

Leihmutterschaft: Überlegungen aus medizinischer und psychosomatischer Sicht

H. Kentenich

Fertility Center Berlin

Leihmutterschaft – medizinische Aspekte – psychologische Aspekte – ethische Aspekte – juristische Aspekte

gynäkologische praxis 44, 47–52 (2018)
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage GmbH & Co. KG

■ Leihmutterschaft

Leihmutterschaft (Surrogacy) ist in einigen Ländern eine anerkannte Behandlungsmethode bei nicht erfüllbarem Kinderwunsch, bei der eine Frau eine Schwangerschaft für eine andere (auftraggebende) Frau austrägt.

In Deutschland ist die Leihmutterschaft verboten. Im Folgenden sollen Definition, Rechtslage, Indikation, medizinische und psychologische Aspekte sowie ethische Erwägungen erörtert werden.

Definition

Eine Leihmutter ist eine Frau, die für eine auftraggebende Frau oder ein Paar ein Kind austrägt.

Als Formen der Leihmutterschaft sind möglich [1]:

- **Vollumfängliche Leihmutterschaft**

Hierbei ist keine genetische Verwandtschaft der Leihmutter mit dem Kind vorhanden. Die Gameten können von beiden auftraggebenden Eltern, von einem Elternteil oder von keinem Elternteil stammen (Embryonenspende). Die Schwangerschaft entsteht durch Embryotransfer.

- **Teilweise Leihmutterschaft**

Es besteht eine genetische Verwandtschaft der Leihmutter mit dem Kind; z. B. könnte die Schwangerschaft durch Insemination bei der Leihmutter entstanden sein.

Eine Leihmutterschaft ist auch innerhalb der Familie möglich (z. B. bei der Schwester oder von Mutter zu Tochter oder Tochter zu Mutter). Hier bestehen sehr hohe Anforderungen an Information, Aufklärung und Beratung [2].

Rechtslage

Die Leihmutterschaft ist in Deutschland nach dem Embryonenschutzgesetz verboten. Grundsätzlich regelt § 1591 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

buchs (BGB) in Deutschland, dass die Mutter eines Kindes die Frau ist, die es geboren hat. Innerhalb Europas ist die Leihmutterschaft u. a. in Großbritannien, Belgien, Griechenland, Spanien und den Niederlanden juristisch erlaubt; außerhalb Europas ist sie u. a. in Israel, Australien, Russland sowie in den meisten Staaten der USA möglich.

Paare aus Deutschland gehen daher für eine mögliche Leihmutterschaft vor allem in diese Länder. Die Paare selbst machen sich nicht strafbar. Da die rechtliche Handhabung zur Leihmutterschaft innerhalb Europas und weltweit unterschiedlich ist, müssen die auftraggebenden Eltern und die Leihmütter die gesetzlichen Rahmenbedingungen des betreffenden Landes (insbesondere zur Adoption) berücksichtigen [1].

Indikationen

Die ESHRE Task Force on Ethics and Law [3] sieht folgende Indikationen vor:

Indikationen:

- Fehlender Uterus (z. B. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom; Z. n. Hysterektomie, z. B. wegen Krebserkrankung)
- Uterus ohne funktionsfähiges Endometrium (z. B. nicht-behandelbares Asherman-Syndrom mit Verlust des Endometriums)

Kontraindikationen:

- Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft aufgrund schwerwiegender Grunderkrankung der Leihmutter

In einigen Ländern werden Leihmutterschaften auch aus sozialen Gründen durchgeführt, ohne dass eine medizinische Indikation besteht. Dieses soll hier nicht erörtert werden.

Die Gameten können von den auftraggebenden Eltern, von der Leihmutter oder von Dritten stammen.

Grundsätzliche Überlegungen

Bei der Leihmutterschaft sind unterschiedliche Rechte und Gefahren für alle beteiligten Personen (wie Leihmutter, Wunscheltern und Kind) abzuwägen.

