

Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



**Leitlinien der BKiD "Psychosoziale Beratung für Frauen
und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland
beabsichtigen"**

Thorn P, Wischmann T

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2010; 7 (5), 394-402

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, DIR, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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



Ab sofort in unserem Verlag

Thomas Staudinger
Maurice Kienel

ECMO

für die Kitteltasche

2. Auflage Jänner 2019
ISBN 978-3-901299-65-0
78 Seiten, div. Abbildungen
19.80 EUR

Krause & Pachernegg
GmbH

Bestellen Sie noch heute Ihr Exemplar auf
www.kup.at/cd-buch/75-bestellung.html

Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“

P. Thorn¹, T. Wischmann²

Eine zunehmende Zahl von Paaren und Einzelpersonen mit Kinderwunsch unterziehen sich reproduktionsmedizinischen Maßnahmen außerhalb ihres Heimatlandes. Dieser Trend wird oft unter die Überschrift „reproduktives Reisen“ subsumiert und schließt häufig Gametenspende bzw. Leihmutterschaft mit ein. Um das Wohl aller Beteiligten bestmöglich zu berücksichtigen, wurden von der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID) im Jahr 2010 die Leitlinien „Reproduktives Reisen“ erstellt. Der folgende Artikel skizziert internationale Entwicklungen und stellt diese Leitlinien vor.

Schlüsselwörter: „Reproduktives Reisen“, psychosoziale Beratung, Kinderwunsch, Gametenspende, Leihmutterschaft, Kindeswohl

BKiD Guidelines for Psychosocial Counselling in the Area of “Cross Border Reproductive Care”. An increasing number of couples and individuals with a desire for a child travel abroad for assisted reproductive technologies that are not available in their home country. This trend has been coined “cross border reproductive care”, often comprising third party reproduction. In order to respect the welfare of all parties involved, the German Society for Fertility Counselling (BKID) has developed guidelines for psychosocial counselling in this area in 2010. The following article summarizes international developments and introduces these guidelines. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2010; 7 (5): 394–402.**

Key words: cross border reproductive care, donor insemination, psychosocial counselling, wish for child, third party reproduction, welfare of the child

Anmerkung der Redaktion: Im JRE publizierte Leitlinien einer Gesellschaft stellen nicht automatisch die Auffassung aller Organisationsgesellschaften des JRE dar.

■ Vorbemerkung

In dieser Übersichtsarbeit werden diagnostische und therapeutische Verfahren der assistierten Reproduktion (ART) genannt, welche in Deutschland nicht legal sind. Diese Nennung soll nicht als Ausdruck einer Haltung der Autoren interpretiert werden, dass diese Verfahren hier legalisiert werden sollten oder als Aufforderung zum „reproduktiven Reisen“ verstanden werden. Auch die ethische Wertigkeit dieser Verfahren und deren ethische Implikationen werden in dieser Arbeit ausdrücklich nicht beurteilt.

■ Einleitung

Ungewollte Kinderlosigkeit hat seit jeher Paare dazu bewegt, vieles auf sich zu nehmen, um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Sie reisten in ihrem Heimatland an Orte, die der Fruchtbarkeit besonders zuträglich sein sollten, und sie reisten ins Ausland, um sich dort Prozeduren oder Behandlungen zu unterziehen, die in ihrem Heimatland nicht verfügbar waren. In den vergangenen Jahren wird nicht nur in Deutschland, sondern weltweit das Phänomen des „re-

produktiven Reisens“ diskutiert. Damit ist gemeint, dass sich Paare und Einzelpersonen reproduktionsmedizinischen Behandlungen außerhalb ihres Heimatlandes unterziehen.

Die Task Force der ESHRE plädiert für die Respektierung der Fortpflanzungsautonomie [1]. Zwar gebe es ihr zufolge eine Pflicht, nationales Recht einzuhalten, aber es könne gute Gründe für „reproduktives Reisen“ geben und damit die Gesetzgebung des Heimatlandes zu umgehen. Die Task Force begründet ihre Haltung mit den stetig an Bedeutung gewinnenden Werten von Autonomie und Selbstbestimmung. Diese rechtfertigten die Grenzüberschreitung in manchen Fällen, solange Sicherheit, Effizienz und das Wohl der Patienten und des zu zeugenden Kindes berücksichtigt würden. Die Task Force spricht sich auch für eine öffentliche Förderung der Kosten reproduktionsmedizinischer Behandlungen aus, um „reproduktives Reisen“ aus diesen Gründen überflüssig zu machen. Allerdings könnten aufgrund des Fehlens einer Infrastruktur oder für hoch spezialisierte Anwendungen wie die Präimplantationsdiagnostik (PID) eine europäische Kooperation möglicherweise die

