

## **Leitlinienreport AWMF-Leitlinie 016-003 (Update 2019): „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Stand: 31.07.2020)**

**Schlüsselwörter (Deutsch):** Psychosomatik, assistierte Reproduktion, Fertilitätsstörungen, Kinderwunsch, Beratung

**Keywords (Englisch):** Psychosomatics, Assisted Reproduction, Fertility Disorders, Desire for a Child, Counselling

### **1. Geltungsbereich und Zweck**

#### ○ **Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas**

Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen haben die letzten Jahre europaweit zahlenmäßig immer mehr zugenommen. Die psychosozialen und psychosomatischen Aspekte von Fertilitätsstörungen stehen zunehmend im Fokus wissenschaftlicher Forschung, sie werden im Alltag hingegen kaum bzw. nicht adäquat berücksichtigt. Aus diesen Gründen ist eine Aktualisierung der Leitlinie 016-003 (von 2014) in 2019/2020 erfolgt.

#### ○ **Zielorientierung der Leitlinie**

Ziel der Leitlinie ist es, aufgrund der aktuellen Literatur sowie von Expertenmeinungen Empfehlungen zu geben, um eine optimale psychosomatisch orientierte Betreuung von Frau und Mann (sowie dem Paar insgesamt) bei (unerfülltem) Kinderwunsch zu ermöglichen. Diese Betreuung betrifft die Phasen der Diagnostik, einer möglichen Therapie, die Erwägung von alternativen Perspektiven sowie die erfolgreiche Bewältigung der Fertilitätsstörung als Krise.

#### ○ **Patientenzielgruppe**

Alle Frauen, Männer sowie Paare mit ungewollter Kinderlosigkeit in ihrem reproduktiven Alter.

#### ○ **Versorgungsbereich**

Ambulanter Versorgungssektor

#### ○ **Anwenderzielgruppe/Adressaten**

Alle Ärzt\*innen aus ambulanter und stationärer Versorgung, die an einer Betreuung und Therapie infertiler Frauen und Männer sowie Paaren mit Kinderwunsch beteiligt sind. Diese sind insbesondere Gynäkolog\*innen, Androlog\*innen, Ärzt\*innen mit Schwerpunkt „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ (Reproduktionsmediziner\*innen). Gleichwertig sind betroffen Psycholog\*innen, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen, Psychiater\*innen, Psychosomatiker\*innen, sowie weitere Berater\*innen und Fachkräfte, die in der psychosozialen und psychosomatischen Betreuung von Einzelpersonen sowie von Paaren mit Fertilitätsstörungen beteiligt sind. Die Leitlinie dient auch den Allgemeinmediziner\*innen und Pädiater\*innen zur Information sowie Angehörigen und Kolleg\*innen von Betroffenen mit unerfülltem Kinderwunsch.

### **2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen**

#### ○ **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen**

Teilnehmende der Konsensuskonferenz (inkl. Mitglieder der Leitliniengruppe; s. Tabelle 2) waren Reproduktionsmediziner\*innen, psychosozialer Berater\*innen und Psychotherapeut\*innen, Frauenärzt\*innen und Wissenschaftler\*innen.

- **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten**

Teilnehmerinnen der Konsensuskonferenz waren Vertreterinnen sowohl der Endometriose-Vereinigung als auch des Vereins Spenderkinder e. V. Eine Vertreterin der Patientenorganisation „Wunschkind e.V.“ war zur Konsensuskonferenz angemeldet, erschien aber nicht.

### **3. Methodologische Exaktheit**

#### **Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)**

- **Formulierung von Schlüsselfragen**

Per E-Mail-Austausch seit Dezember 2018 sowie in zwei persönlichen Treffen der „Leitliniengruppe – Aktualisierung 2019“ am 09.05.2019 und 28.10.2019 in Berlin wurden zu aktualisierende Kapitelinhalte (inkl. „Schlüsselfragen“, „Glossar“ und „Forschungsdiesiderata“) der AWMF-Leitlinie 016-003 von 2014 (Version 3.0) identifiziert und den Autor\*innen (nach der Literaturrecherche, s. u.) zur Bearbeitung und Aktualisierung zugeteilt. Neben der Aufnahme neuer Studienergebnisse in den Leitlinientext wurden veraltete Textpassagen und Studien gestrichen sowie Zahlenangaben (wenn notwendig) aktualisiert. Das Kapitel „Qualitätssicherung psychologischer Beratungs- und Therapieeffekte“ wurde auf einen kurzen Hinweis verdichtet. Das Kapitel „Schwangerschaftsverlauf, Gesundheit der Kinder und Familiendynamik nach erfolgreicher assistierter Reproduktion“ wurde neu verfasst. Als Kapitel neu hinzugekommen sind die Ausführungen zu „Kinderwunsch bei später Elternschaft“ sowie zu „Kinderwunsch bei Transgenderpaaren“. Schließlich wurden im Anhang der Leitlinie „Glossar“ und „Forschungsdiesiderata“ aktualisiert und ggf. ergänzt. Auf die Formulierung von neuen Schlüsselfragen (gegenüber Version 3.0 von 2014) wurde im Rahmen des „Update 2019“ verzichtet, nur eine Schlüsselfrage wurde neu hinzugenommen („Familienbildung mithilfe Dritter“).

- **Verwendung existierender Leitlinien zum Thema**

In der Aktualisierung der Leitlinie wurde Bezug genommen auf die AWMF-Leitlinien „Diagnostik und Therapie vor einer assistierten reproduktionsmedizinischen Behandlung (ART)“ (AWMF 015-085), „Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten“ (AWMF 015-050), „Fertilitätserhaltung bei onkologischen Therapien“ (AWMF 015-082) sowie „Extrauterin gravidität“ (AWMF 015-076) sowie auf die Guideline „Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – A guide for fertility staff“ der ESHRE (2015).

- **Systematische Literaturrecherche**

Zur Aktualisierung dieser Leitlinie wurde im Mai 2019 eine systematische Literaturrecherche über die gängigen Datenbanken mit deutschen und englischen Stichwörtern durchgeführt (Suchstring s. Anhang 1). Die Suche erfolgte für den Zeitraum Oktober 2012 bis Januar 2019, die Literaturrecherche erfolgte über Frau M.Sc. Psych. Franziska Mechler und Herrn Prof. Dr. Tewes Wischmann (beide Heidelberg). Die aktuelle Literatur wurde von der Leitliniengruppe im Konsens bewertet und zitiert. Eine formale methodische Bewertung von Studien erfolgte nicht.

- **Auswahl der Evidenz, Bewertung der Evidenz, Erstellung von Evidenztabellen**

(entfällt, da keine S2e- bzw. S3-Leitlinie)

#### **Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung**

- **Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung**

In mehreren Abstimmungsprozessen per E-Mail wurden innerhalb der „Leitliniengruppe – Aktualisierung 2019“ die verschiedenen aktualisierten bzw. neu erstellten Kapitel der Leitlinie diskutiert und ggf. von den jeweiligen Autor\*innen modifiziert. Eine finale Version 4.0 wurde mit Einladung zur Konsensuskonferenz am 11.11.2019 an die entsprechenden Fachgesellschaften und Interessensgruppen (s. weiter unten) geschickt.

Im Rahmen einer strukturierten Konsensusfindung (strukturierte Konsensuskonferenz nach dem NIH Typ) am 09.12.2019 in Berlin (Moderatorin: Dr. Monika Nothacker, AWMF) stimmten die

berechtigten Teilnehmer\*innen der Sitzung die ausformulierten Statements und Empfehlungen der Leitlinie (Version 4.0) ab. Hierbei konnte es zu signifikanten Änderungen von Formulierungen etc. kommen.

Diese Konferenz wurde wie folgt durchgeführt: Vorstellung eines Kapitelabschnitts und eines Statements bzw. einer Empfehlung mit Begründung, ggf. Rückfragen durch die Mitglieder der Leitliniengruppe, Formulieren von Änderungsvorschlägen, Abstimmung der erarbeiteten Änderungen (Konsens bei >75%). Bei Bedarf erneute Diskussion. Abschließend wurde abhängig von der Anzahl der Teilnehmenden eine Stärke des Konsensus ermittelt (s. Tabelle 1). Alle Statements und Empfehlungen konnten im Konsens oder starken Konsens (>95%) verabschiedet werden. Das Konsentierungsprotokoll kann auf Anfrage von Prof. Wischmann zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 1: Einteilung zur Zustimmung der Konsensusbildung

Symbolik	Konsensusstärke	Prozentuale Übereinstimmung
+++	Starker Konsens	Zustimmung von > 95% der Teilnehmer
++	Konsens	Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer
+	Mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer
-	Kein Konsens	Zustimmung von < 50% der Teilnehmer

Nach der Konsensuskonferenz wurden kleinere redaktionelle Änderungen des Fließtextes durch die Autor\*innengruppe vorgenommen. Eine kleinere redaktionelle Änderung wurde von der Vertreterin der Endometriose-Vereinigung e. V. für Kapitel 10 vorgeschlagen („Effektivität von Selbsthilfegruppen“) und übernommen.

Umfangreichere redaktionelle Änderungsvorschläge kamen von der Vertreterin von Spenderkinder e. V. sowie ein kritischer Kommentar zu Datenlage („Familienentwicklung nach Gametenspende“ bzw. „Embryonenspende/-adoption“) zum Kapitel 6. Der Großteil dieser Änderungsvorschläge wurde durch die Autor\*innengruppe übernommen. Weiterhin wurden von Spenderkinder e. V. am 09.01.2020 zwei Sondervoten zur Leitlinie eingebracht zur Empfehlung 4.1-E9 und zur Einleitung des Kapitels 6 sowie zum Statement 6-S26 (Sondervoten „verpflichtende Beratung/Sprachgebrauch“ und „Leihmutterchaft“), und am 13.01.2020 ergänzt durch ein Sondervotum „Datenlage“ (zum Statement 6-S18). Nach Rücksprache mit Frau Dr. Nothacker von der AWMF wurden diese drei Sondervoten durch die Vertreterin von Spenderkinder e. V. am 19.01.2020 sprachlich modifiziert (sowie das Sondervotum zur Datenlage als „kritischer Kommentar“ umbenannt) und in die vorliegende Version 4.0 der Leitlinie an den entsprechenden Stellen integriert. Am 22.01.2020 wurde die Leitlinie zur Online-Kommentierung zusammen mit dem hier vorliegenden Leitlinienreport dann an die AWMF geschickt.

Folgende Personen haben an der Erstellung des Leitlinientextes als Autor\*innen mitgewirkt („Leitliniengruppe – Aktualisierung 2019“) bzw. an der Konsensuskonferenz abstimmend teilgenommen: siehe Tabelle 2 (mit den jeweiligen Mandaten der Fachgesellschaften).

Tabelle 2: Teilnehmende der Konsensuskonferenz (inkl. Mitglieder der Leitliniengruppe)

Name	Institution	Fachgesellschaft/Organisation
PD Dr. Ada Borkenhagen *	Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Magdeburg	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
Dr. Almut Dorn *	Praxis für Gynäkologische Psychosomatik, Hamburg	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Dr. Friedrich Gagsteiger	Kinderwunsch-MVZ Ulm GmbH, Ulm	Berufsverband der Frauenärzte (BVF)
Dr. Maren Goeckenjan	Universitätsklinikum Gustav	Deutsche Gesellschaft für

	Carus, Dresden	Reproduktionsmedizin (DGRM)
Prof. Dr. Heribert Kentenich (Kordinator) *	Fertility Center Berlin, Berlin	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF)
Prof. Dr. Annika Ludwig *	MVZ für Frauengesundheit GmbH, Hamburg	---
Dipl.-Psych. Anne Meier-Credner	Technische Universität Braunschweig, Braunschweig	Verein Spenderkinder e. V.
Michelle Röhrig	Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V., Leipzig	Endometriose-Vereinigung
Dr. Dipl.-Psych. Ingrid Rothe-Kirchberger	Eigene Praxis, Stuttgart	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)
M.Sc. Psych. Maren Schick *	Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
Prof. Dr. Stefan Siegel	Evangelische Hochschule Nürnberg, Nürnberg	Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW)
Dr. Andreas Tandler-Schneider	Fertility Center Berlin, Berlin	Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ)
Dr. Petra Thorn *	Praxis für Kinderwunschberatung und Familientherapie, Mörfelden	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID)
Dr. Anna Julka Weblus *	Fertility Center Berlin, Berlin	Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG)
Prof. Dr. Tewes Wischmann (Federführender Koordinator) *	Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPPFG); Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
<i>* Mitglieder der „Leitliniengruppe – Aktualisierung 2019“</i>		

Weitere Fachgesellschaften wurden im Laufe der Erarbeitung der Leitlinie über die o. g. beteiligten Fachgesellschaften hinaus beteiligt. Angefragte Fachorganisationen bzw. Interessensgruppen waren: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS), Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGFS), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Andrologie (DGA), Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BvKJ), Deutsche Gesellschaft für Frauengesundheit (DGF), Netzwerk Donogene Insemination (Netzwerk DI). Kein Interesse bzw. keine Ressourcen verfügbar hatten DGMS, DEGAM, DGF und BvKJ. An der Konsensuskonferenz konnten nicht teilnehmen: Mandatsträger\*innen DGA, DGFS, DPV, DGVT. Trotz mehrerer Anschreiben (per Briefpost und per E-Mail) antworteten nicht: DGPM, DKPM, DGU, DGVM und Netzwerk DI.

- **Berücksichtigung von Nutzen, Nebenwirkungen-relevanten Outcomes**

Gesundheitsökonomische Aspekte wurden diskutiert, spielen vor psychosomatischer Diagnostik bzw. Therapie von Fertilitätsstörungen jedoch nur eine untergeordnete Rolle.

Grundsätzlich wurden alle Empfehlungen dieser Leitlinie unter Abwägung von Nutzen und Nebenwirkungen bzw. Risiken formuliert.

- **Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/ oder Empfehlungsgraden**

Die Evidenzgraduierung und Empfehlungsgraduierung einer Leitlinie auf S2k-Niveau ist nicht vorgesehen. Es werden die einzelnen Empfehlungen nur sprachlich unterschieden.

#### 4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

- **Pilottestung**

Da es sich um die Aktualisierung einer bereits bestehenden Leitlinie handelt, wurde keine Pilottestung vorgenommen.

- **Externe Begutachtung**

Im Zeitraum vom 21.02.2020 bis 27.03.2020 war die finale redaktionell überarbeitete Version 4.0 der Leitlinie auf der Homepage der AWMF zur Kommentierung freigeschaltet (öffentliche Konsultation). Allen oben genannten Fachgesellschaften bzw. Interessensgruppen wurde der Internetlink auf die online gestellte Leitlinie mit der Bitte, diese Leitlinienkommentierung innerhalb der Fachgesellschaft bekannt zu machen, sowie um Kommentierung und ggf. Zustimmung am 21.02.2020 per E-Mail zugeschickt. Die bis zum 27.03.2020 eingehenden Kommentierungen (s. Anhang 3, anonymisiert, mit den Beschlüssen und Antworten der Leitliniengruppe) wurden am 30.03.2020 per E-Mail an die Mitglieder der Leitliniengruppe (s. o.) geschickt und bis zum 10.07.2020 im Umlaufverfahren konsentiert. Die finale Version 4.0 der Leitlinie wurde am 17.07.2020 an die AWMF per E-Mail übermittelt.

