

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Familie,
Senioren, Frauen u. Jugend

Ausschussdrucksache
19(13)14f

17.06.2018

UniKiD – Universitäts-Frauenklinik - Moorenstrasse 5 - D-40225 Düsseldorf

Per email als PDF an

Familienausschuss@bundestag.de

Anhörung BT-Drucksache 19/585

Ansprechpartner:	Durchwahl:	E-Mail:	Datum:
Prof. Dr. med. J.-S. Krüssel	(0211) 81-04062	kruessel@unikid.de	17.06.2018

Anhörung BT-Drucksache 19/585, 25. Juni 2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit, als reproduktionsmedizinischer Sachverständiger zu dem Antrag der FDP-Fraktion „Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern – Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktion (BT-Drucksache 19/585)“ Stellung nehmen zu dürfen! Die Originale der zitierten Veröffentlichungen sind als PDF-Dateien beigefügt.

Wie Sie meinem beigefügten Lebenslauf entnehmen können, bin ich sowohl als Leiter des größten universitären Kinderwunschzentrums Deutschlands UniKiD, als auch in meinen Funktionen als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, als Vorstand des Deutschen IVF-Registers (D.I.R) und als ehemaliger Präsident und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin in klinischer, wissenschaftlicher und berufspolitischer Hinsicht tief in die Materie eingearbeitet.

Ich bin von der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin mandatiert worden, diese im Rahmen der Anhörung zu vertreten.

Der Antrag (BT-Drucksache 19/585) ist aus meiner Sicht zu unterstützen, die dort genannten Fakten sind korrekt und die emotionale und finanzielle Belastung der Kinderwunschaare ist treffend dargestellt. Die finanzielle Belastung der gesetzlich versicherten Kinderwunschaare hat tatsächlich mit Inkrafttreten des GMG am 01.01.2004 zu einem Rückgang der in vitro Fertilisationsbehandlungen (IVF) und

UniKiD

Universitäres Interdisziplinäres
Kinderwunschzentrum Düsseldorf

Webseiten des Zentrums
www.unikid.de, www.unikid.eu

Frauenheilkunde

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. T. Fehm

Prof. Dr. med. Jan-S. Krüssel
Leiter des UniKiD
Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Prof. Dr. med. Alexandra Hess
Stellv. Leiterin des UniKiD
Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Dr. med. Barbara Mikat-Drozdzyński
Sonja Schu
Dr. med. Christoph Grewe
Ärztinnen/Arzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Dr. med. Nora Holtmann
Dr. med. Tanja Freundl-Schütt
Dr. med. Philippos Edimiris
Ärztinnen/Ärzte für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Dr. med. Vera Kreuzer
Ärztin
Tel.: (0211) 81-04060
Fax: (0211) 81-16787

Dr. rer. nat. Jens Hirchenhain
Leiter IVF-Labor
Tel.: (0211) 81-04067

Dr. rer. nat. Dunja Baston-Büst
Forschungslabor UniKiD
Tel.: (0211) 81-17532

**Abteilung für Andrologie der
Universitäts-Hautklinik**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. B.
Homey

Dr. med. Norbert J. Neumann
Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Tel.: (0211) 81-04525
(Mo. – Do., 08:00-11:00)

Urologische Klinik

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter
Albers

Arzt für Urologie
Tel.: (0211) 81-16274

**Institut für Humangenetik und
Anthropologie**

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. rer. nat.
D. Wieczorek

Prof. Dr. med. Harald Rieder
Tel.: (0211) 81-12355 (Sekretariat)

**Klinisches Institut für
psychosomatische Medizin und
Psychotherapie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med.
H.-Chr. Friederich