kosteneffektivste und sicherste Möglichkeit darstellt, qualitativ hochwertige Behandlung anzubieten. Dies erfordert jedoch, dass das wissenschaftliche Behandlungsniveau in den Zielländern mindestens so hoch ist wie im Heimatland der Patienten [1], und dies scheint nicht immer der Fall zu sein. So wurde in Großbritannien bekannt, dass rund ein Viertel aller dort geborenen Mehrlinge im Rahmen einer ART-Behandlung im Ausland entstanden sind [2]. Auch wird wiederholt in den Medien kritisiert, dass ausländische Behandlungszentren mit unrealistisch erhöhten Erfolgsraten werben (z. B. [3]), und es wird das Vorgehen bei einer Eizellspende ethisch beanstandet [4].

■ Zahlen und Daten

Bislang liegt kein verlässliches Datenmaterial über das Ausmaß des „reproduktiven Reisens“ vor. Schätzungen zufolge kamen 1999 30 % aller in Belgien mit einer IVF behandelten Patienten aus dem Ausland, bei der Eizellspende waren dies sogar 60 % [5]. Rund die Hälfte aller Paare, die sich einer PID in Belgien unterzogen, kam in dieser Zeit aus Deutschland [6]. In Spanien wurden

Eingegangen: 22. 07. 2010; akzeptiert: 30. 08. 2010

Aus der ¹Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden, und dem ²Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Korrespondenzadresse: PD Dr. Tewes Wischmann, Dipl.-Psychologe, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, D-69115 Heidelberg, Berghheimer Straße 20; E-Mail: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

2006 1500 Behandlungszyklen mit Eizellspende an ausländischen Frauen (vor allem aus Deutschland, Italien und Großbritannien) durchgeführt, dies war im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 12 % [7].

Im Jahr 2009 fand in Kanada ein erstes Forum zu diesem Thema statt. Die kanadische Regierung lud über 50 internationale Experten ein, um vor allem Aspekte wie Behandlungssicherheit und -qualität aus der Perspektive unterschiedlicher Länder und Fachdisziplinen zu diskutieren [8]. Das Forum hatte mehrere Ziele:

- eine Einigung, welche Information Gesundheitsexperten vor, während und nach der Behandlung im Ausland von Patienten benötigen,
- eine Einigung, welche Informationen für Patienten erforderlich sind, bevor sie ins Ausland reisen,
- die Initiierung eines internationalen Netzwerks von Fachgesellschaften und Ländern, die sich für die Behandlungsqualität und -sicherheit einsetzen,
- die Initiierung von Datenerhebungen sowie Verbreitung von Informationen hinsichtlich des Umfangs „reproduktiven Reisens“,
- die Initiierung eines Forums, welches Fachkräften und Fachgesellschaften die Möglichkeit des Austauschs bietet.

Als größte Herausforderung wurde im Rahmen dieser Tagung die mangelnde Datenlage beschrieben. In den jetzigen Datenbanken (z. B. „International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies“ [ICMART]) waren nur Daten aus 49 Ländern gesammelt und in diesem Datenmaterial wird nicht zwischen Behandlungen an Patienten aus dem Heimatland oder zugereisten Patienten differenziert.

ESHRE hat 2008–2009 erstmalig eine Pilotstudie durchgeführt, die Daten und Zahlen zum reproduktiven Reisen innerhalb eines definierten Zeitraums (1 Monat) erhoben hat [9]. Hierzu wurden 1230 Fragebögen von Patienten aus 46 Kliniken in 6 Ländern (Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Slowenien, Spanien und der Schweiz) ausgewertet. Patienten aus Deutschland stellten mit 177 ausgefüllten Fragebögen (14,4 %) nach Patienten aus Italien den zweithöchsten Anteil der Paare in dieser Pilotstudie dar. Sie reisten überwiegend in die Tschechische Republik (67,2 %),