- **Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen**

Folgende Fachgesellschaften bzw. Interessensgruppen haben der auf der Homepage der AWMF verfügbaren Leitlinien-Konsultationsfassung bis zum 27.03.2020 zugestimmt: (s. a. o. unter „Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung“): Bundesverband der Reproduktionsmedizinischen Zentren (BRZ), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (DGRM), Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), DI-Netz e. V., Endometriose-Vereinigung Deutschland, FE-Netz e. V., Verein Spenderkinder.

Über die Mandatsträger\*innen der Leitliniengruppe haben außerdem die folgenden Fachgesellschaften bzw. Interessensgruppen die Leitlinie verabschiedet: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW), Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH), Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP).

#### 5. Redaktionelle Unabhängigkeit

- **Finanzierung der Leitlinie**

Es gab keine Finanzierungen für die Leitlinienaktualisierung. Die Treffen der Leitliniengruppe sowie die Konsensuskonferenz wurden von Prof. Dr. H. Kentenich (Berlin) logistisch unterstützt (mit Räumlichkeiten und Verpflegung). Die Kosten der Moderation der Konsensuskonferenz wurden durch die anmeldende Fachgesellschaft DGPFH übernommen.

- **Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten**  
Entsprechend der AWMF-Regel für Leitlinienregister: Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikt bei Leitlinienvorhaben, Version 2.4. wird festgestellt:

1) Finanzierungskonzept

Die Finanzierung erfolgte ausschließlich über die Mitglieder der Leitliniengruppe. Die Treffen fanden in Berlin im Fertility Center Berlin statt (leitender Arzt Prof. Dr. H. Kentenich). Die Bewirtungskosten wurden über das Fertility Center Berlin getragen. Die Reisekosten wurden entweder von den Teilnehmenden selbst getragen oder über die betreffenden Fachgesellschaften.

2) Formblatt

Die unterschriebenen Formblätter (AWMF-Formular Stand 23.05.2018) mit Erklärung zum Interessenkonflikt aller Teilnehmenden der Konsensuskonferenz liegen im Original Prof. Dr. Wischmann vor und können dort eingesehen werden.

3) Erklärung zu den Interessenkonflikten

Die erste Anfrage zu den Interessenkonflikten der Leitliniengruppe fand am 06.05.2019 durch Prof. Dr. T. Wischmann statt. Von allen Teilnehmenden der Konsensuskonferenz lagen die ausgefüllten und unterzeichneten Erklärungen zum Konferenzdatum vor. Ergänzend gingen die Erklärungen von Prof. Dr. M. David und Prof. Dr. C. Dorn vom Februar 2020 ein. Von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe und der Konsensuskonferenz liegen damit aktuelle Erklärungen zum „Conflict of Interest“ vor (s. Anhang 2).

4) Bewertung von den Interessenkonflikten

Die Bewertung zu Interessenkonflikten erfolgte im Umlaufverfahren entsprechend den Erklärungen zum Interessenkonflikt. Es ergaben sich nur potentielle Konflikte durch die Mitgliedschaft in Fachgesellschaften und Berufsverbänden. Dieses Konfliktpotential wurde als „nicht vorhanden“ oder „gering“ eingeschätzt (Ausführungen zur Bewertung s. Anhang 2).

## 6. Verbreitung und Implementierung

- **Konzept zur Verbreitung und Implementierung**

Die aktuelle Version dieser Leitlinie wird auf der Website der AWMF zum Download veröffentlicht. Weiterhin wird sie auf der Homepage der DGPF (als federführender Fachgesellschaft) sowie ggf. auch auf den Homepages anderer, an der Erstellung der Leitlinie beteiligter Fachgesellschaften, publiziert. Nach Veröffentlichung der Leitlinie wird angestrebt, die Langversion (bei maximal 10-12 Seiten des Leitlinientexts) oder die Kurzversion im Journal „Geburtshilfe und Frauenheilkunde (GebFra)“ zu publizieren. Ein Supplement im „Frauenarzt“ ist möglich.

- **Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie**

Um den Umgang des Leitlinieninhalts für spezielle Situationen (Praxisalltag, Vorträge) oder für nicht medizinische Interessensgruppen (Patienten, Laien) zu erleichtern, wird in dieser Leitlinie die Erstellung einer Kurzversion und einer DIA- bzw. PPT-Version angestrebt. Im Leitlinientext wird auf entsprechende Informationsmöglichkeiten im Internet hingewiesen (z. B. BMFSFJ, BZgA, BKID)

- **Diskussion möglicher organisatorischer und/oder finanzieller Barrieren gegenüber der Anwendung der Leitlinienempfehlungen**

Die grundlegenden Empfehlungen in der Leitlinie orientieren sich an den gesetzlichen bzw. berufsrechtlichen Vorgaben. Die weiteren Empfehlungen können – aufgrund ihrer Empfehlungsstärke – bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen bzw. zu hoher Barrieren (zumindest zeitweise) in ihrer Anwendung ausgesetzt werden.

- **Messgrößen für das Monitoring: Qualitätsziele, Qualitätsindikatoren**

Spezifische Qualitätsindikatoren wurden nicht benannt.

## 7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

- **Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status**

Die vorliegende Version 4.0 der Leitlinie (Version 1 aus dem Jahr 1999, Version 2 aus dem Jahr 2003, Version 3 aus dem Jahr 2014) wurde in der Konsensuskonferenz am 09.12.2019 verabschiedet (Version 4.0). Sie wurde am 16.02.2020 (Konsultationsfassung) inhaltlich überarbeitet und am 01.07.2020 redaktionell finalisiert (Version 4.0). Bei dringendem Bedarf kann eine Leitlinie früher aktualisiert werden, bei weiterhin aktuellem Wissenstand kann ebenso die Dauer auf maximal 5 Jahre verlängert werden (somit maximal gültig bis einschließlich 8. Dezember 2024).

- **Aktualisierungsverfahren**

Ansprechpartner für diese Prozesse sind die federführende Autoren der Leitliniengruppe in enger Zusammenarbeit innerhalb der festgelegten Gültigkeitsdauer oder nach Ablauf der Gültigkeit die Leitlinienkommission.

Der **Leitlinienreport** wurde erstellt am 31.07.2020 von

Prof. Dr. sc. hum. Tewes Wischmann, Dipl.-Psych.

Institut für Medizinische Psychologie im ZPM, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg  
Tel. +49 6221 56-8137, Fax. +49 6221 56-5303, E-Mail: [Tewes.Wischmann@med.uni-heidelberg.de](mailto:Tewes.Wischmann@med.uni-heidelberg.de)

## Anhang

### 1. Suchstring der Literaturrecherche in den Datenbanken

Psychology, Adolescent/classification[Mesh] OR Psychology, Adolescent/methods[Mesh] OR Psychology, Adolescent/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychology, Clinical/classification[Mesh] OR Psychology, Clinical/diagnosis[Mesh] OR Psychology, Clinical/methods[Mesh] OR Psychology, Clinical/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychology, Developmental/methods[Mesh] OR Psychology, Experimental/methods[Mesh] OR Psychology, Experimental/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychology, Medical/methods[Majr] OR Psychology, Medical/statistics and numerical data[Majr] OR Psychology, Social/analysis[Mesh] OR Psychology, Social/classification[Mesh] OR Psychology, Social/complications[Mesh] OR Psychology, Social/epidemiology[Mesh] OR Psychology, Social/genetics[Mesh] OR Psychology, Social/nursing[Mesh] OR Psychology, Social/pathology[Mesh] OR Psychology, Social/physiology[Mesh] OR Psychology, Social/prevention and control[Mesh] OR Psychology, Social/psychology[Mesh] OR Psychology, Social/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychology, Social/therapeutic use[Mesh] OR Psychology, Social/therapy[Mesh] OR psychology [Subheading] OR Behavioral Medicine/classification[Mesh] OR Behavioral Medicine/methods[Mesh] OR Behavioral Medicine/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychosomatic Medicine/classification[Mesh] OR Psychosomatic Medicine/diagnosis[Mesh] OR Psychosomatic Medicine/methods[Mesh] OR Psychosomatic Medicine/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychosomatic Medicine/therapy[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/analysis[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/classification[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/complications[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/diagnosis[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/epidemiology[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/genetics[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/mortality[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/nursing[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/pathology[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/physiology[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/prevention and control[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/psychology[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/surgery[Mesh] OR Psychophysiologic Disorders/therapy[Mesh] OR Psychosocial Support Systems[Mesh] OR Self-Management/methods[Mesh] OR Self-Management/psychology[Mesh] OR Self-Management/statistics and numerical data[Mesh] OR Stress, Psychological/analysis[Mesh] OR Stress, Psychological/classification[Mesh] OR Stress, Psychological/complications[Mesh] OR Stress, Psychological/diagnosis[Mesh] OR Stress, Psychological/epidemiology[Mesh] OR Stress, Psychological/genetics[Mesh] OR Stress, Psychological/mortality[Mesh] OR Stress, Psychological/nursing[Mesh] OR Stress, Psychological/pathology[Mesh] OR Stress, Psychological/physiology[Mesh] OR Stress, Psychological/prevention and control[Mesh] OR Stress, Psychological/psychology[Mesh] OR Stress, Psychological/statistics and numerical data[Mesh] OR Stress, Psychological/surgery[Mesh] OR Stress, Psychological/therapeutic use[Mesh] OR Stress, Psychological/therapy[Mesh]

AND (Infertility/analysis[Mesh] OR Infertility/classification[Mesh] OR Infertility/complications[Mesh] OR Infertility/congenital[Mesh] OR Infertility/diagnosis[Mesh] OR Infertility/embryology[Mesh] OR Infertility/epidemiology[Mesh] OR Infertility/genetics[Mesh] OR Infertility/mortality[Mesh] OR Infertility/nursing[Mesh] OR Infertility/pathology[Mesh] OR Infertility/physiology[Mesh] OR Infertility/prevention and control[Mesh] OR Infertility/psychology[Mesh] OR Infertility/statistics and numerical data[Mesh] OR Infertility/surgery[Mesh] OR Infertility/therapy[Mesh] OR Erectile Dysfunction/analysis[Mesh] OR Erectile Dysfunction/classification[Mesh] OR Erectile Dysfunction/complications[Mesh] OR Erectile Dysfunction/congenital[Mesh] OR Erectile Dysfunction/diagnosis[Mesh] OR Erectile Dysfunction/epidemiology[Mesh] OR Erectile Dysfunction/genetics[Mesh] OR Erectile Dysfunction/mortality[Mesh] OR Erectile Dysfunction/nursing[Mesh] OR Erectile Dysfunction/pathology[Mesh] OR Erectile Dysfunction/physiology[Mesh] OR Erectile Dysfunction/prevention and control[Mesh] OR Erectile Dysfunction/psychology[Mesh] OR Erectile Dysfunction/statistics and numerical data[Mesh] OR Erectile Dysfunction/surgery[Mesh] OR Erectile Dysfunction/therapy[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/analysis[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/epidemiology[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/genetics[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/physiology[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/psychology[Mesh] OR Pregnancy, High-Risk/statistics and numerical data[Mesh] OR Pregnancy Rate/epidemiology[Mesh] OR Pregnancy Rate/statistics and numerical data[Mesh] OR Reproductive History/genetics[Mesh] OR Reproductive History/physiology[Mesh] OR Reproductive Medicine/analysis[Mesh] OR Reproductive Medicine/classification[Mesh] OR Reproductive Medicine/complications[Mesh] OR Reproductive Medicine/diagnosis[Mesh] OR Reproductive Medicine/growth and development[Mesh] OR Reproductive Medicine/methods[Mesh] OR Reproductive Medicine/pathology[Mesh] OR Reproductive Medicine/physiology[Mesh] OR Reproductive Medicine/psychology[Mesh] OR Reproductive Medicine/statistics and numerical data[Mesh] OR Reproductive Medicine/surgery[Mesh] OR Reproductive Medicine/therapy[Mesh] OR Insemination/classification[Mesh] OR Insemination/epidemiology[Mesh] OR Insemination/genetics[Mesh] OR Insemination/methods[Mesh] OR Insemination/mortality[Mesh] OR Insemination/nursing[Mesh] OR Insemination/physiology[Mesh] OR Insemination/psychology[Mesh] OR Insemination/statistics and numerical data[Mesh] OR Insemination/therapeutic use[Mesh] OR Insemination/therapy[Mesh] OR Fertilization/genetics[Mesh] OR Fertilization/methods[Mesh] OR Fertilization/prevention and control[Mesh] OR Fertilization/therapy[Mesh] OR Fertilization in Vitro/classification[Mesh] OR Fertilization in Vitro/epidemiology[Mesh] OR Fertilization in Vitro/methods[Mesh] OR Fertilization in Vitro/mortality[Mesh] OR Fertilization in Vitro/nursing[Mesh] OR Fertilization in Vitro/psychology[Mesh] OR Fertilization in Vitro/statistics and numerical data[Mesh] OR Fertilization in Vitro/therapeutic use[Mesh] OR Fertilization in Vitro/therapy[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/classification[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/epidemiology[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/methods[Mesh] OR Sperm Injections,

Intracytoplasmic/mortality[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/nursing[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/psychology[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/statistics and numerical data[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/therapeutic use[Mesh] OR Sperm Injections, Intracytoplasmic/therapy[Mesh] OR Embryo Disposition/classification[Mesh] OR Embryo Disposition/nursing[Mesh] OR Embryo Disposition/psychology[Mesh] OR Embryo Disposition/statistics and numerical data[Mesh] OR Embryo Disposition/therapeutic use[Mesh] OR Embryo Disposition/therapy[Mesh] OR Reproductive Techniques/analysis[Mesh] OR Reproductive Techniques/classification[Mesh] OR Reproductive Techniques/complications[Mesh] OR Reproductive Techniques/epidemiology[Mesh] OR Reproductive Techniques/genetics[Mesh] OR Reproductive Techniques/methods[Mesh] OR Reproductive Techniques/mortality[Mesh] OR Reproductive Techniques/nursing[Mesh] OR Reproductive Techniques/physiology[Mesh] OR Reproductive Techniques/psychology[Mesh] OR Reproductive Techniques/statistics and numerical data[Mesh] OR Reproductive Techniques/therapeutic use[Mesh] OR Reproductive Techniques/therapy[Mesh] OR Reproductive Behavior/classification[Mesh] OR Reproductive Behavior/epidemiology[Mesh] OR Reproductive Behavior/physiology[Mesh] OR Reproductive Behavior/psychology[Mesh] OR Reproductive Behavior/statistics and numerical data[Mesh])

