



UMM Universitätsmedizin Mannheim, 68135 Mannheim

An den Ausschuss
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Familie,
Senioren, Frauen u. Jugend
Ausschussdrucksache
19(13)14e

15.06.2018

**Fachgebiet Geschichte,
Theorie und Ethik der Medizin**

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
Leiter des Fachgebiets

Ludolf-Krehl-Straße 13-17
Haus C, Ebene 6, Raum 614
68167 Mannheim
Telefon: (0621) 383 71 735
axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de
www.umm.uni-heidelberg.de/gte

15. Juni 2018

**Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern –
Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion**

Antrag der FDP-Bundestagsfraktion
– Drucksache 19/585 vom 30.01.2018 –

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung
des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
des Deutschen Bundestages
am 25. Juni 2018

Sachverständiger:

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Fachgebiet Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
- Universitätsmedizin Mannheim (UMM) –
Ludolf-Krehl-Straße 13-17
68167 Mannheim
axel.bauer@medma.uni-heidelberg.de
www.umm.uni-heidelberg.de/gte

Gliederung der Stellungnahme

1. Ziele des Antrags 2
2. Die Normativität des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs 3
3. Generelle Übernahme von 25 Prozent der Kosten durch den Bund 6
4. Gleichberechtigte Ausweitung der Förderung auf Alleinstehende 8
5. Förderung der Nutzung von Samenzellspenden über die Richtlinie 10
6. Förderung der Nutzung kryokonservierter Ei- und Samenzellen über die Richtlinie 11
7. Überprüfung der Altersgrenzen für die Förderung 13
8. Umschichtung oder Einsparungen zur Deckung der Mehrausgaben 14
- Literaturverzeichnis 15

1. Ziele des Antrags

Durch den Antrag der FDP-Bundestagsfraktion (Drucksache 19/585 vom 30.01.2018) wird die Bundesregierung aufgefordert, bis zum Herbst 2019

1. die Richtlinie des BMFSFJ über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012 in vier Punkten (II. 1. a. - d. des Antrags) zu ändern,
2. zu prüfen, inwieweit die für eine Förderung durch diese Richtlinie geltenden Altersgrenzen (bei Frauen vom 25. bis zum 40. Lebensjahr) der Lebenswirklichkeit in Deutschland entsprechen,
3. die infolge der Umsetzung des Antrags anfallenden Mehrausgaben durch Umschichtung oder Einsparungen innerhalb des Einzelplans 17 in Deckung zu bringen.¹

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag in seiner 11. Sitzung am 1. Februar 2018 beraten und die Vorlage an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (federführend) sowie an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.² Die folgende Stellungnahme wurde für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 25. Juni 2018 verfasst.

¹ Drucksache 19/585 vom 30.01.2018, S. 3. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/005/1900585.pdf>. Weitere Basisinformationen über den Vorgang unter <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2315/231559.html>.

² Siehe dazu den Stenografischen Bericht über die 11. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 01.02.2018, Plenarprotokoll 19/11, S. 873D – 882A. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19011.pdf>.

Seit dem Jahr 2004 übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bei Ehepaaren die Hälfte der Kosten für die ersten drei Versuche von Maßnahmen der assistierten Reproduktion, sofern die Ehefrau nicht jünger als 25 Jahre und nicht älter als 40 Jahre ist; der Ehemann darf das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 27a SGB V). Aus § 27a Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz SGB V ergibt sich, dass vom Gesetzgeber „auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft“ als „Leistungen der Krankenbehandlung“ angesehen werden. Da somit einer (ungewollten) Kinderlosigkeit der Charakter des Krankhaften zugeschrieben wird, soll dem speziellen Teil dieser Stellungnahme eine allgemeine Reflexion zum Gesundheits- und Krankheitsbegriff vorangestellt werden.

2. Die Normativität des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs

Bereits in einer früheren Stellungnahme vom 29. Oktober 2007 für den damaligen Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages³ hat der Sachverständige darauf hingewiesen, dass die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* grundsätzlich weder objektiv definierbar noch ethisch wertneutral sind. Vielmehr standen diese Begriffe in der Vergangenheit und stehen sie auch heute vor einem – historisch instabilen – normativen Hintergrund. Eine bestimmte Konstellation unerwünschter physischer beziehungsweise psychosozialer Phänomene, die von der Medizin in diesen Fällen als *Symptome* angesprochen werden, gilt jeweils als *krankhaft* im Kontext einer zeitlich und räumlich definierten kulturellen, sozialen beziehungsweise politischen Gemeinschaft. Die *negative Normativität* („Etwas ist oder verhält sich nicht so, wie es sein oder sich verhalten sollte“) repräsentiert somit den größten gemeinsamen Nenner des allgemeinen Krankheitsbegriffs. Es handelt sich um eine normative Setzung aus der Sphäre der sogenannten *Institutional Facts* und nicht um eine bloß deskriptive Entität aus der materiellen Welt der sogenannten *Brute Facts*.⁴ Die empirische Beobachtung, dass bestimmte körperliche, seelische oder soziale Phänomene über einen historisch gesehen recht langen Zeitraum hinweg konstant als pathologisch galten oder noch gelten, ändert nichts daran, dass die gedankliche Verknüpfung der entsprechenden biologischen, psychischen oder sozialen Erscheinungen mit dem Attribut *krankhaft* eine innerhalb der jeweiligen Gemeinschaft kodierte, daher labile und prinzipiell jederzeit revidierbare Verbindung zwischen Lebenswelt und Sprachwelt ist.⁵

³ Bauer (2007a).

