

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

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

Eine kritische Würdigung der Novellierung des (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung

Thorn P, Wischmann T

J. Reproduktionsmed. Endokrinol

2008; 5 (1), 39-44

Offizielles Organ

- des Dachverbands Reproduktionsbiologie und -medizin (DVR),
- der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM),
- der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (OEGRM),
- der Deutschen Gesellschaft für Andrologie (DGA),
- des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands (BRZ),
- der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF),
- der Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen (AGRBM),
- der Sektion Reproduktionsbiologie und -medizin der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (SRBM/DGE)

Homepage:

**[www.kup.at/
reproduktionsmedizin](http://www.kup.at/reproduktionsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

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

www.kup.at/reproduktionsmedizin

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung

P. Thorn¹, T. Wischmann²

Mit der Fortschreibung der „(Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006“ haben aus der Sicht der psychosozialen Kinderwunschberatung die psychosozialen Aspekte bei Fertilitätsstörungen gegenüber der Richtlinie von 1998 einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Dennoch fallen in der Novelle einige Ungereimtheiten und Widersprüche auf, die in der folgenden Arbeit kritisch kommentiert werden sollen.

Schlüsselwörter: Medizinische Richtlinien, Assistierte Reproduktion, Deutschland, psychosoziale Beratung, Kindeswohl

A Critical Evaluation of the 2006 German ART Guideline Amendment from the Perspective of Infertility Counselling. In 2006, the German Guideline for ART was amended and replaced the Guideline adopted in 1998. From an infertility counselling perspective, the current guideline (Novelle 2006) has significantly increased the psychosocial aspects of fertility disorders. Nevertheless, inconsistencies and contradictions remain and these will be discussed critically in this paper. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2008; 5 (1): 39–44.**

Key words: medical guidelines, ART, Germany, psychosocial counselling, welfare of the child

Mit der Fortschreibung der „(Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006“ [1] (= RiLNeu) haben aus der Sicht der psychosozialen Kinderwunschberatung die psychosozialen Aspekte bei Fertilitätsstörungen gegenüber der Richtlinie von 1998 [2] (= RiLAlt) einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Sehr begrüßenswert ist auch, dass die Leitlinie „Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie“ [3] in die RiLNeu eingearbeitet worden ist. Dennoch fallen in der Novelle einige Ungereimtheiten und Widersprüche auf, die in der folgenden Arbeit kritisch kommentiert werden sollen.

Zur fachlichen Definierung von „Beratung“

Beratung ist – im Gegensatz zu Psychotherapie – kein geschützter Begriff und wird in unterschiedlichen Kontexten gebraucht (z. B. Verbraucherberatung, Farbberatung etc.). Die hier angesprochene psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch kann als eine helfende Interaktion definiert werden, bei der Berater Ratsuchende dabei unterstützen, in Bezug auf ein Problem Orientierung, Klarheit, Wissen, Bearbeitungs- oder Bewältigungskompetenzen zu gewin-

nen [4]. Sie setzt somit fachliche Standards wie eine psychosoziale Grundausbildung (z. B. Sozialpädagogik bzw. -arbeit, Psychologie) oder eine entsprechende Weiterbildung (z. B. ärztliche Psychotherapie) sowie zusätzliche spezifische Beratungsqualifikationen (z. B. in Paarberatung) voraus. In der RiLNeu werden für die medizinischen Teilbereiche analoge Regelungen getroffen (z. B. Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ oder „Andrologie“ als Voraussetzung zur Durchführung der assistierten Reproduktion), während für die psychosoziale Kinderwunschberatung die „psychosomatische Grundversorgung“ als ausreichend erachtet wird. So wird der Eindruck vermittelt, als wäre der Bereich der psychosozialen Aspekte der ART (assistierte Reproduktionstechnologien), die in der RiLNeu einen vergleichsweise hohen Stellenwert einnehmen, von ärztlicher Seite nur auf der Grundlage dieser eher unspezifischen psychosozialen Basisqualifikation zu leisten. Ob dieses dem optimalen Stand der Forschung bzw. Versorgung entspricht, wie sie beispielsweise in einigen angelsächsischen Ländern praktiziert wird, ist mehr als strittig. Dort ist der Begriff des „infertility counselling“ längst etabliert, auch entsprechende differenzierte spezifische Qualifikationskriterien sind festgelegt. Die Anforderungen der

