

Leitlinien
„Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine
Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen
(BKID-Leitlinien „reproduktives Reisen“)
Stand 06.02.2010



Präambel

In Fachkreisen wird kontrovers diskutiert, ob reproduktives Reisen ein Zeichen reproduktiver Autonomie, ein Ausdruck zivilen Ungehorsams oder eine illegale Handlung darstellt (Pennings, 2004; Pennings et al., 2008). Die Erstellung dieser BKID-Leitlinien „Reproduktives Reisen“ soll dem besonderen Beratungsbedarf von Frauen und Männern mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung außerhalb Deutschlands auseinandersetzen, Rechnung tragen. Die Leitlinien sind eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. – BKID) zum Thema „reproduktives Reisen, basierend auf deren psychosozialen Fachwissen und Beratungskompetenz. Unabhängig von der fachlichen und persönlichen Haltung und der ethischen Bewertung des Phänomens stehen Wunscheltern, die über einen solchen Schritt nachdenken, vielen Schwierigkeiten gegenüber. Sprachprobleme, die Informationsflut im Internet und die teils unseriösen Werbestrategien einiger Anbieter erschweren eine informierte Entscheidung. Betroffene brauchen umfassende und neutrale Information und Beratung, um sowohl reproduktionsmedizinische Angebote als auch andere Angebote zur Erfüllung des Kinderwunsches kritisch hinterfragen und Erfolgsaussichten und Risiken richtig einschätzen oder Behandlungsmöglichkeiten ablehnen zu können. Dies ist bei hochkomplexen medizinischen Eingriffen wie reproduktionsmedizinischen Behandlungen grundsätzlich erforderlich, bei einer Behandlung im Ausland jedoch umso bedeutungsvoller.

Die grundsätzliche Anerkennung der reproduktiven Autonomie des Menschen darf in der psychosozialen Beratung nicht mit einem unreflektierten Umgang mit dem „Geschäft mit der Hoffnung“ einhergehen. Ein zentraler Aspekt liegt daher in der Bereitstellung von seriöser Information und fundierter psychosozialer Beratung von Wunscheltern vor, während und auch nach einer Behandlung. Um einen Interessenskonflikt zu vermeiden, sollte diese unabhängig von der medizinischen Behandlung angeboten werden. Eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken vor Behandlungsbeginn kann die Gefahr mindern, sich aufgrund unwahrscheinlicher oder unhaltbarer Versprechungen auf eine Behandlung einzulassen oder körperliche und seelische Gesundheitsrisiken für sich selbst oder das zu zeugende Kind einzugehen. Erforderlich ist daher ein niedrigschwelliges psychosoziales Beratungsangebot.

Diese Beratung ist grundsätzlich ergebnisoffen und hat als oberstes Ziel, den Wunscheltern eine fundierte, autonome Entscheidung zu erleichtern, die für oder gegen eine Behandlung im Ausland ausfallen kann. In der Auseinandersetzung mit ungewollter Kinderlosigkeit geht es immer auch um eine kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen des Lebens, den Grenzen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen und den Grenzen der emotionalen Leidensfähigkeit des Paares mit unerfülltem Kinderwunsch. Die bewusste Auseinandersetzung mit diesen Grenzen ist ein zentraler Bestandteil psychosozialer Kinderwunschberatung.

Einleitung

Reproduktives Reisen ist ein weltweites Phänomen. In den letzten Jahren wurden sowohl Einzelpersonen als auch Paare nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern wie Großbritannien, Kanada, Frankreich, Österreich oder der Schweiz mobil, um eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland durchzuführen. In Deutschland haben die Anfragen nach einer psychosozialen Beratung im Vorfeld einer Eizellspende seit 2008 deutlich zugenommen, vereinzelt berichten Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. – BKID) von mehreren solchen Beratungen monatlich. Auch Wunschkind e.V., die Patientenorganisation für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, ist mit solchen Anfragen zunehmend konfrontiert (Ziegler, 2008). Verlässliches Datenmaterial über den Umfang reproduktiven Reisens liegt bislang nicht vor. In einer von der European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) durchgeführten Pilotstudie zeigt sich allerdings, dass deutsche Paare vor allem nach Tschechien reisen, um sich dort Behandlungen wie der Eizellspende zu unterziehen, die hier aufgrund des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) verboten sind. Darüber hinaus ist bekannt, dass die Niederlande ein bevorzugtes Zielland für lesbische Paare sind, die mit Samenspende ein Kind zeugen möchten, Belgien das Zielland für Paare mit Wunsch nach einer Präimplantationsdiagnostik (PID), die USA das Zielland für eine Leihmutterchaft, Spanien für die Eizellspende ist und die osteuropäischen Länder für

In-vitro-Fertilisation (IVF), intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) und Blastozystentransfer mit Embryoselektion (Weiterentwicklung von mehr als drei Embryonen bis zum Tag 4 oder 5 und Auswahl des oder der bestentwickelten Embryonen vor dem Transfer) sind.

