

Expertise



Reproduktives Reisen

pro familia
Deutsche Gesellschaft für Familienplanung,
Sexualpädagogik + Sexualberatung e.V.

Bundesverband · Stresemannallee 3 · D-60596 Frankfurt am Main
Tel. 069/63 90 02 · Fax 069/63 98 52 · www.profamilia.de

Impressum

© 2008, pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband, Stresemannallee 3, D-60596 Frankfurt/Main, www.profamilia.de, Telefon (069) 639 002, Fax: (069) 639 852, E-Mail: info@profamilia.de

Der pro familia-Bundesverband wird gefördert vom



Autorin dieser Ausgabe:
Petra Thorn

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Das Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie, zivilem Ungehorsam und illegaler Handlung	6
3. Gründe für reproduktives Reisen	8
4. Zahlen und Daten	11
5. Behandlungsmethoden, typische Zielländer und rechtliche Regelungen	12
5.1 In-vitro-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion	13
5.2 Blastozystentransfer	13
5.3 Präimplantationsdiagnostik	14
5.4 Eizellspende	16
5.5 Samenspende	20
5.6 Embryonenspende	21
5.7 Leihmutterschaft	22
6. Nationale und supranationale Regelungen	26
6.1 Deutschland	26
6.2 Europa	26
6.3 USA	27
6.4 International	28
7. Psychosoziale Versorgung	29
7.1 Beratung vor einer Behandlung mit eigenen Gameten (IVF/ICSI, Blastozystentransfer, Präimplantationsdiagnostik)	31
7.2 Beratung vor einer Behandlung mit Gametenspende (Eizellspende, Samenspende, Embryonenspende) und Leihmutterschaft	31
8. Ressourcen	36
8.1 Publikationen	36
8.2 Internet	38
9. Abkürzungsverzeichnis	39
10. Zur Autorin	40
11. Literaturverzeichnis	41

*„Heimlich, wie Diebe in der Nacht, suchten wir Informationen im Internet.
Wir trauten uns nicht, unseren Arzt zu fragen oder mit Freunden
darüber zu sprechen. Nur online, wo wir anonym bleiben konnten,
tauschten wir uns mit Anderen aus.“*

1. Einleitung

Reproduktives Reisen ist kein neues Phänomen. Ungewollte Kinderlosigkeit hat von jeher Paare dazu bewegt, vieles auf sich zu nehmen, um ihren Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Schon immer reisten sie innerhalb ihres Heimatlandes an Orte und Stellen, die der Fruchtbarkeit besonders zuträglich sein sollen, und sie reisten, wenn es ihnen möglich war, ins Ausland, um sich dort Prozeduren oder Behandlungen zu unterziehen, die in ihrem Heimatland nicht verfügbar waren.

Obwohl – wie das obige Zitat aufzeigt – eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland mit einem Stigma und Tabu einhergehen kann, wird davon ausgegangen, dass immer mehr Paare aus Deutschland in Nachbarländer oder auch in entfernte Länder reisen, um dort eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchführen zu lassen. Die zunehmende Mobilität, die weltweite Verfügbarkeit von Technologien und der einfache und schnelle Zugriff auf Informationen im Internet, einerlei wie seriös oder unseriös diese sein mögen, haben dazu geführt, dass der Globus im reproduktionsmedizinischen Bereich – metaphorisch gesehen – geschrumpft ist (z. B. Prasad 2008; Schulz, 2008). Paare können sich über Behandlungsmöglichkeiten im Süden von Deutschland genauso schnell informieren wie über Behandlungsmöglichkeiten auf der anderen Seite des Globus – entsprechende Sprachkenntnisse vorausgesetzt. Wenn finanzielle Ressourcen vorhanden sind, ist eine Behandlung im Ausland zwar ein größerer logistischer Aufwand, aber genauso realisierbar wie eine Behandlung innerhalb Deutschlands.

Gemäß einer aktuellen, internationalen Studie wird davon ausgegangen, dass zwischen 9 und 16 % aller Paare im fortpflanzungsfähigen Alter unfruchtbar sind (Boivin, Bunting, Collins & Nygren 2007). In Deutschland wird vermutet, dass bis zu 10 % dieser Altersgruppe betroffen sind (Brähler, Stöbel-Richter, Huinink & Glander, 2001); dies sind aktuellen Schätzungen zufolge in Deutschland zwischen 1 und 2,5 Mio. Paare. Es ist nur eine Schätzung möglich, da es Konstellationen gibt, in denen der Kinderwunsch nicht eindeutig ist, beispielsweise wenn sich die Frau ein Kind wünscht, der Mann jedoch nicht, wenn gewollte Kinderlosigkeit aufgrund des Alters in eine ungewollte Kinderlosigkeit übergeht oder wenn der Kinderwunsch aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen aufgeschoben wird (Wischmann, 2008a). Im Jahr 2007 wurden in Deutschland ca. 22.000 reproduktionsmedizinische Erstbehandlungen durchgeführt (DIR, 2008). Ein Teil der Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen reist ins Ausland, um sich dort einer Behandlung zu unterziehen, die in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist. Sie überschreiten damit nicht nur geographische und geopolitische, sondern oftmals auch moralische Grenzen (bei Behandlungen, die im eigenen Land abgelehnt werden), Körpergrenzen (indem sie Gameten Dritter akzeptieren), zeitliche Grenzen (wenn postmenopausale Frauen eine Behandlung eingehen), Angebotsgrenzen (wenn die Warteliste im Heimatland zu lang ist), ethnische Grenzen (bei Akzeptanz von Gameten einer anderen Ethnie) und häufig Grenzen des Wissens (wenn die Spenderidentität oder -anonymität relevant ist) (Knoll, 2008).

Diese Expertise befasst sich mit dem Thema des reproduktiven Reisens, also mit den Wunscheltern, die eine Behandlung im Ausland beabsichtigen oder durchführen. Auch wenn der Anteil dieser Paare in der Gesamtzahl der Paare, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterziehen, vermutlich überschaubar ist, wird dieses Phänomen immer mehr thematisiert – sowohl in Fachkreisen als auch in den Medien. Es ist ein kontroverses und umstrittenes Thema geworden, das von den Stakeholdern unterschiedlich bewertet wird. Die Auslegungen reichen von der Ausübung reproduktiver Autonomie über zivilen Ungehorsam bis zur Begehung einer illegalen und unter Strafe stehenden Handlung. Unabhängig, wie das reproduktive Reisen individuell gewertet wird, melden diese Paare im Vorfeld einer Behandlung im Ausland zunehmend Beratungsbedarf an. Dies scheint auf

eine Entstigmatisierung hinzuweisen, doch die Inanspruchnahme einer Beratung bedeutet nicht unbedingt, dass Wunscheltern auch in ihrem sozialen Umfeld die gleiche Souveränität aufbringen und mit Freunden oder Verwandten selbstbewusst darüber sprechen, dass sie eine Behandlung im Ausland machen, vor allem dann nicht, wenn es sich um eine Behandlung handelt, die in Deutschland unter Strafe steht.

Für viele psychosoziale Fachkräfte ist eine Beratung, in der es um eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland geht, ein noch neues und daher ungewohntes Thema. Zwar kann bei vielen Aspekten auf Beratungserfahrung aus anderen Bereichen (beispielsweise aus der Kinderwunschberatung im Allgemeinen, der Beratungserfahrung im Bereich der Adoption oder der Paarberatung im Allgemeinen) zurückgegriffen werden, allerdings werden auch Themenbereiche aufgeworfen, die ungewohnt sind, da sie selten vorkommen (beispielsweise die Beratung eines lesbischen Paares), die neuartig sind (beispielsweise die Beratung vor einer Eizellspende) oder über die wenig Informationen vorliegen (beispielsweise die Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik) und die damit eine Herausforderung für die Fachkräfte bedeuten können. Hinzu kommt, dass die Reproduktionsmedizin ein sehr dynamisches Feld ist, in dem neue Entwicklungen und damit neue Behandlungsmöglichkeiten nichts Seltenes sind und wo die Entwicklung von Beratungskonzepten sowie die ethische Auseinandersetzung mit diesen neuen Verfahren häufig den technischen Möglichkeiten hinterherhinken.

Im Folgenden wird das Phänomen des reproduktiven Reisens analysiert. Zunächst werden das Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie und illegaler Handlung sowie die aktuelle ethische Diskussion aufgezeigt. Im Anschluss werden Gründe diskutiert, die bei Paaren dazu führen, dass sie über eine Behandlung im Ausland nachdenken bzw. diese durchführen. Das nächste Kapitel fasst die bislang wenig ergiebige Datenlage hierzu zusammen. Im fünften Kapitel werden die typischen reproduktionsmedizinischen Behandlungen erklärt, die deutsche Wunscheltern zu einer Behandlung ins Ausland führen. Hierzu gehört nicht nur die bei uns unter Strafe stehende Eizellspende, sondern seit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 auch die herkömmliche In-vitro-Fertilisation (IVF) und die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), da diese vor allem in osteuropäischen Ländern mit geringeren Kosten verbunden sein können als in Deutschland. In diesem Kapitel werden auch die typischen Zielländer genannt und, soweit vorhanden, die dortigen Gesetze bzw. die dort übliche Behandlungspraxis sowie die wissenschaftliche Datenlage hinsichtlich der Entwicklung der so gezeugten Kinder beschrieben. Kapitel sieben stellt nationale und supranationale Regelungen und Empfehlungen zusammen. Im Anschluss werden detailliert die Themenkomplexe und Fragestellungen dargelegt, die in der psychosozialen Beratung von Paaren relevant sind, wenn diese eine Behandlung im Ausland planen. Im letzten Kapitel sind Ressourcen genannt, die für die Beratung nützlich sein können.

In dieser Expertise wird der wertneutrale Begriff *reproduktives Reisen* für das Phänomen verwendet, dass Paare ins Ausland reisen, um dort eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchzuführen. Für dieses Phänomen wurden in letzter Zeit unterschiedliche Terminologien vorgeschlagen. Im deutschsprachigen Raum wird häufig die Wortkombination *Reproduktionstourismus* verwendet. *Tourismus* impliziert allerdings, dass der eigentliche Grund der Reise, nämlich die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, unbedeutend ist und dass hingegen der touristische Aspekt im Vordergrund steht. *Kinderwunscreisen*, *Fertilitätsreisen* oder *Repro-Reise* sind weitere Begriffe, die relativ wertneutral anmuten. Im englischsprachigen Raum wird mittlerweile der Begriff *Cross-Border Reproductive Care* (CBRC – *grenzüberschreitende reproduktionsmedizinische Versorgung*) verwendet, um neutral zum Ausdruck zu bringen, dass Paare jenseits ihrer eigenen Landesgrenze eine reproduktionsmedizinische Behandlung anstreben (Pennings et al., 2008). Die Paare, die eine solche Behandlung anstreben oder durchführen, werden in dieser Expertise als *Wunscheltern* bzw., wo der medizinische Kontext eindeutig ist, als *Patienten* bezeichnet. Der Begriff *Wunscheltern* meint auch einzelne Elternteile, beispielsweise allein stehende Frauen, die eine Behandlung planen. Die Begriffe *Arzt* bzw. *Ärzte* schließen die weibliche Form mit ein. Der Fokus dieser Expertise liegt auf *Paaren aus Deutschland*, die ins (überwiegend angrenzende) Ausland reisen, auf Entwicklungen in entfernten Ländern wird Bezug genommen, wo dies relevant ist.

2. Das Spannungsfeld zwischen reproduktiver Autonomie, zivilem Ungehorsam und illegaler Handlung

Was bedeutet es, wenn Wunscheltern ins Ausland reisen, um sich dort einer Behandlung zu unterziehen, die in Deutschland nicht möglich ist oder sogar unter Strafe steht? Üben diese Paare ihre reproduktive Autonomie aus, indem sie alles ihnen Mögliche versuchen, um ein Kind zu zeugen? Wiegt Artikel 12 der Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen, der besagt, dass Männer und Frauen im heiratsfähigen Alter das Recht haben zu heiraten und eine Familie zu gründen, so schwer, dass Paare das moralische Recht für sich in Anspruch nehmen dürfen, ihren Kinderwunsch auch mit Möglichkeiten umzusetzen, die ihnen in Deutschland verwehrt sind? Ist dies mit zivilem Ungehorsam gleichzusetzen, da sie mit einer Behandlung im Ausland indirekt auf Benachteiligungen in Deutschland hinweisen? Oder ist das Durchführen einer Behandlung, die in Deutschland verboten, aber in Nachbarländern durchaus erlaubt ist, sogar einer illegalen Handlung gleichgestellt? Die Antwort auf diese Fragen wird wohl maßgeblich durch die individuellen Einstellungen von Wunscheltern, Ärzten, psychosozialen Fachkräften und anderen Stakeholdern geprägt. Je nach Haltung gegenüber den Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin (im Folgenden auch ART – assistierte reproduktive Technologien) im Allgemeinen, gegenüber den Möglichkeiten, mit den Gameten Dritter ein Kind zu zeugen, und gegenüber neuartigen und daher ungewohnten Familiensammensetzungen (beispielsweise Lesben und Schwule, die mit Hilfe von ART ein Kind zeugen können, welches zumindest von einem Elternteil genetisch abstammt) werden die Antworten eher akzeptierend oder ablehnend ausfallen.

Reproduktives Reisen ist ein wachsendes und ein internationales Phänomen. In Deutschland ist es genauso relevant wie in England, Südamerika oder in muslimischen Ländern. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Phänomen da besonders ausgeprägt ist, wo die Gesetzgebung oder kulturelle Normen bestimmte Behandlungen nicht zulassen. So reisen beispielsweise kanadische Wunscheltern in die USA, um dort eine Behandlung durchführen zu lassen, im Rahmen derer eine größere Anzahl von Embryonen zurückgesetzt wird, da sie die Hoffnung hegen, dass dies die Schwangerschaftschancen erhöht. Muslimische Wunscheltern reisen in Länder, in denen eine Gametenspende erlaubt ist, Wunscheltern aus Entwicklungs- oder Schwellenländern reisen – soweit es ihre finanzielle Lage erlaubt – in Industrieländer, um eine Behandlung durchzuführen, die in ihrem Land aufgrund der mangelnden Infrastruktur und der beschränkten Ressourcen nicht angeboten wird, und Wunscheltern aus Großbritannien reisen nach Spanien, um dort eine Eizellspende durchzuführen, ohne die langen Wartezeiten zu Hause in Kauf nehmen zu müssen. Es reisen allerdings Wunscheltern auch innerhalb ihres Heimatlandes. In den USA oder in Australien reisen Wunscheltern beispielsweise, um eine Leihmutterchaft in einem Bundesstaat durchzuführen, in dem dies erlaubt ist.

In den letzten Jahren haben sich vereinzelt Fachorgane mit dem Phänomen auseinandergesetzt. So stellt die *Task Force on Ethics and Law* der *European Society for Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) die Frage, ob Bürger in einer Demokratie das Recht auf eine Behandlung im Ausland haben, wenn diese Behandlung in ihrem Land verboten oder nicht verfügbar ist. Zwar gäbe es eine *prima facie* Pflicht, nationales Recht einzuhalten, so die *Task Force*, aber es könne gute Gründe dafür geben, dass Bürger ins Ausland reisten und damit die Gesetzgebung ihres Landes umgingen, vor allem vor dem Hintergrund der auch im reproduktiven Bereich stetig an Bedeutung gewinnenden Werte von Autonomie und Selbstbestimmung. Das Prinzip der Autonomie rechtfertige die Gesetzesüberschreitung in manchen Fällen, solange Sicherheit, Effizienz und das Wohl der Patienten und des zu zeugenden Kindes berücksichtigt würden. Alle Bürger hätten ein Recht auf Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung und in wohlhabenden Gesellschaften zählten hierzu auch die Kosten für Reproduktionsmedizin. Die *Task Force* spricht sich daher für entsprechende öffentliche Finanzierung dieser Kosten aus, um reproduktives Reisen aus diesen Gründen überflüssig zu machen. Allerdings könnten die Knappheit von Material oder das Fehlen einer Infrastruktur und hoch spezialisierte Anwendungen wie die Präimplantationsdiagnostik (PID) durchaus reproduktives Reisen rechtfertigen; in diesen Fällen könnte eine Zusammenarbeit mit europäischen Behandlungszentren möglicherweise die kosteneffektivste und sicherste Möglichkeit darstellen, qualitativ hochwertige Behandlung anzubieten (Pennings et al., 2008).

Reproduktives Reisen wird häufig und verständlicherweise als Problem definiert. Immerhin gibt es in den Medien zahlreiche Berichte über medizinische Inkompetenz oder Ärzte, die fahrlässig und unachtsam Behandlungen durchführen oder Standards und Richtlinien nicht befolgen und beispielsweise deklarieren: „Wir machen in der Fortpflanzungsmedizin alles, was möglich ist.“ (Kraske & Ludwig, 2005) Dies kann nicht nur bei Wunscheltern, sondern auch bei Gametenspendern (vor allem Eizellspenderinnen) und Frauen, die sich als Leihmütter zur Verfügung stellen, zu Komplikationen während oder nach der Behandlung führen. Darüber hinaus kann es das Kindeswohl beeinträchtigen, beispielsweise in den Fällen, in denen es aufgrund einer hoher Anzahl transferierter Embryonen zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt. Allerdings birgt der unterschiedliche gesetzliche und kulturelle Umgang mit den Möglichkeiten der ART innerhalb Europas und weltweit auch die Chance, sich mit der Meinungsvielfalt auseinanderzusetzen. Der Ruf nach einer Harmonisierung und Homogenisierung von Gesetzgebung, so verständlich er scheint, ignoriert auch die Fülle von kulturellen, politischen und ethischen Unterschieden und verhindert Fortschritt hin zu einer besseren Regulierung in den einzelnen Ländern (Pennings, 2004).

Um Wunscheltern zu ebenbürtigen Stakeholdern zu ermächtigen, die sich ihrer Interessen gewahr sind und diese vertreten können, die Risiken einschätzen können und die auch den Mut haben, kritisch zu hinterfragen oder Behandlungsmöglichkeiten abzulehnen, müssen sie auf umfassende und neutrale Informationen zugreifen und diese für sich umsetzen können. Dies ist bei hochkomplexen medizinischen Eingriffen wie der ART grundsätzlich erforderlich, bei einer Behandlung im Ausland jedoch umso bedeutungsvoller. Ein zentraler Aspekt liegt daher in der Bereitstellung von Information und Beratung von Wunscheltern vor, während und auch nach einer Behandlung. Diese sollte unabhängig von der medizinischen Behandlung angeboten werden, damit ein Interessenskonflikt vermieden wird. Vor allem eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken vor Behandlungsbeginn kann maßgeblich dazu beitragen, dass die Gefahr, sich aufgrund unwahrscheinlicher oder unhaltbarer Versprechungen auf eine Behandlung einzulassen oder gesundheitliche Risiken für sich selbst oder das zu zeugende Kind einzugehen, gemindert wird. Maßgeblich ist daher ein niedrigschwelliges Angebot einer fachlich fundierten Beratung.

3. Gründe für reproduktives Reisen

Wunscheltern haben unterschiedliche Gründe, sich einer medizinischen Behandlung nicht in ihrem Heimatland, sondern im Ausland zu unterziehen. Die folgende Auflistung enthält die häufigsten Gründe hierfür. Im Anschluss werden weitere Umstände beschrieben, die zu einer Behandlung im Ausland führen können, doch eher untergeordnete Bedeutung haben.