„Mental Health Professional Group“ (MHPG) innerhalb der „American Society for Reproductive Medicine“ (ASRM) beispielsweise verlangen einen Universitätsabschluss in einem sozialwissenschaftlichen Bereich, eine berufsrechtliche Zulassung für die Durchführung von Beratung/Therapie, sowie klinische Erfahrung und Weiterbildung im Bereich von medizinischen und psychologischen Aspekten von Unfruchtbarkeit [5]. Ähnlich sind die Voraussetzungen in Großbritannien [6]. Das „Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland“ (BKID) hat dementsprechende Qualifikationskriterien entwickelt und Fachkräfte zertifiziert [7]. Auch eine kontinuierliche Weiterbildung nach dem BKID-Weiterbildungskatalog ist zur Aufrechterhaltung der Zertifizierung für die Beraterinnen und Berater verpflichtend (s. www.bkid.de).

Inhalte und Ablauf psychosozialer Beratung bei Kinderwunsch

Unter 3.2.2. beschreibt die RiLNeu Einzelthemen, die bei der Information, Aufklärung und Beratung zu berücksichtigen sind; unter 3.2.4. wird der Arzt verpflichtet, auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen. Die Inhalte für, bzw. das Vorgehen in dieser Beratung wer-

Eingegangen: 27.12.2007; akzeptiert nach Revision: 09.01.2008

Aus der ¹Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden, und dem ²Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg.
Korrespondenzadresse: Dr. phil. Petra Thorn, Praxis für Paar- und Familientherapie, D-64546 Mörfelden, Langener Straße 37, E-Mail: mail@pthorn.de

den nicht definiert. Die europäischen „Guidelines for Counselling in Infertility“ [8] unterscheiden bei der Beratung bei Kinderwunsch zwischen „information gathering and analysis“, „implications and decision-making counselling“, „support counselling“ und „therapeutic counselling“. Während erstgenannte Beratung großteils durch den behandelnden Reproduktionsmediziner geleistet werden kann, bedarf das „implications and decision-making counselling“ und insbesondere das „support counselling“ einer (externen) psychosozialen Fachberatung (insbesondere nach „erfolgreichem“ Abschluß von ART, also ohne eine Lebendgeburt). „Therapeutic counselling“ ist ohnehin überwiegend nur durch Psychotherapeuten zu leisten. Im Gegensatz zu dieser Ansicht wird in der RiLNeu auch das „implications and decision-making counselling“ wohl als Aufgabe des behandelnden Reproduktionsmediziners gesehen, wobei die Formulierung „Im Einzelnen sind Informationen, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben: ...“ (3.2.2.) offen lässt, durch welche Profession die dann aufgezählten psychosozialen Aspekte angesprochen werden soll.

Es ist begrüßenswert, dass Reproduktionsmediziner in der RiLNeu unter 3.2.4. verpflichtet werden, auf eine psychosoziale Beratung hinzuweisen. In diesem Punkt ist die Novelle international anschlussfähig – siehe beispielsweise die schweizerische [9] oder englische Gesetzgebung [10] – und dies findet ihre Entsprechung auch in den Richtlinien von BKiD. Nicht zuletzt um Interessenskonflikte zu vermeiden, spricht sich BKiD darüber hinaus für eine von der medizinischen Behandlung personell und finanziell unabhängige Beratung aus. Des Weiteren sollte eine Beratung sowohl vor und während als auch nach der medizinischen Behandlung in Anspruch genommen werden können. Letzteres betrifft sowohl erfolgreiche als auch erfolglose Behandlungen, damit Ratsuchende weitergehende Unterstützung für belastende Folgen von ART in Anspruch nehmen können, beispielsweise bei einem Fehlgeburtsrisiko, bei einer Mehrlingschwangerschaft, nach Geburt eines behinderten Kindes oder bei der Frage der Aufklärung von Kindern bzw. Erwachsenen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden.

Mehrlinge, psychogene Fertilitätsstörungen und Datenerfassung

In der RiLNeu wird an verschiedenen Punkten die Notwendigkeit der Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften zu Recht eindringlich betont. Dabei entsteht ein sicherlich nicht unerheblicher Anteil von Mehrlingen nach hormoneller Stimulation ohne ausreichende Ultraschallkontrolle. So sind beispielsweise die beiden Heidelberger Fünflingsgeburten 1999 und 2000 Folge dieser (unkontrollierten?) Stimulationen gewesen. Die alleinige hormonelle Stimulation zählt allerdings nicht zur ART i. S. der RiLNeu (P. 1, Abs. 2 und 2.1.). Diese Gefahr wird in Kommentar 4 zwar aufgegriffen, doch bedauerlicherweise kann dies durch diese Richtlinie nicht geregelt werden, obwohl dieses dringend notwendig wäre. Darüber hinaus werden nur die gesundheitlichen und sozialen Risiken höhergradiger Mehrlinge erwähnt. Bei Mehrlingsschwangerschaften sollten jedoch auch die psychischen Schwierigkeiten im Rahmen einer Beratung während der Schwangerschaft und bei Bedarf nach der Geburt thematisiert werden [11].