⁴ Searle (1994).

⁵ Bauer (2007b).

Der allgemeine Krankheitsbegriff kann deshalb nicht naturalistisch, sondern nur normativ in seinem vollen Bedeutungsgehalt erfasst und erschlossen werden.⁶ Die gemeinsame Basis zwischen einer potenziell tödlichen Krankheit (zum Beispiel einem Magenkarzinom) auf der einen Seite und einer lediglich schmerzhaften beziehungsweise die körperlichen Funktionen oder das seelische Erleben störenden Erkrankung (zum Beispiel einem wiederholten Spannungskopfschmerz) auf der anderen Seite besteht *nicht* in einer kardinalen biologischen Ähnlichkeit der genannten pathologischen Zustände, sondern vielmehr darin, dass diese

1. das betroffene Individuum und/oder die Sozialgemeinschaft stören,
2. als im Körper des betroffenen Individuums lokalisiert angesehen werden,
3. als einer medizinischen Behandlung bedürftig beziehungsweise zugänglich gelten.

Erst nach der Mitte des 19. Jahrhunderts löste sich die Medizin von dem bis dahin dominierenden individuellen, auf das Befinden des einzelnen Menschen zentrierten Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Durch Beobachten, Messen und Zählen, durch graphische Aufzeichnungen und visualisierbare Befunde sowie durch eine umfangreiche Palette statistisch ermittelter Referenzbereiche wurden Gesundheit und Krankheit als quantifizierbare Entitäten in einer historisch neuartigen Weise konstruiert. Der mittlerweile selbstverständliche Rückgriff auf biomathematische Verfahren, denen die Annahme einer Gaußschen Normalverteilung zahlreicher Messparameter zu Grunde liegt, verbirgt den nach wie vor normativen Gehalt des modernen Gesundheits- und Krankheitsbegriffs.

Gesundheit und Krankheit scheinen im Rahmen der naturwissenschaftlichen Medizin nicht mehr durch werthaltige Hintergrundkonzepte, sondern nur noch durch objektive Fakten definiert zu sein: Wer einen Blutdruck von 145/95 mm Hg hat, gilt als *Hypertoniker*, wer einen Nüchternblutzuckerwert von 130 mg/dl aufweist, wird als *Diabetiker* bezeichnet, und eine Probandin, in deren Blutserum ein Gesamtcholesterin von 250 mg/dl gemessen wurde, muss fortan mit der Diagnose *Hypercholesterinämie* leben. Gesundheit und Krankheit sind dadurch in die nahezu monopolartige Definitions- und Verfügungshoheit biomedizinischer Experten geraten. Diese Feststellung gilt auch für die menschliche Fortpflanzung.

⁶ Siehe dazu etwa Bauer (2009).

In seinem Buch *Abschied von der freudigen Erwartung* hat der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio schon vor einigen Jahren darauf hingewiesen, dass auf werdenden Eltern heutzutage ein medizinischer und gesellschaftlicher Druck lastet, der die Schwangerschaft immer häufiger zu einem von Sorgen überschatteten Drama mache. Alles drehe sich um die Gesundheit des heranwachsenden Kindes, befürchtete Gefahren und Risiken bedrängten die elterliche Vorfreude. Im Fall einer diagnostizierten Behinderung werde das Kind oft antizipativ als Belastung oder sogar als Bedrohung für die Eltern und für die Gesellschaft empfunden. Aus den zunehmenden medizintechnischen Möglichkeiten, ungeborenes Leben auf Herz und Nieren zu prüfen, erwachse die elterliche Pflicht, „kein Risiko einzugehen“. Die ethische Grundannahme, dass jeder Mensch einzigartig sei und sein Leben unverfügbar sein müsse, gerate immer mehr in die Defensive.⁷

Doch auch die Nichterfüllung eines Kinderwunsches ist in den letzten Jahrzehnten zu einer „Krankheit“ geworden, bei deren medizinischer Bekämpfung die davon betroffenen Frauen und Männer einen (Teil-)Leistungsanspruch geltend machen können. Laut § 12 SGB V erhält das Mitglied einer Krankenkasse eine Behandlung, die *wirtschaftlich, ausreichend, notwendig* und *zweckmäßig* sein muss. Aufgrund der vier genannten Kriterien und der meist ausführlichen Prüfung, die einer Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung vorausgeht, herrscht in der Bevölkerung die Meinung, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse nicht nur in Bezug auf ihre *medizinische Qualität*, sondern auch in Bezug auf ihren *moralischen Wert* eine Art „Gütesiegel“ tragen.⁸

Technisch gesehen bietet die Reproduktionsmedizin in der Gegenwart bereits viele Optionen, die inzwischen von der *Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion* (ICSI) bis zum *Social Freezing* von Eizellen reichen, und es besteht nach diesen Verfahren ein nicht unerheblicher Bedarf. So ließen sich im Jahr 2015 in Deutschland etwa 58.000 Frauen in Kinderwunschzentren behandeln.⁹ Es geht also auch in ökonomischer Perspektive um eine „Wachstumsbranche“ innerhalb der Erwerbswirtschaft, in der hohe Umsätze und Gewinne generiert werden und nach dem Wunsch der Anbieter auch generiert werden sollen.