AND (Counseling/classification[Mesh] OR Counseling/methods[Mesh] OR Counseling/statistics and numerical data[Mesh] OR therapy [Subheading] OR Psychotherapy/classification[Mesh] OR Psychotherapy/complications[Mesh] OR Psychotherapy/epidemiology[Mesh] OR Psychotherapy/methods[Mesh] OR Psychotherapy/mortality[Mesh] OR Psychotherapy/nursing[Mesh] OR Psychotherapy/physiology[Mesh] OR Psychotherapy/psychology[Mesh] OR Psychotherapy/statistics and numerical data[Mesh] OR Psychotherapy/therapeutic use[Mesh] OR Psychotherapy/therapy[Mesh] OR Diagnosis/abnormalities[Mesh] OR Diagnosis/analysis[Mesh] OR Diagnosis/classification[Mesh] OR Diagnosis/complications[Mesh] OR Diagnosis/congenital[Mesh] OR Diagnosis/diagnosis[Mesh] OR Diagnosis/embryology[Mesh] OR Diagnosis/epidemiology[Mesh] OR Diagnosis/genetics[Mesh] OR Diagnosis/growth and development[Mesh] OR Diagnosis/methods[Mesh] OR Diagnosis/mortality[Mesh] OR Diagnosis/nursing[Mesh] OR Diagnosis/pathology[Mesh] OR Diagnosis/physiology[Mesh] OR Diagnosis/prevention and control[Mesh] OR Diagnosis/psychology[Mesh] OR Diagnosis/statistics and numerical data[Mesh] OR Diagnosis/surgery[Mesh] OR Diagnosis/therapeutic use[Mesh] OR Diagnosis/therapy[Mesh] OR Health Promotion/classification[Majr] OR Health Promotion/methods[Majr] OR Health Promotion/statistics and numerical data[Majr] OR Genetic Counseling/classification[Mesh] OR Genetic Counseling/methods[Mesh] OR Genetic Counseling/psychology[Mesh] OR Genetic Counseling/statistics and numerical data[Mesh])

NOT (Academic Dissertations as Topic[Mesh] OR Address[Publication Type] OR Research Report[Mesh] OR Bibliography[Publication Type] OR Biography[Publication Type] OR Books[Mesh] OR Book Illustrations[Publication Type] OR Classical Article[Publication Type] OR Collected Work[Publication Type] OR Comment[Publication Type] OR Congress[Publication Type] OR English Abstract[Publication Type] OR Dictionary[Publication Type] OR Directory[Publication Type] OR Duplicate Publication[Publication Type] OR Editorial[Publication Type] OR Ephemera[Publication Type] OR Government Document[Publication Type] OR Historical Article[Publication Type] OR Legal Case[Publication Type] OR Legislation[Publication Type] OR Letter[Publication Type] OR Newspaper Article[Publication Type] OR Overall[Publication Type] OR Periodical Index[Publication Type] OR Pictorial Work[Publication Type] OR Popular Work[Publication Type] OR Review[Publication Type] OR Systematic Review[Publication Type] OR Video-Audio Media[Publication Type] OR Webcasts[Publication Type] OR Meta-Analysis as Topic[Mesh] OR Book Selection[Mesh] OR Congresses as Topic[Mesh] OR Manuscripts, Medical as Topic[Mesh])

NOT (animal) OR (Contraception [Mesh] OR Erectile Dysfunction [Mesh] OR Contraception OR erectile dysfunction)

resulting in 486 hits.

2. Erklärungen zum Interessenskonflikt Autor\*innen und der Teilnehmenden der Konsensuskonferenz (tabellarisch zusammengefasst)

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit <sup>1</sup>	Honorare für Vortrags- und Schulungs- tätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co- Autoren- schaften <sup>2</sup>	Finanzielle Zuwendun- gen (Dritt- mittel) <sup>3</sup>	Eigentümer- interesse an Arzneimittel- n/ Medizin- produkten <sup>4</sup>	Besitz von Geschäfts- anteilen, Aktien, Fonds <sup>5</sup>	Persönliche Bezieh- ungen <sup>6</sup>	Mitglied- schaft Fachge- sellschaf- ten/ Berufs- verbände <sup>7</sup>	Politische, wissen- schaftliche oder persönliche Interessen <sup>8</sup>	Gegen- wärtiger und frühere Arbeit- geber (<3 Jahren)
Ada Borkenhagen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Matthias David	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Almut Dorn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Christoph Dorn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Friedrich Gagsteiger	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Maren Goeckenjan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
<b>Heribert Kentenich</b>	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Annika Ludwig	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit <sup>1</sup>	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co- Autorenschaften <sup>2</sup>	Finanzielle Zuwendungen (Dritt- mittel) <sup>3</sup>	Eigentümer- interesse an Arzneimittel n/ Medizin- produkten <sup>4</sup>	Besitz von Geschäfts- anteilen, Aktien, Fonds <sup>5</sup>	Persönliche Beziehungen <sup>6</sup>	Mitglied- schaft Fachge- sellschaften/ Berufs- verbände <sup>7</sup>	Politische, wissen- schaftliche oder persönliche Interessen <sup>8</sup>	Gegen- wärtiger und frühere Arbeit- geber (<3 Jahren)
Anne Meier- Credner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Michelle Röhrig	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Ingrid Rothe- Kirchberger	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Maren Schick	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Stefan Siegel	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Andreas Tandler- Schneider	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Petra Thorn	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Anna Julka Weblus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein

	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit <sup>1</sup>	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten, bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften <sup>2</sup>	Finanzielle Zuwendungen (Dritt-mittel) <sup>3</sup>	Eigentümer-interesse an Arzneimittel n/ Medizin-produkten <sup>4</sup>	Besitz von Geschäfts-anteilen, Aktien, Fonds <sup>5</sup>	Persönliche Bezieh-ungen <sup>6</sup>	Mitglied-schaft Fachge-sellschaf-ten/ Berufs-verbände <sup>7</sup>	Politische, wissen-schaftliche oder persönliche Interessen <sup>8</sup>	Gegen-wärtiger und frühere Arbeit-geber (<3 Jahren)
<b>Tewes Wischmann</b>	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
<p>1 = Berater-bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung</p> <p>2 = Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung</p> <p>3 = Finanzielle Zuwendungen (Dritt-mittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung</p> <p>4 = Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)</p> <p>5 = Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft</p> <p>6 = Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft</p> <p>7 = Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung</p> <p>8 = Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten</p>									

Nach Selbstauskunft aller Beteiligten und Bewertung durch die Interessenkonfliktbeauftragten (T. Wischmann und H. Kentenich) liegen bei allen Teilnehmenden der Konsensuskonferenz nur geringe Interessenskonflikte vor (Skalenwert 1: Mitgliedschaft in Fachgesellschaften / Berufsverbänden / Interessensgruppen bzw. Mandatsträger). Die unterschriebenen Originalerklärungen aller Beteiligten liegen dem federführenden Koordinator T. Wischmann vor. Die Fremdbewertung der Interessenserklärungen und Umgang mit Interessenkonflikten erfolgte im Rahmen einer Diskussion zu Beginn der Konsensuskonferenz. Als protektive Faktoren sind die systematische und unabhängige Evidenzaufarbeitung im Leitlinientext sowie die strukturierte Konsensfindung mit einer repräsentativen Leitliniengruppe (s. Punkt 2 des Leitlinienreports) und einer unabhängigen AWMF-Moderatorin zu sehen.

3. Bis zum 27.03.2020 eingegangene (anonymisierte) Kommentierungen der Konsultationsfassung der Leitlinie (mit den Beschlüssen und Antworten der Leitliniengruppe)

---

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
1.1/S.9	Entgegen weit.. [264]	Streichung des Satzes	Tendenziös und reisserisch - Statement keinesfalls gesichert - Gegenstand der Diskussion 2.ff

**Anmerkung Leitliniengruppe:** Änderung ist inhaltlich sinnvoll

**Aktion:** Änderungsvorschlag angenommen

---

E-Mail von 01.03.2020

Sehr geehrter Herr Professor Wischmann,

danke für die Zusendung der Konsultationsfassung. Der [anonymisiert] ist mit der zugesandten Fassung einverstanden. Kleinere redaktionelle Änderungen in der Sondervoten sind im Anhang kenntlich gemacht.

Freundliche Grüße,  
[anonymisiert]

**Anmerkung Leitliniengruppe:** Änderungsvorschläge sprachlich sinnvoll

**Aktion:** Änderungsvorschläge angenommen

---

An das

Autorenteam der  
AWMF-Leitlinie 016-003 „Psychosomatisch orientierte  
Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (Update  
2019)

[anonymisiert]

[anonymisiert], den 10.03.2020

## Stellungnahme

[anonymisiert]

zum Entwurf der AWMF-Leitlinie 016-003 „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“  
(Update 2019)

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Wischmann, sehr geehrtes Autorenteam der o.g. Leitlinie,

wir danken Ihnen sehr für die Zusendung der Leitlinie und dafür, dass Sie [anonymisiert] die Gelegenheit geben, uns vor der Veröffentlichung zu dieser Leitlinie zu äußern.

[anonymisiert] konzentriert sich hier auf die Inhalte, die direkt mit dem Thema „Familiengründung mit Samenspende“ zu tun haben. Zunächst möchten wir unsere Hochachtung vor Ihrer sehr komplexen Arbeit ausdrücken. Wir bitten um Verständnis, dass wir für unsere Kommentierung nicht Ihr vorgegebenes Formular benutzen. Der Platz darauf ist nicht ausreichend. Wir weisen jedoch auf die Textstellen, auf die wir uns beziehen, ganz konkret hin, um Ihnen die Arbeit zu erleichtern.

Zu dem von Ihrem Autorenteam geschriebenen Text haben wir nur diese Anmerkungen:

1. Der Begriff „künstliche Befruchtung“ ist nicht wissenschaftlich und nicht eindeutig.  
Gemeint wird damit manchmal IVF/ ICSI, manchmal Insemination, manchmal Gametenspende und manchmal alles zusammen. Der Begriff ist auch irreführend, da die Befruchtung selbst nie künstlich, sondern immer natürlich erfolgt. Der Begriff „künstliche Befruchtung“ wird manchmal bewusst stigmatisierend verwendet, im Sinne

von „nicht ganz echt“. Daher bitten wir darum, den Begriff durch „assistierte Befruchtung“ zu ersetzen (Seite: 54, 63, 64, 65, 81, 101, 123). Da, wo auf Titel hingewiesen wird, in denen der Begriff „künstliche Befruchtung“ leider bereits enthalten ist, wie z.B. auf Richtlinien, lässt es sich nicht vermeiden, den Begriff abzudrucken.

2. Zitat S. 92, 2. Absatz:

„Die Aufklärungsrate ... Dies wird mit dem Stigma der männlichen Infertilität in Verbindung gebracht, die durch die Aufklärung offengelegt wird, und mit der Angst des Vaters vor einer möglichen Ablehnung durch das Kind.“

Diese Aussage als alleinige Begründung für eine zu niedrige Aufklärungsrate anzuführen, lässt die Motive des Vaters bzw. der Eltern in einem negativen Licht erscheinen. Der Entschluss für eine Geheimhaltung kann jedoch auch mit anderen Gründen (als einer Angst des Vaters vor persönlicher Ablehnung) zu tun haben. Nach unserer Erfahrung entscheiden sich Eltern meist dann gegen die Aufklärung, wenn sie sich um die fehlende Akzeptanz ihres Familienmodells im sozialen Umfeld Sorgen machen. Weil Eltern die sozialen Folgen einer Offenlegung verantwortungsbewusst reflektieren, können sie zu der Einschätzung kommen, dass eine Geheimhaltung womöglich der beste Schutz für die Familie wäre. In solchen Fällen geht es eben nicht um die persönlichen Empfindsamkeiten eines unsicheren Vaters, sondern um ein verantwortungsvolles Abwägen im Interesse der Familie. Auch wenn [anonymisiert] eine dezidierte Haltung „Pro-Aufklärung“ vertritt, können wir die Motive von Eltern, die sich hier anders entscheiden, durchaus verstehen.

[anonymisiert] hat auf dem Erlanger Symposium Samenspende 2013 einen Vortrag zum Thema: „Wie kann das gesellschaftliche Stigma überwunden werden?“ gehalten. Darin sprach sie über die Makroebene (gesetzliche Absicherung), die Mesoebene (verpflichtendes Beratungsangebot von Ärzten; Forschung und besseres Verständnis für diesen Familientyp; Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen; Kooperation zwischen Ärzten und Beratern, Selbsthilfeorganisationen und Fachgruppen) und die Mikroebene (niedrigschwelliges Beratungsangebot), auf der das Stigma überwunden werden könnte. Wir möchten das gerne noch ergänzen. Die Art und Weise, in der in Medien und Publikationen über unser Familienmodell geschrieben wird, ob sie wertschätzend oder geringschätzig ist, die Frage, ob der Staat uns mit unserem Familienmodell gleiche Rechte gibt (z.B. Kostenübernahme durch die Krankenkassen) und ob er uns ausreichend zutraut, verantwortungsbewusst eine informierte autonome Entscheidung zu treffen (z.B. Zwangsverpflichtung zur vs. Angebot von psychosozialer Beratung), aber auch die Art und Weise, mit der Dritte, denen wir von unserem Familienmodell erzählen, darauf reagieren, beeinflussen Eltern in ihrer Entscheidung für oder gegen Offenheit.

3. Seite 118: Zu den hilfreichen Selbsthilfegruppen in Deutschland zählt unbedingt auch [anonymisiert] mit dem zusätzlichen Portal [anonymisiert], über das Regionalgruppen in verschiedenen Gegenden Deutschlands gegründet werden konnten, die sich regelmäßig treffen und sich wechselseitig unterstützen. Außerdem können über [anonymisiert] einzelne Ansprechpersonen kontaktiert werden. Auch das bedeutendste deutsche Internetportal [anonymisiert], das von ungewollt Kinderlosen für ungewollt Kinderlose gegründet wurde und über das in den fast 20 Jahren seines Bestehens tausende Kontakte der Selbsthilfe zustande gekommen sind, verdient in Ihrer Leitlinie unbedingt eine Erwähnung.

Das umfangreiche Angebot von Selbsthilfe-Organisationen sollte in seinem Wert nicht unterschätzt werden. Selbsthilfeaktivitäten zeichnen sich durch außerordentliche lebensweltliche Nähe aus, und es kommt innerhalb unserer Betroffenen-Netzwerke zu einer besonderen Akkumulation fachlicher und feldbezogener Expertise. Es gibt zahlreiche Familien und Personen, die zu keinem Berater und zu keinem Reproduktionsmediziner Kontakt suchen würden, aber Hilfe aus dem Betroffenen- Netzwerk gern annehmen. Es wäre sicher zu kurz gegriffen, wenn man das psychosoziale Unterstützungsangebot, das in der Selbsthilfebewegung für Betroffene bereitgestellt wird, auf „nicht professionell geleitete Selbsterfahrungsgruppen“ reduzieren würde. Wir denken, das könnte in Ihrer Leitlinie noch deutlicher herausgearbeitet werden.

