

Journal für

# Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik  
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



## Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte

Kentenich H, Griesinger G

*J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2013; 10 (5-6)

273-278

[www.kup.at/repromedizin](http://www.kup.at/repromedizin)

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

# Zum Verbot der Eizellspende in Deutschland: Medizinische, psychologische, juristische und ethische Aspekte

H. Kantenich<sup>1</sup>, G. Griesinger<sup>2</sup>

Nach dem Embryonenschutzgesetz ist die Eizellspende in Deutschland verboten. Etwa 3–4 % aller Frauen haben aus genetischen und anderen Gründen bereits vor dem 40. Lebensjahr keine Möglichkeit mehr, mit eigenen Eizellen schwanger zu werden, obwohl sie in psychischer und körperlicher Hinsicht ansonsten zur Mutterschaft befähigt wären. Mehrere Tausend Frauen gehen jährlich aus Deutschland für eine Eizellspende ins Ausland. Betroffen sind vor allem Frauen mit genetischer Prädisposition (z. B. Turner-Syndrom), Frauen ohne Ovarien (entweder genetisch bedingt oder nach Operation), Frauen mit vorzeitiger Menopause (etwa 1 % der Frauen < 40 Jahren), bzw. Frauen mit vorzeitiger ovarieller Erschöpfung.

Die Erfolgsraten nach Eizellspende sind außerordentlich hoch, die Geburtenrate pro Behandlungszyklus liegt zwischen 30 und 50 %. Medizinisch, psychologisch und ethisch stehen die Aspekte der Risiken der Spenderinnen im Vordergrund. Aus medizinischer Sicht sind im Besonderen sog. schwere Überstimulationssyndrome zu vermeiden. Die Komplikationsraten bei der Behandlung der Spenderin sind insgesamt vertretbar niedrig. Die relativ neue Option der Gefrierlagerung („Vitrifizierung“) von Eizellen erlaubt inzwischen, dass die Zyklen von Spenderinnen und Empfängerinnen nicht mehr synchronisiert werden müssen. Grundlegend gibt es das Modell des sog. „egg-sharing“ und das Modell der altruistischen Spende, wobei das Konzept des „egg-sharing“ einige Nachteile hat (u. a. bekommt die Empfängerin u. U. nur Eizellen der „zweiten Wahl“).

Psychologische Nachuntersuchungen der Kinder, aber auch der Eltern-Kind-Beziehung nach Eizellspende sehen keine wesentlichen Besonderheiten im Vergleich zu Kindern nach herkömmlicher Zeugung.

Ethische Vorbehalte fokussieren im Besonderen auf die Risiken der Spenderin und die Gefahr einer ausschließlich finanziell begründeten Motivation zur Eizellspende. Insofern bestehen besonders hohe Anforderungen im Rahmen der Eizellspende an Information, Aufklärung und Beratung der Spenderin. Frauen, die zur Eizellspende ins Ausland reisen, müssen auch darüber aufgeklärt werden, dass in manchen Ländern (z. B. Spanien) die Eizellspenderin auch anonym bleiben und somit die genetische Herkunft des Kindes ggfs. später nicht in Erfahrung gebracht werden kann, was beispielsweise in Deutschland bei der Behandlung mit Spendersamen mindestens nach den Richtlinien der Bundesärztekammer möglich sein muss.

Das Verbot der Eizellspende wird in Deutschland nicht zuletzt von Juristen zunehmend kritisch hinterfragt, da die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht auf Familiengründung, sowie das Selbstbestimmungsrecht der Eizellspenderin und Empfängerin ohne hinreichende Begründung eingeschränkt werden.

Im Rahmen eines seit Jahren geforderten deutschen Fortpflanzungsmedizingesetzes sollte deshalb die Option der Eizellspende in angemessener Weise Berücksichtigung finden.

**Schlüsselwörter:** Eizellspende, Embryonenschutzgesetz, medizinische Aspekte, psychologische Aspekte, ethische Aspekte

**Ban of Oocyte Donation in Germany: Medical, Psychological, Legal and Ethical Aspects.** According to the German embryo protection act, oocyte donation is forbidden by penal law in Germany. Approximately 3–4% of all women before age 40 fail to achieve pregnancy via their own gametes, despite otherwise favorable psychological and medical circumstances. It is estimated that as a result several thousand German women travel abroad to receive donated oocytes. Typical reasons for oocyte reception are genetic predispositions (e.g. Turner Syndrome), women without ovaries (either by genetic predisposition or after bilateral ovariectomy), women with premature ovarian failure (about 1% of all women under 40 years of age) and women with depleted ovarian reserve.

The success rates after oocyte donation are comparatively high. The delivery rates per attempt lie between 30 and 50%. Severe hyperstimulation syndromes after ovarian stimulation of the donor must be avoided. The complication rates for oocyte donors are relatively low. The new treatment option of oocyte vitrification allows temporally splitting oocyte donation from oocyte reception by cryo-storage of unfertilized gametes. The so-called egg sharing model and the altruistic donation model are both practiced, but the concept of sharing surplus oocytes from an infertility treatment cycle has several disadvantages (e.g. the recipient may receive oocytes of “second choice”). Investigations into the psychological well-being of the children as well as the parent-child-relationship after oocyte donation show no major differences as compared to children born after conventional, non-donor conception.