Die Übernahme der Definition psychogener Fertilitätsstörungen aus der psychosomatischen Leitlinie [3] stellt aus der Sicht psychosozialer Beratung eine der bedeutsamsten Innovationen gegenüber der RiLAlt dar. Dort wurde psychogene Sterilität noch als Chimäre gehandelt, die dort sowohl eine relative Indikation für ART als auch eine relative Kontraindikation darstellte. Der in der Leitlinie genannte dritte Punkt („Verschleppen“ einer notwendigen Diagnostik) war in der RiLNeu-Arbeitsgruppe offensichtlich nicht konsensfähig.

Wie schon in der RiLAlt wird zur Qualitätssicherung die prospektive Datenerfassung durch das Deutsche IVF-Register (DIR) für unerlässlich betrachtet (s. P. 5.4.1.). Die Formulierung in der RiLNeu, dass „somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden“ sei, wurde wortwörtlich aus der RiLAlt übernommen. Die in den DIR-Jahrbüchern mitgeteilten „Baby-take-home“-Raten sind dagegen durchweg jedes Jahr aufgrund sowohl prospektiv als auch retrospektiv erfasster Daten berechnet worden (s. z. B. [12], S. 10). Die RiLAlt ist in diesem

Punkt also bisher noch nicht umgesetzt worden. Die „Baby-take-home“-Raten liegen niedriger, wenn ausschließlich prospektiv erfasste Daten zugrunde gelegt werden [13, 14].

Das Kindeswohl im homologen System

Im Kommentar zu 3.1.1. der RiLNeu wird bei Vorliegen „konkreter Anhaltspunkte für medizinische, soziale oder psychische Probleme“, durch welche die Versorgung des zu zeugenden Kindes gefährdet werden könnte, ein Behandlungsausschluss ausgesprochen. Auch „der Wille und die Möglichkeit ... diesen Gefährdungen ... entgegenzuwirken“ rechtfertigt gemäß der RiLNeu die Behandlung nicht. In dieser Absolutheit ausgedrückt beruhen diese Formulierungen auf fragwürdigen Annahmen. Die Absolutheit unterstellt eine grundsätzliche Unfähigkeit, mit Hilfe eigener oder fremder Ressourcen Schwierigkeiten zu lösen. Darüber hinaus bleibt das Wohl bereits vorhandener Kinder unberücksichtigt, denn nur die Versorgung des zu zeugenden Kindes ist für die Entscheidung maßgeblich. Die Richtlinien der ASRM [15] empfehlen hingegen, dass nicht nur dem Wohl des zu zeugenden Kindes, sondern auch dem Wohl bereits geborener Kinder bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung vorrangige Bedeutung zukommen soll. Gemäß diesen Richtlinien können besondere Lebensumstände (beispielsweise das Vorliegen einer akuten schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, kriminelle Anamnese) zu einem Behandlungsausschluss der Wunschertern führen, allerdings ist ein Behandlungsausschluss nicht grundsätzlich vorgesehen.

Auch wurde versäumt, für einen solch weitgreifenden, aber möglicherweise erforderlichen Eingriff in die reproduktive Autonomie eines Paares einen Entscheidungsfindungsprozess zu formulieren. Aus den entsprechenden Formulierungen der RiLNeu geht nicht hervor, wer eine solch heikle Entscheidung zu treffen hat. Sicherlich sollte eine derartige Entscheidung nicht im Ermessen eines einzelnen Arztes liegen, sondern beispielsweise durch ein multidisziplinäres Team im Rahmen einer klini-

schen Ethikberatung gefällt werden, in der auch eine psychosoziale Fachkraft mitwirkt. Darüber hinaus sollte der Entscheidungsprozess sorgfältig dokumentiert und dem Paar auf geeignete Weise mitgeteilt werden.

Psychosoziale Beratung im Rahmen einer donogenen Insemination

Im Gegensatz zur RiLAlt beschreibt die RiLNeu unter 5.3.2., dass vor einer heterologen Insemination (auch donogene Insemination, DI) die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme beraten werden müssen. Diese Beratung soll im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs stattfinden und es soll eine weiterführende psychosoziale Beratung angeboten werden.