⁷ Maio (2013).

⁸ Kiworr/Bauer/Cullen (2017).

⁹ Croyé (2017).

Es ist dabei jedoch keineswegs sicher, dass sich ethische und wirtschaftliche Aspekte bei diesem Thema auf Dauer als miteinander kompatibel erweisen werden.

3. Generelle Übernahme von 25 Prozent der Kosten durch den Bund

Nach diesen wissenschaftstheoretischen, medizinethischen und ökonomischen Vorüberlegungen sollen nun die im vorliegenden Antrag (Drucksache 19/585) von der FDP-Fraktion vorgelegten sechs Forderungen an die Bundesregierung aus der Perspektive des Sachverständigen im Detail analysiert und bewertet werden. Die Antragsteller fordern zunächst in Punkt II. 1. a., dass der Bund im gesamten Bundesgebiet unabhängig von einer Mitfinanzierung durch die Länder 25 Prozent der Kosten für die ersten vier Versuche von Kinderwunschbehandlungen übernehmen soll. Lediglich diese erste Forderung kommt auch in der Überschrift des gesamten Antrags *Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern* zum Ausdruck, wenngleich es sprachlich präzise betrachtet nicht um die Förderung des Wunsches nach einem Kind geht, sondern um die generelle finanzielle Förderung der Durchführung von bis zu vier assistierten Reproduktionsversuchen durch den Bund. Es dürfte weder der tatsächlichen noch der für die nähere Zukunft anzustrebenden Lebenswirklichkeit in Deutschland entsprechen, dass der Wunsch nach einem Kind als solcher erst durch staatliche Finanzhilfen im Rahmen der assistierten Reproduktion geweckt würde. Insoweit ist die Globalüberschrift des Antrags 19/585 unscharf und kann zu Missverständnissen führen.

Nach Artikel 6 Absatz 1 GG stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung. Dieser besondere Schutz schließt die Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion durch den Staat jedenfalls grundsätzlich mit ein, wie dies etwa die Richtlinie des BMFSFJ vom 29. März 2012 über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion belegt. Galt diese Förderung zunächst nur für Ehepaare, wird sie seit der am 7. Januar 2016 in Kraft getretenen Änderung der Richtlinie vom 23. Dezember 2015 nun auch Paaren gewährt, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben. Als nichteheliche Gemeinschaft im Sinn der Richtlinie gilt „eine auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau, die keine weitere Lebensgemeinschaft zulässt und sich durch eine innere Bindung auszeichnet“. Diese sei dann anzunehmen, wenn „nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die unverheiratete Frau mit dem unver-

heirateten Mann in einer festgefügtten Partnerschaft zusammenlebt und dieser die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennt.“¹⁰

Der Staat hat bei der hier zur Debatte stehenden finanziellen Förderung einen nicht unerheblichen Gestaltungsspielraum. Diesseits der Frage, ob bestimmte Handlungen verboten oder erlaubt sein sollen, bleibt nämlich zu beurteilen, ob diese Handlungen tatsächlich so förderungswürdig sind, dass sie von allen Bürgerinnen und Bürgern aus allgemeinen Steuermitteln bezahlt werden müssen. Und hier kann man zu durchaus unterschiedlichen Einschätzungen kommen. So haben bislang lediglich 6 der 16 Länder der Bundesrepublik, nämlich Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entsprechende Landesprogramme aufgesetzt, die eine Förderung durch Bundesmittel voraussetzt. In Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen ist die Mitfinanzierung des Bundesprogramms durch das jeweilige Land derzeit Teil von Koalitionsvereinbarungen. In den 8 übrigen Ländern besteht ein solches Programm bisher nicht.¹¹ Es geht dabei keineswegs ausschließlich um finanzielle, sondern ebenso um politische Abwägungen beziehungsweise Prioritätensetzungen.

Die von den Antragstellern angestrebte Unabhängigkeit vom Wohnort des Paares würde bei der Förderung der assistierten Reproduktion daher auch dann nicht eintreten, wenn der Bund künftig grundsätzlich 25 Prozent der Kosten für die ersten vier Versuche von Kinderwunschbehandlungen übernehme. Denn auch in diesem Fall blieben Paare aus mindestens 8 Ländern, nämlich Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland weiterhin ohne Förderung aus einem Landesprogramm. Allerdings könnte die Gesamtzahl der assistierten Reproduktionsversuche als mittelbare Folge der verstärkten Förderung zunehmen.