From a medical, psychological and ethical point of view the treatment risks of the oocyte donors deserve particular attention. Exclusively financially motivated oocyte donation has to be considered a serious issue in that context. Accordingly, meeting the demands for appropriate information, education and counseling of the donors are paramount. Women, who undergo oocyte donation abroad, should be informed that in some countries (e.g. Spain) anonymous oocyte donation is still practiced (implying that the genetic origin of the child can later not be determined). In contrast, in Germany according to the current guidelines sperm donation is only performed if all parties involved agree that the genetic background can be revealed to the child later on. In line with the position of several legal scholars in Germany, there is an overall tendency to scrutinize the ban of oocyte donation in Germany. Arguments in favor of allowing oocyte donation relate to issues of personal freedom, the right to create a family and the autonomy of recipient and oocyte donor. For several reasons and since several years a revision of the German embryo protection act is called for. In the process of such revision, the option of oocyte donation should be taken into account. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2013; 10 (5–6): 273–8.**

**Key words:** egg donation, embryo protection law, medical, psychological and ethical aspects

## ■ Einleitung

Während die heterologe Insemination und die heterologe IVF-/ICSI-Behandlung in Deutschland erlaubt sind, ist

nach § 1 Abs. 1 und Abs. 2 des Embryonenschutzgesetzes die Eizellspende in Deutschland verboten und unter Strafe gestellt. Die Frau selbst ist nicht von Strafe bedroht.

Geschätzte 3–4 % aller Frauen haben aus genetischen oder anderen Gründen bereits vor dem 40. Lebensjahr keine Möglichkeit mehr, mit eigenen Eizellen schwanger zu werden, obwohl sie in

Eingegangen: 08. August 2013; akzeptiert nach Revision: 16. Oktober 2013

Aus dem <sup>1</sup>Fertility Center Berlin und der <sup>2</sup>Sektion für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Lübeck

**Korrespondenzadresse:** Prof. Dr. Heribert Kantenich, Fertility Center Berlin, D-14050 Berlin, Spandauer Damm 130; E-Mail: kantenich@fertilitycenterberlin.de

psychischer und in sonstiger körperlicher Hinsicht dazu in der Lage wären. Jährlich begeben sich mehrere tausend Frauen mit vorzeitig erloschener Eierstockfunktion und Kinderwunsch in Deutschland in ärztliche Beratung. Nach Diagnosestellung wird die Frau über Alternativen beraten. Diese wären – im Kontext angemessener psychosozialer Beratung – Verzicht auf das genetisch eigene Kind, Adoption und die Möglichkeit, ein Pflegekind aufzunehmen. Darüber hinaus kann auch eine Information über die Möglichkeit einer Behandlung im Ausland mit Eizellspende erfolgen, wobei die Patientin informiert werden muss, dass diese Behandlung in Deutschland verboten ist, wobei die Frau selbst nicht von Strafe bedroht ist.

### ■ Indikationen

Zu den Indikationen der Eizellspende gehören:

- genetische Prädispositionen (z. B. Turner-Syndrom)
- Patientinnen ohne Ovarien (nicht genetisch bedingt)
- Patientinnen nach multiplen Operationen im Bereich der Ovarien (z. B. bei rezidivierenden Zysten, Endometriose III. und IV. Grades, Borderline-Tumoren des Ovars, frühen Stadien des Ovarialkarzinoms)
- Patientinnen mit vorzeitiger Menopause (ca. 1 % der Frauen < 40 Jahren)
- Patientinnen mit mehrfach nachgewiesener Low-Response nach Stimulationsverfahren (z. B. < 3 Eizellen nach hoch dosierter Hormonstimulation)
- Patientinnen mit hohem genetischem Risiko für eine Vererbung einer schweren Erkrankung

Problematisch bleibt die Eizellspende für postmenopausale Frauen (nach dem 50. LJ). Die Eizellspende im Zusammenhang mit Leihmutterschaft soll hier nicht erörtert werden.

### ■ Medizinische Aspekte

Gegenwärtig ist die Eizellspende in Deutschland verboten. Nach Extrapolation von Zahlen aus Ländern, in denen die Eizellspende erlaubt ist (USA, Großbritannien etc.), ist davon auszugehen, dass bei etwa 1000–3000 Patientinnen pro Jahr in Deutschland ein Bedarf für

eine Eizellspende aus medizinischer Indikation besteht [1–3]. In Europa waren im Jahr 2008 insgesamt 13.609 Frauen Empfängerinnen von gespendeten Eizellen [4]. Im Jahre 2010 wurden in Europa 24.519 Zyklen der Eizellspende gemeldet [5].

Nach einer Untersuchung der ESHRE zu „Cross Border Reproductive Care“ [6] gehen in Europa Frauen für insgesamt etwa 24.000–30.000 Behandlungszyklen aus verschiedenen Gründen ins Ausland. Aus Deutschland wird ein Bedarf an schätzungsweise 2000 Behandlungszyklen im Ausland gedeckt. Der größte Teil der Frauen aus Deutschland (80 %) geht ins Ausland, weil in Deutschland die betreffenden Behandlungsmethoden verboten sind (wie bei Eizellspende). Insbesondere gehen deutsche Frauen daher in die Tschechische Republik, nach Dänemark und Spanien [6].

Die Erfolgsraten einer Schwangerschaft nach Eizellspende sind hoch. Die Geburtenrate („Baby take home rate“) liegt zwischen 33 % (UK) und 55 % (USA) pro Embryotransfer [2, 3].