um sich dort einer ART mit eigenen Gameten oder einer Eizellspende zu unterziehen. 80,2 % der deutschen Patienten gaben juristische Gründe für die Behandlung im Ausland an. Sie informierten sich vor allem mit Hilfe des Internets, aber auch durch Freunde, Ärzte und Patientenorganisationen über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland. Die Autoren vermuten, dass in Europa – basierend auf einer Hochrechnung dieses Zahlenmaterials – jährlich ca. 24.000 bis 30.000 Behandlungszyklen an Patienten aus dem Ausland durchgeführt werden. Davon ausgehend, dass die deutschen Paare rund 14 % der reisenden Patienten darstellen, kann vermutet werden, dass jährlich zwischen 3300 und 4200 Behandlungszyklen im Ausland an deutschen Patienten vorgenommen werden.

Weitere Studien werden zurzeit sowohl von der Arbeitsgruppe „Cross Border Reproductive Care – Transnational Reproduction“ (www.transrep.co.uk) in Großbritannien als auch von der internationalen Dachgesellschaft für Kinderwunschberatung IICO („International Infertility Counselling Organisation“) durchgeführt.

■ Klinische Erfahrungen und Herausforderungen

Nach klinischer Erfahrung reisen Paare aus Deutschland für eine Eizellspendenbehandlung vor allem in osteuropäische Länder und nach Spanien, nach Belgien, um eine PID durchzuführen, in osteuropäische Länder, da dort die Behandlungskosten niedriger erscheinen und in die Niederlande, nach Belgien und Dänemark, wo sich lesbische oder allein stehende Frauen einer Spendersamenbehandlung unterziehen. Behandlungen, die eine Embryonenspende oder Leihmutterchaft erfordern, scheinen nur sehr wenige Paare aus Deutschland durchzuführen. Die Gesetzgebung variiert in diesen Ländern stark bzw. in einigen osteuropäischen Ländern gibt es für reproduktionsmedizinische Behandlungen nur medizinische Richtlinien, aber keine Gesetzgebung. Nachfolgend einige zentrale Aspekte (für eine Übersicht siehe [10]):

- Die Eizellspende ist in vielen europäischen Ländern zulässig, in den meisten dieser Länder bleiben die Spenderinnen jedoch anonym. Diese Anonymität ist in Spanien gesetzlich vorgeschrieben, in den meisten osteuropäischen Ländern ist dies nicht gere-

gelt, die Kliniken praktizieren jedoch in der Regel eine anonyme Eizellspende. Die europäische Geweberrichtlinie [11] sieht eine Aufbewahrungspflicht von mindestens 30 Jahren für alle zur lückenlosen Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit erforderlichen Daten gespendeter Gewebe und Zellen vor. Ob dies auch tatsächlich eingehalten wird, ist unklar.

- Die Samenspende in Dänemark wird sowohl mit anonymen als auch mit identifizierbaren Spendern durchgeführt. Der Spender kann entscheiden, ob er anonym bleiben möchte oder nicht, und die Wunscheltern entscheiden sich für einen Spender ihrer Wahl.
- Im Bereich der Gametenspende, vor allem jedoch bei einer Leihmutterchaft, sind die juristische Elternschaft und die Nationalität des Kindes nicht immer eindeutig. In vielen Ländern ist die Frau, die das Kind geboren hat, auch die Mutter im juristischen Sinne und müsste das Kind nach Geburt erst zur Adoption freigeben, die Wunscheltern ihrerseits müssen das Kind dann adoptieren.

Seriöse Informationsmaterialien für Paare aus Deutschland, die eine Behandlung im Ausland beabsichtigen, gibt es so gut wie gar nicht. Der internationale Dachverband der Patientenorganisationen („International Consumer Support for Infertility“ [iCSi]) [12] hat hierzu ein Faltblatt entwickelt und spricht u. a. die folgenden Empfehlungen aus:

- die Möglichkeit einer umfassenden und neutralen Information
- eine verständliche und transparente Vertragsgestaltung
- umfassende Information hinsichtlich der juristischen Folgen
- eine psychosoziale Beratung aller Beteiligten im Vorfeld einer Behandlung mit Gametenspende, die auch die Frage der Aufklärung des Kindes exploriert

Weitere Empfehlungen sind den BKID-Leitlinien „Reproduktives Reisen“ zu entnehmen (s. Anhang).

