

14.06.2018

Stellungnahme zur Anhörung „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern“ am 25. Juni 2018 im Familienausschuss der Deutschen Bundestages

Prof. Dr. Tewes Wischmann (Heidelberg)

Von **ungewollter Kinderlosigkeit** wird gesprochen, wenn ein (heterosexuelles) Paar mit dem Wunsch nach einem Kind nach einem Jahr regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs noch nicht schwanger geworden ist [1]. Die Zahl der von ungewollter Kinderlosigkeit betroffenen Paare bzw. Personen in Deutschland kann bisher nur geschätzt werden, viele Quellen gehen von 0,5 bis 1,4 Millionen Paaren aus [2], etwa jedes 13. Paar ist inzwischen davon betroffen [3,4]. Über zwei Drittel dieser Paare begeben sich in reproduktionsmedizinische Diagnostik bzw. Therapie [5]. Werden Verfahren der **assistierten Reproduktion** (ART) – insbesondere In-vitro-Fertilisation (IVF) und Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) – in Anspruch genommen, können die Paare im Durchschnitt mit der **Lebendgeburt eines Kindes** nach drei durchgeführten Behandlungszyklen in etwa der Hälfte aller Fälle rechnen, nach vier Behandlungszyklen in ca. 60% und nach sechs Behandlungszyklen in ca. zwei Drittel aller Fälle [2]. Rein statistisch gesehen wären also durchschnittlich vier Behandlungszyklen nötig, damit die Mehrzahl der Paare zur Lebendgeburt eines Kindes gelangt.

Ungewollte Kinderlosigkeit wird von einer Vielzahl betroffener Frauen und Männer – nahezu alle Studien dazu beziehen sich ausschließlich auf heterosexuelle Paare – als sehr **gravierende emotionale Belastung** wahrgenommen. Das Erleben des unerfüllten Kinderwunsches wird von vielen Paaren von der emotionalen Auswirkung als nahezu gleichbedeutend mit dem Verlust eines Angehörigen oder dem Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung eingeschätzt [6]. Nach der Richtlinie der „European Society of Human Reproduction and Embryology“ (ESHRE) weisen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch vor Beginn einer reproduktionsmedizinischen Behandlung durchschnittlich **keine psychopathologischen Besonderheiten** auf, Frauen stellen sich im Vergleich zum männlichen Partner etwas depressiver und gestresster dar [7].

Während eines ART-Zyklus ist die emotionale Belastung der Frauen am höchsten in der Wartezeit zwischen Embryotransfer und Schwangerschaftstest [8], dem klinischen Eindruck nach trifft dieses auch auf den männlichen Partner zu (systematische Studien zum Erleben der ART aus Sicht des Mannes stehen noch weitgehend aus). In der psychosozialen Kinderwunschberatung wird diese **„Achterbahn der Gefühle“** zwischen Hoffnung und Enttäuschung als die spezifische Belastung der ART regelmäßig beschrieben, zusammen mit den Gefühlen von Ungewissheit und Hilflosigkeit. Nach negativem Schwangerschaftstest zeigen 1 von 4 Frauen sowie 1 von 10 Männern eine (passagere) depressive Reaktion und 1 von 7 Frauen sowie 1 von 20 Männern eine (passagere) Angststörung [7]. Systematische Erhebungen über Störungen von Krankheitswert, ausgelöst durch ungewollte Kinderlosigkeit bzw. durch die ART (wie z. B. eine depressive Neurose), liegen kaum vor bzw. gelangen zu inkonsistenten Ergebnissen. Geschätzt bedürfen ca. 15-20% der Paare in ART einer **intensiveren psychosozialen Beratung** [7].