Die Gründe für eine Behandlung im Ausland sind mannigfaltig. Hierzu gehören

- gesetzliche Restriktionen wie das Verbot von Eizellspende, Embryonenspende und Leihmutterschaft, die Entwicklung von mehr als drei befruchtete Eizellen zum Blastozystenstadium mit anschließender Selektion der bestentwickelten Embryonen oder die Präimplantationsdiagnostik,
- berufsrechtliche bzw. moralische Einschränkungen wie die Behandlung lesbischer und allein stehender Frauen (Bundesärztekammer, 2006),
- die Wahrung von Anonymität: eine Behandlung im Ausland kann leichter geheim gehalten werden, so dass das soziale Umfeld der Wunscheltern nicht davon erfährt,
- die Möglichkeit der anonymen Samenspende,
- die Wahrung der Autonomie des Kindes: In einigen Ländern ist die Identifizierbarkeit von Gametenspendern für das Kind nach Erreichen der Volljährigkeit gesetzlich geregelt,
- finanzielle Gründe: eine Behandlung im Ausland, vor allem in osteuropäischen Ländern, kann kostengünstiger sein oder erscheinen als in Deutschland,
- die Behandlung im Heimatland: ausländische Paare ziehen eine Behandlung in ihrem Heimatland vor, da sie sich dort mit dem medizinischen System besser auskennen und ein soziales Netzwerk haben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung hat seit ihrem Bestehen mehrere Richt- und Leitlinien veröffentlicht. Die Qualifikationsrichtlinien definieren die Mindestqualifikation für psychosoziale Fachkräfte, die psychosoziale Kinderwunschberatung anbieten (BKID, 2008a). Die Richtlinien für die psychosoziale Beratung legen fest, wie eine psychosoziale Beratung in die medizinische Behandlung integriert werden soll (BKID, 2005), die Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende erläutern die zentralen Themen, die im Rahmen einer solchen Beratung relevant sind (BKID, 2008b). Im Folgenden werden die zentralen Fragestellungen und Themenbereiche für eine psychosoziale Beratung dargestellt, wenn eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland erwogen wird. Diese nehmen in großen Teilen Bezug auf das vom International Consumer Support for Infertility (iCSI) entwickelten Faltblatt „Kinderwunschbehandlung im Ausland“ (International Consumer Support for Infertility, 2008). Darüber hinaus basieren diese Ausarbeitung auf einer Expertise, die für den pro familia Bundesverband erstellt wurde (Thorn, 2008); wir danken pro familia an dieser Stelle für die freundliche Genehmigung, die Expertise als Grundlage für diese Leitlinien nutzen zu dürfen.

Die nachstehenden Leitlinien beziehen sich zwar vor allem auf psychosoziale Themenbereiche, schließen jedoch juristische, medizinische und finanzielle Fragestellungen mit ein. Es werden zunächst Fragestellungen und Themenkomplexe aufgeführt, die grundsätzlicher Natur sind, im Anschluss werden Fragestellungen und Themenkomplexe aufgeführt, die bei der Beratung für spezifische Behandlungen relevant sind.

1. Grundsätzliches

1.1 Sprachkenntnisse

Wunscheltern müssen sicherstellen, dass sie alle Information bezüglich der geplanten Behandlung verstehen. Sinnvoll ist es, zumindest ausreichend Sprachkenntnisse zu haben, um Rückfragen stellen zu können. Wenn eine Beratung nicht in deutscher Sprache erfolgen kann, helfen gute Englischkenntnisse oft weiter. Falls bei Bedarf ein Dolmetscherservice angeboten wird, so sollen Wunscheltern auch darauf achten, dass dieser – soweit sie dies einschätzen können – ihre Fragen korrekt übersetzt und sie alle Antworten verstehen. Sie sollten sich keinesfalls ge-

nötigt fühlen, eine Behandlungseinwilligung zu unterschreiben, die sie nicht oder nur in Teilen verstehen.

1.2 Medizinische Indikation

Die beabsichtigte Behandlung im Ausland sollte medizinisch indiziert sein, ausreichende Aussicht auf Erfolg haben und es sollte keine Kontraindikation gegen eine Behandlung oder Schwangerschaft vorliegen. Im Zweifelsfall ist eine medizinische Abklärung erforderlich.

1.3 Vorbehandlung

In manchen Fällen ist es möglich, eine erforderliche Vorbehandlung (z.B. die hormonelle Stimulation vor einer Eizellspende) in Deutschland durchzuführen; dies kann bei einem Zentrum für Reproduktionsmedizin angefragt werden. Zu bedenken ist hier allerdings eine mögliche strafrechtliche Relevanz für den Arzt oder die Ärztin bei einer Vorbehandlung für Eingriffe, die in Deutschland unter Strafe stehen.

1.4 Medizinische Dokumentation

Alle medizinischen Unterlagen hinsichtlich Voruntersuchungen und Behandlungsprotokolle (auch diagnostische Eingriffe und Befunde, Stimulationsprotokolle, Ergebnisse vorheriger Behandlungen und weitere individuell relevante Unterlagen) sollten dem ausländischen Behandlungszentrum vorgelegt werden. In manchen Ländern gibt es Vorgaben, dass z.B. eine Eizellspende nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden soll; dies muss nachgewiesen werden. Medizinische Dokumente können bei Komplikationen wichtig sein. Wunscheltern sollen auch darauf achten, dass sie alle erforderlichen Dokumente bezüglich der im Ausland durchgeführten Behandlung erhalten, da diese für die Behandlung möglicher Komplikationen in Deutschland erforderlich sein können. Die rechtlichen Aspekte möglicher medizinischer Behandlungsfehler im Ausland müssen unbedingt vor Aufnahme der Behandlung dort abgeklärt sein.

