



**Spannungsfeld »Reproduktives
Reisen« und Konsequenzen
für die KlientInnenaufklärung**

17. Dezember 2009 in Frankfurt am Main

Impressum

© 2010, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Bundesverband, Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt am Main, Telefon 069 / 63 90 02, Telefax 069 / 63 98 52, E-Mail: info@profamilia.de, www.profamilia.de

Der pro familia-Bundesverband wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)



**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

Inhalt

Zum Thema	4
Zusammenfassung	5
Dr. Ines Thonke, Einführung.....	6
Dr. Petra Thorn, Grenzüberschreitende reproduktionsmedizinische Versorgung – aktuelle Datenlage und Forschungsstand.....	8
Dr. Hans-Georg Koch, Reproduktives Reisen als Rechtsproblem	12
Diskussion	18
TeilnehmerInnenliste	28

Zum Thema

Zwischen 9 und 16 % aller Paare im fortpflanzungsfähigen Alter sind nach aktuellen Studien unfruchtbar, in Deutschland schätzt man den Anteil auf bis zu 10 %, das sind in Zahlen zwischen 1 und 2,5 Millionen Paare. Viele dieser Paare entscheiden sich für reproduktionsmedizinische Eingriffe, um sich den Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen. Allerdings besteht mit dem Embryonenschutzgesetz in Deutschland eine relativ restriktive Gesetzeslage, die zusammen mit berufsrechtlichen und familienrechtlichen Bestimmungen dazu führt, dass eine Reihe von medizinisch möglichen und Erfolg versprechenden reproduktionsmedizinischen Therapiemöglichkeiten in Deutschland gar nicht oder nur für bestimmte Gruppen zur Verfügung stehen. Hinzu kommt, dass die Kostenübernahme durch die Krankenkassen seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 deutlich herabgesetzt wurde. All diese Gründe führen dazu, dass sich immer mehr Paare entschließen, eine Behandlung im Ausland vornehmen zu lassen.

Dieses Phänomen, das im Folgenden mit dem Schlagwort „Reproduktives Reisen“ bezeichnet werden soll, wird von Faktoren der Globalisierung zusätzlich befördert: Die insgesamt zunehmenden Mobilität und der einfache und schnelle Zugriff auf Informationen und internationale Angebote im Internet sowie die weltweite Verfügbarkeit modernster Technologien ermöglichen überhaupt erst das quantitativ doch recht erhebliche Reiseaufkommen zu reproduktionsmedizinischen Zwecken.

Die Möglichkeit für Paare, zur Erfüllung ihres Kinderwunsches eine breite Angebotspalette auch von ausländischen Anbietern wahrnehmen zu können, muss zunächst als ein positiver Faktor der Globalisierung gewertet werden, der die Paare und Frauen in ihrer Selbstbestimmtheit unterstützt. Allerdings birgt das reproduktive Reisen auch eine Vielzahl von Problemen. Frauen und Paare kommen in ein fremdes Umfeld, häufig werden sie mit falschen Informationen gelockt, sie sind schlecht über die länderspezifische Gesetzeslage informiert, sprechen manchmal nicht einmal die Sprache vor Ort und sind über die Risiken des jeweiligen Eingriffs nur unzureichend informiert, um hier nur einige, besonders klar einsichtige Probleme, denen Paaren bei einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland begegnen, zu nennen. Erschwert wird die Informierung und Aufklärung der PatientInnen dadurch, dass die Reproduktionsmedizin ein sehr dynamisches Feld ist, innerhalb dessen die Rechtsprechung und die ethischen Diskurse, aber auch die Entwicklung von Beratungskonzepten häufig nicht mit den technischen Innovationen Schritt halten können. Zudem sind in den reproduktionsmedizinischen Prozess und damit in die Elternschaft häufig Dritte eingebunden, so bei Gametenspende und Leihmuttertschaft.

pro familia hat die heutige ExpertInnenkonsultation initiiert, um Verantwortliche aus unterschiedlichen Berufsgruppen und Verbänden, die alle mit dem Phänomen des reproduktiven Reisens in ihrer Arbeit konfrontiert sind, zusammenzubringen und durch den Wissens- und Erfahrungsaustausch wichtige Aspekte zum Thema zusammenzutragen und dadurch die Bewertung der verfügbaren Hintergrundinformationen und die Aufdeckung und Benennung ungeklärter Fragen und Defizite zu ermöglichen.

Zusammenfassung

Das ExpertInnengespräch zum Themenfeld der grenzüberschreitenden reproduktionsmedizinischen Versorgung zeigte, dass eine große Bereitschaft zum Austausch bei den unterschiedlichen Fachgruppen, die in diesem Feld tätig sind, vorhanden ist. Insgesamt wurde deutlich, dass eine hohe Akzeptanz der gegenseitigen Arbeit – als Voraussetzung für jede Zusammenarbeit – besteht, dass aber zur Realisierung von Kooperationen noch immer vielerorts entsprechende Strukturen und Netzwerke fehlen.

Die Einführung in den Themenbereich leistete Dr. Petra Thorn mit einem kurzen Vortrag, in dem sie den aktuellen Forschungsstand in diesem Feld skizzierte. Thorn legte dar, dass die Bereitschaft der Paare, eine Behandlung im Ausland durchzuführen, in den letzten Jahren deutlich gestiegen sei, obgleich man bislang keine gesicherten Daten für diese Entwicklung habe. Um diese Lücke zu schließen, werden aktuell drei Forschungsprojekte durchgeführt, die sowohl die zahlenmäßige Entwicklung als auch die Erfahrungen der Betroffenen und die Rolle der psychosozialen Beratung bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen im Ausland näher untersuchen. Anschließend gab Dr. Hans-Georg Koch eine kurze juristische Einführung in die Unterschiedlichkeiten der Regelungen im Feld reproduktives Reisen in Europa und die Konsequenzen, die sich aus diesen Differenzen für reproduktionswillige Menschen und ihre BeraterInnen und ÄrztInnen ergeben. Besonderen Wert legte Koch dabei auf den Aspekt der Strafbarkeit von Auslandstaten in Deutschland.

In der an die Vorträge anschließenden Diskussion wurde zunächst eine Sammlung an offenen Fragen und Vorstellungen für die zukünftige Entwicklung im Themenfeld reproduktives Reisen zusammengetragen, die von Verbesserungsvorschlägen in den Beratungsstandards gerade für Paare, die ins Ausland gehen, über die umfassende Forderung nach einem neuen Fortpflanzungsmedizingesetz und die EU-weite Regelung der Vorschriften zur Spenderanonymität, bis hin zu grundlegenden ethischen Fragen zur Reproduktionsmedizin gingen. Einige Fragen wurden anschließend näher diskutiert, so welche Inhalte eine Beratung für Frauen und Paare, die für eine reproduktionsmedizinische Behandlung ins Ausland reisen, vermitteln sollte, aber auch die Frage nach konkreten Verbesserungsvorschlägen für die psychosoziale Beratung in diesem Feld und nach dem Verhältnis zwischen ReproduktionsmedizinerInnen und BeraterInnen. Die Diskussion war insgesamt sehr konstruktiv. In der Abschlussrunde lobten mehrere TeilnehmerInnen die Initiative von pro familia, eine so hochkarätig besetzte, interdisziplinäre Fachrunde zusammenzurufen, und gaben ihrem Wunsch nach einer Fortführung Ausdruck.

Es bleibt zu hoffen, dass die VertreterInnen der unterschiedlichen Organisationen die Erfahrungen dieses Tages an ihre Mitglieder weitergeben, so dass sich aus dieser Fachtagung ein nachhaltiger positiver Effekt für die Kommunikationsstrukturen im Arbeitsfeld der Reproduktionsmedizin ergibt.

Dr. Ines Thonke, pro familia Bundesverband, Frankfurt

Einführung

Ich freue mich, dass wir heute die Möglichkeit haben, das Thema Reproduktives Reisen erstmalig als zentrales Thema in einer Gruppe mit dieser hohen Fachlichkeit und Multidisziplinarität zu erörtern. Besonders danken möchte ich an dieser Stelle den beiden ReferentInnen, Herrn Dr. Hans-Georg Koch vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht und Frau Dr. Petra Thorn von der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung, die uns mit kurzen Vorträgen in das Thema einführen werden, aber auch allen anderen TeilnehmerInnen, dass sie durch ihr Kommen diese Veranstaltung unterstützen und eine hohe Kompetenz bereit stellen. Insbesondere möchte ich Frau Angelika Diggins-Rösner aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begrüßen und ihr stellvertretend für die finanzielle Förderung unseres Projektes durch das Ministerium danken.

Das Thema Reproduktionsmedizin hat in der Arbeit von pro familia eine lange Tradition: Wir führen regelmäßig Fortbildungen zur professionellen Schulung unserer Mitarbeiter in der Kinderwunschberatung durch, bieten Informationsangebote für Ratsuchende an, erstellen Publikationen und führen eine kontinuierliche, innerverbandliche Debatte zu reproduktionsmedizinischen Themen.¹ An diese Debatte knüpft die heutige Veranstaltung an, indem sie die Ursachen und Motive fokussiert, die Frauen und Paare in Deutschland dazu bewegen, reproduktionsmedizinische Behandlungen im Ausland vornehmen zu lassen.