Systematische Studien zu **Auswirkungen der veränderten Finanzierung der ART** durch die Krankenkassen ab 1.1.2004 als Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) liegen m. W. nicht vor. Der „Einbruch“ in den Behandlungszahlen um ca. 50% in 2004 bezieht sich auf den direkten Vergleich der vergleichsweise hohen Zahl von Erstbehandlungen in 2003. Bezogen auf die geborenen Kinder nach ART war im Vergleich 2004 zu 2003 laut IVF-Register ein Rückgang um ca. 8.700 Kinder

dokumentiert (inklusive Kinder aus Mehrlingsgeburten). Gemittelt über die jeweils drei Jahre 2000-2002 bzw. 2004-2006 ergibt sich ein Rückgang der Kinderzahl von knapp 2.200 Kindern als mögliche Folge des GMG [9]. **Veränderungen durch das GMG** im Erleben und Verhalten betroffener Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind nicht Gegenstand systematischer Studien gewesen. Dem klinischen Eindruck nach (auf dem Hintergrund der psychosozialen Beratung an einem Universitätsklinikum) hat die finanzielle Eigenbeteiligung bei einigen wenigen Paaren dazu geführt, dass die vorgesehene Zahl der Behandlungszyklen von ART wegen zu hoher finanzieller Belastung nicht durchgeführt wurde. Bei einer etwas größeren Anzahl von Paaren waren vermehrte und längere Behandlungspausen nach eigenen Angaben Folge der finanziellen Eigenbeteiligung. In größerem Ausmaß wurden familiäre Ressourcen aktiviert (finanzielle Unterstützung durch Eltern/Schwiegereltern, Schenkung durch Großeltern etc.).

In Bezug auf die Familien- und Kindesentwicklung nach ART in den **unterschiedlichen Familienformen** (verheiratete und unverheiratete heterosexuelle Paare, lesbische Paare, sowie so genannte „single mothers by choice“ bzw. „Solo-Mütter“) zeigt der internationale und nationale Forschungsstand übereinstimmend, dass sich keine Unterschiede in Bezug auf das Kindeswohl und die kindliche Entwicklung zwischen den verschiedenen Familienformen aufzeigen lassen (zur Übersicht: [10]). Im Gegensatz zu alleinerziehenden Müttern nach Trennung vom Kindsvater haben „Solo-Mütter“ eine aktive Entscheidung getroffen, das Kind alleine aufzuziehen, so dass familiäre Trennungserfahrungen mit ihren häufig negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hier keine Rolle spielen [11]. Die Leitlinie „Psychosomatische Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ kommt allerdings für die Gruppe älterer „Solo-Mütter“ zu dem Schluss, „dass eine erhöhte Versorgungsleistung beispielsweise bei behinderten Kindern oder Mehrlingen für diese Mütter eine Herausforderung bedeuten kann“ [12, S. 135], z. B. aufgrund eingeschränkter sozialer Unterstützung.