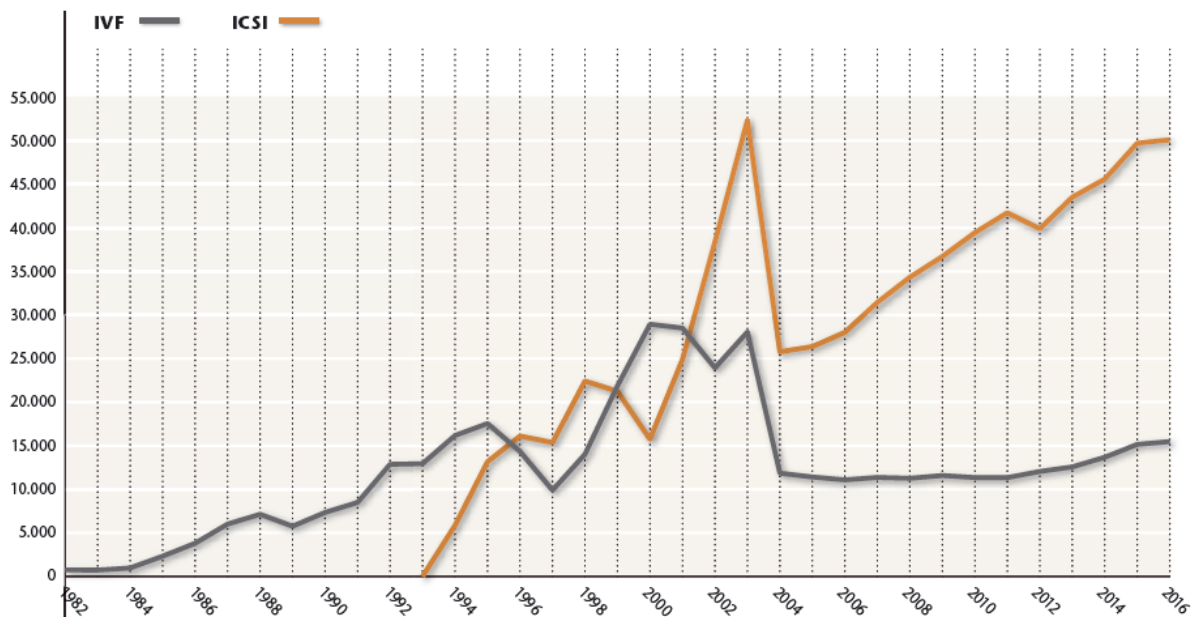
Univ.-Prof. Dr. med. M. Franz
Stellv. Institutsdirektor
Tel.: (0211) 81-18855 (Sekretariat)

Behandlungen mittels intrazytoplasmatischer Spermiuminjektion (ICSI) in Deutschland um >50% geführt (Abb. 1).

Anzahl der Follikelpunktionen 1982 – 2016



IVF, ICSI* – prospektive und retrospektive Daten



	1982	1986	1990	[...]	2002	2003	2004	[...]	2012	2013	2014	2015	2016
IVF	742	3.806	7.343	Werte für 1991 – 2001 sh. www.deutsches-ivf-register.de	23.936	28.058	11.848	Werte für 2005 – 2011 sh. www.deutsches-ivf-register.de	12.047	12.569	13.675	15.105	15.476
ICSI					38.370	52.376	25.785		39.911	43.523	45.605	49.726	50.111
Gesamt	742	3.806	7.343		62.306	80.434	37.633		51.958	56.092	59.280	64.831	65.587

*) Follikelpunktionen, die zu einer Eizellbehandlung mit IVF und/oder ICSI geführt haben.

Abb. 1: Fallzahlen IVF und ICSI pro Jahr anhand des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) Rückgang der Zahlen von 80.434 in 2003 auf 37.633 in 2004. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)21

Grundsätzliche Fakten:

Es lässt sich anhand der Daten des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) klar belegen, dass die Zahl der nach Inkrafttreten des GMG am 01.01.2004 durch IVF oder ICSI geborenen Kinder in Deutschland im Jahr 2004 um 8.377 (=44,4%) im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen ist (Abb. 2).