### Medizinische Aspekte der Empfängerin (Schwangerschaft und Geburt)

Seit der Geburt des ersten Kindes nach Eizellspende im Jahr 1984 wurden umfangreiche Untersuchungen zu Schwangerschaftsverlauf und Geburt nach Eizellspende durchgeführt. Eine höhere Inzidenz von schwangerschaftsinduziertem Hypertonus, Neigung zur Zuckerstoffwechselstörung und Plazentapathologie werden beschrieben, wobei diese Störungen mit dem erhöhten Alter der Mütter begründet sein können. Meta-Analysen zeigen allerdings, dass auch nach Adjustierung des mütterlichen Alters das Risiko für schwangerschaftsinduzierten Hypertonus erhöht ist [7–9]. Schwangerschaften nach Eizellspende haben die immunologische Besonderheit, dass neben dem fremden paternalen Anteil (Spermium) auch der maternale Anteil (Eizelle) fremd und immunologisch zu tolerieren ist. Bezüglich der Geburt sind die Kaiserschnitttrate sowie die Neigung zu postpartalen Blutungen erhöht [7].

Untersuchungen zu den Kindern zeigen keine vermehrten Auffälligkeiten bei den Neugeborenen [7, 9–11].

Besondere Vorsicht bei der Indikationsstellung gilt bei Frauen mit Turner-Syndrom. Diese Frauen haben eine erhöhte Rate an kardialen Problemen mit der Gefahr der Aorta-Dissektion. Insofern ist die kardiale Begleitung vor einer Kinderwunschbehandlung, aber auch während der Schwangerschaft zwingend geboten [12, 13].

### Medizinische Aspekte und Gefahren für die Spenderin

Für die Eizellspenderin sind bei der Spende medizinische Komplikationen möglich. Hier wäre die Eizellspenderin insbesondere über das Risiko des schweren Überstimulationssyndroms (etwa 1,5–3,0 %) aufzuklären. Allerdings gibt es moderne Stimulationsverfahren, die Überstimulationssyndrome mit großer Wahrscheinlichkeit und weitestgehend ausschließen, sodass dieser Vorbehalt an Tragfähigkeit verloren hat [14]. Auch können Entzündungen im Bereich der Eierstöcke auftreten, die eine mögliche Beeinträchtigung der eigenen Fertilität der Spenderin zur Folge haben können (geschätzt bei 0,1 %) [15]. Mittlerweile liegen auch Erfahrungen aus den größten Zentren Europas über Komplikationen zur Eizellspende vor. In einer Nachuntersuchung von 972 Zyklen ergab sich in 0,3 % ernsthafte Komplikationen [16]. Die entscheidende Frage ist, ob die Eizellspenderin später bezüglich der Verwirklichung ihres eigenen Kinderwunsches Nachteile haben könnte. In einer Nachuntersuchung von Vercammen et al. [17] bei 205 Frauen, die ihre Eizellen einer anderen Frau gespendet haben, ergaben sich in 1,6 % Komplikationen. Die Frauen in dieser Untersuchung wollten mittlerweile zum Teil ihren eigenen Kinderwunsch erfüllen. Die Häufigkeit eines nicht erfüllten Kinderwunsches war allerdings ähnlich hoch wie in der Gesamtbevölkerung, sodass die Autoren folgern, dass sich nach den bisherigen Erfahrungen für die Verwirklichung des eigenen Kinderwunsches bei Eizellspenderinnen im Regelfall keine negativen Konsequenzen ergeben [17].

### Aspekte der Aufklärung der Spenderin

Obwohl in den bisherigen Nachuntersuchungen die Gefährdungen für die Eizellspenderinnen kalkulierbar gering sind, muss die Aufklärung über eine Eizellspende besonders gründlich sein, da die Spenderin behandelt wird, ohne dass

sie selbst einen medizinischen Vorteil hat.

Es ist zu berücksichtigen, dass die Bedürfnisse und Risiken der Empfängerin und der Spenderin asymmetrisch sind. Während bei der Empfängerin ein eindeutiger Vorteil darin besteht, dass sie über die Spende der Eizelle evtl. schwanger wird, hat die Spenderin die Belastungen der Hormonbehandlung und Eizellpunktion, sowie mögliche Risiken von Überstimulation und Infektionen mit möglichen langfristigen Folgen der eigenen Fruchtbarkeit und Gesundheit zu tragen. Daher muss als oberstes Prinzip angesehen werden, dass die Eizellspenderin einen optimalen Schutz bezüglich ihrer eigenen Gesundheit erfährt und die Eizellspende ohne äußere Zwänge vollständig freiwillig (altruistisch) erfolgt.

## ■ Modelle der Eizellspende

### Aufteilen der Eizellen („egg-sharing“)

Beim Modell des „egg-sharing“ (= Aufteilen der Eizellen) ist aus medizinischer und ethischer Sicht festzustellen, dass die Spenderin gleichzeitig auch als Patientin in Behandlung und selbst von Kinderlosigkeit betroffen ist [18]. Darüber hinaus besteht das medizinische und ethische Problem der Spende von Eizellen, die von einer subfertilen Patientin stammen. Somit sind derartige Eizellen häufig nicht für die Erfüllung des Kinderwunsches bei einer Empfängerin geeignet. Beim „egg-sharing“ würde eine Patientin, bei der relativ viele Eizellen während der Stimulation zu erwarten sind, gefragt werden, ob sie einen Teil dieser Eizellen für eine andere Frau spenden will. Wenn also z. B. eine Patientin mehr als 12 reife Eizellen zum Zeitpunkt der Entnahme hat, so könnte sie die darüber hinaus gehenden Eizellen für andere Frauen spenden.