Das Phänomen des „reproduktiven Reisens“ ist primär ein Ergebnis aus einer länderspezifisch differierenden Rechtslage (wenngleich auch andere Faktoren, so beispielsweise die Kosten, eine Rolle spielen können) – in die juristische Problemlage wird uns Herr Dr. Hans-Georg Koch gleich näher einführen. Während in einigen Nachbarländern Deutschlands ein scheinbar ungehinderter Zugang zu einer Vielzahl von Methoden besteht und wissenschaftliche Weiterentwicklungen bereits seit längerem zu Veränderungen von Anwendungsstandards in der reproduktionsmedizinischen Versorgung geführt haben, haben wir in Deutschland zwar eine intensive fachliche Debatte, zahlreiche Statements und Empfehlungen, aber (auch durch Einführung des GKV-Modernisierungsgesundheitsgesetzes (GMG) im Jahr 2004) eine Gesetzeslage, die zu vermehrten Anwendungsbeschränkungen und Kostenübernahmebeschränkungen geführt hat. Für Frauen und Paare, die in einer Welt mit einem zunehmend globalisierten Gesundheitsangebot leben, gilt das nationale Gesundheitsangebot und Regelwerk nicht mehr ausschließlich. Es zeigt sich eine verminderte Rechtsakzeptanz: Frauen und Paare nutzen die globalisierten Strukturen für ihre Bedürfnisse, sie überschreiten Grenzen physisch wie virtuell – hier spielt auch die breite und leicht zugängliche Informationspalette des Internets eine große Rolle. Die Forschungslage zum Themenbereich reproduktives Reisen ist bislang unbefriedigend, doch es gibt aktuell einige interessante Studien – davon wird uns Frau Dr. Petra Thorn in ihrem Vortrag Näheres berichten.

pro familia hat sich dem international anerkannten Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit verpflichtet. Im Fokus unseres heutigen Wissens- und Erfahrungsaustauschs soll daher die rat- und behandlungssuchende Frau bzw. das Paar stehen, die insbesondere bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen im Ausland häufig unzureichende Unterstützung

¹ 2001 fand eine Fachtagung zu Fragen der Präimplantationsdiagnostik statt, 2005 zu ethischen, beraterischen und rechtlichen Fragen rund um die Reproduktionsmedizin und 2008 zur psychosozialen Beratung und Kooperationsmöglichkeiten mit reproduktionsmedizinischen Praxen.

erhalten. Häufig haben die Betroffenen keine Möglichkeiten, im Vorfeld die Qualitätsstandards im betreffenden Land zu prüfen, sie werden kaum oder gar falsch informiert, schlecht oder gar nicht beraten.

Als Fachverband gehört es zum Selbstverständnis und zur Verantwortung von pro familia, sich neuen Fragen und Entwicklungen zu stellen und ein Forum zu schaffen, das eine Diskussion und Bewertung auf hohem Niveau garantiert. Als Beratungsverband steht pro familia zudem in der Pflicht, fundierte und fachlich gesicherte Erkenntnisse für die Dienstleitungsebene bereit zu stellen.

Ich hoffe, wir können die Möglichkeit heute nutzen, um in dieser Runde unser unterschiedliches Fachwissen zu bündeln, wichtige Aspekte aufzudecken, und ungeklärte Fragen zu benennen. Eines unserer Ziele muss es sein, Empfehlungen für präventive Arbeit, für Beratung, Information und Aufklärung abzuleiten. In unserem gemeinsamen Bemühen, hochwertige Beratung und Behandlung von Frauen und Paaren sicherzustellen, hoffe ich, dass wir alle von diesem Prozess profitieren können und wünsche der Veranstaltung viel Erfolg. In diesem Sinne übergebe ich das Wort an Frau Dr. Ute Sonntag von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, die die Veranstaltung moderieren wird.

**Dr. Petra Thorn, Vorstand Beratungsnetzwerk Kinderwunsch (BKID) –
Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung**

Grenzüberschreitende reproduktionsmedizinische Versorgung – aktuelle Datenlage und Forschungsstand

Mit meinem heutigen Vortrag möchte ich über neue Entwicklungen und aktuelle Forschungsprojekte im Themenkreis der grenzüberschreitenden reproduktionsmedizinischen Versorgung informieren. Dabei knüpfe ich an den Kenntnisstand an, den ich in meiner 2008 vom pro familia Bundesverband veröffentlichten Expertise „Reproduktives Reisen“ dargestellt habe.² Nach einer kurzen Einführung zur aktuellen Datenlage werde ich drei bislang noch nicht publizierte Forschungsprojekte skizzieren und abschließend kurz auf den Bereich der psychosozialen Beratung als meinem persönlichen Schwerpunkt näher eingehen.

Zur Einführung – Reproduktives Reisen heute

Zunächst seien einige Worte zur Begriffsfindung erlaubt: Im englischsprachigen Raum hat sich für das hier besprochene Themengebiet die Bezeichnung „cross border reproductive care“ durchgesetzt, die bereits so etabliert ist, dass sie auch als Abkürzung „CBRC“ Verwendung findet. Die deutsche Übersetzung „grenzüberschreitende reproduktionsmedizinische Versorgung“ ist unhandlich, weswegen ich bei der schon erwähnten Expertise den griffigeren und dennoch neutralen Begriff „reproduktives Reisen“ gewählt habe.

Medizinische Behandlungen im Ausland sind kein neues Phänomen: Für zahnmedizinische oder Schönheitschirurgische Eingriffe reisen Patienten und Patientinnen häufig ins Ausland und auch für die Durchführung von reproduktionsmedizinischen Behandlungen überschreiten viele Betroffene schon seit längerem die Staatsgrenzen. Allerdings ist nach meiner Erfahrung die Hemmschwelle, eine Behandlung im Ausland durchzuführen, in den letzten Jahren deutlich gesunken. Die gestiegene Mobilität der Paare ist auf drei übergeordnete Veränderungen zurückzuführen: In den letzten Jahren ist das Reisen dank Billigflieger etc. deutlich günstiger geworden, außerdem hat sich Europa auf Grund der Erweiterung vergrößert und last but not least stellt das moderne Medium des Internet Informationen schnell und grenzüberschreitend zur Verfügung – auch wenn die Qualität der Information alles andere als gesichert ist.

Weiterhin ist in diesem Themenfeld zu beachten, dass eine grenzüberschreitende Behandlung nicht nur die Überschreitung geographischer Grenzen meint. Reproduktives Reisen überschreitet unter Umständen geopolitische Grenzen, denn innerhalb eines Landes können je nach Bundesländern differierende Regelungen oder Auslegungen gelten (so in Deutschland oder den USA). Außerdem müssen sich Paare über moralische Grenzen hinwegsetzen. Sie überschreiten manchmal die Grenzen des eigenen Körpers, wenn sie beispielsweise eine Gametenspende akzeptieren. Zeitliche Grenzen können in der Reproduktionsmedizin außer Kraft gesetzt werden, wenn beispielsweise eine Frau nach der Menopause ein Kind bekommt. Das Reisen ermöglicht auch die Ausdehnung von Angebotsgrenzen, wenn zum Beispiel in England die Eizellspende zwar erlaubt ist, aber wenig Spenderinnen zur Verfügung stehen und die Paare deswegen nach Spanien reisen. Ethnische und kulturelle Grenzen werden überschritten, wenn der Spender/die Spenderin

² Petra Thorn. Expertise. Reproduktives Reisen. pro familia Bundesverband (Hg.), Frankfurt 2008.

einer Gametenspende nicht aus dem gleichen Umfeld stammt wie die Empfängerin. Und es gibt natürlich auch Grenzen des Wissens, hier ist die Spenderanonymität bei Gametenspende, die in vielen Ländern gewahrt bleibt, ein gutes Beispiel³.

Insgesamt bewegt sich reproduktives Reisen in einem Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie, zivilem Ungehorsam und illegaler Handlung. Meiner Erfahrung nach empfinden Betroffene ihre Handlung je nach persönlichem Hintergrund immer wieder anders und ordnen sich dementsprechend in die genannten moralischen Kategorien ein. So würde beispielsweise ein lesbisches Paar, das in Deutschland ein Kind bekommen möchte, wahrscheinlich sagen, es begehe mit einer Behandlung im Ausland einen Akt des zivilen Ungehorsams, um sein Recht auf reproduktive Autonomie zu wahren. Oder eine Frau, die nach einer Krebserkrankung keine Eizellen mehr produzieren kann, empfindet eine Behandlung im Ausland ebenfalls nicht als illegal, zumal Männer in einer ähnlichen Situation in Deutschland behandelt werden. Aber es gibt durchaus – das wird in der Praxis deutlich – auch hoch verunsicherte Paare, die den Schritt ins Ausland, egal für welche Behandlung, als illegal empfinden und erhebliche Skrupel haben.

Zwar sind bislang noch immer keine gesicherten Zahlen und Fakten zum Ausmaß reproduktiven Reisens vorhanden, es liegen aber Schätzungen vor. So wurde beispielsweise für Belgien geschätzt, dass rund ein Drittel der reproduktionsmedizinischen Behandlungen im Jahr 1999 an Patienten aus dem Ausland vorgenommen wurden und ebenso im Jahr 2001 ca. 60 % aller Behandlungen mit Eizellspende sowie die Hälfte der Behandlungen mit PID. In Spanien wurden nach Schätzungen 2006 rund 1500 Behandlungen an ausländischen Patienten durchgeführt, die interessanterweise vor allem aus Deutschland, Italien und Großbritannien kamen, und zudem stiegen die Behandlungen an Ausländern im Vergleich zum Vorjahr stark an, sie lagen 2006 um 12 % höher.

Aktuelle Forschungsprojekte

Die unsichere Datenlage war Anlass für drei Forschungsprojekte, die sich aktuell mit dem Themengebiet reproduktives Reisen auseinandersetzen. Ich möchte an dieser Stelle den Autoren und Autorinnen dieser drei Studien nochmals herzlichst danken, dass sie mir für den heutigen Vortrag Daten aus ihren Studien zur Verfügung gestellt haben, obwohl alle drei Studien noch nicht zu Ende geführt und noch nicht publiziert sind. Ich möchte diese drei Projekte im Folgenden kurz skizzieren, kann aber, da die Studien noch nicht veröffentlicht sind, nur summarisch auf Zwischenergebnisse verweisen.

1. Pilotstudie der ESHRE⁴ Taskforce X Border Reproductive Care

Die von der ESHRE initiierte Pilotstudie wird von Françoise Shenfield koordiniert und unter Mitarbeit folgender Personen durchgeführt: Anna Pia Ferraretti, Anders Nyboe Andersen, Jacques de Mouzon, Guido Pennings, Guido de Wert, Bruno Van den Eede und Veerle Goossens.