4. Zitat Seite 128:

„Einige Verfahren der assistierten Reproduktion sind ethisch umstritten, wie z. B. die Gametenspende bzw. Embryonenspende/- adoption und die Leihmutterschaft.“

Samenspende, als Gametenspende, wird hier in den Bereich des ethisch Umstrittenen gerückt, also als potenziell verwerflich. Wir bewerten die Verwendung der Formulierung „ethisch umstritten“ an dieser Stelle als ungünstig.

Sie klingt stigmatisierend und könnte auch den Effekt haben, dass Eltern dann lieber nicht aufklären wollen. Wenn sogar ein Autorenteam wie Ihres der Auffassung ist, dass das eigene Familienmodell vielleicht „unethisch“ und damit zu verurteilen ist, dann ist es wohl doch besser, sich damit zu verstecken? Die Verfahren sind nicht „ethisch umstritten“, sondern es gibt Menschen, die aufgrund ihres traditionellen Familienbildes und ihrer Wertvorstellungen/ ihrer Weltsicht die Verfahren nicht anerkennen wollen und alles dafür tun, um sie – auch unter Verwendung des Begriffs „unethisch“ – grundsätzlich zu verhindern bzw. die Familien, die sich so gründen, zu stigmatisieren. Selbstverständlich kann man einige derzeitige Praktiken im Zusammenhang mit diesen Familienmodellen kritisieren, z.B. die Anonymität, Geldflüsse, eine unzureichende Aufklärung von Spendern und Empfängern, ... usw. Auch ist das Familienmodell der

sogenannten Leihmutterschaft schwierig so umzusetzen, dass man allen Beteiligten gerecht wird. Das bedeutet aber nicht zwingend, dass das Modell an sich und in jeder seiner möglichen Varianten automatisch abzulehnen wäre. Doch gerade weil das Modell der Leihmutterschaft schwierig ist und weil es hier noch viel mehr (teilweise nachvollziehbare) Vorbehalte gibt, möchten wir Familien nach Samenspende nicht in einem Zug mit der Leihmutterschaft genannt sehen.

Wir schlagen vor, „Ethische Aspekte“ mit „Kontroversen“ zu ersetzen und „sind ethisch umstritten“ mit „werden kontrovers diskutiert“. Daran anschließend könnte in etwa stehen: „Kritisiert wird dabei entweder das Familienmodell an sich, weil es nicht in das Wertesystem der betreffenden Personen passt oder es wird die Art und Weise kritisiert, wie das Familienmodell umgesetzt wird. Hier gilt es, herauszufinden, was an der Umsetzung noch verbessert werden kann. Grundsätzlich müssen die Familien vor öffentlichen und persönlichen Anfeindungen geschützt und darin gestärkt werden, selbstbewusst mit der Art und Weise der Gründung ihrer Familie umzugehen.“

Darüber hinaus müssen wir uns leider intensiver mit den abgedruckten Statements des [anonymisiert] auseinandersetzen. [anonymisiert] profiliert sich seit einiger Zeit nicht nur in Ihrer Leitlinie, sondern auch in diversen Fachartikeln mit teilweise sehr fragwürdigen Einlassungen, die darauf gerichtet sind, die Familiengründung mit Samenspende und weitere Familienformen zu diskreditieren. Die Tatsache, dass sie selbst mittels Samenspende gezeugt wurde, befähigt sie allerdings nicht in besonderer Weise zum Beispiel ein Urteil zur Leihmutterschaft abzugeben. Sie gibt ihr auch nicht das Recht, im Namen aller so gezeugten Menschen, also z.B. auch im Namen der Kinder der Familien aus [anonymisiert] zu sprechen.

Im Einzelnen möchten wir Stellung nehmen zu den drei Sondervoten des [anonymisiert]:

### 1. Sondervotum auf Seite 56 ff.: Zwangsberatung, Sprachgebrauch...

1.1. [anonymisiert] lehnt die Zwangsberatung ab und spricht sich stattdessen für ein verpflichtendes Angebot psychosozialer Beratung aus: Nicht die Nachfrage muss verpflichtend sein, sondern das Angebot. Für die Motivation, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist es entscheidend, welches Ziel diese Beratung offiziell verfolgt. Entsprechend der kritischen Grundhaltung der [anonymisiert] - es wird fast ausschließlich auf mögliche Probleme einer Familiengründung mit Spendersamen fokussiert - gewinnt man den Eindruck, Zwangsberatung solle „das Schlimmste“ verhindern. Beratung darf aber neben erläutern, erklären und vermitteln von Knowhow auch ermutigen, beruhigen und auf die zu erwartenden positiven Ergebnisse hinweisen. Dann wird sie auch gerne angefragt.

Im Anhang an dieses Schreiben finden Sie unseren ausführlichen Kommentar zu der Frage, ob es eine Beratungspflicht für intendierte Eltern geben sollte.

Das Statement des [anonymisiert] fußt auf den Erfahrungen von heute erwachsenen Menschen, die zu einer anderen Generation gehören als die Menschen, die heute und zukünftig erst das Licht der Welt erblicken. Ihre Eltern hatten zur Zeit ihrer Zeugung nicht die Gelegenheit, sich umfassend zu informieren. Sie gründeten ihre Familie in einem Umfeld, in dem niemand über die Samenspende sprach. Auch wurde damals davon ausgegangen, dass es nie möglich sein würde, dass der Spender und das mit seinem Samen gezeugte Kind jemals eine Verbindung aufnehmen könnten. Ärzte haben grundsätzlich für Geheimhaltung plädiert. Oft wurden die Kinder nicht über ihre Entstehungsweise informiert. Diese Menschen stehen heute – falls sie wissen möchten, von wem sie abstammen - meistens vor dem Problem, dass sie nicht herausfinden können, wer der Spender war. Die Ausgangssituation von heute geborenen Menschen, die mit Hilfe einer Samenspende in Deutschland gezeugt wurden, ist eine ganz andere Situation als vor 30 oder 40 Jahren.

[anonymisiert] projiziert die ihrer Zeit geschuldeten Erfahrungen aus dem eigenen Verein auf alle Menschen, die mit Samenspende gezeugt werden. Dabei unterstellt sie identische Bedürfnisse in verallgemeinernder Weise. Sie ist aber nicht berechtigt, zu bestimmen, welche Bedeutung die Samenspende und der Spender für alle anderen so gezeugten Menschen zu haben hat.

#### 1.2. Zitat [anonymisiert], S. 57 oben:

„Die Art und Weise wie von den weiteren genetischen Elternteilen des Kindes gesprochen wird, vermittelt dem Kind, welche Bedürfnisse seine Eltern haben und welche Rollen der Beteiligten im Familienmodell sie favorisieren. Selbst wenn die Eltern dem Kind Interesse an weiteren genetischen Elternteilen zugestehen, spürt das Kind, dass es diese nicht lieber mögen darf als die Wunscheltern.“

[anonymisiert] spricht sich anscheinend dafür aus, dass die Bezeichnung „Spender“ aus dem Sprachgebrauch verschwindet und nur noch vom „genetischen Vater“ gesprochen wird. Dies hätte jedoch negative Konsequenzen für das Kind: Zunächst kann man zwar die Verwendung „genetischer Vater“ damit rechtfertigen, dass hierdurch die Tatsache der genetischen Verwandtschaft von Kind und Samenspender Rechnung getragen würde. Aber gleichzeitig, und das scheint gewollt zu sein, wird dem Samenspender mit der Bezeichnung „genetischer“ Vater eine Vaterrolle zugesprochen. Doch diese ist schon besetzt. Unter Beachtung von kindlichen Entwicklungsphasen sollte man große Vorsicht walten lassen, ob man beispielsweise gegenüber Dreijährigen von ihrem anderen, „genetischen Vater“ spricht. Dies würde aller Voraussicht nach das Kind verwirren, da für das Kind der „Vater“ ist, der im Alltag physisch präsent ist, als Bindungsperson zur Verfügung steht und die väterlichen Rechte und Pflichten ganz selbstverständlich innehat. Kinder haben Vorstellungen von einem Vater und seinem sozialen Handeln, die sie beim Spender, wenn er als Vater tituliert

wird, vermuten könnten. Sie könnten dann Erwartungen an den Spender entwickeln, die nicht erfüllt werden. Wir halten nichts davon, Kindern qua Sprachwahl zu suggerieren, ein – nicht anwesender – Vater kümmere sich nicht um sie und habe kein Interesse an ihnen. Es dient dem Kindeswohl, Kinder vor einer solchen Sprachverwirrung zu bewahren. Dem Spender allein aufgrund seiner genetischen Verwandtschaft eine Vaterrolle zuzuweisen, die er überdies nicht einnehmen will, offenbart ein biologistisches Weltbild. In späteren Entwicklungsphasen kann natürlich der Samenspender auch eine ganz andere Rolle einnehmen. Wenn die genetische Abstammung für das Kind zu einer wichtigen Frage werden sollte, fände die Verwendung der Begriffe „genetischer oder biologischer Vater“ auf einer ganz anderen Grundlage statt.

Dass wir uns dagegen aussprechen, den Samenspender mit einer Vaterrolle in Verbindung zu bringen, bedeutet übrigens nicht, ihn als Person zu leugnen. Das wird sehr schön in den Aufklärungsbüchern deutlich, in denen unseren Kindern unsere besondere Familiengründung mit Hilfe von Spendersamen nacherzählt wird. Der Samenspender wird als hilfreicher Mann gezeigt, der uns seinen Samen schenkte, damit wir unser Kind bekommen konnten.

[anonymisiert] empfiehlt, dem Spender in Gesprächen mit dem Kind eine positive Rolle zu geben und offen für die Bedürfnisse des Kindes zu sein. Der Spender bekommt damit genauso viel Raum, wie das Kind es für sich einfordert. Der Spender bekommt auch keine randständige Funktion „zugewiesen“, wie es im Sondervotum des [anonymisiert] behauptet wird, sondern der Spender möchte von vornherein vorsätzlich eine randständige Funktion einnehmen. Möchte er das nicht, dann wird er sich nicht für eine Samenspende, sondern für ein Co-Parenting-Modell entscheiden.

Wir können es allerdings verstehen, wenn ein Teil der Menschen, die mittels Samenspende gezeugt wurden, dem Spender eine andere Rolle geben möchte, als er selbst es zum Zeitpunkt der Spende wollte oder auch immer noch will. Jeder Mensch hat für sich das Recht, in seiner persönlichen (Gefühls-)Welt anderen Menschen eine Rolle zu geben. Manchmal fühlen sich auch Menschen ohne genetische Verwandtschaft und ohne die tatsächliche soziale Rolle als Vater und Sohn, Mutter und Tochter oder als Geschwister. Niemand darf ihnen dann das Recht absprechen, so zu fühlen oder das im gegenseitigen Einvernehmen auch so zu leben. Insofern dürfen die Menschen im Verein „Spenderkinder“ ihren Spender gerne als „genetischen Vater“ oder sogar auch als „Vater“ bezeichnen (oder qua Erwachsenenadoption eine Vater-Kind-Beziehung rechtlich umsetzen) wenn das ihrem persönlichen Gefühl entspricht. Sie können daraus allerdings nicht ableiten, dass auch alle anderen so gezeugten Menschen auf dieselbe Art und Weise fühlen müssen und schon gar nicht minderjährige Kinder.

Nachvollziehen können wir die Kritik, dass der Begriff „Spender“ genaugenommen ein Begriff aus der Perspektive der Eltern, des Spenders oder des Arztes sein kann, nicht aber aus der Perspektive des Kindes. Daher gilt es zukünftig tatsächlich noch einen

angemesseneren Begriff zu finden. Dass es derzeit noch keinen präziseren Begriff gibt, hat auch damit zu tun, dass das Verfahren der Samenspende relativ neu ist und lange Zeit im Geheimen stattfand.

Man kann jedoch durchaus versuchen, passendere Beschreibungen zu finden. Viele Eltern im [anonymisiert] sagen daher gegenüber ihren Kindern in der Regel auch nicht: „Dein Spender“, sondern eher: „Der Mann, der seinen Samen gegeben hat, damit wir dich bekommen konnten.“ oder „Der Mann, von dem ein Teil deiner Gene herkommt.“ Damit können unsere Kinder eine genauere Vorstellung davon entwickeln, welche Rolle dieser Mann für sie persönlich spielt. Zugleich machen wir die Erfahrung, dass die Bezeichnung „der Spender“ für unsere Kinder aber auch kein Drama ist. In dem Wort „Spender“ drückt sich nämlich für sie der positive Aspekt aus, dass er mit seinem Samen dazu beigetragen hat, dass sie ins Leben gekommen sind. Das eigene Leben ist ein wunderbares Geschenk („donor“) – das sehen nicht nur die Eltern gerne so, sondern auch die Kinder, im Prinzip genauso, wie es bei herkömmlich gezeugten Kindern der Fall ist.

1.3. [anonymisiert] möchte den allgemeinen Begriff „Vater“ für den Spender auch mit folgenden Begründungen legitimieren:

„wird zumindest im Rahmen der Embryonenadoption von abgebenden und annehmenden Eltern gesprochen, obwohl diese Menschen auch keine rechtliche Beziehung zum Kind wünschen.“ (S. 57, vorletzter Absatz) und „Auch Kinder, deren Vater vor der Geburt verstorben ist, haben einen genetischen Vater. Möglicherweise haben sie keinen rechtlichen oder sozialen Vater. Auch Männer, denen bspw. Kontakt zu ihrem Kind verweigert wird, so dass sie keine rechtliche und soziale Beziehung zu ihm wahrnehmen können, bleiben genetischer Vater des Kindes. Von adoptierten Menschen wird nicht erwartet, dass sie ihre leiblichen Eltern z.B. „Abgeber“ oder gar „Spender“ nennen. Rechtlich gibt es den Eintrag „Vater unbekannt“ oder die Bezeichnung „rechtlicher Vater“, ohne dass dafür eine soziale Beziehung zum Kind eine Voraussetzung ist.“ (Seite 57, letzter Absatz).

Die Verwendung der Bezeichnung „genetischer Vater“, um auf eine genetische Verwandtschaft ersten Grades hinzuweisen ist nicht falsch. Wir haben oben aber deutlich gemacht, dass die Bezeichnung „genetischer Vater“ abzulehnen ist, wenn dem Samenspender darüber eine Vaterrolle zugewiesen wird. Für die Zuweisung einer Vaterrolle gilt es Folgendes zu beachten: Bei der Embryoadoption oder auch bei der herkömmlichen Adoption wird ein Embryo abgegeben und kein Samen. Es kommt unseres Erachtens darauf an, wer zum Zeitpunkt der Zeugung die Vaterrolle innehat bzw. die Verantwortung für die Zeugung trägt. Und das ist in allen o.g. Beispielen tatsächlich der Mann, mit dessen Samen das Kind gezeugt wurde. Bei der Samenspende hingegen hat der soziale Vater die Vaterrolle auch schon zum Zeitpunkt der Zeugung, denn ohne seine Einwilligung erfolgt die Zeugung nicht. – In vielen anderen Kulturen kommt es nicht unbedingt auf die genetische Vaterschaft an. Da ist der Vater oft derjenige, der die soziale

Vaterrolle lebt. Manchmal gibt es auch mehrere Väter. Insofern ist das Beharren darauf, dass ein Mann, dessen Samen zur Zeugung eines Kindes geführt hat, ein Vater sein soll, auch ein Stück Kulturkampf. Es ist das Resultat eines Familienbildes, das den betreffenden Menschen in ihrem kulturellen Umfeld (nicht nur von den Eltern, sondern auch in der Schule, im Freundeskreis, durch das Aufnehmen von Informationen aus den verschiedenen Medien, ... usw.) antrainiert wurde.