Ein weiteres Problem hierbei ist, dass die Empfängerin jeweils nur Eizellen „2. Wahl“, also Eizellen mit als „relativ schlecht“ eingeschätztem Entwicklungspotenzial erhält, da ja die Spenderin selbst ein Interesse an der Nutzung der eigenen „besten“ Eizellen hat. Problematisch ist die Situation besonders dann, wenn sich nur sehr wenige der für die Spenderin verbliebenen Eizellen befruchten lassen, und somit durch die Eizellspende die Chance auf einen erfolg-

reichen Behandlungsausgang aufseiten der Spenderin reduziert wird. Es ist hierbei zu bedenken, dass ein einzelner Behandlungsversuch häufig nicht zu einer Schwangerschaft führt. Überzählige befruchtete Eizellen können (anstatt einer Spende), für die Spenderin selbst gefriergelagert (kryokonserviert) und später in die Gebärmutter übertragen werden, um die Chance auf eine Schwangerschaft zu steigern. Die Option der Spenderin, durch eine Behandlung schwanger zu werden, wird zwangsläufig im „egg-sharing“-Modell gemindert, da weniger kryokonservierte Zellen für sie selber zur Verfügung stehen.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass die potenziellen „egg-sharing“-Eizellspenderinnen nicht absichtlich „überstimuliert“ werden dürfen, um eine möglichst hohe Anzahl von Eizellen zu haben (z. B. mehr als 20 Eizellen). Dies ist jedoch oft schwer umsetzbar, da die Behandlung der Eizellspenderin und -empfängerin synchronisiert werden, d. h., das vonseiten der Empfängerin eine hohe Erwartungshaltung besteht, nach hormoneller Vorbehandlung tatsächlich zum gegebenen Zeitpunkt auch Eizellen zu erhalten. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen deshalb, dass das „egg-sharing“-Modell nur selten angewendet wird, weil durch vorsichtige Stimulationsverfahren weniger Patientinnen mit „zu vielen Eizellen“ zur Verfügung stehen.

Allerdings stehen nunmehr durch die Methode der Vitrifikation von Eizellen verbesserte Kryokonservierungstechniken zur Verfügung. Diese erlauben mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit, unbefruchtete Eizellen einzufrieren und sie später aufzutauen und mit dem Samen des Partners zu befruchten. Die Verbesserung dieser Techniken hat dazu geführt, dass die Zyklen der Spenderin und der Empfängerin nicht mehr synchronisiert werden müssen [19, 20].

### Altruistische Spende

Die sog. altruistische Spende bedeutet, dass eine Frau isoliert nur für die Eizellspende hormonell stimuliert wird, aber selbst nicht von unerfülltem Kinderwunsch betroffen ist. Der Vorteil besteht darin, dass alle Eizellen einer Spenderin für diesen Zweck zur Verfügung stehen. Darüber hinaus stammen die Eizellen von einer gesunden Frau, die selbst unter

keiner Beeinträchtigung ihrer Fertilität leidet. Nachteile dieses Modells sind negative Folgewirkungen für die spätere eigene reproduktive Gesundheit der Spenderin (bei Realisierung von Stimulations- und Eizellentnahmerisiken). Insofern wäre zu erwägen, dass insbesondere diejenigen Frauen für eine altruistische Spende in Frage kommen, die noch relativ jung sind, aber ihren Kinderwunsch nach Geburt eigener Kinder als abgeschlossen ansehen.

Für beide Modelle gilt, dass die Aufwandsentschädigung keinen dominierenden Anreiz für den Entschluss zur Eizellspende bieten darf.

Erfahrungen im Ausland zeigen, dass das Modell der altruistischen Spende mit angemessener Aufwandsentschädigung das am häufigsten praktizierte Modell ist, welches auch bei klarer gesetzlicher Regelung eine hohe Sicherheit für die Spenderin sowie für die Mutter und das Kind bietet.

## ■ Psychologische und soziale Aspekte der Eizellspende

Grundsätzlich muss das spätere Kindeswohl in allen Aspekten mit bedacht werden. Insofern ist der Frage nachzugehen, inwieweit das Kindeswohl nach Eizellspende beeinträchtigt sein könnte. Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder und die Qualität der Eltern-/Kind-Beziehung normal zu sein scheinen, wie Untersuchungen im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern zeigen [21–23].

Die Vater-Kind-Beziehung scheint ebenfalls keine Besonderheiten aufzuweisen [24].

Das psychologische Follow-up der Spenderinnen zeigt, dass diese mehrheitlich auch nach der Spende weiterhin positiv zu der erfolgten Eizellspende stehen [25, 26]. Zwischen 42 % [26] und 74 % [25] würden wieder spenden, 86 % würden es auch anderen Frauen empfehlen [17].

In einer anonymen Fragebogen-Untersuchung zur Motivation und zu sozialen Aspekten der Eizellspenderinnen aus Belgien, Tschechien, Finnland, Frankreich, Griechenland, Polen, Portugal, Russland und Spanien zeigten sich deut-

liche Unterschiede im Alter der Spenderinnen, wobei die Spenderinnen in Spanien am jüngsten und in Frankreich am ältesten sind. Dieses liegt aber in den juristischen Regelungen der betreffenden Ländern begründet. Bei der Motivation (subjektive Antworten) zur Eizellspende wurde am häufigsten reiner Altruismus oder rein finanzielle Erwägungen, gefolgt von einer Kombination von beiden, angegeben [27, 28].

