

Stellungnahme

Zum Antrag “Kinderwünsche unabhängig vom Wohnort fördern – Reform der Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur assistierten Reproduktionsmedizin”, Deutscher Bundestag, Drucksache 19/585, Anhörung am 25. Juni 2018

Dr. phil. Petra Thorn

Dipl. Sozialarbeiterin, Dipl.-Sozialtherapeutin, Familientherapeutin DGSP

Tätig in eigener Praxis, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD, Co-Autorin mehrerer relevanter Leitlinien (u.a. AWMF, BKiD und ESHRE)

Einleitung

Es ist sehr zu begrüßen, dass Paare und Personen mit Kinderwunsch eine bessere finanzielle Unterstützung für Kinderwunschbehandlungen erhalten sollen. Seit der Gesundheitsreform im Jahr 2004 ist vielen Wunscheitern trotz guter medizinischer Prognose eine Behandlung aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen nicht oder nur eingeschränkt möglich. Dies führt zu einer sozialen Selektion, die aus Sicht der Betroffenen nicht nur unangemessen ist, sondern zu hoher Frustration führt. Regelmäßig gibt es auch in der psychosozialen Beratung Situationen, die verdeutlichen, dass Ratsuchende auch an finanzielle Grenzen geraten. So werden z.B. Anfragen nach Finanzierungsmöglichkeiten von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen gestellt, Paare sind angesichts der eingeschränkten Kostenübernahme vor den Kopf gestoßen, benötigen finanzielle Unterstützung durch Familienangehörige, berichten von Schulden und empfinden enormen emotionalen Druck, da sie sich nur eine Behandlung leisten können. Der unerfüllte Kinderwunsch bedeutet für viele eine existenzielle Lebenskrise, die mit einer Selbstwertproblematik, Herausforderungen für die Paarbeziehung, Unverständnis mit dem sozialen Umfeld und Zukunftsängste einhergehen kann. Hinzu kommt, dass Unfruchtbarkeit und ungewollte Kinderlosigkeit noch immer mit großer Scham verbunden sind und als Stigma empfunden werden. Betroffene möchten damit nicht in die Öffentlichkeit gehen und haben daher keine Lobby.

Zugang zu Behandlung und Kostenübernahme – verändertes Familienbild

Bislang orientierte sich die Kostenübernahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen am klassischen Familienbild von „Vater-Mutter-Kind“. Allerdings hat sich das Bild von Familie in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich erweitert. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Familienzusammensetzungen, in denen generationsübergreifend Verantwortung übernommen wird und die gem. aktuellem Forschungsstand den Kindern eine genauso gute Entwicklung ermöglichen wie Kindern in traditionellen Familien. Dies trifft auch auf die verschiedenen Familienformen nach Reproduktionsmedizin mit und ohne Hilfe Dritter (Samenspende, Eizellspende, Familien mit heterosexuellen, lesbischen Eltern oder alleinstehenden Müttern) zu.¹ Das Kindeswohl hängt somit nicht von der Familienstruktur ab, sondern von der Fähigkeit der Eltern, entwicklungspsychologisch angemessen auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen und eine vertrauensvolle und liebevolle Beziehung aufzubauen. Daher sollten sich der Zugang zu medizinischer Behandlung und die Kostenübernahme nicht an der sexuellen Ausrichtung oder dem Familienstatus orientieren. Auch das Alter sollte für die Kostenübernahme erweitert werden, so dass bereits ab dem 20. bis zum 45. Lebensjahr für alle Wunscheltern eine Behandlung mit Kostenerstattung möglich wird.

Problematische Aspekte: Mehrlinge, Verschiebung des Alters der Erstgebärenden

Bekannt ist, dass reproduktionsmedizinische Maßnahmen zu einer Erhöhung der Mehrlingsrate (Zwillinge, Drillinge) führen können und Mehrlingsschwangerschaften mit großen Risiken für die Kinder, die Mutter und die Familie einhergehen. In Deutschland beträgt die Mehrlingsrate nach Reproduktionsmedizin aktuell ca. 20%. Im Jahr 2015 beispielsweise wurden 3.570 Mehrlingsgeburten nach assistierter Reproduktion gemeldet.² Diese Kinder haben einen erhöhten medizinischen Betreuungsbedarf:

- Zwillinge und Drillinge haben ein höheres Risiko von Frühgeburtlichkeit,
- damit einhergehend ein höheres Risiko eines niedrigen Geburtsgewichts mit dem Folgerisiko einer Beeinträchtigung.
- Sie weisen häufiger kognitive und motorische Auffälligkeiten auf,
- und bedürfen daher häufiger einer heilpädagogischen oder intensiveren Betreuung.
- Zudem stellt eine Mehrlingsgeburt hohe Anforderungen an die Adaptionsleistungen der Eltern dar.³

¹ Für einen Überblick siehe z.B. Golombok, S., Modern Families. Parents and children in new family forms. 2015, Cambridge: Cambridge University Press.