Bei der quantitativen Studie wurden während eines Monats in 44 reproduktionsmedizinischen Zentren in sechs europäischen Ländern – Belgien, Tschechien, Dänemark, Slowenien, Spanien und der Schweiz – Fragebögen verteilt. Abgefragt wurde, warum die Betrof-

³ Eva-Maria Knoll. Soweit gehen für ein Kind: Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg. In: Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn, Christiane Wendehorst (Hg.). Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 2008, 63-80.

⁴European Society of Human Reproduction

fenen ins Ausland gereist sind, welche Behandlung durchgeführt wurde und wie die Behandlungsorganisation war. Insgesamt wurden über 1200 Fragebögen ausgewertet. Zwei Drittel der Befragten kamen aus nur vier Ländern, nämlich aus Italien, Deutschland, den Niederlanden und Frankreich, am zweithäufigsten aus Deutschland.

Nun möchte ich kurz einige Eckdaten zu den Antworten der Befragten aus Deutschland nennen. Rund 80 % dieser Personen gaben an, sie seien ins Ausland gegangen, weil die Behandlung in Deutschland nicht erlaubt sei. Fast 90 % ließen eine assistierte Reproduktionsmaßnahme, also IVF oder ICSI, durchführen und knapp die Hälfte eine Eizellspende. Der größte Teil ließ die Behandlung in Tschechien durchführen, weitere Zielländer sind Spanien, Dänemark und Belgien. Die Mehrzahl der deutschen Befragten recherchierte im Internet, aber auch Ärzte hatten einen Einfluss auf die Wahl des Zentrums im Ausland.

Wenn man diese Pilotstudie vorsichtig und sehr konservativ auf ein Jahr hochrechnet kommt man auf mindestens 11 bis 14.000 Behandlungszyklen, die in den untersuchten Ländern jährlich an Ausländern vorgenommen werden. Die Zahlen sind jedoch nicht repräsentativ, da es sich um eine Pilotstudie handelt, die zudem noch nicht fertig ausgewertet ist.

2. Die britische Studie Transnational Reproduction

Die Studie entsteht in Großbritannien unter der Leitung von Prof. Lorraine Culley und unter Mitarbeit von Dr. Nicky Hudson, Prof. Eric Blyth, Wendy Norton, Dr. Allan Pacey und Prof. Frances Rapport. Sie ist auf 18 Monate angelegt, wurde im Februar 2009 begonnen und wird folglich im August 2010 beendet sein. Die Ergebnisse sollen im Juni 2010 erstmals öffentlich vorgestellt werden, der Schlussbericht ist für den Herbst 2010 terminiert (s. auch online: www.transrep.co.uk).

Im Gegensatz zur ESHRE-Pilotstudie ist diese Erhebung keine quantitative, sondern eine qualitative Studie. Sie zielt auf die Erfahrungen von Menschen, die eine Behandlung im Ausland durchführen lassen.

Auch hier wird natürlich nach der Motivation der Paare, sich einer Behandlung im Ausland zu unterziehen, gefragt, darüber hinaus aber auch nach den individuellen und gesellschaftlichen Folgen einer solchen Behandlung. So wird beispielsweise eine der gesellschaftlichen Folgen des reproduktiven Reisens in Großbritannien aktuell kontrovers diskutiert: Nach Schätzungen geht ein Viertel aller Mehrlingsgeburten auf reproduktionsmedizinische Behandlungen im Ausland zurück, die Folgekosten trägt das englische Gesundheitssystem. Eine ähnliche Situation ergibt sich in Kanada aufgrund von Behandlungen, die in den USA durchgeführt werden. Außerdem fokussiert die Studie, wie Behandlungsanbieter, also Ärzte und Ärztinnen, aber auch psychosoziale BeraterInnen, der Gesetzgeber oder Patientenorganisationen, Paare unterstützen können, die vor der Entscheidung stehen, eine Behandlung im Ausland durchführen zu lassen – in Großbritannien scheint diese Frage berechtigt, da der Gesetzgeber anders als in Deutschland ein breites Spektrum an Behandlungen zulässt.

In der ersten Phase dieser Studie wurden eine Literaturrecherche sowie 14 Interviews mit Schlüsselpersonen durchgeführt, also mit medizinischem und beratendem Personal, Patientenvertretern und JuristInnen, um den Kontext für den qualitativen Teil zu definieren und Schwerpunkte zu erarbeiten. Für den zweiten Teil sind insgesamt 45 Einzelinterviews geplant, von denen zwei Drittel schon durchgeführt wurden. Fast zwei Drittel der bisher befragten Paare ist wegen einer Eizellspende ins Ausland gegangen, ein Trend, der sich für Großbritannien aller Wahrscheinlichkeit nach im Verlauf der Studie bestätigen wird. Der dritte Teil der Studie besteht in einem fachlichen Austausch auf der Grundlage der neuen Erkenntnisse.

3. International Infertility Counsellors' Survey

Die Studie entsteht beim internationalen Dachverband der Fachverbände für Kinderwunschberatung, der „International Infertility Counselling Organization“ (IICO), unter der Leitung von Jean Haase.

Diese Untersuchung legt den Fokus auf die Erfahrungen der BeraterInnen mit dem Bereich reproduktives Reisen und hinterfragt, welche Rolle die BeraterInnen in diesem Feld für sich sehen und wo die ethischen Herausforderungen bei der psychosozialen Begleitung der KlientInnen liegen.

Die Daten wurden mittels eines Online-Fragebogens erhoben, der ungefähr sechs Wochen verfügbar war. Er wurde vor allem von den Mitgliedern der IICO ausgefüllt, aber auch von Einzelpersonen. Insgesamt wertete man 80 Fragebögen von Beratern aus 20 Ländern aus. Die Ergebnisse werden demnächst publiziert. Sie zeigen ähnliche Tendenzen wie die beiden ersten Studien auf.

Bedeutung psychosozialer Beratung

Abschließend möchte ich auf die Bedeutung von psychosozialer Beratung im Bereich des unerfüllten Kinderwunsches eingehen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID) hat mehrere Leitlinien aufgestellt. Aus dem Jahr 2008 stammen die Leitlinien zur Beratung bei Gametenspende, in denen eine psychosoziale Beratung im Vorfeld der medizinischen Behandlung empfohlen wird⁵. Wichtige Themen dieser Beratung sind die Bedeutung von sozialer und biologischer Elternschaft, die Paar- und Familiendynamik, die Bedeutung des Spenders/der Spenderin und vor allem, was bedeutet es für das Kind und für die ganze Familie, wenn der Spender/die Spenderin auf Dauer anonym bleibt. In Deutschland kann, sofern eine Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Zentren und Praxen implementiert ist, die Beratung im Vorfeld der Behandlung umgesetzt werden, im Ausland gibt es ein solches Angebot in der Regel nicht. Die deutschen Leitlinien sind im Ausland meist nicht bekannt, obwohl sie auch auf Englisch publiziert wurden⁶ und online zugänglich sind (www.bkid.de). Es ist dringend zu empfehlen, die Leitlinien an übergeordnete Organisationen weiterzugeben, um sie international publik zu machen.

BKID wird in Kürze auch Leitlinien zum Thema reproduktives Reisen erarbeiten. Bei Paaren, die im Ausland eine Behandlung durchführen lassen, besteht psychosozialer Beratungsbedarf: Viele Paare suchen vor, während oder nach einer Behandlung im Ausland eine Beratung auf, wir sind als Berater mit diesen Themen bereits konfrontiert und es ist wichtig, die Qualität einer solchen Beratung sicher zu stellen. Der internationale Dachverband der Fachverbände für Kinderwunschberatung, IICO, hat bereits Interesse an Leitlinien zum Thema reproduktives Reisen bekundet und nach der Erarbeitung der deutschen Leitlinien sollen diese in einem zweiten Schritt auf die internationale Ebene übertragen werden.

Im Rahmen der Erarbeitung und Verabschiedung der Leitlinien hat BKID Interesse an einer Konsensbildung mit anderen Fachorganisationen und als Mitglied des Vorstands von BKID möchte ich abschließend ausdrücklich darum bitten, bei Interesse den Kontakt mit uns zu suchen.

⁵ Petra Thorn, Tewes Wischmann. Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 3, 2008, 147-152.

⁶ Petra Thorn, Tewes Wischmann. German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Hum Fertil (Camb)*, 12 (2), 2009, 73-80.

Dr. Hans-Georg Koch, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg

Reproduktives Reisen als Rechtsproblem

Vorbemerkung

Im Mittelpunkt meines heutigen Vortrags stehen die Unterschiedlichkeiten juristischer Regelungen im weiten Feld des reproduktiven Reisens und die Konsequenzen, die sich aus diesen Differenzen für reproduktionswillige Menschen und ihre BeraterInnen und ÄrztInnen ergeben. Eine umfassende Darstellung der Rechtslage in Bezug auf dieses Thema in bestimmten einzelnen Ländern ist dabei nicht intendiert, auch wenn Einzelfälle immer wieder eine exemplarische Rolle spielen werden. Reproduktives Reisen ist ein internationales Phänomen, das sich zwischen den verschiedensten Ausgangs- und Zielländern abspielt. Dabei steuern neben der Rechtslage auch andere Faktoren, so beispielsweise Preis und/oder Qualität der Behandlung, das Reiseverhalten.

Zur Geschichte reproduktiven Reisens

Einleitend möchte ich kurz den historischen Hintergrund des reproduktiven Reisens darstellen. Nahm der europäische „Abtreibungstourismus“ 1964/65 in Schweden mit dem Reiseziel Polen seinen Ausgang, waren von Deutschland aus um 1970 England und die Niederlande die Hauptzielländer. Die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch im Ausland vorzunehmen, der in Deutschland nicht erlaubt war, hatte einen bestimmenden Einfluss auf die Entwicklung der Rechtslage in Deutschland und führte letztlich mit zur Reform von 1974/76. Ähnliches ergab sich auch in anderen Ländern; über Jahre hinweg wurden in den Niederlanden mehr Schwangerschaftsabbrüche an Ausländerinnen als an einheimischen Frauen durchgeführt. In Bezug auf assistierte Reproduktion scheint die Entwicklung ähnlich zu verlaufen, allerdings ist die Vergleichbarkeit mit dem Schwangerschaftsabbruch nicht immer gegeben: Während einige Methoden der assistierten Reproduktion ähnlich wie der Schwangerschaftsabbruch bei einem einmaligen Aufenthalt durchgeführt werden können, ist dies beispielsweise bei im Ausland lebenden Leihmüttern nicht möglich, woraus sich ganz neue Probleme ergeben.