Dies noch am Rande: Wenn aus Sicht des [anonymisiert] der Begriff „Spender“ eher vermieden werden sollte, dann erscheint es uns seltsam widersprüchlich, dass der [anonymisiert] den Begriff „Spender“ so demonstrativ in seinem Vereinsnamen führt. Wäre denn dann nicht eine Umbenennung in [anonymisiert] konsequent?

1.4. Zum Begriff „Behandlung“ im Sondervotum des [anonymisiert] auf Seite 57 -> Zitat:

„Der Begriff „Behandlung“ sollte auf Verfahren begrenzt werden, mit denen tatsächlich die Fruchtbarkeit oder der Kinderwunsch verändert werden sollen.

... Wird z.B. eine fruchtbare Frau mit dem Samen eines „Spenders“ befruchtet, ändert sich dadurch weder etwas an ihrem Kinderwunsch noch an der Fertilität ihres Partners. Bei lesbischen oder alleinstehenden Frauen liegt ebenfalls keine Krankheit vor, sondern ein Wunsch. Würde die Erfüllung des Kinderwunsches als Behandlung gewertet, würde das Kind zum Ziel-Objekt.“

Wir bitten darum, dieses Statement zu entfernen, denn die Behauptung, das Kind würde dadurch zum „Objekt“, ist polemisch und dient der Diffamierung unseres Familienmodells. Außerdem verfolgt der [anonymisiert] damit und mit zahlreichen anderen Methoden das Ziel, eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen wie bei anderen Familiengründungen zu verhindern und damit auch, Stigmatisierung aufrecht zu erhalten. Zum Thema Kostenübernahme der donogenen Insemination durch die Krankenkassen haben wir unseren Standpunkt auf unserer Webseite veröffentlicht: [anonymisiert]

Eine Behandlung ist die donogene Insemination auch in dem Sinne, dass Hand angelegt wird. Es wird zwar in der Tat nicht „mit Gameten behandelt“, die donogene Insemination findet aber im medizinischen Behandlungskontext statt. Das ist auch gut so, weil es oft ergänzender medizinischer Maßnahmen bedarf und weil sich viele Wunschehler hinsichtlich komplizierter Diagnostik von Fertilitätsstörungen und mit Blick auf Interventionsmöglichkeiten bei Ärzten in den richtigen Händen fühlen. Es kommt nicht darauf an, ob sich durch die reproduktionsmedizinische Behandlung an der natürlichen Fertilität der behandelten Person etwas ändert.

Die Behauptung, das Kind würde zum „Ziel-Objekt“ und damit wäre das Verfahren „unethisch“, ist ein rhetorisches Stilmittel von Gegnern bestimmter reproduktionsmedizinischer Verfahren, das auch [anonymisiert] gerne und häufig anwendet. Es ist für uns kaum vorstellbar, dass diese Ansicht von allen Mitgliedern ihres Vereins mitgetragen wird.

## 2. Sondervotum Seite 94, Sichtweisen der Kinder und Erwachsenen

Zum Thema Begriff „Spender“ vs. Begriff „Vater“ haben wir uns bereits oben geäußert. Unsere Kinder müssen keinen Loyalitätskonflikt fürchten und wir erleben gerade bei unseren jugendlichen Kindern, die sich abgrenzen, dass sie auch zu vielen anderen Themen ganz bewusst ihre eigene Weltsicht äußern, die nicht immer mit unserer übereinstimmt. Es ist eine Unterstellung, dass wir den Spender nicht als Person wahrnehmen würden. Selbstverständlich - und zum Glück! – ist der Spender ein Mensch. Sollten unsere Kinder ein Interesse entwickeln, den Spender kennenzulernen, werden wir sie dabei unterstützen. Einige Eltern in unserem Verein tun dies bereits.

Ergänzend zu den im Sondervotum genannten Erfahrungen der Menschen im [anonymisiert] können wir berichten, dass unsere Kinder, die ganz nach den psychosozialen Empfehlungen mit dem Wissen über die Samenspende aufwachsen, manchmal auch genervt sind, dass wir immer wieder mit diesem Thema anfangen. Offenbar empfinden sich manche so gezeugte Menschen nicht als „Spenderkinder“, sondern einfach nur als Menschen, als Fußballspieler, als Künstler, als Gamer, als Youtuber, als Radfahrer und als vieles andere mehr.

Insofern betrachten wir den Begriff „Spenderkinder“, den der Gesetzgeber wohl ganz bewusst im Samenspenderregistergesetz nicht gewählt hat, den [anonymisiert] hingegen in ihren Sondervoten neben der Bezeichnung ihres Vereins auf nur drei Seiten noch neunmal verallgemeinernd verwendet, eher kritisch. Man darf sich ja als „Spenderkind“ empfinden, jedoch muss man damit nicht gleich auch allen anderen mittels Samenspende gezeugten Menschen den Begriff „Spenderkind“ als Stempel aufdrücken.

## 3. Sondervotum auf der Seite 103 zur Leihmutterchaft

Wir empfehlen, dieses 3. Sondervotum vollständig zu streichen. [anonymisiert] polemisiert hier an mehreren Stellen: „Ethisch ist zu berücksichtigen“,

„Menschenbild“, „Vertrag über einen Menschen“, „Würdeverletzung des Menschen“, „Kind als Objekt“, „Schwangerschaft wie eine Dienstleistung zu betrachten“, „Frauenbild“, „Kinder zu Vertragsobjekten“, „Kind zu einem Produkt dieser Arbeit“, ... usw.

Es ist nicht zielführend, das Thema Leihmutterschaft so abzuhandeln. Vielmehr sollte doch geschaut werden, warum es Leihmutterschaft gibt, welche Formen es gibt und was man tun kann, diese im Sinne aller Beteiligten zu gestalten und in bestimmten Situationen auch zu verhindern. Ihre Richtlinie, die sich an Berater wendet, ist dazu gedacht, diese dazu zu befähigen, Menschen, die mit der Idee, ein Kind mittels Leihmutterschaft auszutragen, in die Beratung kommen, bestmöglich zu beraten. Sie ist nicht dazu gedacht, Meinungsmache zu betreiben.

Anhang: Sollte es eine Beratungspflicht für intendierte Eltern geben?

[anonymisiert] vertritt die Auffassung, dass eine psychologische Zwangsberatung der Wunscheltern nicht gesetzlich vorgeschrieben werden sollte. Wir glauben, dass eine hohe Aufklärungsrate eher erreicht werden kann, wenn man Wunscheltern die psychologische Beratung nicht als Zwangsverpflichtung verkauft, sondern als Anspruch gewährt, den sie haben, wenn sie eine Familiengründung mit Samenspende in Erwägung ziehen. Eine Zwangsverpflichtung würde den Eltern keine Wertschätzung signalisieren, was zur Folge haben kann, dass intendierte Eltern den Inhalt der Beratung weniger ernst nehmen. Bestehende Ansprüche hingegen nimmt jeder gern und mit Selbstbewusstsein wahr.

Eine weitergehende Verpflichtung angehender Eltern von Seiten des Gesetzgebers lässt sich aus unserer Sicht dagegen nicht rechtfertigen, denn gelungene psychosoziale Beratung ist immer invasiv. Sie ist nicht einfach nur eine bloße ärztliche Belehrung oder ein Informationsgespräch, denn psychosoziale Beratung ist darauf angelegt, in die intime und psychische Welt der beratenden Person einzugreifen. Beratungen im Zwangskontext führen häufig dazu, dass sich die zu Beratenden nicht ausreichend öffnen und die Beratung daher nicht den Erfolg hat, den sie in einem freiwilligen Setting hätte. Schlimmstenfalls haben die Wunscheltern dann den Eindruck, dass sie sich hier einer Eignungsprüfung unterziehen müssen und sich daher gar nicht trauen, heikle Punkte anzusprechen.

Zwang von Seiten des Staates stellt immer einen massiven Eingriff in die Autonomie seiner Bürgerinnen und Bürger dar und verlangt extrem schwerwiegende Gründe, also einen zwingenden Bedarf. Auch stellt staatlicher Zwang eine Ultima Ratio dar - das angestrebte Ziel sollte durch keine anderen Mittel erreicht werden können. Die Erfahrung, dass Beratung hilfreich sein kann, würde für die Einführung einer staatlichen Zwangsverpflichtung nicht ausreichen. Die Schwäche der Argumentation für eine Pflichtberatung zeigt sich auch darin, dass Kritiker nicht genau präzisieren, welche Inhalte eine solche eigentlich haben sollte. Das lässt darauf schließen, dass die Forderung nach einer Pflichtberatung vielmehr auf diffusen moralischen Ressentiments gegen die Samenspende fußt.

Ein Beratungsanspruch der Wunscheltern könnte durchaus als Teil der üblichen ärztlichen Aufklärungs- und Informationsverpflichtung formuliert sein. Schon jetzt machen manche Ärzte eine psychosoziale Beratung zur Bedingung für die Spendersamenbehandlung. Dies sei ihnen als privatwirtschaftliche und ärztliche Entscheidung unbenommen. Ärzte sollten zum Nachweis einer aktiven Kooperation mit einem psychosozialen Beratungsnetz verpflichtet werden.

In diesem Zusammenhang wäre es wünschenswert, wenn eine Kostenübernahme für die Beratung von Wunscheltern erfolgt, da viele auch aus Kostengründen vor Beratung zurückschrecken. Wunscheltern sind unserer Erfahrung nach gerne bereit, Beratung in Anspruch zu nehmen, wenn sie den Eindruck haben, damit etwas Gutes für ihre entstehende Familie und für ihr zukünftiges Kind zu tun.

Wir raten Wunscheltern, sich im Vorfeld der Behandlung und bei Problemen qualifiziert beraten zu lassen - das geht zum Beispiel [anonymisiert] selbst (denn auch in unserem [anonymisiert] gibt es dafür ausgebildete PsychotherapeutInnen) oder bei den psychosozialen BeraterInnen der [anonymisiert].

[zugesandtes Dokument: „Stellungnahme [anonymisiert] zur Leitlinie.pdf“ vom 10.03.2020 (Eingang: 15.03.2020)]

**Anmerkung Leitliniengruppe:** für die erste vorgeschlagene Änderung (Änderung „künstliche Befruchtung“ in „assistierte Befruchtung“) gibt es keine ausreichende Evidenz nach den bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema

**Aktion:** erster Änderungsvorschlag abgelehnt

**Begründung:** Der Begriff ist etabliert, nicht stigmatisierend und offiziell üblich (s. BÄK-Richtlinien 2018)

**Anmerkung Leitliniengruppe:** für die zweite vorgeschlagene Änderung (Ausführungen zur Aufklärung von Kindern nach Samenspende) gibt es keine ausreichende Evidenz nach den bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema

**Aktion:** zweiter Änderungsvorschlag abgelehnt

**Begründung:** Es werden keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege dafür gegeben.

**Anmerkung Leitliniengruppe:** dritte vorgeschlagene Änderung (Aufnahme von [anonymisiert] und [anonymisiert] in Kapitel 10) ist akzeptabel

**Aktion:** dritter Änderungsvorschlag angenommen

**Anmerkung Leitliniengruppe:** vierte vorgeschlagene Änderung (Änderung Formulierung „ethisch umstritten“ in Forschungsdesiderata) ist wissenschaftlich z. T. vertretbar

**Aktion:** vierter Änderungsvorschlag z. T. übernommen (Überschrift: „Ethische Aspekte **und Kontroversen**“, Fließtext: „Einige Verfahren der assistierten Reproduktion sind ethisch umstritten **oder werden kontrovers diskutiert**, wie z. B. die Gametenspende bzw. Embryonenspende/-adoption und die Leihmutterchaft“.

**Anmerkung Leitliniengruppe:** vorgeschlagene Änderungen zu „Sondervoten Spenderkinder“: [anonymisiert] hatte auf Einladungen zur Mitarbeit an der Leitlinie im Jahr 2019 bis zu deren Verabschiedung nicht reagiert. Für die vorgeschlagenen Änderungen zu „Sondervoten Spenderkinder“ gibt es keine ausreichende Evidenz nach den bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema. Die Leitliniengruppe hat sich gegen inhaltliche Änderungen der Sondervoten entschieden.

---

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Wischmann, sehr geehrtes Autorenteam der o.g. Leitlinie,

[anonymisiert] hat Ihnen vor ein paar Tagen eine Stellungnahme zur o.g. Leitlinie zugesandt. Weil wir uns als [anonymisiert] weitestgehend nur auf die Themen beziehen wollten, die direkt etwas mit dem Thema [anonymisiert] zu tun haben, blieben einige Themen unberücksichtigt.

Vielleicht freuen Sie sich darüber, wenn ich Ihnen außerhalb der Stellungnahme des Vereins hier mitteile, was mir darüber hinaus noch aufgefallen ist?