Es muss jedoch gefragt werden, ob dies eine als solche wünschenswerte Entwicklung wäre. So wurden 2015 in Deutschland insgesamt 20.949 Kinder nach einer künstlichen Befruchtung geboren. Das entspricht gegenüber dem Jahr 2014 – damals waren es 19.979 Geburten – einer Steigerung um fast 5 Prozent. Nahezu 3 Prozent aller 2015 lebend zur

¹⁰ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015), Punkt 4. Nr. 2.

¹¹ Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016). Siehe dazu auch den Stenografischen Bericht über die 11. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 01.02.2018, Plenarprotokoll 19/11, S. 874B (Rede von Katja Suding, MdB). <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19011.pdf>.

Welt gekommenen Kinder wurden somit nach einer extrakorporalen Befruchtung geboren.¹² Zu bedenken ist indessen auch, dass zwei Drittel aller Kinderwunschbehandlungen im Ergebnis *nicht* zur Elternschaft führen.¹³ Die ethische und verfassungsrechtliche Erwägung, dass es ein „Recht auf ein Kind“ schon deshalb nicht geben kann, weil das Kind als ein Mensch mit eigener Würde kein Eigentum seiner Eltern ist und nicht zu deren Beglückung, sondern allein um seiner selbst willen existiert, findet in dieser ernüchternden Zahl ihre biomedizinisch-empirische Bestätigung.

4. Gleichberechtigte Ausweitung der Förderung auf Alleinstehende

Die Antragsteller fordern in Punkt II. 1. b., dass die Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion gleichberechtigt auf Alleinstehende ausgeweitet werden soll. Diese Forderung wird durch die Überschrift des Gesamtantrags, die lediglich die Unabhängigkeit der Förderung vom Wohnort postuliert, bereits nicht mehr abgedeckt. Gleiches gilt für alle weiteren Forderungen des Antrags, die in den Abschnitten 5. bis 8. dieser Stellungnahme erörtert werden sollen. Es zeigt sich, dass es den Antragstellern tatsächlich nicht in erster Linie um die Lösung des Problems unterschiedlicher finanzieller Förderung der assistierten Reproduktion in den einzelnen Bundesländern geht, sondern vielmehr um ein daran gekoppeltes biopolitisches Projekt zur fragmentarischen Vorwegnahme eines möglichen späteren Fortpflanzungsmedizingesetzes.¹⁴ Die hier vorgetragene Forderung widerspräche den Zielen der zuletzt am 23. Dezember 2015 geänderten Richtlinie des BMFSFJ jedenfalls diametral und würde die in ihr zum Ausdruck kommende ethische Grundhaltung im Kern annullieren.

Wie bereits in Abschnitt 3. dieser Stellungnahme ausgeführt, will das BMFSFJ durch die Richtlinie exklusiv die assistierte Reproduktion bei (heterosexuellen) Ehepaaren und in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebenden (ebenfalls heterosexuellen) Paaren finanziell unterstützen. Diese Grundhaltung wird gerade durch die Änderung der Richtlinie vom 23. Dezember 2015 – also vor knapp zweieinhalb Jahren – noch einmal besonders hervorgehoben, indem sich dort eine präzise Definition der nichtehelichen Lebensgemein-

¹² Deutsches IVF-Register (2017), S. 8.

¹³ Stenografischer Bericht über die 11. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 01.02.2018, Plenarprotokoll 19/11, S. 880A (Rede von Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB).

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19011.pdf>.

¹⁴ Siehe hierzu das Plenarprotokoll 19/11, S. 874D (Rede von Katja Suding, MdB).

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19011.pdf>.

schaft findet, die sich als eine „auf längere Zeit und Dauer angelegte Lebensgemeinschaft zwischen Mann und Frau“ darstellt, welche sich „durch eine innere Bindung“ auszeichnen soll. Ebenfalls erwähnt werden dort der Begriff „festgefügte Partnerschaft“ sowie die Voraussetzung, dass der Mann „die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind“ anerkennt.¹⁵

Es ist weder theoretisch plausibel noch empirisch erkennbar, dass die entwicklungspsychologischen und familiensoziologischen Erkenntnisse oder die ethischen Grundüberzeugungen, die noch Ende 2015 in der Richtlinie des BMFSFJ ihren Niederschlag gefunden haben, innerhalb von nur 30 Monaten inhaltlich gegenstandslos geworden wären, sodass man sie Mitte 2018 plötzlich in ihr Gegenteil verkehren müsste. Die genannten Voraussetzungen wurden von der Bundesregierung zweifellos nicht deshalb in der Richtlinie festgeschrieben, um Alleinstehende („Singles“) vorsätzlich oder fahrlässig zu diskriminieren. Eine solche Interpretation würde zugleich verkennen, dass es bei der (ärztlich assistierten) Reproduktion primär gerade nicht um das zu befriedigende Wohlbefinden Erwachsener geht, die unbedingt ein Kind haben wollen, sondern um das physische, psychische und soziale Wohl des Kindes um seiner selbst willen. Wenn bei der Vorstellung des Antrags im Deutschen Bundestag am 1. Februar 2018 zur Begründung ausgeführt wurde, Alleinstehende gingen „komplett leer aus“, so illustriert diese Formulierung jenes fundamentale Missverständnis, Kinder seien lieferbare Produkte, auf die Erwachsene einen Anspruch hätten, in besonders eindrucksvoller Weise.¹⁶