- Gesetzliche Einschränkungen

Bestimmte Behandlungsmethoden sind im Heimatland verboten. In einigen Ländern sind zum Beispiel die Gametenspende (Spende von Ei- oder Spermazellen, bzw. Embryonenspende) und die Leihmutter-schaft nicht erlaubt. Dies bedeutet, dass beispielsweise Frauen mit verfrühter Menopause, Frauen in fortgeschrittenem Alter mit Kinderwunsch oder Männer und Frauen, die aufgrund einer Krebserkrankung und der erforderlichen Chemotherapie sub- oder infertil wurden, in ihrem Heimatland nicht behandelt werden können. Ein aktuelles Beispiel ist Italien. Dort wurde 2004 ein relativ restriktives Gesetz eingeführt und seitdem ist bekannt, dass viele Paare in die Schweiz und nach Spanien reisen, um eine Samen- bzw. eine Eizellspende durchzuführen. Die klinische Erfahrung der Autorin zeigt, dass insbesondere Paare mit einer krankheitsbedingten Infertilität das Verbot einer Gametenspende als unverständliche Einschränkung empfinden und sich über die gesetzlichen Einschränkungen ohne wesentliche moralische Bedenken hinwegsetzen.

Die Eizellspende wird auch von älteren Frauen in Anspruch genommen, deren reproduktive Fähigkeiten aufgrund der natürlichen biologischen Prozesse abnehmen oder die sich jenseits der Menopause befinden. In Deutschland wurden bislang nur Einzelfälle bekannt, beispielsweise die 64-jährige, die nach einer Eizellspende im Jahr 2007 ein Kind bekam (Der Stern, 2007).

Die gesetzlichen Einschränkungen gekoppelt mit einem Mangel an Eizellspenderinnen und einer günstigeren Kostenstruktur haben auch dazu geführt, dass Behandlungszentren Niederlassungen in Ländern mit permissiver Gesetzgebung und/oder niedrigeren Lebensstandards eröffnen oder entsprechende Kooperationen eingehen. So wirbt ein amerikanisches Zentrum beispielsweise mit Behandlungsmöglichkeiten in Russland, der Ukraine und der Tschechei (Surrogacy, 2009).

- Berufsrechtliche Einschränkungen bzw. moralische Vorbehalte

Andere Behandlungsmethoden sind zwar nicht verboten, werden aber aus moralischen Gründen abgelehnt. Typisch hierfür ist der Behandlungsausschluss Homosexueller und allein stehender Männer und Frauen. In Deutschland unterliegt die Behandlung lesbischer Frauen zwar keinem gesetzlichen Verbot (Müller, 2008), dennoch empfiehlt die Bundesärztekammer (2006), diese Gruppe nicht zu behandeln, da dem „so gezeugten Kind eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen zu sichern“ sei. Müller (2008) argumentiert im Sinne der reproduktiven Autonomie, dass der Ausschluss nicht nur die Berufsfreiheit und die Gewissensfreiheit von Ärzten berühre, „sondern auch die Freiheit der Person der betroffenen Frau im Hinblick auf ihre geschlechtliche Selbstbestimmung, ihre selbstverantwortliche Entscheidungsträgerschaft in Sachen Fortpflanzung und Familiengründung und ihre ärztliche Versorgung im Falle von Einschränkungen in ihrer Fortpflanzungsfähigkeit“. Die Ausgrenzung eines bestimmten Personenkreises habe zudem für die Allgemeinheit eine nicht zu unterschätzende nachteilige Bedeutung, da hierdurch potenziell weitere Diskriminierung ermöglicht werde, beispielsweise die Ausgrenzung von Menschen mit bestimmten körperlichen Merkmalen wie Behinderungen. Darüber hinaus wird der Ausschluss lesbischer und allein stehender Frauen auch aus psychologischer Sicht kritisiert. Die Argumentation der BÄK hinsichtlich des Erfordernisses einer stabilen Beziehung zu zwei Elternteilen unterschiedlichen Geschlechts impliziert, dass das Vorhandensein von Mutter *und* Vater eine unabdingbare Voraussetzung für eine gesunde kindliche Entwicklung ist (Thorn & Wischmann, 2008). Erste im Ausland durchgeführte Studien weisen jedoch auf, dass sich Kinder, die mit Hilfe der DI gezeugt wurden und in einer Familie mit zwei Müttern aufwachsen, in ihrer psychologischen und sozialen Entwicklung gegenüber Kindern, die mit Mutter und Vater aufwachsen, kaum unterscheiden; für allein stehende Frauen gilt ähnliches, auch wenn die Studienlage hier noch minimal ist (siehe Kapitel 5.5). Diese Studien wurden in Ländern durchgeführt, in

denen aufgrund geltender Gesetze, vor allem Antidiskriminierungsgesetzgebung, der Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung nicht wegen des sozialen Status oder der sexuellen Ausrichtung verweigert werden darf (u. a. USA, England, Australien, Neuseeland, Kanada). Einige deutsche Ärzte setzen sich über die Vorgabe der BÄK hinweg und behandeln lesbische Paare oder allein stehende Frauen, in vielen Fällen reisen diese Wunscheltern jedoch nach Dänemark oder in die Niederlande, um dort eine Samenspende durchzuführen.

- **Behandlungskosten**

Niedrigere Behandlungskosten sind ein weiterer Faktor für reproduktives Reisen. In Deutschland trat im Jahr 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft (GMG, 2004). Zuvor wurden die Kosten von vier reproduktionsmedizinischen Behandlungen zu 100 % übernommen, nach Inkrafttreten des Gesetzes wurde die Zuzahlung auf 50 % von drei Behandlungen eingeschränkt. Die Erweiterung der Europäischen Union in den Jahren 2004 (Aufnahme der Staaten Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Malta und Zypern) und 2007 (Aufnahme der Staaten Bulgarien und Rumänien) führte dazu, dass Reisen in diese Länder unproblematisch wurden. Gleichzeitig bringt der geringere Lebensstandard dieser Länder im Vergleich zu Deutschland geringere Behandlungskosten mit sich. Mittlerweile zeigen die Erfahrungen der Selbsthilfeorganisation Wunschkind e.V., dass Paare aus Kostengründen immer häufiger eine Behandlung in osteuropäischen Ländern durchführen.

- **Wartezeit**

In manchen Ländern ist eine bestimmte Behandlung durchaus erlaubt, in Großbritannien beispielsweise die Eizellspende, aber es fehlen Eizellspenderinnen. Folglich ergeben sich lange Wartezeiten für die Behandlung. Wunscheltern reisen, um diese Wartezeiten zu umgehen.

- **Medizinischer Standard**

In anderen Ländern wird eine Vielzahl reproduktionsmedizinischer Behandlungen angeboten, aber das Land verfügt nicht über ausreichend Ressourcen, diese auf einem aus internationaler Sicht medizinisch-technisch hohem Niveau durchzuführen. Wunscheltern reisen daher, um in den Genuss einer hochwertigen Behandlung zu kommen.

- **Wahrung von Anonymität**

Manche Wunscheltern möchten eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchführen, ohne dass ihr Umfeld davon erfährt. Eine Behandlung im Ausland kann leichter geheim gehalten werden.

- **Wahrung der Autonomie des Kindes**

Andere legen Wert auf die Möglichkeit, dass ein Kind einen rechtlichen Anspruch darauf hat, den Samenspender oder die Eizellspenderin zu kennen. Diese Paare reisen in Ländern mit entsprechender Gesetzgebung.

- **Behandlung im Heimatland**

Nicht zuletzt ziehen manche ausländischen Paare, die in Deutschland leben, eine Behandlung in ihrem Heimatland vor. Dort haben sie möglicherweise bessere Unterstützung von Familienangehörigen oder Freunden, geringere Sprachprobleme oder sie kennen sich im Gesundheitssystem ihres Heimatlandes besser aus.

Außergewöhnliche Situationen können zu weiteren Gründen für Behandlungen im Ausland führen. In seltenen Fällen wünschen Frauen, dass sie mit dem Samen ihres verstorbenen Mannes inseminiert werden. In Großbritannien wurde im Jahr 2003 entschieden, dass die Kinder eines zum Zeitpunkt der Zeugung verstorbenen Mannes als dessen Kinder anerkannt werden (Dyer, 2003). Diane Blood, Mutter von mittlerweile drei Kindern, die mit dem Samen ihres 1999 verstorbenen Ehemanns gezeugt wurden, führte die zur Zeugung der Kinder führende Insemination im Ausland durch, da in Großbritannien, wie auch in Deutschland, die Behandlung mit dem Samen eines wissentlich toten Mannes verboten ist. Sie erkämpfte das Recht, den Samen für eine Behandlung im Ausland verwenden zu können. In Großbritannien wird davon ausgegangen, dass in den letzten Jahren bis zu 50 Kinder nach dem Tod eines Elternteils gezeugt wurden und diese von der gesetzlichen Änderung profitieren, da der verstorbene Elternteil als Vater bzw. Mutter im juristischen Sinne gilt. Ein aktueller Fall wurde Anfang 2009 in

Italien bekannt: Der in den Medien bekannte italienische Arzt Antinori beabsichtigte die Befruchtung einer Frau, deren Ehemann aufgrund eines Hirntumors in einem irreversiblen Koma lag; das Paar habe vor diesem Schlag Kinder geplant (Ärzteblatt, 2009a). Ein ähnlicher Fall wurde in Deutschland noch nicht bekannt, allerdings wird durchaus die Problematik der Behandlung von Paaren, bei denen der männliche Partner an einer lebensbedrohlichen und unheilbaren Krankheit leidet, reflektiert und eine Vorgehensweise diskutiert (Bockenheimer-Lucius, 2008). Eine Insemination mit dem Samen eines verstorbenen Partners ist beispielsweise in Österreich, Belgien und den Niederlande erlaubt (Jones, Cohen, Cooke & Kempers, 2007).

Reproduktionsmedizinische Behandlung wird in einigen Ländern auch aus sozialen Gründen durchgeführt, wie oben beschrieben bei lesbischen und allein stehenden Frauen. In der Fachliteratur werden mittlerweile darüber hinausgehende Szenarien diskutiert. So stellen Baetens und Kollegen (2003) die Frage, inwieweit Transsexuelle behandelt werden und auch die Frage der Behandlung von Menschen mit nicht eindeutigen Geschlechtsmerkmalen (Intersexualität) wird diskutiert (Balen, 2007).

Im Jahr 2005 wurde in der Schweiz das Baby Elodie geboren. Deren sechs Jahre älterer Bruder litt an einer tödlich verlaufenden Erkrankung des Immunsystems, die nur in der männlichen Linie vererbt wird. Eine Knochenmarkspende stellte die einzige Überlebenschance dar. Seine Eltern führten in den USA eine Selektion des Spermias des Ehemanns durch. Die von der Immunerkrankung nicht betroffenen Samenzellen wurden kryokonserviert und zu einer Klinik in Belgien verschickt. Dort wurden die Eizellen der Mutter mit den Samenzellen des Vaters befruchtet und vor der Transplantation einer PID unterzogen. Mithilfe der PID wurde jener Embryo ausgewählt, dessen Gewebestruktur und genetische Charakteristik am besten mit denen des erkrankten Sohnes kompatibel waren. Der ausgewählte Embryo wurde der Mutter eingesetzt und führte zur Schwangerschaft und zur Geburt besagter Elodie, die in den Medien als „Designer-Baby“ und „Retter-Baby“ titulierte wurde (Knoll, 2008). Darüber hinausgehende Selektionen sind grundsätzlich möglich. So wurde in den Medien Anfang 2009 berichtet, dass ein amerikanisches Behandlungszentrum eine Selektion nach Geschlecht, Haar- und Augenfarbe anbiete (Ärzteblatt, 2009b). Auch diese Möglichkeiten der Selektion werden bei Wunscheltern in bestimmten familiären Konstellationen dazu führen, dass sie über ein solches Angebot im Ausland nachdenken. Das *social sexing*, also die Auswahl des Geschlechts des Kindes nach sozialen Gründen, wird bereits diskutiert (Dahl, Brosig, Hinsch & Beutel, 2004).

Klinische Erfahrungen der Autorin zeigen, dass auch Frauen mit dem Wunsch nach einem selektiven Schwangerschaftsabbruch ins Ausland reisen. Obgleich der Fetozid nach einer entsprechenden Beratung in Deutschland straffrei ist, sah sich in einem Fall eine mit Drillingen schwangere Frau dazu gezwungen, den selektiven Abbruch im Ausland durchzuführen. Das Ehepaar hatte bereits einen Säugling zu versorgen und befürchtete, mit der Versorgung von vier Kindern überfordert zu sein. Sie konsultierten Ärzte in Deutschland mit dem Ersuchen, die Schwangerschaft auf ein Kind zu reduzieren, was von diesen abgelehnt wurde; sie waren nur bereit, die Schwangerschaft auf Zwillinge zu reduzieren. Das Paar entschied sich daraufhin, den Eingriff in Großbritannien durchführen zu lassen.

Nur indirekt mit Entwicklungen im reproduktionsmedizinischen Bereich in Zusammenhang zu bringen ist die sich anbahnende Entwicklung, dass Paare reisen, um eine Stammzelltherapie durchführen zu lassen. Die *International Society for Stem Cell Research* kritisiert, dass viele Webseiten eine erfolgreiche Stammzelltherapie suggerierten, diese zurzeit allerdings nur bei Blutkrankheiten, einigen Krebsarten und seltenen Immunerkrankungen Erfolg versprechen; von einem therapeutischen Nutzen sei man noch viele Jahre entfernt (Roberts, 2008). In den deutschen Medien wurde im Februar 2009 der Fall eines israelischen Jungen mit einer tödlich verlaufenden Krankheit bekannt, der in Russland eine angebliche Stammzelltherapie erhielt. Der heute 17-jährige entwickelte vor vier Jahren Tumore im Gehirn und Rückenmark und genetische Tests wiesen nach, dass sich die Tumore aus den injizierten Zellen entwickelt hatten (Karisch, 2009); es stellte sich allerdings heraus, dass nicht embryonale Stammzellen, sondern Hirnzellen unklarer Beschaffenheit aus abgetriebenen Föten transplantiert worden waren (Bahnsen, 2009).

Diese Zusammenstellung von außergewöhnlichen Gründen, reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland aufzusuchen, ist sicherlich nicht erschöpfend. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in Zukunft ungewöhnliche und neuartige Problemstellungen entstehen werden, die Paare dazu bewegen, eine Behandlung im Ausland zu erwägen.

4. Zahlen und Daten

Es liegt zurzeit kein verlässliches Zahlenmaterial über das Ausmaß des reproduktiven Reisens vor. Schätzungen zufolge kamen bereits 1999 30 % aller in Belgien mit einer IVF behandelten Patienten aus dem Ausland; bei der Eizellspende waren dies ca. 60 % (College of Physicians, 2001). In dieser Zeit kam rund die Hälfte aller Patienten, die sich einer PID unterzogen, aus Deutschland (Vandenvorst, Staessen, Sermon & al., 2000). Einer weiteren Schätzung zufolge wurden in Spanien im Jahr 2006 ca. 1.500 Behandlungszyklen an ausländischen Paaren durchgeführt, vor allem an Paaren aus Deutschland, Italien und Großbritannien. Im Vergleich zum Jahr 2005 ist dies ein Anstieg um 12 % (Velasco, 2007). Für osteuropäische Länder liegt keine vergleichbare Schätzung vor. Auch liegen keinerlei deutsche Schätzungen vor, wie viele Paare von Deutschland ins Ausland reisen.

Selbsthilfeorganisationen wie *Wunschkind e. V.* berichten, dass Paare immer häufiger Behandlungsmöglichkeiten im Ausland nachfragen (Ziegler, 2008) und auch Fachberater (zertifizierte Mitglieder des *Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland e. V.* – BKiD) werden Rückmeldungen und Diskussionen zufolge immer häufiger wegen Beratung zu diesen Themen aufgesucht¹.

Im Januar 2009 fand in Ottawa/Kanada ein erstes Forum zum Thema *Cross-Border Reproductive Care* statt. Die kanadische Regierung lud über 50 internationale Experten aus Australien, Belgien, Brasilien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Indien, Italien, Japan, Mexiko, Nigeria, Norwegen, Spanien, den USA und Großbritannien ein, um vor allem die Aspekte Qualität und Sicherheit aus unterschiedlichen Disziplinen zu diskutieren. Das Forum hatte mehrere Ziele:

- Die Entwicklung einer Festlegung, welche Information Gesundheitsexperten vor, während und nach der Behandlung von Patienten, die eine Behandlung im Ausland durchführen, benötigen.
- Eine Einigung, wie umfassend Patienten, die ins Ausland reisen, informiert werden, damit sie informierte Entscheidungen treffen können.
- Die Initiierung eines internationalen Netzwerks von Organisationen und Ländern, die sich für Behandlungsqualität und -sicherheit einsetzen.
- Die Datenentwicklung und -sammlung sowie Verbreitung von Information hinsichtlich des Umfangs von reproduktivem Reisen.
- Die Initiierung eines Forums, welches Personen, Organisationen und Ländern die Möglichkeit des Austausches und gemeinsamen Lernens bietet.

Als eine der größten Herausforderungen wurde während der Tagung die mangelnde Datenlage diskutiert. Mehrere Initiativen versuchten im Vorfeld, zumindest rudimentäres Zahlenmaterial zusammen zu stellen. Auf internationaler Ebene wurde beispielsweise versucht, Daten des *International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies* (ICMART) aus dem Jahr 2006 auszuwerten. Allerdings umfasst ICMART nur die Daten von 49 Ländern und die meisten Länder unterscheiden nicht zwischen der Behandlung von Paaren aus dem Heimatland und zugereisten Paaren. Vertreter der *American Society for Reproductive Medicine* (ASRM) und der kanadischen Regierung waren bemüht, Datenmaterial bezüglich Patienten zusammenzustellen, die von Kanada nach den USA bzw. von den USA nach Kanada reisen. Hier zeigte sich allerdings ebenfalls, dass ein großer Anteil des Zahlenmaterials auf Schätzungen beruht. Nationale Daten und Register, wenn Aufzeichnungen überhaupt gemacht und veröffentlicht werden, werden zwar nach Art der Behandlung differenziert, aber in der Regel nicht nach Herkunftsland der Patienten. Dies verdeutlicht, dass Anstrengungen unternommen werden müssen, entsprechende Daten zu erheben und zu standardisieren, um eine Auswertung zu ermöglichen. Es ist beabsichtigt, die Beiträge dieses ersten Internationalen Forums in der amerikanischen Fachzeitschrift *Fertility and Sterility* zu veröffentlichen. Darüber hinaus wurde das Erstellen eines Faltblattes diskutiert, das alle beteiligten Akteure (Patienten, Ärzte, Gametenspender, Leihmütter) über relevante Fragestellungen zum reproduktiven Reisen informiert.

¹ Dies verdeutlichen die Diskussionen während den Jahrestagungen von BKiD sowie die Anfragen von Kolleginnen und Kollegen an die Autorin nach Information zu Behandlung im Ausland.

Auch wurde auf dieser Tagung kritisch bemerkt, dass es in vielen Ländern keine Regelungen hinsichtlich der Maximalzahl der zu transferierenden Embryonen gäbe. Dies führt dazu, dass Wunscheltern aus einem Land mit gesetzlichen oder berufsrechtlichen Einschränkungen (wie Deutschland, wo gemäß Embryonenschutzgesetz (ESchG, 1990) maximal drei Embryonen übertragen werden dürfen) in ein Land ohne entsprechende Regelungen reisen, dort viele Embryonen eingesetzt werden, um die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit zu erhöhen, und damit das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft eingegangen wird. Die Kosten der Schwangerschaftsbetreuung sowie die (in der Regel erheblichen) vor- und nachgeburtlichen Kosten für die medizinische Betreuung der Kinder müssen allerdings von dem Heimatland der Wunscheltern getragen werden. Einer noch unveröffentlichten englischen Studie zufolge entstehen dort ca. 25 % aller Mehrlingsschwangerschaften im Rahmen einer Behandlung im Ausland. Die Studienleiterin kritisiert die Praxis im Ausland, mehrere Embryonen zurückzusetzen, und spricht sich für einen internationalen Konsens aus, nicht zuletzt auch, um die immensen Kosten, die Mehrlingsschwangerschaften und -geburten nach sich ziehen, zu reduzieren (Guy, 2009).