Es ist zu begrüßen, dass eine psychosoziale Beratung im Vorfeld einer DI durchgeführt werden soll. Die klinische Erfahrung der Autoren sowie die Ergebnisse einer explorativen Studie [16] zeigen allerdings auf, dass ärztliche Beratung im Rahmen einer DI bislang meist unzureichend ist. Die Studie verdeutlicht, dass die ärztliche Beratung zwar umfassend über medizinische Aspekte informiert, aber meist ungenügend auf psychosoziale Fragestellungen eingeht. Aufgrund der spezifischen Zusammensetzung einer Familie nach DI, der weiterhin anhaltenden Tabuisierung dieser Behandlungsmethode und des Mangels an Information und Rechtssicherheit in einigen Bereichen hält BKiD [17], wie auch andere Berufsorganisationen (siehe [18] für eine Übersicht), eine psychosoziale Beratung für erforderlich. In manchen Ländern ist eine solche darüber hinaus vor Behandlungsbeginn gesetzlich vorgeschrieben [19, 20]. Damit kein Interessenskonflikt entstehen kann, sollte diese Beratung, wie auch die von Keiper [21] bzw. Keiper und Kentenich [22] geforderte juristische Beratung, unabhängig von der medizinischen Beratung durchgeführt werden. Sie umfasst

- Hilfe bei der Verarbeitung der Diagnose von Unfruchtbarkeit und der Trauer um ein Kind, welches mit beiden Elternteilen biologisch verwandt wäre,
- die Reflexion eventuell möglicher medizinischer Alternativen

(ICSI) und anderer sozialer Perspektiven (Adoption, Pflegekind, ein Leben ohne Kind),

- die Information über juristische, psychosoziale und ethische Aspekte der DI,
- die Exploration der Bedeutung einer anonymen Spende bzw. die Klärung von Erwartungen und Rollen, wenn der Spender bekannt ist,
- die Exploration der Bedeutung von Halbgeschwistern des Kindes in anderen Familien,
- die Sensibilisierung der Wichtigkeit der Aufklärung von Kindern,
- die Information über das Recht des Kindes auf Wissen über seine biologische Abstammung [15, 23–27].

Eine solche unabhängige Beratung vor der medizinischen Behandlung ist erforderlich, damit Wunscheltern eine Entscheidung treffen können, die auf einem „informed consent“ beruht. BKiD wird in diesem Jahr Leitlinien für die Beratung bei Gametenspende veröffentlichen (voraussichtlich im „Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie“ 2008; 3).

Aufklärung, Recht des Kindes und Dokumentation bei donogener Insemination

Ein Aspekt, zu dem weder die RiLAlt noch die RiLNeu eindeutig Stellung nehmen, ist die Frage der Aufklärung des Kindes. Zwar spricht sich die RiLNeu unter 5.3.2. dafür aus, dass die Frage der Aufklärung besonderes Gewicht in der Beratung erhält und im Kommentar wird angedeutet, dass „dem Kind die Chance einer künftigen Identitätsfindung nicht erschwert“ werden soll (zu 5.3.), allerdings bleibt auch die RiLNeu ansonsten vage. Kritisch anzumerken ist zudem, dass gem. 5.3.3.2. auch ein Elternteil ein Auskunftsverlangen an den Arzt richten kann, obgleich das Bundesverfassungsgericht nur von einem Auskunftsrecht des Kindes ausgeht. Deutlich wird jedoch beschrieben, dass die Dokumentation und die Möglichkeit des Kindes, die Identität des Spenders zu erfahren, gesetzlich nicht geregelt sind und dies immer noch dazu führt, dass der Auskunftsanspruch des Kindes hinsichtlich seiner Abstammung