■ Empfehlungen „Reproduktives Reisen“

Paare, die im Ausland eine Behandlung durchführen wollen, haben in der Regel zuvor die Erfahrung erfolgloser Behandlungen in Deutschland gemacht. Sie haben aufgrund ihrer erfolglosen Vor-

behandlungen und der kaum überschaubaren Behandlungsangebote im Ausland einen besonderen Beratungsbedarf. Sie stehen häufig nicht nur Sprachschwierigkeiten gegenüber, sondern werden mit teils unseriösen Werbestrategien hinsichtlich Erfolgsaussichten und Risiken konfrontiert (auch im deutschsprachigen Ausland) und müssen juristische Unwägbarkeiten akzeptieren. Auch wenn die reproduktive Autonomie grundsätzlich anerkannt werden sollte, darf weder in der medizinischen Behandlung noch in der Kinderwunschberatung unreflektiert mit dem „Geschäft mit der Hoffnung“ umgegangen werden. Basierend auf den BKiD-Leitlinien „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ (s. Anhang), werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Wunscheltern sollten vor Behandlungsbeginn von dem behandelnden Arzt (im In- oder im Ausland) auf die Möglichkeit einer Kinderwunschberatung in Deutschland hingewiesen werden.
- Sie sollten einer Behandlung nur dann zustimmen, wenn sie alle Information bezüglich der geplanten Behandlung verstehen.
- Die Behandlung sollte medizinisch indiziert sein und sie sollte ausreichend Aussicht auf Erfolg haben. Die Wunscheltern sollten auf Risiken hingewiesen werden (z. B. das Mehrlingsrisiko bei entsprechenden Behandlungen, erhöhte Komplikationsraten bei der Behandlung älterer bzw. postmenopausaler Frauen).
- Die Wunscheltern sollten ausreichend psychische, physische und finanzielle Ressourcen für eine Behandlung im

Ausland haben. Sie sollten auch Grenzen der medizinischen Behandlung reflektieren.

- Sie sollten auf seriöse Informationsmöglichkeiten hingewiesen werden.
- Bei einer Behandlung mit Gametenspende wird auf die entsprechenden Empfehlungen (s. [13]) hingewiesen. Zusätzlich ist auf die gesetzlichen Regelungen zur Spenderanonymität bzw. -identifizierbarkeit und die Implikationen für das Kind hinzuweisen.
- Die Dokumentation, aus denen Spender, Leihmütter und behandelte Personen hervorgehen, sollte rechtsverbindlich sein und für mindestens 80 Jahre erfolgen (analog der Dokumentationspflicht für Samenspender nach dem Schweizer Fortpflanzungsmedizin-gesetz). Kinder sollten das garantierte Recht erhalten, ihre biologische Abstammung erfahren zu können, unabhängig von dem Land der durchgeführten medizinischen Behandlung.
- Spender und Leihmütter sollten nicht nur auf emotionale Stabilität überprüft werden, sondern ihnen sollte eine unabhängige psychosoziale Beratung zu jeder Zeit niederschwellig zur Verfügung stehen.
- Langzeitstudien, die die psychologischen und medizinischen Implikationen für alle Beteiligten untersuchen, vor allem für die so gezeugten Kinder, sind dringend erforderlich. Hier gilt es auch zu erforschen, wie sich nach einer Leihmutterschaft die Abgabe an die Wunscheltern langfristig auf die Kinder (und auf die Leihmutter) auswirkt, und welche Bedeutung es hat, dass Kinder mit komplexer ethnischer/kultureller Abstammung gezeugt werden.

- Es ist eine öffentliche Diskussion um die Vergütung von ausländischen Gametenspendern und -spenderinnen sowie Leihmüttern erforderlich, damit das Problem der finanziellen Ausbeutung stärker in den öffentlichen Fokus gerät.
- Zur Erforschung des Phänomens des „reproduktiven Reisens“ sind qualitative Studien, die das Erleben und die Erfahrung von Paaren untersuchen, ebenso erforderlich wie Studien, die Aufschluss über den Umfang des reproduktiven Reisens von Paaren aus Deutschland geben.
- Kinder, die im Rahmen einer Gametenspende oder Leihmutterschaft im Ausland gezeugt wurden, haben in der Regel nicht die Möglichkeit, ihre biologischen Wurzeln kennen zu lernen. Hier gilt es zu erforschen, was dies langfristig für die Kinder und deren Familien bedeutet.
- Völlig unbekannt ist zurzeit die Situation der Eizell-, „Spenderinnen“ und Leihmütter, die ihre „Dienste“ deutschen Paaren zur Verfügung stellen, sowie die langfristigen körperlichen und psychischen Folgen für diese Frauen. Hier gilt es, in Kooperation mit ausländischen Zentren Forschungsprojekte anzustreben.
- Aktualisierung und Erweiterung des Medienpakets „Unerfüllter Kinderwunsch“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema „reproduktives Reisen“.
- Öffentliche Diskussion um die Komplexität und Schwierigkeit einer Behandlung im Ausland, niederschwellige und zentrale Bereitstellung sachlicher Information, z. B. Hinweis auf aktuelle Rechtsprechung im Internet (z. B. bei der BZgA).