In einer Übersichtsarbeit [29] sowohl zu Patientenspenderrinnen („egg-sharing“-Modell) als auch freiwilligen Spenderinnen (altruistische Spende) wird festgehalten, dass ein Großteil dieser Frauen damit einverstanden ist, dass die genetische Herkunft dem Kind später bekannt gegeben werden kann. Insgesamt wird die Eizellspende von den Spenderinnen als gut akzeptiert angesehen. Die meisten Spenderinnen drücken eine hohe Zufriedenheit in ihrer Erfahrung mit der Eizellspende aus.

Insgesamt scheint die Bereitschaft zum „offenen Umgang“ mit der Eizellspende bei Müttern und Vätern zuzunehmen [30]. Auch zeigen Untersuchungen von Kindern, denen die besondere Herkunft ihrer Zeugung über Eizellspende bekannt gemacht wurde, dass diese in einer neutralen Art reagieren [31].

Psychologisch scheint von besonderer Bedeutung, ob dem Kind später die genetische Herkunft auf Verlangen bekannt gemacht werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt wird Kindern von Frauen aus Deutschland, die zur Behandlung ins Ausland gehen, häufig die Möglichkeit, auf Verlangen Kontakt zur genetischen Mutter aufzunehmen, verwehrt, da in vielen europäischen Ländern nur eine anonyme Eizellspende erlaubt ist [32].

Die Möglichkeit, die genetische Herkunft zu erfahren, wird in Deutschland als wichtiges Rechtsgut angesehen. Sie ist bei der Samenspende in Deutschland gegeben, weil eine Samenspende zumindest nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der Assistierte Reproduktion [33] nur statthaft ist, wenn die Identität des Spenders nicht nur dokumentiert ist, sondern der Spender auch eingewilligt hat, dass seine Identität dem Kind später auf Verlangen preisgegeben werden kann. Insofern sollte eine analoge Erlaubnis einer Ei-

zellspende in Deutschland den psychologisch wichtigen Aspekt, auf Verlangen Kenntnis über die genetische Herkunft zu erhalten, positiv regeln.

Bemerkenswert ist, dass sich auch für die Eizellspenderin häufig das Bedürfnis ergibt, das Kind später kennen lernen zu wollen [26, 34].

### ■ Ethische Aspekte

Die Eizellspende ist Gegenstand einer fortwährenden ethischen Debatte. Im Jahre 2002 hat sich die „Task Force on Ethics and Law“ der Europäischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (ESHRE) in einer Stellungnahme [35] hierzu geäußert und keine grundsätzlichen ethischen Bedenken gegen die Anwendung dieser Methode gesehen.

Im deutschsprachigen Raum gibt es allerdings weiterhin viele kritische Stimmen. So werden vor allen Dingen die mögliche gesundheitliche Gefährdung der Eizellspenderinnen, ihre möglicherweise ausschließlich finanziell begründete Motivation, die möglicherweise mangelnde Risikoinformation für die Spenderin, die ungenügenden Untersuchungen zu Schwangerschaft, Geburt und Mutter-/Vater-Kind-Beziehung, die unterschiedlichen Regelungen in Europa und die Gefahr des kommerziellen Eizellhandels [36, 37] kritisch angemerkt.

Dem kann entgegengehalten werden: Wenn eine Samenspende unter bestimmten Bedingungen als ethisch akzeptabel gilt, dann ist es in einer Gesellschaft, die ihre Verbote auf rationalen Argumenten aufbauen will, notwendig, das Verbot der Eizellspende zu begründen. Dies könnte mit dem unterschiedlichen Risiken und Belastungen einer Eizellspende im Gegensatz zur Samenspende geschehen. Wenn sich diese jedoch inzwischen minimieren lassen (z. B. durch moderne Verfahren der Stimulationsbehandlung) und sowohl die Empfängerin als auch die Spenderin nach ausführlicher Beratung der Maßnahme zustimmen, wenn zudem auf diese Weise eine Kinderwunschbehandlung erfolgen kann, zu der es keine medizinische Alternative gibt, dann lässt sich die Ungleichbehandlung nur noch schwerlich begründen.

Die Erfordernisse insbesondere an Information, Aufklärung und Beratung der

Spenderin sind allein wegen des elektiven Charakters der Spende allerdings sehr hoch. Die Gefahren des Anreizes durch eine nicht klar geregelte Aufwandentschädigung sind vorhanden und müssen bedacht werden. Insofern ist bei der Spenderin eine freie, informierte und reiflich überlegte Entscheidung als unverzichtbare Voraussetzung anzusehen [35].

Die modernen Techniken der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen haben zudem den Vorteil, dass im Rahmen des „egg-sharing“-Modells häufiger damit zu rechnen ist, dass „überzählige Eizellen“ für eine Spenderin genommen werden können. Dieses bedeutet, dass zusätzliche Risiken, die ausschließlich durch die Stimulation im Rahmen einer altruistischen Spende vorhanden sind, entfallen [38].

### ■ Juristische Aspekte

#### Strafrechtliche Aspekte

Die Eizellspende ist nach § 1, Abs. 1 und 2 des ESchG in **Deutschland** verboten. Juristisch ist das Verbot der Eizellspende allerdings zu hinterfragen.