1.5 Kostenerstattung

Die deutschen Krankenkassen übernehmen keine Kosten für eine Behandlung, die in Deutschland nicht erlaubt ist (z.B. Eizellspende), bzw. für die gem. § 27a SGB V in Deutschland keine Kostenerstattung erfolgt (z.B. Altersregelung). Auch übernehmen sie keine Kosten für Behandlungen, die über die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz festgelegte Anzahl von Behandlungsversuchen hinausgehen (drei Behandlungsversuche werden zu 50% übernommen). In EU-Mitgliedsstaaten kann für eine IVF- oder ICSI-Behandlung eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse beantragt werden, solange die drei Behandlungsversuche noch nicht überschritten wurden und alle anderen Bedingungen gem. § 27a SGB V erfüllt sind. Bei privaten Krankenversicherungen sind die individuellen Verträge maßgeblich. Klinische Erfahrung zeigt, dass manche Krankenkassen ihrerseits Mitglieder auf günstige Behandlungen im Ausland hinweisen.

Vor Behandlungsbeginn sollten von der ausländischen Klinik alle Kosten (einschließlich der Aufwandsentschädigung für Gametenspende oder Leihmutterchaft) transparent dargelegt sein und schriftlich festgehalten werden. Hinsichtlich der Kosten ist ebenfalls zu bedenken, dass mehrere Behandlungsversuche erforderlich sein können und dass eine Behandlung im Ausland auch mit Reise- und Unterkunftskosten sowie mit außerhäuslichen Mahlzeiten und typischen Extraausgaben verbunden ist, die man auf einer Reise hat. Wenn eine Schwangerschaft eingetreten ist, trägt das deutsche Gesundheitssystem alle erforderlichen Kosten für die Schwangerschaftsbetreuung und die Geburt des Kindes.

1.6 Ressourcen

Mit Wunscheltern sollte thematisiert werden, ob eine Behandlung im Ausland aufgrund psychischer und finanzieller Ressourcen tatsächlich leistbar und im Sinne der körperlichen, psychischen und seelischen Gesundheit sinnvoll ist. Wenn Paare die Behandlung im Ausland vor ihrem sozialen Umfeld geheim halten, fehlt beispielsweise eine emotionale Unterstützung durch Freunde und Verwandte. Wenn bereits mehrere Behandlungen in Deutschland erfolglos abgeschlossen wurden, muss das Paar genau prüfen, ob tatsächlich noch ausreichend emotionale Energie vorhanden ist, ein komplexes Vorhaben wie eine Behandlung im Ausland anzugehen,

einerlei wie erfolgreich eine solche Behandlung scheint. In manchen Fällen mag eine Behandlungspause sinnvoll sein, in anderen kann die Anregung, über die emotionale Belastbarkeit zu reflektieren, dazu führen, dass das Paar sich gegen weitere Behandlung entscheidet. Wenn sich das Paar für eine Behandlung im Ausland entscheidet, sollte ihm eine Beratung sowohl während der Behandlung als auch im Anschluss, unabhängig vom Behandlungsausgang, offen stehen.

1.7 Mehrlingsrisiko

Um das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft zu reduzieren, sollte mit den Wunscheltern bei allen Behandlungen, bei denen mehr als ein Embryo eingesetzt werden kann (beispielsweise bei einer IVF oder einer Eizellspende), bzw. mehr als eine Eizelle zur Befruchtung heranreifen kann (beispielsweise bei einer hormonellen Stimulation vor einer Insemination mit Spendersamen) darauf hingewiesen werden, dass es in Anlehnung an die Vorgehensweise in Deutschland sinnvoll sein kann, bei Frauen unter 35 Jahren nur eine oder maximal zwei Eizellen und nur bei Frauen über 35 zwei oder maximal drei Eizellen einzusetzen. Ein Mehrlingsrisiko besteht ab dem Transfer von mehr als einem Embryo und auch im Rahmen einer Insemination nach einer hormonellen Stimulation, wenn mehr als eine Eizelle heranreift; bei Letzterem ist daher ein Zyklusmonitoring zwingend erforderlich. Bei dem im Ausland häufig erlaubten Blastozystentransfer mit Embryoselektion sollte nach Empfehlung vieler Expertengruppen in der Regel ein oder höchstens zwei Blastozysten transferiert werden. Der Transfer von drei Blastozysten sollte nur in ganz seltenen Ausnahmefällen nach genauer Abwägung des Mehrlingsrisikos erfolgen.

1.8 Aktueller Überblick über reproduktionsmedizinisches Vorgehen im Ausland

Aufgrund der dynamischen Situation in vielen Ländern hinsichtlich Gesetzgebung und Richtlinien im Bereich von ART wird es keinem Berater möglich sein, stets den aktuellen Stand im Ausland zu kennen. Eine Übersicht bieten ESHRE (<http://www.eshre.com/page.aspx/16>), die Seite „Biopolicywiki“ (www.biopolicywiki.org) und das Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (www.cueno.de/medr/show_all.asp). Es ist hilfreich, hierzu auch auf die Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Zielland zu verweisen, die es mittlerweile in vielen Ländern gibt. Diese Organisationen kennen sich nicht nur im juristischen Bereich aus, sondern können auch detaillierte Informationen hinsichtlich der üblichen Behandlungspraxis in ihrem Land geben und Kontakte zu anderen Wunscheltern aus dem Land vermitteln. Eine Übersicht über Patientenorganisationen haben iCSI (www.icsi.ws) und Fertility Europe (www.fertilityeurope.eu) zusammengestellt.