Weitere Studien von unterschiedlichen Fachgesellschaften und Fachkräften sind zurzeit geplant. Die ESHRE, die sich an dem Forum beteiligte, hat eine *Task Force* eingerichtet, die ebenfalls eine europaweite Studie plant. Erste Ergebnisse sollen 2009 vorliegen. Darüber hinaus sind Untersuchungen von Fachgruppen in England, Spanien und Deutschland geplant, so dass in absehbarer Zeit erstes Zahlenmaterial vorliegen wird.

5. Behandlungsmethoden, typische Zielländer und rechtliche Regelungen

Die mangelnde Datenlage führt dazu, dass auch eine Aufstellung über Zielländer auf Schätzungen beruht. Dies sollte bei den folgenden Ausführungen berücksichtigt werden. Paare aus Deutschland reisen typischerweise aus den folgenden Gründen ins Ausland:

- Die Behandlungskosten sind niedriger.
- Im Ausland können Behandlungen durchgeführt werden, die in Deutschland aufgrund des ESchG verboten sind (PID, Blastozysten transfer nach Selektion, Eizell- und Embryonenspende, Leihmutterchaft).
- Eine Samenspende wird auch bei lesbischen und allein stehenden Frauen durchgeführt.
- Denkbar ist darüber hinaus, dass auch homosexuelle und allein stehende Männer im Ausland eine Leihmutterchaft durchführen, um ihren Kinderwunsch zu erfüllen; hiervon wurde bislang allerdings noch nicht berichtet.

Die Zielländer werden nach Angebot ausgewählt. Da die Behandlungskosten in osteuropäischen Ländern günstiger sind, reisen Paare dorthin, um eine IVF oder eine ICSI durchzuführen. Eine Eizellspende wird ebenfalls in diesen Ländern und in Spanien durchgeführt. Belgien ist typisches Zielland für eine PID, die USA und mittlerweile Indien für eine Leihmutterchaft. Im Folgenden wird ein Überblick über Behandlungsmethoden gegeben und beschrieben, welches die typischen Zielländer sind und ob und ggf. wie diese Methoden dort gesetzlich bzw. berufsrechtlich geregelt sind. Der Überblick konzentriert sich auf die reproduktionsmedizinischen Eingriffe, die üblicherweise von Paaren aus Deutschland durchgeführt werden.

Die überwiegenden Zahlen, Angaben und Zusammenfassungen stammen aus den folgenden Quellen: der Übersicht der *International Federation of Fertility Societies* (Jones, et al., 2007) dem ESRHE Register (Nyboe Andersen, et al., 2007), der Auflistung der *Special Interest Group Ethics and Law* der ESHRE (2009) und dem Internetportal www.biopolicywiki.org. Dieses Portal gibt einen umfangreichen Überblick über die Gesetzgebung im Bereich der ART und wird ständig aktualisiert und erweitert. Wie in allen dynamischen Bereichen muss berücksichtigt werden, dass die Angaben unter Umständen nicht vollständig und/oder nicht gänzlich aktuell sind. In den Fällen, in denen bekannt ist, dass eine Gesetzgebung eingeführt oder geändert wird, wird dies im Text erwähnt.

5.1 In-vitro-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion

Der überwiegende Grund, eine IVF oder ICSI im Ausland durchzuführen, sind die geringeren Kosten, vor allem in osteuropäischen Ländern. Seit der Änderung der Zuzahlungen im Jahr 2004 erhalten Wunscheltern nur 50 % von drei Behandlungsversuchen durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstattet (Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004). Zuvor wurden 100 % von vier Behandlungsversuchen übernommen. Seit der Änderung der Zuzahlung haben gemäß *Wunschkind e. V.* Bitten um Information hinsichtlich günstigerer Behandlungsmöglichkeiten im Ausland deutlich zugenommen; auch auf medizinischen Fachkongressen und in den Medien (z. B. *Der Spiegel*, 2006) wird berichtet, dass Patienten aus Kostengründen zunehmend mobiler werden. Behandlungszentren im Ausland haben sich, so kann man ihren Internetauftritten entnehmen, darauf eingestellt: Viele bieten mittlerweile ihre Informationen in mehreren Sprachen an, darunter auch auf Deutsch. Wahrscheinlich ist vor allem für Paare, die nahe der ostdeutschen Grenze wohnen, die Hemmschwelle gering, in die Tschechei, nach Slowenien oder Polen zu reisen, zumal dies mit einem Urlaub verknüpft werden kann. So bietet beispielsweise die Organisation *My IVF Alternative* in der Tschechei eine ICSI Behandlung für ca. 2.900 Euro an (Myivfalternative, 2009), in Deutschland ist diese Behandlung durchschnittlich ca. 600 Euro teurer. Darüber hinaus bietet die Organisation auch die Möglichkeit, ein Urlaubsprogramm mit Flug und Unterkunft hinzubuchen.

Die Behandlungsrisiken für eine IVF oder ICSI im Ausland unterscheiden sich nicht von denen in Deutschland. Auch für die Entwicklung der so gezeugten Kinder macht der Ort der Zeugung keinen Unterschied. Grundsätzlich wird die psychosoziale Entwicklung der Kinder und die Familiendynamik nach IVF oder ICSI als unauffällig beschrieben. Allerdings stellen die Mehrlinge aus medizinischer und psychosozialer Sicht eine Risikogruppe dar und die Auswirkungen spezifischer Techniken wie beispielsweise der Kryokonservierung oder der In-vitro-Maturation bedürfen weiterer prospektiver Studien (für eine Übersicht siehe: Wischmann, 2008b). Es gilt zu berücksichtigen, dass es in vielen Ländern keine gesetzlichen oder berufsrechtlichen Vorgaben für das Einsetzen einer Maximalzahl von Embryonen gibt. Gemäß der Aufstellung des ESHRE Registers (Nyboe Andersen et al., 2007) wurden im Jahr 2003 (das Jahr, für welches die Daten ausgewertet wurden) vor allem in den folgenden Ländern eine überdurchschnittliche Rate von Mehrlingen festgestellt: Bulgarien, Kroatien, Griechenland, Mazedonien, Portugal, Russland, Ukraine. Dies zeigt auf, dass bei einer Behandlung im Ausland das Mehrlingsrisiko besonders bedacht werden muss. Auch Dostal (2007) kritisiert in seiner Übersichtsarbeit über ART in den neuen EU-Ländern (Zypern, Tschechei, Estland, Ungarn, Litauen, Lettland, Malta, Polen, Slowakei und Slowenien), dass die Maximalzahl der Anzahl von Embryonen, die transferiert werden dürfen, aufgrund mangelnder Regelungen in diesen Ländern zu hoch ist und nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entspricht. Zu berücksichtigen ist zudem, dass eine Mehrlingsschwangerschaft nicht nur für die Kinder, die austragende Mutter und die Familie mit erheblichen Risiken einhergeht, sondern, wie beschrieben, auch das Gesundheitssystem des Landes belastet, das die medizinische Versorgung der Kinder und Mutter während und nach der Schwangerschaft sicherstellt, also des Heimatlandes der Patienten.

5.2 Blastozystentransfer

Als Blastozyste wird ein Embryo zwischen dem vierten und siebten Tag nach Befruchtung bezeichnet. In vielen Ländern ist es erlaubt, eine große Anzahl von Embryonen bis zu diesem Stadium heranreifen zu lassen, die bestentwickelten zu selektieren und diese in die Gebärmutter der Wunschmutter zu übertragen. Überzählige Embryonen werden bei guter Qualität für eine spätere Behandlung kryokonserviert oder bei schlechter Qualität verworfen. In Deutschland ist das Verwerfen von Embryonen im Blastozystenstadium nach momentaner Interpretation des ESchG nicht erlaubt und wird zurzeit nicht durchgeführt; allerdings gibt es Kommentatoren, denen zufolge eine liberalere Auslegung denkbar wäre (Frommel, 2007). Der Blastozystentransfer bietet die Möglichkeit, den qualitativ besten Embryo auszuwählen und der Wunschmutter nur diesen einen Embryo einzusetzen. Für dieses Selektionsverfahren sind jedoch mindestens acht Embryonen erforderlich, da sich viele Eizellen im Nährmedium nicht weiter entwickeln. Gerade ältere Frauen, die eher wenige Eizellen entwickeln, gehen das Risiko ein, dass am Tag des geplanten Transfers keine befruchtete Eizelle mehr zum Transfer zur Verfügung steht. Die Einnis-

tungsrate von Blastozysten liegen zwischen 30 bis 50 % und ist vor allem vom Alter der Frau abhängig (Kleinschmidt, 2008; Michelmann, 2008).

Vor allem die Möglichkeit, Mehrlinge und einen Fetozid zu vermeiden, hat dazu geführt, dass einige Länder, darunter Schweden, nur noch oder überwiegend den *single-embryo transfer* (SET) durchführen; in anderen Ländern wird dies ebenfalls diskutiert und es wurden entsprechende Richtlinien erlassen, beispielsweise in Großbritannien (Cutting, Morroll, Roberts, Pickering & Rutherford, 2008). Der Blastozystentransfer scheint die Möglichkeit zu bieten, den hierfür geeignetsten Embryo auswählen zu können.

Grundsätzlich entstehen die gleichen Risiken wie im Rahmen einer herkömmlichen IVF. Wie bei der PID (siehe unten) ist das kritische Element das Auswählen und Verwerfen ungeeigneter Embryonen. Darüber hinaus ermöglicht das Verfahren die Bereitstellung von Embryonen für die Forschung in den Ländern, in denen keine gesetzlichen Regelungen greifen, die den Embryo ab einem gewissen Entwicklungsstadium schützen.

5.3 Präimplantationsdiagnostik

Die PID wurde in Großbritannien entwickelt, und 1990 wurden dort erstmals Schwangerschaften nach PID bekannt gegeben. Bei der PID werden Verfahren der ART mit Diagnoseverfahren der Humangenetik kombiniert, um Paaren, die ein hohes Risiko haben, ein Kind mit einer genetischen Erkrankung zu bekommen, eine Alternative zur Pränataldiagnostik zu eröffnen. Nach hormoneller Stimulation der Wunschwutter werden mehrere Eizellen punktiert und mit dem Samen des Wunschvaters befruchtet. Diese werden in einer bestimmten Entwicklungsstufe einer Biopsie unterzogen, bei der ein bis zwei Zellen entnommen werden. Diese Zellen werden auf eine bestimmte genetische Erkrankung untersucht, um die von der Erkrankung befallenen Embryonen zu selektieren und zu verwerfen. Da allerdings nur wenige Zellen untersucht werden, verbleibt ein Restrisiko für die Geburt eines kranken Kindes. Die Schwangerschaftsraten nach einer PID betragen in Abhängigkeit von der Anzahl der Embryonen, die für einen Transfer zur Verfügung stehen, und dem Alter der Frau 15 bis 20 %. In den letzten Jahren wurde die Anwendung der PID ausgeweitet. Sie wird verwendet, um z. B. geeignete Embryonen als Gewebespende für erkrankte Geschwister (siehe Elodie in Kapitel 3) zu selektieren oder um eine Geschlechtsauswahl durchzuführen. Darüber hinaus kann mittlerweile ein Präimplantationsscreening (PGS) Embryonen nach chromosomalen Abweichungen wie Aneuploidien (Genmutation, bei der einzelne Chromosomen zusätzlich zum üblichen Chromosomensatz vorhanden sind oder fehlen und die zu einer Fehlgeburt führen kann) untersuchen. Auch wenn dies in Einzelfällen vor allem bei fortgeschrittenem Alter der Frau sinnvoll erscheint, führt ein PGS einer Übersichtsstudie zufolge bei älteren Frauen nicht zu einer höheren Schwangerschaftsrate (Anderson & Pickering, 2008). Auch ist die Anzahl der Erkrankungen oder Störungen, bei denen eine PID eingesetzt werden kann, zurzeit noch begrenzt und wächst nur langsam (Nippert, 2006).

Die medizinischen Risiken umfassen diejenigen, die sich im Rahmen einer IVF ergeben. Aus psychologischer Sicht ist das Paar vor die Frage gestellt, wie es zu einer Selektion von Embryonen steht und welche Bedeutung die gezielte Selektion und das Verwerfen von betroffenen Embryonen für sie kurz- und langfristig hat. Dem steht gegenüber, dass ein Schwangerschaftsabbruch vermieden werden kann. Erste Studien zeigen noch kein einheitliches Bild hinsichtlich der psychischen und körperlichen Belastungen, die mit einer PID einhergehen. In der Studie von Hui und Kollegen (2002) beschreiben Frauen eine PID als gleichwertig oder sogar günstiger als andere Diagnoseverfahren, da damit ein Schwangerschaftsabbruch vermieden werden kann. Lavery und Kollegen (2002) stellen jedoch fest, dass viele Frauen die Belastung einer IVF/PID Behandlung unterschätzen und die niedrigen Schwangerschaftsraten bedauern. Mittlerweile zeigt eine erste Studie auf, die Kinder nach PID, ICSI und spontaner Zeugung verglich, dass sich 2-jährige Kinder nach PID in ihrer Entwicklung nicht von den Kontrollgruppen unterscheiden (Nekkebroeck, Bonduelle, Desmyttere, Van den Broeck & Ponjaert-Kristoffersen, 2008). Umfassende Langzeitstudien stehen jedoch noch aus.

Die ESHRE hat für das Jahr 2003 versucht, europaweit auch Zahlenmaterial für PID zusammenzustellen (Nyboe Andersen et al., 2007). Die folgende Tabelle zeigt auf, wie häufig dieses Verfahren in den einzelnen Ländern durchgeführt wurde; zu berücksichtigen ist, dass nicht alle europäischen Länder entsprechende Daten aufbereiten bzw. die Datensammlung uneinheitlich ist und daher die Auflistung mit einiger Vorsicht interpretiert werden muss.

Land Daten bezogen auf 2003	Anzahl der Zentren	Zentren, die Zahlen gemeldet haben	Anzahl der PID
Belgien	18	18	555
Bulgarien	14	8	2
Dänemark	21	21	- ²
Deutschland	116	116	-
Finnland	17	17	32
Frankreich	95	95	-
Griechenland	44	22	108
Großbritannien	74	74	232
Irland	5	4	0
Island	1	1	0
Italien ³	207	124	268
Kroatien	7	7	-
Lettland	3	3	0
Litauen	3	1	0
Mazedonien	1	1	0
Niederlande	13	13	68
Norwegen	10	10	0
Österreich	23	23	-
Polen	17	14	-
Portugal	19	17	17
Russland	41	36	51
Schweden	15	15	-
Schweiz	19	19	-
Serbien	10	4	-
Slowenien	3	3	0
Spanien	187	44	594
Ukraine	14	9	23
Ungarn	11	6	6
insgesamt	1008	725	1956

² - : keine Angaben

³ Vor Einführung der Gesetzgebung im Jahr 2004; die PID ist seitdem verboten.

Die Zielländer für ausländische Wunscheltern, die eine PID durchführen lassen möchten, sind, wie auch in der folgenden Aufstellung deutlich wird, vor allem Spanien (10 Zentren) und Belgien (6 Zentren). Ein Bericht der Europäischen Kommission vom Jahr 2006 befasste sich mit der PID in Europa. Dieser erwähnt darüber hinaus die Tschechei (17 Zentren) und Zypern und hat das nachstehende Zahlenmaterial zusammengestellt (Corveleyn et al., 2007). Deutlich wird, dass das Zahlenmaterial von dem der ESHRE (Nyboe Andersen et al., 2007) abweicht, was wahrscheinlich auf die unterschiedliche Rücklaufquote zurückzuführen ist.

Land Daten bezogen auf 2005	Anzahl der Zentren, die PID anbieten	Anzahl der Zentren, die ausländische Patienten behandeln	Anzahl der ausländischen Patienten
Belgien	6	5	127
Spanien	10	6	332
Tschechei	?	4	110
Zypern	?	1	150

5.4 Eizellspende

Die Eizellspende bezeichnet ein Verfahren, bei dem einer Wunschmutter mit Furchtbarkeitsstörungen eine gespendete Eizelle, die mit dem Samen ihres Partners befruchtete wurde, übertragen wird. Hierzu ist es erforderlich, dass sich die Spenderin einer hormonellen Stimulation und der Punktion der Eizellen unterzieht und der Menstruationszyklus der Wunschmutter mit dem der Spenderin hormonell abgestimmt wird. Auch ist es möglich, die befruchtete Eizelle zu kryokonservieren und der Wunschmutter zu einem späteren Zeitpunkt einzusetzen. Es kann sich um eine kommerzielle Spenderin handeln, die hierfür eine Bezahlung erhält, oder eine altruistische Spenderin (beispielsweise eine Schwester oder Freundin der Wunschmutter), die keine Zahlung erhält. Die körperlichen Risiken der Wunschmutter sind aufgrund der niedrigeren hormonellen Stimulation in der Regel geringer als bei einer konventionellen IVF; die Risiken der Spenderin sind identisch mit den Risiken der Frauen, die sich einer IVF oder ICSI unterziehen. In einigen Ländern, darunter in Großbritannien und in Spanien, wird das sog. *egg sharing* praktiziert. Frauen, die sich einer IVF oder ICSI unterziehen, können eine bestimmte Anzahl ihrer Eizellen für eine Spende freigeben und werden dafür von einem Teil der Behandlungskosten befreit. Zwar wird durch das *egg sharing* vermieden, dass sich eine Frau nur aufgrund ihrer Bereitschaft, Eizellen zu spenden, einer medizinischen Behandlung unterzieht, es entsteht jedoch die Frage, ob nicht eine emotional-finanzielle Zwangslage vorliegt, wenn sich Paare eine eigene Behandlung nur erlauben können, wenn sie einen Teil der gewonnenen Eizellen zur Spende freigeben.

In Deutschland ist die Eizellspende laut ESchG verboten. Der § 1591 BGB regelt allerdings, dass die das Kind austragende Frau Mutter im juristischen Sinne ist; insofern besteht hinsichtlich der Mutterschaft nach einer Eizellspende Rechtssicherheit in Deutschland.

Die Risiken einer Eizellspenderin beziehen sich vor allem auf die erforderliche Stimulation und die Punktion der Eizellen. Zu bedenken ist, dass Eizellspenderinnen nicht immer umfassend über mögliche Komplikationen aufgeklärt werden (Gurmankin, 2001; Kalfoglu & Gittelsohn, 2000; Lahl, 2008; Schindele, 2006; Schneider, 2008) und dass die Möglichkeit besteht, sie hormonell stärker zu stimulieren als Patientinnen, die sich einer IVF/ICSI für eine eigene Behandlung unterziehen, damit von Spenderinnen möglichst viele Eizellen gewonnen werden können; dies kann mit einem erhöhten medizinischen Risiko für OHSS einhergehen (*Ovarian Hyperstimulation Syndrome* – Überstimulationssyndrom, das zu starken Flüssigkeitseinlagerungen führen und einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen kann). Darüber hinaus bestehen die üblichen Narkose- und Thromboserisiken und das Risiko des chirurgischen Eingriffs. Vereinzelt wurde die Befürchtung ausgesprochen, dass die hormonelle Stimulation das Wachstum bestimmter Krebsarten begünstigen könnte (Schneider, 2008), bislang wurde jedoch zumindest kein Zusammenhang zwischen der Entwicklung eines Ovarialkarzinoms und der Einnahme von fruchtbarkeitsför-

dernden Hormonen festgestellt, auch wenn Langzeitstudien in diesem Bereich noch ausstehen (Jensen, Sharif, Frederiksen & Kjaer, 2009).