Gründe für reproduktives Reisen

Im Folgenden befasse ich mich mit der Frage, zum Erhalt welcher reproduktionsmedizinischer Behandlungen Frauen und Paare aus welchen Gründen reisen. In diesem Zusammenhang spielen besonders folgende Methoden eine Rolle:

- Heterologe Insemination,
- Post-mortem-Insemination,
- Präimplantationsdiagnostik,
- Eizellspende,
- Ersatzmutterchaft (zahlenmäßig wohl nicht erheblich, aber besonders große juristische Probleme) sowie

- bestimmte Verfahren zur Optimierung der Erfolgsaussichten von In-vitro-Fertilisation.

Hier – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – einige Beispiele, welche Länder als Ausgangs- bzw. Zielländer bei welchen Verfahren eine Rolle spiel(t)en: Die heterologe Insemination ist schon lange ein international verbreitetes Phänomen, weil die Vorschriften zur Spenderanonymität je nach Land differieren. So haben beispielsweise nach einer Änderung der Gesetzeslage viele Schweden die „Flucht“ nach Norwegen angetreten, um dort die anonyme heterologe Insemination zu verwirklichen.

Belgien ist aus mehreren Gründen ein Zielland reproduktiven Reisens. Ausländische Frauen und Paare reisen nach Belgien, um dort Präimplantationsdiagnostik wahrzunehmen, aber auch zur Eizell- und Embryospende: Im Jahr 2001 erfolgten 65 % der Eizellspenden und 80 % der Embryospenden in Belgien an Ausländerinnen. Hier ist es auch anders als beispielsweise in Dänemark möglich, kombinierte Eizell- und Samenspenden (doppelt heterologes System) durchzuführen. Außerdem dürfen auch „frische“ und nicht ausschließlich kryokonservierte Eizellen Verwendung finden. In Belgien werden auch lesbische Paare und allein stehende Frauen behandelt, und – anders als in Frankreich, Großbritannien und Dänemark – auch Paare, deren natürliches Fortpflanzungsalter überschritten ist. Ebenfalls nach Belgien, aber auch nach Griechenland und in osteuropäische Länder fahren Frauen und Paare, weil sie hier mit geringeren Kosten für reproduktionsmedizinische Maßnahmen rechnen können.

Und last but not least ist Österreich als Standort reproduktionsmedizinischer Zentren, die aggressiv im Ausland fortpflanzungsmedizinische Werbung betreiben, Anziehungspunkt für Frauen und Paare mit Kinderwunsch.

Schutzgüter im Bereich der Reproduktionsmedizin aus juristischer Sicht

Vor diesem Hintergrund soll nun die juristische Perspektive dargestellt werden. Diese muss nicht nur den Part des Kinderwunschaapaares beachten, sondern, das lehrt uns gerade die deutsche Rechtslage, sie hat auch Gesichtspunkte wie Embryonenschutz und Kindeswohl in Rechnung zu stellen und abzuwägen.

In Deutschland sind die Bezeichnungen der einschlägigen Gesetze Programm: Es gibt ein „Embryonenschutzgesetz“ und kein „Fortpflanzungsmedizingesetz“ (so die übliche Bezeichnung in vielen anderen Ländern). Dies zeigt den hohen Stellenwert, den die Schutzwürdigkeit der In-vitro-Embryonen für den deutschen Gesetzgeber hatte. Dabei scheint es unzulässig, Schwangerschaftsabbruch und Fortpflanzungsmedizin hinsichtlich der Schutzwürdigkeit der Embryonen miteinander zu vergleichen, da diese Bereiche in einem gänzlich differenten Kontext angesiedelt sind.

Auch das Kindeswohl hat für den deutschen Gesetzgeber eine große Rolle gespielt: Zum Beispiel wurde bei der Dokumentation von Samenspenden das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung sehr hoch bewertet und das Verbot der Eizellspende wurde (zumindest aus heutiger Sicht zweifelhaft) unter anderem mit Kindeswohlgesichtspunkten begründet.

Außerdem sind einige Regelungen zur Qualitätssicherung reproduktionsmedizinischer Verfahren in Deutschland bereits im Gesetzestext verankert; so dürfen die in § 9 ESchG genannten Maßnahmen nur von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden. Neuerdings sind durch eine Änderung des Transplantationsgesetzes (!) insbesondere Dokumentationsregeln hinzugekommen (§ 8d TPG).

Daneben hat der deutsche Gesetzgeber weitere Regelungen vorgesehen, die den Grad der Abweichung vom natürlichen Befruchtungsvorgang betreffen, also zum Beispiel das Verbot der Verwendung von Keimzellen Verstorbener und der Reproduktion außerhalb des von der Natur vorgegebenen Alters sowie das Klonverbot. Bis zu einem bestimmten Grad ist damit in Deutschland die menschliche Reproduktion unter „Naturschutz“ gestellt.

Damit sind die Schutzgüter, die jeder Gesetzgeber im Bereich Reproduktionsmedizin vor Augen hat, benannt, wobei freilich nicht alle Regelungen eindeutig einem der Schutzgüter zugeordnet werden können und deren Bewertung international stark differiert.

Deutschland als Ausgangsland reproduktiven Reisens

Aufgrund der hier kurz skizzierten deutschen Rechtslage sind bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Reproduktionsmedizin aus unterschiedlichen Gründen für manche Menschen in Deutschland nicht zugänglich, im Ausland aber schon. Dies sind insbesondere:

- Bei der heterologen Insemination, die bei verheirateten Wunscheltern erlaubt ist, reisen auch diese Paare manchmal ins Ausland wegen des in Deutschland verfassungsrechtlich festgeschriebenen (aber von den sozialen Wunscheltern nicht akzeptierten) Rechts des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung.
- Insbesondere lesbische Paare und allein stehende Frauen reisen für eine Insemination oder eine In-vitro-Fertilisation, die für verheiratete oder für fest liierte Wunscheltern erlaubt ist, ins Ausland, da diese Verfahren außerhalb gemischtgeschlechtlicher Beziehungen vom ärztlichen Berufsrecht (und auch vom Krankenversicherungsrecht, vgl. die Beschränkung von § 27a Abs. 1 Nr. 3 SGB V auf miteinander verheiratete Personen) bisher nicht vorgesehen sind – das Leitmotiv der deutschen Regelung ist das Aufziehen eines Kindes in einer intakten Beziehung herkömmlicher Prägung.
- Eine Behandlung im Ausland ist auch ein Ausweg, wenn eine Frau bzw. ein Paar eine Eizellspende möchte, da diese in Deutschland generell verboten ist.
- Eine geplante Ersatzmutterschaft ist ebenfalls in Deutschland verboten; nicht untersagt ist hingegen eine Ersatzmutterschaft zugunsten unvorhergesehen „verwaister“ In-vitro-Embryonen.
- Die donogene Keimzelltransplantation und die Transplantation ganzer Geschlechtsorgane werden in Deutschland ebenfalls für nicht zulässig gehalten und deshalb nicht offeriert; aber sie sind meines Wissens auch in anderen Ländern praktisch nicht verfügbar.
- Frauen und Paare suchen – zahlenmäßig offenbar von einiger Bedeutung – auch eine Behandlung im Ausland, um im Rahmen einer „normalen“ In-vitro-Fertilisation einen Single-Embryo-Transfer durchführen zu lassen, der zur Verbesserung der Schwangerschaftsrate und zur Minimierung des Risikos von Mehrlingsschwangerschaften beiträgt. Obgleich die Zulässigkeitsgrenzen dieses Verfahrens in Deutschland gerade diskutiert werden, lässt die momentane Rechtslage auch bei großzügiger Auslegung nur suboptimale Verfahren zu („Dreierregel“).
- Menschen mit Kinderwunsch reisen bei Verdacht auf bestimmte Erbkrankheiten für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik ins Ausland, weil die Rechtslage in Deutschland in diesem Bereich sehr unsicher ist (ein gerade laufendes Verfahren zu diesem Thema in Berlin hat erstinstanzlich, aber noch nicht rechtskräftig, zu einem Freispruch des angeklagten Arztes geführt).

Strafbarkeit von Auslandstaten in Deutschland

Nach der skizzenhaften Darlegung der nationalen Rechtslage und der sich daraus ergebenden Gründe für reproduktives Reisen möchte ich im Folgenden auf die Frage der Strafbarkeit solcher Taten mit Auslandsbezug nach deutschem Strafrecht näher eingehen.

Die Strafbestimmungen des Embryonenschutzgesetzes erstrecken sich nicht ausdrücklich auch auf Auslandstaten (anders § 5 Nr. 9 StGB zum Schwangerschaftsabbruch⁷, soweit der Täter bzw. die Täterin zur Zeit der Tat Deutsche sind und ihre Lebensgrundlage im Inland haben). Gemäß § 7 StGB⁸ kommt es deshalb darauf an, ob die fragliche Tat auch am Tatort mit Strafe bedroht ist. Ein im Ausland begangener Verstoß gegen das ESchG kann also nur dann in Deutschland verfolgt werden, wenn er auch nach dem Recht des Tatorts strafbar ist. Nun wird der/die im Ausland fortpflanzungsmedizinisch tätige Arzt/Ärztin sich im Einklang mit dem Recht seines/ihrer Landes verhalten und deshalb die Strafbarkeit am Tatort nicht gegeben sein (sei es aufgrund von bewusst liberalerer Wertung, sei es aufgrund von schlichter Trägheit des Gesetzgebers).