² DIR (Deutsches IVF-Register), Jahrbuch 2016. J. Reproduktionsmed. Endokrinol. 2017. 14 (6):1-56

³ Kantenich, H., et al., Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. 2. Aufl. 2014, Gießen: Psychosozial Verlag.

Diese Komplikationen sind nicht nur für die Familien eine enorme Belastung, sondern gehen mit deutlich erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem einher. So zeigen Studien, dass die Kosten für Nichtfrühgeborene ca. € 2.500 betragen, für Frühgeborene hingegen ca. € 12.500.⁴ Es wäre somit von zentraler Bedeutung, die Mehrlingsrate zu minimieren. Strategien hierfür wären eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben, so dass im Rahmen der assistierten Reproduktion der Embryo mit den besten Einnistungschancen ausgewählt und eingesetzt werden kann (e-set: „elektive single embryo transfer“).⁵ Darüber hinaus könnte die Kostenübernahme in Abhängigkeit zum Alter der Wunschmutter zumindest im ersten Behandlungszyklus an die Anzahl der zu transferierenden Embryonen gekoppelt werden. In Belgien hat dies zu akzeptablen Erfolgsraten bei gleichzeitiger Reduzierung der Mehrlingsrate von 27% auf 11% geführt.⁶ Dafür ist allerdings zusätzlich erforderlich, dass mit Wunscheltern sowohl im Rahmen der medizinischen Behandlung als optimaler Weise auch im Rahmen der psychosozialen Beratung ausführlich die Risiken einer Mehrlingsschwangerschaft besprochen werden und sie diese Entscheidung mittragen.

Das Alter der Erstgebärenden hat sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich verschoben, es beträgt mittlerweile 29,6 Jahre.⁷ In vielen Fällen führt das Aufschieben des Kinderwunsches dazu, dass aus vielen „gewollt Kinderlosen“ „ungewollt Kinderlose“ werden. Gründe für das Aufschieben liegen in beruflichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sowie in familiären und institutionellen Bedingungen wie z.B. fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Das Durchschnittsalter der Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung liegt momentan bei 35,5 Jahren.⁸ Neben körperlichen Einschränkungen der Fruchtbarkeit ist das Alter der Frau der maßgebliche Faktor, der die Schwangerschaftsrate beeinflusst. Daher sind Maßnahmen erforderlich, die den Wunscheltern das Umsetzen des Kinderwunsches im frühen Alter ermöglichen. Diese umfassen nicht nur finanzielle Unterstützung für reproduktionsmedizinische Behandlungen, sondern zusätzlich familienpolitische Maßnahmen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Männer *und* Frauen ermöglichen. Eine Erweiterung der Kostenübernahme auf Frauen jenseits von 40 Jahren sollte keinesfalls dazu führen, dass falsche Anreize geschaffen werden und die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin noch deutlicher als bislang überschätzt werden.

⁴ Kirschner, W., H. Halle, und M.-A. Pogonke, Kosten der Früh- und Nichtfrühgeburten und die Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen am Beispiel von BabyCare. Gesundheitswesen, 2008. 4:41-50.

⁵ Dies fordert u.a. auch die entsprechende Arbeitsgruppe der Leopoldina: Beier, H., et al. Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland. Diskussion Nr. 13 2017; siehe: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2017_Diskussion_Fortpflanzungsmedizin.PDF.

⁶ De Neubourg, D, Bogaerts, K, Wyns, C et al., The history of Belgian assisted reproduction technology cycle registrations and control: a case study in reducing the incidence of multiple pregnancy. Hum Reprod, 2013. 28 (10): 2709-2719.