Sowohl aus Aspekten des Kindeswohls (mögliche seelische Konflikte bzw. Beeinträchtigungen sowie Identitätsfindungsprobleme des Kindes) sowie einer Pönalisierung der gespaltenen Mutterschaft erscheinen die Gründe für ein Verbot „äußerst dürftig“ [39]. Aus Gründen des Wunsches auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, des Rechtes auf Familiengründung, des Selbstbestimmungsrechtes der Eizellspenderin fehlt es bezüglich des Verbots der Eizellspende „an einer hinreichenden Begründung“. *„Zudem könnte zur Vermeidung der immer wieder befürchteten Kommerzialisierung der Eizellspende und zur Wahrung der Freiwilligkeit der Spende an ähnliche Beschränkungen wie bezüglich der Lebendorganspende im geltenden Transplantationsrecht gedacht werden“* [39].

Auf der europäischen Ebene hat die Kleine Kammer des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EuGH) in einer Entscheidung am 01.04.2010 zum Verbot der Eizellspende in Österreich Stellung genommen [40]. Es wurde eine Verhandlung durchgeführt bzgl. des österreichischen Gesetzes, welches Eizell- und Samenspende verbietet. Die

Kleine Kammer des Europäischen Gerichtshofes gab zwei österreichischen Paaren Recht für die Behandlung mit fremden Gameten, deren Kinderwunsch wegen des fraglichen Verbots unerfüllt blieb. Allerdings kam das Urteil der Großen Kammer des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte in der gleichen Rechtssache am 03.11.2011 zu anderer Auffassung. Diese sah in ihrer Urteilsbegründung beim österreichischen Gesetzgeber einen großen Beurteilungsspielraum, der unterschiedliche gesellschaftliche und rechtliche Bewertungen innerhalb einer Gesellschaft zulässt. Insofern könne der österreichische Gesetzgeber ein solches Verbot treffen.

Allerdings bringt die Große Kammer des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte auch zum Ausdruck, dass sich in Europa ein gesellschaftlicher Wandel zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin vollzieht und es Trends gibt, bei einer In-vitro-Fertilisation die Ei- und Samenspende zu erlauben. Schlussendlich bedeutet dies für die Mitgliedsstaaten, dass sie zu eigenen gesetzgeberischen Entscheidungen in diesen Fragen kommen können [40].

Nach Aufhebung eines Verbotes der Eizellspende in Deutschland wären Aspekte der medizinischen Behandlung und der Sicherheit bereits im **Gewebe-gesetz** geregelt. Voraussetzungen sind zu treffen, dass die Identität der Spenderin bekannt ist, sodass dann auch auf Verlangen das Kind seine genetische Herkunft erfahren kann.

### Familienrechtliche und weitere Aspekte

**Familienrechtliche Fragen** bedürfen einer separaten Regelung. Patientinnen, die zur Behandlung ins Ausland gehen, sind nicht nur bei der Qualität der medizinischen Versorgung, der begleitenden psychologischen Betreuung und den ethischen Rahmenbedingungen, unter denen die Eizellspende stattfindet, potenziell benachteiligt, da befriedigende gesetzliche Regelungen häufig fehlen. Bei anonymer Eizellspende ist den Kindern die Möglichkeit verwehrt, die eigene genetische Mutter auf Verlangen später kennen zu lernen. In Analogie zur Samenzellspende ist jedoch das Recht, Kenntnis über die genetische Herkunft zu erhalten, ein hoch anzusehendes Rechtsgut.

Nach deutschem Recht ist diejenige Frau als Mutter anzusehen, die das Kind geboren hat. Bei einer Aufhebung des Verbots der Eizellspende wäre allerdings zu gewährleisten, dass das Kind ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung hat (Artikel 2, Abs. 1 i. V. m. Art. 1, Abs. 1 Grundgesetz) [41]. Nach der Geburt des Kindes sollten aber weder die Eltern noch das Kind ein Recht auf Anfechtung der rechtlichen Mutterschaft haben [41]. „Diese Vorgaben ließen sich mit geringen Änderungen im Familienrecht realisieren und würden zu einer verfassungskonformen Ausgestaltung des Kind-schaftsrechts führen“ [41].

Eine **Dokumentation** der Behandlung kann über das Deutsche IVF-Register (D-I-R) erfolgen.

Es ist zu erwägen, ob die **Vergütung** der Kosten der Eizellspende über die Versicherungsgemeinschaft oder auf Selbstzahlungsbasis erfolgen soll.

Die Eizellspenderin muss bei möglichen medizinischen Folgeproblemen einen Gesundheitsschutz erhalten.

### ■ Aspekte der Beratung des Kinderwunschaars

Bereits jetzt könnten 3–4 % der Kinderwunschaars von einer Eizellspende profitieren, die in Deutschland verboten ist. Zunächst sollten sie über die möglichen Alternativen, wie Verzicht auf das genetisch eigene Kind, Adoption (insbesondere auch Auslandsadoption) oder Annahme eines Pflegekindes aufgeklärt werden.

Sollten diese Alternativen aus medizinischen oder psychologischen Erwägungen nicht in Frage kommen und die Patientin eine Behandlung mit Eizellspende im Ausland erwägen, so sollte der Arzt mitteilen, dass eine Eizellspende in Deutschland verboten ist und der Arzt bei aktiver Teilnahme an diesem Verfahren möglicherweise Beihilfe zu einer Straftat leistet. Die Patientin sollte weiterhin darüber aufgeklärt werden, dass sie selbst durch eine Strafverfolgung jedoch nicht bedroht ist.