Das Erfordernis der Strafbarkeit (auch) am ausländischen Tatort ist natürlich nicht als Ermunterung für Bürger gedacht, denen die Rechtslage zu Hause „zu eng“ ist, sich zur Realisierung gewisser Lebensträume in ein Land mehr oder weniger unbegrenzter rechtlicher Möglichkeiten zu begeben, auch wenn es im Zeitalter der Globalisierung so verstanden werden kann. Es ist unklar, warum der deutsche Gesetzgeber in Bezug auf das Embryonenschutzgesetz nicht eine Parallelvorschrift zum erwähnten § 5 Nr. 9 StGB geschaffen hat. Das Ergebnis ist jedoch eindeutig und eröffnet einige Möglichkeiten reproduktiven Reisens, ohne sich dem Risiko strafrechtlicher Verfolgung auszusetzen. Es gibt allerdings ein dem juristischen Laien weithin unbekanntes, aber in der praktischen Bedeutung nicht zu unterschätzendes Regulativ aus der juristischen „Trickkiste“: Vielfach steht ja die Auslandstat nicht isoliert im Raum, sondern wird im Inland vorbereitet oder von Dritten unterstützt. Auf solche Handlungen bezieht sich § 9 Abs. 2 Satz 2 StGB, den ich ausnahmsweise im Wortlaut zitieren möchte:

„Hat der Teilnehmer an einer Auslandstat im Inland gehandelt, so gilt für die Teilnahme das deutsche Strafrecht, auch wenn die Tat nach dem Recht des Tatorts nicht mit Strafe bedroht ist“

„Handeln“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Förderung der Haupttat, etwa durch Geldmittel oder zum Beispiel durch die Vermittlung an ein bestimmtes reproduktionsmedizinisches Zentrum im Ausland für eine spezielle, in Deutschland nicht erlaubte Maßnahme. Strafbar wäre es somit beispielsweise auch, wenn eine Ärztin/ein Arzt wissentlich eine Vorbehandlung (zum Beispiel ovarielle Stimulationsbehandlung) für eine bestimmte im Inland verbotene Behandlung vornimmt, die dann im Ausland (nach dort geltendem Recht legal) durchgeführt wird. Allerdings ist immer nur die vorsätzliche (wissentliche) Hilfeleistung zu fremder Tat strafbar. Dieses Wissen hat aber ein Berater oder eine Beraterin, der/die in einem frühen Stadium allgemeine Informationen an Wunscheltern weitergibt, üblicherweise nicht und kann insofern auch nicht belangt werden. Außerdem stehen bei Auslandstaten die Strafverfolgungsorgane oft vor erheblichen praktischen Ermittlungsschwierigkeiten hinsichtlich des ausländischen Geschehens und angesichts der Vertraulichkeit des Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn dürfte es eher die Ausnahme als die Regel sein, wenn ein im Inland geleisteter ärztlicher Tatbeitrag Justizorganen aktenkundig wird.

⁷ § 5 StGB regelt Auslandstaten gegen inländische Rechtsgüter. Nr.9: Abbruch der Schwangerschaft (§ 218), wenn der Täter zur Zeit der Tat Deutscher ist und seine Lebensgrundlage im räumlichen Geltungsbereich dieses Gesetzes hat;

⁸ § 7 StGB: Geltung für Auslandstaten in anderen Fällen

Steuerungselemente reproduktiven Reisens

Man kann sich vorstellen, dass Zielländer nicht unbedingt erpicht darauf sind, dass ihre fortpflanzungsmedizinischen Ressourcen von AusländerInnen in Anspruch genommen werden. Diesen Ländern stehen einige rechtliche Steuerungselemente zur Verfügung. Hierzu zählen die Residenzpflicht (Möglichkeit der Inanspruchnahme gewisser medizinischer Dienstleistungen nur für Personen, die sich für längere Zeit im jeweiligen Land aufhalten), die zum Beispiel in Schweden oder in Frankreich für den Schwangerschaftsabbruch geschaffen wurde, um nicht zum Zielland für abtreibungswillige Frauen zu werden, und die in manchen Ländern auch für bestimmte reproduktionsmedizinische Maßnahmen gilt, sowie Import- oder Export-Verbote für Keimzellen und Embryonen. Schließlich können die Leistungen des jeweiligen staatlichen Gesundheitssystems ausländischen „Reproduktivreisenden“ vorenthalten sein.

Auch den Ausgangsländern reproduktiven Reisens stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, um die einheimischen rechtlichen Restriktionen durchzusetzen: So eine explizite Strafbarkeit von Auslandstaten, Regelungen über Exportverbote von Keimzellen sowie der Ausschluss von Leistungen der Krankenversicherungen bei (legalen und erst recht bei nach inländischen Maßstäben illegalen) Auslandsbehandlungen (mit der Folge, dass diese Behandlungen nur finanziell Privilegierten zugänglich sind). Zudem kann es sich als hochproblematisch erweisen, ein von einer ausländischen Ersatzmutter im Ausland geborenes und den Wunscheltern übergebenes Kind vor den inländischen Behörden als deren eigenes (Adoptiv-)Kind legitimieren zu wollen.

Ausblick

In Deutschland lassen sich in der momentanen rechtspolitischen Debatte hinsichtlich des Single-Embryo-Transfers einige Vorstöße in Richtung auf eine großzügigere Auslegung des ESchG bzw. auf eine Gesetzesänderung erkennen. So formulierte im Jahr 2006 die Bundesärztekammer (BÄK) folgende Forderung: „Der Gesetzgeber ist aber aufgefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zulässig sind und zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben, in geeigneter Weise auch in Deutschland auf der Basis eines möglichst breiten gesellschaftlichen Konsenses ermöglicht werden.“ Auch das generelle Verbot der Eizellspende dürfte zunehmend als fragwürdig gelten. Eine generelle Abkehr von der restriktiven Grundtendenz des Embryonenschutzgesetzes sollte aber nicht erwartet werden.

Vor diesem Hintergrund wird „reproduktives Reisen“ eine gefragte Option bleiben. Damit bleibt auch die Frage nach dessen rechtlicher – insbesondere strafrechtlicher – Handhabung aktuell. Über das spezielle Thema hinaus muss auch die Grundsatzfrage nach Sinn und Funktion von Strafbarkeitsregeln bezüglich Auslandstaten in der weiteren rechtspolitischen Debatte eine Rolle spielen: Sind neben denjenigen, die gegen deutsches Gesetz verstoßen, wenn sie sich in Deutschland aufhalten, auch diejenigen Normadressaten der Regelungen, die gewöhnlich in Deutschland leben (egal, wo sie handeln)? Mit anderen Worten: Soll nur deutscher Boden von Regelverstößen freigehalten werden oder sollen deutsche Bürger auch dann, wenn sie außerhalb Deutschlands handeln, von solchen Taten abgehalten werden?

Abschließend möchte ich noch kurz einige Kernthesen zur rechtspolitischen Gestaltung bei Auslandstaten zur Diskussion stellen:

- Jenseits fortpflanzungsmedizinischer Fragen gilt die Nutzung internationaler

Regelungsunterschiede in unserer Gesellschaft generell als Zeichen für Lebens- bzw. Geschäftstüchtigkeit, was auch in diesem Bereich Beachtung finden sollte.

- Die Verfolgbarkeit von Auslandstaten ist in der Praxis begrenzt, dies gilt insbesondere für den medizinischen Bereich.
- Internationale Regelungsdivergenzen geben immer (also auch anderen Rechtsordnungen) Anlass zum Überdenken der eigenen (gleich, ob „liberalen“ oder „restriktiven“) Position.
- Bei anhaltender ausländischer Permissivität besteht inländisch langfristig ein hoher politischer Anpassungsdruck, der die bestehenden nationalen Restriktionen in Frage stellt. Dieser Druck wird sowohl von den (potentiellen) Reproduktionsreisenden als auch von der Standortnachteile beklagenden Ärzteschaft erzeugt.

Diskussion

Diskussionsleitung: Dr. Ute Sonntag, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover

In der Diskussion wurden zunächst offene Fragen zu den Vorträgen diskutiert. Im Vordergrund standen dabei juristische Fragen zur Strafbarkeit von Taten, die im Zusammenhang mit einer in Deutschland verbotenen reproduktionsmedizinischen Maßnahme stehen. An den vielen Nachfragen zur juristischen Situation zeigte sich die große Verunsicherung sowohl im Bereich der Reproduktionsmedizin als auch in der Beratung in Bezug auf den Umgang mit in Deutschland gesetzlich untersagten reproduktionsmedizinischen Maßnahmen. Herr Dr. Koch unterstrich nochmals, dass das Verfolgungsrisiko im medizinischen Bereich aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht extrem gering sei und auch aufgrund der Schwierigkeiten bei Verfolgung von Auslandstaten insgesamt. Bei der Beratung innerhalb dieses Themenbereichs sei es noch unwahrscheinlicher, dass man die Grenze der strafrechtlichen Relevanz erreiche, da man ja meist nur als Informant tätig sei und die Teilnahme und Mitwirkung immer die vorsätzliche Beteiligung an fremder Tat beinhalte. Gebe man als Berater eine neutrale Information über rechtliche Möglichkeiten im Ausland weiter, so sei die strafrechtliche Relevanz sicherlich nicht überschritten.