Anhang: Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ (BKiD-Leitlinien „Reproduktives Reisen“)

■ Präambel

In Fachkreisen wird kontrovers diskutiert, ob „reproduktives Reisen“ ein Zeichen reproduktiver Autonomie, ein Ausdruck zivilen Ungehorsams oder eine illegale Handlung darstellt [1, 14]. Die Erstellung dieser BKiD-Leitlinien „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen (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 psychosozialem Fachwissen und Bera-

tungskompetenz. 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 reprodu-

tionsmedizinische 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 niederschwelliges 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 vergangenen 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 von mehreren solchen Beratungen monatlich. Auch Wunschkind e.V., die Patientenorganisation für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, ist mit solchen Anfragen zunehmend konfrontiert [15]. 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 in die Tschechische Republik 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 3 Embryonen bis zum Tag 4 oder 5 und Auswahl des oder der bestentwickelten Embryonen vor dem Transfer) sind.

Die Gründe für eine Behandlung außerhalb Deutschlands sind mannigfaltig. Hierzu gehören

- gesetzliche Restriktionen wie das Verbot von Eizellspende, Embryonenspende und Leihmutterchaft, die Entwicklung von mehr als 3 befruchtete Eizellen zum Blastozystenstadium mit anschließender Selektion der bestentwickelten Embryonen oder die Präimplantationsdiagnostik
- ggf. vorliegende statusrechtliche bzw. moralische Einschränkungen wie die Behandlung lesbischer und alleinstehender Frauen [16]

- die Wahrung von Anonymität: eine Behandlung im Ausland kann leichter geheim gehalten werden, sodass 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 [17]. Die Richtlinien für die psychosoziale Beratung legen fest, wie eine psychosoziale Beratung in die medizinische Behandlung integriert werden sollte [18], die Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende erläutern die zentralen Themen, die im Rahmen einer solchen Beratung relevant sind [19]. 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) entwickelte Faltblatt „Kinderwunschbehandlung im Ausland“ [12]. Darüber hinaus basieren diese Ausarbeitungen auf einer Expertise, die für den „pro familia Bundesverband“ erstellt wurde [10]; 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 juris-

tische, 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 genötigt 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 wäre es sinnvoll, 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 strafrechtliche Relevanz für den Arzt oder die Ärztin, wenn diese Vorbehandlungen für Maßnahmen durchführen, 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 ausländi-

schen 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. Wunscheltern sollten sich bewusst sein, dass die Interessenverfolgung bei möglichen ärztlichen Behandlungsfehlern im Ausland mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sein kann.

1.5. Kostenerstattung

Die deutschen Krankenkassen übernehmen keine Kosten für eine Behandlung im Ausland, wenn diese in Deutschland nicht erlaubt ist (z. B. Eizellspende), bzw. für die gem. § 27a SGB V in Deutschland keine Kostenerstattung erfolgt (z. B. Altersregelung). In EU-Mitgliedsstaaten kann für eine IVF- oder ICSI-Behandlung eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse bewilligt werden, soweit alle Bedingungen gem. § 27a SGB V erfüllt sind. Bei privaten Krankenversicherungen sind die individuellen Verträge maßgeblich. Klinische Erfahrung zeigt, dass manche Krankenversicherungen ihrerseits Mitglieder auf günstige Behandlungen im Ausland hinweisen.