Die Gefahren der Eizellspende sind nicht nur medizinischer Natur. Vor allem aufgrund des Wohlstandsgefälles zwischen Deutschland und vielen osteuropäischen Ländern birgt die kommerzielle Eizellspende die Gefahr der finanziellen Ausbeutung. So gibt es immer wieder Medienbeiträge über Frauen aus osteuropäischen Ländern, die mehrfach Eizellen spenden und als Grund hierfür ihre finanzielle Bedürftigkeit angeben (z. B. Barnett & Smith, 2006). Mittlerweile deutet sich ein regelrechter Trend an, Frauen aus ärmeren Ländern als Spenderinnen zu rekrutieren, um damit die Behandlungskosten zu mindern (Pennings, 2004); Spenderinnen werden mittlerweile nicht mehr nur aus osteuropäischen Ländern rekrutiert, sondern aus Russland und sogar aus Indien. Auch in den USA, wo Eizellspenderinnen entgegen den Empfehlungen der dortigen reproduktionsmedizinischen Gesellschaft (American Society for Reproductive Medicine, 2006) vor allem von privaten Agenturen deutlich mehr als eine Aufwandsentschädigung erhalten (Covington & Gibbons, 2007), ist die Bezahlung für viele Frauen der Grund, Eizellen zu spenden (Schneider, 2008). In nur wenigen Ländern müssen sich Eizellspenderinnen einem psychologischen Testverfahren unterziehen, das ihre psychische Stabilität untersucht; viele spanische Kliniken führen dies durch, und sicherlich werden solche Verfahren auch vereinzelt in Kliniken osteuropäischer Länder angewandt. In der Regel wird einer Eizellspenderin jedoch keine psychosoziale Beratung angeboten (auch nicht in Spanien), so dass eine fachliche Begleitung vor und während des medizinischen Eingriffs nicht vorhanden ist und die Spenderin auch nach Behandlungsende nicht darauf zurückgreifen kann, obgleich mittlerweile Studien aufzeigen, dass dies erforderlich sein könnte (Kalfoglu & Gittelsohn, 2000). Auch fehlen repräsentative Studien, die sowohl die körperlichen als auch psychologischen Langzeitfolgen bei Eizellspenderinnen untersuchen.

Es muss zudem bedacht werden, dass die Eizellspenderinnen nicht immer die Nationalität des Landes haben, in dem sie spenden bzw. in dem ihre Spende verwendet wird. Auf Fachtagungen und in der Presse (Kraske & Ludwig, 2005) wurden in jüngster Zeit Fälle diskutiert, in denen Behandlungszentren Spenderinnen aus Nachbarländern rekrutierten. Auch wird über Fälle gesprochen, in denen der kryokonservierte Samen des Wunschvaters nicht im Behandlungszentrum, sondern außerhalb des Landes mit einer gespendeten Eizelle befruchtet wurde und die so gezeugten Embryonen kryokonserviert wieder in das eigentliche Behandlungszentrum zum Transfer in die Wunschmutter rückgeführt wurden. Ob in solchen Fällen eine medizinische Dokumentation durchgeführt wird, ist für Wunscheltern kaum nachvollziehbar.

Die momentane Studienlage zeigt auf, dass die psychosoziale Entwicklung der Kinder nach einer Eizellspende unauffällig ist (Golombok, Jadva, Lycett, Murray & Maccallum, 2005; Golombok, Lycett et al., 2004; Greenfeld & Klock, 2006). Allerdings wird die Frage der Anonymität bzw. Identifizierbarkeit der Spenderin für das so gezeugte Kind kontrovers diskutiert und die rechtlichen Möglichkeiten sind uneinheitlich. Nur in wenigen Ländern haben Kinder, die mit Hilfe einer Eizellspende (ebenso auch Samen- oder Embryonenspende) gezeugt wurden, das Recht, die Identität der Spenderin zu erfahren. In Spanien schreibt das Gesetz beispielsweise die Anonymität der Spender vor, in vielen anderen Ländern ist dies nicht geregelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass trotz des wissenschaftlichen Diskurses um die Notwendigkeit der Identifizierbarkeit von Gametenspendern (z. B. Greenfeld & Klock, 2006; Thorn & Daniels, 2008) die meisten Behandlungszentren eine anonyme Spende bevorzugen bzw. eine Behandlung mit identifizierbaren Spendern grundsätzlich ablehnen. Darüber hinaus kann die Möglichkeit des Kindes, diese Daten einzusehen, auch aufgrund einer unzureichend langen oder mangelhaften Dokumentationsfrist eingeschränkt sein. Obgleich alle Länder, die der Europäischen Union (EU) angehören, seit 2006 verpflichtet sind, die Dokumente einer Gametenspende mindestens 30 Jahre lang aufzubewahren (EU-Richtlinie, 2004), sind die Länder nicht verpflichtet, den so gezeugten Kindern ein Recht einzuräumen, diese Daten einzusehen; dieses Recht verbleibt gemäß dieser EU-Richtlinie in der Autonomie der einzelnen Länder. Paare, die ins Ausland reisen, müssen sich darauf einstellen, dass die Vorgehensweisen der Ärzte sogar innerhalb der Länder ohne gesetzliche Regelung individuell differieren; mit einiger Wahrscheinlichkeit dominiert in den meisten Ländern noch die Haltung, dass es sowohl für Eltern als auch für Kinder und Spenderin günstiger ist, die Identität der Spenderin nie bekannt zu geben.

Die folgende Tabelle zeigt auf, wie häufig die Eizellspende gemäß der Aufstellung der ESHRE in den einzelnen Ländern durchgeführt wurde (Nyboe Andersen et al., 2007); zu berücksichtigen ist, dass auch dieses Zahlenmaterial nicht alle europäischen Länder umfasst und aufgrund uneinheitlicher Datenaufbereitung und -sammlung mit Vorsicht interpretiert werden muss. Die Zielländer für eine Eizellspende sind, wie diese Aufstellung andeutet, vor allem Spanien und osteuropäische Länder. Vereinzelt reisen Paare auch nach Russland oder in die USA. Die hohe Zahl der Eizellspenden in Großbritannien beruht vor allem auf Behandlungen englischer Wunscheltern.

Land Daten bezogen auf 2003	Anzahl der Zentren	Zentren, die Zahlen gemeldet haben	Behandlungen mit Eizellspende
Belgien	18	18	662
Bulgarien	14	8	17
Dänemark	21	21	82
Deutschland	116	116	0
Finnland	17	17	419
Frankreich	95	95	251
Griechenland	44	22	316
Großbritannien	74	74	2027
Irland	5	4	3
Island	1	1	17
Italien	207	124	-
Kroatien	7	7	-
Lettland	3	3	-
Litauen	3	1	-
Mazedonien	1	1	-
Niederlande	13	13	45
Norwegen	10	10	0
Österreich	23	23	0
Polen	17	14	60
Portugal	19	17	15
Russland	41	36	704
Schweden	15	15	17
Schweiz	19	19	0
Serbien	10	4	-
Slowenien	3	3	13
Spanien	187	44	2711
Ukraine	14	9	166
Ungarn	11	6	23
insgesamt	1008	725	7548

Die auf der nächsten Seite folgende Auflistung (Biopolicywiki, 2008; Dostál, 2007; ESHRE, 2009) gibt einen Überblick über die gesetzlichen Regelungen: die Zulässigkeit der Eizellspende, die Zulässigkeit einer kommerziellen Spende und die Anonymität bzw. Identifizierbarkeit der Spenderin für das so gezeugte Kind.

Land	Gesetz vorhanden	Eizellspende erlaubt/verboten	kommerzielle Spende erlaubt	Spenderin für das Kind identifizierbar
Albanien	ja	ja	ungeregelt	ungeregelt
Belgien	ja, bezieht sich allerdings auf Embryonenforschung ⁴ und Verwerfung überzähliger Embryonen ⁵	erlaubt	nein	nein
Bulgarien	nein	ungeregelt	ungeregelt	ungeregelt
Dänemark	ja	erlaubt	nein	ungeregelt/unüblich
Estland	ja	erlaubt	nein	ungeregelt
Finnland	ja	erlaubt	nein	ja
Frankreich	ja	erlaubt	ja	nein
Griechenland	ja	erlaubt	nein	unüblich
Großbritannien	ja	erlaubt	nein	ja
Indien	in Planung	praktiziert	ja	?
Irland	nein	erlaubt	ungeregelt	ungeregelt
Island	ja	erlaubt	nein	?
Israel	ja	erlaubt	nein	unüblich
Italien	ja	verboten	verboten	nicht relevant
Kroatien	nein	ungeregelt	ungeregelt	ungeregelt
Lettland	ja	erlaubt	?	ungeregelt/unüblich
Litauen	nein	?	?	ungeregelt
Malta	nein	ungeregelt	?	ungeregelt
Mazedonien	?	?	?	?
Niederlande	ja	erlaubt	nein	ja
Norwegen	ja	verboten	verboten	nicht relevant
Polen ⁶	nein	ungeregelt	ungeregelt	ungeregelt
Portugal	nein	praktiziert	ungeregelt	ungeregelt/unüblich
Rumänien	nein	praktiziert	ungeregelt	ungeregelt/unüblich
Russland ⁷	nein	erlaubt	ja	nein
Schweden	ja	erlaubt	nein	ja
Schweiz	ja	verboten	verboten	nicht relevant
Slowakei	ja	ungeregelt	?	ungeregelt
Slowenien	ja	bei medizinischer Indikation	nein	ungeregelt/unüblich
Spanien ⁸	ja	erlaubt	nein	nein

⁴ Law on Research into Embryos in Vitro[1] (Projet de loi relative à la recherche sur les embryons in vitro/Wetsontwerp betreffende het onderzoek op embryo's in vitro) 2-695 (December 10, 2002)

⁵ Law on Medically Assisted Reproduction and the Disposition of Supernumerary Embryos and Gametes[2] (Projet de loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes/Wetsontwerp betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten) 3-1440 (July 6, 2007)

⁶ In Polen hat sich im Februar 2009 eine Volksinitiative gegen künstliche Befruchtung formiert. Der Gesetzentwurf des Bürgerkomitees *Contra In Vitro* sieht eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren für jeden vor, der die Methode bei Frauen anwendet. Bei der Sammlung der erforderlichen 100.000 Unterschriften setzt das Komitee auf die Unterstützung durch die katholische Kirche (Ärztblatt, 2009c).

⁷ Die Gametenspende wird geregelt durch die Anweisung Nr. 67 des Gesundheitsministeriums, die Spenderanonymität durch den Artikel 35 des Gesundheitsschutzgesetzes der russischen Föderation Nr. 5487-I von 1993.

⁸ In Spanien wurden darüber hinaus die folgenden Richtlinien erlassen (Velasco, 2007): Die Spenderin muss zwischen 18 und 35 Jahre alt und in guter körperlicher und geistiger Verfassung sein. Es kann eine Aufwandsentschädigung zwischen 600 und 1.000 Euro gezahlt werden. Pro Spenderin dürfen maximal sechs Kinder geboren werden. Spenderinnen müssen über das Risiko eines OHSS informiert werden. Es sollen maximal zwei Embryonen auf die Wunschmutter übertragen werden. Wunschmütter über 45 sollen über Risiken aufgeklärt werden, Wunschmüttern über 50 soll eine Eizellspende nicht empfohlen werden.

Südafrika	nein	wird praktiziert	ungeregelt	ungeregelt
Tschechei	ja	erlaubt	nein	ungeregelt/unüblich
Ukraine	nein	ungeregelt	ungeregelt	ungeregelt
Ungarn	ja	erlaubt	ja	ungeregelt
USA	föderale Gesetzgebung	in den meisten Staaten erlaubt	ja, aber Richtlinien empfehlen nur Aufwandsentschädigung	unterschiedliche Regelungen
Zypern	nein	ungeregelt/wird praktiziert	ungeregelt	ungeregelt/unüblich

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Eizellspende in vielen Ländern gesetzlich unreguliert ist und daher auch die Frage der Kommerzialisierung sowie die Möglichkeit des Kindes, die Daten der Spenderin einzusehen, unreguliert bleiben.

5.5 Samenspende

Die Samenspende (auch donogene Insemination – DI) ist in Deutschland erlaubt. Sie bezeichnet ein Verfahren, bei dem der Frau Samen eines Mannes eingebracht werden, der nicht ihr Ehemann bzw. Partner ist. Das Einbringen erfolgt in der Regel in Form einer Insemination mit oder ohne hormonelle Stimulation, in Ausnahmefällen bei entsprechender Indikation auch im Rahmen einer IVF. Gründe für DI sind die Sub- oder Infertilität des männlichen Partners, die Vermeidung der Übertragung einer Erbkrankheit durch den Mann oder das Fehlen eines männlichen Partners bei lesbischen und allein stehenden Frauen. Die Behandlung heterosexueller Paare ist in Deutschland nicht strittig. Die Bundesärztekammer (2006) empfiehlt allerdings, lesbische und allein stehende Frauen nicht zu behandeln, obgleich die Behandlung dieser Gruppen gesetzlich nicht verboten ist (Müller, 2008) und erste Studien belegen, dass die Entwicklung der Kinder in lesbischen Familien (für einen Überblick siehe: Brewaeys, Dufours & Kentenich, 2005; McNair, 2004; Patterson, 2004) und in Familien mit einer allein erziehenden Mutter (Murray & Golombok, 2005a, 2005b) unauffällig ist. Auch die Bindung an den sozialen Elternteil, also die Co-Mutter in lesbischen Familien, ist stabil (Scheib, Riordan, & Rubin, 2004).

Der Samen für eine DI wird von fruchtbaren Männern gewonnen, die sich einer umfangreichen medizinischen Untersuchung unterziehen; damit soll das Risiko der Übertragung einer Krankheit auf die Wunschmutter und das Kind minimiert werden (Richtlinien hierfür hat in Deutschland der Arbeitskreis für donogene Insemination e. V. aufgestellt, siehe: Hammel, Katzorke, Schreiber & Thorn, 2006). Körperliche Risiken gibt es für Samenspender nicht. Wie auch bei Eizellspenderinnen scheint jedoch eine psychosoziale Beratung empfehlenswert, damit auch Spender die langfristigen Implikationen reflektieren (BKID, 2008a; Thorn, Katzorke & Daniels, 2008). Die Risiken der Wunschmutter sind von der Art der hormonellen Stimulation und Übertragung des Samens abhängig; eine Samenspende im Rahmen einer IVF birgt alle Risiken, die eine IVF mit sich bringen kann.

Internationalen Studien zeigen, dass in den letzten Jahren vor allem der Anteil lesbischer und allein stehender Frauen steigt, die eine DI durchführen. Auch der Lesben- und Schwulenverband Deutschland bestätigt, dass immer mehr lesbische Paare eine Beratung hinsichtlich einer Familienbildung mit DI in Anspruch nehmen (Jansen, Greib & Bruns, 2007). Die klinische Erfahrung der Autorin erweist darüber hinaus, dass auch allein stehende Frauen immer häufiger hierzu eine Beratung aufsuchen. Problematisch ist in Deutschland jedoch die juristische Absicherung des Samenspenders in diesen Konstellationen. Wenn ein heterosexuelles Paar behandelt wird und zuvor in die DI eingewilligt hat, können nach § 1600 d BGB die Eltern die Vaterschaft nicht mehr anfechten; nur dem Kind verbleibt ein Anfechtungsrecht. Wenn eine lesbische Wunschmutter inseminiert wird, gibt es zunächst keinen zweiten Elternteil, auf den die juristische Vaterschaft übergeht. Bis zu einer Stiefkindadoption (dies kann von der sozialen Mutter nach Geburt in die Wege geleitet werden, wenn diese mit der biologischen Mutter verpartnert ist) besteht für den Spender und die Wunscheltern das Risiko der juristischen Vaterschaft des Spenders. Bei allein stehenden Frauen gibt es grundsätzlich keine zweite Elternperson, die diese juristische Verantwortung übernimmt; der Spender geht hier das Risiko einer Vaterschaft ein. Dies hat bei vielen Ärzten in

Deutschland dazu geführt, dass sie beide Gruppen nicht behandeln bzw. nur behandeln, wenn die finanzielle Absicherung des Kindes so umfassend ist, dass das Risiko des Spenders auf Unterhaltszahlungen minimal ist. Die reservierte Haltung deutscher Ärzte sowie das Risiko einer juristischen Vaterschaft des Spenders bewegt lesbische und allein stehende Frauen dazu, eine Behandlung in Ländern mit liberalerer Gesetzgebung durchzuführen, wo außerdem der Spender, die zukünftige Familie und das Kind gesetzlich geschützt sind und keinerlei juristische Verpflichtungen zwischen Kind und Spender entstehen. Zielländer hierfür sind vor allem die Niederlande, aber auch Dänemark, Großbritannien und Schweden; in diesen Ländern ist, wie auch in den USA, Australien, Neuseeland oder Kanada, die Behandlung von Patienten unabhängig von ihrer sexuellen Ausrichtung oder sozialen Situation zulässig und der Spender und die Familie sind vor gegenseitigen juristischen Ansprüchen geschützt. In Schottland hat ein lesbisches Paar mittlerweile sogar erfolgreich dafür geklagt, die Kosten für eine IVF mit Spendersamen von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet zu bekommen (Roberts, 2009). Die folgende Übersicht erläutert die juristischen Vorgaben der DI in typischen Zielländern.

Land	Kind hat das Recht, die Identität des Spenders zu erfahren	Dokumentationsdauer	juristische Vaterschaft
Belgien	nein	⁹	Nein
Dänemark	nein	30 Jahre	Nein
Großbritannien	ja	auf Dauer	nein ¹⁰
Niederlande	ja	80 Jahre	Nein
Schweden	ja	70 Jahre	Nein

In der Vergangenheit reisten auch heterosexuelle Paare ins Ausland, da Länder wie die Niederlande, Schweden und Großbritannien volljährigen Kindern das Recht einräumte, die Identität des Spenders zu erfahren. Seit der verlängerten Dokumentationsfrist der Unterlagen auf mindestens 30 Jahre (Bundesärztekammer, 2006; EU-Richtlinie, 2004; Hammel et al., 2006; Transplantationsgesetz, 2007) ist dies allerdings nicht mehr erforderlich. Zwar fehlt nach wie vor eine gesetzliche Regelung für so gezeugte Kinder, die Identität des Spenders ab einem gewissen Alter (z. B. ab 16 Jahre oder ab Volljährigkeit) einzusehen, dies kann allerdings notariell festgelegt werden und immer mehr Ärzte führen ein Dokumentationssystem ein, das hierauf ausgelegt ist.

5.6 Embryonenspende

Bei der Embryonenspende wird der Wunschmutter ein gespendeter Embryo übertragen. Der Embryo kann entweder von einem Paar stammen (beispielsweise ein überzähliger kryokonservierter Embryo nach abgeschlossener Behandlung; dies macht die überwiegende Zahl der Embryonen zur Spende aus) oder von einer gespendeten Eizelle, die zum Zwecke der Embryonenspende mit gespendetem Samen befruchtet wurde (getrennte Spende). Die Embryonenspende kommt für Paare in Frage, bei denen sowohl männliche als auch weibliche Unfruchtbarkeit diagnostiziert wurde, die mehre Fehlgeburten hatten, ohne dass Implantationsschwierigkeiten dabei eine Rolle spielten, oder bei denen sowohl die Ovarien (bei funktionierendem Uterus) als auch die Hoden nicht angelegt sind oder keine Gameten produzieren.