Es besteht oft ein hohes Missbrauchspotential aufgrund der erheblichen sozialen Ungleichgewichte zwischen den auftraggebenden Eltern und den Leihmüttern. In einigen Ländern dient das Entgelt für die Leihmutterschaft der Finanzierung des Unterhalts einer ganzen Familie.

Es ist daher ein erheblicher Unterschied, ob die Motivation zur Leihmutterschaft aus eher altruistischen oder eher kommerziellen Motiven erfolgt. Wenngleich in der Befragung der Leihmütter oft auch erstere Motive angegeben werden, so ist es wenig wahrscheinlich, dass das Austragen der Schwangerschaft für fremde Paare über 9 Monate ausschließlich aus Altruismus erfolgt, ohne dass finanzielle Aspekte eine Rolle spielen.

In Ländern wie Großbritannien ist eine Leihmutterschaft nur mit Beschränkung der finanziellen Kompensation möglich.

Es gilt auch zu bedenken, dass die Leihmutter über mehrere Monate hinweg ihren Körper zum Austragen der Schwangerschaft zur Verfügung stellt. Sie kann in dieser Zeit durchaus ihre Meinung zum Austragen der Schwangerschaft ändern.

Ein Verbot der Leihmutterschaft wäre allerdings ein deutlicher Eingriff in das grundsätzlich geschützte Recht auf Fortpflanzungsfreiheit. Zugleich birgt das Verbot der Leihmutterschaft in Deutschland für viele Paare (sowohl heterosexuelle als auch homosexuelle), die ins Ausland reisen, die Gefahr, dass das geborene Kind keine eindeutige rechtliche Zuordnung zu einem oder beiden (auftraggebenden) Elternteilen erhält.

Medizinische Aspekte

Für eine Leihmutter bestehen die üblichen Risiken einer Schwangerschaft für sich selbst (z. B.

Entwicklung einer Präeklampsie) oder auch für die Schwangerschaft an sich (z. B. Fehlgeburt oder ektopische Schwangerschaft sowie Mehrlingsschwangerschaften) [4].

Die Untersuchungen bezüglich Infektionen (HIV, Hepatitis B und C) wären in gleicher Weise durchzuführen wie bei sonstiger Kinderwunschbehandlung. Grundsätzlich sollte nur ein Embryo übertragen werden, um Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden.

Wenn die Eizellen der Leihmutter verwendet werden, so sollte dies aufgrund des Alters eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten.

Die Raten an Mehrgeburtnlichkeit und Fehlgeburt scheinen mit anderen Schwangerschaften vergleichbar zu sein [4]. Neben den medizinischen Aspekten stehen auch psychologische Aspekte im Vordergrund, da die Leihmutter selbst entscheidet, ob und wie häufig sie pränatale Untersuchungen durchführt, ob sie sich entsprechend »schonend« verhält (z. B. kein Rauchen, kein Alkohol) und ob sie den üblichen Empfehlungen für den Schwangerschaftsverlauf und Geburtsmodus folgt (Vorsorgeuntersuchungen, Spontangeburt oder Sectio).

Diese Entscheidungen sind im Lichte ihrer eigenen Autonomie zu sehen. Letztlich kann die Leihmutter bei Vorliegen entsprechender juristischer Voraussetzungen sogar einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen.

In einigen Ländern liegen statistische Überblicke über Schwangerschaft nach Leihmutterchaft vor. In den USA werden die Daten über das CDC (Center of Disease Control) sowie über die Society for Assisted Reproductive Technology (SART) zusammengeführt (Council for Responsible Genetics [5]). Die Datenlage ist nicht komplett.

Die Schwangerschaften pro Zyklus wurden im Jahre 2004 mit 35,15% und im Jahre 2008 mit 39,45% angegeben [5]. Die Zahl der Transfers bei Leihmutterchaftsbehandlung stieg in den USA von 2.133 im Jahre 2005 auf 4.030 im Jahre 2014 an [6].