Aus dem Datenreport des Statistischen Bundesamts geht hervor, dass 73 Prozent der insgesamt 13,0 Millionen minderjährigen Kinder im Jahre 2014 bei ihren verheirateten Eltern groß wurden; 9 Prozent lebten mit Eltern in einer Lebensgemeinschaft.¹⁷ Rund 18 Prozent der minderjährigen Kinder wuchsen bei einem alleinerziehenden Elternteil auf. Das bedeutet, dass rund 2,34 Millionen Kinder mit nur einem Elternteil leben. Die Erziehungsleistung dieser Mütter und Väter ist zweifellos besonders zu würdigen, da die meisten von ihnen als Alleinerziehende mehr oder minder unfreiwillig in eine schwierige Lebenslage geraten sind, die sie nicht von vornherein angestrebt haben, mit der sie und ihre Kinder sich nun aber arrangieren müssen. Es handelt sich demgegenüber jedoch um eine gänzlich andersartige Konstellation, wenn ein mithilfe der assistierten Reproduktion gezeugtes Kind

¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015), Punkt 4. Nr. 2.

¹⁶ Siehe hierzu das Plenarprotokoll 19/11, S. 874C (Rede von Katja Suding, MdB).

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19011.pdf>.

¹⁷ Statistisches Bundesamt (2016), S. 53.

geradezu planmäßig in die Lage gebracht werden soll, nur eine alleinerziehende Mutter (oder einen alleinerziehenden Vater) zu haben. Eine zur Herbeiführung dieser Situation angebotene staatliche finanzielle Förderung aus allgemeinen Steuermitteln würde ein bislang als schicksalhaft begriffenes Phänomen in ein gesellschaftspolitisch wie ethisch positiv konnotiertes Ziel verwandeln.

5. Förderung der Nutzung von Samenzellspenden über die Richtlinie

In Punkt II. 1. c. wird von den Antragstellern gefordert, dass auch die Nutzung von Samenzellspenden künftig über die Richtlinie des BMFSFJ gefördert werden soll. Diese Forderung steht in einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit der im vorigen Abschnitt behandelten Forderung nach gleichberechtigter Ausweitung der Förderung auf Alleinstehende, denn solche (heterologen) Samenzellspenden werden nicht zuletzt 1. von alleinstehenden Frauen mit Kinderwunsch nachgefragt, darüber hinaus 2. von lesbischen Paaren oder 3. von heterosexuellen Paaren, bei denen der Mann infertil ist und aus diesem Grund einer heterologen Insemination bei seiner Partnerin zugestimmt hat. In diesem Zusammenhang beachtlich sind der zukünftige Auskunftsanspruch eines durch heterologe Insemination gezeugten Kindes nach Vollendung des 16. Lebensjahres gemäß § 10 des am 1. Juli 2018 in Kraft tretenden Samenspenderregistergesetzes (SaRegG) sowie die ebenfalls ab 1. Juli 2018 gemäß § 1600d Absatz 4 nF BGB geltende zivilrechtliche Barriere gegen eine spätere Feststellung des Samenspenders als Vater des Kindes.

Auch die am 11. Mai 2018 veröffentlichte neue Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion befasst sich speziell mit ergänzenden Inhalten der Aufklärung vor einer heterologen Verwendung von Samenzellen bei der künstlichen Befruchtung. Die BÄK verweist hier zunächst auf die Bestimmungen in § 4 SaRegG, wonach die Empfängerin der Samenspende von der Einrichtung der medizinischen Versorgung, die Samen zur heterologen Insemination verwendet, detailliert über die Rechtslage aufzuklären ist. Darüber hinaus sollen jedoch die Betroffenen „über die möglichen psychosozialen Probleme, die sich daraus für das Kind, den Samenspender und die Wunscheltern ergeben können (bspw. eigene Familiengründung des Samenspenders, die zur Zeugung von möglichen Halbgeschwistern führen kann, mögliche Kontaktaufnahme durch mittels Samenspende gezeugte Kinder/Erwachsene mit dem Samenspender), beraten werden. Dabei soll besonderes

Gewicht auf die Entwicklung einer Paarbeziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine genetische Abstammung gelegt werden.“¹⁸

Auch bei dieser Forderung der Antragsteller wird der Ausschuss zu beurteilen haben, ob die heterologe Samenzellspende in den drei oben genannten Konstellationen tatsächlich als so förderungswürdig erscheint, dass sie von allen Bürgerinnen und Bürgern aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden müsste. Den bisherigen, noch im Dezember 2015 zuletzt bekräftigten Zielvorstellungen der Richtlinie des BMFSFJ entspräche eine solche Förderung jedenfalls nicht. Zudem läge dann auch eine Inkonsistenz zu § 27a Absatz 1 Nr. 4 SGB V vor, der eine heterologe Insemination auf Kosten der GKV ausdrücklich verneint.