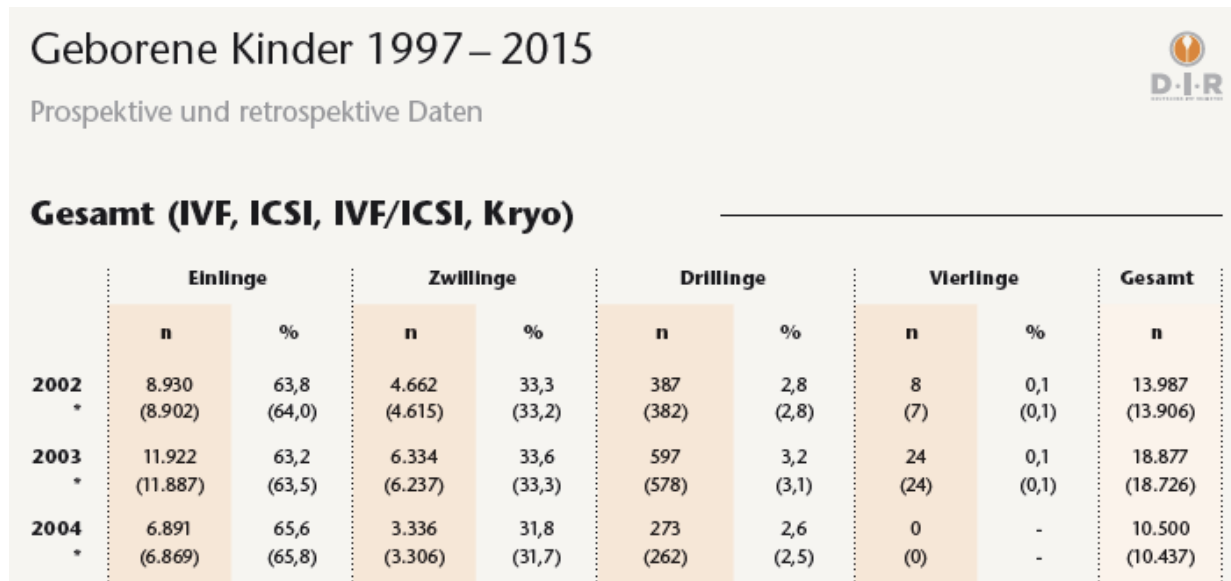


Abb. 2: Geborene Kinder nach IVF und ICSI pro Jahr anhand des D-I-R. Rückgang der geborenen Kinder von 18.877 in 2003 auf 10.500 in 2004. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)41

Ein weiterer negativer Effekt der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Einschränkung der Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte ist der nachweisbare Anstieg des Alters der Patientinnen und Patienten bei Behandlung in einem Kinderwunschzentrum (Abb. 3).

Mittleres Alter der Frauen und Männer 1997 – 2016

IVF, ICSI, IVF/ICSI – prospektive und retrospektive Daten

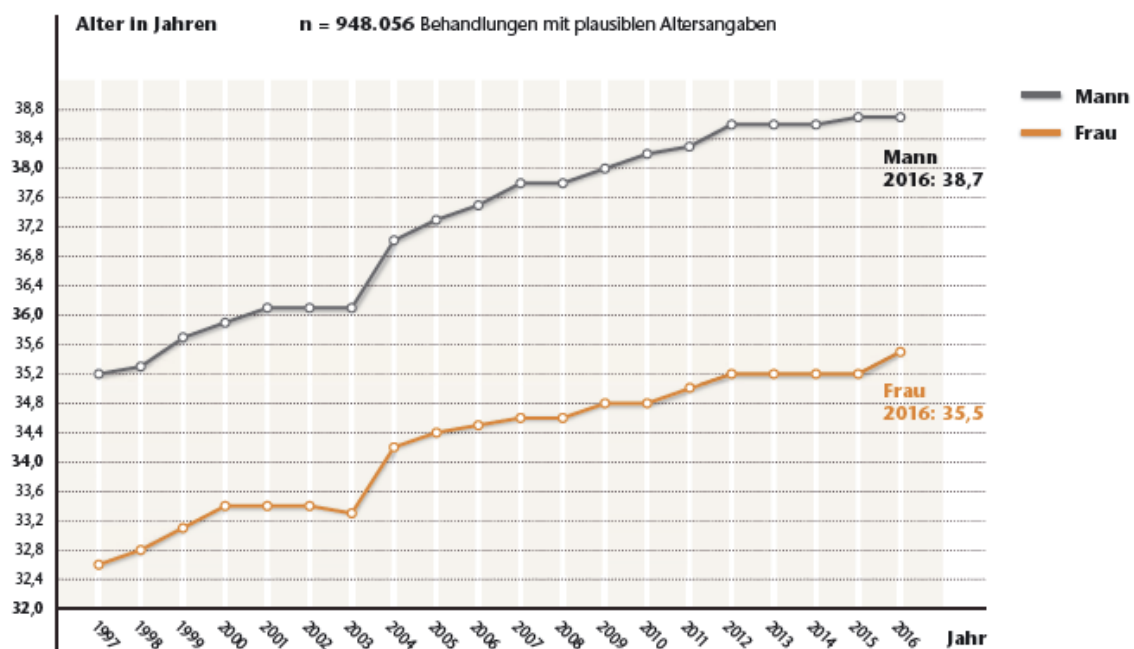


Abb. 3: Anstieg des durchschnittlichen Alters der Behandelten. Nach Inkrafttreten des GMG ist das Alter sprunghaft angestiegen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)39