⁹ In Belgien ist die Dokumentationsdauer ungewiss; allerdings regelt die EU-Richtlinie von 2004 wie auch bei der Eizellspende, dass diese mindestens 30 Jahre beträgt.

¹⁰ Dies bezieht sich auf eine Samenspende in einer lizenzierten Einrichtung; bei privaten Spenden trägt der Spender das Risiko der juristischen Vaterschaft. In Großbritannien wird 2008 zudem gesetzlich geregelt, dass die Lebenspartnerin der Mutter als zweiter Elternteil eingetragen wird; dies betrifft alle Kinder, die nach dem 6. April 2009 gezeugt werden. Im Jahr 2009 soll eine analoge Regelung für männliche Paare in Kraft treten (Joni, 2008).

Üblicherweise wird davon ausgegangen, dass die Embryonenspende in Deutschland verboten ist. Allerdings weist Wendehorst (2003) darauf hin, dass die Embryonenspende zwei drängende Probleme lösen könnte: Überzählige Embryonen, die nicht mehr auf die Wunschmutter zurücktransferiert werden und verworfen werden müssten, könnten Wunscheltern mit entsprechender Diagnose zur Verfügung gestellt werden. Auch unter dem aktuellen ESchG sei diese Spende in Ausnahmefällen laut Wendehorst bereits möglich, beispielsweise wenn die Übertragung der Embryonen wegen Todes, Krankheit oder Sinneswandels der Wunschmutter unmöglich sei. Bislang wurde in Deutschland jedoch kein Fall bekannt, in dem gespendete Embryonen auf eine Wunschmutter übertragen wurden. Die Risiken der Wunschmutter sind ähnlich wie die einer Frau, die eine gespendete Eizelle zurücktransferiert bekommt. Die Risiken der Spender sind abhängig von der Art der Spende. Wenn ein überzähliger Embryo von einem Paar nach Abschluss der Behandlung gespendet wird, so unterzieht sich dieses Paar keinem zusätzlichen Risiko. Wenn eine Frau hierfür Eizellen spendet, entstehen alle für eine Eizellspende typischen Risiken; die Samenspende des Mannes ist aus medizinischer Sicht unproblematisch. Aus psychologischer Sicht unterscheiden sich die beiden Arten der Embryonenspende. Bei der Spende eines überzähligen Embryos gibt es möglicherweise Vollgeschwister des zu zeugenden Kindes, bei der getrennten Spende gibt es möglicherweise Halbgeschwister. Die Realität, Kinder zu haben, die in einer anderen Familie aufwachsen und als „eigene“ Kinder konzeptualisiert werden, sowie die Tatsache, dass diese Vollgeschwister eigener Kinder sind, hält viele Paare von einer Embryonenspende ab (de Lacy, 2005; Nachtigall, Becker, Friese, Butler & MacDougall, 2005). So ist es nicht erstaunlich, dass in den USA nur ca. 2 % aller kryokonservierten Embryonen für eine Spende freigegeben sind (Hoffman et al., 2003). Auf der anderen Seite stellt die Embryonenspende für manche Wunscheltern eine Art *pränatale Adoption* dar, also eine Adoption, die bereits vor Geburt des Kindes stattfindet und die als eine positive Form von Elternschaft bewertet wird (Lee & Yap, 2003). Allerdings zeigt eine Studie auf, dass die Wunscheltern dem Paar bzw. den Einzelpersonen, die die Gameten gespendet haben, weniger Bedeutung beimessen als abgebenden Eltern im Rahmen einer Adoption (MacCallum, Lycett, Murray, Jadva & Golombok, 2003). Auch bei dieser noch seltenen Form der Familienbildung muss bedacht werden, dass die Studienlage sehr dürrig ist und repräsentative Aussagen zurzeit nicht möglich sind.

Auf der juristischen Ebene ist es erforderlich, dass Vater- und Mutterschaft durch entsprechende Gesetzgebung geregelt sind; in den Ländern, in denen dies nicht der Fall ist, sollte daher eine notarielle Einigung zwischen den Spendern und den Wunscheltern geschlossen werden.

In fast allen Ländern, die eine Eizellspende erlauben, ist auch die Embryonenspende erlaubt; die Zielländer für deutsche Paare sind somit ähnlich. In vielen Publikationen wird dies allerdings nicht entsprechend differenziert dargestellt (Biopolicywiki, 2008; Dostál, 2007), da es selten durchgeführt wird (Plachot, 2004). Auch hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen der juristischen Elternschaft gibt es wenig Transparenz. Zahlenmaterial für die Embryonenspende ist nicht vorhanden.

5.7 Leihmutterschaft

Die Leihmutterschaft ist kein Phänomen der letzten Jahre. Seit vielen Jahrhunderten tragen Frauen Kinder aus, die nach der Geburt der Wunschmutter übergeben werden. Bis in die 1970er Jahre wurde die Leihmutter hierfür mit dem Samen des Wunschvaters inseminiert (bzw. es fand Geschlechtsverkehr statt). Die Entwicklung der IVF hat dazu geführt, dass es mehrere Arten von Leihmutterschaft gibt:

- die austragende Leihmutter, der Eizelle und Samen der Wunscheltern eingesetzt werden (beispielsweise wenn die Wunschmutter keine Schwangerschaft austragen kann); die Wunscheltern sind auch biologische Eltern des Kindes,
- die austragende Leihmutter, der die Eizelle der Wunschmutter und gespendeter Samen eingesetzt werden (beispielsweise wenn die Wunschmutter keine Schwangerschaft austragen kann und der Wunschvater unfruchtbar ist); die Wunschmutter ist biologische Mutter, der Wunschvater sozialer Vater,

- die austragende Leihmutter, der eine gespendete Eizelle und der Samen des Wunschvaters eingesetzt werden (beispielsweise wenn die Wunschväter homosexuell sind oder der Wunschvater allein stehend ist); der Wunschvater ist biologischer Vater, der zweite Elternteil, soweit vorhanden, sozialer Elternteil,
- die austragende Leihmutter, der eine gespendete Eizelle und gespendeter Samen eingesetzt werden (beispielsweise wenn bei beiden Wunscheltern Fruchtbarkeitsstörungen vorliegen); beide Wunscheltern sind soziale Eltern,
- die traditionelle Leihmutter, die ihre eigenen Eizellen zur Verfügung stellt und mit dem Samen des Wunschvaters inseminiert wird (beispielsweise bei Unfruchtbarkeit der Wunschmutter und gleichzeitiger Unmöglichkeit, eine Schwangerschaft auszutragen); die Wunschmutter ist soziale Mutter, der Wunschvater biologischer Vater, die Leihmutter ist biologische Mutter.

Gründe für eine Leihmutterschaft sind üblicherweise medizinische Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft bei der Frau, das Fehlen eines Uterus oder wiederholte Aborte. In den USA greifen darüber hinaus seit Ende der 1980er immer mehr schwule Männer auf eine Leihmutterschaft zurück, um eine Familie zu gründen; bis 2005, so die Schätzung, haben mehrere hundert Männer ihren Wunsch nach Familie auf diese Art erfüllt (Hanafin, 2006). Vereinzelt berichten auch allein stehende Männer, dass sie mit Hilfe einer Leihmutter Kinder zeugten (Mucklejohn, 2005).

Die Leihmutterschaft wird kontrovers diskutiert und es gibt keinen Konsens ob ihrer moralischen Zulässigkeit (Gillam, 2002). Diskutiert wird u. a., ob es ethisch ist, dass eine Frau eine Schwangerschaft austrägt, die keinen Nutzen für sie selbst hat, aber mit Risiken verbunden sein kann, wie wichtig die Bindung zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft ist, inwieweit die vorgeburtliche Entscheidung der Leihmutter, das Kind nach der Geburt freizugeben, auch nach der Geburt tragfähig ist und ob ein kommerzielles Arrangement akzeptabel ist, wenn es um die Schaffung menschlichen Lebens geht.

Die medizinischen Risiken sind von der Art des Eingriffs abhängig: Eine austragende Leihmutter wird hormonell stimuliert, um ihren Zyklus mit dem zu transferierenden Embryo abzustimmen, bei einer traditionellen Leihmutterschaft ist die Erfordernis einer medizinischen Vorbehandlung von der Zyklus- und Eisprungregelmäßigkeit abhängig. In jedem Fall trägt die Leihmutter die Risiken einer Schwangerschaft und Geburt. Auf psychologischer Ebene ist die Bindung zwischen Leihmutter und Kind während der Schwangerschaft eine wichtige Fragestellung. Einige spektakuläre Fälle zeigten in der Vergangenheit auf, dass die Bindung an das Kind während der Schwangerschaft und nach Geburt anders erlebt werden kann als dies zu Behandlungsbeginn eingeschätzt wurde. In den USA forderte beispielsweise die als traditionelle Leihmutter eingesetzte Mary Beth Whitehead 1986 das von ihr ausgetragene Baby von den Wunscheltern zurück und drohte mit Suizid. Nach einigen Gerichtsprozessen, die die juristische Elternschaft klärten, wurde den Wunscheltern das Kind zugesprochen (Baby M, 1986). 2008 wurde in den Medien von einem japanischen Ehepaar berichtet, das eine indische Leihmutter einsetzte. Das Ehepaar ließ sich jedoch vor Geburt des Kindes scheiden und das Kind wurde letztendlich der Obhut seiner Großmutter väterlicherseits unterstellt (Schulz, 2008). Diese Fälle verdeutlichen, welche komplexen juristischen und psychosozialen Folgen eine Leihmutterschaft nach sich ziehen und welche Dilemmata diese auslösen kann. Israel ist eines der wenigen Länder, die hierfür gesetzliche Regelungen eingeführt haben. Ein mit Hilfe einer Leihmutter geborenes Kind steht bis zur Adoption unter der Vormundschaft eines Sozialarbeiters; dies soll vermeiden, dass die Vormundschaft gerichtlich geklärt werden muss (Benshushan & Schenker, 1997).

Wie auch bei der Eizellspende ist die Frage der Kommerzialisierung und potenziellen Ausbeutung der Leihmutter ein komplexes Thema. Im letzten Jahr wurde in der Zeitschrift BRIGITTE ein Bericht über eine russische Leihmutter veröffentlicht, die 15.000 Euro erhielt; das „komplette Leihmutterpaket“ für die Wunscheltern kostete jedoch 45.000 Euro, so dass von einer großen Gewinnspanne für die vermittelnde Agentur ausgegangen werden kann; in den USA, so der Bericht, müsse mit den dreifachen Kosten gerechnet werden (Jeska, 2008). In Indien hingegen kostet eine Leihmutterschaft rund 8.000 Euro (Guy, 2009). In Großbritannien wurde 1985 bekannt, dass Kim Cotton, die den Vorstand der englischen Organisation *Childlessness Overcome by Surrogacy* (COTS) innehatte, 6.500 britische Pfund für das Austragen eines Kindes erhielt und ihre Geschichte medienwirksam für weitere 15.000 Pfund verkaufte. Sie trat daraufhin von ihrer Vorstandsposition zurück (Pro Choice Forum, 2009). Dies zeigt, wie lukrativ das Geschäft mit der Leihmutterschaft sein kann und wie günstig es für europäische und ameri-

kanische Patienten sein kann, eine Leihmutterschaft in Ländern mit einem wesentlich niedrigeren Lebensstandard durchzuführen.

In den USA gab es bereits 1980 drei private Agenturen für Leihmutterschaft. Im Jahre 2005 waren es 23, die, so die Selbstauskunft, insgesamt für rund 6.000 Geburten verantwortlich waren (Hanafin, 2006). Die britische Organisation COTS berichtet auf ihrer Internetseite, dass es seit 1988 zu 600 Geburten nach einer Leihmutterschaft gekommen sei. Sicherlich ist die Leihmutterschaft in anderen europäischen Ländern deutlich seltener, Statistiken fehlen jedoch auch in diesem Bereich. Es folgt eine Übersicht nach Ländern und Gesetzen bzw. Regelungen (Cook, Day Sclater & Kaganas, 2003; Jones et al., 2007).

Land	Gesetz	kommerzielle Leihmutterschaft	berufsrechtliche Regelung
Australien ¹¹	nein	verboten	ja
Belgien	nein	?	ja
Brasilien	ja	?	-
Brasilien	nein	?	ja
Ecuador	nein	?	nein
Griechenland	nein	?	ja
Großbritannien	ja	verboten	-
Hong Kong	ja	?	-
Indien	in Planung	dann erlaubt, jetzt praktiziert	ja
Israel ¹²	ja	?	-
Kanada	ja	verboten	-
Kolumbien	nein	?	nein
Korea	nein	?	ja
Neuseeland	ja	verboten	ja
Niederlande	ja	verboten	-
Peru	nein	?	nein
Rumänien	nein	?	nein
Russland	nein	?	ja
Südafrika	nein	?	ja
Thailand	nein	?	ja
Ungarn	ja	?	-
USA ¹¹	Nein	Richtlinien empfehlen faire Aufwandsentschädigung	ja

In Belgien hat die mangelnde Gesetzgebung in einigen Zentren dazu geführt, dass nur belgische Paare eine Leihmutterschaft nutzen können. Damit sollen rechtliche Schwierigkeiten hinsichtlich der juristischen Elternschaft vermieden werden (Stuyver, Denys, De Sutter, Gerris & Dhont, 2007). Auch in Großbritannien wird deutschen Wunscheltern deswegen zu großer Vorsicht geraten. In Ländern, die keine Gesetzgebung verabschiedet haben, in denen die Leihmutterschaft jedoch praktiziert wird, kann die Regelung der juristischen Elternschaft und der Staatsangehörigkeit des Kindes schwierig oder zumindest hochkomplex sein. In Großbritannien sprechen sich daher Patientenorganisationen dafür aus, dass gesetzliche Vorgaben dahingehend geändert werden, dass

¹¹ Die Leihmutterschaft ist in Australien und den USA nicht in allen Bundesstaaten erlaubt.

¹² In Israel können nur Paare eine Leihmutterschaft durchführen, die seit mindestens 18 Monaten dort leben.

Wunscheltern einfacher die juristische Elternschaft mit allen Folgen (auch Elternurlaub o. ä.) erhalten können (Medical News Today, 2008). In den letzten Jahren wurde in diesem Bereich ein neuer Trend deutlich: Immer mehr Behandlungszentren kooperieren mit Agenturen in Indien, wo die Leihmutterchaft „ein großes Geschäft ist ..., der komplette Wahnsinn herrscht ... und es keinerlei Regelungen gibt“ (Guy, 2009). So bietet der international agierende *We Care Health Services* (2009) Möglichkeiten der Leihmutterchaft (selbstredend ebenfalls für Eizell- und Embryonenspende) für europäische, amerikanische und australische Paare in Indien. Eine 24-Stunden-Telefonhotline ist ebenso Bestandteil dieses Services wie Video-Konferenzen und Visa-Anträge für medizinische Eingriffe sowie touristische Hinweise über Indien. Weitere Anbieter wie das *Surrogacy Centre* in Indien (2009) haben sich auf die internationale Vermittlung von Leihmüttern spezialisiert und bieten relativ transparente Informationen, vor allem hinsichtlich der Kosten und der Erstattung an die Leihmutter.

Mittlerweile liegen einige Studien über die Erfahrungen von Leihmüttern vor. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass bislang alle Studien in westlichen Ländern (USA und Großbritannien) durchgeführt wurden und die Stichprobengröße überschaubar ist. Diese Studien zeigen auf, dass Frauen ihre Entscheidung, sich als Leihmutter zur Verfügung gestellt zu haben, nicht bereuen und dass diese Zufriedenheit mit einer respektvollen Beziehung zu den Wunscheltern korreliert (Ciccarelli, 1997; Hanafin, 1987; MacCallum et al., 2003). Wie wichtig eine solche positive Beziehung zu den Wunscheltern ist, wird durch eine andere Studie bestätigt: Reame und Kollegen (1999) zeigen auf, dass sechs der zehn von ihnen befragten Leihmütter ihre Bereitschaft bereuen, da die Wunscheltern ihre Versprechen, Kontakt zu halten, nicht einhielten. Erste Studien ergaben, dass die Entwicklung der Kinder bis ins Kindergartenalter (abgesehen von der üblichen Problematik bei Mehrlingen) unauffällig ist (Golombok, Murray, Jadvá, MacCallum & Lycett, 2004; MacCallum et al., 2003; Parkinson et al., 1998), in einer Studie wurde allerdings ein geringeres Geburtsgewicht der Kinder konstatiert (Serafini, 2001). Die Studien zeigen auch auf, dass die Eltern zufrieden mit ihrer Entscheidung sind und beabsichtigen, offen mit ihrer Familienkonstellation umzugehen und ihre Kinder aufzuklären; allerdings ist auch in diesem Bereich die Studienlage zurzeit auf den angelsächsischen Raum begrenzt. Zu berücksichtigen ist auch hier, dass repräsentative Langzeitstudien noch ausstehen und dass bislang die Perspektive der so gezeugten Kinder (van den Akker, 2007) oder Kinder der Leihmütter, die ggf. Halbgeschwister der Kinder der Wunscheltern sind, noch nicht untersucht wurde. Auch liegen bislang keine wissenschaftlichen Erkenntnisse über Leihmütter in Ländern wie Russland oder Indien vor. Es kann davon ausgegangen werden, dass Agenturen für Leihmutterchaft in Russland, osteuropäischen Ländern oder Indien einen offenen Umgang nicht unterstützen und damit deutlich andere Ausgangsbedingungen für alle Involvierten und die Kinder schaffen.

6. Nationale und supranationale Regelungen

In einigen Ländern, bzw. von einigen Gesellschaften und Arbeitsgruppen wurden in den letzten Jahren Richtlinien und Empfehlungen für ART veröffentlicht. Im Folgenden werden die Richtlinien vorgestellt, die den Bereich des reproduktiven Reisens tangieren.

6.1 Deutschland

Das ESchG trat 1990 in Kraft und kann unter <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht-eschg/gesamt.pdf> eingesehen werden.

Die (Muster-)Richtlinien der Bundesärztekammer machen Vorgaben für die medizinische Vorgehensweisen bei ART; diese Richtlinien sprechen u. a. die Empfehlungen aus, bei Patientinnen unter 38 Jahren im ersten und zweiten IVF- und/oder ICSI-Versuch nur zwei Embryonen zu transferieren, um das Mehrlingsrisiko zu minimieren und keine Behandlung bei lesbischen und allein stehenden Frauen vorzunehmen (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/AssRepro.pdf>).

Die Richtlinien des Arbeitskreises für donogene Insemination e. V. regeln die medizinischen Voruntersuchungen von potenziellen Samenspendern sowie die erforderlichen Aufklärungsgespräche mit Spendern und Wunscheltern (http://www.donogene-insemination.de/downloads/Richtl_Druckfassung.pdf).

Das *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V.* hat Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch (<http://www.bkid.de/richtlinien.pdf>) und psychosoziale Beratung bei Gametenspende (http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf) erstellt. Bei einer Gametenspende spricht sich BKID für eine Beratung vor Behandlungsbeginn aus.

6.2 Europa

Die ESHRE hat Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch erstellt (<http://www.eshre.com/binarydata.aspx?type=doc/psyguidelines.pdf>), ein Positionspapier für „Gute medizinische Behandlung“ bei ART entwickelt (auf deutsch herunterladbar: <http://www.eshre.com/ESHRE/English/Task-forces/TF-Cross-border-reproductive-care/page.aspx/498>) und vor kurzem eine Task Force für *Cross-border Reproductive Care* (<http://www.eshre.com/ESHRE/English/Task-forces/TF-Cross-border-reproductive-care/page.aspx/498>) eingerichtet.