unsicher ist. Die mangelnde gesetzliche Regelung hat möglicherweise auch bei der Novellierung der Richtlinien dazu geführt, dass diesbezüglich keine eindeutige Haltung entwickelt wurde. Hier besteht weiterhin dringender Regelungsbedarf, um ethische Prinzipien wie Fairness und Autonomie zu wahren. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb mit DI gezeugte Kinder nicht die gleichen Rechte wie Adoptivkinder erhalten und nicht ebenso die Identität ihres Erzeugers erfahren können. Dazu wäre es jedoch erforderlich, die Dokumentation und die Möglichkeit der Einsichtnahme gesetzlich zu regeln. Fehlende Regelungen bergen die Gefahr, dass die Praxis der Dokumentation nicht einheitlich durchgeführt wird. Eine zentrale behördliche Dokumentationsstelle, wie sie beispielsweise in der Schweiz [9], in England [10] oder Neuseeland [28] eingerichtet wurde, würde nicht nur die medizinische Praxis vereinheitlichen und damit allen so gezeugten Kindern die gleichen Möglichkeiten eröffnen, sondern würde auch sicherstellen, dass Samenspenden nicht an mehreren Einrichtungen spenden und die vom „Arbeitskreis für Donogene Insemination e.V.“ festgelegte Maximalzahl von 15 Kinder pro Samenspenden eingehalten werden kann [29].

Keiper [21] kritisiert, dass die RiLNeu nicht klärt, ob die Dokumentation bei Einsatz des Spermias oder erst bei Eintritt der Schwangerschaft zu gewährleisten ist. Bei beiden Zeitpunkten ist jedoch ungeklärt, ob es tatsächlich zur Lebendgeburt eines Kindes kommt. Insofern wäre ein dritter, zweckmäßigerer Dokumentationszeitpunkt die Geburt des Kindes, so wie es in der Schweiz praktiziert wird [9]. Auch nach der neuseeländischen Gesetzgebung informiert der die Behandlung durchführende Arzt die zentrale Dokumentationsstelle erst über die Geburt des Kindes und übermittelt dann dessen Personenangaben sowie die des Spenders [28]. Ein solches Vorgehen hat zur Folge, dass der Arzt bis zur Geburt eines Kindes für die Dokumentation zuständig ist und nach der Geburt diese Daten an eine zentrale Dokumentationsstelle weitergeleitet werden. Es würde erfordern, dass die Wunscheltern für die Bedeutung der Dokumentation, auch im Rahmen der psychosozialen Beratung, sensibilisiert

werden, damit sie den Arzt über die Geburt des Kindes informieren.

Die Verlängerung der Dokumentation von 10 auf 30 Jahre ist zu begrüßen, denn damit haben erstmals mit DI gezeugte Menschen eine realistische Möglichkeit, diese Unterlagen später einzusehen. Allerdings ist diese Gruppe in Deutschland auch hinsichtlich der Aufbewahrungszeit ihrer Daten schlechter gestellt als Adoptierte, denn die Aufzeichnung von Adoptionsvermittlungsunterlagen wird 60 Jahre lang aufbewahrt [30]. In der Schweiz gilt für die Daten bei einer Samenspende sogar eine Aufbewahrungszeit von 80 Jahren [9]. Darüber hinaus sind Adoptierte in weiteren Bereichen besser gestellt. Das Adoptionsvermittlungsgesetz hat eine Regelung hinsichtlich ihrer Möglichkeit der Einsichtnahme vorgenommen; diese sieht vor, dass sie die Unterlagen ab ihrem 16. Lebensjahr einsehen können und die Einsicht in die Dokumente durch eine psychosoziale Fachkraft begleitet wird. Dem Vorschlag von Keiper [21] nach verbindlichen Zugangsregeln für donogen gezeugte Kinder schließen wir uns an. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit einer psychosozialen Begleitung bei Einsichtnahme bestehen. Damit wäre die Benachteiligung zwischen Menschen, die mit DI gezeugt wurden und Adoptierten in diesen Punkten aufgehoben.

Die Würdigung des Samenspenders bei donogener Insemination

Die Person des Samenspenders wird in der RiLNeu nur hinsichtlich seiner Gesundheitsüberprüfung (5.3.1.) und im Kommentar (zu 5.3.) in Zusammenhang mit der Feststellung der Vaterschaft und der Andeutung einer juristischen Beratung erwähnt. Letzteres ist vage formuliert und nicht mit einer eindeutigen Empfehlung der rechtlichen Beratung verknüpft. Als Person, die einen wichtigen Beitrag für die Reproduktion eines Paares leistet, wird er wenig gewürdigt. Da seine juristische Situation vor allem hinsichtlich des Rechts des Kindes auf Auskunftsanspruch jedoch unsicher ist, sollte auch er nicht nur für juristische, sondern auch für psychosoziale Fragestellungen eine Beratung in Anspruch nehmen können,

wie dies vom „Arbeitskreis für Donogene Insemination e.V.“ empfohlen wird [29]. Fachgesellschaften sowie Fachkräfte empfehlen, dass eine Beratung für Spender die folgenden Bereiche umfaßt, damit auch dessen Entscheidung zur Spende auf einem „informed consent“ beruht:

- Juristische, psychosoziale und ethische Aspekte der DI
- Die Bedeutung der Samenspende für momentane und zukünftige Beziehungen des Spenders
- Die Bedeutung der mittels Spende gezeugten Kinder, vor allem hinsichtlich (zukünftiger) eigener Kinder
- Das mögliche Bedürfnis dieser Kinder auf Kenntnis seiner Identität
- Erwartungen hinsichtlich seiner Bedeutung und Rolle für das Kind und dessen Familienmitglieder bei einer offenen Spende (z. B. Bruder an Bruder) [15, 31–33]

Darüber hinaus sollte auch ihm eine psychosoziale Beratung offen stehen, wenn ein mit seinem Samen gezeugter Mensch mit ihm in Kontakt treten möchte.

Statusrechtliche Voraussetzungen für den Zugang zu einer donogenen Behandlung

Im Vergleich zur RiLAlt weist die Novellierung eine Lockerung der Behandlung nicht verheirateter Paare auf. Inzwischen kann die Behandlung bei unverheirateten Paaren in fester Partnerschaft durchgeführt werden, wenn der Lebensgefährte der Mutter die Vaterschaft anerkennen wird. Eine Vaterschaftsanerkennung vor Zeugung des Kindes ist jedoch juristisch umstritten (BGB § 1594, Abs. 3). In der RiLNeu wird unter 3.1.1. angedeutet, dass eine Anerkennung der Vaterschaft durch den Lebensgefährten der Mutter nach Zeugung ausreichend sei, um dessen juristischen Status zu sichern. Keiper [21] hält dies jedoch für problematisch, da gem. BGB § 1594 Abs. 3 eine Anerkennung unter Bedingungen ausgeschlossen wird. Offensichtlich ist dies ein ungelöstes Problem und diese Familienkonstellation bewegt sich bis zu dem Zeitpunkt der juristisch nicht mehr anfechtbaren Vaterschaftsanerkennung in einer Grauzone. Diese Unsicherheit sollte durch

eine gesetzliche Klärung abgeschafft werden.

Darüber hinaus können auch nach der RiLNeu gemäß 3.1.1. nur heterosexuelle Paare in fester Beziehung eine DI durchführen. Es ist allerdings bekannt, dass eine steigende Anzahl von alleinstehenden und lesbischen Frauen die DI durchführt, um eine Familie zu gründen. Von beiden Gruppen wird die Behandlung entweder im Ausland durchgeführt oder es wird eine Selbstinsemination mit dem Samen eines ihnen bekannten Mannes durchgeführt. Hinsichtlich der psychologischen und sozialen Entwicklung dieser Kinder zeigen erste Untersuchungen auf, dass sich die Familienkonstellation wohl nicht negativ auf deren Entwicklung auswirkt [34]; allerdings sind Untersuchungen von sog. „Solo-Müttern“ und ihren mit DI gezeugten Kindern bisher noch sehr spärlich [35, 36]. Diese Studien wurden in Ländern durchgeführt, in denen aufgrund geltender Gesetze der Zugang zu reproduktionsmedizinischer Behandlung nicht wegen des sozialen Status oder der sexuellen Ausrichtung verweigert werden darf (u. a. USA, England, Australien, Neuseeland, Kanada) und in denen, im Gegensatz zu Deutschland, der Spender vor rechtlichen Ansprüchen geschützt ist. Eine große Schwierigkeit bei der Verwendung von Spendersamen bei diesen Gruppen stellen in Deutschland nämlich die Rechte und Pflichten des Samenspenders dar. Da es in beiden Gruppen (lesbische Paare bzw. „Solo-Mütter“) in der Regel keinen Mann gibt, der die Vaterschaft anerkennt, könnten Vaterschaftspflichten auf den Spender übergehen, was jedoch meistens weder von der/den Mutter/Müttern noch von ihm gewünscht wird. Möglicherweise beruht die ablehnende Haltung gegenüber alleinstehenden und lesbischen Frauen nicht nur auf grundsätzlichen Bedenken dem Kindeswohl gegenüber, sondern auch der juristischen Unsicherheit, die sich in diesen Fällen für Samenspender und Familien ergeben. Entwicklungen im Ausland zeigen auf, dass auch in diesen Fällen für die Beteiligten Rechtssicherheit eingeräumt werden kann. In Neuseeland wurde beispielsweise bereits 1987 eine Gesetzgebung erlassen, die Männer grundsätzlich von Pflichten gegenüber ihren mit gespendetem Samen gezeugten Kindern befreit