6. Förderung der Nutzung kryokonservierter Ei- und Samenzellen über die Richtlinie

In Punkt II. 1. d. fordern die Antragsteller, dass auch die Nutzung von kryokonservierten Ei- und Samenzellen über die Richtlinie gefördert werden soll. Zur Begründung führen sie an, dass die Nutzung eingefrorener Ei- und Samenzellen aktuell weder von der GKV noch über die BMFSFJ-Richtlinie gefördert werde. Die Nutzung von im Wege der Kryokonservierung eingefrorenen Zellen könne nach fertilitätsbeeinträchtigenden medizinischen Behandlungen eine Option darstellen, gesunde Kinder zur Welt zu bringen. Ferner könne dieses Verfahren neue Möglichkeiten für Frauen und Paare eröffnen, selbstbestimmt über die Realisierung von Kinderwünschen zu entscheiden.¹⁹

Mit dem seit einigen Jahren bekannter werdenden Begriff *Social Freezing* bezeichnet man das prophylaktische Einfrieren unbefruchteter Eizellen dann, wenn es für diese Maßnahme keine krankheitsbedingte medizinische Indikation gibt. Das Verfahren soll es jungen Frauen ermöglichen, ihren Kinderwunsch aufzuschieben, um ihn jenseits des aus biologischen Gründen „kritischen“ Alters von etwa 35 Jahren realisieren zu können. Ursprünglich war die Kryokonservierung von Eizellen in flüssigem Stickstoff bei minus 196 Grad Celsius in den 1980er Jahren für an Krebs erkrankte Patientinnen entwickelt worden, die sich einer körperlich und seelisch belastenden Chemotherapie unterziehen müssen. In diesen Fällen

¹⁸ Bundesärztekammer (2018), S. A7 (Punkt 2.2.3).

¹⁹ Drucksache 19/585 vom 30.01.2018, S. 2.

liegt eine medizinische Indikation für den Einsatz der Prozedur vor, die beim *Social Freezing* hingegen gerade fehlt²⁰.

Ausschlaggebender Faktor für eine erfolgreiche Behandlung ist vor allem das Alter der Frau bei der Entnahme der Eizellen (Oozyten). Je jünger die Frau ist, desto weniger Schäden weisen ihre Oozyten auf. Der Berner Endokrinologe und Reproduktionsmediziner Michael v. Wolff schrieb 2013, es sei zwar allen Experten bekannt, dass die Fruchtbarkeit aufgrund der altersbedingten Funktionsstörungen der Eizellen mit 35 Jahren langsam und mit etwa 40 Jahren sehr schnell abnehme. Nicht bekannt sei aber, „dass kein noch so gut ausgestattetes reproduktionsbiologisches Labor so gut ist wie die Natur. Eine aus dem Ovar entnommene, in vitro fertilisierte Oozyte wird nie das gleiche Entwicklungspotential haben wie eine in vivo entwickelte Oozyte.“ Diese Feststellungen seien von erheblicher Tragweite. So bedeute dies zum einen, dass eine fertilitätskonservierende Maßnahme vor der biologisch determinierten Abnahme der Eizellenqualität erfolgen müsse, das heißt spätestens mit etwa 35 Jahren. Zum anderen sei zu bedenken, dass eine gesunde Frau auf ihre Fertilitätsreserve erst im Alter von über 40 Jahren zurückgreifen sollte.²¹

Im Oktober 2014 wurde bekannt, dass die beiden amerikanischen Medien- und Elektronik-Konzerne *Facebook* und *Apple* den Leistungskatalog für ihre jungen, hoch qualifizierten Mitarbeiterinnen um eben jenes umstrittene Instrument der Lebens- und Familienplanung erweitert hatten: Die beiden Unternehmen erstatten ihren Mitarbeiterinnen Kosten von bis zu 20.000 Dollar für das vorsorgliche Einfrieren von Eizellen. Das *Social Freezing*, so lautet die Verheißung, nehme den Frauen den Zeitdruck, etwa um den passenden Partner zur Gründung einer Familie zu finden, und es erleichtere ihnen somit auch, sich auf ihre Karriere zu konzentrieren. Hierin liegt auch ein offensichtlicher Vorteil für Arbeitgeber wie *Facebook* oder *Apple*, da es auf diese Weise möglich erscheint, jüngere Mitarbeiterinnen für längere Zeit „komplikationslos“ im Arbeitsprozess zu halten.²² Ob es sich dabei tatsächlich um einen individuellen Zugewinn an Selbstbestimmung für die betroffenen jungen Frauen oder doch eher um eine arbeitgeberfreundliche Maßnahme im Sinne einer fremdgesteuerten Manipulation der Biografie ihrer Arbeitnehmerinnen handelt, sei dahingestellt. Einen überzeugenden Grund für die mit Steuergeldern geförderte Ankurbelung dieses

²⁰ Nawroth et al. (2012).

²¹ v. Wolff (2013), S. 393.