Vor der Entscheidung für den Behandlungsbeginn sollten von der ausländischen Einrichtung alle Kosten (einschließlich der Aufwandsentschädigung für Gametenspende oder Leihmutter-schaft) 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 Unterkunfts-kosten 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 eine weitere Behandlung entscheidet. Wenn sich das Paar für eine Behandlung im Ausland entscheidet, sollte ihm – nur sofern aus rechtlicher Sicht zulässig – 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 < 35 Jahren nur eine oder maximal 2 Eizellen und nur bei Frauen > 35 Jahren 2 oder maximal 3 Eizellen einzusetzen. Ein erhöhtes 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 Expertengrup-

pen in der Regel 1 oder höchstens 2 Blastozysten transferiert werden. Der Transfer von 3 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 im Fall einer 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, Embryo-selektion 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. Bei Wunsch nach in Deutschland mit Strafe bedrohten Behandlungsmaßnahmen sollten Fach-

kräfte sich bewusst sein, wo ihre Tätigkeit die Grenzen des strafrechtlich Zulässigen erreicht, und dass ihre Mitwirkung unter Umständen auch dann strafrechtlich relevant sein kann, wenn die Wunscheltern selbst sich nicht strafbar machen. Die Nennung einer Beratungsoption in diesen Leitlinien bedeutet nicht, dass ihre Umsetzung im konkreten Beratungsgeschehen in jedem Fall strafrechtlich unbedenklich wäre.

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 Leihmutterchaft 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, deren Nachkommen 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 < 35 Jahren maximal 2 befruchtete Eizellen zurückgesetzt. Seit einigen Jahren wird in einzelnen Ländern (z. B. Schweden, Belgien) bei jüngeren Frauen (i. d. R. < 35) bei den ersten Behandlungsversuchen grundsätzlich nur eine befruchtete Eizelle eingesetzt (siehe z. B. [20, 21]).

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.

2.3.1. 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.

2.4. 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 (Eizell-, Samen-, Embryonenspende) und Leihmutterchaft

Da in Deutschland die Eizellspende und die Leihmutterchaft verboten sind, Embryonenspenden nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen [22], und lesbische bzw. alleinstehende 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, be-

rufflicher 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 unregelt 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. Werterhaltung 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 Leihmutterchaft 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 sozia-

ler 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 mithilfe einer Gametenspende und/oder Leihmutterchaft gezeugt wurden oder bleibt dies ein Familiengeheimnis? Inzwischen wird eine frühzeitige Aufklärung des Kindes aus entwicklungspsychologischen und familiendynamischen Gründen für sinnvoll erachtet [23]. BKID [19] 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 Leihmutterchaft 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. Leihmutterchaft 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 Frau Mutter eines Kindes im juristischen Sinne, die es geboren hat; die Mutterchaft nach einer Eizellspende ist somit gesichert. Dennoch ist es wichtig zu wissen, wie die entsprechende Regelung am Behandlungsort 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 alleinstehende Frau keinen Mann gibt, der in der entsprechenden juristischen Vaterposition ist, ist darauf zu achten, wie die entsprechenden gesetzlichen Regelungen im Land der Behandlung sind, ob also der Samen-spender grundsätzlich von einer Vaterschaft freigestellt ist oder ob dies nicht oder nur nach vertraglicher und ggf. notariell beurkundeter Regelung der Fall ist.

Die juristische Mutterchaft nach einer Embryonenspende ist in Deutschland eindeutig, da die Wunschmutter das Kind geboren hat und somit Mutter im juristischen Sinne ist. Ist sie nicht mit dem Wunschvater verheiratet, kann bis zur juristischen Anerkennung der Vaterschaft die Gefahr bestehen, dass der Samen-spender 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 Leihmutterchaft kann hoch komplex

sein. Nach deutschem Recht ist die Wunschmutter *nicht* Mutter im juristischen Sinne, da sie das Kind nicht geboren hat. Dies ist selbst dann der Fall, wenn ihre eigenen Eizellen verwendet wurden, sie also Mutter im genetischen Sinne ist. Auch die Vaterschaft ist unge-regelt. Im Falle der Leihmutterschaft ist es in vielen Ländern erforderlich, dass das Kind nach Geburt von den Wunsch-eltern 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 bzw. um die Rückforderung gezahlter Aufwendun-

gen geführt hat. Darüber hinaus kann es Schwierigkeiten hinsichtlich der Zuord-nung der Nationalität des Kindes geben.