Dieser Altersanstieg wiederum hat unmittelbare negative Auswirkungen auf den möglichen Behandlungserfolg, da die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nach reproduktionsmedizinischer Behandlung mit zunehmendem Alter der Frau dramatisch abnimmt (Abb. 4). Der negative Effekt des Alters der Frau ist hierbei sowohl auf die abnehmende Anzahl der Eizellen (Verminderung der ovariellen Reserve), als auch auf die Zunahme von genetischen Störungen während der meiotischen Reifeteilung der Eizellen zurückzuführen.

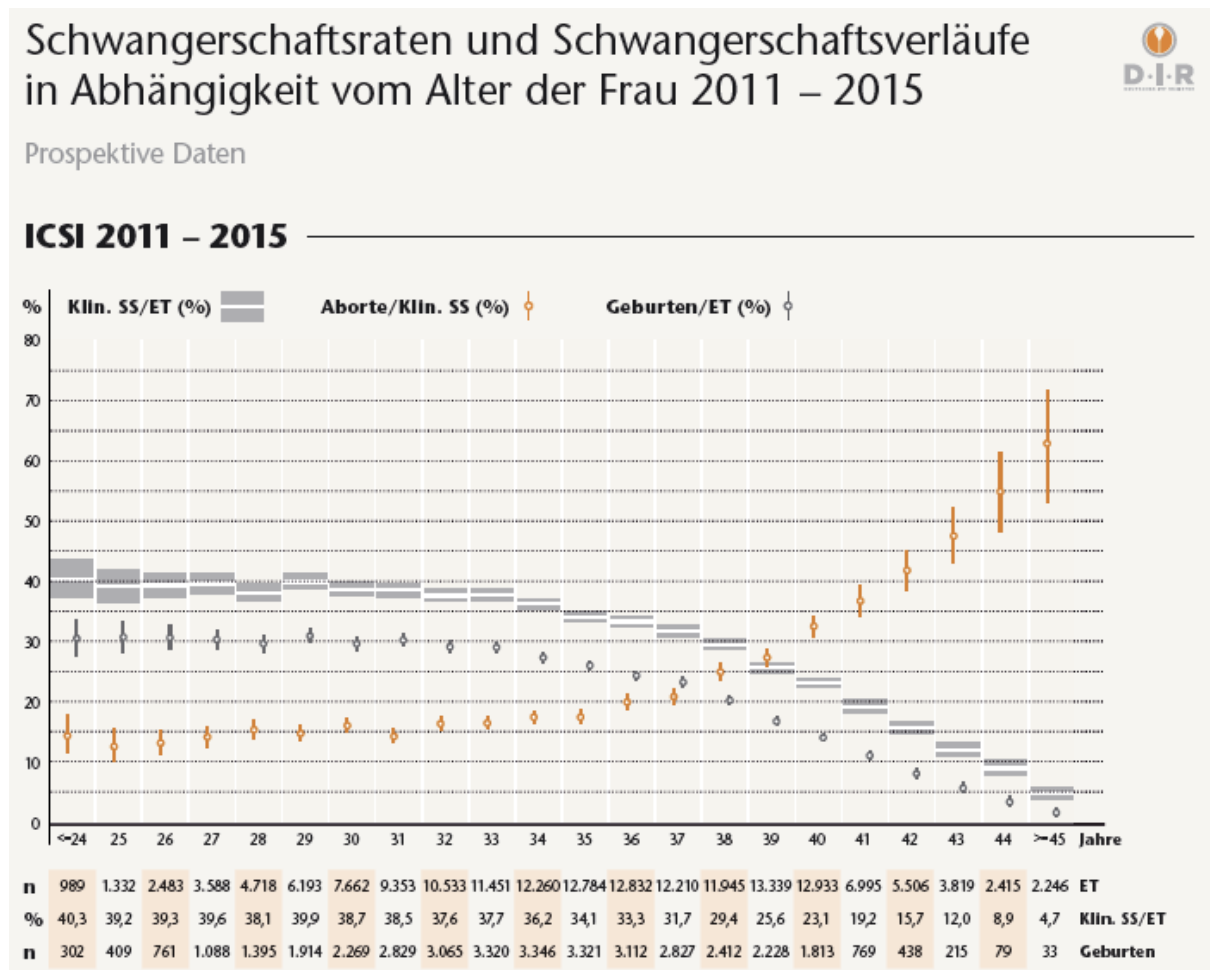


Abb. 4: Abnahme der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, Zunahme des Risikos einer Fehlgeburt und daraus resultierend Wahrscheinlichkeit einer Geburt abhängig vom Alter der Patientin. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017; 14(6)35