In einer Einführungsrunde hatten anschließend alle TeilnehmerInnen die Möglichkeit, ihr persönliches Anliegen im Themenfeld reproduktives Reisen zu formulieren, offene Fragen und Zielvorstellungen zu nennen, die sie gerne in eine Diskussion einbringen würden. Daraus ergab sich die folgende Materialsammlung:

1. Formulierung von offenen Fragen, Zielvorstellungen und Visionen innerhalb des Themenfeldes reproduktives Reisen

Verbesserung der Beratung:

- Welchen Stellenwert hat die Auslandsbehandlung in der Beratungstätigkeit der nicht-ärztlich Tätigen?
- Wie sieht die Beratung zum Themenfeld reproduktives Reisen aktuell aus, auch in Bezug auf die rechtliche Absicherung der BeraterInnen?
- Wie kann psychosoziale Beratung eingeführt oder gar institutionalisiert werden für Eingriffe, die in Deutschland gar nicht vorgenommen werden dürfen?
- Inwieweit sollte der ethische und gesellschaftliche Kontext Teil der Beratung sein?
- Verfügbarkeit einer niedrigschwelligen psychosozialen Beratung vor, während und nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen speziell im Ausland.
- Beratung auch zu der Möglichkeit, dass der Wunsch nach einem leiblichen Kind nicht erfüllt werden kann.
- Größere Transparenz für Frauen und Paare in der Beratungssituation zur

Behandlung im Ausland, insbesondere in Bezug auf Qualitätsstandards.

- Verbesserung der psychosozialen Infrastruktur für die Gametenspende in ganz Europa, so besteht beispielsweise bei Eizellspenderinnen ein Langzeitbedarf für Beratung.
- Qualitativ hochwertige Beratung überall in Deutschland.
- Aufwertung der psychosozialen Beratung insgesamt.
- Breiteres Angebot einer unabhängigen medizinischen Beratung, wie sie bei pro familia angeboten wird.
- Förderung eines multiprofessionellen Dialogs zur Kooperationsförderung zwischen beratenden und behandelnden Professionellen und speziell zwischen der Reproduktionsmedizin und pro familia als Beratungsverband.
- Bessere Aufklärung der KlientInnen über die abnehmende Reproduktionsfähigkeit mit fortschreitendem Alter (ab 25 Jahren), aber auch bedingt durch Umwelteinflüsse – in der Beratung, aber auch schon im Schulunterricht.
- Vermittlung eines positiven Bildes der Qualität reproduktionsmedizinischer Behandlung in Deutschland in der Beratung – aufgrund der höheren Erfolgsquote im Ausland wegen der restriktiven deutschen Gesetzeslage ist der Ruf der deutschen Reproduktionsmedizin bei Laien häufig schlecht.

Verbesserung des Informationsflusses und der Qualitätsstandards durch Dokumentation und Erstellen von Leitlinien:

- Aufbau einer seriösen, ständig aktualisierten Datenbank über Behandlungsangebote im Ausland, die leicht zugänglich ist.
- Leichter Zugriff auf Informationen betreffend unlauterer Werbung für Behandlungen im Ausland.
- Zugang zu evidenzbasierten Daten über die Möglichkeiten der Behandlung in Deutschland.
- Erstellen von Leitlinien im Bereich Eizellspende, die Versorgung der Eizellgeberin betreffend.
- Erstellen von Leitlinien zum rechtlichen Kontext für die BeraterInnen im Umfeld reproduktives Reisen.

Veränderung der Gesetzeslage / der Richtlinien der BÄK:

- Wie kommt es zu der berufsrechtlichen Interpretation der Dreierregelung?
- Etablierung eines neuen Fortpflanzungsmedizingesetzes,
 - das Rechtssicherheit für Samenspender gewährleistet,
 - das den Zugang zu Behandlungsmaßnahmen der assistierten Fertilisation unabhängig von sexueller Orientierung und Familienstand ermöglicht,

das den elektiven Single-Embryo-Transfer und die Eizellspende als wichtige Gründe für reproduktives Reisen auch in Deutschland erlaubt,

das unter Mitwirkung von beratenden Organisationen entworfen wird.

- Könnte ein neues Fortpflanzungsmedizingesetz statt zu einer Liberalisierung der Gesetzeslage zu einer Verschärfung führen?
- Änderung der Richtlinie der BÄK bezüglich der Behandlung allein stehender Frauen und gleichgeschlechtlicher Paare und weitergehend des Grundes für diese Richtlinie im Abstammungsrecht.
- EU-weite Angleichung der Regelungen zur Spenderanonymität unter Berücksichtigung des Rechts auf Abstammungskennntnis des Kindes und Verlängerung der Dokumentationspflicht.
- Initiierung eines europaweiten Diskurses über das Recht des Kindes auf Kennntnis seiner Abstammung, da dieses im Ausland zum Teil nicht anerkannt wird.

Ethische Fragen:

- Kritik an der Kommerzialisierung von Körperteilen, faktisch findet keine Eizellspende sondern der Verkauf von Eizellen statt, also die Gefährdung der Gesundheit von Frauen zugunsten Dritter.
- Eine Qualitätskontrolle von Embryonen, bei der Vorstellungen von genetischer Qualität eine immer größere Rolle spielen, muss politisch weiter thematisiert werden.
- Grenzen der Instrumentalisierung – Herstellung eines gesellschaftlichen Klimas, in dem man auch ohne leibliche Kinder ein gutes Leben führen kann.
- Abbau der Tabus über genetische versus soziale Elternschaft.
- Reflektion über die Grenzen der Reproduktionsmedizin – Positionierung des pro familia Bundesverbandes zu dieser Frage.

2. Diskussion ausgewählter Fragen

An die Sammlung dieses Katalogs von Fragen und Vorstellungen für die künftige Entwicklung im Sektor reproduktives Reisen schloss sich die nähere Diskussion ausgewählter Aspekte an. Dabei standen aufgrund des beraterischen Schwerpunkts von pro familia Fragestellungen rund um die Sicherstellung von hoher Beratungsqualität sowie konkrete Verbesserungsvorschläge für die Beratung von Frauen und Paaren, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland erwägen, im Vordergrund.

Welche Inhalte sollte eine psychosoziale Beratung rund um eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland idealer Weise transportieren?

Die nicht-ärztliche psychosoziale Beratung findet behandlungsunabhängig statt und hat einen anderen Fokus als die Beratung durch die ÄrztInnen. Dr. Petra Thorn hat in ihrer

Expertise „Reproduktives Reisen“ bereits wichtige Inhalte der psychosozialen Beratung für Frauen und Paare im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen im Ausland zusammengefasst⁹, die im Folgenden stichpunktartig wiedergegeben sind:

- Abfrage englischer Sprachkenntnisse;
- Exploration der Erfolgsaussichten der geplanten Behandlung;
- Möglichkeiten einer Vorbehandlung in Deutschland;
- Erinnerung an die Weitergabe aller medizinisch relevanten Unterlagen (zu Vorbehandlungen, Befunden etc.) an das behandelnde Zentrum im Ausland und Mitnahme der Unterlagen von dort;
- Thematisierung der Kosten und Kostenübernahme für die Behandlung im Ausland;
- Reflexion der psychischen und finanziellen Ressourcen des Paares/der Frau;
- Aufklärung über das Mehrlingsrisiko;
- Sicherstellung einer wertneutralen und ergebnisoffenen Beratung;
- Verweis auf Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Zielland;
- Information über die Einhaltung internationaler Behandlungsstandards im Zielland;
- Information über die Erfolgchancen eines Blastozystentransfers;
- Frage nach dem Sinn einer PID im Einzelfall;
- Fragen juristischer Elternschaft (problematisch insbesondere bei Leihmutter-schaft);
- Hinweis auf die Vollständigkeit der juristischen Unterlagen;
- Aufforderung zur Überprüfung der ausreichenden medizinischen Dokumentation durch das Behandlungszentrum;
- Frage nach dem Recht oder der Möglichkeit der Kenntnis des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter für das Kind im Zielland;
- Exploration der Bedeutung moralischer Konflikte aufgrund der differenten Rechtslage in Deutschland für das Paar oder die Frau;
- Fragen nach der Bedeutung der Familienzusammensetzung bei Kombination biologischer und sozialer Elternschaft oder rein sozialer Elternschaft und dem Umgang mit dieser Familiensituation;
- Frage der Bezahlung bzw. Aufwandsentschädigung für Eizellspenderinnen und Leihmütter.

Aus der Runde kamen noch folgende zusätzlichen bzw. besonders wichtigen Aspekte, die in einem Beratungsgespräch im Zusammenhang mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland eine Rolle spielen sollten:

- Die Frauen und Paare sollten darüber aufgeklärt werden, dass die Rechtsverfolgung bei einem ärztlichen Behandlungsfehler im Ausland überaus problematisch ist.
- Als Frage wurde formuliert, ob den KlientInnen auch Informationen über die Eizellspenderinnen und ihre Risiken zugänglich gemacht werden sollten.

⁹ Petra Thorn. Expertise Reproduktives Reisen. pro familia Bundesverband (Hg.), Frankfurt 2009.

- Der Abschied vom Kinderwunsch sollte im Beratungsgespräch eine Rolle spielen, dies insbesondere, wenn die in Deutschland erlaubten Methoden schon ausgeschöpft sind.
- Vor jedem medizinisch invasiven Schritt sollte eine neue Beratung angeboten werden (wie in den Leitlinien von BKID vorgesehen), also immer vor einer Behandlung im Ausland.
- Die Beratung müsse einen integrativen psychosozialen Versorgungsansatz verfolgen, der sich nach Fachkräften ausdifferenziere.
- In der Beratung sollte auch deutlich werden, dass nicht alles, was rechtlich möglich ist, auch individuell sinnvoll ist.
- Die Beratung müsse ergebnisoffen geführt werden. Allerdings müsse man im Einzelfall auch direktiv vorgehen, wenn beispielsweise eine 68-jährige Frau eine Eizellspende im Ausland möchte, sollten dies problematisiert werden.
- Die psychosoziale Beratung sollte sich dadurch profilieren, dass sie im Gegensatz zur ärztlichen Beratung behandlungsunabhängig ist.
- Die BeraterInnen müssten stets auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand sein, was in einem Fach wie der Reproduktionsmedizin, das sich rasant entwickle, nicht einfach sei.

Wie sprechen Sie gegenüber PatientInnen/KlientInnen eine in Deutschland verbotene Maßnahme wie die Eizellspende an?