In einer Übersicht über klinische Schwangerschaftsraten wird von 19–33% pro Embryotransfer berichtet. 30–70% der auftraggebenden Paare wurden schließlich Eltern [4]. Auf Grundlage dieser Daten handelt es sich um ein Verfahren, welches im Vergleich zu anderen der künstlichen Befruchtung als relativ erfolgreich anzusehen ist.

Daten zur weltweiten Übersicht der Reproduktionsmedizin zeigen keine auswertbaren Zyklen zur Leihmutterchaft [7].

Psychologische Erwägungen

Die psychologischen Untersuchungen haben die psychosozialen Auswirkungen auf die betroffenen Parteien, insbesondere auf die auftraggebenden Eltern, das Kind sowie die Leihmutter [1] zum Inhalt.

Eine Untersuchung von van den Akker [8] beschäftigte sich mit der Frage des Verhaltens der auftraggebenden Mütter und der Leihmütter während der Schwangerschaft: Die auftraggebenden Mütter waren während der Schwangerschaft signifikant ängstlicher.

Die Arbeitsgruppe um Golombok führte Longitudinaluntersuchungen durch bezüglich der Kinder, die durch Leihmutterchaft entstanden waren, und der auftraggebenden Familien. Diese wurden mit Familien nach Eizellspende und nach Spontankonzeption verglichen. Die Autoren fanden keine Hinweise darauf, dass sich die Leihmutterchaft oder der fehlende genetische Hintergrund negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung, auf das psychische Wohlergehen der Mütter, Väter und Kinder auswirkt [4, 9, 10–13].

Etwa 1/3 der Leihmütter zeigte leichte und mäßige Schwierigkeiten bei der Übergabe des Kindes. Dieser Anteil war signifikant höher, wenn es sich bei den Leihmüttern um Frauen handelte, die den auftraggebenden Eltern schon vorher bekannt waren [1]. Knapp 10% der Leihmütter suchten während oder nach der Schwangerschaft wegen psychologischer Probleme den Hausarzt

oder einen Psychologen auf [1, 14]. Der Kontakt zu den Leihmüttern wird als harmonisch beschrieben. Im Alter von 10 Jahren waren 90% der Kinder über die Art ihrer Konzeption (Leihmutterschaft) informiert. Dieses wirkte sich im Wesentlichen positiv auf die Beziehung zwischen den Kindern und ihren Leihmüttern aus [13].

Die psychologischen Untersuchungen lassen den Schluss zu, dass die Eltern-Kind-Beziehung und die Entwicklung der Kinder unauffällig zu sein scheinen. Problematisch kann ein kontrollierendes Verhalten der auftraggebenden Mutter/Eltern gegenüber der Leihmutter in der Schwangerschaft sein. Auch die Übergabe des Kindes von Leihmutter auf die auftraggebenden Eltern kann psychische Schwierigkeiten beinhalten. Endgültige Aussagen sind allerdings wegen der begrenzten Anzahl der Untersuchungen nicht möglich [4].

Ethische Aspekte

Grundlage der Behandlung und Einwilligung ist das Prinzip der Autonomie, da die Freiwilligkeit als oberstes Prinzip anzuerkennen ist. Die ESHRE Task Force on Ethics and Law [3] schätzt die bestehenden moralischen Einwände gegenüber einer Leihmutterschaft sowie die damit verbundenen Risiken und Komplikationen als nicht so schwerwiegend ein, als dass sie ein gänzlich Verbot rechtfertigen würden [1, 3]. Ähnlich äußert sich das Ethic Committee der Amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin [15].

Bedeutsam erscheinen die Aspekte der Bezahlung.