²² Bauer (2015) sowie Bauer (2017), S. 202-218.

neuen Geschäftsfeldes der Reproduktionsindustrie vermag jedenfalls der Sachverständige nicht zu erkennen.

Lediglich im Fall einer aus medizinischer Indikation (insbesondere wegen einer bevorstehenden Krebsbehandlung) erfolgten Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen könnte eine solche Förderung unter strikt definierten Bedingungen in Erwägung gezogen werden, auch dann allerdings nicht vorrangig über die Richtlinie des BMFSFJ, sondern über eine entsprechende Modifikation von § 27a SGB V. Zuletzt hatte das Landessozialgericht Baden-Württemberg am 25. April 2017 entschieden, eine Hormonbehandlung und Kryokonservierung der entstandenen Eizellen sei keine Krankenbehandlung. Die von der Klägerin vorgenommene Hormonbehandlung und Kryokonservierung sei nicht direkt auf die Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit gerichtet; dies müsse aber dem Gesetz nach der Fall sein. Die Maßnahmen der Klägerin dienten lediglich der Vorbereitung einer künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V. Hormonbehandlung und Kryokonservierung stünden nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen unter dem Thema künstliche Befruchtung. Die Maßnahmen seien also keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.²³

Mit dem am 13. Juni 2018 vorgelegten *Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen* (Drucksache 19/2689) hat die Fraktion der FDP dieses Ziel tatsächlich bereits anvisiert.²⁴ Doch auch hier wird sehr genau zu prüfen sein, inwieweit sich eine entsprechende Regelung gerade angesichts der in Abschnitt 2. dargelegten prinzipiellen Normativität und Volatilität des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs dauerhaft auf bestimmte medizinische Indikationen beschränken ließe. Die Wahrscheinlichkeit wäre hoch, dass an dieser Stelle ein Einfallstor zur späteren Ausweitung der Förderung der Nutzung kryokonservierter Ei- und Samenzellen im Sinne des *Social Freezing* entstünde.

7. Überprüfung der Altersgrenzen für die Förderung

In Punkt II. 2. des Antrags wird die Bundesregierung aufgefordert zu prüfen, inwieweit die für eine Förderung durch die Richtlinie des BMFSFJ geltenden Altersgrenzen (bei Frauen vom 25. bis zum 40. Lebensjahr) „der Lebenswirklichkeit in Deutschland entsprechen“.

²³ LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.04.2017, L 11 KR 907/16.

²⁴ Drucksache 19/2689 bom 13.06.2018. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/026/1902689.pdf>.

Den Antragstellern erscheinen die für eine Kostenübernahme durch die GKV geltenden Altersgrenzen „vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung“ anpassungsbedürftig, da „die derzeit starren Fristen die Behandlungsmöglichkeiten insbesondere junger ungewollt kinderloser Paare“ einschränkten.²⁵

Da sich die biologischen Altersgrenzen für die menschliche Fortpflanzung, wie bereits in Abschnitt 6. dieser Stellungnahme ausgeführt wurde, insbesondere bei Frauen nicht beliebig weit nach oben verschieben lassen, geht der Sachverständige davon aus, dass die Antragsteller vor allem eine Absenkung der Altersgrenze(n) unter 25 Jahre anstreben. Diese Forderung steht in einem logischen Spannungsverhältnis zu der in Punkt II. 1. d. beantragten Förderung der Kryokonservierung. Das wesentliche Motiv speziell des *Social Freezing* besteht ja gerade darin, dass Frauen aus beruflichen oder persönlichen Gründen die Verschiebung ihres Kinderwunsches zunehmend in ein höheres Lebensalter erwägen. Hier wird nun aber gerade das Gegenteil postuliert, nämlich eine möglichst frühe assistierte Reproduktion vor dem Erreichen des 25. Lebensjahres. Es bleibt in der Begründung jedoch unklar, vor dem Hintergrund welcher „gesellschaftlichen Entwicklung“ sich ausge-rechnet dieses Erfordernis als plausibel aufdrängen sollte. In den meisten Fällen dürfte schon aus medizinischen und psychologischen Gründen in diesem jungen Alter noch gar nicht mit hinreichender Sicherheit feststehen, ob eine biotechnologisch unterstützte Kinderwunschbehandlung überhaupt indiziert und unumgänglich ist.

8. Umschichtung oder Einsparungen zur Deckung der Mehrausgaben

Die Antragsteller schlagen abschließend in Punkt II. 3. vor, die Mehrausgaben durch Umschichtung oder Einsparungen innerhalb des Einzelplans 17 in Deckung zu bringen. Auch dieser Vorschlag enthält einen Aspekt, welcher der ethischen Bewertung zugänglich ist. Angesichts der im Gesundheitswesen chronischen Ressourcenknappheit hat in den letzten Jahren der Begriff *Priorisierung* in Gesundheitsökonomie und Medizinethik an Bedeutung gewonnen. Grundsätzlich bezeichnet dieser Begriff die systematisch begründete Bildung von Ranglisten – in der Krankenversorgung die Bildung von Ranglisten medizinischer Interventionen. Der Begriff selbst lässt offen, nach welchen Kriterien und mit welcher Motivation die Vorrangigkeit bestimmt wird – sie könnte etwa nach Maßgabe des finanziellen Aufwands, der Neuartigkeit, der quantitativen Bedeutung oder der individuellen medi-