1.9 Überprüfung der eigenen Haltung der psychosozialen Fachkraft

Fachkräfte, die zur Kinderwunschbehandlung im Ausland beraten, sind gefordert, sich mit ihrer eigenen Haltung hinsichtlich der gewünschten Behandlungen auseinanderzusetzen. Es ist unerlässlich, die eigene Haltung zu Themen wie Eizellspende, Embryoselektion oder dem Familienwunsch lesbischer Paare zu klären. Wunscheltern verdienen Verständnis und Respekt für die von ihnen angedachten oder bereits entwickelten Lösungswege. Dies bedeutet keinesfalls, dass keine kritischen Fragen gestellt werden dürfen. Vielmehr soll die Beratung nicht wertend im Prozess und Ausgang sein und nicht von der persönlichen Haltung eines Beraters bestimmt werden.

2. Beratung vor einer Behandlung mit eigenen Gameten

Im folgenden Teil werden die Fragestellungen und Themenbereiche für die psychosoziale Beratung nach Art der Behandlung beschrieben. Zunächst werden die Fragestellungen dargestellt, die im Rahmen einer Behandlung mit den eigenen Gameten der Wunscheltern relevant sind. Im Anschluss werden die Fragestellungen thematisiert, die im Rahmen einer Behandlung mit Gametenspende oder Leihmutterschaft entstehen.

- 2.1 Allgemeines
Viele Wunscheltern reisen ins Ausland, da sie sich von den dort angebotenen Methoden eine höhere Erfolgsrate versprechen. Eine Präimplantationsdiagnostik wird meist von Paaren in Anspruch genommen, die ein hohes Risiko für eine genetische Erkrankung haben. Für Paare, die im Osten Deutschlands leben, kann eine Behandlung im osteuropäischen Ausland kostengünstiger sein.
- 2.2 Einhaltung internationaler Standards
Entspricht die Behandlung im Zielland internationalen Standards? Dies ist vor allem wichtig hinsichtlich der Anzahl der Embryonen/Blastozysten, die transferiert werden. Das Mehrlingsrisiko ist auch vom Alter der Frau abhängig. Um das Mehrlingsrisiko zu minimieren, werden in Deutschland daher mittlerweile Frauen unter 35 Jahren maximal zwei befruchtete Eizellen zurückgesetzt. Seit einigen Jahren wird in einzelnen Ländern (z.-B. Schweden, Belgien) bei jüngeren Frauen (i. d. R. unter 35) bei den ersten Behandlungsversuchen grundsätzlich nur eine befruchtete Eizelle eingesetzt (s. z. B. Kallström & Berg 2007, Ombelet et al. 2005).
- 2.3 Schwangerschaftsrate
Bei einem geplanten Blastozystentransfer mit Embryoselektion sollen Wunscheltern darauf hingewiesen werden, dass es zurzeit nicht eindeutig erwiesen ist, ob dieser tatsächlich zu einer erhöhten Schwangerschaftsrate führt.
- 2.4 Ovarielle Reserve
Vor einer Behandlung mit Blastozystentransfer mit Embryoselektion ist es sinnvoll zu überprüfen, ob eine ausreichende ovarielle Reserve vorhanden ist und mit mindestens 6-8 Eizellen gerechnet werden kann. Dies ist bei älteren Frauen oft nicht der Fall. Auch wenn bei jüngeren Frauen in abgeschlossenen Behandlungszyklen nur wenige Eizellen produziert wurden, ist es fraglich, ob ausreichend Eizellen für einen Blastozystentransfer mit Embryoselektion gewonnen werden können.
- 2.5 Aussicht auf Erkenntnisgewinn
Vor einer PID sollte überprüft werden, ob diese Untersuchung für die vorliegende Erkrankung sinnvoll ist und ausreichende Erkenntnisse bringt, aus denen die Wunscheltern Entscheidungen und Handlungen für sich ableiten können.

3 Beratung vor einer Behandlung mit Gametenspende (Eizellspende, Samenspende, Embryonenspende) und Leihmutterschaft

Da die Eizellspende und die Leihmutterschaft in Deutschland verboten sind, der juristische Status einer Embryonenspende unklar ist (Wendehorst, 2003), aber davon ausgegangen wird, dass diese ebenfalls verboten ist und lesbische und allein stehende Frauen häufig nicht behandelt werden, müssen Wunscheltern hierfür ins Ausland reisen. Im Folgenden werden zunächst Fragestellungen für den psychosozialen Bereich aufgezeigt, im Anschluss Beratungsinhalte für den medizinischen und juristischen Bereich.

3.1 Recht des Kindes auf Wissen über seine biologische Abstammung

Die Wunscheltern sollten klären, ob das Kind ein Recht oder wenigstens die Möglichkeit hat, die Identität des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter (oder zumindest sogenannte *nicht-identifizierbare Informationen* wie Alter, beruflicher Hintergrund, Hobbys, äußere Merkmale) ab einem gewissen Alter (in Anlehnung an eine Adoption üblicherweise ab 16 oder ab Volljährigkeit) zu erfahren. In vielen Ländern ist dies un geregelt und somit von der Behandlungspraxis der einzelnen Zentren abhängig. In den Ländern, in denen dies nicht möglich ist, kann aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung eine Behandlung mit Gametenspende nicht empfohlen werden.