Mehr Kinder durch Steigerung der Inanspruchnahme der Leistungen für künstliche Befruchtung:

Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sind häufig in einer emotional, finanziell, sozial und logistisch stark belastenden Situation. Der Wunsch nach einem Kind ist sehr intensiv und dominant. Hier wäre eine Finanzierung der Kinderwunschbehandlung aus öffentlichen Mitteln, um den Paaren zumindest die finanzielle Belastung zu nehmen, sicher eine echte Entlastung für die Betroffenen. Dies hätte, wie eine Auswertung der Behandlungsdaten des D-I-R zu den Auswirkungen der finanziellen Förderung auf die Anzahl der ART-Behandlungen gezeigt hat, auch einen deutlichen direkten Effekt auf die Anzahl der geborenen Kinder nach IVF und ICSI:

Am Beispiel der öffentlichen Förderung in Sachsen (2009 ff) und Sachsen-Anhalt (2010 ff) wird deutlich, dass die Inanspruchnahme von Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung (ART) zum Ziel der Familienbildung einen deutlichen Einfluss auf die Anzahl der Behandlungszyklen nimmt und

damit die Anzahl der geborenen Kinder mit ihrem impliziten gesamtgesellschaftlichen Nutzen gesteigert wurden (Abb. 4).

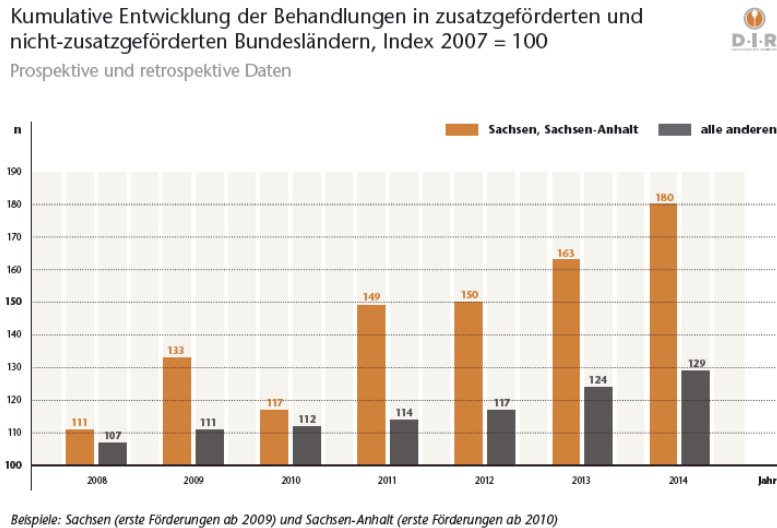


Abb. 5: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Behandlungszahlen. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2015: 12(6)40

Legt man die durchschnittliche Steigerungsrate von 30% seit 2007 in ganz Deutschland zugrunde, wären in Sachsen und Sachsen-Anhalt 1.301 Kinder in den Jahren 2008 bis 2013 weniger geboren worden. Die staatliche Förderung zeigt also einen positiven Effekt und führt zu einer überproportionalen Steigerung der Behandlungszyklen und damit der Geburten.

Eine weitere, aktuelle Auswertung konnte zeigen, dass durch die zusätzlichen Förderleistungen bereits 2.360 zusätzliche Kinder geboren wurden (Abb. 6).