Die ESHRE hat darüber hinaus zahlreiche Richtlinien für den Bereich der ART (siehe: <http://www.eshre.com/ESHRE/English/SIG/Ethics-and-Law/Task-Force-Documents/page.aspx/136>) veröffentlicht, u. a. zum Kindeswohl, zur Leihmutterchaft, zu PID und zur Gameten- und Embryonenspende. Im Jahr 2008 ist zudem ein Arbeitspapier zum Thema des reproduktiven Reisens veröffentlicht worden (Pennings et al., 2008) und es wurde folgendermaßen Stellung genommen:

- Reproduktives Reisen kann zu einem Dilemma führen: Paare üben zivilen Ungehorsam aus, der dazu führen sollte, dass die Gesetzgebung in ihrem Land geändert wird, die Politik akzeptiert möglicherweise das reproduktive Reisen als eine Art „Sicherheitsventil“, was den Druck, tatsächlich eine Gesetzesänderung zu erwägen, mindert.
- Das Reisen von reichen Ländern nach Ländern mit geringen Ressourcen kann bedeuten, dass die medizinische Versorgung in ärmeren Ländern vor allem Patienten aus dem Ausland zur Verfügung gestellt wird und den Bürgern im eigenen Land entsprechende Ressourcen fehlen. Darüber hinaus besteht die Gefahr der finanziellen Ausbeutung einer besonders vulnerablen Gruppe wie Frauen, die sich für eine Eizellspende oder Leihmutterchaft zur Verfügung stellen. Auch können beispielsweise die Kosten für eine Eizellspende durch die Nachfrage aus dem Ausland in die Höhe getrieben werden, so dass sich Wunscheltern in ihrem Heimatland diese Behandlung nicht mehr leisten können.

- Wenn ein Arzt aus Gewissensgründen bestimmte Behandlungen ablehnt, kann er nicht verpflichtet werden, Patienten an ein bestimmtes Behandlungszentrum weiterzuempfehlen. Er sollte jedoch angemessen über die Behandlungsmöglichkeit informieren. Auch wenn die Gesetzgebung des Landes, in dem der Arzt praktiziert, bestimmte Behandlungen verbietet, ist es dem Arzt moralisch erlaubt, darüber zu informieren; dies ist ein erster Schritt zu zivilem Ungehorsam.
- Der Arzt soll auf Möglichkeiten einer psychosozialen Beratung hinweisen und umfassend über die Behandlung im Ausland informieren, insbesondere über Behandlungen, die nicht wissenschaftlich überprüft sind oder sich noch im experimentellen Stadium befinden. Es soll keinen Interessenskonflikt zwischen ihm und dem ausländischen Behandlungszentrum entstehen (keine finanziellen Absprachen o. ä.).
- Patientenorganisationen sollen eingebunden werden, um Wunscheltern ausführlich zu informieren und nationale und internationale Lobbyarbeit zu machen. Fachgesellschaften sollen umfassend informiert sein, um aktuelle Entwicklungen des reproduktiven Reisens zu überschauen. Zusammen mit Patientenorganisationen sollen sie sich für das Wohl von Patienten einsetzen.
- Letztendlich werden die folgenden Empfehlungen ausgesprochen: (1) zumindest teilweise Erstattung der Kosten für ART, angemessenen Zugang zu ART für alle Bürger; (2) Einrichten von Kontrollinstanzen, um Sicherheit und Effizienz zu überprüfen sowie ethische Standards und psychosoziale Beratung mit einzubeziehen; (3) Regierungen, Patientenorganisationen und Fachgesellschaften sollen die Öffentlichkeit informieren und mögliche Risiken aufzeigen; (4) alle professionellen Fachkräfte sollen sich ihrer fachlichen Verantwortung bewusst sein; (5) Fachgesellschaften und Ärzte sollen Datenmaterial zusammenstellen und Nachuntersuchungen durchführen, Patienten sollen umfassend informiert werden, auch hinsichtlich der Erfolgsraten und Risiken.

Das Europäische Parlament hat im Februar 2008 eine Resolution bezüglich der demographischen Entwicklung veröffentlicht. Darin wird unter Punkt „G“ festgestellt, dass Unfruchtbarkeit einer der Gründe für den demographischen Wandel ist, und anschließend gefordert, diese als öffentliches Anliegen und soziales Problem von Männern und Frauen anzusehen. (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0066&language=EN&ring=A6-2008-0024>).

Der Dänische Ethikrat hat mehrere Publikationen herausgegeben, darunter eine zum Thema PID (<http://www.etiskraad.dk/sw1771.asp>), in der er sich dafür ausspricht, dass eine PID nur durchgeführt werden soll, wenn eine Krankheit vermieden oder geheilt werden kann. In der Publikation zum Thema *Anonymity and Selection in the Context of Sperm Donation* (http://www.etiskraad.dk/graphics/03_udgivelser/engelske_publicationer/assisted_reproduction/spermdonation/kapl16.htm) wird deutlich, dass einige Mitglieder des Ethikrats die gesetzlichen Vorgaben zur Anonymität der Spender durchaus kritisch sehen.

Für nordische Länder bietet die Publikation *Assisted Reproduction in the Nordic Countries* (<http://www.norden.org/pub/ovrigt/ovrigt/uk/TN2006505.pdf>) des Nordischen Komitees für Bioethik (www.ncbio.org) einen sehr guten und relativ aktuellen Überblick.

6.3 USA

Die ASRM hat zahlreiche Richtlinien und Stellungnahmen des Vorstands veröffentlicht. Die Richtlinien sind leider nur Mitgliedern zugänglich, die „Meinungen des Vorstands“ können online eingesehen werden (<http://www.asrm.org/Media/Practice/practice.html>). Die Richtlinien und Stellungnahmen des Vorstands sind auch in einer Sonderausgabe der Fachzeitschrift *Fertility and Sterility* (November 2006, vol. 86, suppl. 4) erschienen (www.fertstert.org). Hier die wichtigsten Punkte:

- Die Richtlinien für Gameten- und Embryonenspende sehen eine ausführliche medizinische Untersuchung der Spender und der Wunscheltern vor, ebenso wird eine psychosoziale Beratung aller Beteiligten empfohlen.

- Eizellspenderinnen (und ggf. deren Partner) sollen sich einem psychologischen Testverfahren unterziehen, sie sollen nicht aufgrund einer finanziellen Notlage oder einer emotionalen Nötigung spenden. Spenderinnen sollen sich nicht mehr als sechs Stimulationszyklen unterziehen, und sie sollen für nicht mehr als 25 Familien Eizellen spenden.
- Die Aufwandsentschädigung für Spender soll fair sein.
- PID ist eine Alternative zur Pränataldiagnostik und einem eventuellen Schwangerschaftsabbruch. Sie ist zurzeit auf bestimmte genetische Erkrankungen beschränkt. Patienten müssen über mögliche Diagnosefehler und das Fehlen von Langzeitstudien aufgeklärt werden.
- Wunschwüttern, die jünger als 35 sind, sollen 1-2 Eizellen, im Alter von 35-37 2-3 Eizellen, im Alter von 38-40 3-4 Eizellen und über 40 bis zu 5 Eizellen zurückgesetzt werden, um das Mehrlingsrisiko zu minimieren. Das Mehrlingsrisiko sollte auch im Rahmen einer hormonellen Stimulation mit/ohne Insemination minimiert werden. Ein selektiver Abort soll nur in Notfällen durchgeführt werden.

6.4 International

Die *International Federation of Fertility Societies* (IFFS) hat internationale Daten zu ART zusammengestellt. Die aktuelle Fassung ist aus dem Jahr 2007 und kann von der Homepage heruntergeladen werden (http://www.iffs-reproduction.org/documents/Surveillance_07.pdf). Sie umfasst eine Analyse der Gesetzgebungen und Richtlinien hinsichtlich PID, Gametenspende, Leihmutterschaft und weiterer Behandlungsmöglichkeiten.

Die neuseeländische Ethikkommission für Assistierte Menschliche Fortpflanzung hat im Jahr 2005 Richtlinien für die Embryonenspende für reproduktive Zwecke veröffentlicht, die 2008 aktualisiert wurden ([http://www.ecart.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/312/\\$File/guidelines-embryo-donation-nov08.pdf](http://www.ecart.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/312/$File/guidelines-embryo-donation-nov08.pdf)). Diese legen u. a. Folgendes fest:

- Die zur Spende freigegebenen Embryonen müssen überzählige Embryonen aus einer vorausgegangen Behandlung sein.
- Die Spende ist auf zwei Vollgeschwister in nicht mehr als zwei Familien begrenzt.
- Alle Parteien haben sich einer psychosozialen Beratung zu unterziehen; es hat eine gemeinsame Beratung Aller stattzufinden. Die Anonymität zwischen Spender und Empfänger ist somit aufgehoben.
- Alle Parteien haben weiterhin Zugang zu Beratung.

Für die PID, Leihmutterschaft, die innerfamiliäre Gametenspende sowie weitere Behandlungsmöglichkeiten wurden 2007 ebenfalls Richtlinien entworfen, die unter <http://www.ecart.health.govt.nz/moh.nsf/indexcm/ecart-resources-guidelines> eingesehen bzw. heruntergeladen werden können.

Das *International Consumer Support for Infertility* (iCSI), eine Dachorganisation von Patientenorganisationen, hat ein Faltblatt zum Thema *Kinderwunschbehandlung im Ausland* (http://www.icsi.ws/information/fact_sheets) erstellt, welches in Kürze auch auf deutsch erhältlich sein wird und globale Prinzipien für die Behandlung aufstellt (<http://www.icsi.ws/data/page/399/EPLF - iCSI Charter v18 FINAL.pdf>). Zu diesen Prinzipien gehören u. a.:

- die Anerkennung von Unfruchtbarkeit als Krankheit,
- dass Menschen mit Fruchtbarkeitsstörungen von Fachkräften umfassend und akkurat informiert werden sollen,
- dass eine Behandlung unabhängig von Geschlecht, kultureller oder religiöser Zugehörigkeit oder von finanziellen Möglichkeiten vorhanden sein soll,
- dass bei einer Gametenspende eine psychosoziale Beratung für alle Beteiligten angeboten werden soll,
- dass Langzeitforschung hinsichtlich der Entwicklung der mit ART gezeugten Kinder erforderlich ist,
- dass Datenmaterial auch für Patienten verständlich aufbereitet werden soll.

7. Psychosoziale Versorgung

Die psychosoziale Versorgung bei unerfülltem Kinderwunsch hat international in den letzten Jahren einen deutlichen Professionalisierungsschub erhalten. In einigen Ländern gibt es mittlerweile Organisationen und Berufsverbände, die Qualitätsstandards entwickelt haben und Fort- und Weiterbildungen anbieten; hierzu gehören die USA, Großbritannien, Australien/Neuseeland, Lateinamerika, Japan und auch Deutschland. Seit mehreren Jahren sind diese Organisationen unter der internationalen Dachgesellschaft *International Infertility Counselling Organisation* (IICO) vernetzt. In Schwellenländern wie Indien und in osteuropäischen Ländern ist die psychosoziale Versorgung jedoch erst im Aufbau begriffen bzw. fehlt gänzlich. Dies führt dazu, dass beispielsweise Eizellspenderinnen oder Leihmütter in diesen Ländern in der Regel kein Angebot für eine Beratung erhalten, sondern maximal einem psychologischen Testverfahren unterzogen werden, das ihre psychische Stabilität erfassen soll. Auch eine Beratung der Wunscheltern ist selten vorgesehen. Zwar werben Behandlungszentren online durchaus mit diesem Angebot, Klienten melden jedoch häufig zurück, dass dieses nicht vorhanden oder nur in der Landessprache möglich war. Hinzu kommt, dass in manchen früheren Ostblockländern wie beispielsweise der Tschechei eine Beratung in bestimmten Situationen verpflichtend war (vor Schwangerschaftsabbruch, vor einer Scheidung, vor Einschulung u. ä.) und Beratung daher sehr skeptisch gesehen wird, obgleich es eine gut ausgebaute Infrastruktur von Beratungseinrichtungen für Familien gibt (Konečná, 2009).

In Deutschland hat das *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V.* Qualitätsrichtlinien für Beraterinnen und Berater (BKID, 2008b) erstellt. Danach benötigen akkreditierte Mitglieder eine Ausbildung im psychosozialen Bereich, eine abgeschlossene bzw. weit vorangeschrittene Ausbildung in Beratung oder Psychotherapie, Basiswissen im medizinischen und psychosozialen Bereich von ART, zwei Jahre Beratungs- oder Therapieerfahrung, davon ein Jahr im Bereich von Kinderwunsch, und sie müssen sich zu Supervision und kontinuierlicher Weiterbildung verpflichten. Diese umfassende Kompetenz ist grundsätzlich erforderlich, unabhängig davon, ob Wunscheltern beraten werden, die eine Behandlung in Deutschland oder im Ausland beabsichtigen. Darüber hinaus hat BKID im Jahr 2005 Richtlinien für die psychosoziale Beratung (BKID, 2005) und im Jahr 2008 für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende (BKID, 2008a) veröffentlicht. Im Folgenden wird auf diese Richtlinien Bezug genommen, um gezielt für Paare, die eine Behandlung im Ausland beabsichtigen, Themen und Fragestellungen für die Beratung aufzuzeigen. Die folgenden Ausführungen nehmen in großen Teilen auch Bezug auf das von iCSI entwickelte Faltblatt *Kinderwunschbehandlung im Ausland* (http://www.icsi.ws/information/fact_sheets). Sie beziehen sich zwar primär auf psychosoziale Themen, schließen jedoch medizinische und finanzielle ebenso wie juristische Fragestellungen mit ein. Es werden zunächst Fragestellungen und Themenkomplexe aufgeführt, die grundsätzlicher Natur sind. Zur schnelleren Orientierung sind die relevanten Überbegriffe hervorgehoben.

Wichtig für eine Behandlung im Ausland (außer für deutschsprachige Länder wie Österreich) und die Kontaktaufnahme zu Patientenorganisationen sind **englische Sprachkenntnisse**. Wunscheltern müssen sicherstellen, dass sie alle Information bezüglich der geplanten Behandlung verstehen, und sinnvoll ist es auch, zumindest ausreichend Sprachkenntnisse zu haben, um Rückfragen stellen zu können. Falls 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.

In allen Beratungen sollte angesprochen werden, ob die gewünschte Behandlung **medizinisch indiziert** ist, Aussicht auf Erfolg hat und keine Kontraindikationen gegen eine Behandlung oder Schwangerschaft vorliegen.

In manchen Fällen ist es möglich, eine **Vorbehandlung** (z. B. die hormonelle Stimulation vor einer Eizellspende) **in Deutschland** durchzuführen; dies kann bei einem Reproduktionsmediziner angefragt werden. Zu bedenken ist hier eine mögliche strafrechtliche Relevanz für den Arzt bei einer Vorbehandlung für Eingriffe, die in Deutschland unter Strafe stehen. Die Vorbehandlung kann ggf. als Motivation zu einer unter Strafe stehenden Behandlung gewertet werden.

Alle **medizinischen Unterlagen** zu Voruntersuchungen und Behandlung (auch diagnostische Eingriffe und Befunde, Stimulationsprotokolle, Ergebnisse abgeschlossener Behandlungen und weitere individuell relevante Un-

terlagen) sollen dem ausländischen Behandlungszentrum vorgelegt werden. In manchen Ländern gibt es Vorgaben, dass z. B. eine Eizellspende nur bei medizinischer Indikation durchgeführt werden soll; dies muss nachgewiesen werden. Medizinische Dokumente können bei Komplikationen wichtig sein. Daher sollen Wunscheltern auch darauf achten, dass sie alle erforderlichen Dokumente bezüglich der im Ausland durchgeführten Behandlung erhalten, da diese wiederum für die Behandlung möglicher Komplikationen in Deutschland erforderlich sein können.

Die deutschen Krankenkassen übernehmen keine **Kosten für eine Behandlung**, die in Deutschland nicht erlaubt ist. Auch übernehmen sie keine Kosten für Behandlungen, die über die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz festgelegte Anzahl von Behandlungsversuchen hinausgehen. In EU-Mitgliedsstaaten kann für eine IVF/ICSI eine Kostenübernahme durch die GKV beantragt werden, solange die drei Behandlungsversuche noch nicht überschritten wurden. Klinische Erfahrung zeigt, dass manche Krankenkassen ihrerseits Mitglieder sogar auf günstige Behandlungen im Ausland hinweisen. Vor Behandlungsbeginn sollen alle Kosten transparent dargelegt sein und schriftlich festgehalten werden. Hinsichtlich der Kosten ist ebenfalls zu bedenken, dass mehrere Behandlungsversuche erforderlich sein können und dass eine Behandlung im Ausland auch mit Reise- und Unterkunftskosten sowie mit außerhäuslichen Mahlzeiten und typischen Extraausgaben verbunden ist, die man auf einer Reise hat. Wenn eine Schwangerschaft eingetreten ist, trägt das deutsche Gesundheitssystem alle erforderlichen Kosten für die Schwangerschaftsbetreuung und die Geburt des Kindes.

Gegenüber Wunscheltern soll auch thematisiert werden, ob eine Behandlung im Ausland mit den vorhandenen **psychischen und finanziellen Ressourcen** tatsächlich leistbar ist. Wenn bereits mehrere Behandlungen in Deutschland erfolglos abgeschlossen wurden, muss das Paar genau prüfen, ob tatsächlich noch ausreichend emotionale Energie vorhanden ist, ein komplexes Vorhaben wie eine Behandlung im Ausland anzugehen, einerlei wie erfolgreich eine solche Behandlung scheint. In manchen Fällen mag eine Behandlungspause sinnvoll sein, in anderen kann die Anregung, über die emotionale Belastbarkeit zu reflektieren, dazu führen, dass das Paar sich gegen weitere Behandlung entscheidet. Wenn sich das Paar für eine Behandlung im Ausland entscheidet, sollte ihm eine Beratung sowohl während der Behandlung als auch im Anschluss daran, unabhängig vom Behandlungsausgang, offen stehen.

Um das Risiko einer **Mehrlingsschwangerschaft** zu reduzieren, sollten Wunscheltern bei allen Behandlungen, bei denen mehr als ein Embryo eingesetzt werden kann (beispielsweise bei einer herkömmlichen IVF oder einer Eizellspende), bzw. mehr als eine Eizelle zur Befruchtung heranreifen kann (beispielsweise bei einer hormonellen Stimulation vor einer Insemination mit Spendersamen) darauf hingewiesen werden, dass es in Anlehnung an die Vorgehensweise in Deutschland sinnvoll sein kann, bei Frauen unter 35 Jahren nur eine oder zwei Eizellen und nur bei Frauen über 35 zwei oder drei Eizellen einzusetzen. Ein Mehrlingsrisiko besteht ab dem Transfer von mehr als einem Embryo und auch im Rahmen einer Insemination nach einer hormonellen Stimulation, wenn mehr als eine Eizelle heranreift; bei Letzterem ist daher ein Zyklusmonitoring erforderlich.

Berater, die mit dem Anliegen nach einer Behandlung konfrontiert werden, die in Deutschland nicht durchgeführt wird, sind immer gefordert, sich mit ihrer **eigenen Haltung** hinsichtlich der gewünschten Behandlung auseinanderzusetzen. Es ist unerlässlich, die eigene Haltung zu Themen wie Eizellspende oder Familienwunsch lesbischer Paare zu klären, um sie dann in der Beratung nicht dominieren zu lassen und diese wertneutral durchführen zu können. Dies bedeutet keinesfalls, dass keine kritischen Fragen zugelassen werden sollen. Vielmehr soll die Beratung nicht wertend im Prozess und Ausgang sein und nicht von der persönlichen Haltung eines Beraters bestimmt werden. Wenn Fachkräfte ihre eigenen Haltungen zu brisanten und heiklen Themen nicht zurückstellen können, ist dies aus menschlicher Sicht durchaus verständlich. Es ist dann sinnvoll, die Beratung an Kollegen zu delegieren.