Diese Frage wurde länger kontrovers diskutiert. Einige Teilnehmer plädierten dafür, ein Verfahren wie die Eizellspende, das in Deutschland verboten sei, in die Beratung nicht einzubringen. Dies sei rechtlich nicht angreifbar, da die ärztliche Aufklärungspflicht und auch die psychosoziale Beratung sich nicht auf Methoden erstrecken könnten, die in Deutschland verboten sind. Hier komme es auch darauf an, in welcher Situation die betreffende Klientin sich befinde. Möglicherweise befinde sie sich schon in einem Abschiedsprozess vom Kinderwunsch, weswegen und man eher auf die Nennung weiterer Möglichkeiten verzichten solle. Andere Anwesende sahen sich moralisch verpflichtet, eine Frau oder ein Paar umfassend über weitergehende Möglichkeiten zu informieren, um ihnen eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Wenn eine Ärztin/ein Arzt oder eine Beraterin/ein Berater über die Möglichkeit einer Eizellspende im Ausland informiert, müsse sie/er aber gleichzeitig darauf hinweisen, dass diese Behandlung in Deutschland nicht erlaubt sei.

Die meisten TeilnehmerInnen kennzeichneten das Verbot der Eizellspende mit Blick darauf, dass die Samenspende erlaubt sei, als problematischen Aspekt des Embryonenschutzgesetzes. Bei einer solchen Argumentation sei allerdings Vorsicht geboten, da man damit ebenso das Verbot beider Verfahren begründen könne, wie dies vor einigen Jahren schon geschehen sei. Die Legalisierung des elektiven Single-Embryo-Transfers und der Eizellspende in Deutschland war für viele Anwesende ein wichtiges Ziel. Dagegen wurde geäußert, dass das Embryonenschutzgesetz geltendes Recht sei und eine Änderung im Moment politisch kaum durchsetzbar, da die Inhalte von wichtigen gesellschaftlichen Gruppen unterstützt würden. Dies müsse man auch in der Beratungssituation vermitteln.

Um eine Außensicht zu geben, wurde die Situation in der Schweiz angeführt, wo es seit 2001 ein sehr restriktives neues Fortpflanzungsgesetz gibt. Die KlientInnen arrangierten sich dort mit den Möglichkeiten reproduktiven Reisens, meistens ohne Beratungsangebote, anstatt Kritik an der Gesetzeslage zu äußern.

Abschließend wurde festgestellt, dass es eine wichtige Aufgabe der Beratung sei, die Entscheidungsautonomie der Frauen und Paare zu stärken und immer wieder den Raum zum Nachdenken über die Möglichkeiten und Grenzen der Reproduktionsmedizin zu schaffen.

Welche konkreten Möglichkeiten sehen Sie für eine Verbesserung der psychosozialen Beratung in Deutschland?

1. Informationsmaterial

- An die Vertreter aus der Politik wurde herangetragen, eine Neuauflage der Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur medizinischen und psychosozialen Beratung zu unterstützen. Es gäbe insgesamt vier Broschüren und insbesondere die im September 2005 erschienene Broschüre zur psychosozialen Beratung *„Warum gerade wir?“ Wenn ungewollte Kinderlosigkeit die Seele belastet*“ müsste neu aufgelegt werden unter Beachtung des Themenbereichs der „cross border reproductive care“.
- An die Beratungsinstitutionen ging von Seiten der ReproduktionsmedizinerInnen die Bitte, neue Flyer zum Themenfeld zu publizieren und zu verteilen.

2. Verbesserung der Kommunikationsstrukturen

- Die anwesenden ReproduktionsmedizinerInnen forderten die Beratungsinstitutionen und insbesondere pro familia auf, sich im Bereich Kinderwunschberatung ähnlich zu etablieren wie in der Schwangerschaftskonfliktberatung, wo die ÄrztInnen die Beratungsinstitutionen bereits als etabliertes, qualitativ hochwertiges und für die ärztliche Arbeit wichtiges Instrument wahrnehmen. Für die praktische Umsetzung dieser Kooperation, die in den Richtlinien der Bundesärztekammer theoretisch schon enthalten ist, fehle vielerorts noch das Netzwerk. Die ReproduktionsmedizinerInnen erklärten sich bereit, die Bildung eines Netzwerks in ihren Verbänden weiter zu unterstützen.
- Die Kommunikation unmittelbar in die reproduktionsmedizinischen Praxen hinein, zum Beispiel in Form von Hospitationen, sollte verstärkt betrieben werden.
- Insgesamt sollte eine Verbesserung der Kommunikationsstrukturen aller Beteiligten und eine vorurteilsfreie Begegnung ermöglicht werden.
- Eine gute und stellenweise schon praktizierte Möglichkeit für eine engere Zusammenarbeit wäre die Integration von PsychologInnen mit Schwerpunkt Kinderwunschberatung in reproduktionsmedizinische Praxen.
- Auch PatientInnenseminare, auf denen ÄrztInnen und BeraterInnen einen Überblick über ihre Tätigkeit geben, würden sehr positiv aufgenommen.
- Der persönliche Kontakt zwischen ÄrztInnen und BeraterInnen sollte als wichtiger Baustein für die Netzwerkbildung von allen Institutionen unterstützt werden.
- Von Seiten der Betroffenenorganisationen wurde geäußert, dass sie sich eine stärkere Einbeziehung in die vorhandenen Netzwerke wünschten.

3. Qualifikation der BeraterInnen (Angaben von BKiD)

- Basisqualifizierung und Weiterzertifizierungskatalog für BeraterInnen zur Kinderwunschberatung liegen bei BKiD vor, wo beispielsweise auch Weiterbildungspunkte für Hospitationen vergeben werden.

- Die Kriterien von BKiD für die Basiszertifizierung der BeraterInnen zum Kinderwunsch in Deutschland entsprechen den internationalen Standards.
- Weiterbildungsmaßnahmen zur Gametenspende werden ebenfalls von BKiD angeboten.
- Das Angebot von BKiD ist im Internet einsehbar (www.bkid.de).
- Qualifizieren sollte sich die einzelne Beraterin/der Berater, nicht die Organisation, so sind ca. ein Drittel der BeraterInnen auf der BKiD-Liste von pro familia.

Abschließend äußerten die Anwesenden den Wunsch, dass der bei diesem ExpertInnengespräch begonnene Dialog zwischen verschiedenen Beteiligten, Beratungsorganisationen, pro familia, BKiD, Patientenorganisationen Reproduktionsmedizin und Politik, im Interesse der PatientInnen weitergeführt werden sollte. Zentrale Elemente dieses Dialogs müssten die gegenseitige Information und die vorurteilsfreie Begegnung sein.

Wäre es sinnvoll, Leitlinien für die rechtliche Situation der BeraterInnen zu entwerfen?

BKiD erstellt gerade Leitlinien zur Behandlung im Ausland, innerhalb derer auch rechtliche Fragen eine Rolle spielen werden. Die meisten Anwesenden lehnten es ab, ein Papier für die breite Öffentlichkeit zu konzipieren, aber die Zusammenfassung von Basisinformationen für professionelle BeraterInnen in Form von Leitlinien wäre sicherlich sinnvoll und hilfreich. Dies könne allerdings gerade in komplexen Fällen nicht das persönliche Urteil ersetzen.

Wie sehen Sie das Verhältnis zwischen ReproduktionsmedizinerInnen und psychosozialer Beratung?

Die anwesenden ReproduktionsmedizinerInnen erkannten den Wert der psychosozialen Beratung an. Die ÄrztInnen sind gemäß den Richtlinien der Bundesärztekammer zu einer Beratung verpflichtet, die auch psychosoziale Elemente enthält, so nennen sie beispielsweise die Schwangerschaftsraten, sie klären über den psychischen Stress der Behandlung auf und über Alternativen wie einem Leben ohne Kind. Aber die nicht-ärztliche psychosoziale Beratung habe einen anderen Fokus und gäbe vor allem eine Außensicht, da sie den Vorteil der behandlungsunabhängigen Beratung habe. Es herrschte Konsens, dass die psychosoziale Beratung ergebnisoffen berate und die Autonomie der KlientInnen fördere. Ein „Schlechttreden“ der Reproduktionsmedizin sei schon lange Vergangenheit.

Insgesamt bestehe in der Theorie hohe Einigkeit über den Sinn und Zweck der ärztlichen und psychosozialen Beratung, wofür die Richtlinien der Bundesärztekammer von 2006 ein gutes Beispiel seien. Die Praxis sähe leider häufig anders aus. Eine Zusammenarbeit von ReproduktionsmedizinerInnen mit externer psychosozialer Beratung sei keineswegs überall realisiert, sie scheitere häufig an den nicht vorhandenen Netzwerken. Hier sei noch viel zu tun und vor allem persönliche Kontakte aufzubauen. Ein wichtiger Stellenwert wird der Kommunikation auf regionaler Ebene eingeräumt. Hierbei geht es um Informationsaustausch der verfügbaren Angebote, aber auch um Transparenz und Kenntnis der Qualitätsstandards und Qualifikationen unterschiedlicher AkteurInnen im Bereich Reproduktionsmedizin

Der Stellenwert der psychosozialen Beratung sollte von den ReproduktionsmedizinerInnen in ihren Verbänden nochmals deutlich gemacht werden. Andererseits sollten die BeraterInnen sich bemühen, den Ratsuchenden kein negatives Bild von der Reproduktionsmedizin zu vermitteln.

Wie reagieren die reproduktionsmedizinischen Verbände auf das Phänomen des reproduktiven Reisens? Werden die Qualitätsstandards für reproduktionsmedizinische Behandlungen im Ausland von deutschen ÄrztInnen überprüft?