Grundlage sollte eine Leihmutterschaft auf altruistischer Basis sein. Dennoch sind die entstehenden Kosten und Mühen in die Festlegung eines finanziellen Entgelts einzubeziehen. Eine Instrumentalisierung oder Ausbeutung des menschlichen Körpers der Leihmutter und ihrer Persönlichkeit insgesamt muss vermieden werden.

Insofern stehen die Aspekte der Information, Aufklärung, Beratung und die Herstellung einer informierten Einwilligung im Vordergrund. Hierbei ist darauf zu achten, dass genügend Zeit für alle beteiligten Parteien im Beratungsprozess vor einer endgültigen vertraglichen Fixierung bleibt.

Aspekte der Beratung und Betreuung der Leihmutterschaft

Die Daten zu medizinischen, psychosozialen und juristischen Aspekten machen deutlich, dass die Beratungserfordernisse an alle Parteien im Zusammenhang mit Leihmutterschaft sehr hoch sind. Ärzte in Deutschland sollten bei einer Erörterung einer Leihmutterschaft mögliche Alternativen wie Verzicht auf ein Kind, die Möglichkeiten einer Adoption im In- und Ausland sowie von Pflegschaften in den Beratungsprozess mit einbeziehen. Der Arzt muss darauf hinweisen, dass die Leihmutterschaft in Deutschland verboten ist, und er sollte eine juristische Beratung zu den entsprechenden juristischen Voraussetzungen des Landes empfehlen, in dem das Paar möglicherweise eine Leihmutterschaft anstrebt.

Sollte der Arzt eine direkte medizinische Unterstützung durchführen, so läuft er Gefahr, dass er Beihilfe zu einer Tat leistet, die nach dem Embryonenschutzgesetz verboten und strafbar ist [16].

Zugleich sollte der Arzt insbesondere eine negative Stigmatisierung der Paare vermeiden, die bei medizinischer Unmöglichkeit, ein eigenes Kind zu bekommen, eine Leihmutterschaft im Ausland erwägen und diese evtl. auch durchführen.

In jüngster Zeit mehren sich juristische Stimmen in Deutschland, in einem Fortpflanzungsmedizinengesetz die Leihmutterschaft zu erlauben und zu regeln, da die Verbotsgründe für die Zukunft nicht tragfähig genug erscheinen [17].

Fazit für die Praxis

Obwohl Leihmutterschaft in Deutschland verboten ist, kann sich für Frauen ohne Gebär-

mutter oder funktionsfähiges Endometrium (Asherman-Syndrom) die Frage nach der Durchführung einer Leihmutterschaft stellen.

Der beratende Arzt sollte auf die juristischen Voraussetzungen hinweisen und mit der Patientin die medizinischen und psychosozialen Besonderheiten besprechen.

Der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf einer Leihmutterschaft und auch die psychologischen Nachuntersuchungen bei allen Beteiligten zeigen im Wesentlichen unauffällige Ergebnisse.

Ethische Gesichtspunkte, wie dass eine andere Frau auf altruistischer Basis oder gegen Entgelt ihren Körper zum Austragen einer Schwangerschaft zur Verfügung stellt und das Kind dann später an die auftraggebenden Eltern übergibt, bedürfen einer intensiven Erörterung aller Beteiligten.

■ Zusammenfassung

Leihmutterschaft ist in Deutschland verboten. Medizinische Indikationen dafür wären: fehlender Uterus, operativer Verlust der Gebärmutter oder Gebärmutter ohne funktionsfähiges Endometrium (Asherman-Syndrom).

Die Schwangerschafts- und Geburtsraten sind ähnlich hoch wie bei der In-vitro-Fertilisation. Leihmutterschaft ist auf altruistischer oder kommerzieller Basis möglich.

Die psychologischen Nachuntersuchungen zu Kindern, Leihmüttern und den auftraggebenden Eltern zeigen keine wesentlichen psychischen Auffälligkeiten. Allerdings sind endgültige Aussagen aufgrund der begrenzten Anzahl an bisherigen Untersuchungen nicht möglich.