Die Wunscheltern sollten rechtzeitig sicherstellen, dass sie je nach Behand-lung im Besitz aller erforderlichen juristi-schen 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 Behand-lungszentrums zu verlassen, sondern un-abhängigen juristischen Rat zu suchen, also einen in dieser Materie versierten Juristen im Behandlungsland einzube-ziehen.

3.7. Dokumentation

Die Wunscheltern sollten darüber infor-miert sein, welche Dokumentation das

Behandlungszentrum betreibt. Dies be-trifft alle medizinischen Unterlagen, vor allem jedoch diejenigen, aus denen die Identität der Spender/der Leihmutter und des behandelten Paares hervorge-hen. In allen EU-Ländern sind gem. der EU-Richtlinie [11] diese Dokumente mindestens 30 Jahre lang aufzubewah-ren; ob dies immer umgesetzt wird, scheint zurzeit fraglich. Allerdings sind nicht alle Länder verpflichtet, den so ge-zeugten Kindern Einsicht in diese Doku-mente zu ermöglichen; dies unterliegt der jeweiligen nationalen Regelungsbefugnis. Eine Dokumentation, ggf. auch über die 30 Jahre hinaus, ist nicht nur relevant, damit Kinder nach Gametenspende/Leihmutterschaft Infor-mationen über ihre biologische Herkunft einsehen können, sondern es kann auch in einem medizinischen Notfall wichtig sein, die Identität der Spender nachvoll-ziehen zu können.

■ Forderungen

Ziel dieser BKID-Leitlinien ist nicht die mögliche Diskussion um eine Verände-rung des Embryonenschutzgesetzes. Vielmehr dienen die Leitlinien Fachkräften als Basis, um Frauen und Männer, die eine Behandlung im Ausland in Erwägung ziehen, eine fundierte Mög-lichkeit der Reflexion zu bieten. Einige der im Ausland durchgeführten Behand-lungen, insbesondere die Behandlungen, die Spender, Spenderinnen oder Leih-mütter involvieren, ziehen zahlreiche Fragestellungen vor allem im psycholo-gischen Bereich nach sich, die derzeit noch unbeantwortet sind. Auch gibt es aus ethisch-moralischer Sicht kontrover-se Einschätzungen wie z. B. hinsichtlich der Vergütung von Spendern bzw. der Leihmütter. BKID, die Deutsche Gesell-schaft für Kinderwunschberatung, spricht sich daher für Folgendes aus:

- Es ist eine rechtsverbindliche Doku-mentation aller Unterlagen erforder-lich, aus denen Spender, Leihmütter und behandelte Personen hervorge-hen. Diese Dokumentation sollte über mindestens 80 Jahre erfolgen.
- Das Recht der so gezeugten Kinder, diese Dokumentation einsehen zu kön-nen und somit ihre biologische Ab-stammung erfahren zu können, muss respektiert werden, unabhängig da-von, aus welchem Land der Spender/ die Spenderin bzw. die Leihmutter

stammt, bzw. in welchem Land die Behandlung der Wunscheltern vorge-nommen wird.

- Spendern, Spenderinnen und Leih-müttern sollten nicht nur auf ihre emo-tionale Stabilität überprüft werden, ih-nen soll außerdem eine psychosoziale Beratung vor, während und nach der Behandlung niederschwellig zur Ver-fügung stehen.
- Die psychosozialen und medizini-schen Implikationen einer Samen-, Eizell- und Embryonenspende sowie einer Leihmutterschaft müssen medi-zinisch und psychologisch sowohl für die entstandenen Familien als auch für die Spender, Spenderinnen und Leih-mütter evaluiert werden. Hierzu sind wissenschaftliche Langzeitstudien aller Beteiligten (Spender, Spender-innen, Leihmütter, Eltern, Kinder) er-forderlich.

- Es sollte eine öffentliche Diskussion um die Vergütung von Spendern, Spenderinnen und Leihmütter und das Problem der finanziellen Ausbeutung angeregt werden.
- Es ist eine europaweite Anstrengung erforderlich, Wunscheltern solide und seriöse Information über Behand-lungsmöglichkeiten, Risiken und Er-folgsaussichten zur Verfügung zu stel-len, sowie Kriterien, wie die Seriosität dieser Informationen (z. B. aus dem Internet) eingeschätzt werden kann.