3.2 Wertehaltung der Wunscheltern

Sowohl für die Wunscheltern als auch für das so gezeugte Kind kann es von großer Bedeutung sein, unter welchen Bedingungen eine Gametenspende zustande kommt. Dabei stellt sich die zentrale Frage, ob eine Spende aus freiwilliger und selbstbestimmter Entscheidung erfolgt oder lediglich eine finanzielle Notlage ausgenutzt wird („Eizellhandel“). Den ethischen Aspekten der Kommerzialisierung bei der Gametenspende ist in der psychosozialen Beratung – vor einer Entscheidungsfindung der Wunscheltern – genügend Raum zu geben. Bei der Eizellspende, der Embryonenspende und in ganz besonderem Maße bei der Leihmutterschaft müssen die medizinischen Risiken, die die gesunden Frauen eingehen, berücksichtigt werden. Auch die medizinische Versorgung der Spenderinnen und Leihmütter vor, während und nach einer Behandlung sollten Gegenstand der ethischen Bewertung sein und bei der Auswahl der Zielländer und Zentren eine Rolle spielen.

Eine Behandlung im Ausland durchzuführen, die in Deutschland verboten ist, kann Schamgefühle und Gewissensbisse auslösen. Falls der innere moralische Konflikt groß ist und das Paar vom Eigenverständnis nicht zivilen Ungehorsam, sondern eine illegale Handlung plant, sollte exploriert werden, ob eine Behandlung im Ausland tatsächlich der richtige Schritt ist und die damit geplante Familienbildung langfristig erfolgreich in das Eigenverständnis des Paares integriert werden kann.

3.3 Reflexion der Bedeutung von biologischer und sozialer Elternschaft

Wunscheltern, die eine Behandlung planen, die zu einer Kombination von sozialer und biologischer Elternschaft (z.B. Eizellspende) oder zu sozialer Elternschaft (z.B. Embryonenspende) führt, sind vor die Frage gestellt, welche Bedeutung diese Familienzusammensetzung hat und wie die Eltern damit umgehen. Eine zentrale Frage ist die Aufklärung der Kinder: Erfahren die Kinder, dass sie mit Hilfe einer Gametenspende und/oder Leihmutterschaft gezeugt wurden oder bleibt dies ein Familiengeheimnis? Inzwischen wird eine frühzeitige Aufklärung des Kindes aus entwicklungspsychologischen und familiendynamischen Gründen für sinnvoll erachtet (Thorn & Wischmann 2009). BKiD (2008b) empfiehlt vor einer Gametenspende eine eingehende psychosoziale Beratung, damit Wunscheltern umfassend informiert sind und alle relevanten Themenstellungen, vor allem die Bedeutung der Familienzusammensetzung und der Aufklärung, reflektieren können. Die relevanten Themenbereiche für die Beratung werden hier nicht aufgeführt, sie können in den Leitlinien für psychosoziale Beratung bei Gametenspende nachgelesen werden.

3.4 Beratung als Begleitung

Vor allem bei solchen komplexen Fragestellungen kann es sinnvoll sein, die Beratung nicht nur als klärende Hilfestellung vor einer Behandlung zu sehen, sondern als einen begleitenden Prozess auch während der Behandlung und nach Geburt des Kindes. Es ist zwar hilfreich, viele Fragestellungen möglichst frühzeitig zu bedenken, akut und relevant werden einige jedoch erst, wenn ein Kind geboren ist, bzw. wenn die Aufklärung des Kindes ansteht. Daher sollte eine Beratung auch weit über das Behandlungsende hinaus möglich sein. Eine spätere Beratung oder Begleitung kann auch hilfreich sein, wenn sich Wunscheltern zunächst gegen einen offenen Umgang oder die Aufklärung eines Kindes nach Gametenspende oder Leihmutterschaft entscheiden. Hier ist die elterliche Autonomie zu respektieren und zu signalisieren, dass die Wunscheltern auch zu einem späteren Zeitpunkt eine Beratung in Anspruch nehmen können, vor allem, wenn sie ihre Haltung hierzu ändern sollten. Die Möglichkeit zur psychosozialen Beratung sollte auch den Kindern nach Gametenspende bzw. Leihmutterschaft zur Verfügung gestellt werden (alleine und/oder mit den Eltern).

3.5 Kostentransparenz, Aufwandsentschädigung

Vor Behandlungsbeginn sollen alle Kosten transparent dargelegt sein. Die Kosten sollen in den Augen der Wunscheltern angemessen sein; dies betrifft auch die Aufwandsentschädigung, bzw. Bezahlung des Spenders/der Spenderin/der Leihmutter.

3.6 Juristische Elternschaft

Die juristische Elternschaft ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Gem. § 1591 BGB ist in Deutschland die austragende Frau Mutter im juristischen Sinne; die Mutterschaft nach einer Eizellspende ist somit gesichert. Dennoch ist es wichtig zu wissen, wie die entsprechende Regelung im Zielland ist, um juristische Komplikationen zu vermeiden. Ggf. kann es sinnvoll

sein, die Elternschaft in einem notariellen Vertrag (bzw. im Ausland mit einem Vertrag ähnlicher Qualität) zu regeln.

Die Vaterschaft geht gem. § 1592 BGB auf den Mann über, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft nach § 1600d oder § 640h Abs. 2 der Zivilprozessordnung gerichtlich festgestellt ist. Da es bei der Samenspende für ein lesbisches Paar oder eine allein stehende Frau keinen Mann gibt, der in der juristischen Vaterposition ist, ist darauf zu achten, wie die entsprechenden gesetzlichen Regelungen im Land der Behandlung sind, ob also der Samenspender grundsätzlich von einer Vaterschaft freigestellt ist oder ob dies nicht oder nur nach vertraglicher Regelung der Fall ist.