²⁵ Drucksache 19/585 vom 30.01.2018, S. 2.

zischen Nützlichkeit der sortierten Maßnahmen erfolgen. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und Indikationen (das heißt Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit den zu ihrer Abhilfe geeigneten Interventionen) können priorisiert werden.²⁶

Priorisierung beinhaltet zugleich jedoch notwendigerweise *Posteriorisierung* in dem Sinne, dass bestimmte Maßnahmen auf eine nachrangige Stufe gesetzt werden. Indem die Antragsteller lediglich pauschal auf den Einzelplan 17 für das BMFSFJ verweisen, der derzeit über ein Finanzvolumen von etwas mehr als 9,5 Milliarden € pro Jahr verfügt²⁷, vermeiden sie eine konkrete Aussage darüber, welche anderen Leistungen im Geschäftsbereich dieses gesellschaftspolitisch zentralen Ministeriums künftig entfallen oder in vermindertem Umfang erbracht werden sollen. Ohne eine solche Angabe wird jedoch die Zustimmung zum Gesamtantrag ganz grundsätzlich erschwert, denn die ethische Pointe des englischen Sprichworts *You can't have your cake and eat it* gilt im Bereich der Allokation knapper Ressourcen uneingeschränkt.

Literaturverzeichnis

Bauer AW (2007a): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) – BT-Drucksache 16/3233 vom 3.11.2006 – der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Medizinethischer Beitrag für die Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. November 2007 in Berlin. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 16(14)0288(21) – 29.10.2007.

Bauer AW (2007b): Brute Facts oder Institutional Facts? Kritische Bemerkungen zum wissenschaftstheoretischen Diskurs um den allgemeinen Krankheitsbegriff. *Erwägen – Wissen – Ethik* 18(1), S. 93-95.

Bauer AW (2009): Gesundheit als normatives Konzept in medizinthoretischer und medizinhistorischer Perspektive. In: Biendarra I, Weeren M (Hrsg.): *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*. Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg, S. 31-57.

Bauer AW (2015): „Social Freezing“: Nachwuchsplanung als (fremd-)gesteuerte Manipulation der Biografie. *Katholische Bildung* 116(3), S. 103-118.

www.vkdl.de/pdf/katholische-bildung/2015-03-05+Katholische-Bildung_03-2015.pdf

Bauer AW (2017): *Normative Entgrenzung. Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in Deutschland*. Springer VS, Wiesbaden.

²⁶ Deutscher Ethikrat (2011), S. 13

²⁷ Genaue Zahlen finden sich beim Bundesministerium der Finanzen unter der Internetadresse <https://www.bundeshaushalt-info.de/#/2017/soll/ausgaben/einzelplan.html>

Bundesärztekammer (2018): Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion vom 20.04.2018. Deutsches Ärzteblatt vom 11.05.2018 online, S. A1-A22. [DOI: 10.3238/arztebl.2018.Rili_assReproduktion_2018]
<https://www.aerzteblatt.de/down.asp?id=21066>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012, zuletzt geändert am 23. Dezember 2015.
http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwwvbund_29032012_41487300000105.htm

Croyé M (2017): Wenn nichts mehr fruchtet. Die Welt vom 16.12.2017, S. 21.

Deutscher Ethikrat (2011): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme vom 27. Januar 2011. Berlin.
<http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen>

Deutsches IVF-Register (2017): Kurz und knapp – Die Jahre 2015 und 2016 im Deutschen IVF-Register (D.I.R). Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 14(6), modifizierter Nachdruck, S. 8. <http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch-archiv.php>

Kiworr M, Bauer AW, Cullen P (2017): Pränataldiagnostik auf dem Prüfstand. Eine Streitschrift. Zeitschrift für Lebensrecht 26(1), S. 13-19.

Maio G (2013): Abschied von der freudigen Erwartung. Werdende Eltern unter dem wachsenden Druck der vorgeburtlichen Diagnostik. (= Edition Sonderwege bei Manuscriptum.) Waltrip und Leipzig.

Nawroth F, Dittrich R, Kupka M, Lawrenz B, Montag M, Wolff Mv (2012): Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen bei nichtmedizinischen Indikationen („social freezing“). Frauenarzt 53, S. 528-533.

Searle JR (1994): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay. Übersetzt von R. und R. Wiggershaus. 6. Auflage. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Statistisches Bundesamt (2016): Familie, Lebensformen und Kinder. Auszug aus dem Datenreport 2016.
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016Kap2.pdf?__blob=publicationFile

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2016): Kurzinformation zur Kostenerstattung bei In-Vitro-Fertilisation (IVF). WD 9 – 037/16 (06. Juli 2016).

Wolff Mv (2013): „Social freezing“: Sinn oder Unsinn? Schweizerische Ärztezeitung 94, S. 393-395.
<http://www.saez.ch/docs/saez/2013/10/de/SAEZ-01204.pdf>