Diese Beratung ist für den betreuenden Arzt sehr schwierig, weil er mit der Patientin in einer Lebenskrise alle Optionen zu diskutieren hat, die medizinisch möglich sind.

Zugleich sollte der Arzt darauf hinweisen, dass eine Eizellspende im Ausland einige Schwierigkeiten beinhalten kann.

Mitunter ist der Zugang zur Eizellspende recht begrenzt (beispielsweise in England), da es einen Mangel an Eizellspenderinnen gibt.

Häufig gehen Paare nach Spanien oder Tschechien in Behandlung, wobei es oft nicht möglich ist, dass das Kind später die genetische Mutter in Erfahrung bringen kann. Dieses muss, auch aus psychologischer Sicht, bedacht werden.

Auch sollte sich die Patientin/das Paar ein Bild davon machen, ob die Eizellspende für die spendenden Frauen über Gebühr medizinische Gefahren wie z. B. das Überstimulationssyndrom beinhaltet. Es empfiehlt sich also auch eine Nachfrage vonseiten der Paare bei einer Behandlung im Ausland, wie diese Gefahren für die Spenderinnen minimiert werden können. So sollte beispielsweise pro Empfängerin nur eine Spenderin stimuliert werden, um intentionelle Überstimulationen und Aufteilung der Eizellen einer Spenderin auf mehrere Empfängerinnen zu vermeiden.

Sobald die Patientin durch Eizellspende schwanger geworden ist, entsteht kein rechtliches Risiko seitens des Arztes hinsichtlich der Betreuung von Schwangerschaft und Geburt. Der Arzt sollte aber wissen und dies auch der Patientin vermitteln, dass Schwangerschaften nach Eizellspende häufiger mit Komplikationen (z. B. Hypertonie, Präeklampsie) behaftet sind und dass es deshalb sinnvoll ist, die Eizellspende im Mutterpass zu dokumentieren.

### ■ Fazit

- Medizinische, psychologische, soziale und ethische Überlegungen begründen nur noch wenige Vorbehalte gegen die Eizellspende, auch im Vergleich zu anderen, erlaubten Verfahren der künstlichen Befruchtung.
- Nach Aufhebung eines Verbots der Eizellspende wären die entsprechenden gesetzlichen Regelungen in einem Fortpflanzungsmedizin-gesetz festzuhalten.
- Familienrechtliche Fragen sind zu klären.

- Der Schutz der Spenderin bezüglich ihrer aktuellen und langfristigen Gesundheit ist wesentlich. Die Risiken und Belastungen der Eizellspende müssen minimal gehalten werden.
- Die Aspekte der medizinischen, juristischen, psychosozialen und sozialrechtlichen Aufklärung und Beratung könnten berufsrechtlich geregelt werden.
- Die Beratung des Paares, der Patientin und der Spenderin sollte ärztlich und auch Behandler unabhängig erfolgen.
- Zugleich empfiehlt sich die Einrichtung einer medizinischen und psychologischen Begleitforschung

## ■ Interessenkonflikt

H. Kentenich und G. Griesinger erhalten Honorare für Vortragstätigkeiten und Mitarbeit an wissenschaftlichen Untersuchungen.