Die juristische Mutterschaft nach einer Embryonenspende ist in Deutschland eindeutig, da die Wunschmutter das Kind austrägt und somit Mutter im juristischen Sinne ist. Ist sie mit dem Wunschvater verheiratet, ist dessen Vaterschaft ebenfalls gesichert, da das Kind innerhalb der Ehezeit gezeugt wurde. Ist sie nicht mit dem Wunschvater verheiratet, kann bis zur juristischen Anerkennung der Vaterschaft die Gefahr bestehen, dass der Samenspender in der Rolle des juristischen Vaters ist. Auch hier ist darauf zu achten, wie die entsprechenden gesetzlichen Regelungen im Land der Behandlung sind.

Die juristische Situation nach einer Leihmutterschaft kann hoch komplex sein. Nach deutschem Recht ist die Wunschmutter *nicht* Mutter im juristischen Sinne, da sie das Kind nicht austrägt. Dies ist auch der Fall, wenn ihre eigenen Eizellen verwendet wurden, sie also Mutter im biologischen Sinne ist. Infolgedessen ist auch die Vaterschaft ungeregelt. Im Falle der Leihmutterschaft ist es in vielen Ländern erforderlich, dass das Kind nach Geburt von den Wunscheltern sowohl in dem Heimatland der Leihmutter als auch in ihrem eigenen Heimatland adoptiert wird. Dies setzt voraus, dass die Leihmutter das Kind zur Adoption freigibt. Hier sind vertragliche Absicherungen vor Behandlungsbeginn eine Möglichkeit, es zeigte sich jedoch in der Vergangenheit einige Male, dass die Freigabe zur Adoption trotz vorheriger Absprache nicht gegeben wurde und dies zu gerichtlichen Auseinandersetzungen um die Elternschaft geführt hat. Darüber hinaus kann es Schwierigkeiten hinsichtlich der Zuordnung der Nationalität des Kindes geben.

Die Wunscheltern sollten sicherstellen, dass sie vor Behandlungsbeginn mit einer Gametenspende oder Leihmutterschaft im Besitz aller erforderlichen juristischen Unterlagen sind, auch jene, die sie dafür benötigen, mit dem Kind nach Deutschland einzureisen und es, wenn erforderlich, hier zu adoptieren.

Es ist sinnvoll, sich nicht nur auf die rechtliche Information des Behandlungszentrums zu verlassen, sondern unabhängigen juristischen Rat zu suchen, also einen in dieser Materie versierten Juristen im Zielland einzubeziehen, um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden.

3.7 Dokumentation

Die Wunscheltern sollten darüber informiert sein, welche Dokumentation das Behandlungszentrum betreibt. Dies betrifft alle medizinischen Unterlagen, vor allem jedoch diejenigen, aus denen die Identität der Spender/der Leihmutter und des behandelten Paares hervorgehen. Alle EU-Länder sind gem. der EU Richtlinie (2004) gehalten, diese Dokumente mindestens 30 Jahre lang aufzubewahren; ob dies immer umgesetzt wird, scheint zurzeit fraglich. Allerdings sind nicht alle Länder verpflichtet, den so gezeugten Kindern Einsicht in diese Dokumente zu ermöglichen; dies liegt in der Regelungsbefugnis der einzelnen Länder. Eine Dokumentation, ggf. auch über die 30 Jahre hinaus, ist nicht nur relevant, damit Kinder nach Gametenspende/Leihmutterschaft Informationen über ihre biologische Herkunft einsehen können, sondern es kann auch in einem medizinischen Notfall wichtig sein, die Identität der Spender nachvollziehen zu können.

Forderungen

Ziel dieser BKiD-Leitlinien ist nicht die mögliche Diskussion um eine Veränderung des Embryonenschutzgesetzes. Vielmehr dienen die Leitlinien Fachkräften als Basis, um Frauen und Männer, die eine Behandlung im Ausland in Erwägung ziehen, eine fundierte Möglichkeit der Reflexion zu bieten. Einige der im Ausland durchgeführten Behandlungen, insbesondere die Behandlungen, die Spender, Spenderinnen oder Leihmütter involvieren, ziehen zahlreiche Fragestellungen vor allem im psychologischen Bereich nach sich, die derzeit noch unbeantwortet sind. Auch gibt es aus ethisch-moralischer Sicht kontroverse Einschätzungen wie z. B. hinsichtlich der Vergütung von Spendern bzw. der Leihmütter. BKiD, die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung spricht sich daher für Folgendes aus:

- Es ist eine rechtsverbindliche Dokumentation aller Unterlagen erforderlich, aus denen Spender, Leihmütter und behandelte Personen hervorgehen. Diese Dokumentation sollte über mindestens 80 Jahre erfolgen.