Analyse Anzahl geborener Kinder in Bundesländern mit zusätzlicher Förderung

Prospektive und retrospektive Daten

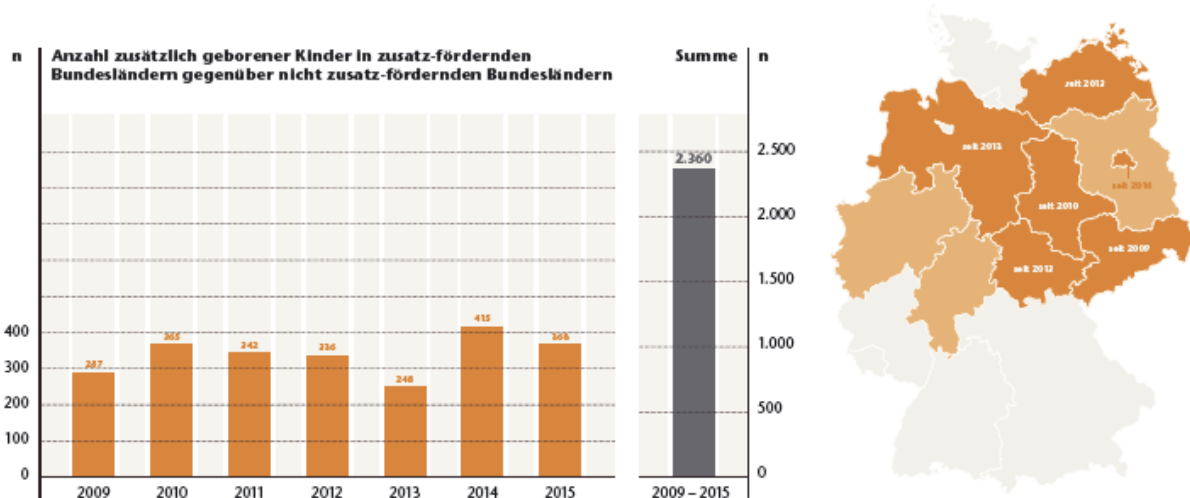


Abb. 6: Einfluss der Förderung auf die Steigerung der Anzahl geborener Kinder. Aus: J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)14

Weniger riskante Mehrlingsschwangerschaften durch Senkung der finanziellen Belastung und Finanzierung der Kryokonservierungsbehandlungen:

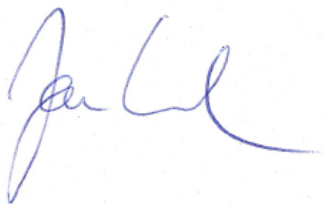
Weiterhin wäre eine Finanzierung der Kryokonservierungsbehandlungen ebenfalls eine wichtige Unterstützung der Betroffenen, wodurch sich nicht nur die Anzahl geborener Kinder steigern ließe, sondern auch und vor Allem die Anzahl der transferierten Embryonen gesenkt werden könnte.

Mehrlingsschwangerschaften sind im Vergleich zu einer natürlich entstandenen Schwangerschaft (Häufigkeit hier ca. 1:85 Geburten) bei der künstlichen Befruchtung deutlich häufiger. Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) schreibt vor, dass maximal 3 Embryonen pro Transfer in die Gebärmutter der Frau übertragen werden dürfen (§1(1)3 ESchG). Faktisch ist die Anzahl der übertragenen Embryonen in Deutschland auch seit vielen Jahren rückläufig, dennoch wird eine Mehrlingsschwangerschaft in vielen Fällen billigend in Kauf genommen, da die betroffenen Paare sich in den meisten Fällen dazu entscheiden, 2 Embryonen transferieren zu lassen. Dies führt dazu, dass immer noch ca. 22% der Geburten nach IVF oder ICSI in Deutschland Mehrlingsgeburten sind.

Viele Paare können sich die zusätzlichen Kosten für die Kryokonservierung, Lagerung und Transfer überzähliger, befruchteter Eizellen nicht leisten. In diesen Fällen entscheiden sich die Paare häufig, trotz eingehender Aufklärung über die mit einer möglichen Mehrlingsschwangerschaft einhergehenden Risiken für die Gesundheit der Kinder (Frühgeburtsrisiken, mit Frühgeburtlichkeit einhergehendes erhöhtes Erkrankungsrisiko) und der Mütter (vorzeitige Wehentätigkeit, Hospitalisierung, Risikoschwangerschaft) bewusst für den Transfer von zwei oder sogar drei Embryonen, um die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu erhöhen. Dabei ließen sich beim Transfer jeweils nur eines Embryos und Kryokonservierung der überzähligen befruchteten Eizellen durch sukzessive Transfere einzelner Embryonen die gleiche Anzahl der aus einer Behandlung resultierenden Kinder erreichen, ohne ein erhöhtes Mehrlingsrisiko in Kauf nehmen zu müssen (J Reproduktionsmed Endokrinol 2017: 14(6)15-17; J Reproduktionsmed Endokrinol 2016: 13(6)41-44).

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen



Professor Dr. med. Jan-Steffen Krüssel