102 • J. Träger: *Neue Wege familiärer Arbeitsteilung – Neuorientierung in der Familienpolitik?*, in: ebd., 145–163 • BÄK: *(Muster)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 203/20 (2006), A1392-A1403 • U. Körner u. a. (Hg.): *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*, 2006 • E. Schockenhoff: *Bevölkerungspolitik und Familienplanung in der Dritten Welt*, 1996 • D. Mieth/I. Mieth: *Schwangerschaftsabbruch*, 1991.

MONIKA BOBBERT  
UND NADIA PRIMC