- Das Recht der so gezeugten Kinder, diese Dokumentation einsehen zu können und somit ihre biologische Abstammung erfahren zu können, muss respektiert werden, unabhängig davon, aus welchem Land der Spender/die Spenderin bzw. die Leihmutter stammt, bzw. in welchem Land die Behandlung der Wunscheltern vorgenommen wird.
- Spendern, Spenderinnen und Leihmüttern sollten nicht nur auf ihre emotionale Stabilität überprüft werden, ihnen soll außerdem eine psychosoziale Beratung vor, während und nach der Behandlung niedrigschwellig zur Verfügung stehen.
- Die psychosozialen und medizinischen Implikationen einer Samen-, Eizell- und Embryonenspende sowie einer Leihmutterschaft müssen medizinisch und psychologisch sowohl für die entstandenen Familien als auch für die Spender, Spenderinnen und Leihmütter evaluiert werden. Hierzu sind wissenschaftliche Langzeitstudien aller Beteiligten (Spender, Spenderinnen, Leihmütter, Eltern, Kinder) erforderlich.
- Es sollte eine öffentliche Diskussion um die Vergütung von Spendern, Spenderinnen und Leihmüttern und das Problem der finanziellen Ausbeutung angeregt werden.
- Es ist eine europaweite Anstrengung erforderlich, Wunscheltern solide und seriöse Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, Risiken und Erfolgsaussichten zur Verfügung zu stellen, sowie Kriterien, wie die Seriosität dieser Informationen (z. B. aus dem Internet) eingeschätzt werden kann.

(© BKiD 2010, Stand: 06.02.2010)

Literatur

- BKiD. (2005). Richtlinien 'Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch'. (Letzter Zugriff: 21.02.2009) <http://www.bkid.de/richtlinien.pdf>
- BKiD, (2008a). Kriterien für die Aufnahme in die Berater/innenliste von BKiD (Letzter Zugriff: 21.02.2009) <http://www.bkid.de/kriterien.pdf>.
- BKiD. (2008b). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. (Letzter Zugriff: 21.02.2009) http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf
- Bundesärztekammer (2006). (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion - Novelle 2006. *Deutsches Ärzteblatt*, 20, A1392-A1403.
- International Consumer Support for Infertility. (2008). Kinderwunschbehandlung im Ausland. (Letzter Zugriff: 23.09.2009) http://www.icsi.ws/information/fact_sheets
- Karlström, P. O., Bergh, C. (2007). Reducing the number of embryos transferred in Sweden-impact on delivery and multiple birth rates. *Hum Reprod*;22: 2202-07.
- Ombelet, W., De Sutter, P., Van der Elst, J., & Martens, G. (2005). Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction--the Belgian project. *Hum Reprod Update*, 11 (1), 3-14.
- Pennings, Guido (2004). Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Hum Reprod*, 19 (12), 2689-2694.
- Pennings, Guido, de Wert, Guido, Shenfield, Françoise, Cohen, Jean, Tarlatzis, Basil, & Devroey, Paul (2008). ESHRE Task Force on Ethics and Law 14: equity of access to assisted reproductive technology. *Hum Reprod*, 23 (4), 772-774.
- Thorn, Petra (2008). *Reproduktives Reisen - eine Expertise für den Pro Familia Bundesverband*. Frankfurt. In Druck.
- Thorn, P., Wischmann T (2009): German Guidelines for Psychosocial Counselling in the Area of Gamete Donation. *Human Fertility* 12, 73 – 80
- Wendehorst, Christiane (2003). Zur Möglichkeit der Embryonenadoption in einem zukünftigen Fortpflanzungsmedizingesetz. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 19, 147-150.
- Ziegler, Gaby (2008). persönliche Mitteilung.

Weiterführende Ressourcen für reproduktives Reisen (Stand: 21.11.2009)

Die folgenden Publikationen informieren über spezielle Formen der Reproduktionsmedizin und können an Fachkräfte bzw. an Wunscheltern zum Selbststudium weiterempfohlen werden. Bei den Internetangaben handelt es sich um Informationen, die der Erfahrung von BKiD nach seriös sind und ebenfalls Fachkräften und/oder Wunscheltern empfohlen werden können.

1. PUBLIKATIONEN

Einen aktuellen Bericht über **reproduktives Reisen** gibt es von Eva-Maria Knoll:

Knoll E-M: So weit gehen für ein Kind – Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag, 2008.

Das *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.* hat 2008 ein Handbuch herausgegeben, das einen sehr guten Überblick über die Themenbereiche der **psychosozialen Beratung** bei Kinderwunsch gibt:

Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T: *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2008.

Eine Übersicht über alle psychosozialen und juristischen Fragestellungen bei einer **Spendersamenbehandlung** gibt das folgende Buch:

Thorn P: *Familiengründung mit Spendersamen – ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2008.

Für die **Aufklärung von Kindern nach Samenspende** gibt es die folgenden Bücher:

Thorn P: *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben*. Mörfelden: FamART Verlag, 2006.

Thorn P, Herrmann-Green L: *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für lesbische Familien mit Wunschkindern durch Samenspende*. Mörfelden: FamART Verlag, 2009.

Für **lesbische Paare**, die eine Spendersamenbehandlung beabsichtigen, gibt es die folgenden Bücher:

Streib-Brzic, U: *Das lesbisch-schwule Babybuch: Ein Ratgeber zu Kinderwunsch und Elternschaft*. Queerverlag, 2007.

Streib-Brzic U, Gerlach S: *Und was sagen die Kinder dazu? Gespräche mit Töchtern und Söhnen lesbischer und schwuler Eltern*. Queerverlag, 2005.

Jansen E, Greib A, Bruns M: *Regenbogenfamilien – alltäglich und doch anders. Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogenes Fachpersonal*. Köln: Lesben- und Schwulenverband Deutschland, 2007.

Für **allein stehende Frauen**, die eine Spendersamenbehandlung beabsichtigen, ist das folgende Buch geschrieben:

Morrisette M: *Choosing single motherhood – the thinking woman's guide*. Be-Mondo Publishing, 2005.