Forschungsergebnisse bezüglich **Mutterschaft in höherem Alter** („Schwangerschaft mit 40 plus“ [13]) sind überwiegend unauffällig, aber nicht in jedem Bereich: Aus psychologischer Sicht können viele Vorteile (wie größere Lebenserfahrung) identifiziert werden, während die medizinischen Risiken einer Mutterschaft ab dem 40. Lebensjahr bzw. einer Vaterschaft ab dem 50. Lebensjahr nicht unterschätzt werden dürfen. Neben den Risiken für die Mütter (bspw. akutes Nierenversagen) steigen auch die **Risiken für die Kinder**: Das Risiko perinataler Sterblichkeit bleibt bei den 20-39jährigen Müttern mit etwa 0,7% gleich und steigt dann von 1,2% bei 40-44jährigen Müttern bis auf 2,3% (bei 45-49jährigen Müttern) [13]. Neben den medizinischen Risiken (sehr) später Schwanger- und Elternschaft für die Mutter und für das Kind (auch durch das Alter des Vaters) ist das Risiko, „vorzeitig“ zu versterben, nicht zu unterschätzen: Zwar erleben etwa nur 5% der Frauen bzw. 12% der Männer, die jeweils mit 45 Jahren Eltern wurden, den 18. Geburtstag ihres Kindes nicht (dieser Anteil ist verdoppelt gegenüber 35jährigen Müttern bzw. Vätern). Den 30. Geburtstag des Kindes erleben allerdings bereits 15% der Mütter und sogar 31% der Väter dieser Altersgruppe nicht mehr (auch dieser Anteil verdoppelt gegenüber 35jährigen Elternteilen), sie stehen damit in Großelternfunktion nicht mehr zur Verfügung [14]. Mit zunehmendem Alter des Vaters steigt das Fehlgeburtsrisiko bei seiner Partnerin [2]. Die **Darstellung „sehr später“ Elternschaft in den Medien** in Form von schwangeren 50jährigen Frauen suggeriert, dass die Familiengründung in ein nahezu beliebig hohes Alter der Frau verschoben werden kann: Eine Studie für das Bundesfamilienministerium ergab, dass von den Befragten 40- bis 50-Jährigen mit Kinderwunsch 27% der Frauen und 58% der Männer keinen Zweifel an ihrer Fruchtbarkeit hatten und sich sicher waren, ohne Kinderwunschbehandlung ein Kind zu bekommen [15]. Tatsächlich zeigen die **Zahlen des IVF-**

Registers für die Jahre 2011-2015 für die ICSI-Behandlung im Durchschnitt, dass bei der 40jährigen Patientin die klinische Schwangerschaftsrate (nicht die Lebendgeburtenrate) pro Embryotransfer bei 23,1% lag und das Abortrisiko bei 32,5%, bei der 42jährigen Patientin entsprechend bei 15,7% bzw. 41,8% und bei der 44jährigen Patientin bei 8,9% bzw. 54,9% [16, S. 35]. Bei der Nutzung **kryokonservierter befruchteter Eizellen** bei ART liegen diese Zahlen für die Geburtsraten einige Prozentpunkte darunter (jeweils abhängig von der Anzahl transferierter Embryonen), das Abortrisiko ist demgegenüber leicht erhöht. Der große Vorteil der Behandlung im „Kryo-Zyklus“ (mit erniedrigter Lebendgeburtswahrscheinlichkeit) ist darin zu sehen, dass sich die Patientin nicht erneut einer hormonellen Stimulation (wie im „Frisch-Zyklus“) unterziehen muss (mit potenziellen Risiken wie z. B. dem ovariellen Überstimulationssyndrom) und auch nicht erneut punktiert werden muss (meist unter Vollnarkose mit den entsprechend einhergehenden potenziellen Risiken).

Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen aus medizinischer Indikation (Fertilitätsprotektion bei Krebserkrankung) und nicht-medizinischer Indikation („Social Freezing“): Nach der Leitlinie **„Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen“** [17] kann eine (potenzielle) krebstherapiebedingte Infertilität als zusätzliche existenzielle Begrenzung und Herausforderung wahrgenommen werden, mit den damit einhergehenden intensiven Emotionen einer doppelten Bedrohung. In den letzten Jahren hat die Option der Fertilitätsprotektion einen hohen Stellenwert bei Krebserkrankungen gewonnen. Die Beratung über Konzepte zum Erhalt der Fertilität soll unter Berücksichtigung der Lebensumstände, der empfohlenen onkologischen Therapien und des individuellen Risikoprofils ein integraler Bestandteil onkologischer Behandlungen von Patientinnen und Patienten sein [17]. Gründe für die Inanspruchnahme von **„Social Freezing“** liegen überwiegend nicht im persönlichen Entschluss, die Mutterschaft aufzuschieben, sondern sie ist meist den äußeren Umständen geschuldet, keinen potenziellen Kindsvater zu finden. Der positiven Seite der (theoretisch) größeren reproduktiven Autonomie der Frau durch dieses Verfahren steht negativ gegenüber, dass eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe – Gewährleistung der Gleichzeitigkeit von Familiengründung und beruflicher Karriere – von der Frau individuell „gelöst“ (und bezahlt) werden soll [11]. Ethisch bleiben beim »Social Egg Freezing« noch wichtige Fragen zu klären: Sollen bzw. dürfen die nicht genutzten Eizellen für eine Eizellspende zur Verfügung gestellt werden können bzw. schafft „Social Freezing“ per se nicht bereits einen wichtigen Anreiz zur Legalisierung der Eizellspende in Deutschland? Wer legt ein Höchstalter der Frauen für eine Schwangerschaft nach „Social Freezing“ fest? Auch die Fragen der Kommerzialisierung und der Qualitätskontrolle dieses Verfahrens sind noch offen, ein verbindliches Register – wie das Deutsche IVF-Register für die IVF-Behandlung – existiert für das „Social Freezing“ bisher noch nicht. Außerdem werden (zumeist) gesunde Frauen durch dieses Verfahren potenziell zu ICSI-Patientinnen (mit den spezifischen Risiken des ICSI-Verfahrens).