⁷ Statistisches Bundesamt 2016. siehe: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneBioAlter.html

⁸ DIR (Deutsches IVF-Register), Jahrbuch 2016. J. Reproduktionsmed. Endokrinol, 2017. 14 (6):1-56

Kryokonservierung

In den letzten Jahren wurde die Maßnahmen zur Kryokonservierung weiterentwickelt und haben einen hohen Stellenwert vor allem als Fertilitätserhaltende Intervention vor chemotherapeutischen Maßnahmen (im Rahmen einer onkologischen Erkrankung) eingenommen. Eine Kryokonservierung kann auch in individuellen Situationen aus nicht-medizinischen Gründen (sog. „social freezing“) Sinn machen. In den Medien wurde in den letzten Jahren dieses Verfahren überwiegend für Frauen dargestellt, die ihre Fruchtbarkeit aus Karrieregründen für spätere Lebensabschnitte erhalten möchten. In der Beratungsrealität zeigt sich allerdings, dass die meisten Frauen auf „social freezing“ oder eine Samenspende zurückgreifen, da sie keinen Partner finden, mit dem sie ihren Kinderwunsch gemeinsam umsetzen können. Die Kryokonservierung von Keimzellen zieht offene Fragen nach sich, die noch beantwortet werden müssen: Bis zu welchem Alter sollten diese Keimzellen verwendet werden? Was soll mit Keimzellen passieren, die nicht mehr abgerufen werden? Wird sich durch diese Möglichkeit das Alter bei der Familiengründung noch weiter nach hinten verschieben? Wie kann mit dem Phänomen umgegangen werden, dass bei „social freezing“ die Frau alleine die finanzielle und körperliche Last trägt?

Bessere Implementierung und Kostenübernahme für die psychosoziale Kinderwunschberatung

Ein verantwortungsvoller Umgang mit reproduktionsmedizinischen Verfahren erfordert die Möglichkeit einer Information, Aufklärung und begleitenden Beratung. Die aktuelle Richtlinie der Bundesärztekammer spricht sich daher dafür aus, dass Wunscheltern die „Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen psychosozialen Beratung im Sinne einer emotionalen Unterstützung und Hilfe bei der Problembewältigung erhalten“ sollen.⁹ Diese Beratung muss die Bedürfnisse aller direkt und indirekt Beteiligten berücksichtigen. Ihr Ziel ist es, Ratsuchenden auf der Grundlage ihrer Wertevorstellung, ihrer Lebenssituation und unter Berücksichtigung des Wohls aller involvierten Personen eine langfristig tragfähige Entscheidung zu ermöglichen.

Der Zugang zu unabhängiger psychosozialer Beratung muss daher für alle gewährleistet sein: für Wunscheltern vor, während und nach einer Behandlung, für diejenigen, die medizinische Maßnahmen ablehnen und Alternativen bedenken möchten, für Männer, die eine Samenspende in Erwägung ziehen, für Eltern, die die Aufklärung ihres mit Keimzellspende gezeugten Kindes vorbereiten möchten und für Familien, in denen aufgrund der Zeugung mittels medizinischer Hilfe und/oder Keimzellspende Beratungsbedarfe

⁹ Bundesärztekammer, Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. Ärzteblatt, 2018. 11.05.2017:A1-A22, S. A6.

entstehen.¹⁰ Dieses Beratungsangebot sollte zudem auch auf Menschen aus bildungsfernen Schichten und kulturelle Minderheiten ausgerichtet sein.

In den nächsten Jahren wird es durch das Inkrafttreten des Samenspenderegistergesetzes¹¹ zudem zu immer mehr Kontakten zwischen Samenspendern (und deren Familie) und so gezeugte Kindern/Erwachsenen (und deren Familie) kommen¹². Es wird daher wichtig sein, für die Vorbereitung, Begleitung und wissenschaftliche Evaluation dieser Kontakte Strukturen zu schaffen.¹³

Zwar liegen Vorgaben für die psychosoziale Beratung vor (Im SGB V sieht § 27a vor, dass vor Durchführung einer Kinderwunschbehandlung eine unabhängige Beratung über die medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte stattgefunden haben muss, Gynäkologen, die die Beratung durchführen, verfügen jedoch nicht immer über ausreichendes Wissen¹⁴. Im Schwangerschaftskonfliktgesetz steht gem. § 2 jedem das Recht zu, sich in Fragen zur Familienplanung beraten zu lassen, und die Länder haben gem. § 4 die Pflicht, ein ausreichendes Beratungsangebot wohnortsnah sicherzustellen und zu fördern, die Umsetzung ist jedoch noch nicht ausreichend¹⁵), in der Umsetzung zeigen sich jedoch immer wieder Schwierigkeiten. So gibt es in vielen Kinderwunschzentren keine feste Kooperation mit Beratungsfachkräften, Patienten erhalten nur auf Nachfrage Information über Anlaufstellen oder Beratungsangebote fehlen grundsätzlich.¹⁴