■ Interessenkonflikt

Frau Dr. Petra Thorn ist 1. Vorstandsvorsitzende von BKID – Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung e.V., Herr Dr. Tewes Wischmann ist 2. Vorstandsvorsitzender von BKID – Deutsche Gesellschaft für Kinder-wunschberatung e.V.

■ Relevanz für die Praxis

In zunehmende Maße unterziehen sich Paare mit unerfülltem Kinderwunsch einer Behandlung im Ausland. Neben den damit verbundenen ethischen, juristischen und medizinischen Überlegungen sind dabei eine Reihe psychosozialer Aspekte zu berücksichtigen.

In diesem Artikel werden praxisnah Hinweise für die Kinderwunschberatung zum „Reproduktiven Reisen“ gegeben.

Zur Verbesserung der Situation aller an diesem Prozess Beteiligten (einschließlich der Kinder) sollten baldmöglichst zentrale Empfehlungen und Forderungen umge-setzt werden.

Literatur:

1. Pennings G, de Wert G, Shenfield F, et al. ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. *Hum Reprod* 2008; 23: 2182–4.
2. Guy S. NHS suffers under the strain of multiple birth resulting from 'fertility tourism'. *BioNews Online* 2008;476. http://www.bionews.org.uk/page_13514.asp (letzter Zugriff: 21.07.2010)
3. Kraske M, Ludwig U. Die Babygrenze. *Der Spiegel*; 2005; 46: 108–18.
4. Schindele E. Der Eierdeal – das globale Geschäft mit menschlichen Eizellen. In: *Deutschlandfunk*; 2006. <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060> (letzter Zugriff: 12.02.2009)
5. College of Physicians. *Reproductive medicine and Belgian register for assisted procreation: Verslag 1998–1999*; 2001.
6. Vandenvorst M, Staessen C, Sermon K, al. E. The Brussel's experience of more than 5 years of clinical preimplanation genetic diagnosis. *Hum Reprod Update* 2000; 6: 364–73.
7. Velasco JG. Egg donation in Spain. *The Spanish point of view. Focus on Reproduction* 2007; 5: 26–30.
8. Assisted Human Reproduction Canada. *First Invitational International Forum on Cross-Border Reproductive Care*. In: Ottawa; 2009. <http://www.ahrc-pac.gc.ca/doc.php?did=35&lang=eng> (letzter Zugriff: 21.07.2010)
9. Shenfield F, de Mouzon J, Pennings G, et al. Cross border reproductive care in six European countries. *Hum Reprod* 2010; 25: 1361–8.
10. Thorn P. *Reproduktives Reisen – eine Expertise für den Pro Familia Bundesverband*. Frankfurt Pro Familia Bundesverband; 2008. <http://www.profamilia.de/shop/download/285.pdf> (letzter Zugriff: 24.09.2009)
11. Art. 8. Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen, *Amtsblatt der EU* 102/48 v. 7.4.2004.
12. International Consumer Support for Infertility (ICSI). *Travelling abroad for assisted reproductive (ART) treatment*; 2008. <http://www.icsicomunity.org/information/fact-sheets/travelling-abroad-for-art> (letzter Zugriff: 21.07.2010)
13. Thorn P, Wischmann T. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008; 3: 147–52.
14. Pennings G. Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Hum Reprod* 2004; 19: 2689–94.
15. Ziegler G. persönliche Mitteilung. 05.10.2008.
16. Bundesärztekammer. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 20: A1392–A1403.
17. Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. Kriterien zur Aufnahme in der Berater/innenliste von BKiD e.V. <http://www.bkid.de/selbst.html> (letzter Zugriff: 21.07.2010)
18. Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. Richtlinien "Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch". <http://www.bkid.de/richtlinien.pdf> (letzter Zugriff: 21.02.2009)
19. Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf (letzter Zugriff: 21.02.2009)
20. Ombelet W, De Sutter P, Van der Elst J, Martens G. Multiple gestation and infertility treatment: registration, reflection and reaction – the Belgian project. *Hum Reprod Update* 2005; 11: 3–14.
21. Karlstrom PO, Bergh C. Reducing the number of embryos transferred in Sweden-impact on delivery and multiple birth rates. *Hum Reprod* 2007; 22: 2202–7.
22. Günther HL, Taupitz J, Kaiser P. *Embryonenschutzgesetz*. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2008; § 2 Rn.44.
23. Thorn P, Wischmann T. German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Hum Fertil (Camb)* 2009; 12: 73–80.

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](#)