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. Es ist hilfreich, hierzu 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 ande-

ren Wunscheltern aus dem Land vermitteln. Eine Übersicht über Patientenorganisationen hat iCSI zusammengestellt (siehe Kapitel 8).

Im folgenden Leitfaden für die psychosoziale Beratung werden die Fragestellungen nach Art der Behandlung gelistet. Der erste Teil enthält Fragestellungen, die im Rahmen einer Behandlung mit den eigenen Gameten der Wunscheltern relevant sind, der zweite Teil beschreibt Themenbereiche für die Behandlungen mit einer Gametenspende und/oder Leihmutterchaft.

7.1 Beratung vor einer Behandlung mit eigenen Gameten (IVF/ICSI, Blastozystentransfer, Präimplantationsdiagnostik)

Gründe für eine IVF oder ICSI im Ausland sind überwiegend finanzieller Natur, denn diese Behandlungen können in osteuropäischen Ländern günstiger sein als in Deutschland. Ein Blastozystentransfer wird häufig von Wunscheltern erwogen, die sich aufgrund des fortgeschrittenen Alters der Frau und/oder mehrerer erfolgloser Behandlungsversuche in Deutschland dadurch eine höhere Erfolgsrate versprechen. Die PID kann in den Fällen hilfreich sein, in denen eine genetische Erkrankung bekannt ist oder wiederholt Fehlgeburten eintraten. In der Beratung sind folgende Themenstellungen maßgeblich:

- Entspricht die Behandlung im Zielland **internationalen Standards**? Dies ist vor allem wichtig hinsichtlich der Anzahl der Embryonen, die transferiert werden. Das Mehrlingsrisiko ist auch vom Alter der Frau abhängig. Um das Mehrlingsrisiko zu minimieren, werden in Deutschland daher mittlerweile Frauen unter 35 Jahren maximal zwei befruchtete Eizellen zurückgesetzt.
- Bei einem geplanten **Blastozystentransfer** sollen Wunscheltern darauf hingewiesen werden, dass es zurzeit nicht eindeutig erwiesen ist, ob dieser tatsächlich zu einer erhöhten Schwangerschaftsrate führt.
- Vor einer Behandlung mit Blastozystentransfer 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 gewonnen werden können.
- Vor einer **PID** sollte überprüft werden, ob diese Untersuchung für die vorliegende Erkrankung sinnvoll ist und hilfreiche Erkenntnisse bringt, aus denen die Wunscheltern Entscheidungen und Handlungen für sich ableiten können.

7.2 Beratung vor einer Behandlung mit Gametenspende (Eizellspende, Samenspende, Embryonenspende) und Leihmutterchaft

Da die Eizellspende in Deutschland verboten ist, der juristische Status einer Embryonenspende unklar ist und lesbische und allein stehende Frauen häufig nicht behandelt werden, müssen Wunscheltern hierfür ins Ausland reisen. Im Folgenden werden zunächst Fragestellungen für den medizinischen und juristischen Bereich aufgezeigt, im Anschluss Beratungsinhalte für den psychosozialen Bereich.

- 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.
- Die **juristische Elternschaft** ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Gem. § 1591 BGB ist in Deutschland die austragende Frau Mutter im juristischen Sinne; die Mutterschaft nach einer **Eizellspende** ist somit gesichert. Dennoch ist es wichtig zu wissen, wie die entsprechende Regelung im Zielland ist, um juristische Komplikationen zu vermeiden. Ggf. kann es sinnvoll sein, die Elternschaft in einem notariellen Vertrag (bzw. im Ausland mit einem Vertrag ähnlicher Qualität) zu regeln.

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

Die juristische Mutterschaft nach einer **Embryonenspende** ist in Deutschland eindeutig, da die Wunschmutter das Kind austrägt und somit Mutter im juristischen Sinne ist. Ist sie mit dem Wunschvater verheiratet, ist dessen Vaterschaft ebenfalls gesichert, da das Kind innerhalb der Ehezeit gezeugt wurde. Wenn dies nicht der Fall ist, 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 **Leihmutterschaft** kann hoch komplex sein. Nach deutschem Recht ist die Wunschmutter *nicht* Mutter im juristischen Sinne, da sie das Kind nicht austrägt. Dies ist auch der Fall, wenn ihre eigenen Eizellen verwendet wurden, sie also Mutter im biologischen Sinne ist. Infolgedessen ist auch die Vaterschaft ungeregelt. Im Falle der Leihmutterschaft ist es in vielen Ländern erforderlich, dass das Kind nach Geburt von den Wunscheltern adoptiert wird. Dies setzt voraus, dass die Leihmutter das Kind zur Adoption freigibt. Hier sind vertragliche Absicherungen vor Behandlungsbeginn eine Möglichkeit, es zeigte sich jedoch in der Vergangenheit einige Male, dass die Freigabe zur Adoption trotz vorheriger Absprache nicht gegeben wurde und dies zu gerichtlichen Auseinandersetzungen um die Elternschaft geführt hat.

- Es kann sinnvoll sein, sich nicht nur auf die rechtliche Information des Behandlungszentrums zu verlassen, sondern **unabhängigen juristischen Rat** zu suchen, also einen in dieser Materie versierten Juristen im Zielland einzubeziehen, um Interessenskonflikte zu vermeiden.
- Die Wunscheltern sollten darüber informiert sein, welche **Dokumentation** das Behandlungszentrum betreibt. Dies betrifft alle medizinischen Unterlagen, vor allem jedoch diejenigen, aus denen die Identität der Spender/der Leihmutter und des behandelten Paares hervorgeht. Alle EU-Länder sind gemäß der EU-Richtlinie (2004) gehalten, diese Dokumente mindestens 30 Jahre lang aufzubewahren; ob dies immer umgesetzt wird, scheint zurzeit fraglich. Allerdings sind nicht alle Länder verpflichtet, den so gezeugten Kindern Einsicht in diese Dokumente zu ermöglichen; dies liegt in der Regelungsbefugnis der einzelnen Länder. Eine Dokumentation, ggf. auch über die 30 Jahre hinaus, ist nicht nur relevant, damit Kinder nach Gametenspende/Leihmutterschaft Informationen über ihre biologische Herkunft einsehen können, sondern es kann auch in einem medizinischen Notfall wichtig sein, die Identität der Spender nachvollziehen zu können.
- Darüber hinaus sollten die Wunscheltern klären, ob das Kind ein Recht oder zumindest die Möglichkeit hat, die **Identität des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter** ab einem gewissen Alter (in Anlehnung an eine Adoption üblicherweise ab 16 oder Volljährigkeit) zu erfahren. In vielen Ländern ist dies ungeregelt und somit von der Behandlungspraxis der einzelnen Zentren abhängig. In den Ländern, in denen dies nicht möglich ist, kann gefragt werden, ob den Kindern zumindest sog. *nicht-identifizierbare Information* zur Verfügung gestellt werden kann. Dies sind Angaben über die Spender wie Alter, beruflicher Hintergrund, Hobbys, äußere Merkmale, die es zulassen, dass man sich ein ungefähres Bild über die Person machen, aber deren Identität nicht in Erfahrung bringen kann.
- Die Wunscheltern sollten sicherstellen, dass sie vor Behandlungsbeginn mit einer Gametenspende oder Leihmutterschaft im Besitz aller erforderlichen **juristischen Unterlagen** sind, auch jene, die sie dafür benötigen, mit dem Kind nach Deutschland einzureisen und es ggf. hier zu adoptieren.
- 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 Eigenver-

ständnis 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 in das Eigenverständnis des Paares integriert werden kann.

Wunscheltern, die eine Behandlung planen, die zu einer Kombination von sozialer und biologischer Elternchaft (z. B. Eizellspende) oder zu sozialer Elternchaft (z. B. Embryonenspende) führt, sind vor die Frage gestellt, welche Bedeutung diese Familienzusammensetzung hat und wie die Eltern damit umgehen. Eine zentrale Frage ist die Aufklärung der Kinder: erfahren die Kinder, dass sie mit Hilfe einer Gametenspende und/oder Leihmutterchaft gezeugt wurden oder bleibt dies ein Familiengeheimnis? BKiD (2008a) empfiehlt vor einer Gametenspende eine psychosoziale Beratung, damit Wunscheltern umfassend informiert sind und alle relevanten Themenstellungen, vor allem die Bedeutung der Familienzusammensetzung und der Aufklärung, reflektieren können. Hierzu gehören die folgenden Bereiche:

- Die Würdigung des Wunsches nach einem Kind, das von beiden Eltern abstammt, und ausreichend Zeit für einen **Trauerprozess**.
- Die Exploration anderer Möglichkeiten wie einer Adoption oder einem Leben ohne Kind.

- Die Exploration der Bedeutung einer **Familienzusammensetzung mit biologischer und sozialer Elternchaft**; die Bedeutung einer asymmetrischen Elternschaft (nach Samenspende, nach Eizellspende), die Bedeutung einer fehlenden biologischen Verbindung zwischen beiden Elternteilen und dem Kind (nach Embryonenspende, ggf. nach Leihmutterchaft) oder das Vorhandensein einer austragenden Mutter (nach Leihmutterchaft) für die spätere Paar- und Familiendynamik. Erste Reaktionen können zwischen intuitiver Ablehnung und unreflektierter Akzeptanz schwanken; Paare sind vor die Aufgabe gestellt, eine gemeinsame und neutrale bis positive Bedeutung einer solchen Zusammensetzung zu entwickeln.

Die Exploration der Bedeutung des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter für die Wunscheltern und das zu zeugende Kind; es kann hilfreich sein, diese weder auf- noch abzuwerten und sie nicht als biologische/r Mutter/Vater zu beschreiben, sondern als Spenderin bzw. Spender bzw. (gegenüber einem Kind) als den Mann/die Frau, der/die den Eltern den Samen/die Eizelle geschenkt hat, bzw. die Leihmutter als die Frau, die das Kind ausgetragen hat.

- Bei anonymen Spendern entwickeln Wunscheltern häufig **Phantasien** ob des Aussehens der Spenderin/des Spenders und/oder des Kindes während der Schwangerschaft. In der Regel legen sich diese Phantasien, wenn erste Ultraschalluntersuchungen eine unauffällige Entwicklung des Kindes aufzeigen. In einigen Ländern gibt es mittlerweile sog. *identity release donor* (Spender, die damit einverstanden sind, dass Wunscheltern und Kinder ihre Identität erfahren; dies ist in machen Staaten in den USA und in Australien der Fall). Einer aktuellen Studie zufolge zeigen Eltern Interesse, Kontakt zum Spender herzustellen, und zwar vor allem, weil sie neugierig ob seiner Person sind und damit ihre Kinder später ihre Identität vervollständigen können (Freeman, Jadvá, Kramer & Golombok, 2009). Neugier ob des Spenders oder der Spenderin sollte daher nicht pathologisiert werden. Vielmehr sollte exploriert werden, ob eine Möglichkeit besteht, zumindest nicht identifizierbare Information über den Spender/die Spenderin zu erhalten.
- In manchen Ländern ist es möglich oder erforderlich, dass Wunscheltern ihnen **bekannte Personen als Spender** mitbringen. In Belgien beispielsweise können Wunscheltern eine Eizellspenderin mitbringen; die Eizellen dieser Spenderin werden dann für ihre eigene Behandlung verwendet oder kommen in einen Pool und die Wunscheltern erhalten Eizellen einer anonymen Spenderin aus diesem Pool. Falls eine Behandlung mit Gameten einer bekannten Person (Schwester, Bruder, Freund/in etc.) geplant ist, ist es erforderlich, vor Behandlungsbeginn in der Beratung die Rolle, die die Spenderin bzw. der Spender nach Geburt des Kindes einnehmen soll, mit allen Beteiligten (den Wunscheltern und der Spenderin/dem Spender) zu klären. Zu bedenken ist, dass sich die Haltung aller nach Geburt des Kindes verändern kann und es wichtig ist, dass alle Involvierten bereit sind, die Rollen in einem solchen Familiengefüge immer wieder zu besprechen und ggf. neu zu klären.

- Eine **frühzeitige Aufklärung der Kinder**, die nach Gametenspende bzw. Leihmutterschaft gezeugt wurden, wird mittlerweile von vielen psychosozialen Fachkräften empfohlen und zunehmend üblicher. Dies vermeidet einen Identitätsbruch beim Kind, einen Vertrauensverlust zwischen Kind und Eltern sowie ein belastendes Geheimnis innerhalb der Familie. Deutschsprachiges, psychoedukatives Material liegt nur für die Samenspende vor (Thorn, 2006, 2008; Thorn & Herrmann-Green, 2009). Wunscheltern können auf englischsprachige Literatur hingewiesen werden, wenn sie sich mit einer Eizellspende (Sarasoehn Glaser, 2005) oder einer Leihmutterschaft (Griswold, 2006) auseinandersetzen möchten. Für die Familienbildung mit Embryonenspende wurde noch keine psychoedukative Literatur entwickelt. Um ein Familiengeheimnis und einen Vertrauensbruch zu vermeiden, ist eine Aufklärung auch in den Fällen empfehlenswert, in denen das Kind später nicht die Möglichkeit hat, die Identität der Spenderin/des Spenders/der Leihmutter zu erfahren.

Die Frage des Umgangs mit der Zeugungsart wird nicht erst relevant, wenn die Frage der Aufklärung des Kindes ansteht. Wunscheltern müssen entscheiden, ob sie Freunde und/oder Verwandte darüber aufklären, dass sie eine Behandlung mit Gametenspende machen und nach Geburt müssen sie entscheiden, wie sie in medizinischen Situationen mit der Zeugungsart umgehen, beispielsweise wenn ein Pädiater nach Vorerkrankungen in der Familie fragt.

- Die Entwicklung von Kindern nach Gametenspende wird unabhängig von der Frage, ob die Kinder bei heterosexuellen oder gleichgeschlechtlichen Eltern aufwachsen, bislang als unauffällig beschrieben. Studien belegen zudem, dass zumindest Kinder bzw. Teenager nach Samenspende bei frühzeitiger Aufklärung unbelastet mit ihrer Familienzusammensetzung umgehen und die Bindung zwischen ihnen und dem sozialen Elternteil (der Vater bzw. die lesbische Co-Mutter) genau so stabil ist wie in anderen Familienzusammensetzungen. Repräsentative Langzeitstudien über Kinder nach Gametenspende und Leihmutterschaft stehen noch aus, doch zeigen erste Studien, dass auch die Entwicklung dieser Kinder unauffällig ist.
- Es liegen derzeit keine Zahlen darüber vor, wie viele Kinder nach Gametenspende/Leihmutterschaft die **Identität des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter** erfahren möchten, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass diese Zahl in den nächsten Jahren deutlich steigen wird (Freeman et al., 2009), da das Tabu und die Stigmatisierung der Gametenspende abgebaut werden, die gesellschaftliche Akzeptanz steigt und in einigen Ländern Kinder diesbezüglich Rechte eingeräumt bekommen. Wenn Kinder dies erfahren möchten, ihnen die Identität des Spenders/der Spenderin bzw. der Leihmutter jedoch aufgrund der Gesetzgebung oder der medizinischen Praxis nicht zugänglich ist, sind Wunscheltern vor die Frage gestellt, wie sie hiermit umgehen.

In den USA hat sich vor mehreren Jahren das *Donor Sibling Registry* gegründet. Dies ist ein Zusammenschluss von Menschen nach Gametenspende, die Interesse haben, Kontakt zu Halbgeschwistern und/oder Gametenspendern herzustellen. In Deutschland ist ein ähnliches Register geplant. Mittlerweile wurde eine Dachorganisation von Betroffenenengruppen, das *International Network of Donor Conception Organisations*, gegründet. Somit werden auch auf internationaler Ebene Möglichkeiten entwickelt, Halbgeschwister und Spender ausfindig zu machen und Kontakte herzustellen (siehe Ressourcen).

- Eine heikle Frage ist die **Bezahlung** bzw. die Höhe der Aufwandsentschädigung für Eizellspenderinnen und Leihmütter. In der Regel erhalten Wunscheltern nur rudimentäre oder keine Information über die Spenderinnen selbst als auch über deren medizinische und psychologische Versorgung sowie den Geldbetrag, den sie erhalten. Sie müssen sich damit auseinandersetzen, dass eine Frau ihretwegen in eine medizinische Behandlung eingewilligt hat, die mit Komplikationen verbunden sein kann, bzw. eine Schwangerschaft austrägt und hierfür Geld erhält, einerlei ob dies als Bezahlung oder Aufwandsentschädigung gewertet wird. Auch müssen sie sich der Möglichkeit einer finanziellen Ausbeutung bewusst sein, vor allem wenn die Eizellspende oder Leihmutterschaft in einem Land mit (deutlich) niedrigerem Lebensstandard als in Deutschland durchgeführt wird.
- Eine medizinisch unterstützte Zeugung ist keine Garantie für eine Schwangerschaft oder für die Geburt eines gesunden Kindes. Daher sollten auch **schwierige Situationen** exploriert werden, beispielsweise

wenn sich trotz Eizellspende keine Schwangerschaft einstellt, wenn eine Leihmutter trotz guter Prognosen nicht schwanger wird, das Kind mit einer Behinderung geboren wird oder wenn es zu einer Mehrlingsschwangerschaft kommt.

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

8. Ressourcen

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

8.1 Publikationen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nippert I: *Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich. Die aktuelle Situation hinsichtlich der gesetzlichen Regelung, der Anwendung und der gesellschaftlichen Diskussion in Belgien, Frankreich und Großbritannien*. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin, 2006 (<http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/04250.pdf>).

Corveleyn A et al.: *Preimplantation Genetic Diagnosis in Europe*. Report for The European Communities 2007. (<http://ftp.jrc.es/EURdoc/eur22764en.pdf>).