1. Auf der Seite 20 und 44 wird auf das Phänomen eingegangen, dass mehr als die Hälfte aller Frauen, die mittels IVF/ ICSI Mutter werden wollten, die Therapie vorzeitig abbricht. Bezug genommen wird u.a. auf das D.I.R. 2018, Seite 19 - Ich staune über diesen Umstand, da das nicht meiner Erfahrung entspricht. Ich lese seit inzwischen 18 Jahren in den Internetforen [anonymisiert] und [anonymisiert] mehrere hundert Geschichten, aus denen ich mich zu erinnern meine, dass es deutlich weniger Abbrüche gibt, dass hingegen aber viele intendierte Eltern den Arzt bzw. das Kinderwunschzentrum wechseln. Ich möchte nicht Studienergebnisse infrage stellen, aber Sie selbst, Prof. Dr. Wischmann, schreiben ja auch zu den Zahlen im D.I.R.: „*Kritisch anzumerken ist, dass die Zahlen zentrumspezifisch erhoben wurden, und Fortsetzungen der Therapie nach Zentrumswechsel nicht erhoben werden konnten. Möglicherweise ist die Zahl der „Therapieabbrecher“ daher überschätzt.*“ – Aus diesem Grund wäre ich vorsichtig mit Aussagen zur Zahl der Therapieabbrecher. Vielmehr wäre es wohl lohnenswert, beim D.I.R. nachzufragen, ob das Ergebnis nur aus den Meldungen der einzelnen Kliniken resultiert oder ob die Frauen jeweils gefragt wurden, in wie vielen Zentren sie vorher schon in reproduktionsmedizinischer Behandlung waren. Interessant wäre sicher auch eine Befragung von Menschen, die im Ausland ihren Kinderwunsch realisieren, wieviele Stationen sie schon hinter sich haben. Lohnenswert wäre es in dem Zusammenhang auch, nach dem Schaubild im D.I.R. 2013 auf Seite 29 zu fragen. Wenn man dazu die Geburtenraten pro Versuch nimmt, ließe sich die Anzahl der Abbrecher ermitteln. – Vielleicht geben die Daten beim D.I.R. auch an anderer Stelle, z.B. in den Sonderauswertungen eines Vorjahres, her, wie oft es Klinikenwechsel gab? – Davon aber abgesehen fände ich es sinnvoll, im Zusammenhang mit der Thematisierung von Abbrechern auch etwas zu den kumulierten Erfolgsraten zu sagen. Die kumulierte Schwangerschaftsrate nach 4 Versuchen ist 78,6% (lt. D.I.R. 2017, Seite 12). Das ist weit mehr als die Hälfte. – Beratende Psychotherapeuten könnten den zu Beratenden mit auf den Weg geben: Wenn Sie bereit sind, bis zu vier Versuche zu unternehmen, dann liegt Ihre durchschnittliche Chance, schwanger zu werden, bei 78%, was (abzgl. der Abortrate) bedeutet, zu 63% mit einem Kind nach Hause zu gehen. – Am Beispiel Frankreichs erklären Sie, Herr Prof. Dr. Wischmann auf Seite 44, dass es auch dort, wo die Kosten zu 100% vom Staat übernommen werden, hohe Abbrecherquoten gibt (26% der Erfolglosen brach in Frankreich bereits nach dem 1. Versuch ab, genau, wie in Deutschland). Daraus sollte man aber nicht schlussfolgern, dass hohe Behandlungskosten für die Wunscherterner keine Auswirkungen darauf hätten, wieviele Versuche unternommen werden. Das belegt eine Statistik im D.I.R. 2014 auf Seite 40, die den Anstieg der Behandlungszahlen in Sachsen und Sachsen Anhalt nach Kostenübernahme durch das Bundesland dokumentierte. – Falls es für Sie nicht möglich ist, Zahlen zu den Klinikwechseln zu bekommen und damit eine Aussage zu den Abbrechern zu treffen, wäre es evt. hilfreich, auch diese Frage noch mit in den Katalog aufzunehmen, was noch beforscht werden sollte.
2. Auf Seite 85 steht im drittletzten Absatz: „*Etwa 60% der Bevölkerung gehören einer christlichen Religion an, insgesamt sind 30% konfessionslos. Der Anteil an Konfessionslosen ...*“ – Angehörige der letztgenannten Gruppe legen oft Wert darauf, nicht konfessionslos, sondern konfessionsfrei zu sein. Das macht einen wesentlichen Unterschied. „...los“ ist man, wenn einem etwas fehlt, frei ist man aber, wenn man sich mit etwas nicht belastet. – Der Anteil der Mitglieder bei christlichen Kirchen 2018 war „nur“ noch 56% [anonymisiert], die Zahlen sind weiter rückläufig. Hinzu kommt, dass eine Kirchengliederung nicht unbedingt bedeutet, dass die betreffenden Personen christlich religiös wären. Dazu z.B. hier: [anonymisiert]. Menschen sind aus unterschiedlichen Gründen Kirchenmitglieder. Einige glauben daran, dass ihre Kirchensteuern einem guten Zweck dienen würden, andere bleiben aus

Tradition in der Kirche oder weil sie in derselben heiraten wollen, viele Kinder wurden von ihren Eltern ungefragt zum Kirchenmitglied gemacht und nicht zu vergessen: Viele Menschen sind bei den Kirchen, Caritas und Diakonie angestellt und wollen ihren Job nicht verlieren. Hingegen gibt es auch christlich religiöse Menschen ohne Kirchenmitgliedschaft.

Was aber in dem Abschnitt auf Seite 85 gesagt werden soll, ist etwas anderes. Da geht es um die kulturelle Prägung und um eine kultursensitive Kinderwunschberatung. Da bin ich der Auffassung, nicht unsere Kirchenmitgliedschaft oder Konfessionsfreiheit bestimmt unseren Kinderwunsch, sondern unsere Kultur. In unserer Kultur in Deutschland leben die meisten Familien mit zwei miteinander verheirateten heterosexuellen Elternteilen und ein bis zwei Kindern. Da hat uns unbestritten unsere Geschichte geprägt und auch die Kirchen, durch deren Einfluss es zu unserer Art von Kleinfamilie kam. Durch zahlreiche Errungenschaften der letzten 100 Jahre – weg von patriarchalischen Zwängen und hin zu mehr Autonomie bei der Lebensgestaltung - gibt es heute auch immer mehr von der Norm abweichende Familien mit unverheirateten Eltern, gleichgeschlechtlichen Eltern, Eineltern- oder Mehrelternfamilien, Patchworkfamilien, Familien, in denen alle genetisch miteinander verwandt sind und Familien, in denen das nicht so ist. Das ist ein Ausdruck der Entkoppelung von kirchlichen Vorschriften. So gibt es auch viele Kirchenmitglieder, die diese von der Norm abweichenden Familienmodelle leben und viele Konfessionsfreie, die im christlich geformten Familienbild leben. – Sogar das Phänomen, dass viele Eltern von Kindern nach Samenspende ihre Kinder nicht über selbige aufklären, hat etwas mit dieser Kultur zu tun, in der man kein Außenseiter sein und nicht stigmatisiert werden will. – Dass die Meisten von uns nur ein oder zwei Kinder wünschen, ist nicht religiös bedingt, sondern Teil unserer heutigen Kultur, die wiederum von unserem hohen Wohlstand, unserem hohen Bildungsgrad und einem hohen Anteil berufstätiger Frauen geprägt ist. Auch insofern kann man die Ein- bis Zweikindfamilie nicht auf „christliche Religion bei 60% unserer Bevölkerung“ zurückführen.

3. Ich finde es gut, dass auf Seite 105ff. über Transsexualität und Kinderwunsch geschrieben wird. Mein Vorschlag ist, auch über Intersexualität und Kinderwunsch zu schreiben. Zumindest könnte das eine Idee für die nächste überarbeitete Leitlinie sein.
4. Auf Seite 112 im vorletzten Absatz steht: „dass Männer im Bemühen, ihre Partnerinnen zu unterstützen, möglicherweise „stumm“ leiden, was die Studie zu einem Internetforum zu bestätigen scheint (s. Abschnitt 7.3).“ – Ich finde aber unter 7.3. keine Studie zu einem Internetforum.

Ein wichtiges Anliegen zum Schluss: Bitte schreiben Sie meinen Namen nicht in Ihre Leitlinie.

In der Hoffnung, dass ich Ihnen helfen konnte und mit freundlichen Grüßen

*(Name und Anschrift der Leitliniengruppe bekannt)*

#### **Antworten Leitliniengruppe:**

- zu Anmerkung 1: In Abschnitt 3.3.3 ergänzt (s. a. Anmerkung 4 vom [anonymisiert])
- zu Anmerkung 2: In Abschnitt 5.3 wurde „konfessionslos“ zu „konfessionslos/konfessionsfrei“ geändert.
- zu Anmerkung 3: Danke für diese Anregung!
- zu Anmerkung 4: „Abschnitt 7.3“ geändert in „Abschnitt 10.3“

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
<u>3.2.1.6,</u> <u>Seite</u> <u>32/33</u>	<b>Besondere Aspekte des Schwangerschaftsverlaufs nach Gametenspende</b>	<u>Anmerkung:</u> Es gilt zu beachten, dass nicht alle Frauen in Deutschland mit ihren behandelnden Ärzten offen über die Eizellspende reden. Unsere Erfahrung zeigt, dass es eher Wenige offen ansprechen. Viele erwähnen die Eizellspende sogar erst, wenn es zu ernststen Schwangerschaftskomplikationen kommt. Diejenigen, bei denen die Schwangerschaften gut verlaufen, werden oft gar nicht erfasst. Somit ist fraglich, ob die Risiken wirklich höher sind als bei anderen ART.	
3.2.4, Seite 39	<b>Gesundheit der Kinder nach Gametenspende</b>	<u>Anmerkung:</u> Wir geben zu bedenken, dass sich die Untersuchungen auf Familien, die ihre Eizellspende bekannt gemacht haben, beziehen. Wie	<b>Anmerkung 1</b>

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>schon oben erwähnt wird ein großer Teil der Eizellspenden gar nicht erfasst. Es stellt sich die Frage, wie die Untersuchungsergebnisse wären, wenn alle Familien erfasst würden.</p> <p>Es wäre interessant herauszufinden, wie sich die durch Gametenspende entstandenen Kinder im Erwachsenenalter entwickeln und welche psychologischen Auswirkungen die Spende hat, wenn sie selbst Eltern werden.</p>	<p>Anmerkung 2</p>
<p>3.2.6, Seite 40</p>	<p><b>Erleben von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach assistierter Reproduktion</b></p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Hier sollte auf die besondere Situation der Frauen nach Eizellspende geschaut werden.</p> <p>Zunächst werden sie in der Regel sehr lange in den Kinderwunschpraxen behandelt, bis sie schließlich als „nicht therapierbar“ entlassen werden. Die Frauen, die dann den Weg in ausländische Kliniken finden, stehen, im Fall einer Eizellspende, vor der Problematik, dass sie einen Gynäkologen für die Begleitbehandlung finden müssen.</p> <p>Ein immenses Problem ist hierbei</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>die Illegalität der Eizellspende in Deutschland, denn diese Frauen müssen sich nun entscheiden, ob sie die Eizellspende entweder verheimlichen oder das offene Gespräch mit dem Arzt suchen. Hier besteht eine nicht geringe Gefahr, dass sie zurückgewiesen werden.</p> <p>Bei Eintritt der Schwangerschaft durchleben die Frauen, die die Eizellspende bis dahin verschwiegen, erneut die Belastung. Sagen sie es nun ihrem Arzt oder schweigen sie weiter?</p> <p>Viele entscheiden sich für das weitere Schweigen, nicht zuletzt aus Scham über die Unfähigkeit ihres eigenen Körpers auf herkömmlichen Weg schwanger zu werden oder aus Angst vor der Stigmatisierung einer verbotenen Eizellspende.</p> <p>Selbst bei wichtigen Vorsorgeuntersuchungen wird weiter geschwiegen, so dass Risiken für Mutter und Kind entstehen.</p> <p>Den Frauen ist diese Gefahr oft bewusst, was zu weiterer großer emotionaler Belastung und zu Schuldgefühlen führt.</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Betrachtet man diese Aspekte, ist es nicht weiter verwunderlich, dass Eizellspende Patientinnen psychisch auffälliger sind.</p> <p>Obwohl die Studien bezüglich höherer Level an Angst und psychologischem Stress beim Ersttrimesterscreening zu unterschiedlichen Aussagen kommen, ist ein höherer Level an Angst durchaus nachvollziehbar, das hat mehrere Gründe:</p> <p>Der Kinderwunschweg ist i.d.R. länger als bei spontaner Konzeption. Auch haben werdende Mütter nach Eizellspende im Vergleich zu werdenden Müttern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung sehr oft mehr erfolglose Behandlungszyklen durchleben müssen.</p> <p>In der Phase der Kinderwunschbehandlung müssen verschiedene Hürden (Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut, Medikation, Punktion, Transfer) bewusst nachvollzogen werden und jeder Schritt muss für sich erfolgreich sein, um das Kinderwunschziel zu erreichen. Wenn ein Baustein nicht stimmt,</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>dann muss die gesamte Behandlung komplett neu gestartet werden.</p> <p>Anders als bei Spontanschwangerschaften benötigt die Eizellspende ein taggenaues Timing durch die Gleichschaltung der Zyklen mit der Spenderin, das vor allem bei Behandlungen im Ausland akribisch geplant werden muss.</p> <p>All dies kann zu einem höheren Grad an Angst und psychischen Stress führen, zu überhöhten Verlustängsten in einer Schwangerschaft, für die man bis dahin einen hohen Preis zahlen musste.</p>	
3.3.1, Seite 43	Unmittelbare Reaktionen auf eine erfolglose Behandlung	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Bei der Betrachtung der Symptome wie Depressivität und Angst und auch des Suizidrisikos darf nicht ausgeklammert werden, dass Frauen vor dem Transfer der befruchteten Eizelle oft hohe Dosen an Medikamenten zu sich nehmen, die für sich schon depressive Verstimmung verursachen und in Kombination negative Folgen für die psychische Stabilität haben können.</p>	Anmerkung 3