## Literatur:

1. HFEA. The HFEA guide to infertility and directory of clinics. [http://www.hfea.gov.uk/docs/2005-06\\_Introduction.pdf](http://www.hfea.gov.uk/docs/2005-06_Introduction.pdf) (Zuletzt gesehen: 16.10.2013).
2. HFEA. Fertility treatment in 2010. HFEA 2012. [www.hfea.gov.uk](http://www.hfea.gov.uk) (Zuletzt gesehen: 16.10.2013).
3. CDC. Assisted Reproductive Technology (ART). Report. Network success rate: 2010 national summary. 2012. [www.cdc.gov/art](http://www.cdc.gov/art) (Zuletzt gesehen: 16.10.2013).
4. Ferraretti AP, Goossens V, de Mouzon J, et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2008: results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod* 2012; 27: 2571–84.
5. Ferraretti AP, Kupka M, de Mouzon J, et al. Assisted Reproductive Technology (ART) in Europe, 2010. Results generated from European registers by ESHRE. Preliminary results. ESHRE Jahreskongress, 07.–10.07.2013, London, UK.
6. Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G, et al. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod* 2010; 25: 1361–8.
7. Van der Hoorn MLP, Lashley ELO, Bianchi DW, et al. Clinical and immunologic aspects of egg donation pregnancies: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2010; 16: 704–12.
8. Pecks U, Maass N, Neulen J. Eizellspende – ein Risikofaktor für Schwangerschaftshochdruck. *Dt Ärzteblatt* 2011; 108: 23–31.
9. Stoop D, Baumgarten M, Haentjens P, et al. Obstetric outcome in donor oocyte pregnancies: a matched-pair analysis. *Reprod Biol Endocrinol* 2012; 10: 42.
10. Söderström-Anttila V, Sajaniemi N, Tiitinen A, Hovatta O. Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro-fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Hum Reprod* 1998; 13: 2009–15.
11. Söderström-Anttila V. Pregnancy and child outcome after oocyte donation. *Human Reprod Update* 2001; 7: 28–32.
12. Hagman A, Loft A, Wennerholm UB, et al. Obstetric and neonatal outcome after oocyte donation in 106 women with Turner syndrome: a Nordic cohort study. *Hum Reprod* 2013; 1598–609.
13. Hagman A, Källen K, Bryman I, et al. Morbidity and mortality after childbirth in women with Turner karyotype. *Hum Reprod* 2013; 28: 1961–73.
14. Youssef MA, van der Veen F, Al-Inany HG, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist versus HCG for oocyte triggering in antagonist assisted reproductive technology cycles. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1): CD008046.
15. DIR Jahrbuch 2010. Mod. Nachdruck aus *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2011; 8: 253–80.
16. Sahuquillo S, Meseguer M, Martínez A, et al. The incidence of minor and serious complications related to controlled ovarian stimulation and oocyte retrieval in oocyte donors. Abstract of the 27th Annual Meeting of ESHRE, Stockholm, Sweden, 03.–06.07.2011; i57.
17. Vercammen D, Stoop D, De Vos M, et al. Oocyte donation does not affect future reproductive outcome. A follow-up study. Abstract of the 27th Annual Meeting of ESHRE, Stockholm, Sweden, 03.–06.07.2011; i262.
18. Ahuja K, Simons E, Fiamanya W, et al. Egg-sharing in assisted conception: ethical and practical considerations. *Human Reproduction* 1996; 11: 1126–31.
19. Ubaldi F, Anniballo R, Romano S, et al. Cumulative ongoing pregnancy rate achieved with oocyte vitrification and cleavage stage transfer without embryo selection in a standard infertility program. *Hum Reprod* 2010; 25: 1199–205.
20. Rienzi L, Cobo A, Paffoni A, et al. Consistent and predictable delivery rates after oocyte vitrification: an observational longitudinal cohort multicentric study. *Hum Reprod* 2012; 27: 1606–12.
21. Golombok S, Murray C, Brinsden P, Abdalla H. Social versus biological parenting: family functioning and the socio-emotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatr All Disc* 1999; 40: 519–27.
22. Golombok S, Jadva V, Lycett E, et al. Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod* 2005; 20: 286–93.
23. Casey P, Readings J, Blake L, et al. Child development and parent-child relationships in surrogacy, egg donation and donor insemination families at age 7. Abstracts of the 24th Annual Meeting of the ESHRE, Barcelona, Spain, 07.–09.07.2009.
24. Casey P, Jadva V, Readings J, et al. Fathers in assisted reproduction families: quality of parenting, psychological well-being, and father-child relationship at age 7. Abstracts of the 27th Annual Meeting of the ESHRE, Stockholm, Sweden, 03.–06.07.2011.
25. Schover L, Collins R, Quigley M, et al. Psychological follow-up of women evaluated as oocyte donors. *Hum Reprod* 1991; 6: 1487–491.
26. Jordan C, Belar C, Williams R. Anonymous oocyte donation: a follow-up analysis of donors' experiences. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 145–51.
27. De Mouzon J, Shenfield F, Ruiz A, et al. Oocyte donors in Europe. Who are they? Abstract book ESHRE 2013, London, 0-043; i18–i19.
28. Pennings G, Shenfield F, de Mouzon J, et al. Reasons for donation among oocyte donors in 11 European countries. Abstract book, ESHRE 2013, London, UK, 07.–10.07.2013; 0-044; i19.
29. Purewal S, Akker van den OBA. Systematic review of oocyte donation: investigating attitudes, motivations and experiences. *Hum Rep Update* 2009; 15: 499–515.
30. Söderström-Anttila V, Sälvevaara M, Suikkari AM. Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Hum Reprod* 2010; 25: 2535–42.
31. Blake L, Casey P, Readings J, et al. Daddy ran out of tadpoles: how parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-year-olds understand. *Human Reproduction* 2010; 25: 2527–34.
32. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht (2007). <http://www.mpic.de/meddb/> (Zuletzt gesehen: 16.10.2013).
33. Bundesärztekammer. (Muster-) Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Novelle 2006). *Dt Ärzteblatt* 2006; 103: A 1392–403.
34. Schneider JP, Kramer W. Retrospective study of U.S. egg donors: risk, formed consent, anonymity, satisfaction & need for long-term follow-up: results & recommendations. 25th Annual Meeting ESHRE Amsterdam, NL, 30.06.2009.
35. ESHRE Task Force on Ethics and Law. Gamete and embryo donation. *Hum Reprod* 2002; 17: 1407–8.
36. Berg G. Die Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst Ch (Hrsg). *Umwege zum eigenen Kind*. Universitätsverlag Göttingen, 2008; 239–53.
37. Graumann S. Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius T, Thorn P, Wendehorst Ch (Hrsg). *Umwege zum eigenen Kind*. Universitätsverlag Göttingen, 2008; 175–83.
38. Mertes H, Pennings G, Dondorp W, de Wert G. Implications of oocyte cryostorage for the practice of oocyte donation. *Hum Reprod* 2012; 27: 2886–93.
39. Günther HL, Taupitz J, Kaiser P. Embryonenschutzgesetz. Juristischer Kommentar mit medizinisch-naturwissenschaftlichen Einführungen. Kohlhammer, Stuttgart, 2009; 149–7.
40. Bernat E, et al. Gegen Österreich: Ein Schritt vorwärts, ein Schritt zurück. In: Rosenau H (Hrsg). *Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland*. Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht. NOMOS-Verlag, Baden-Baden, 2008; 203–33.
41. Schumann E. Familienrechtliche Fragen der Fortpflanzungsmedizin im Lichte des Grundgesetzes. In: Rosenau H (Hrsg). *Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland*. Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht. NOMOS-Verlag, Baden-Baden, 2012; 155–201.

# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)