Kryokonservierte Samenzellen kommen beim Verfahren der donogenen Insemination zum Einsatz, die von heterosexuellen Paaren beim Vorliegen einer andrologischen Diagnose in Anspruch genommen werden kann sowie bei lesbischen Paaren und „Solo-Müttern“ zur Anwendung kommt. Durch das Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes ab 1.7.2018 ist das Verfahren der donogenen Insemination rechtlich soweit abgesichert, dass Fragen wie mögliche Unterhaltungspflichten des Samenspenders bzw. fehlende Informationsmöglichkeit über die biologischen Wurzeln des so gezeugten Kindes (bzw. Erwachsenen) geklärt sind, die auch in der psychosozialen Kinderwunschberatung über Jahrzehnte für alle Beteiligten vor einer donogenen Insemination nur völlig unzureichend beantwortet werden konnten. Aufgrund der (potenziellen) Komplexität dieser Form der Familienbildung mit einer weiteren Person („Third party reproduction“) wird aus

wissenschaftlicher Sicht eine der donogenen Insemination vorgeschaltete fakultative psychosoziale Kinderwunschberatung für unbedingt erforderlich angesehen [12], wie zumindest einzelne anekdotische Studien zu „missglückten“ Familienentwicklungen ohne professionelle Beratung zeigen. Systematische Studien zum Stellenwert psychosozialer Kinderwunschberatung bei Gametenspende stehen allerdings noch aus.

Stellungnahme zu den einzelnen Forderungen des FDP-Antrags (Drucksache 19/585):

- 1a. Aus der Sicht wissenschaftlicher Forschung zu den psychosozialen Aspekten von Fertilitätsstörungen und von reproduktionsmedizinischer Behandlung spricht nichts gegen eine bundesländerunabhängige Kofinanzierung der Kinderwunschbehandlung für vier Behandlungsversuche durch den Bund.
- 1b. Gleichermaßen spricht aus dieser Sicht nichts gegen die Ausweitung der Förderung auf alleinstehende Frauen („Solo-Mütter“) und auch auf lesbische Paare.
- 1c. Ebenso spricht aus dieser Sicht nichts gegen die finanzielle Unterstützung der donogenen Insemination. Es sollte allerdings niedrigschwellig eine psychosoziale Kinderwunschberatung begleitend vorgehalten werden.
- 1d. Weiterhin spricht aus dieser Sicht nichts gegen die finanzielle Unterstützung der Kryokonservierung von Samenzellen und befruchteter Eizellen im Rahmen einer ART sowie von unbefruchteten Eizellen im Rahmen der Fertilitätsprotektion bei vorliegender Krebserkrankung. Gegenüber der Förderung der Kryokonservierung unbefruchteter Eizellen im Rahmen der Fertilitätsprotektion beim „Social Freezing“ gibt es schwerwiegende Bedenken bezüglich ethischer und gesamtgesellschaftlicher Aspekte.
2. Aus wissenschaftlicher Sicht spricht nichts gegen die Ausweitung der geltenden Altersgrenzen von 25 Jahren für Frauen und Männer, sofern eine eindeutig organisch bedingte Fertilitätsstörung diagnostiziert worden ist. Die medizinischen und auch psychosozialen Risiken einer Ausweitung über das 40. Lebensjahr der Frau bzw. das 50. Lebensjahr des Mannes (beim heterosexuellen Paar) hinaus für Schwangere und Kind sollten nicht unterschätzt werden.