[37]. In England sind Samenspende regelmäßig dann von juristischen Ansprüchen befreit, wenn ihr Samen im Rahmen einer medizinischen Behandlung von einer lizenzierten Klinik verwendet wird [10]. Es ist fraglich, ob eine Berufskammer befugt ist, bestimmte Bevölkerungsgruppen von einer Behandlung auszuschließen [38]. Auch bleibt abzuwarten, ob die Einführung des „Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes“ [39] eine Auswirkung für Behandlungsmöglichkeiten dieser Gruppen haben wird.

Fazit

Die Einführung der RiLNeu stellt sicherlich den bisher überzeugendsten Versuch in Deutschland dar, die Vielfalt und Komplexität der medizinischen, psychosozialen, ethischen und juristischen Aspekte der assistierten Reproduktion angemessen zu berücksichtigen. Insbesondere die Aufwertung und Ausdifferenzierung der psychosozialen Aspekte stellt gegenüber der RiLAlt einen sehr bedeutsamen Fortschritt dar. Auch wenn die psychosozialen Qualifikationsanforderungen an den beratenden Arzt in der RiLNeu deutlich höher ausfallen als in der RiLAlt, wurde der Anschluss an international vorhandenes Spitzenniveau des „infertility counselling“ [8] allerdings unseres Erachtens nicht ganz erreicht, vor allem was die aktive Integration einer professionellen psychosozialen Beratung und die Behandlung im donogenen System betrifft. So liegen bereits bewährte Konzepte zu Inhalten und Umsetzungen des „infertility counselling“ durch entsprechend qualifizierte Beraterinnen und Berater in angelsächsischen Ländern vor, die jedoch unberücksichtigt blieben. Eine Basisqualifikation in „psychosomatischer Grundversorgung“ reicht als Qualifikation für eine angemessene professionelle psychosoziale Kinderwunschberatung sicherlich nicht aus. Eine Integration der Richtlinien zur psychosozialen Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch des Beratungsnetzwerks Kinderwunsch Deutschland [17] in die nächste Novelle der Richtlinie zur assistierten Reproduktion wäre sehr wünschenswert. Bei der Spendersamenbehandlung wird deutlich, dass sich die RiLNeu eng an die unzureichenden gesetzlichen Vorgaben hält und dadurch in bedeutsamen Bereichen vage bleiben muß.

Hier ist der Gesetzgeber gefordert, für alle Beteiligten Rechtssicherheit herzustellen.

Literatur:

1. Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: A1392–A1403.
2. Bundesärztekammer. Durchführung der assistierten Reproduktion, Richtlinien der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 1998; 95: A3166–A3171.
3. Strauß B, Brähler E, Kentenich H (Hrsg). Fertilitätsstörungen – Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Leitlinie und Quellentext. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2004.
4. Sieckendiek U, Engel F, Nestmann F. Beratung – Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Ansätze. Juventa Verlag, Weinheim, München, 1999.
5. Covington S, Hammer Burns L (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2006.
6. Monach J. Accreditation for Infertility Counselling. J Fert Counselling 2005; 12: 26–8.
7. Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T (Hrsg). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer, Stuttgart, 2008, in Druck.
8. Boivin J, Kentenich H (eds). Guidelines for Counselling in Infertility. ESHRE Monographs, Oxford University Press, 2002.
9. Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG). 2003. Online abrufbar unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/814.90.de.pdf> (letzter Zugriff: 08.06.2007).
10. Human Fertilisation and Embryology Act (HFEA). 1990. Online abrufbar unter: http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1990/Ukpga_19900037_en_1.htm (letzter Zugriff: 06.12.2007).
11. Thorn P. Mehrlingsschwangerschaften – das große Risiko der Reproduktionsmedizin. In: Kleinschmidt D, Thorn P, Wischmann T. (Hrsg). Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer, Stuttgart, 2008 (ohne Seitenangabe, in Druck).
12. Jahrbuch 2006. Deutsches IVF-Register, Lübeck, 2007.
13. Stammer H, Verres R, Wischmann T. Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch. Hogrefe, Göttingen, 2004.
14. Wischmann T. Der Traum vom eigenen Kind – Psychosoziale Aspekte bei Fertilitätsstörungen. Gynäkologische Endokrinologie 2008; 1 (in Druck).
15. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete donation. Fert Steril 2004; 81: 527–31.
16. Thorn P, Daniels K. Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2007; 67: 993–1001.
17. Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID). 2006. Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch“, Online abrufbar unter: <http://www.bkid.de/richtlinien.pdf> (letzter Zugriff 06.12.2007).