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Viele Frauen empfinden nach Transfer der Eizelle eine tiefe Verbundenheit zu ihren Embryonen, es sind für zwei Wochen ihre lebendigen Kinder. Nach einer erfolglosen Behandlung müssen sie Abschied nehmen von ihrem Kind, was zu einer tiefen Verzweiflung führen kann.</p> <p>Und dann die Fragen: Wie geht es weiter? Kann ich jemals ein Kind bekommen? Habe ich die Kraft für eine weitere Behandlung? Hat mein Partner diese Kraft? Haben wir die finanziellen Mittel?</p>	
3.3.2, Seite 43	<b>Reaktionen auf Schwangerschaftsverluste</b>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Aus unserer Erfahrung sind Frauen nach Eizellspende durch den Verlust ihrer Schwangerschaft psychisch extrem belastet. Waren sie bislang nicht in der Lage, aus eigener Kraft schwanger zu werden, verlieren viele von ihnen nun noch den letzten Rest Vertrauen in ihren Körper. Hier wäre ein niederschwelliges beratendes Angebot sehr wichtig. Nicht selten begegnen diese Frauen Menschen in ihrem Umfeld, die darauf hinweisen, dass eine Eizellspende nicht ohne Grund</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>verboten sei und sie ihre Situation quasi selbst verschuldet hätten, wenn sie ein so gezeugtes Kind verlieren.</p> <p>Wir möchten darauf hinweisen, dass die frühe bildliche Darstellung des Wunschkindes nicht nur belastend ist, sondern auch Trost geben kann. Denn so hat man eine Erinnerung in den Händen, von dem Kind, das man sich so sehr gewünscht hat.</p>	
3.3.3, Seite 44	<b>Faktoren, die zur Beendigung der Therapie führen</b>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Wir gehen davon aus, dass die tatsächlichen Zahlen der Therapieabbrecher deutlich niedriger ausfallen. Eine nicht zu unterschätzende Zahl geht den Weg ins Ausland, nicht zuletzt, um eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen. Diese Familien werden statistisch nicht erfasst.</p>	<b>Anmerkung 4</b>
S. 56/57	<b>Sondervotum des Vereins Spenderkinder</b>	<p><u>Anmerkungen:</u></p> <p>Zunächst möchten wir [anonymisiert] betonen, dass wir das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft uneingeschränkt unterstützen. Nur ist dieses Recht momentan schwer umsetzbar, da</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>gerade bei der Eizellspende, durch die Illegalität in Deutschland, die Regelungen den Gesetzen des jeweiligen behandelnden Landes unterliegen. Die Wunscheltern und die Spender treten, je nach Gesetzeslage, unterschiedlich in Erscheinung. Hier wäre die Legalisierung ein erster Schritt, um die Forderung nach Kenntnis der Herkunft zu unterstützen.</p> <p>Die Wahrnehmung aller beteiligten Menschen bleibt bei anonymer Eizellspende fiktiv. Die Spenderin ist nicht real auffindbar und erhält durch die durchführende Klinik keinerlei Kenntnis über den Erfolg ihrer Spenderinnenstätigkeit. Die Spenderinnen können die Funktion einer über die Spende hinaus Beteiligten in diesem Fall gar nicht wahrnehmen und spenden auch nicht in der Absicht, dieses zu tun. Alle elterlichen Pflichten werden von den Wunscheltern ausgeführt.</p> <p>Des Weiteren ist hier die Besonderheit einer Eizellspende noch nicht erwähnt. Das Kind wächst nach der Spende in der Wunschmutter heran, es ist das leibliche Kind der Wunschmutter, wird von ihr genährt und letztlich geboren. Welchen Einfluss hat hier</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>die Epigenetik auf das Kind?</p> <p>Die sprachliche Gleichbehandlung von genetischen und sozial-rechtlichen Eltern sehen wir als problematisch an. Hier wächst das Kind mit einer Bedeutung der Spenderin heran, die es, gerade in jungem Alter, stark überfordern kann. Das Kind verbindet mit dem Wort Mutter die Person, die es geboren hat, die es umsorgt, erzieht und ihm Mutterliebe entgegenbringt. All das trifft nicht auf die Spenderin zu. Geht man von vorneherein offen mit der Eizellspende um, so wird die Bedeutung der Spenderin nicht verschwiegen, sondern in Relation zum tatsächlichen Erleben eines Kindes gesetzt, das mit Hilfe einer Eizellspende entstanden ist.</p> <p>Die Bezeichnung der Spenderin als „genetische Mutter“ führt nicht dazu, dass das Kind freier fühlen kann, welche Bedeutung die Spenderin für es hat. Im Gegenteil, die Spenderin wird mit dieser Bezeichnung zu einer wichtigen Person gemacht, so dass das Kind gezwungen ist, eine Person wichtig zu nehmen, die es vielleicht niemals kennenlernen kann.</p> <p>Sollte die Kontaktaufnahme des</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Kindes nicht auf das Interesse der Spenderin stoßen, so ist die Zurückweisung, dann, wenn das Kind die Spenderin nie als zweite Mutter begriffen hat, sicher weniger traumatisierend als wenn das Kind in dem Glauben, die Spenderin wäre seine weitere Mutter, zurückgewiesen wird.</p> <p>Natürlich können die beteiligten Erwachsenen nicht bestimmen, welche Bedeutung sie für das Kind haben, aber das können Eltern nie. Jedoch können die Wunscheltern den Weg des Kindes ebnen, indem sie es kindgerecht aufklären. Die Aufklärung sollte sich hierbei dem Alter des Kindes und seinem Entwicklungsstand anpassen. Hier ist es die Aufgabe der Eltern, ein positives Empfinden zur Eizellspende zu vermitteln. Es sollten positive Bezeichnungen für die Spenderin gefunden werden, manches Mal findet das Kind selbst eine Bezeichnung, die dann von den Eltern mit genutzt werden sollte.</p> <p>Es ist eine Unterstellung, dass Eltern, die dem Kind Interesse an weiteren genetischen Elternteilen zugestehen, ihr Kind in einen Loyalitätskonflikt stürzen.</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Wunscheltern, die sich mit ihrer besonderen Form der Familiengründung auseinandergesetzt haben und diesen Weg mit dem Gefühl, dass er der richtige Weg ist, gehen, können diese positiven Gefühle an ihr Kind weitergeben und es bei der Suche nach seinen Wurzeln unbelastet unterstützen.</p> <p>Der Begriff Spenderin ist nicht nur die Bezeichnung aus Sicht der Wunscheltern, sondern spiegelt auch die Einstellung der Spenderin wieder, die sich nicht in der Situation sieht, für das Kind die Bedeutung einer Mutter zu haben.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass die Eizellspende sehr wohl eine Behandlung ist und auch so bezeichnet werden sollte.</p> <p>Wir positionieren uns gegen die Forderung einer verpflichtenden Beratung der Wunscheltern und Spenderinnen. Diese Verpflichtung zur Beratung impliziert, dass die beteiligten Personen nicht kompetent genug sind, um die Entscheidung zur Gametenspende zu treffen. Gleichwohl begrüßen wir ein niederschwelliges Beratungsangebot für Wunscheltern vor und nach</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Eizellspende, sehen jedoch momentan die Problematik der Durchführung bei einer Behandlung im Ausland. Auch hier wäre die Legalisierung der Eizellspende und der Beratung von Menschen, die eine Eizellspende in Erwägung ziehen oder bereits vorgenommen haben, hilfreich.</p>	
<p>4.3.5.3 Seite 82</p>	<p><b>Familienbildung mit Eizellspende</b></p>	<p>Was bedeutet „Beim Kinderwunsch nach 40“ eigentlich?</p> <p>Diese Einleitung ist aus unserer Sicht falsch und verzerrt das Bild von den Frauen, die sich für eine Familienbildung mit Eizellspende entschieden haben. Es gibt eine große Zahl an Frauen, die aufgrund vorzeitiger Wechseljahre, Krebserkrankung oder genetischer Erkrankungen schon im deutlich jüngeren Alter auf eine Eizellspende angewiesen sind, wenn sie Mutter werden wollen.</p> <p>Auch gibt es keinen Hinweis darauf, wie viele erfolglose Behandlungen eine Frau vor dem 40. Lebensjahr in Deutschland durchgeführt hat und zu welchem Zeitpunkt dann eine EZS in Erwägung gezogen wurde.</p> <p>Aus unserer Erfahrung war ein</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>großer Teil der Eizellspende-Empfängerinnen jahrelang in Deutschland in Behandlung und wurde über den erfolglosen „Kinderwunschweg“ schließlich alt.</p> <p>Aufgrund der Illegalität der Eizellspende werden Frauen oft viel zu lang in Kinderwunschkliniken behandelt, obwohl die Wahrscheinlichkeit einer Geburt aufgrund diverser Vorerkrankungen, unwahrscheinlich ist. Wäre die Eizellspende in Deutschland legal, würden die Kinderwunschkliniken den Frauen vermutlich deutlich eher diese Behandlung anbieten, anstatt immer weiter sinnlose, aber für die Kliniken rentable Behandlungen durchzuführen.</p> <p>Erst wenn die Frauen die Kinderwunschbehandlungen abbrechen, bekommen sie, meist hinter vorgehaltener Hand, den Tipp, sich zur Entgegennahme einer Eizellspende ins Ausland zu begeben. Vielen dieser Frauen ist, so wie einem Großteil der deutschen Bevölkerung, die Möglichkeit einer Eizellspende im Vorfeld nicht bekannt.</p> <p>Hier gilt es, die Kinderwunschpraxen und auch die</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Gynäkologen dazu anzuhalten, Frauen frühzeitig über die Möglichkeit einer Eizellspende aufzuklären, um ihnen sinnlose, den Körper und die Psyche belastende Behandlungen zu ersparen.</p> <p>Eines können wir aus unserer Erfahrung sagen: Keine Frau sucht es sich von vorneherein aus, mit Hilfe einer Eizellspende schwanger zu werden. Dieser Weg ist immer ein Prozess, mit dem sich die betroffenen Familien teilweise jahrelang auseinandersetzen, bevor sie diesen Weg gehen.</p>	
4.3.5.4 Seite 82	Psychosoziale Aspekte später Elternschaft	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Ein Grund für die späte Elternschaft liegt unserer Erfahrung nach an der Fehleinschätzung vieler Gynäkologen. Eine große Gruppe der späten Mütter wird von ihren Gynäkologen jahrelang beruhigt, dass eine Schwangerschaft mit Ende 30 problemlos möglich sei. Diese Frauen sind überrascht, wenn sie dann mit Anfang 40 in einem Kinderwunschzentrum erfahren, dass schon ab dem 35. Lebensjahr eine spontane</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		Schwangerschaft mit Lebendgeburt deutlich unwahrscheinlicher ist als noch mit 30.	
6.3.1 Seite 92	Aufklärung der Kinder und Familiendynamik	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Die Illegalität der Eizellspende hält viele Familien davon ab, über die Eizellspende aufzuklären.</p> <p>Diese Familien fürchten die Stigmatisierung, die dieser Behandlung aufgrund der Illegalität in Deutschland anhaftet. Sie wollen ihre Kinder dem nicht aussetzen und verheimlichen lieber die Eizellspende, sprechen stattdessen von unterstützenden Maßnahmen, um schwanger zu werden.</p>	
6.3.2 Seite 94	Kommentar des Vereins Spenderkinder	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Die Bezeichnungen Vater und Spender vermitteln sicherlich Erwartungen an das Empfinden der Kinder. Allerdings geben wir zu bedenken, dass dieser Mechanismus auch genauso gut in die andere Richtung funktionieren kann. Wenn wir die Eizellspenderin als Mutter titulieren, kann das, gerade bei kleinen Kindern, Ängste und Verunsicherungen auslösen. Denn diese Kinder wachsen so im</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Glauben eines Verlustes heran, der in Wahrheit gar nicht vorliegt.</p> <p>Wird das Kind entwicklungsangemessen und positiv über die Spende aufgeklärt, kann es der Spenderin ohne die Last des Verlustes gegenüberstehen und wird, bei einer eventuellen Zurückweisung nicht traumatisiert.</p>	
<p>6.10 Seite 102</p>	<p>Eizellspende</p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Hier wird die Empfehlung der frühzeitigen Aufklärung sowie der Behandlung unter Bedingungen, die diesen Kindern das Recht auf Kenntnis ihrer Abstammung zusichert, ausgesprochen.</p> <p>Wir unterstützen diese Empfehlung uneingeschränkt. Allerdings weisen wir darauf hin, dass in der momentanen Situation diese Empfehlung nicht umsetzbar ist. Selbst bei Ländern, die eine „scheinbar offene Eizellspende“ anbieten, steht das Recht der Kinder, ihre Spenderin zu kontaktieren, auf wackeligen Beinen, soll das Kind doch mit 14, 16 oder 18 Jahren anhand einer alten Adresse die Spenderin kontaktieren. Viele Länder haben</p>	

Kapitel/Seit e	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>jedoch Spenderinnen, die als Studentinnen in ihrem Gastland spenden. So versucht man eine Spenderin zu finden, die in Österreich „offen“ gespendet hat, jedoch tatsächlich aus Polen kommt.</p> <p>Das Recht, die Spenderin kennenzulernen wird zwar impliziert, jedoch kann die so kontaktierte Spenderin, i.d.R. ohne Angabe von Gründen, den Kontakt ablehnen. Das ist auch bei offenen Spenden so. Die besondere Problematik bei Eizellspenden mit anonymen Spenderinnen im Ausland ist, dass die Spenderinnen im Glauben der Anonymität spendet und von den Kliniken auch vermittelt bekommt, dass diese Anonymität das Beste für alle beteiligten Seiten wäre. Unter dieser Voraussetzung wird eine gefundene Spenderin wohl eher den Kontakt ablehnen.</p> <p>Auch hier sehen wir eine zusätzliche Problematik in dem Verbot der Eizellspende in Deutschland.</p> <p>Denkbar wäre hier eine Legalisierung in Deutschland, die zukünftigen Familien die rechtsichere Möglichkeit der</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Eizellspende bieten würde und bestehenden Familien das Stigma der Illegalität nehmen würde.</p> <p>Über das EU-Recht, welches bereits heute für das Recht der Kenntnis der Abstammung steht, sollte versucht werden, die Anonymität in den einzelnen Ländern zu kippen.</p>	
<p>8. Seite 111</p>	<p>Sie müssen ausreichend Sprachkenntnisse haben, um in eine Behandlung einwilligen und Chancen und Risiken abwägen zu können,...</p>	<p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Hier werden Sprachkenntnisse als Unwägbarkeit bei der Behandlung im Ausland aufgeführt. Unserer Erfahrung nach ist das heute kein Problem mehr. Die Kliniken haben vor einigen Jahren den Markt der deutschsprachigen Kundschaft entdeckt und es stehen in den meisten Kliniken deutschsprachige Koordinatoren zur Verfügung. In Kliniken des angelsächsischen Raumes sind einfache Englischkenntnisse ausreichend.</p>	
<p>8. Seite 111</p>	<p><b>Reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland</b></p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Idealerweise wäre eine offene Co-Behandlung in einer deutschen Kinderwunschlinik parallel möglich, um die Behandlung im Ausland zu begleiten, das wäre gegebenenfalls schon vor der</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>Legalisierung möglich. Momentan findet diese erst statt, wenn die Frau durch Eizellspende schwanger geworden ist.</p> <p>Wie schon erwähnt ergibt sich in Deutschland ein Beratungsproblem durch die behandelnden Gynäkologen/Kinderwunschzentren bei der Abwägung einer Eizellspende. Das führt dazu, dass Wunscheltern sich Wissen zur Art und Weise der Behandlung, zur Bewertung der Vorgehensweisen der Kliniken, zu medizinischen Abläufen und zum Fachjargon selbst erarbeiten müssen. Nur so werden sie die einzelnen Kliniken in Hinblick auf Erfolg, Anonymität der Spenderinnen und Kosten möglichst gut einschätzen können.</p> <p>Eine ergebnisoffene Darlegung wäre sehr wünschenswert, wird jedoch momentan kaum durchgeführt. Je nach Kenntnisstand oder Weltanschauung der Ärzte, denen sich intendierte Eltern, die sich für eine Eizellspende entschieden haben, anvertrauen, können diese auf Unterstützung, aber auch auf Ablehnung bis hin zu herabsetzenden Aussagen zur Gametenspende treffen. Wer über</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		<p>eine Eizellspende nachdenkt, hat einen immens hohen Beratungsbedarf, der nicht erfüllt werden kann.</p> <p>Auch bei der Eizellspende kommt, so wie bei der Leihmutterchaft beschrieben, die emotionale Auseinandersetzung mit einer in Deutschland unter Strafe stehenden Behandlung dazu.</p>	
<p>9.3 Seite 115</p>	<p><b>Internet</b></p>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Gerade im Zusammenhang mit der Eizellspende ist das Internet häufig der einzige Weg, um an Informationen über den Ablauf, Medikation, Kliniken oder Kontakte mit Menschen, die den Weg der Eizellspende gehen oder bereits gegangen sind, zu kommen. Hier wird sich entweder im Vorfeld zur eigenen Entscheidung informiert oder es wird psychologische Unterstützung bei negativen oder positiven Schwangerschaftstests gesucht.</p>	
<p><u>10.</u> <u>Seite 118</u></p>	<p><u>10 Selbsthilfegruppen</u></p>	<p><u>Ergänzung:</u></p> <p>Hier wäre die Erwähnung des [anonymisiert] wünschenswert, natürlich können wir nicht im</p>	<p><b>Anmerkung 5</b></p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
		Vorfeld einer Eizellspende unterstützen, sondern erst danach.	
S. 127	<b>Gametenspende bzw. Embryonenspende/ -adoption</b>	<p><u>Anmerkung:</u></p> <p>Wir als [anonymisiert] wünschen uns von den Beratern, dass sie den Familien Mut machen mit dem Grundsatz: <b>Gegen euren Weg ist nichts einzuwenden, wir nehmen euch an wie ihr seid!</b></p> <p>Selbstbewusste Kinder brauchen selbstbewusste Eltern und solange die Eltern mit ihrem Weg der Familienbildung hadern, merken das die Kinder.</p> <p>Es müssen andere Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Familien Mut machen und sie stärken. Das hilft bei der Offenheit im Umgang mit der Eizellspende, welche noch viel zu oft aus Angst und Scham verschwiegen wird.</p>	

**Anmerkung Leitliniengruppe:** Für die vorgeschlagenen Änderungen bzw. Erläuterungen und Ergänzungen gibt es bisher keine ausreichende Evidenz nach den bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema.