Anwesende Vertreter der ärztlichen Verbände nannten zunächst ihren Wunsch nach einer Gesetzesänderung, durch die ein Teil der Gründe für reproduktives Reisen entfielen. Hier sei ein Papier der BÄK mit einer Positionierung in Vorbereitung. Außerdem berichteten sie, dass gegen unlauteren Wettbewerb mit falschen Angaben und Versprechungen aus dem Ausland vorgegangen werde, und dass die Durch Ökonomisierung der Reproduktionsmedizin als Gefahr gesehen werde. Auch hier seien Stellungnahmen in Vorbereitung, dies könne allerdings vorab nicht öffentlich diskutiert werden. Veröffentlichungen im Internet seien in Deutschland zwar berufsrechtlich geregelt, aber Missbrauch sei leicht möglich und diese Regelungen griffen nicht international. Die Überprüfung der Qualität der Behandlung im Ausland sei vorrangig für die Eizellspende relevant. Da diese Maßnahme in Deutschland verboten sei, mache man sich als Ärztin/Arzt der Beihilfe schuldig, wenn man hier vorbereitend tätig werde. Dennoch gäbe es auf informeller Ebene Kontakte mit ausländischen Praxen zur Prüfung der Qualitätsstandards.

Auch das Problem der Transferleistungen, dass Leistungen ins Ausland weitergegeben werden, wäre als solches erkannt und die Bundesregierung bemühe sich um eine Lösung, die allerdings nicht einfach herbeizuführen sei.

Ein Weg, die Qualitätsstandards im Ausland zu sichern, seien die Guidelines der ESHRE, die zwar nicht juristisch relevant wären, aber für den europäischen Rahmen eine gewisse Bedeutung hätten. Bei der ESHRE existiere eine Taskforce „Ethics and Law“. Wenn hier Qualitätsstandards verfasst würden, aus denen beispielsweise klarer hervorgehe, welche Erfordernisse für die reproduktive Gesundheit der Spenderin gelten sollten, könnte dies einen positiven Effekt für die Qualitätssicherung in diesem Bereich haben.

Kritisiert wurden von Seiten der ReproduktionsmedizinerInnen insbesondere die Marketingmaßnahmen einiger reproduktionsmedizinischer Zentren im Ausland, die sehr professionell und aggressiv in mehreren Sprachen werben und beispielsweise auch eine qualitativ bessere Behandlung als in Deutschland versprechen, was eine klare Falschinformation sei. Diese Werbung könne auch eine Ursache des Reproduktionstourismus sein. Die ausländischen Zentren schreckten zum Teil nicht davor zurück, deutsche FrauenärztInnen für die Vermittlung von Patientinnen an ihr Zentrum einzuspannen, indem sie ihnen für die Vermittlung und die Übernahme des Monitoring gewisse Summen anböten. Frauen und Paare müssten über dieses Vorgehen aufgeklärt und auf neutrale Informationsmedien hingewiesen werden.

Lässt sich die Richtlinie der BÄK, Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen nicht zu behandeln, ändern?

Eine Änderung scheint nicht möglich, solange die familienrechtlichen Regelungen so bleiben, wie sie sind. Allerdings hat eine aktuelle Untersuchung nachgewiesen, dass das Kindeswohl in gleichgeschlechtlichen Beziehungen gesichert ist¹⁰. Der Vertreter der Bundesärztekammer sah es als wünschenswert an, für lesbische Frauen einen anderen Weg zur juristischen Anerkennung ihres Kindes als die Stiefkind-Adoption zu eröffnen, und erklärte sich offen für Initiativen in diese Richtung.

¹⁰ Rupp, Marina (Hg.). Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften, Köln 2009. Die Studie wurde am ifb in Bamberg durchgeführt und vom Bundesministerium der Justiz in Auftrag gegeben.

Außerdem wurde dargelegt, dass die Empfehlungen der Bundesärztekammer nicht verpflichtend sind und ihre Einhaltung auch nicht konsistent kontrolliert wird. Bislang gab es kein berufsrechtliches Verfahren wegen Verstoßes gegen das komplizierte Regelwerk der BÄK zu diesem Themenfeld. Es gibt hier auch regionale Unterschiede.

Besteht Kritik am Begriff der Eizellspende?

Von einzelnen TeilnehmerInnen wurde der Begriff der Eizellspende kritisiert. Problematisch sei er aus dem Grund, dass eine rein altruistische Spende ohne finanzielle Entschädigung in der Wirklichkeit fast nie vorkäme, weil die Belastung für die Frauen bei diesen Eingriffen sehr hoch wäre. Als neutrale Begriffe wurde Eizellgeberin oder Eizelltransfer vorgeschlagen.

Vertreter aus der Beratungspraxis unterstützten diese Beobachtung. Es wäre üblich, dass Geldumschläge ausgetauscht würden, bei denen nicht klar wäre, ob sie die Spenderin überhaupt erreichten. Hier mache sich auch die Wirtschaftskrise bemerkbar. Dennoch solle man den Blick eher auf die Inhalte als auf Formalia wie Begrifflichkeiten richten.

Die Diskussion über die Sprachregelung dürfe nicht überbewertet werden. Innerhalb Europas wäre festgelegt, dass es sich um eine altruistische Spende handeln solle. Juristisch sei mit dem Wort Spende nicht unbedingt hundertprozentige Unentgeltlichkeit verbunden, eine Aufwandsentschädigung widerspreche der Begrifflichkeit nicht.

Insgesamt bestand Konsens darüber, dass der Blick mehr auf die Geberin/Spenderin gelenkt werden solle.

Sonstiges

Zwei wichtige Themenbereiche wurden noch kurz angesprochen, aber nicht breiter diskutiert.

Einerseits wurde der Blick auf einen aktuell in Berlin laufenden Prozess gelenkt, aus dem sich möglicherweise ergeben könnte, dass die Trophoblastenbiopsie im Einklang mit dem Embryonenschutzgesetz steht.

Außerdem erfolgte ein Hinweis auf die Internetseite der Deutschen Botschaft in der Ukraine, wo kürzlich eine Warnung veröffentlicht wurde, dass Deutsche, die eine Leihmutterchaft in der Ukraine durchführen, keinerlei Unterstützung von Seiten der Botschaft erwarten könnten. Hieraus könnte sich die Situation ergeben, dass Wunscheltern ein Kind nicht mit nach Deutschland nehmen können, da das Kind nach deutschem Recht das Kind der Frau ist, die es auf die Welt gebracht hat.

Schlusswort

Abschließend lobten die Teilnehmenden die informative Veranstaltung und vor allem die interdisziplinäre Zusammensetzung und wünschten, dass die Diskussion unter Beteiligung verschiedener Fachrichtungen weitergeführt werde. pro familia habe in dem ExpertInnengespräch Kennenlernen und Austausch von VertreterInnen unterschiedlicher Organisationen ermöglicht, was künftigen Kooperationen sicherlich zuträglich wäre und den Beginn einer Vernetzung bedeute. Man wünsche sich eine jährliche Fortsetzung ähnlicher Veranstaltungen von pro familia.

pro familia zeigte sich bereit, das Thema weiterzuverfolgen. Vor allem die sozialen

Ungleichheiten in der medizinischen Behandlung gehörten in das Arbeitsfeld des Verbandes, weswegen man auch das Thema der Übernahme von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen durch die Krankenkassen nicht aus den Augen verlieren werde. Sehr vielschichtige Bereiche mit vielerlei Konsequenzen in rechtlicher, ethischer und medizinischer Hinsicht, die alle im Feld reproduktives Reisen eine Rolle spielen, seien zur Sprache gekommen, die aber natürlich nicht umfassend geklärt werden konnten. Hier wäre eine Weiterführung sicherlich sinnvoll. Durch die interdisziplinäre Zusammenkunft konnte die Polarisierung von Medizin auf der einen Seite und Beratung auf der anderen abgemildert und die gegenseitige Anerkennung gefördert werden. Dank ging vor allem an die Moderatorin, Frau Dr. Ute Sonntag, die durch ihre zielgerichtete Diskussionsleitung elementar zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen habe.

TeilnehmerInnenliste

ReferentInnen

PD Dr. jur. Hans-Georg Koch, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg

Dr. phil. Petra Thorn, Vorstand Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) – Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung, Mörfelden

TeilnehmerInnen

PD Dr. med. Monika Bals Pratsch, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Regensburg, Vorstand Deutsches IVF Register (DIR)

Angelika Diggins-Rösner, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Dr. phil Almut Dorn, Diplompsychologin, gynäkologische Psychosomatik Endokrinologikum, Hamburg

Ulla Ellerstorfer, Stellvertretende Vorsitzende pro familia-Bundesvorstand

Gisela Gröschl, Ärztin, pro familia Landesverband Berlin

Dr. med. Ullrich Hilland, Vorsitzender des Bundesverbands Reproduktionsmedizinische Zentren Deutschland e. V., Bocholt

Dr. Elke Jansen, Diplompsychologin, Lesben- und Schwulenverband in Deutschland, Köln, Projekt „Regenbogenfamilien“

Dr. med. Thomas Katzorke, Vorsitz Arbeitskreis *Donogene Insemination*, Novum, Zentrum für Reproduktionsmedizin, Essen

Prof. Dr. med. H. Kentenich, DRK Frauenklinik Westend, Berlin, Arbeitskreis beim Vorstand des Wissenschaftlichen Berats der Bundesärztekammer „Offene Fragen der Reproduktionsmedizin“

Dorothee Kleinschmidt, Ärztin, pro familia Beratungsstelle Bochum

Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Düsseldorf, Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin

Dr. phil. Gisela Notz, Vorsitzende pro familia-Bundesvorstand

Susanne Schulz, Gen-ethisches Netzwerk e. V., Berlin, Bereich Gentechnik und Medizin

Hannelore Sonnleitner-Doll, Ärztin, pro familia Beratungsstelle Frankfurt am Main

Dr. Annette Tretzel, Diplompsychologin, pro familia Beratungsstelle München

Dr. med. Sibil Tschudin, Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik, Universitätsspital Basel

PD Dr. Tewes Wischmann, Diplompsychologin, Vorstand Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID) – Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Gabriele Ziegler, Vorstand Wunschkind e. V., Berlin

Moderation

Dr. Ute Sonntag, Diplompsychologin, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., Hannover

Dokumentation

Dr. phil. Claudia Caesar, freie Lektorin

Projektleitung

Dr. med. Ines Thonke, pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main

Notizen

Notizen

pre**familia**

D O K U M E N T A T I O N
F A C H G E S P R Ä C H