Wegen der ungleichgewichtigen Belastung für alle beteiligten Personen bedarf es einer gesonderten ethischen Debatte.

Kentenich H:
Surrogacy: considerations from a medical and psychological point of view

Summary: Surrogacy in Germany is not allowed. Medical indications are: no uterus or uterus with lack of endometrium (Asherman syndrome). Pregnancy and delivery rates are comparable with classical in vitro fertilisation/intracytoplasmatic sperm injection.

Surrogacy is based on altruistic reasons or commercial basis.

Psychological follow-ups of children, surrogate mothers and future parents show no essential problems. Due to limited amounts of studies more definite results are yet missing.

An ethical debate is needed regarding the unequal burden of all persons involved.

Keywords: surrogacy – medical aspects – psychological aspects – ethical aspects – juridical aspects

Literatur

1. Tschudin S, Griesinger G. Leihmutterschaft. Gynäkologische Endokrinologie 2012; 10: 135–138.
2. ESHRE Task Force on Ethics and Law; de Wert G, Dondorp W, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, et al. Intrafamilial medically assisted reproduction. Hum Reprod 2011; 26: 504–509.
3. Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, de Wert G, Tarlatzis B; on behalf of the ESHRE Task Force on Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. Hum Reprod 2005; 20: 2705–2707.
4. Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families – a systematic review. Hum Reprod Update 2016; 22: 260–276.
5. Council for Responsible Genetics (CTG). Surrogacy in America. (<http://www.councilforresponsiblegenetics.org/pageDocuments/KA EVEJ0A1M.pdf>). Zugriffen: 06.08.2018.

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted Reproductive Technology. National Summary Report. (<https://www.cdc.gov/art/pdf/2014-report/art-2014-national-summary-report.pdf>). Zugegriffen: 06.08.2018.
7. Sullivan EA, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, de Mouzon J, Nygren KG, Adamson GD. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technologies (ICMART) word report: assisted reproductive technology 2004. *Hum Reprod* 2013; 28: 1375–1390.
8. Van den Akker OB. Psychological trait and state characteristics, social support and attitude to the surrogate pregnancy and baby. *Human Reprod* 2007; 22: 2287–2295.
9. Golombok S, Murray C, Jadva V, MacCallum F, Lycett E. Families created through surrogacy arrangements: parent-child relationships in the 1st year of life. *Dev Psychol* 2004; 40: 400–411.
10. Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadva V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 213–222.
11. Golombok S, Murray C, Jadva V, Lycett E, MacCallum F, Rust J. Non-genetic and non-gestational parenting: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod* 2006; 21: 1918–1924.
12. Golombok S, Readings J, Blake L, Casey P, Marks A, Jadva V. Families created through surrogacy: mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Dev Psychol* 2011; 47: 1579–1588.
13. Jadva V, Blake L, Casey P, Golombok S. Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. *Hum Reprod* 2012; 27: 3008–3014.
14. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003; 18: 2196–2204.
15. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril* 2013; 99: 1838–1841.
16. Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. „Umgang mit medizinischen Angeboten im Ausland. Ethische und rechtliche Fragen des ‚Medizintourismus‘“. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: 1–6.
17. Gassner U, Kersten J, Krüger M, Lindner JF, Rosenau H, Schroth U. Fortpflanzungsmedizingesetz Augsburg-Münchener Entwurf (AME-FMedG). Tübingen: Mohr Siebeck; 2013.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, während der Erstellung dieses Beitrages Vortragstätigkeiten für die Firmen *DR. KADE*, *Merck Serono* und *TEVA* durchgeführt zu haben. Die Honorare daraus wurden auf Wunsch des Autors nicht an ihn selbst, sondern direkt an festgelegte gemeinnützige Stiftungen ausbezahlt.



Prof. Dr. med. Heribert Kentenich
Fertility Center Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

kentenich@fertilitycenterberlin.de