Es ist daher erforderlich, die psychosoziale Kinderwunschberatung besser in die medizinische Behandlung zu verankern, niedrigschwellige Angebote zu entwickeln (wohnortnah und kostenfrei oder –günstig) und sowohl den Beratungsfachkräften als auch Schwangerschafts- und Familienberatungsstellen ausreichend finanzielle Mittel für die

¹⁰ Thorn, P., Psychosoziale Kinderwunschberatung im Rahmen der Gametenspende - Fortbildungsmanual, (Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD) 2014, Mörfelden FamART.
Thorn, P. und T. Wischmann, Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. J. Reproduktionsmed. Endokrinol., 2008. 3:147-152.

¹¹ Die im Gesetz vorgesehene Frist von 4 Wochen für Samenspender vor Herausgabe ihrer Daten ist nicht angemessen. In der Regel dauert es länger, bis ein Beratungstermin vereinbart werden kann, zudem werden in Einzelfällen mehrere Termine erforderlich sein. Siehe auch:

http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/BMG_Spenderegister_2016_10_26.pdf

¹² van den Akker, O.B., et al., Expectations and experiences of gamete donors and donor-conceived adults searching for genetic relatives using DNA linking through a voluntary register. Hum Reprod, 2015. 30(1): 111-21.

Kirkman, M., et al., Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. Hum Reprod, 2014. 29(4):731-8.

¹³ Crawshaw, M., et al., Emerging international models for facilitating contact between people genetically related through donor conception and their implications for donor conception fertility treatment services. Reproductive Biomedicine & Society Online, 2015. 1(2):71-80.

¹⁴ Stöbel-Richter, Y., et al., Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland - eine Pilotstudie. J. Reproduktionsmed. Endokrinol., 2011. 8(6):416-423.

¹⁵ Wischmann, T. und P. Thorn, Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. 2014: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Qualifizierung und Durchführung dieser spezialisierten Beratung zur Verfügung zu stellen.¹⁴ Zudem sollte die in Deutschland angebotene psychosoziale Kinderwunschberatung auch zu den Themen von Eizellspende und Leihmutterschaft straffrei durchgeführt werden können.

Konkrete Rückmeldung zu dem Antrag

1. Eine bundesländerunabhängige Kofinanzierung wird explizit begrüßt.
2. Die Förderung sollte die Behandlung mit Samenspende für heterosexuelle, lesbische und alleinstehende Frauen miteinschließen.
3. Die finanzielle Unterstützung der Kryokonservierung im Rahmen einer Fertilitätsprotektion sollte ermöglicht werden.
4. Vor einer Diskussion um die Kostenübernahme von „social freezing“ sollten familienpolitische und gesellschaftliche Maßnahmen ausgeschöpft werden, die es Paaren/Frauen ermöglicht, ihren Kinderwunsch in einem früheren Alter ohne medizinische Unterstützung umzusetzen.
5. Die Erweiterung der Altersgrenze der Frau auf 20 bis 45 Jahre würde der gesellschaftlichen Entwicklung entsprechen. Allerdings wäre bei Frauen jenseits von 40 Jahren (sowie bei Männern jenseits von 50 Jahren) eine ausführliche Beratung hinsichtlich aller Risiken erforderlich.

Weitere Bedarfe

6. Ein modernes Fortpflanzungsmedizingesetz ist erforderlich, damit z.B. der „elective single embryo transfer“, die Selektion und der Transfer des Embryos mit der besten Einnistungschance, angewandt werden kann, um die Mehrlingsrate zu mindern.
7. Für einen verantwortungsvollen Umgang mit reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten ist das Angebot einer niedrigschwelligen (kostengünstig, wohnortsnah) Beratung vor, während und nach der Behandlung erforderlich.
8. Die Beratung sollte vor Behandlungsbeginn mit Keimzellspende allen Beteiligten, auch dem Spender, dringend empfohlen werden.
9. Die Beratung sollte auch für in Deutschland verbotene Verfahren (Eizellspende, Leihmutterschaft) straffrei durchgeführt werden können.
10. Aufgrund des Samenspenderegistergesetzes wird es vermehrt zu Kontaktwünschen zwischen mit Samenspende gezeugten Personen und ehemaligen Spendern kommen. Hierfür ist der Ausbau einer psychosozialen Versorgungsstruktur mit wissenschaftlicher Evaluation erforderlich.