**Aktion:** Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge werden deshalb überwiegend abgelehnt (außer **Anmerkungen 1-5**). **Anmerkung 1:** In Abschnitt 3.2.1.6 ergänzt. **Anmerkung 2:** In „Forschungsdesiderata“ => „Kindesentwicklung und Familiendynamik“ ergänzt. **Anmerkung 3:** Bereits in Abschnitt 4.1.3 am Ende erwähnt. **Anmerkung 4:** In Abschnitt 3.3.3 ergänzt. **Anmerkung 5:** In Kapitel 10 mit aufgenommen.

---

Sehr geehrte [anonymisiert],

Danke für den Hinweis, das ist jetzt auch geändert (auch im LL-Report).

Beste Grüße,  
Tewes Wischmann

**Von:** [anonymisiert]

**Gesendet:** Dienstag, 25. Februar 2020 11:03

Sehr geehrter Herr Prof. Wischmann,

Seite 8, es handelt sich um den **Bundesverband der Reproduktionsmedizinischen Zentren (BRZ)**

Mit freundlichem Gruß [anonymisiert]  
[anonymisiert]

**Von:** Wischmann, Tewes <[Tewes.Wischmann@med.uni-heidelberg.de](mailto:Tewes.Wischmann@med.uni-heidelberg.de)>

**Gesendet:** Dienstag, 25. Februar 2020 10:21

Sehr geehrter [anonymisiert],

Danke für den Hinweis, ist geändert (auch im LL-Report).

Beste Grüße,  
Tewes Wischmann

**Von:** [anonymisiert]

**Gesendet:** Montag, 24. Februar 2020 20:58

Sehr geehrter Herr Professor Wischmann,

freundlichen Dank für die Mitteilung der Kommentierungsphase.

Bitte korrigieren Sie auf Seite 8 bei der Auflistung zur Konsenskonferenz die **Abkürzung des Berufsverbandes der Frauenärzte** von BdF in **BVF**.

Besten Dank

[anonymisiert]

---

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
Glossar, Seite 120	gutartige Wucherungen von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle	Gutartige Wucherung von gebärmutter schleimhaut-ähnlichem Gewebe außerhalb der Gebärmutterhöhle	z.B. in: Reichert, V.M., Isermann, R., Frick, N. et al. Endometriose — ein Überblick. gynäkologie + geburtshilfe 22, 42-50 (2017). <a href="https://doi.org/10.1007/s15013-017-1054-x">https://doi.org/10.1007/s15013-017-1054-x</a> „Die Endometriose ist definiert als das Vorhandensein von <b>endometriumartigen</b> Zellpopulationen außerhalb des Cavum uteri [1, 2].“  Oder auch auf unserer [anonymisiert]-Homepage: [anonymisiert] „[...] Ihr Gewebe <b>ähnel</b> t dem der Gebärmutter Schleimhaut und die Herde können mit dem hormonellen Zyklus wachsen und bluten.“

**Anmerkung Leitliniengruppe:** Änderung ist inhaltlich sinnvoll  
**Aktion:** Änderungsvorschlag angenommen (s. Glossar)

---

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung mit Literaturangaben
Statement 3.2-S4 (neu 2019)	Das Fehlbildungsrisiko ist nach IVF und ICSI durchschnittlich um das das 1,3 fache erhöht (ca. jede	Das Fehlbildungsrisiko im Rahmen von IVF und ICSI ist insbesondere durch die erhöhte	laut meiner Literatur muss diese Aussage realtiviert betrachtet werden: die meisten

	<p>12. Schwangerschaft) gegenüber Spontankonzeption (ca.jede 15. Schwangerschaft).</p>	<p>Zahl an Mehrlingen bis auf das 1,3 fache erhöht. Bzgl. Einlingsschwangerschaften gilt der Hinweis unter Statement 3.2</p>	<p>Fehlbildungen treten insbesondere durch Zwillingschwangerschaften auf (RR von 1,37 in der Studie von Wen J et al Fertil Steril 2012 beinhaltet auch die Mehrlinge!) – bei Einlingsschwangerschaften finden sich insbesondere bei Subfertilität des Mannes eine Erhöhung der Fehlbildungen , insbesondere von Hypospadien (siehe Jwa SC BMC Preg &amp; Childbirth 2019) auf, unabhängig vom Verfahren, was für die mitgebrachte Erbsubstanz spricht</p>
<p>Statemtn 3.2-S7 (neu 2019)</p>	<p>„Es wird diskutiert, ob die neurologische Morbidität durch die assistierte Reproduktion erhöht ist,...“</p>	<p>Streichen dieses Satzes!</p>	<p>Die Aussage, dass die neurologische Morbidität erhöht ist trifft laut meiner Literaturrecherche nicht wirklich zu: auch die neurologische Entwicklung der Einlingsschwangerschaften ist durch die Bank gut- wenn man nach Bildungsstand der Eltern etc. differenziert. Möglicherweise haben dem Leitungsteam diese neureren Studien aber noch nicht vorgelegen!</p> <p><b>Spangmose AL et al BJOG 2019</b> : Danish national registry –based cohort study Children born from 1995-2001 6,495 singletons after ART</p>

			<p>(FET = 423; fresh ET = 6,072) Adjusted for relevant reproductive (maternal age, parity) and socio-demographic covariates (ethnicity, occupational &amp; educational level of parents): no difference in academic performance;</p> <p>Selbst nach PID: <b>Kuiper D et al Hum Reprod 2018</b>- kein unterschied der neurologischen Entwicklung!</p> <p><b>Heineman KR et al Hum Reprod 2019</b>: kein Unterschied!</p> <p>Und selbst die etwas ältere Arbeit von: <b>Hart R &amp; Norman RJ Hum Reprod Update 2013</b> Konnte keine eindeutigen Unterschiede nachweisen!</p>

**Anmerkung Leitliniengruppe:** für die erste vorgeschlagene Änderung gibt es keine ausreichende Evidenz nach den bisher veröffentlichten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema.

**Aktion:** erster Änderungsvorschlag abgelehnt.

**Begründung:** Nach aktueller Datenlage ist das Fehlbildungsrisiko v. a. bei Einlingen nach ART erhöht gegenüber Spontankonzeption. Beim Vergleich von Zwillingen nach ART und Zwillingen nach Spontankonzeption zeigt sich kein Unterschied (Henningsen et al. 2018). Die aktuelle Datenlage zum Fehlbildungsrisiko nach ART ist zusammengestellt in dem Review: „The health of children conceived by ART: ‚the chicken or the egg?‘“ (Berntsen et al., 2019).

**Anmerkung Leitliniengruppe:** zweite vorgeschlagene Änderung ist inhaltlich sinnvoll und wissenschaftlich ausreichend fundiert.  
**Aktion:** zweiter Änderungsvorschlag durch Leitliniengruppe konsentiert und angenommen (s. u.).

**Statement 3.2-S7** (neu 2019)

Kinder nach ART entwickeln sich ähnlich wie spontan konzipierte Kinder, vorausgesetzt, sie werden zeitgerecht und mit normalem Geburtsgewicht geboren. Das Gesamtrisiko für Malignome scheint nach den neueren Studien nicht relevant erhöht zu sein. **Eine in einigen Studien gefundene erhöhte neurologische Morbidität scheint am ehesten auf die erhöhte Mehrlingsrate zurückzuführen sein.** Trotz einer möglichen leichten Erhöhung des relativen Risikos bleibt das absolute Risiko für das einzelne Kind niedrig.

Die Daten zu kardiovaskulären Risikofaktoren sind aufgrund der geringen Kohortengrößen und der heterogenen Studien vorsichtig zu bewerten. In einigen Studien wurde ein höherer Blutdruck bei Kindern und Jugendlichen nach ART gefunden, während andere dies nicht bestätigen.

Erste Daten zur Pubertätsentwicklung und Surrogatparameter für die Fertilität bei Jungen, die nach einer ICSI konzipiert worden sind, lassen vermuten, dass mit einer schlechteren Fertilität im späteren Leben gerechnet werden muss.

Weitere Daten zur langfristigen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen werden benötigt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
Vorwort S. 8	Ausserdem angefragte Fachorganisationen... (Seitenmitte)	[anonymisiert] ebenfalls erwähnen?	[anonymisiert] wäre zusätzlich zu den anderen genannten Fachgesellschaften eine wichtige Ergänzung i.S. einer psychotherapeutischen Interdisziplinarität. Aber vielleicht habe ich hier etwas falsch verstanden...
4.1, S. 56/57	Sondervotum Spenderkinder: Verpflichtende psychosoziale Information / Sprachgebrauch	Da psychosomatische Behandler vor allem mit annehmenden Eltern zu tun haben und (leider) weniger mit abgebenden Eltern oder betroffenen Kindern, wäre ein klarer Hinweis hilfreich, wann/bei welcher Zielgruppe die Hinweise/Empfehlungen zu berücksichtigen sind.  Zum Sprachgebrauch finde ich als Behandlerin den zweitletzten Abschnitt auf Seite 57 sehr hilfreich: „Während die Verwendung des durchgängigen Begriffs...“.  Vielleicht könnte man diesen Abschnitt herausheben, damit Behandler schneller und klarer zur praktischen Ableitung des Votums kommen?	Das Sondervotum des [anonymisiert] ist zwar klar als solches bezeichnet und als Bestandteil der Leitlinie im Sinne einer integralen Sichtweise äusserst wertvoll. Als Leser der Leitlinie bzw. als psychosomatischer Behandler bleibt jedoch etwas unklar, wie die Empfehlungen (verpflichtende psychosoziale Information / Sprachgebrauch) genau zu verstehen bzw. konkret in der psychosomatischen Behandlung umzusetzen sind.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)
6.10, S. 102	3./4. Zeile: ...unter einem Verbot (§ 1 (2) ESchG) Es gibt zurzeit...	Punkt nach ... EschG): ...unter einem Verbot (§ 1 (2) ESchG). Es gibt zurzeit...	
6.11., S. 102	6.11 Leihmutterschaft: 1. Abschnitt, beginnt mit: „Die Leihmutterschaft ist die komplexeste Form der Familiengründung...“	5. Zeile: <b>Nach</b> „...“, sowie die Leihmutter, die das Kind austrägt.“ <b>und vor</b> „Wie die Eizellspende ist sie in Deutschland verboten...“ <b>unterschiedliche Settings der Leihmutterschaft aufzuführen:</b> „Grundsätzlich gibt es unterschiedliche Settings, die zu berücksichtigen sind: Leihmutterschaft mit genetischem Material (Ei- und Samenzelle) der Wunscheltern (drei beteiligte Personen), Leihmutterschaft mit Kombination aus genetischem Material von einem Wunscheltern (Ei- oder Samenzelle) und gespendeter Ei- oder Samenzelle (vier beteiligte Personen), oder Leihmutterschaft mit Embryonenspende (Ei- und Samenzelle wird gespendet, fünf beteiligte Personen).“	Ich habe keine Literatur, auf die ich mich stützen kann, die folgende Ausführung stammt aus meiner Erfahrung in der Beratung von Wunscheltern:  Die psychosoziale Beratung von Wunscheltern unterscheidet sich je nach Setting:  Ein zentraler Schwerpunkt in der Beratung von allen Wunscheltern ist die Unterstützung der emotionalen, organisatorischen und dyadischen Bewältigung der herausfordernden Situation und deren Konsequenzen, dass das ungeborene Kind im Ausland ausgetragen wird.  Zudem ist in der Beratung von Wunscheltern zu berücksichtigen, dass die Wunscheltern je nach Setting zusätzlich bezüglich Empfangen von Ei-, Samen-, oder Embryonenspenden beraten werden sollten (siehe entsprechende Empfehlungen zu Kapitel 6)
6.11., S. 104	Empfehlung 6-E24: <u>Kinder nach Leihmutterschaft sollten frühzeitig altersgerecht aufgeklärt werden.</u>	Entsprechend zum Input oben wäre es sinnvoll zusätzlich anzufügen:  Wurde das Kind mithilfe einer Spende gezeugt, sollte es zudem über die genetische Herkunft aufgeklärt werden (siehe entsprechende Empfehlungen).	

### Antworten Leitliniengruppe:

- Anmerkung 1 („Vorwort S. 8“): Nennung der [anonymisiert] war versehentlich entfallen und wurde selbstverständlich nachgeholt.
- Anmerkung 2 („Sondervotum Spenderkinder, Abschnitt 4.1“): Die Leitliniengruppe hat sich gegen inhaltliche Änderungen der Sondervoten entschieden.
- Anmerkung 3 (Interpunktion Kap. 6.10): Die Interpunktion wurde geändert.
- Anmerkung 4: (Kap. 6.11, „Settings Leihmutterschaft“). **Dieser Textvorschlag** wurde nicht übernommen, da bereits im ersten Absatz in Kap. 6.11 genannt. **Dieser Textvorschlag** wurde vor dem Sondervotum in Kap. 6.11 eingefügt.
- Anmerkung 5: (Kap. 6.11, Änderung der Empfehlung 6-E24). Der Textvorschlag wurde nicht übernommen, da die Empfehlung dann als Ganze neu konsentiert werden müsste. Inhaltlich ist mit **diesem Textvorschlag** dieser Änderungswunsch abgedeckt.

<b>Versions-Nummer:</b>	<b>4.0</b>
<b>Erstveröffentlichung:</b>	<b>04/1999</b>
<b>Überarbeitung von:</b>	<b>12/2019</b>
<b>Nächste Überprüfung geplant:</b>	<b>12/2024</b>

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**