Einen ähnlichen Ratgeber gibt es für die **Eizellspende**:

Sarasohn Glazer E: *Having your baby through egg donation*. Perspective Press, 2005.

Das folgende Buch beschreibt die Erfahrungen von Familien nach einer **Leihmutterschaft**:

Griswold Z: *Surrogacy Was the Way: Twenty Intended Mothers Tell Their Stories*. Nightengale Media, 2006.

Einen internationalen Überblick über **Leihmutterschaft** bietet das folgende Buch:

Cook R, Day Sclater S, Kaganas F: *Surrogate motherhood, international perspectives*. Oxford-Portland, Oregon: Hart Publishing, 2003.

Das folgende Buch beschreibt die Erfahrungen eines **allein stehenden Mannes** mit Drillingen nach einer Leihmutterchaft:

Muckeljohn I: *And Then There Were Three: The Exceptional Story of a Remarkable Surrogacy Family*. London: Gibson Square Books, 2005.

Einen umfassenden und internationalen Überblick über alle **psychosozialen Themen der Beratung** bei Kinderwunsch bietet das folgende Buch (Wer sich nicht scheut, sich auf über 600 Seiten mit dem Thema auf Englisch auseinanderzusetzen, findet in diesem Buch das gesammelte Wissen vieler internationaler Experten):

Covington S, Hammer Burns L: *Infertility Counselling – a comprehensive handbook for clinicians* Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2006.

Die ESHRE hat Richtlinien für die **psychosoziale Beratung** bei Unfruchtbarkeit herausgegeben, diese können online heruntergeladen werden (<http://www.eshre.com/binarydata.aspx?type=doc/psyguidelines.pdf>):

Boivin J, Kertenich H: *Guidelines for Counselling in Infertility*. Oxford University Press, published in association with ESHRE, 2002.

Eine Übersicht über die **Gesetzgebung in den neuen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union** gibt das folgende Buch:

Dostal J: *Ethical and legal aspects of assisted reproduction. Situation in the Member States that joined the European Union in 2004*. Olomouc, 2007.

Zur **PID** gibt es die folgenden Gutachten:

Nippert I: *Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich. Die aktuelle Situation hinsichtlich der gesetzlichen Regelung, der Anwendung und der gesellschaftlichen Diskussion in Belgien, Frankreich und Großbritannien*. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin, 2006 (<http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/04250.pdf>).
Corveleyn A et al.: *Preimplantation Genetic Diagnosis in Europe*. Report for the European Communities 2007. (<http://ftp.jrc.es/EURdoc/eur22764en.pdf>).

Internationale **wissenschaftliche Fachzeitschriften** sind *Human Reproduction* (<http://humrep.oxfordjournals.org>) und *Fertility and Sterility* (<http://www.fertstert.org>). In beiden Fachzeitschriften werden vor allem medizinische, aber auch psychologische Studien publiziert sowie kontroverse ethische Themen diskutiert.

2. INTERNET

- *Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung - Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland* e.V. (Fachorganisation für psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch): www.bkid.de
- *Wunschkind* e.V. (Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen): www.wunschkind.de
- *Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland* e.V.: <http://www.repromed.de>
- *European Society for Human Reproduction and Embryology* (Europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin): www.eshre.com
- *American Society for Reproductive Medicine* (Amerikanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin): www.asrm.org
- *International Federation of Fertility Societies* (Internationale Dachgesellschaft für Reproduktionsmedizin): <http://www.iffs-reproduction.org>

- *International Infertility Counselling Organisation* (Internationale Dachgesellschaft für psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch) mit Links zu nationalen Organisationen: <http://www.iffs-iico.org>
- *International Consumer Support for Infertility* und *Fertility Europe* (Internationale Dachgesellschaften für Patientenorganisationen) mit Links zu nationalen Selbsthilfegruppen/-organisationen, auch in osteuropäischen Ländern: www.icsi.ws und www.fertilityeurope.eu
- *Bionews* bietet in einem Newsletter regelmäßig internationale Informationen zu Reproduktionsmedizin und angrenzenden Themen: www.bionews.org.uk
- Überblick über spanische Kliniken, zusammengestellt vom spanischen Ministerium für Gesundheit:
<http://www.msc.es/en/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centroReproHumAsist.htm>
- Übersicht über internationale Gesetzgebung (Webseite ist im Aufbau):
http://biopolicywiki.org/index.php?title=Main_Page
- Übersicht über internationale Gesetzgebung vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (www.cueno.de/medr/show_all.asp)
- Eine seriöse deutsche Webseite, auf der sich Patienten über Behandlungen im Ausland austauschen können, ist: <http://www.wunschkind.net/forum/read/1/2812804>
- Einen Zusammenschluss von Kindern und Erwachsenen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden und die/den Spenderin/Spender oder Halbgeschwister suchen, gibt es in den USA:
<http://www.donorsiblingregistry.com>
In Großbritannien gibt es eine ähnliche Webseite, die von der Regierung unterhalten wird:
(<http://www.ukdonorlink.org.uk>)
In Deutschland ist dies ebenfalls geplant: (<http://www.spenderkinder-register.de>)
- Das 2008 gegründete *International Network of Donor Conception Organisations* ist eine internationale Dachorganisation von Zusammenschlüssen von Menschen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden: <http://www.inodco.com>

(© BKID 2010, Stand: 06.02.2010)