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

8.2 Internet

- *Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V.* (Fachorganisation für psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch): www.bkid.de
- *Wunschkind e.V.* (Zusammenschluss von Selbsthilfegruppen): www.wunschkind.de
- *Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e.V.*: <http://www.repromed.de>
- *European Society for Human Reproduction and Embryology* (Europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin): www.eshre.com
- *American Society for Reproductive Medicine* (Amerikanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin): www.asrm.org
- *International Federation of Fertility Societies* (Internationale Dachgesellschaft für Reproduktionsmedizin): <http://www.iffs-reproduction.org>
- *International Infertility Counselling Organisation* (Internationale Dachgesellschaft für psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch) mit Links zu nationalen Organisationen: <http://www.iffs-iico.org>
- *International Consumer Support for Infertility* (Internationale Dachgesellschaft für Patientenorganisationen) mit Links zu nationalen Selbsthilfegruppen/-organisationen, auch in osteuropäischen Ländern: www.icsi.ws
- *Bionews* bietet in einem Newsletter regelmäßig internationale Informationen zu Reproduktionsmedizin und angrenzenden Themen: www.bionews.org.uk
- Überblick über spanische Kliniken, zusammengestellt vom spanischen Ministerium für Gesundheit: <http://www.msc.es/en/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centroReproHumAsist.htm>
- Übersicht über internationale Gesetzgebung (Webseite ist im Aufbau): http://biopolicywiki.org/index.php?title=Main_Page
- Eine seriöse deutsche Webseite, auf der sich Patienten über Behandlungen im Ausland austauschen können, ist: <http://www.wunschkind.net/forum/read/1/2812804>
- Einen Zusammenschluss von Kindern und Erwachsenen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden und die/den Spenderin/Spender oder Halbgeschwister suchen, gibt es in den USA: <http://www.donorsiblingregistry.com>
In Großbritannien gibt es eine ähnliche Webseite, die von der Regierung unterhalten wird: (<http://www.ukdonorlink.org.uk>)
In Deutschland ist dies ebenfalls geplant: (<http://www.spenderkinder-register.de>)
- Das 2008 gegründete *International Network of Donor Conception Organisations* ist eine internationale Dachorganisation von Zusammenschlüssen von Menschen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden: <http://www.inodco.com>

9. Abkürzungsverzeichnis

ART	assistierte Reproduktionstechnologien
ASRM	<i>American Society for Reproductive Medicine</i> – Amerikanische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CBRC	<i>Cross-border Reproductive Care</i> (reproduktives Reisen)
COTS	<i>Childlessness Overcome by Surrogacy</i> - die Kinderlosigkeit mit Hilfe einer Leihmutterchaft überwinden, Organisation in England
DI	donogene Insemination - Samenspende
ESchG	Embryonenschutzgesetz
ESHRE	<i>Society for Human Reproduction and Embryology</i> – europäische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
ICMART	<i>International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies</i> - Internationales Komitee zur Beobachtung der reproduktiven Technologien
ICSI	intrazytoplasmatische Spermieninjektion
iCSI	<i>International Consumer Support for Infertility</i> – internationaler Dachverband der Patientenorganisationen
IFFS	<i>International Federation of Fertility Societies</i> – internationaler Dachverband der reproduktionsmedizinischen Fachgesellschaften
IICO	<i>International Infertility Counselling Organisation</i> – internationaler Dachverband der Beratungsorganisationen
IVF	In-vitro-Fertilisation
OHSS	<i>Ovarian Hyperstimulation Syndrome</i> - Überstimulationssyndrom, das zu starken Flüssigkeitseinlagerungen führen und einen Krankenhausaufenthalt erforderlich machen kann
PGS	Präimplantationsscreening
PID	Präimplantationsdiagnostik
SET	<i>single- embryo transfer</i> – Übertragung eines einzelnen Embryos

10. Zur Autorin

Petra Thorn ist promovierte Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin und Familientherapeutin DGSF. Sie arbeitet seit 1994 in der Beratung bei Kinderwunsch. Ihr klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Familienbildung mit Gametenspende. Hierzu hat sie zahlreiche Fachartikel veröffentlicht. Sie ist Vorsitzende des *Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland e. V.* und Koordinatorin der *Special Interest Group Psychology & Counselling* der ESHRE sowie u. a. Vorstandsmitglied des *Arbeitskreises für donogene Insemination e. V.*, der deutschen Patientenorganisation *Wunschkind e. V.*, der *International Infertility Counselling Organisation* und des *International Consumer Support for Infertility*. Sie war beteiligt an den *Guidelines for Infertility Counselling* der ESHRE und hat maßgebliche Literatur im Bereich der psychosozialen Aspekte von Unfruchtbarkeit und der Familienbildung mit Gametenspende publiziert.

11. Literaturverzeichnis

- American Society for Reproductive Medicine (2006). 2006 Compendium of Practice Committee Reports. *Fertil Steril*, 86 (4), S1-S276
- Anderson R A, Pickering S (2008). The current status of preimplantation genetic screening: British Fertility Society Policy and Practice Guidelines. *Hum Fertil (Camb)*, 11 (2), 71-75.
- Ärzteblatt (2009a). Italienischer Komapatient soll Vater werden. *Ärzteblatt*. (Letzter Zugriff: 19.02.2009) <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=35493>
- Ärzteblatt (2009b). Präimplantationsdiagnostik: US-Klinik offeriert Designer-Baby. *Ärzteblatt*. (Letzter Zugriff: 20.02.2009) <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=35612>
- Ärzteblatt (2009c). Volksinitiative gegen künstliche Befruchtung in Polen *Ärzteblatt*. (Letzter Zugriff: 23.02.2009) <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=35488>
- Baby M (1986). (Letzter Zugriff: 16.02.2009) http://en.wikipedia.org/wiki/Baby_M
- Baetens P, Camus M, Devroey P. (2003). Should requests for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals? *Reprod Biomed Online*, 6 (3), 281-286
- Bahnson U (2009). Falsche Fehler – Die Stammzellforschung steht vor der Bewährungsprobe. *Die Zeit*. 26.02.2009, 31
- Balen A (2007). *Management of developmental abnormalities*. Paper presented at the European Society for Human Reproduction and Embryology. 01.-04.07.2007, Lyon
- Barnett A, Smith H (2006). Cruel cost of the human egg trade. (Letzter Zugriff: 20.01.2009) <http://www.guardian.co.uk/uk/2006/apr/30/health.healthandwellbeing>
- Benshushan A, Schenker J G. (1997). Legitimizing surrogacy in Israel. *Hum Reprod*, 12 (8), 1832-1834
- Biopolicywiki (2008). (Letzter Zugriff: 2009) www.biopolicywiki.org
- BKiD (2005). Richtlinien 'Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch'. (Letzter Zugriff: 21.02.2009) <http://www.bkid.de/richtlinien.pdf>
- BKiD (2008a). Leitlinie für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. (Letzter Zugriff: 21.02.2009) http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf
- BKiD (2008b). Selbstverpflichtungserklärung. (Letzter Zugriff: 20.03.2009) <http://www.bkid.de/kriterien.pdf>
- Bockenheimer-Lucius G (2008). Wenn der Partner an einer progredienten, potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung leidet – Fragen zur Entscheidungsfindung für eine In-vitro-Fertilisation mit ICSI. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag, 199-216
- Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*, 22 (6), 1506-1512.
- Brähler E, Stöbel-Richter Y, Huinink J, Glander H-J (2001). Zur Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Ost- und Westdeutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 17, 157-162
- Brewaeyns A, Dufours S, Kenter H (2005). Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und allein stehender Frauen berechtigt? *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 1, 35-40
- Bundesärztekammer (2006). (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. *Deutsches Ärzteblatt*, 20, A1392-A1403

- Ciccarelli J C (1997). *The surrogate mother: Post-birth follow-up*. Los Angeles: California School of Professional Psychology
- College of Physicians (2001). *Reproductive medicine and Belgian register for assisted procreation*. Verslag 1998-1999
- Cook R, Day Sclater S, Kaganas F (Hrsg.) (2003). *Surrogate motherhood – international perspectives*. Oxford, Portland: Hart Publishings
- Corveleyn A, Zika E, Morris M, Dequeker E, Davies J L, Sermon K. et al. (2007). *Preimplantation genetic diagnosis in Europe*: European Commission
- Covington S N, Gibbons W E (2007). What is happening to the price of eggs? *Fertil Steril*, 87 (5), 1001-1004
- Cutting R, Morroll D, Roberts S A, Pickering S, Rutherford A (2008). Elective single embryo transfer: guidelines for practice British Fertility Society and Association of Clinical Embryologists. *Hum Fertil (Camb)*, 11 (3), 131-146
- Dahl E, Brosig B, Hinsch K-D, Beutel M (2004). Die präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in Deutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 1 (1), 20-23
- de Lacy S (2005). Parent identity and 'virtual' children: Why parents discard rather than donate unused embryos. *Hum Reprod*, 20, 1065-1068
- Der Spiegel (2006). Künstliche Befruchtung im Ausland. (Letzter Zugriff: 20.01.2009) <http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,398951,00.html>
- Der Stern (2007). 64-jährige wird Mutter. (Letzter Zugriff: 23.01.2009) <http://www.stern.de/wissenschaft/mensch/:Aschaffenburg-64-J%E4hrige-Kind/604198.html>
- DIR (2008). *Deutsches IVF Register*. Bad Segeberg: Ärztekammer Schleswig Holstein
- Dostál J (2007). *Ethical and legal aspects of assisted reproduction. Situation in the member states that joined the European Union in 2004*. Olomouc: Placky University, Faculty of Medicine and Dentistry
- Dyer C (2003). Diane Blood law victory gives her sons their 'legal' father. *The Guardian*. (Letzter Zugriff: 25.02.2009) <http://www.guardian.co.uk/science/2003/sep/19/genetics.uknews>
- Embryonenschutzgesetz (1990)
- ESHRE (2009). Legal matters and guidelines. (Letzter Zugriff: 23.03.2009) <http://www.eshre.com/ESHRE/English/Legal-Matters-and-Guidelines/Legal-documentation/page.aspx/145>
- EU-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 (2004)
- Freeman T, Jadvá V, Kramer W, Golombok S (2009). Gamete donation: parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. *Hum Reprod*, 24 (3), 505-516
- Frommel M (2007). Deutscher Mittelweg in der Anwendung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) mit einer an den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand orientierten Auslegung der für die Reproduktionsmedizin zentralen Vorschrift des § 1, Abs. 1, Nr. 5 ESchG. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 4 (1), 27-37
- Gillam L (2002). *Surrogacy, autonomy and promising*. Melbourne: University of Melbourne, Center for Applied Philosophy and Public Ethics
- Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2004)

- Golombok S, Jadva V, Lycett E, Murray C, Maccallum F (2005). Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Hum Reprod*, 20 (1), 286-293
- Golombok S, Lycett E, Maccallum F, Jadva V, Murray C, Rust J et al. (2004). Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol*, 18 (3), 443-452
- Golombok S, Murray C, Jadva V, Maccallum F, Lycett E (2004). Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev Psychol*, 40 (3), 400-411
- Greenfeld D, Klock S C (2006). Assisted reproductive technology and the impact on children. In: Covington S-N, Hammer Burns L (Hrsg.): *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2. Aufl., 477-492
- Griswold Z (2006). *Surrogacy was the way: twenty intended mothers tell their stories*. Nightingale Media
- Gurmankin A D (2001). Risk information provided to prospective oocyte donors in a preliminary phone call. *Am J Bioeth*, 1 (4), 3-13
- Guy S (2009). 60-year old woman gives birth to twins in Canada after fertility treatment abroad. *BioNews Online*, 495 (02.02.-08.02.2009)
- Hammel A, Katzorke T, Schreiber G, Thorn P (2006). Empfehlungen des Arbeitskreises für donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung von Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 3, 166-174
- Hanafin H (1987). *Surrogate parenting: Reassessing human bonding*. Paper presented at the American Psychological Association Conference
- Hanafin H (2006). Surrogacy and gestational carrier participants. In: Covington S N, Hammer Burns L (Hrsg.): *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2. Aufl., 370-386
- Hoffman D I, Zellman G L, Fair C C, Mayer J F, Zeitz J G, Gibbons W E et al. (2003). Cryopreserved embryos in the United States and their availability for research. *Fertil Steril*, 79 (5), 1063-1069
- Hui P W, Lam Y H, Chen M, Tang M H, Yeung W S, Ng E H, et al. (2002). Attitude of at-risk subjects towards preimplantation genetic diagnosis of alpha- and beta-thalassaemias in Hong Kong. *Prenat Diagn*, 22 (6), 508-511
- Jansen E, Greib A, Bruns M (2007). *Regenbogenfamilien – alltäglich und doch anders. Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogenes Fachpersonal*. Köln: Lesben- und Schwulenverband Deutschland
- Jensen A, Sharif H, Frederiksen K, Kjaer S K (2009). Use of fertility drugs and risk of ovarian cancer: Danish Population Based Cohort Study. *BMJ*, 338, b249
- Jeska A (2008). Mein Bauch, dein Kind. *BRIGITTE*. Dezember 2008, S. 120-127
- Jones H, Cohen J, Cooke I, Kempers R (2007). IFFS Surveillance 07. *Fertil Steril*, 87 (4), Supplement 1
- Joni T (2008). Lesbische Mütter – neues Recht in Großbritannien. (Letzter Zugriff: 15.03.2009) <http://www.l-talk.de/gesellschaften/lesbische-mutter-neues-recht-in-groesbritannien.html>
- Kalfoglu A L, Gittelsohn J (2000). A qualitative study of women's experiences with oocyte donation. *Hum Reprod*, 15 (4), 798-805
- Karisch K-H (2009). Stammzelltherapie – massiv geschlampt. (Letzter Zugriff: 15.03.2009) http://www.fr-online.de/in_und_ausland/wissen_und_bildung/aktuell/1679121_Massiv-geschlampt.html
- Kleinschmidt D (2008). Die neuen Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin – zwischen Heilung und Grenzüberschreitung. In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg.): *Das Handbuch des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 37-45

- Knoll E-M (2008). Soweit gehen für ein Kind: Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag, 63-80
- Konečná H (2009). mündliche Mitteilung
- Kraske M, Ludwig U (2005). Die Babygrenze. *Der Spiegel*, 46, S. 108-118
- Lahl J (2008). Diary of a nameless, faceless egg donor. (Letzter Zugriff: 2008) http://www.cbc-network.org/enewsletter/index_12_10_08.htm
- Lavery S A, Aurell R, Turner C, Castello C, Veiga A, Barri P N et al. (2002). Preimplantation genetic diagnosis: patients' experiences and attitudes. *Hum Reprod*, 17 (9), 2464-2467
- Lee J, Yap C (2003). Embryo donation: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82 (11), 991-996
- MacCallum F, Lycett E, Murray C, Jadvá V, Golombok S (2003). Surrogacy: the experience of commissioning couples. *Hum Reprod*, 18 (6), 1334-1342
- McNair (2004). *Outcomes for Children Born of ART in a Diverse Range of Families: Occasional Paper*. Melbourne: University of Melbourne, Department of General Practice
- Michelmann H-W (2008). Reproduktionsmedizin im Jahre 2008: Probleme – Wünsche – Lösungsansätze. In: Bockenheimer-Lucius G, Thorn P, Wendehorst C (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttingen: Universitätsverlag, 1-8
- Mucklejohn I (2005). *And then there were thee. Diary of a truly single father*. London: Gibson Square Books
- Müller H (2008). Die Spendersamenbehandlung bei Lebenspartnerinnen und allein stehenden Frauen – ärztliches Handeln unter dem Diktum vermeintlicher Illegalität? *GesR*, 11, 573-580
- Murray C, Golombok S (2005a). Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry*, 75 (2), 242-253
- Murray C, Golombok S (2005b). Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Hum Reprod*, 20 (6), 1655-1660
- Myivfalternative (2009). (Letzter Zugriff: 2009) <http://myivfalternative.com>
- Nachtigall R D, Becker G, Friese C, Butler A, MacDougall K (2005). Parents' conceptualization of their frozen embryos complicates the disposition decision. *Fertil Steril*, 84 (2), 431-434
- Nekkebroeck J, Bonduelle M, Desmyttere S, Van den Broeck W, Ponjaert-Kristoffersen I (2008). Socio-emotional and language development of 2-year-old children born after PGD/PGS, and parental well-being. *Hum Reprod*, 23 (8), 1849-1857
- Nippert I (2006). *Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich. Die aktuelle Situation hinsichtlich der gesetzlichen Regelung, der Anwendung und der gesellschaftlichen Diskussion in Belgien, Frankreich und Großbritannien*. Berlin: Friedrich-Ebert Stiftung
- Nyboe Andersen A, Goossens V, Gianaroli L, Felberbaum R, de Mouzon J, Nygren K G (2007). Assisted reproductive technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum Reprod Update*, 22 (6), 1513-1525
- Parkinson J, Cuong T, Tih T, Nelson J, Batzofin J, Serafin P (1998). Perinatal outcome after in-vitro fertilisation-surrogacy. *Hum Reprod*, 14 (3), 671-676
- Patterson C J (2004). Lesbian and gay parents and their children: Summary of research findings. In: American Psychological Association (Hrsg.): *Lesbian and gay parenting: A resource guide for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association

- Pennings G (2004). Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Hum Reprod*, 19 (12), 2689-2694
- Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P (2008). ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. *Hum Reprod*, 23 (10), 2182-2184
- Plachot M (2004). Embryo donation in France, in Europe and in the United States. *Gynecol Obstet Fertil*, 32 (4), 273-279
- Prasad R (2008). The fertility tourists. *The Guardian*. (Letzter Zugriff: 21.01.2009)
<http://www.guardian.co.uk/lifeandstyle/2008/jul/30/familyandrelationships.healthandwellbeing>
- Pro Choice Forum (2009). (Letzter Zugriff: 2009) <http://www.prochoiceforum.org.uk/comm12.asp>
- Reame N, Hanafin H, Kalfoglow A (1999). Unintended consequences and informed consent: lessons learnt from former surrogate mothers. *Hum Reprod*, 14, 361-362
- Roberts M (2008). International guidelines am to discourage 'stem cell tourism' for unproven therapies. *BioNews*, 497. 02.06.2008 - 08.06.2008
- Roberts M (2009). Lesbian couple wins battle to have Scottish NHS provide IVF. *BioNews*, 497. 23.02.2009 - 01.03.2009
- Sarasohn Glaser E (2005). *Having your baby through egg donation*. Indianapolis: Perspectives Press
- Scheib J, Riordan M, Rubin S (2004). Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Hum Reprod*, 10, 239-252
- Schindele E (2006). Der Eierdeal – das globale Geschäft mit menschlichen Eizellen. (Letzter Zugriff: 12.02.2009)
<http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060/>
- Schneider J (2008). Fatal colon cancer in a young egg donor: a physician mother's call for follow-up and research on the long-term risks of ovarian stimulation. *Fertil Steril*, 90 (5), 2016 e2011-2015
- Schulz S (2008). Die Fabrik des Lebens. *Der Spiegel*, 15.09.2008
- Serafini P (2001). Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. *Hum Reprod Update*, 7 (1), 23-27
- Stillman R J (2007). A 47-year-old woman with fertility problems who desires a multiple pregnancy. *JAMA*, 297 (8), 858-867
- Stuyver I, Denys K, De Sutter P, Gerris J, Dhont M (2007). *A three-year experience with gestational surrogacy: an evaluation of medical, ethical and legal aspects*. Paper presented at the 23rd Annual Meeting of the ESHRE, Lyon
- Surrogacy Center in India. (2009). (Letzter Zugriff: 20.03.2009) <http://www.indiasurrogacy.com>
- Surrogacy, Russian. (2009). (Letzter Zugriff: 2009) www.russionsurrogacy.com
- Thorn P (2006). *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben*. Mörfelden: FamART
- Thorn P (2008). *Familiengründung mit Spendersamen - ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Thorn P, Daniels K (2008). Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 67, 993-1001
- Thorn P, Herrmann-Green L (2009). *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für lesbische Familien mit Wunschkindern durch Samenspender*. Mörfelden: FamART
- Thorn P, Katzorke T, Daniels K (2008). Semen donors in Germany: a study exploring motivations and attitudes. *Hum Reprod*, 23 (11), 2415-2420

- Thorn P, Wischmann T (2008). Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung. *J Repromed Endokrinol*, 1, 39-44
- Transplantationsgesetz – Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (2007)
- van den Akker O (2007). Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*, 13 (1), 53-62
- Vandenvorst M, Staessen C, Sermon K et al. (2000). The Brussel's experience of more than 5 years of clinical preimplanation genetic diagnosis. *Hum Reprod Update*, 6, 364-373
- Velasco J G (2007). Egg donation in Spain. The Spanish point of view. *Focus on Reproduction*, Mai, 26-30
- We Care Health Service (2009). (Letzter Zugriff: 2009) <http://www.ivfsurrogacy.com/index.htm>
- Wendehorst C (2003). Zur Möglichkeit der Embryonenadoption in einem zukünftigen Fortpflanzungsmedizingesetz. *J Repromed Endokrinol*, 19, 147-150
- Wischmann T (2008a). Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg.): *Das Handbuch des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland*. Stuttgart: Kohlhammer, 31-36
- Wischmann T (2008b). Psychosoziale Entwicklung von IVF-Kindern und ihren Eltern. *J Repromed Endokrinol*, 6, 321-324
- Ziegler G (2008). persönliche Mitteilung