(zu 3. und 4. ist keine Stellungnahme möglich)

Weiterer Regulierungsbedarf bezüglich assistierter Reproduktion:

Die gesetzliche Lage in Deutschland sollte baldmöglichst über ein Fortpflanzungsmedizingesetz dem aktuellen internationalen Forschungsstand angepasst werden, in dem die gesetzlichen Lücken bzw. Verbote (z. B. bezüglich des elektiven Single-Embryo-Transfers zur Reduzierung der Mehrlingsproblematik nach ART) umfassend neu geregelt werden [18].

Eine professionelle psychosoziale Kinderwunschberatung wird von Betroffenen wie auch von Fachkräften für essenziell wichtig und notwendig eingeschätzt (insbesondere vor bzw. bei Familienbildung mit Gameten bzw. Embryonen Anderer). Finanzierung, Implementierung und (berufs-)rechtlicher Status dieser Beratung müssen noch geklärt werden [19,20,5].

Auch die Familienbildung mit den Embryonen Anderer bedarf dringend einer rechtlichen Absicherung für alle Beteiligten (einschließlich der Rechte des „Wunschkindes“) [21].

Rechtsunsicherheiten bezüglich der Zulässigkeit des Durchführens psychosozialer Kinderwunschberatung zu in Deutschland verbotenen Verfahren (wie z. B. Eizellspende) sollten geklärt werden.

Aus Sicht betroffener Paare ist die aktuelle Regelung zur Präimplantationsdiagnostik unbefriedigend (hohe Kosten des Antrags bei der Ethikkommission ohne finanzielle Unterstützung) und sollte entsprechend reformiert werden.

Die in der deutschen Leitlinie [12] genannten Forschungsdesiderata sowie die „research recommendations“ der ESHRE-Guideline [7] sind weiterhin offen und sollten baldmöglichst Gegenstand durch die Politik geförderter Forschung werden.

Autor:

Prof. Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Tewes Wischmann, Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg, Email: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

Erklärung zum Interessenskonflikt:

Tewes Wischmann ist Geschäftsführer des BKiD-Fortbildungsinstitutes (www.kinderwunschfortbildung.de) sowie Co-Autor verschiedener Leitlinien zur Thematik (bei AWMF und ESHRE). Bezüglich dieser Stellungnahme liegen keine Interessenskonflikte vor.

Stand: 14. Juni 2018

Literatur:

1. Zegers-Hochschild F, Nygren K-G, Adamson GD, de Mouzon J, Lancaster P, Mansour R, Sullivan E, on behalf of The International Committee Monitoring Assisted Reproductive Technologies (2006) The ICMART glossary on ART terminology. Hum Reprod:del171
2. Wischmann T (2012) Einführung Reproduktionsmedizin: Medizinische Grundlagen – Psychosomatik – Psychosoziale Aspekte, vol 3757: Psychologie, Medizin. UTB; 3757: Psychologie, Medizin. Reinhardt, München
3. Wippermann C (2016) Gewollte Kinderlosigkeit und aufgeschobener Kinderwunsch. Eine Umfrage in Deutschland. Gynäkol Endokrin 14 (1):49-53. doi:10.1007/s10304-015-0037-z
4. Passet-Wittig J, Schneider N, Letzel S, B S, Seufert R, Zier U, Münster E (2016) Prävalenz von Infertilität und Nutzung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 13 (3):80-90
5. Wischmann T, Thorn P (2017) "Kinderwunsch? Beratung!" - Perspektiven der psychosozialen Kinderwunschberatung in Deutschland. Abschlussdokumentation für das BMFSFJ. BMFSFJ, Berlin
6. Domar A, Zuttermeister P, Friedman R (1993) The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol 14 Suppl:45-52
7. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, Thorn P, Van den Broeck U, Venetis C, Verhaak CM, Wischmann T, Vermeulen N (2015) ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. Hum Reprod 30 (11):2476-2485. doi:10.1093/humrep/dev177
8. Boivin J, Lancastle D (2010) Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. Women's Health 6:59-69
9. Wischmann T (2012) Psychosoziale Aspekte von Fertilitätsstörungen. In: Rauprich O, Vollmann J (eds) Die Kosten des Kinderwunsches: Interdisziplinäre Perspektiven zur Finanzierung reproduktionsmedizinischer Behandlungen, vol 30. Lit, Münster, pp 21-35
10. Golombok S (2015) Modern families: parents and children in new family forms. Cambridge University Press, Cambridge
11. Wischmann T (2018) Kinderwunsch in konventionellen und neuen Familienformen: Ethische und psychosoziale Aspekte. gynäkologische praxis 43 (2):252-258
12. Kenterich H, Brähler E, Kowalcek I, Strauß B, Thorn P, Weblus AJ, Wischmann T, Stöbel-Richter Y (eds) (2014) Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. Psychosozial-Verlag, Gießen
13. Wischmann T, Schick M (2018) Psychosoziale Aspekte des Kinderwunsches nach 40. In: Seelbach-Göbel B, Würfel W (eds) Schwangerschaft mit 40 plus. De Gruyter, Berlin, p in print
14. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A (2011) Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. Human Reproduction Update. doi:10.1093/humupd/dmr040

15. Wippermann C (2014) Kinderlose Frauen und Männer - Ungewollte oder gewollte Kinderlosigkeit im Lebenslauf und Nutzung von Unterstützungsangeboten. Sozialwissenschaftliche Untersuchung des DELTA-Instituts. Penzberg/Berlin
16. DIR (Deutsches IVF-Register) (2017) Jahrbuch 2016. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (Nachdruck) 14 (6):1-56
17. Dittrich R, Kliesch S, Schüring AN, Balcerek M, Baston-Büst D, Beck R, Beckmann MW, Behringer K, Borgmann - Staudt A, Cremer W, Denzer C, Diemer T, Dorn A, Fehm T, Gaase R, Germeyer A, Geue K, Ghadjar P, Goeckenjan M, Götte M (2018) Fertilitätserhalt bei onkologischen Erkrankungen. Leitlinie der DGGG, DGU, DGRM (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/082, September 2017)- Empfehlungen und Statements bei Mädchen und Frauen. Geburtshilfe Frauenheilkd:in print
18. Beier HM, Bujard M, Diedrich K, Dreier H, Frister H, Kentenich H, Kreß H, Krüssel J-S, Ludwig AK, Schumann E, Strowitzki T, Taupitz J, Thaler CJ, Thorn P, Wiesemann C, Zenner H-P (2018) Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. Gynäkol Endokrin 16 (1):50-52. doi:10.1007/s10304-017-0173-8
19. Kentenich H, Thorn P, Wischmann T (2018) Medizinische und psychosoziale Aspekte der Beratung. Gynäkologe. doi:10.1007/s00129-018-4256-y
20. Wischmann T, Thorn P (2012) Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland – Status Quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. Bericht für das Bundesfamilienministerium. BMFSFJ, Berlin
21. Ethikrat D (2016) Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. <http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/stellungnahme-embryospende-embryooption-und-elterliche-verantwortung>. Accessed 27.06.2016