18. Haase J, Blyth E. Global Perspectives on Infertility Counselling. In: Covington S, Hammer Burns L. (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2006; 544–58.

19. Infertility Treatment Act. 1995. Online abrufbar unter: http://www.austlii.edu.au/au/legis/vic/consol_act/ita1995264 (letzter Zugriff: 06.12.2007).

20. Statutes of Canada, Bill C-13, an Act respecting assisted human reproduction and related research. 2003. Online abrufbar unter: http://www.parl.gc.ca/common/Bills_ls.asp?lang=E&Parl=37&Ses=2&Is=C13 (letzter Zugriff: 06.12.2007).

21. Keiper U. Heterologe Insemination. Gynäkologische Praxis 2007; 31: 98–104.

22. Keiper U, Kentenich H. Die Verwendung von fremden Samen im Rahmen der Reproduktionsmedizin. Auswirkungen der (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion 2006 der Bundesärztekammer. J Reproduktionsmed Endokrinol 2007; 4: 34–7.

23. Blood J. Mandatory counselling. J Fert Counselling 2004; 11: 31–5.

24. Reproductive Technology Accreditation Committee (RTAC). 2002. Code of practice for centres using assisted reproductive technology, Fertility Society of Australia (FSA). Online abrufbar unter: <http://www.fsa.au.com/pdfs/RTAC-guidelines-2002.pdf> (letzter Zugriff: 12.06.2007).

25. Mahlstedt P, Greenfield D. Assisted reproductive technology with donor gametes: The need for patient preparation. Fert Steril 1989; 52: 908–14.

26. Thorn P, Daniels K. A group work approach in family building by donor insemination – Empowering the marginalized. Hum Fert 2003; 6: 46–50.

27. Thorn P. Recipient counselling for donor insemination. In: Covington S, Hammer Burns L. (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2006; 305–18.

28. Human Assisted Reproduction Act (HART). 2004. Neuseeland. Online abrufbar unter: <http://gpacts.knowledge-basket.co.nz/gpacts/public/text/2004/an/092.html> (letzter Zugriff: 06.12.2007).

29. Hammel A, Bispink G, Katzorke T, Schreiber G, Thorn P. 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 2006; 3: 166–74.

30. Adoptionsvermittlungsgesetz (AdVermiG). 2002. Online abrufbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/advermig_1976/index.html (letzter Zugriff: 04.12.2007).

31. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Family members as gamete donors and surrogates. Fert Steril 2003; 80: 1124–30.

32. Applegarth L, Kingsberg S. The donor as a patient: assessment and support. In: Covington S, Hammer Burns L. (eds). Infertility Counselling. A Comprehensive Handbook for Clinicians. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2006; 339–55.

33. Advisory Committee on Assisted Reproductive Technology. 2007. Guidelines on donation of eggs or sperm between certain family members. Online abrufbar unter: [http://www.healthpac.govt.nz/moh.nsf/pagescm/6798/\\$File/guidelines-family-Gamete-Donation-nov07.pdf](http://www.healthpac.govt.nz/moh.nsf/pagescm/6798/$File/guidelines-family-Gamete-Donation-nov07.pdf) (letzter Zugriff: 12.06.2007).

34. Brewaeys A, Dufour S, Kantenich H. Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen

berechtigt? *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2005; 1: 5–40.

35. Murray C, Golombok S. Solo mothers and their donor insemination infants: Follow-up age 2 years. *Hum Reprod* 2005; 6: 1655–60.

36. Murray C, Golombok S. Going it alone: Solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *American Journal for Orthopsychiatry* 2005; 75: 242–53.

37. New Zealand Status of Children Amendment Act. 1987. Online abrufbar unter: <http://www.legislation.qld.gov.au/Bills/50PDF/2001/StatusChAmdB01Exp.pdf> (letzter Zugriff: 06.12.2007).

38. Katzorke Th. Donogene Insemination. *Der Gynäkologe* 2007; 10: 807–12.

39. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG). 2006. Online abrufbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/agg/index.html> (letzter Zugriff: 04.12.2007).

ANTWORTFAX

JOURNAL FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN UND ENDOKRINOLOGIE

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement
(mindestens 4 Ausgaben) zum
Preis von € 80,- (Stand 1.1.2008)
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm
